

Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti

- mahdollisuudet sekä työryhmän
ehdotukset strategisiksi linjauksiksi

Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja
Konserni
2/2011



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

Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti

-mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset
strategisiksi linjauksiksi

Tekijät Författare Authors Sanna Hartman Pekka Kahri	Julkaisuaika Publiceringstid Date Tammikuu 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
Julkaisun nimi Titel Title Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti - mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi	
Tiivistelmä Referat Abstract Työ- ja elinkeinoministeriö asetti 23.2.2010 työryhmän valmistelemaan strategiaa hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymiseksi ja viennin edistämiseksi. Ministeriön strategisen hyvinvointihankkeen tavoitteita toteuttavan valmistelun lähtökohtana on toimialan yritysten kansainvälistymisen ja viennin edellytysten vahvistaminen. Työryhmä määritteli toimeksiannon tarkoittamat hoito- ja hoivapalvelut sosiaali- ja terveystalviksi. Nordic Healthcare Group Oy:n työryhmälle laatiman selvityksen ja työn aikana kuultujen alan toimijoiden mukaan sosiaali- ja terveystalvissa on runsaasti mahdollisuuksia kansainvälistymiseen ja vientiin. Lyhyellä tähtäimellä vahvin potentiaali on korkeaan erityisosaamiseen perustuvissa lääketieteellisten toimenpiteiden ja hoidon palveluissa. 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. Työryhmän ehdotukset koskevat hyvinvointitoimialan ja hyvinvointiyrityksyyden strategisen kehittämisen jatkamista ja alan kansainvälistymisen ja viennin edellytysten edistämistä. Alalle esitetään kansainvälistymisverkostoa, joka keskittyy pitkäjänteisesti alan yritystoiminnan kansainvälistymisen ja viennin edellytysten vahvistamiseen. Työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalan kansainvälistymisen edistämiseen tarkoitettuja voimavaroja esitetään kohdistettavaksi hyvinvointialalle. Lisäksi esitetään luotavaksi toimintamalli, jolla kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukonseptien, tutkimusosaamisen ja asiantuntijuuden tuoteistamisen ja kaupallistamisen edellytyksiä. jatkotyössä selvitettäväksi esitetään toimintamallia, jolla koordinoidaan terveydenhuollon toimenpiteisiin ulkomailta tulevien asiakkaiden palveluja ja palvelutuottajien yhteistyötä. Työ- ja elinkeinoministeriön yhdyshenkilö: Strategia ja ennakointiyksikkö/Hyvinvointihanke/ kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho puh. 010 606 4907.	
Asiasanat Nyckelord Key words sosiaali- ja terveystalvut, kansainvälistyminen, vienti, palvelukonseptit, verkostot, tuoteistaminen, asiantuntijaosaaminen	
ISSN 1797-3554	ISBN 978-952-227-490-8
Kokonaissivumäärä Sidoantal Pages 105	Kieli Språk Language Suomi, finska, finnish
Julkaisija Utgivare Published by Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy	Vain sähköinen julkaisu Endast som elektronisk publikation Published in electronic format only

Sisältö

Tiivistelmä	7
1 Johdanto	9
2 Työryhmän toimeksianto	11
3 Työn tausta ja lähtökohdat	13
3.1 HYVÄ –hanke.....	13
3.2 Strategiatyön käynnistämisen vaikuttimet.....	13
3.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntöpuitteet muutoksessa	14
4 Sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinat ja alan yritystoiminnan kehitys	16
4.1 Säädellyt ja valvotut markkinat.....	16
4.2 Yritystoiminnan kehitys ja siihen vaikuttaneet tekijät	17
4.2.1 Terveyspalvelut.....	17
4.2.2 Sosiaalipalvelut	18
4.3 Toimialan kehittymisen keskeiset haasteet	19
5 Kansainvälistymisen ja viennin nykytila	21
5.1 Tiivistelmä NHG:n raportista.....	21
5.2 Tiivistelmä toimijoiden näkemyksistä	24
5.3 Viennin ja kansainvälistymisen edistämispalvelut	26
6 Työryhmän arvio kansainvälistymisen ja viennin edellytyksistä	28
6.1 Potentiaalisimmat palvelut	28
6.2 Vaadittavat edellytykset	31
7 Työryhmän ehdotukset	33
7.1 Ehdotukset strategisiksi linjauksiksi.....	33
Liite 1 Hoito- ja hoivapalveluiden viennin edellytyksiä koskeva selvitys...	35
Liite 2 Kuulemisseminaari 13.10.2010, osallistujat	101
Liite 3 Keskustelutilaisuus työ- ja elinkeinoministeriössä 23.11.2010.....	103

Tiivistelmä

Työ- ja elinkeinoministeriö asetti 23.2.2010 työryhmän valmistelevaan strategiaa hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymiseksi ja viennin edistämiseksi. Ministeriön strategisen hyvinvointihankkeen tavoitteita toteuttavan valmistelun lähtökohtana on toimialan yritysten kansainvälistymisen ja viennin edellytysten vahvistaminen.

Työryhmä määritteli toimeksiannon tarkoittamat hoito- ja hoivapalvelut sosiaali- ja terveyspalveluiksi.

Nordic Healthcare Group Oy:n työryhmälle laatiman selvityksen ja työn aikana laajasti kuultujen alan toimijoiden mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa on runsaasti mahdollisuuksia kansainvälistymiseen ja vientiin.

Hoito- ja hoivapalveluiden vienti on kuitenkin haasteellista ja tällä hetkellä hoito- ja hoivapalveluiden vienti Suomesta on melko vähäistä ja epäsäännöllistä. Hoito- ja hoiva-palveluiden vienti koetaan vaativammaksi kuin monien muiden palveluiden vienti, joka johtuu erityisesti hoitopalveluiden henkilökohtaisesta luonteesta ja eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien keskinäisistä eroista.

Työryhmä totesi, että sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinoiden kehittyminen ja yritysten kasvuhalukkuus ovat edellytyksiä hoito- ja hoivapalveluiden kansainvälistymiselle ja viennille. Toimialan yritykset ovat keskimäärin pieniä ja kansainvälistymisen ja viennin edistämiseksi hoito- ja hoivapalveluyritykset tarvitsevat tukea sekä tuotteistamisessa että liiketoimintaosaamisessa.

Lyhyellä tähtäimellä vahvin potentiaali on korkeaan erityisosaamiseen perustuvissa lääketieteellisten toimenpiteiden ja hoidon palveluissa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen 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 erilaisia sosiaalisia ja kulttuurisia edustavissa yhteisöissä tyydyttää ikääntyvän väestön palvelutarpeita.

Työryhmä ehdottaa, että (1) hyvinvointitoimialan ja hyvinvointiyrittäjyyden strategista kehittämistä jatketaan ja tehostetaan työ- ja elinkeinoministeriön hallinnonalalla yhteistyössä sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön kanssa. (2) Sosiaali- ja terveyspalvelujen kansainvälistymisen ja viennin edellytysten edistäminen määritellään yhdeksi hyvinvointitoimialan kehittämisen painopisteeksi.

(3) 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 kokoaa ja koordinoi sosiaali- ja terveysministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön ja ulkoasiainministeriön hallinnonalojen toimenpiteet.

(4) Selvitetään toimintamalli, jolla koordinoidaan terveydenhuollon toimenpiteisiin ulkomailta tulevien asiakkaiden palveluja ja palvelutuottajien yhteistyötä.

1 Johdanto

Elinkeinorakenteen muuttuessa ja palveluliiketoiminnan merkityksen kasvaessa on perusteltua ottaa tarkasteluun myös hyvinvointipalvelujen kansainvälistymisen ja viennin mahdollisuudet. Erityisesti terveydenhuollon palveluihin liittyvien koneiden ja laitteiden viennissä on edistytty hyvin, mitä osoittaa viennin vuotuinen arvo, yli miljardi euroa. Sen sijaan palvelujen tai palvelukonseptien viennissä ei päättä ole saatu avattua, vaikka juuri hyvinvointipalveluissa tunnistetaan runsaasti mahdollisuuksia erityisesti väestön vanhenemisesta seuraavien palvelutarpeiden kasvaessa kehittyneissä ja kehittyvissä yhteiskunnissa.

Asiaa koskevissa aikaisemmissa arvioissa samoin kuin tämän työn tueksi laaditussa selvityksessä ja laajassa alan asiantuntijoiden kuulemisessa on korostettu strategisten linjausten ja eri toimijoiden yhteistyön välttämättömyyttä. Yksittäisillä, vaikkakin sinänsä hyvillä kansainvälistymis- tai vientihankkeilla ei ole kantavuutta pitkäjänteisen kehittämisstrategian ja yhteistyörakenteiden puuttuessa. Erityisen tärkeää tämä on hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymisessä ja viennissä, koska toimiala on perinteisiin vahvoihin toimialoihin verrattuna nuori ja yrityskanta painottuu hyvin pieniin yrityksiin.

Sosiaali- ja terveyspalvelualan yritykset tuottavat palveluja, joiden järjestäminen on laeilla säädetty kuntien tehtäväksi. Kuntien ja kuntayhtymien osuus palvelutuotannosta on keskimäärin 70 prosenttia, joskin suuria eroja eri palvelujen kesken on. Yritystoiminnan osuuden kasvu on ollut merkittävää sosiaalipalveluissa, sen sijaan terveydenhuollossa ja erityisesti erikoissairaanhoidossa palvelut tuotetaan pääosin sairaanhoito- ja erikoissairaanhoidopiirien sairaaloissa ml. yliopistosairaalat.

Korkeaan erityisosaamiseen perustuvat lääketieteelliset toimenpiteet ja hoidot ovat Suomessa keskittyneet käytännössä yliopistokeskussairaaloihin. Sairaalapalveluista tuotetaan yli 95 prosenttia julkisella sektorilla, joten mittavimpia askeleita kansainvälistymisessä ja viennissä ei voida ottaa pohtimatta erityisesti erikoissairaanhoidopiirien roolia ja mahdollisuuksia hoitojen myynnistä ulkomailta hoitoon tuleville asiakkaille. Työryhmän työn taustaselvityksissä ja työn kuluessa nousi voimakkaasti esiin eri sairaanhoidopiireissä tehdyt asiaa koskevat linjaukset ja meneillään olevat selvitykset ja organisointitoimenpiteet. Esimerkiksi Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin strategiset linjaukset samoin kuin sydänkeskus- ja tekonivelsairaalaosakeyhtiöiden perustaminen osoittavat, että vientiä pidetään todellisenä mahdollisuutena mm. palvelujen rahoituksen edellyttämän tulopohjan laajentamiseen ja osaamisen edellyttämien potilasmäärien ylläpitoon.

Terveydenhuollon julkisen palvelutuottajan omistaman organisaation toimiminen kansainvälisessä liiketoiminnassa on näkymä, johon voidaan perustellusti liittää pelkoja ja uhkia. Kansalaiset ovat oikeutetusti huolissaan julkisten terveyspalvelujen saatavuudesta, kattavuudesta ja laadusta. Uhkakuvana voidaan nähdä voimavarojen

kohdentaminen maan rajojen ulkopuolelta tulevien maksukykyisten ihmisten hoitoon ja omien kansalaisten hoitamatta jättäminen. Tämän uhkakuvan toteutuminen ei kuitenkaan ole mahdollista jo pelkästään voimassa olevan lainsäädännön ansiosta.

Kuntien ja kuntayhtymien perustehtävä terveydenhuollossa on tuottaa palveluja järjestämisvastuualueensa kuntalaisille. Maaliskuun 1. päivänä 2005 voimaan astuneiden kansanterveys- ja erikoissairaanhoidolakien muutoksella säädettiin hoitotakuusta. Sen tavoitteena on, että ihmiset saavat hoitoa tasapuolisesti asuinpaikasta riippumatta. Laissa on säädetty, missä ajassa kuntalaisen on viimeistään päästävä lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun kiireettömään hoitoon. Sairaanhoidopiirien on huolehdittava siitä, että niiden alueella annetaan hoitoa yhtenäisin perustein.

Korkeatasoiseen osaamiseen perustuvien lääketieteellisten hoitojen myyminen Suomeen hoitoon tuleville maksukykyisille asiakkaille voidaan nähdä positiivisena mahdollisuutena palvelujärjestelmän ja koko toimialan kehittymiselle. Toiminnasta saatavissa oleva tulovirta on arvokasta täydennystä julkisten terveyspalvelujen rahoitukseen. Riittävät potilasmäärät edistävät henkilöstön osaamisen ylläpitämistä ja kehittämistä. Toiminnan edellyttämä tuotteistus ja hinnoittelu lisäävät kustannustietoisuutta ja siten tuottavuuden parantamisen edellytyksiä koko palvelujärjestelmässä. Euroopan unionissa valmistelussa oleva potilasdirektiivi ja sen toteuttaminen edellyttävät joka tapauksessa Suomessa palvelujen tuottajilta valmiuksia kansainvälistymiseen ml. kansainvälinen yhteistyö.

Työryhmän työn päätavoite on vahvistaa sosiaali- ja terveyspalvelualan yritysten kansainvälistymisen ja viennin edellytyksiä. Järjestelmämme rakenteista johtuen julkisella sektorillakin voi olla merkittävä rooli kansainvälistymisen ja viennin kehittämisessä yhteistyössä yksityisen sektorin kanssa. Kansainvälistymistä ja palveluvientiä koskevat tavoitteet ja toimenpiteet päätetään kuitenkin kunnissa ja kuntayhtymissä. Valtion roolina on luoda edellytyksiä sille, että koko toimialalla on mahdollisuudet pärjätä kovenevassa hyvinvointipalvelujen kansainvälisessä kilpailussa.

2 Työryhmän toimeksianto

Toimeksiannon mukaisesti työryhmän tavoitteena oli laatia ehdotus hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymis- ja vientistrategiaksi 30.12.2010 mennessä. Työryhmän tehtävänä oli keskittyä erityisesti palveluihin, joissa on sekä palvelukysynnän kehityksen että palvelutarjonnan edellyttämän korkean osaamisen perusteella edellytyksiä kansainvälistymiseen ja vientiin.

Työryhmän tuli työssään:

1. Arvioida hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymisen ja viennin kehittämisen edellytyksiä.
2. Arvioida suomalaisen palvelujärjestelmän kannalta kiinnostavien hoito- ja hoivapalvelujen viennin esimerkkimaiden toimintamallien hyödynnettävyyttä ja sovellettavuutta.
3. Arvioida palvelujen kansainvälistymiseen ja vientiin liittyviä kehittämistarpeita ja -mahdollisuuksia sekä toimintamalleja erityisesti (a) palvelujen järjestämisestä sekä palvelujärjestelmän ohjauksesta vastaavan julkisen sektorin näkökulmasta, (b) hoito- ja hoivapalvelujen yksityisten tuottajien kannalta sekä (c) julkisen ja yksityisen sektorin toimijoiden yhteistyön näkökulmasta.
4. Määritellä viennin ja sen kasvun keskeiset ongelmat ja kehittämistarpeet ja erityisesti TEM:n hallinnonalan palvelujen ja rahoituksen kehittämistarpeet ja -mahdollisuudet.

Laadittavan strategian tuli sisältää myös ehdotukset strategian toteutuksen keskeisiksi kärkihankkeiksi ja käynnistettäviksi toimenpidekokonaisuuksiksi.

Työryhmän työn edellyttämän tietopohjan tuotti pääosin työ- ja elinkeinoministeriön tilaama selvitys hoito- ja hoivapalvelujen viennin edellytyksistä. Nordic Healthcare Group Oy:n (NHG) toteuttama selvitys tehtiin työryhmän ohjauksessa (NHG:n raportti: Liite 1.).

Työryhmän puheenjohtajana toimi valtiosihteeri Riina Nevamäki työ- ja elinkeinoministeriöstä. Työryhmän jäseninä olivat kehitysjohtaja Ulla-Maija Laiho, erityisasiantuntija Liisa Piitulainen-Numminen ja neuvotteleva virkamies Mikko Martikainen työ- ja elinkeinoministeriöstä, kansainvälisten asiain johtaja Liisa Ollila sosiaali- ja terveystieteiden ministeriöstä, ulkoasiainneuvos Manu Virtamo ulkoasiainministeriöstä, toimialajohtaja Meria Heikelä Finpro:sta ja toimialajohtaja Pia Harju-Autti, Tekesistä. Työryhmän asiantuntijajäseninä toimivat ylijohtaja Juhani Eskola Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksesta, varatoimitusjohtaja Kari Nenonen Suomen Kuntaliitosta, professori Kari Mäkelä Tampereen Teknillisestä Yliopistosta, henkilöstö- ja laatujohtaja Margita Klemetilä Elinkeinoelämän Keskusliitosta, kehittämisspäälikkö Janne Pesonen Suomen Yrittäjistä. Työryhmän sihteereinä toimivat johtava

konsultti Sanna Hartman Finpro:sta ja teknologia-asiantuntija Pekka Kahri Teke-
sistä. Varatoimitusjohtaja Nenonen oli käytännössä estynyt osallistumaan työryh-
män työhön.

Työryhmä kuuli työnsä aikana seuraavia asiantuntijoita: hallitusneuvos Anne
Koskela, ylitarkastaja Satu Vuorinen, sosiaali- ja terveysministeriö ja toimitusjoh-
taja Rauno Ihalainen, Pirkanmaan Sairaanhoidopiirin Kuntayhtymä.

Työryhmä järjesti alan toimijoille suunnatun kuulemistilaisuuden 13.10.2010: Liite 2.
Työhön liittyen kuultiin sairaanhoidopiirien edustajia 23.11.2010: Liite 3.

3 Työn tausta ja lähtökohdat

3.1 HYVÄ –hanke

Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) käynnisti 2.2.2009 syyskuun 2011 loppuun saakka ulottuvan strategisen hankkeen hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittiseksi kehittämiseksi (hyvinvointihanke/HYVÄ). Hankkeen lähtökohtana on pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma, jonka mukaan hallitus edistää julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin kumppanuutta palvelutuotannossa sekä kannustaa tilaaja-tuottaja -mallien käyttöön ottoa. TEM:n konsernistrategiassa julkisen palvelun tuottavuuden parantaminen on yksi viidestä toimintaa ohjaavasta strategisesta tavoitteesta. (www.tem.fi/hyvinvointihanke)

Hallituksen 24.2.2009 antaman politiikkariihen kannanoton mukaan hallitus kehittää kumppanuutta yksityisen sektorin ja järjestöjen kanssa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuottamisessa. Aitoa kilpailutusta haittaavat hidasteet poistetaan ja tuetaan hoito- ja hoivayrittäjyyttä.

TEM:n hyvinvointihankkeen tavoitteet ovat osaavan työvoiman saannin turvaaminen, yrittäjyyden ja yritystoiminnan edellytysten kehittäminen ja alan tuottavuuden parantaminen. Hanke keskittyy sosiaali- ja terveystalouteen (SOTE -ala) ja niissä TEM:n hallinnonalan vastuisiin. Se tukee sosiaali- ja terveysministeriön hyvinvointipolitiikan ja sen keskeisten kansallisten hankkeiden (KASTE -ohjelma) toteutusta samoin kuin valtiovainministeriön vastuulla toteutettavaa kunta- ja palvelurakenneuudistusta (PARAS).

HYVÄ –hanke koordinoi ministeriön eri osastojen (pl. energiaosasto) ja poikkihallinnollisten yksiköiden hyvinvointialaan kohdistuvan toiminnan. Konsernitason toimijoita hankkeessa ovat Ely -keskukset, Tekes, Finnvera ja Finpro.

Työ- ja elinkeinoministeriön 29.9.2009 hyväksymän hyvinvointialan työ- ja elinkeinopoliittisen kehittämisstrategian tavoitteena on (1) *sosiaali- ja terveystalouden ja niiden kehittämisen edellytysten turvaaminen sekä* (2) *hyvinvointitoimialan kehittäminen kasvuun ja kansainvälistymiseen*. Tavoitelinjausten lisäksi HYVÄ -strategia sisältää käytännön toimenpidekokonaisuudet. Kansainvälistymisen ja viennin edellytysten vahvistaminen on yksi linjausten keskeisistä tavoitteista.

3.2 Strategiatyön käynnistämisen vaikuttimet

Työryhmän asettamisen lähtökohtana oli havainto siitä, että hyvinvointialan yritysten kansainvälistyminen ja vienti keskittyy edelleen lähinnä korkean teknologian tuotteisiin. Palveluiden viennissä sitä vastoin ei ole päättä saatu avattua. Globaaleilla markkinoilla korkean teknologian tuotteiden yhdistämisellä palvelukonsepteihin on kuitenkin katsottu yleisesti olevan suuria vientimahdollisuuksia.

TEM -konsernissa hyvinvointialan yritysten kansainvälistymisen kehittämisestä ovat vastanneet Finpro ja Tekes.

Viime vuosien aikana toteutetuissa Finpron hankkeissa on koottu runsaasti tietoa suomalaisten yksityisten terveys- ja hyvinvointipalvelujen tarjonnasta. Sen perusteella on tunnistettu vähän esimerkkejä ”helposti” kansainvälistymään pystyvistä yrityksistä, joissa keskeinen osaaminen ja kilpailuetu olisi selkeästi mietitty ja kuvattu niin, että liiketoiminnan monistaminen ja siirtäminen muualle olisi mahdollista. Erityisen haasteellisia ovat sellaiset terveys- ja sosiaalipalvelut, joihin ei keskeisesti liity jotain teknologiaa tai tuotetta.

Strategiatyöryhmän asettamispäätöksessä on hoito- ja hoivapalveluyritysten toimintaympäristön merkittävänä tekijänä pidetty palvelujen julkista järjestämisvastuuta sekä julkisen markkinan laajuutta. Toimialan kehittämiseen arvioitiin vaikuttavan keskeisesti sen, missä määrin kunnat avaavat markkinoita eli ostavat järjestämisvastuun piiriin kuuluvia palveluita yksityisiltä tuottajilta ja/tai ottavat käyttöön palvelusetelin. Palvelumarkkinoiden kehittymisen ja vahvistuvan toimialan myötä katsotaan myös kansainvälistymisen edellytysten parantuvan.

TEM:n hallinnonalalla toteutetuissa yksittäisissä kehittämishankkeissa ei ole aiemmin selvitetty hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymisen rakenteellisia ja strategisia edellytyksiä. Edellä todetuista seikoista johtuen esimerkiksi terveyspalvelujen viennin kehittäminen edellyttäisi selkeitä linjauksia koskien julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä palvelujen viennissä sekä julkisten palvelujen järjestämiseen tarkoitettujen resurssien hyödyntämistä.

3.3 Sosiaali- ja terveyspalvelujen lainsäädäntöpuitteet muutoksessa

Sosiaali- ja terveyspalveluja ohjaavassa lainsäädännössä on toteutettu tai on meneillään useita merkittäviä uudistuksia, jotka vaikuttavat palvelujen tuottamiseen erityisesti siksi, että asiakkaan/potilaan mahdollisuuksia valita palvelujen tuottaja vahvistetaan.

KOTIKUNTALAIN MUUTOS

Kotikuntalain ja sosiaalihuoltolain vuoden 2011 alusta voimaan astuvan muutoksen seurauksena *sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköissä tai vastaavissa olosuhteissa asuvilla henkilöillä on mahdollisuus valita kotikuntansa*. Tämä koskee muun muassa vanhuksia ja kehitysvammaisia, jotka haluaisivat muuttaa esimerkiksi lähelle sukulaisiaan.

TERVEYDENHUOLTOLAKI

Hallituksen eduskunnalle 11.6.2010 antama esitys terveydenhuoltolaiksi lisää mahdollisuuksia valita terveydenhuollon palveluja yli kuntarajojen. Kaksivaiheisena etenevän toimeenpanon tuloksena eli 1.1.2014 alkaen potilas tai asiakas voi *valita vapaasti koko maassa sen perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan*.

SAIRAUSVAKUUTUSLAIN MUUTOS

Sairausvakuutuslain muuttamisesta eduskunnalle annetun esityksen mukaan annettusta yksityisestä sairaanhoidosta maksettaisiin sairausvakuutuslain mukainen korvaus. Kunta voisi vuokrata yksityisille terveydenhuollon palvelujen tarjoajille tyhjiillään tai vajaa-käytössä olevia sairaaloiden ja terveyskeskusten tiloja. Esityksen tarkoituksena on tehostaa ja monipuolistaa julkisten tilojen käyttöä. Tiloja vuokratessaan kunnan tai kuntayhtymän olisi kuitenkin huolehdittava siitä, että vuokraaminen ei vaaranna sosiaali- ja terveydenhuollon lakisääteistä toimintaa. Muutoksen on tarkoitus tulla voimaan 1.3.2011.

EUROOPAN UNIONIN POTILASDIREKTIIVI

Euroopan Unionissa valmistelussa olevan potilasdirektiivin tavoitteena on *helpottaa potilaan hakeutumista* turvalliseen ja korkealaatuiseen terveydenhoitoon toiseen jäsenvaltioon sekä *kannustaa jäsenvaltioiden välistä yhteistyötä* terveydenhoidon alalla. Jäsenvaltioilla säilyy oikeus järjestää terveydenhuolto haluamallaan tavalla. Rajat ylittävällä terveydenhoidolla tarkoitetaan tilannetta, jossa potilas menee toiseen jäsenvaltioon saamaan hoitoa, tai jossa hän ostaa yhdestä maasta saamallaan reseptillä lääkkeitä tai lääkinnällisiä laitteita toisesta jäsenvaltiosta. Direktiiviä sovelletaan terveydenhoitoon riippumatta siitä, kuinka se on järjestetty, tarjottu ja rahoitettu.

Direktiivi *ei vaikuta jäsenvaltioiden terveyspalvelujen järjestämistä tai rahoittamista koskeviin säädöksiin* tilanteissa, jotka eivät liity rajat ylittävään terveydenhoitoon. Direktiivi ei velvoita jäsenvaltioita korvaamaan omalla alueellaan sijaitsevan terveyspalvelujentarjoajan tarjoamaa hoitoa, jos palveluntarjoaja ei kuulu maan kansalliseen sosiaaliturva- tai terveysjärjestelmään.

Potilaille annettavaan hoitoon *sovelletaan hoitojäsenvaltion lainsäädäntöä laatu- ja turvallisuusvaatimukset mukaan lukien*. Hoitojäsenvaltion on varmistettava mm., että potilas saa pyytäessään asianmukaista tietoa laatu- ja turvallisuusvaatimuksista, terveydenhuollon palveluntarjoajien valvonnasta ja arvioinnista, sekä tiedon siitä, mitä palveluntarjoajia laatu- ja turvallisuusvaatimukset koskevat. Myös terveyspalveluiden tarjoajat antavat yksittäisille potilaille tietoa palveluiden saatavuudesta, tarjoamiensa terveyspalveluiden laadusta ja turvallisuudesta, selkeät laskut ja selkeää tietoa hinnoista sekä palveluntarjoajan luvasta tai rekisteröintitodistuksesta ja ammatillisista tai muista vakuutuksista.

Potilaan *kansalaisuus ei saa vaikuttaa* potilaan kohteluun ja hoitoon pääsyyn. Kuitenkin hoitojäsenvaltio voi, jos se on perusteltua yleistä etua koskevasta syystä, käytännössä rajoittaa hoitoon pääsyä, jos se on tarpeen sen vuoksi, että riittävät terveyspalvelut voidaan turvata. Tällaiset menettelyt on rajattava siihen, mikä on välttämätöntä ja suhteellista, eikä menettely saa johtaa syrjintään.

Hinnoittelun tulee olla samanlainen riippumatta siitä, asuuko potilas Suomessa vai tuleeko hän toisesta jäsenvaltiosta. Direktiivi ei vaikuta terveyspalveluiden tarjoajien mahdollisuuteen hinnoitella palvelunsa vapaasti, jos näin on kansallisesti säädetty, mutta hinnoittelussa ei saa syrjiä muista jäsenvaltioista tulevia potilaita.

Direktiivi tulee voimaan vuoden 2013 aikana.

4 Sosiaali- ja terveyspalvelumarkkinat ja alan yritystoiminnan kehitys

4.1 Säädellyt ja valvotut markkinat

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kuntien järjestämisvastuun piiriin kuuluvia palveluja, joista säädetään sosiaalihuoltolaissa, kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoidolaissa sekä niiden perusteella annetuissa asetuksissa.

Terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeuden myöntää sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontaviranomainen, Valvira. Se myöntää myös luvat yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen ja valvoo toimintaa suoraan tai ohjaamalla valvontavastuussa alueilla toimivia aluehallintovirastoja. Terveydenhuollossa valvonnan kohteena ovat sekä yksityiset että julkiset toimintayksiköt.

Kunnilla on palvelujen lakisääteisen järjestämisvastuun lisäksi myös niiden valvojan rooli: yksityisten sosiaalipalvelujen valvonta kuuluu aluehallintovirastojen lisäksi sille kunnalle, jossa palveluja tuotetaan. Järjestäjän ja valvojan roolien lisäksi kunnat tuottavat merkittävän osan palveluista eli keskimäärin 70 prosenttia sosiaali- ja terveyspalveluista.

Palvelumarkkinoiden kehittymiseen vaikuttaa keskeisesti se, missä määrin kunnat avaavat palvelutuotantoa kilpailulle sekä missä laajuudessa ottavat käyttöön palvelusetelin. Sosiaalipalveluyritysten palvelumyynnistä 80 prosenttia on myyntiä kunnille. Kuntien ja kuntayhtymien asiakaspalvelujen ostot yksityisiltä sosiaalipalvelujen tuottajilta olivat vuonna 2007 yhteensä 1,2–1,3 miljardia euroa, mikä muodosti noin 18 prosenttia kuntien sosiaalipalvelujen käyttökustannuksista. Vuodesta 2004 ostopalvelut olivat lisääntyneet peräti 340 miljoonalla eurolla. (Lith 2009)

Terveyspalveluissa kehitys on ollut erilainen: vuonna 2007 kuntien ja kuntayhtymien yksityiset asiakaspalvelujen ostot terveyspalveluyrityksiltä olivat noin 280 miljoonaa euroa, mikä oli ainoastaan 3,6 prosenttia kuntien terveydenhuollon käyttökustannuksista. Yksityisen terveydenhuollon laskennallisesta liikevaihdosta kuntien asiakaspalvelujen ostot muodostivat noin 12 prosenttia.

Väestön ikääntymisen ja ikääntyvän väestön maksukykyyn parantumisen arvioidaan lisäävän tulevaisuudessa erilaisten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvien hyvinvointipalvelujen (liikunta, kuntoilu, kulttuuri, hyvinvointimatkailu, hemmottelu) yksityistä kysyntää ja tarjontaa. Toisaalta ns. raskas palvelutarve ja -kysyntä eli käytännössä ympärivuorokautisen hoidon ja hoivan kysyntä kohdistuu jatkossakin pääosin kuntien ostamiin tai palvelusetelillä tukemiin palveluihin.

4.2 Yritystoiminnan kehitys ja siihen vaikuttaneet tekijät¹

4.2.1 Terveyspalvelut

Kansantalouden tilinpidon ennakkotietojen mukaan terveydenhuollossa (pl. eläinlääkintähuolto) tuotettujen palvelujen arvo oli Suomessa vuonna 2009 13,5 miljardia euroa ja työllisyys 178 000 henkeä.

Tuotoksesta julkinen toiminnan (kuntayhteisöt) muodostavat noin 77 prosenttia ja yksityinen toiminta noin 23 prosenttia. Yksityisen toiminnan tuotososuus kasvoi jatkuvasti 1990-luvun puolesta välistä 2000-luvun puolen väliin saakka. Nyttömin kasvu on hidastunut, sillä julkisen palvelutuotannon määrä ja panostukset julkiseen terveydenhuoltoon ovat lisääntyneet ripeästi muun muassa hoitotakuun voimaantumisen seurauksena.

YRITYKSET JA TOIMIPAIKAT

Yksityisessä terveydenhuollossa toimi vuonna 2009 noin 15 100 yritysten ja järjestöjen (säätiöt, yms.) omistamaa terveydenhuollon toimipaikkaa. Niiden henkilöstö oli 33 800 työntekijää vuosityöllisyyden käsitteellä mitattuna ja laskennallinen liikevaihto oli 3,2 miljardia euroa. Yritysten osuus yksityisen terveydenhuollon henkilöstöstä ja liikevaihdosta oli noin 80 prosenttia. Järjestöillä on vahva asema pääomavaltaisessa sairaaloiden ja kuntoutuslaitosten toiminnassa ja laboratoriotoinnassa.

Terveyspalvelujen yritykset ovat keskimäärin hyvin pieniä, mikä johtuu ammatinharjoittajien suuresta määrästä tietyillä toimialoilla, kuten fysioterapiapalvelussa. Yli 80 prosenttia yrityksistä työllistää alle kaksi henkilöä. Lisäksi terveyspalveluissa toimii runsaasti sivutoimisia yrittäjiä etenkin yksityislääkäripalveluissa.

Pienyritysvaltaisuudesta huolimatta seitsemän suuren eli yli 250 työntekijän yrityksen osuus alan henkilöstöstä oli 20–25 prosenttia vuonna 2009.² Suuret yritykset ovat kasvattaneet kokoaan yritysostoin 2000-luvulla. Osa suurista terveydenhuollon yrityksistämme on siirtynyt ulkomaiseen omistukseen samalla kuin ne ovat laajentaneet toimintaansa hoivapalvelualoille kuntien ulkoistaessa omaa palvelutuotantoaan.

Terveyspalvelujen yritystoimintaa luonnehtii keskimääräistä suurempi eloonjäämisaste, mikä johtuu yritystoiminnan suhteellisen korkeasta aloittamisasteesta moniin muihin palvelualoihin verrattuna. Eloonjäämisaste on sitä korkeampi, mitä pääomavaltaisemmasta toimialasta on kysymys. Kasvuyritysten osuus alan yrityskannasta on kuitenkin paljon pienempi kuin koko yritys kentässä keskimäärin.

¹ Pekka Lith, 2010

² Yrityksillä tarkoitetaan ammatinharjoittajia ja muodollisesti itsenäisiä oikeushenkilöitä. Jos konsernisuhteet otettaisiin huomioon, nousisi suurten yritysten markkinaosuus edelleen.

4.2.2 Sosiaalipalvelut

Kansantalouden tilinpidon mukaan sosiaalipalvelujen tuotos oli vuonna 2009 noin 8,2 miljardia euroa ja työllisyys 177 000 henkeä. Tuotoksesta julkinen toiminta (kuntayhteisöt) muodosti 69 prosenttia ja yksityinen toiminta 31 prosenttia. Yksityisestä toiminnasta järjestöjen osuus oli 16 prosenttiyksikköä ja yritysten osuus 15 prosenttiyksikköä. Julkisen toiminnan ja myös järjestöjen osuus palvelutuotannosta on pienentynyt ja yritysten kasvanut koko 2000-luvun ajan. Edes talouden taantuma ei ole hidastanut kehitystä.

Yritystoiminnan kasvun taustalla on kuntien palvelutuotannon avautuminen kilpailulle erityisesti asumisen sisältävissä sosiaalipalveluissa kuten vanhusten ja erityisryhmien asumispalveluissa ja lasten laitos- ja perhehoidossa. Palvelujen kysynnän kasvu on ollut niin nopeaa, että tarvittavat lisäpalvelut on ollut helpointa hankkia yksityiseltä puolelta.

Myös asiakkaan itsenäistä palveluntuottajan valintaa tukevat lasten yksityisen hoidon tuki, kotitalousvähennysjärjestelmä ja palvelusetelijärjestelmä ovat laajentaneet yksityisten sosiaalipalvelujen markkinoita. Osa yritystoiminnan kasvusta ja järjestöjen merkityksen pienentymisestä on kuitenkin tilastollista, mikä johtuu järjestöjen perinteisten palvelutoimintojen yhtiöittämisestä 2000-luvulla.

YRITYKSET JA TOIMIPAIKAT

Yksityisessä sosiaalipalvelussa toimi vuonna 2009 yhteensä noin 6 600 toimipaikkaa, joiden henkilöstö oli vuosityöllisyyden käsitteellä mitaten 51 000 työntekijää ja laskennallinen liikevaihto noin 2,7 miljardia euroa. Alan toimipaikoista järjestöjen osuus oli 40 prosenttia, mutta henkilöstöstä ja laskennallisesta liikevaihdosta 55 prosenttia.

Järjestöt ovat yrityksiä vahvempia ikääntyneiden hoitolaitostoiminnassa sekä työttömien, päihdeongelmallisten ja vammaisten päivä- ja työtoiminnassa. Pääosa päihdehuollon laitospalveluista ja päihdekuntoutuksesta on järjestöjen toimintaa. Yritysmuotoinen liiketoiminta ohittanee kuitenkin 2010-luvulla perinteisen järjestöjen toiminnan entistä useammalla sosiaalipalvelun toimialalla.

Sosiaalipalvelussa yrityskoko on suurempi kuin terveyspalveluissa, mutta silti yli 80 prosenttia sosiaalipalvelun yrityksistä oli alle kymmenen henkilön mikroyrityksiä vuonna 2009. Kuitenkin 10–49 työntekijän yritysten osuus alan henkilöstöstä ja liikevaihdosta oli noin 40 prosenttia. Seitsemän suuren, yli 250 henkilöä työllistävän yrityksen osuus yritysten yhteenlasketusta liikevaihdosta oli noin 20 prosenttia.³

Yksityinen sosiaalipalvelun yritystoiminta on ollut yksi maamme nopeimmin kasvavista toimialoista, mikä näkyy kasvuyritysten suurena määränä. Sosiaalipalveluissa nuorten kasvuyritysten suhteellinen osuus on huomattavasti suurempi kuin

3 Yrityksillä tarkoitetaan ammatinharjoittajia ja muodollisesti itsenäisiä oikeushenkilöitä. Jos konsernisuhteet otettaisiin huomioon, nousisi suurten yritysten markkinaosuus edelleen.

kaikilla toimialoilla keskimäärin. Eniten kasvuyrityksiä on lasten ja nuorten laitoshuollossa ja vanhusten palvelutalo- ja asumispalveluissa.

Ikääntyvän väestön palveluja koskevien kehittämislinjausten mukaan laitoshoidon puretaan ja painopiste siirretään palveluasumiseen ja siinä erityisesti ympäri-vuorokautiseen hoivaan perustuvaan tehostettuun palveluasumiseen. Tämä tullee lisäämään entisestään yritysten ja järjestöjen osuutta asumispalvelujen tarjonnassa.

4.3 Toimialan kehittymisen keskeiset haasteet

Kuten edellä on todettu, kuntien järjestämisvastuu ja julkisen markkinan laajuus luovat sosiaali- ja terveyspalvelualalle monista muista toimialoista poikkeavat rakenteet ja puitteet. TEM:n HYVÄ –strategian valmisteluprosessiin osallistuneiden laajan, yksityistä ja julkista sektoria edustaneiden toimijoiden yhteinen näkemys oli, että kuntien palvelustrategioiden yhteys alueensa elinkeinopolitiikkaan ja sen toimijoihin on edelleen heikko. Kun palvelujen tuotantotapoja tai palvelusetelin käyttöönottoa koskevia selkeitä tavoitteita ja periaatteita ei ole määritetty, yritysten on vaikea suunnitella ja kehittää toimintaansa pitkäjänteisesti.

Kuntien ja muiden julkisyhteisöjen hankinnat on lähtökohtaisesti kilpailutettava hankintalain mukaisesti. Kuntien tavoitteena kilpailuttamisessa on toistaiseksi korostunut kustannussäästöjen tavoittelu ja palveluiden kasvavaan kysyntään vastaaminen hankkimalla lisäkapasiteettiä markkinoilta. Aito kumppanuus, missä tavoitteena on palveluiden uudistaminen ja uusien palvelukonseptien kehittäminen on vielä ollut vähäisempää.

Hankintamenettelyn ongelmat esiintyvät käytännön hankinta- ja tarjousosaamisessa sekä tilaaja- että tuottajapuolella. Tämä korostuu erityisesti pienissä hankintayksiköissä ja pienissä yrityksissä. Myös hankintojen keskittäminen entistä suuremmiksi kokonaisuuksiksi on ongelmallista pienille yrityksille ja ammatinharjoittajille.

Sosiaali- ja terveysalan yritykset ovat pääosin pieniä eikä yrityskoon kasvattaminen ole itsetarkoitus. Toimitusvarmuuden, kehittämisresurssien tai kansainvälistymisedellytysten näkökulmasta alan yritys rakenne on ongelmallinen. Yritysten yhteistyön voimakkaalla kehittämisellä – yhteisyritykset tai yritysverkostot – voitaisiin saavuttaa selkeitä hyötyjä pienten yritysten toiminnan kehittämisessä, markkinoinnissa, hankinnoissa ja tarjouspyyntöihin vastaamisessa, toimitusvarmuuden parantamisessa sekä henkilöstön rekrytoinnissa ja koulutuksessa.

Kuntien hankintamenettelyillä on merkittävä vaikutus palvelumarkkinoiden kehittymiseen. Hankintamenettely voi johtaa yhtäläillä markkinoiden vahvaan keskittymiseen tai monituottajaisen tuotantorakenteen vahvistumiseen. Pienten hoito- ja hoivayritysten kannalta tavoiteltavana pidetään kuntien omaan tuotantoon ja erilaisten yksityisten palvelutuottajien palvelukonsepteihin perustuvaa monituottajamallia.

Tuottavuuden kehitys sosiaali- ja terveyspalveluissa on tilastojen mukaan heikentynyt viime vuosina. Tuottavuuden parantamisella voitaisiin vaikuttaa merkittävästi erityisesti alan mittaviin työvoimatarpeisiin. Tätä kuvaa seuraava laskelma:

tuottavuuden puolen prosentin vuotuinen kasvu vähentäisi alan henkilöstön lisäystarvetta vuoteen 2040 mennessä 200 000 henkilöstä 80 000:een henkilöön (Parkkinen 2007). Puolenkin prosentin tuottavuuden kasvu on kuitenkin vaativa tavoite.

Tuottavuuden käsite hyvinvointialalla on myös 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.

Teknologian kehittämisellä ja hyödyntämisellä sekä palveluinnovaatioilla voidaan parantaa palvelujärjestelmän tuloksellisuutta. Työ- ja elinkeinohallinnossa sosiaali- ja terveystalouden uudistamiseen tähtäävien hankkeiden rahoituksesta vastaa Teknologian ja Innovaatioiden kehittämiskeskus Tekes. Vuonna 2008 käynnistynyt Innovaatiot sosiaali- ja terveystalouden uudistamiseksi -ohjelma on avannut rahoituksen myös kunnille ja kuntayhtymille. Ohjelmaan valittavat hankkeet ovat aina kumppanuushankkeita. Tämän ohjelman lisäksi Tekes rahoittaa toimialan yritysten teknologia- ja palveluinnovaatiohankkeita, jotka tähtäävät kasvuun ja/tai kansainvälistymiseen.

Julkisen sektorin kehittämistoiminnan haasteena on ollut tulosten käyttöönottojen ja kansallisen levittämisen vähäisyys. Aitoon kumppanuuteen perustuva julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö ei ole myöskään ollut vallitseva toimintatapa. Uudistumiseen tähtäävä innovaatiotoiminta sisältää aina myös riskin, ja riskinotto ei luontaisesti ole kuulunut julkisen sektorin toiminnan luonteeseen. Pääasiassa julkiselle sektorille palveluitaan tuottavat yritykset eivät välttämättä myöskään pyri kehittämään palveluitaan, koska ostajan puolelta tuleva kysyntä ei sitä osaa heiltä edellyttää.

5 Kansainvälistymisen ja viennin nykytila

5.1 Tiivistelmä NHG:n raportista

Työryhmän työn edellyttämän tietopohjan tuotti pääosin työ- ja elinkeinoministeriön tilaama selvitys hoito- ja hoivapalvelujen viennin edellytyksistä. Nordic Healthcare Group Oy:n (NHG) toteuttama selvitys tehtiin työryhmän ohjauksessa ja sen tavoitteena oli kartoittaa keskeiset aiheeseen liittyvät kysymykset ja tukea hoito- ja hoivapalveluiden vientistrategian kehittämistyötä. Raportissa kuvataan hoito- ja hoivapalveluidenviennin edellytyksiä Suomessa. Kansallisten markkinoiden kokoon suhteutettuna hoitopalveluiden maailmanlaajuinen vienti on vielä suhteellisen vähäistä. Hoivapalveluiden vientiä on toistaiseksi vielä vähemmän, eikä siitä ole tehty tilastointia tai selvityksiä vastaavassa mittakaavassa kuin hoitopalveluiden viennistä. Osittain tästä syystä raportin pääpaino on hoitopalveluiden viennissä.

Raportissa tarkastellaan hoito, hoiva- ja hyvinvointipalveluiden viennin nykytilaa sekä maailmanlaajuisesti että erityisesti Suomen osalta. Sen lisäksi työssä esitellään hoito- ja hoivapalveluiden viennin kansallisia haasteita ja edellytyksiä sekä annetaan suosituksia viennin edistämiseksi.⁴

Hoito- ja hoivapalveluiden viennillä tarkoitetaan sitä, että suomalaiset tuottavat palveluita ulkomaalaisille asiakkaille, jolloin rahavirta suuntautuu Suomeen. Hoitopalveluiden vienti voidaan luokitella sen mukaan, mikä elementti palvelussa ylittää rajan. Ylittäjä voi olla joko potilas/asiakas, asiantuntija, näyte tai tieto. Raportissa on keskitytty tarkastelemaan potilaiden liikkeitä, mutta myös asiantuntijoiden ja asiantuntemuksen liikkuminen yli rajojen on otettu huomioon. Palveluiden tuonti puolestaan tarkoittaa vastaavasti sitä, että suomalaiset hakeutuvat ulkomaille hoitoon, että näytteitä lähetetään ulkomaille tai että kotimaahan saapuu ulkomainen asiantuntija tai palveluntarjoaja.

Merkittävä osa Euroopan sisällä tapahtuvasta rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta sijoittuu raja-alueille, joita yhdistävät sama kieli ja kulttuuri. Joissain tapauksissa maan palvelujärjestelmä lähettää potilaita ulkomaille hoitoon, mikä tyypillisimmin johtuu kapasiteettipulasta tai pyrkimyksestä kustannusten hallintaan. Oma-aloitteisesti ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) potilaat, jotka hakevat edullisempaa hoitoa kuin kotimaassa on tarjolla, 2) potilaat, jotka hakevat sellaisia hoitoja, joita ei kotimaassa ole tarjolla, tai joihin on pitkät jonot eikä oman maan yksityisen sektorin tarjonta riitä täyttämään kapasiteettivajetta, 3) potilaat, jotka hakevat hoitoja, jotka kotimaan lainsäädäntö estää, kuten hedelmöityshoidot, abortti tai kuolinapu.

4 Hoitopalveluilla tarkoitetaan lääketieteellistä hoitoa, hoivapalveluilla hoivaa kuten vanhuspalveluita ja hyvinvointipalveluilla mm. kylpyläpalveluita.

Tällä hetkellä hoito- ja hoivapalveluiden vienti Suomesta on melko vähäistä ja epäsäännöllistä. Ne ulkomaalaiset potilaat, jotka pyrkivät Suomeen hoitoon pyrittään ottamaan vastaan, mutta riittävä kotimainen kysyntä ja erityisesti yksityisellä puolella palveluntuottajien pieni koko aiheuttavat että systemaattinen palvelujen vienti on hyvin pienimuotoista. Julkisella puolella esteenä ovat hoitojonot, henkilöstövoimavarojen joustamattomuus ja hinnoitteluun liittyvät ongelmat. Tyypillisesti hoitopalvelujen vienti kohdistuu niihin toimenpiteisiin ja hoitoihin, joissa on ainakin alueellista ylikapasiteettia, esim. synnytyksiin, sädehoitoihin ja ortopedisiin toimenpiteisiin. Potentiaalisimmaksi vientikohteeksi nähtiin lähes poikkeuksetta Venäjä.

Raportin perusteella Suomella on edellytyksiä viedä nykyistä enemmän hoito- ja hoivapalveluita. Suomi tunnetaan teknologisesti edistyneenä, puhtaana ja turvallisena maana, josta viedään jo paljon terveysteknologian tuotteita. Suomalainen lääketieteellinen osaaminen ja lääketieteellinen tutkimus ovat monilla alueilla maailman kärkitasolla. Lisäksi Suomea pidetään kiinnostavana sijoituskohteena. Venäjän markkinoiden läheisyys on myös Suomelle eduksi.

Yksittäisten palveluiden lisäksi voidaan myös viedä kokonaisia palvelujärjestelmiä tai tuotteiden ja palveluiden yhdistelmiä. Esimerkkeinä tällaisista palvelujärjestelmistä voisi olla Suomessa hyvin toimiva neuvolajärjestelmä tai ikäihmisten palveluasumisjärjestelmä yhdistettynä palveluita tukevaan teknologiaan. Kokonaisen järjestelmän vieminen palvelutuotantona on kuitenkin haastavaa, sillä silloin on kyettävä integroitumaan ulkomaalaiseen palveluntuotantojärjestelmään ja kulttuuriympäristöön. Palvelujärjestelmän tuotteistaminen ja hinnoittelu on haastavaa ja useimmiten vienti supistuukin asiantuntijapalveluiden myymiseksi ja konsultoinniksi.

Hoitopalveluiden vienti on vaativampaa kuin monien muiden palveluiden vienti, mikä on seurausta hoitopalveluiden luonteesta ja eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien keskinäisistä eroista. Haastavuutta lisäävät esimerkiksi seuraavat tekijät:

1. Yhden hoitopisodin aikana potilas tapaa useita lääkäreitä ja muuta ammattihenkilöstöä, ja hoitoketjun jakaminen kahden eri maan terveydenhuoltojärjestelmien kesken on haastavaa.
2. Potilaat eivät useinkaan maksa hoitoa itse, jolloin palveluntarjoajan on saatava vahvistus maksajalta, ennen kuin voi ottaa potilaan hoidettavakseen.
3. On oltava etukäteen selvillä, kuka vastaa mahdollisten komplikaatioiden hoidosta syntyvistä kustannuksista.
4. Potilastietojen saaminen, joka on edellytys hoitopäätösten tekemiselle, riippuu potilaan kotimaan lainsäädännöstä, ja siihen on Suomesta käsin vaikea vaikuttaa.
5. Hoitopalvelun laadun ja erityisesti sen vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa, jolloin käsitykset palvelun laadusta perustuvat usein pelkkiin mielikuviin tai aistihavaintoihin. Laadun mittaamisen vaikeudesta seuraa myös palveluiden markkinoinnin vaikeus.
6. Palvelun saaminen omalla kielellä ja kulttuurillisesti on erityisen tärkeää hoitopalveluissa, sillä terveys on hyvin henkilökohtainen asia.
7. Matkustamisen vaiva.

Näiden yleisten haasteiden lisäksi Suomen oma terveydenhuoltojärjestelmä asettaa joitain erityishaasteita viennille.

1. Julkisen puolen kysyntäpaine ja resurssien joustamattomuus, erityisesti hoitotakuun toteutuminen omien potilaiden hoidossa huolettaa päätöksentekijöitä. Uuden terveydenhuoltolain mahdollisesti synnyttämä ja yliopistosairaaloihin suuntautuva kysyntäpaine vähentää vientiin liikenevää kapasiteettia. Lisäksi kotimaisen kysynnän ennustetaan kasvavan tuntuvasti väestön vanhetessa.
2. Palveluntuottajien pitäisi olla perillä tuotannon tosiasiallisista kustannuksista, ja saada hinnoitella toimenpiteet haluamallaan tavalla.
3. Kotimarkkinoiden pienuus ja kilpailun puute, minkä seurauksena julkiset palveluntuottajat eivät toimi markkinaehtoisesti eivätkä kohtaa todellista kilpailua. Yksityisille yrityksille kotimarkkinat ja siellä liikkuvat pääomat ovat niin pienet, että ne eivät ole välttämättä halukkaita ottamaan vientitoimintaan liittyviä riskejä.
4. Suomen houkuttelevuus matkustuskohdeena ja vahvan terveystalouden brändin puuttuminen.

Raportissa annetaan seuraavat suositukset hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistämisen ja viennin strategiatyölle:

1. Hoito- ja hoivapalveluiden vientiä tulee lähestyä kansallisella tasolla ja strategiassa tulee yksityiskohtaisemmin selvittää
 - a) millä aloilla Suomessa on sellaista kliinistä tai tutkimuksellista huippuosaa mista, jolle voisi olla kysyntää ulkomailla,
 - b) millä alueilla on hyödyntämätöntä hoitokapasiteettia julkisella tai yksityisellä puolella,
 - c) mitä lainsäädännöllisiä ja muita esteitä hoito- ja hoivapalveluiden viennille on,
 - d) millaisella liiketoimintamallilla julkiset palveluntuottajat voisivat osallistua markkinaehtoiseen vientiin.
2. Operatiivisella tasolla tarvitaan toimijoita, joiden tehtävinä on välittää ulkomaalaisia potilaita Suomeen ja hoitaa käytännön järjestelyt, missä tulee huomioida että
 - a) Ulkomaalaisten potilaiden hoitoketjun suunnittelu ja toteutus vaatii yhteistyötä eri palveluntuottajien - mahdollisesti sekä yksityisten että julkisten - välillä, jolloin koordinoivan toimijan rooliin kuuluisi eri tuottajien palveluiden paketoiminen yhdeksi kokonaisuudeksi.
 - b) Suomeen tuleva potilas tulisi voida asioida yhden toimijatahon kanssa.
 - c) Koordinoivan toimijan tulee olla tulostavasti yksikkö, jotta tavoite todellisen liiketoiminnan harjoittamisesta täyttyy.

Vertailukohteena raportissa esitetään Stockholm Care AB:n toimintamalli.

3. Strategisen ja operatiivisen tason väliin tarvitaan operatiivista tasoa koordinoiva ja tukeva toimija jonka tehtävänä on

- a) Koota yhteen viennistä kiinnostuneita palveluntuottajia ja operaattoreita.
- b) Tarjota terveydenhuoltoon erikoistuneita vienninedistämispalveluita ja -rahoitusta tai ohjata potentiaaliset tuottajat jo olemassa olevien palveluiden ja rahoituskanavien luokse.

Vertailukohteena raportissa esitetään Swecare toimintamalli.

5.2 Tiivistelmä toimijoiden näkemyksistä

Työryhmä on käsitellyt kokouksissaan hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymistä laajalti jäsenten tuodessa esiin edustamiensa tahojen näkemyksiä ja toimenpide-ehdotuksia sekä kuullut julkista ja yksityistä sektoria edustavia ulkopuolisia asiantuntijoita. Valmistelussa esiin tulleet näkemykset voidaan tiivistää seuraavasti:

Keskeisenä ongelmana nähdään suomalaisten sosiaali- ja terveystalouden yritysten pieni koko, joka on selkeä haaste toimialan kansainvälistymiselle. Kansainvälisillä markkinoilla vastassa on kovia kilpailijoita, jotka eivät helposti päästä uusia toimijoita markkinoille. Kasvua tukevan kotimarkkinan luomisen on siksi oltava keskeinen osa kansainvälistymisstrategiatyötä. On varmistettava, että kotimarkkina mahdollistaa yritysten kehittymisen edellytykset. Julkisen sektorin kysyntää tulisi ohjata laajemmalle ja monipuolisemmalle tuottajajoukolle. Toisaalta myös pääomansijoittajilla on keskeinen rooli toimialan kehittämisessä ja ne on otettava mukaan yhteistyöhön. Ruotsissa SOTE -alan kansainvälistyminen lähti liikkeelle, kun määrätietois- sen ulkoistamisstrategian seurauksena pääomasijoittajat kiinnostuivat toimialasta.

Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen olisi nähtävä laajempaan kokonaisuuteen kuin pelkkä vienti. Palvelujen kansainvälistyminen sisältää pelkän palveluviennin lisäksi myös ulkomaiset investoinnit ja kansainvälisellä markkinalla toimimisen kolmannen osapuolen kautta (franchising, lisensointi, ei-omistuksellinen sopimusyhteistyö). Palvelujen kansainvälistymisen osana on huomioitava myös kansainvälistä liiketoimintaa valmistelevat toimet (kansainvälisten asiakkaiden palveleminen kotimaassa, toimiminen osana kansainvälistä ketjua tai verkostoa, kansainvälisten asiantuntijoiden rekrytointi omaan organisaatioon ja offshoring eli palvelujen etätuotanto). (Lähde Tekesin julkaisu 265/2009: "Palvelujen kansainvälistymisen muodot ja polut", http://www.tekes.fi/fi/document/43701/palvelujen_kansainvalistytminen_pdf)

Suomessa hoito- ja hoivapalveluissa on paljon erityisosaamista ja kokemusta, jota on yritetty hyödyntää. Viennin ja liiketoiminnan näkökulmasta se on kuitenkin jäänyt marginaaliseksi. Tällaista erityisosaamista edustavat esimerkiksi neuvolat, työterveys ja sairauksien ehkäisy. Vienti näiden osalta on ollut kertakonsulttaatiota, mikä liittyy osin siihen, että kohdemarkkinat ovat niin erilaisia. Keskeinen kysymys onkin, miten luoda uusia, monistettavia konsepteja. Potentiaalisena alueena usein esiin nostettava neuvolajärjestelmä on kulttuuri- ja palvelujärjestelmäsidonnainen, joten se ei välttämättä sovi vientiin. Toisaalta sairauksien ennaltaehkäisy, esimerkiksi diabeteksen ehkäisy voisi olla potentiaalinen alue, koska aihe on

samankaltainen eri maissa ja Suomesta löytyy huippuosaamista alueelta. Tuotteistamis- ja liiketoimintaosaamista pitäisi kuitenkin vahvistaa.

Toimenpiteissä tulisi keskittyä yksityissektorin vientiedellytysten mahdollistamiseen. Tulevaisuudessa yritykset kilpailevat liiketoimintamalleilla, joihin tulisi keskittyä. Tuotanto ja kysyntä ovat samankaltaisia, liiketoimintamalli ratkaisee menestymisen. Yritystoiminnan vahvistaminen kotimarkkinoilla on tärkeää, jotta syntyy kilpailukykyisiä konsepteja. On myös tarvetta kehittää toimialasektorispesifistä kansainvälistymiskoulutusta ja liiketoimintaosaamista.

Ulkomailta tulevien potilaiden tulo hoitoon Suomeen on tunnistettu alueeksi, jolla suomalaisilla terveysalan yrityksillä on kasvumahdollisuuksia. Välitöntä vientipotentiaalia on nähtävissä lääketieteelliseen huippuosaamiseen perustuvissa hoidoissa kuten elektiivinen kirurgia, etenkin ortopedia. Viennin pääsuuntina nähdään Venäjä ja itse maksavat potilaat. Palvelujen tuottajina toimisivat lähinnä yksityinen tai kolmas sektori; myös yhtiömuotoiset julkiset tuottajat voisivat tulla kysymykseen. Suomalaiset terveyspalveluyritykset tarjoavat jo jonkin verran palveluitaan kansainvälisille asiakkaille, mutta toiminta ei ole kovinkaan järjestäytynyttä. Suomi ei tällä hetkellä ole tunnettu terveyspalvelukohde ja yksittäisen yrityksen mahdollisuudet ja resurssit itsensä tunnetuksi tekemiseen esim. Venäjän markkinalla ovat vähäiset. Terveyspalveluja ulkomaisille asiakkaille tarjoavien yritysten markkinointiyhteistyötä tarvitaan ja tätä varten jotkut suomalaiset toimijat ovat FinnMedi Oy:n koordinoimana rakentaneet HealtCare Finland-portaalia (www.healthcarefinland.fi). Terveyspalvelujen viennin kehittämiseksi tarvitaan myös operaattori tai operaattoreita toimimaan välittäjäorganisaatioina suomalaisten terveyspalvelujen tarjoajien ja ulkomailta tulevien potilaiden välillä samalla tavalla kuin esimerkiksi Stockholm Care Ab Ruotsissa.

Ylipäänsä Suomeen tarvittaisiin yhteenvetäjä/sovittaja koordinoimaan kansainvälisiä kontakteja, esimerkiksi delegaatiovierailuja. Koordinaattorin kautta pitäisi myös saada markkinatietoa eri maista ja sillä tulisi olla selvitettyä tietoa myös esimerkiksi toimialakohtaisesta lainsäädännöstä ja markkinoille tulon esteistä eri maissa.

Keskusteluissa nostettiin useasti myös esille kysymys kuuluuko tutkimusosaaminen työryhmän toimeksiantoon. Rokote- ja lääketutkimukset ovat erittäin iso kokonaisuus, jossa Suomessa on laajaa kokemusta ja hyvä kansainvälinen maine. Myös toiminnan volyymi on merkittävää, vuosittain Suomessa käytetään 100–150 miljoonaa euroa klinisiin lääketutkimuksiin. Käynnissä olevien klinisten lääketutkimusten määrä vaihtelee 400 ja 500 tutkimuksen välillä ja niihin osallistuneiden tutkittavien määrä 32 000:n ja 61 000:n välillä. (lähde Lääketeollisuus ry). Tekesillä on käynnissä Pharma -ohjelma vuosille 2008–2011 (www.tekes.fi/ohjelmat/pharma), jonka eräänä painopisteenä on pyrkiä luomaan kliniseen lääketutkimukseen kansallisesti yhtenäinen toimintatapa ja infrastruktuuri korvaamaan tämänhetkinen paikkakuntaakohtaisesti pirstoutunut toimintatapa.

Hoito- ja hoivapalveluissa suomalainen vahvuus on kapeilla erityisalueilla. On myös huomioitava, että kotimaassa toimivien hoito- ja hoivapalveluyritysten mielenkiinto kansainväliseen toimintaan on suhteellisen heikko, koska kotimarkkinassa on tällä hetkellä riittävästi kysyntää ja mahdollisuuksia sellaisenaan houkuttelevaan liiketoimintaan.

5.3 Viennin ja kansainvälistymisen edistämispalvelut

Yritysten ja muiden yhteisöjen viennin ja kansainvälistymisen edistämispalvelut (VKE -palvelut) ovat osa kansallista innovaatio-, elinkeino- ja kauppapolitiikkaa. Vientiä ja kansainvälistymistä edistävä kansallinen toiminta kuuluu ministeriöiden välisessä työnjaossa elinkeinoministerin toimialaan. TEM ei kuitenkaan ole ainoa yritysten kansainvälistymistä ja vientiä edistävä ministeriö. UM:llä on tässä toiminnassa merkittävä rooli. Lähes kaikki ministerit ja tasavallan presidentti tarjoavat yrityksille arvovaltapalveluita ovien avaamiseksi kansainvälisillä areenoilla.

Kansallisella tasolla VKE -toiminta sisältää valtionavustuksia ja tukia, rahoitusinstrumentteja (lainat, vakuudet ja pääomaehtoinen rahoitus), konsultointi- ja neuvontapalveluja sekä koulutusta. Myös arvovaltapalvelut kuuluvat VKE -toiminnan piiriin. Nykyinen järjestelmä tukee mm. yritysten viennin edistämistä, markkinatiedon hankintaa, uusien tuonti- ja alihankintatoimittajien löytämistä, verkostoitumista, partnereiden tunnistamista, näkyvyyden ja tunnettuuden lisäämistä, etabloitumista ja uusien markkinoiden avaamista. Järjestelmän palvelutarjonta on erittäin monipuolinen – haasteena on yrityksen tarpeen ja järjestelmässä olevan tarjonnan kohtaaminen.

Kansallisesti VKE -toimintaa pääasiallisesti harjoittavat organisaatiot kuuluvat TEM:in ja UM:n tulosoajaukseen. TEM:in konserniin kuuluvia kansainvälistymistä edistäviä organisaatioita ovat mm. Finpro, ELY-keskukset, Finnvera ja Tekes sekä ulkomaisia investointeja Suomeen edistävä Invest in Finland. Näiden lisäksi TEM tukee seuraavien organisaatioiden toimintaa: Suomalais-venäläinen kauppakamari, Suomalais-ruotsalainen kauppakamari, Osuuskunta Viexpo, Music Export Finland ja Design Forum sekä Matkailun Edistämiskeskus. TEM antaa toimintatukea myös FinNode verkostolle - joka toimii Japanissa, Kiinassa, Venäjällä ja Yhdysvalloissa ja vuoden 2011 alusta myös Intiassa. Finnode toiminta edistää yhteistyötä ja kumppanuuksia Suomen kannalta kiinnostavimmilla markkinoilla ja innovaatiotoiminnan alueilla.

Ministerien ja korkeiden virkamiesten johdolla tehtäviä vienninedistämismatkoja voidaan osaltaan hyödyntää myös hoito- ja hoivapalveluja tarjoavien toimijoiden vienti- ja kansainvälistymispyrkimyksissä. Matkojen yritysvaltuuskuntien kokoamisessa ja ohjelmien yritysosuuden laatimisessa käytetään Finpron ja Venäjälle suuntautuvien matkojen osalta myös Suomalais-venäläisen kauppakamarin apua. Ulkoasiainministeriön edustustoverkkoa voidaan käyttää sekä yleisen markkinatiedon

hankinnassa että suomalaisen osaamisen ja tarjonnan promootiossa asemamaissa (ml. ovien avaaminen asemamaiden viranomaisiin ym.) osana edustustojen normaalia VKE-toimintaa.

TEM:n VKE -toimintaa ei ole rajattu maantieteellisesti vaan mahdolliset maa-kohtaiset painotukset on valittu markkinoiden tarjoamien potentiaalien mukaan. Ministeriö painottaa toiminnassaan erityisesti pienten- ja keskisuurten kasvua hakevien yritysten rohkaisua ja kannustamista kehittää ja vahvistaa toimintaansa kansainvälisesti.

TEM:in innovaatio-osaston VKE-ryhmän myöntämien yhteishanketukien tavoitteina on yrityksen viennin käynnistäminen uusilla markkina-alueilla sekä kumppanuuksien etsiminen uusilta vientimarkkinoilta. Osallistujina yhteishankkeissa on kasvuyrityksiä, tuotekehittelyvaiheen jälkeisessä kaupallistamisvaiheessa olevia yrityksiä, yritysten uusia, innovatiivisia verkostoja ja muita yritysryhmiä. Erityisinä kohdemaina hankkeita toteutetaan Venäjällä, Kiinassa ja Intiassa. Uusilla alueilla, kuten Afrikassa tehdään esiselvityksiä ja kartoituksia suomalaisten yritysten vientimahdollisuuksista. Avustusmäärärahalla toteutetaan yritysten verkottumista edistäviä yhteishankkeita, yhteisosallistumisia kansainvälisiin näyttelyihin, viennin kumppanuusohjelmia sekä vientiverkostohankkeita. Yritysten yhteishankkeista näyttelyjen ja messujen tukihakemustan käsittely siirtyy 2011 alusta Lahden ELY -keskukseen ja kumppanuushankkeet ja vientiverkostot Turun Ely -keskukseen.

Yksittäisiin yrityskohtaisiin kansainvälistymishankkeisiin kehittämisavustusta myönnetään ELY- keskusten toimesta.

RESURSSIT VALTION TALOUSARVIOSSA

Valtion talousarviossa kohdennetaan määrärahoja erityisesti yritysten kansainvälistymisen ja viennin edistämiseen TEM:in hallinnonalalla osana innovaatiopolitiikkaa ja yritysten kansainvälistymistä. Kansainvälistymisavustus yritysten yhteishankkeille on vuoden 2010 talousarviossa 26,6 miljoonaa euroa. Tämän lisäksi on osoitettu Finprolle 21,1 miljoonaa euroa ja eräille muille kansainvälistymistä edistäville valtionapuyhteisöille yhteensä 2,2 miljoonaa euroa sekä Invest in Finlandille 3,5 miljoonaa euroa määrärahoja kansainvälistymisen edistämiseen. Varsinaiset YKV -määrärahat ovat yhteensä alle 54 miljoonaa euroa.

Tämän lisäksi TEM:in hallinnonalalla yksittäisille yrityksille myönnetään ELY -keskuksista tukia kansainvälistymisen edistämiseen noin 10 miljoonan euron edestä vuosittain. Myös Tekesin määrärahoista kohdentuu Tekesin teknologiaohjelmassa olevien yritysten kansainvälistymisen edistämiseen arviolta noin 30 miljoonaa euroa. Myös Finnveran toiminnasta voidaan laskea noin 10 miljoonan euron panostus pk -yritysten kansainvälistymiseen. Näin ollen TEM:in hallinnonalalla YKV -toimintaan kohdennetaan kaikkiaan hieman yli 100 miljoonaa euroa.

6 Työryhmän arvio kansainvälistymisen ja viennin edellytyksistä

6.1 Potentiaalisimmat palvelut

Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymisessä ja viennissä potentiaalisimmissa palveluissa yhdistyy

1. markkinatarve ja -potentiaali, joista avautuu konkreettisia liiketoimintamahdollisuuksia; erityistä merkittävää markkinapotentiaalia synnyttää demografiakehitys (paitsi länsimaissa myös erityisesti Kiinassa), elintapoihin liittyvien sairauksien yleistyminen (esim. diabetes, sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet) sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmien tarvitsemat reformit rahoitusongelmien ja kustannuskehityksen vuoksi,
2. suomalaisten toimijoiden erityisiä kilpailuetutekijöitä kuten osaaminen, erityislaitteistot tai -tilat, verkostot tai kumppanuudet ja maine; yleisesti Suomen asema ikääntymiskehityksen eturintamassa ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän kokonaisuudistusten pioneerina voidaan nähdä merkittävänä mahdollisuutena luoda uusia, todennettuja ja kansainvälisesti kilpailukykyisiä ratkaisuja, joilla tulevaisuudessa voidaan tehdä merkittävää kansainvälistä liiketoimintaa,
3. toimijoiden valmiudet ja halukkuus aktiivisesti panostaa kansainväliseen liiketoimintaan ja kansainvälistymisen ja viennin kehittämiseen: palveluliiketoiminnan erityispiirteenä tulee lisäksi huomioida mitkä ovat kansainvälisen liiketoiminnan hyödyt Suomelle, erityisesti suomalaisen omistajuuden ja yritysten pääkonttorien sijainnin näkökulmasta.

Hoito- ja hoivapalvelujen viennissä kannattaa selkeyden vuoksi erottaa toisistaan palvelut, joissa suomalainen yritys perustaa liiketoimintayksikön kohdemaahan ja tuottaa palveluja siellä ja palvelut, joissa liiketoiminta perustuu potilaan, näytteen tai tiedon siirtymiseen Suomeen palvelutapahtuman ajaksi. Potentiaalisimpia palveluja tarkastellaan erikseen näissä kahdessa ryhmässä.

PALVELUT, JOISSA SUOMALAINEN YRITYS PERUSTAA LIIKETOIMINTAYKSIKÖN TAI TEKEE PROJEKTITOIMITUKSIA KOHDEMAAHAN

Hoito- ja hoivapalvelujen alueella kansainvälistyminen etabloitumalla on ollut vähäistä toimialan voimakkaan kansallisen sääntelyn ja paikallisen luonteen vuoksi. Projektimuotoista asiantuntijapalveluiden vientiä ja aktiivisia yrityksiä löytyy Alueella potentiaalisimmiksi palveluiksi on tunnistettu:

Hoito- ja hoivapalvelualueen vaativat asiantuntijapalvelut ja konsultointi: Terveystieteiden, sosiaalipalvelujen ja hallinnon organisaatioille vaativia asiantuntijapalveluja (suunnittelu, arviointi, koulutus, konsultointi, kehittäminen, tutkimus) tarjoavat yritykset ja julkisyhteisöt

1. Markkinapotentiaalia on erityisesti kehittyvillä markkinoilla ja maissa joissa meneillään isoja sosiaali- ja terveydenhuollon reformeja, rakennemuutoksia tai kehityshankkeita (rahoittajina esim. maailmanpankki, EU, YK).
2. Suomessa löytyy asiantuntijapalveluja tarjoavia yrityksiä ja julkisen sektorin organisaatioita (THL, TTL, VTT), erityisten kilpailuetukelijöiden ja kansainvälistymisvalmiuksien tila vaihteleva, suomalaiset yleensä mukana omalla kapealla erityisosaamisella, harvemmin isojen hankekokonaisuuksien operoijina ja kokonaisratkaisujen tarjoajina.
3. Valmiudet konkreettisiin toimenpiteisiin ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen ovat vaihtelevalla tasolla, kansainvälistymisen perusvalmiuksissa on parannettavaa. Paljon toimialaan liittyvää erityisosaamista on julkisen sektorin hallussa, jolloin valmiudet ketterään ja liiketoimintalähtöiseen toimintaan puutteellisia.
4. Konsultoinnissa ja palvelujen tuottamisessa on alan laitteiden ja teknologioitten hyödyntämiseen perustuvaa potentiaalia; hoito- ja hoiva-alan laitteistojen laajemman hyödyntämisen kautta voidaan kehittää vientikelpoisia hoivapalveluja.
5. Telelääketieteen avulla voidaan tuottaa joitakin asiantuntijapalveluja Suomesta käsin, mutta tämä vaatisi muutoksia nykykäytäntöihin ja lainsäädäntöön.

Hoito- ja hoivapalvelukonseptien vienti: Sellaiset innovatiiviset palvelujärjestelmän konseptit, jotka hyödyntävät teknologiaa ja/tai systemaattisia menetelmiä jotka mahdollistavat monistettavuuden ja toistettavuuden (kokonaan tai osittain) muissa palvelujärjestelmissä.

1. Markkinapotentiaalia on erityisesti suuriin terveys- ja demografiahasteisiin liittyvissä kysymyksissä (vanhusten asumis- ja hoivapalvelut, erityisesti muistihäiriöiden hoito, diabetes, mielenterveys) sekä erilaisten terveysongelmien ennaltaehkäisyssä sekä kehittyvillä markkinoilla että länsimaissa.
2. Suomessa löytyy pääasiassa julkisen sektorin operoimia hyviksi tunnettuja ja vaikuttavia palveluja (äitiysneuvolat, diabeteksen ehkäisy), valmiudet konseptointiin, tuotteistamiseen, markkinointiin ja myyntiin ovat puutteellisia, kilpailuedun ylläpitäminen ja konseptien suojaaminen haastavaa, organisaatioiden kansainvälistymisvalmiudet vaihtelevia. Alueella toimivat teknologia- ja palveluyritykset pieniä ja fokuksituneita, joiden menestys riippuu kokonaiskonseptista.
3. Valmiudet konkreettisiin toimenpiteisiin ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen ovat vaihtelevalla tasolla, kansainvälistymisen perusvalmiuksissa on parannettavaa. Paljon toimialaan liittyvää erityisosaamista on julkisen sektorin hallussa, jolloin valmiuden ketterään ja liiketoimintalähtöiseen toimintaan puutteellisia.

Etabloituminen hoito- ja hoivapalvelujen ja terveydenhuollon tukipalvelujen tuottajaksi: Suomalaisten terveys- ja hoivapalveluyritysten etabloituminen kohteeseen, jossa tarjotaan terveyspalveluja tai tukipalveluja terveydenhuollon organisaatioille erityisesti lähialueilla ja kehittyvillä markkinoilla.

1. Markkinapotentiaalia on lähialueilla ja kehittyvillä markkinoilla, jossa konkreettisia liiketoimintamahdollisuuksia on hyödynnettävissä.
2. Suomessa löytyy terveyspalveluyrityksiä ja terveydenhuollon tukipalveluja (laboratoriopalvelut, kuvantaminen) tarjoavia yrityksiä, erityisten kilpailuetekijöiden ja kansainvälistymisvalmiuksien tila vaatii jatkoselvittämistä ja tukea.
3. Valmiudet konkreettisiin toimenpiteisiin ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen ovat vaihtelevalla tasolla, kansainvälistymisen perusvalmiuksissa on parannettavaa, kasvava kotimainen kysyntä ja yritysten yleinen markkinatilanne eivät tällä hetkellä kannusta aktiivisesti kansainvälistymiseen.

PALVELUT, JOISSA KANSAINVÄLINEN LIIKETOIMINTA PERUSTUU LIKKUVUUTEEN SUOMEEN

Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymiseen potilas- tai muuhun liikkuvuuteen perustuvan liiketoiminnan muodossa potentiaalisimmiksi palveluiksi on tunnistettu:

Erikoissairaanhoidon terveyspalvelut ulkomailta hoitoon tuleville ja terveydenhuollon tukipalvelut: Ulkomaalaisille potilaille tai terveydenhuollon organisaatioille erityisesti lähialueilla suunnattavat terveydenhuollon palvelut, joissa Suomessa löytyy yksityisiä palveluyrityksiä.

1. Markkinapotentiaali on tunnistettu lähialueilla - erityisesti Venäjällä, jossa konkreettisia liiketoimintamahdollisuuksia on hyödynnettävissä.
2. Suomessa löytyy terveyspalveluyrityksiä (lääkäripalvelut, plastiikkakirurgia, silmäkirurgia, hedelmöityshoidot, naistentaudit) ja terveydenhuollon tukipalveluja (laboratoriopalvelut, kuvantaminen) tarjoavia yrityksiä, erityisten kilpailuetekijöiden ja kansainvälistymisvalmiuksien tila vaatii jatkoselvittämistä ja tukea. Lisäksi on olemassa tiettyjä esteitä potilastietojen ja näytteiden liikkuvuuteen liittyen.
3. Valmiudet konkreettisiin toimenpiteisiin ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen ovat vaihtelevalla tasolla, kansainvälistymisen perusvalmiuksissa on parannettavaa, puuttuu palveluverkoston koordinoiva ja markkinointia sekä potilasvirtoja hoitava operaattori.

Kuntoutuksen ja ikääntyneiden palvelumyynti ulkomailta tuleville asiakkaille ja siihen liittyvät tutkimus- ja tukipalvelut: Ulkomaalaisille potilaille erityisesti lähialueilla suunnattavat hoiva-, kuntoutus- ja terapiapalvelut, joissa Suomessa löytyy yksityisiä palveluyrityksiä.

1. Markkinapotentiaalia arvioidaan olevan lähialueilla - erityisesti Venäjällä, jossa konkreettisia liiketoimintamahdollisuuksia voi olla hyödynnettävissä.

2. Suomessa löytyy hoiva-, kuntoutus- ja hyvinvointipalveluja (vanhuspalvelut, päihdekuntoutus, aivo- ja selkäydinvammojen kuntoutus ym.) tarjoavia yrityksiä ja järjestöjä, erityisten kilpailuetutekijöiden ja kansainvälistymisvalmiuksien tila vaatii jatkoselvittämistä ja tukea.
3. Valmiudet konkreettisiin toimenpiteisiin ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen ovat vaihtelevalla tasolla, kansainvälistymisen perusvalmiuksissa on parannettavaa, puuttuu palveluverkoston koordinoiva ja markkinointia sekä potilasvirtoja hoitava operaattori.

Yllä mainittujen lisäksi on työryhmän työn aikana hyvin voimakkaasti tullut esiin potentiaalisena alueena vaativan erityissairaanhoidon toimenpiteet, jonka erityispiirteinä on että palvelujen tuottaminen keskittyy yliopistosairaanhoidopiireihin, niiden omistamiin yhtiöihin sekä muutamaankin fokuksittuneeseen yksityiseen palveluyritykseen.

Vaativaa erityisosaamista edellyttävät terveyspalvelut ulkomailta hoitoon tuleville asiakkaille: Ulkomaalaisille potilaille erityisesti lähialueilla suunnattavat sairaanhoidon palvelut, jotka edellyttävät vaativaa erityisosaamista, -laitteistoja ja/tai -tiloja.

1. Markkinapotentiaali on selkeä lähialueilla - erityisesti Venäjällä, jossa konkreettisia liiketoimintamahdollisuuksia on hyödynnettävissä.
2. Suomesta löytyy useilla erityistason sairaanhoidon ja lääketieteen osa-alueella huippuosaamista, erityislaitteistoja ja -tiloja ja suomalaisen osaamisen maine on hyvä (laatu ja potilasturvallisuus).
3. Valmiudet konkreettisiin toimenpiteisiin ja mahdollisuuksien hyödyntämiseen ovat kohtuullisen pitkällä yliopistosairaanhoidopiireissä ja yrityksissä, puuttuu palveluverkoston koordinoiva ja markkinointia sekä potilasvirtoja hoitava operaattori.

6.2 Vaadittavat edellytykset

Toimialan kansainvälistymisverkoston yleiseksi edistämiseksi: monilla potentiaalisten palvelujen alueilla toimijakenttä sekä meneillään oleva kehittämistoiminta on hajanaista ja sen kokoamiseksi tarvitaan koordinoituja toimenpiteitä. Alueella on puutteita organisaatioiden kansainvälistymisen ja viennin valmiuksissa sekä tieto- ja osaamispuutteita mm. todellisesta markkinapotentiaalista ja erityisistä suomalaisista kilpailuetutekijöistä. Työryhmän näkemyksen mukaan tämän osalta tulee huomioida:

- Osalla tunnistetuista palvelualueista markkinapotentiaalin ja erityisten suomalaisten kilpailuetutekijöiden selvittämiseen tarvitaan lisäselvityksiä.
- STM:n, TEM:in ja UM:n hallinnonalojen yhteistyötä ja toimenpiteitä tulisi koordinoida ja olemassa olevia julkisia tuki- ja palveluinstrumentteja koota toimialaa palvelevaksi kokonaisuudeksi (Tekes, ELY-keskus, Finpro, ym.).

- Viennin ja kansainvälistymisen edistäminen tulisi linkittää muuhun toimialalla tapahtuvaan yhteistyön organisointiin, esim. terveydenhuollon T&K yhteistyön (esim. TestBed Finland, kokeilualueet) toimintamallien kehittämiseen.
- Ulkomaisten kontaktien ja delegaativierailujen organisoiminen ja seuranta sekä niistä avautuvan liiketoimintapotentiaalin aktiivinen hyödyntäminen vaativat erityishuomiota.

Kansainvälistymisverkoston kehittämisessä voidaan joiltain osin hyödyntää koulutusviennin ja Future Learning Finland klusterityön oppeja.

Yleisten kansainvälistymisedellytysten ja -osaamisen parantaminen:

- Monilta osin kotimarkkina ei tarjoa riittävästi mahdollisuuksia ja kannusteita sellaisen innovatiivisten ratkaisujen kehittämiseen, joilla olisi potentiaalia kansainvälisesti kilpailukykyisiksi ja houkutteleviksi ratkaisuiksi. Innovatiiviset julkiset hankinnat ja julkisten ja yksityisten yhteistyön kehittäminen on tältä osin tärkeää.
- Yritysten ja julkisorganisaatioiden osaaminen ja kannusteet palveluiden systemaattiseen konseptointiin, tuotteistamiseen ja kansainvälistämiseen vaativat erityishuomiota.
- Yrityksiä tulisi kannustaa kansainvälistyvän liiketoiminnan liiketoimintamallien kehittämiseen ja liiketoimintaosaaminen parantamiseen sekä aktiivisuuteen eurooppalaisessa ja kansainvälisessä tutkimus- ja kehittämissyhteistyössä.

Terveyspalvelujen viennin toimintamalli: Ulkomailta tulevien asiakkaiden hoitoja hoivapalvelujen tuottamisen keskeinen edellytys on toimintamalli, jolla organisoidaan toiminnan vaatima monipuolinen palveluverkko, markkinointi ja toimintaan mahdollisesti liittyvät erityiset tukipalvelut. Työryhmän näkemyksen mukaan toimintamallin organisoinnissa tulee huomioida:

- kansallinen kattavuus: tarvittavat toimenpiteet organisointi yhdelle taholle riittävän uskottavuuden ja volyymin saavuttamiseksi,
- toimintamallin joustavuus erilaisten palvelukokonaisuuksien (vaativat toimenpiteet, kuntoutus) ja toimijoiden (yritykset, julkisomisteiset yhtiöt) kannalta,
- toimintamallin rakentuminen uskottavalle taloudelliselle pohjalle ja sellaiselle liiketoimintamallille jolla toimintaa voidaan käynnistysvaiheen jälkeen ylläpitää markkinaehtoisesti,
- toiminnan vaiheittainen käynnistyminen siten että potentiaalisimpien palvelujen ja parhaimmat valmiudet omaavien organisaatioiden osalta päästään nopeasti liikkeelle, huomioiden että toimintaan voidaan liittää muita palveluja ja organisaatioita tarpeen mukaan.

7 Työryhmän ehdotukset

Työryhmälle laaditun taustaselvityksen ja työn aikana laajasti kuultujen alan toimijoiden näkemysten perusteella työryhmä arvioi, että sosiaali- ja terveyspalveluissa on runsaasti potentiaalia kansainvälistymiseen ja vientiin. Lyhyellä tähtäimellä vahvin potentiaali on korkeaan erityisosaamiseen perustuvissa lääketieteellisten toimenpiteiden ja hoidon palveluissa sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen tiettyjen osa-alueiden tutkimukseen ja asiantuntijuuteen perustuvissa konsultaatiopalveluissa.

Erikoissairaanhoidopiirin tuottamien terveyspalvelujen vienti voi perustua vain niiden toiminnasta vastaavien kuntayhtymien päätöksentekoon. Työryhmä toteaa, että eräissä sairaanhoidopiireissä jo määriteltyjen linjausten ja toteutettujen toimenpiteiden perusteella terveyspalvelujen vienti tulee lisääntymään riippumatta kansallisista linjauksista.

Pitkällä tähtäyksellä erityisesti ikääntyvän väestön hoivapalvelukonseptit sisältävät vahvaa potentiaalia, 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 erilaisia sosiaalisia ja kulttuurisia edustavissa yhteisöissä tyydyttää ikääntyvän väestön palvelutarpeita. Asumiseen ja kodinomaiseen palveluasumiseen perustuvassa palvelumallissa vientikonsepteihin tulisi kytkeä yhteistyö rakennusalan kanssa.

Johtuen suomalaisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän rakenteista muut pohjoismaat ovat myös kansainvälistymisen ja viennin kannalta kiinnostavampia esimerkkimaita. Erityisesti Ruotsin esimerkki osoittaa, että sosiaali- ja terveyspalvelujen kansainvälistyminen ja vienti edellyttää kansallisia linjauksia ja ratkaisuja palvelumarkkinoiden ja yritysten toimintaedellytysten kehittämiseksi. Käytännön toimintamalleina sekä Swecare että Stockholm Care Ab ovat soveltamiskelpoisia myös Suomen olosuhteisiin.

7.1 Ehdotukset strategisiksi linjauksiksi

Työryhmä ehdottaa, että

1. Hyvinvointitoimialan ja hyvinvointiyrittäjyyden strategista kehittämistä jatketaan ja tehostetaan työ- ja elinkeinoministeriön hallinnon alalla yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa.

Vastuutaho: TEM

2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kansainvälistymisen ja viennin edellytysten edistäminen määrittellen yhdeksi hyvinvointitoimialan kehittämisen painopisteeksi.

Vastuutaho: TEM, STM

3. 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 kokoaa ja koordinoi sosiaali- ja terveysministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön ja ulkoasiainministeriön hallinnonalojen toimenpiteet. Verkoston kokoamisessa ja toimenpiteiden koordinoinnissa keskitytään erityisesti seuraaviin tehtäviin:
- a) toimialan yritysten liiketoimintaosaamisen ja kaupallistamisen edellytysten kehittäminen kansainvälistymisen mahdollistamiseksi,
 - b) markkinatiedon ja kilpailuosaamisen kartoittaminen,
 - c) julkisten hankintojen kehittäminen tavoilla jotka parantavat palveluiden laatua ja tuottavuutta, edistävät elinkaariajattelua sekä hyödyntävät markkinavuoropuhelua ja tarjoajien innovatiivisuutta,
 - d) yksityisen ja julkisen sektorin välisen yhteistyön lisääminen,
 - e) yhteismarkkinointi / brändin kehittämisen toimenpiteet,
 - f) kokonaiskonseptien viennin edistäminen,
 - g) luodaan toimintamalli, jonka avulla tuetaan ja kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukonseptien, tutkimusosaamisen ja asiantuntijuuden tuoteistamisen ja kaupallistamisen edellytyksiä.

Vastuutaho: TEM, STM, UM, Finpro, Tekes, THL

4. Selvitetään toimintamalli, jolla koordinoidaan terveydenhuollon toimenpiteisiin ulkomailta tulevien asiakkaiden palveluja ja palvelutuottajien yhteistyötä.

Vastuutaho: TEM, STM, palvelujen tuottajat

Liite 1

Nordic Healthcare Group (NHG)

**Hoito- ja hoivapalveluiden viennin edellytyksiä koskeva
selvitys**

29.9.2010

Tiivistelmä

Tässä raportissa työssä tarkastellaan hoito, hoiva- ja hyvinvointipalveluiden viennin nykytilaa sekä maailmanlaajuisesti että erityisesti Suomen osalta. Sen lisäksi työssä esitellään hoito- ja hoivapalveluiden viennin kansallisia haasteita ja edellytyksiä sekä annetaan suosituksia viennin edistämiseksi. Sen sijaan raportissa ei paneuduta terveysteknologian ja tuotteiden vientiin muuta kuin siinä laajuudessa, kuin niihin on liitettävissä palveluita, joita suomalaiset voisivat tuottaa ulkomaalaisille asiakkaille teknologiatuotteiden kylkiäisinä.

Raportti toimii pohjana Työ- ja elinkeinoministeriön strategiatyölle.

Hoito- ja hoivapalveluiden vienti Suomessa ja maailmalla

Hoito- ja hoivapalveluiden viennillä tarkoitetaan sitä, että suomalaiset tuottavat palveluita ulkomaalaisille asiakkaille, jolloin rahavirta suuntautuu Suomeen. Hoitopalveluiden vienti voidaan luokitella sen mukaan, mikä elementti palvelussa ylittää rajan. Ylittäjä voi olla joko potilas/asiakas, asiantuntija, näyte tai tieto. Tässä työssä on keskitytty tarkastelemaan potilaiden liikkeitä, mutta myös asiantuntijoiden ja asiantuntemuksen liikkuminen yli rajojen on otettu huomioon.

Ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

1. maiden välisillä rajaseuduilla asuvat potilaat
2. oman palvelujärjestelmän ulkomaille lähettämät potilaat
3. oma-aloitteisesti ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat

Merkittävä osa Euroopan sisällä tapahtuvasta rajat ylittävästä terveydenhuollosta ja sairaanhoidosta sijoittuu raja-alueille, joita yhdistävät sama kieli ja kulttuuri. Joissain tapauksissa oman maan palvelujärjestelmä lähettää potilaita ulkomaille hoitoon. Ulkoistaminen johtuu tyypillisimmin oman maan kapasiteettipulasta. Toinen syy ulkoistaa toimenpiteitä ulkomaille on pyrkimys kustannusten hallintaan. Esimerkiksi amerikkalaiset vakuutusyhtiöt ovat tarjonneet potilaille mahdollisuutta matkustaa Aasiaan. Oma-aloitteisesti ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään: 1) potilaat, jotka hakevat edullisempaa hoitoa kuin kotimaassa on tarjolla, 2) potilaat, jotka hakevat sellaisia hoitoja, joita ei kotimaassa ole tarjolla, tai joihin on pitkät jonot eikä oman maan yksityisen sektorin tarjonta riitä täyttämään kapasiteettivajetta, 3) potilaat, jotka hakevat hoitoja, jotka kotimaan lainsäädäntö estää, kuten hedelmöityshoidot, abortti tai kuolinapu.

Tällä hetkellä hoito- ja hoivapalveluiden vienti Suomesta on melko vähäistä ja epäsäännöllistä. Vienti on myös kysyntälähtöistä: ulkomaalaiset potilaat, jotka pyrkivät Suomeen hoitoon, pyritään ottamaan vastaan. Merkittävin syy vähäisille

vientiponnisteluille on riittävä kotimainen kysyntä. Yksityisellä puolella yksi este on palveluntuottajien pieni koko. Julkisella puolella esteenä on kapasiteetin puute, minkä merkinä hoitoihin jonotetaan, henkilöstövoimavarojen joustamattomuus ja hinnoitteluun liittyvät ongelmat. Vienti kohdistuu nimenomaan niihin toimenpiteisiin ja hoitoihin, joissa on ainakin alueellista ylikapasiteettia, kuten synnytyksiin, sädehoitoihin ja ortopedisiin toimenpiteisiin. Potentiaalisimmaksi vientikohteeksi nähtiin lähes poikkeuksetta Venäjä.

Hoito- ja hoivapalveluiden viennin edellytykset ja haasteet

Suomella on edellytyksiä viedä hoito- ja hoivapalveluita enemmän kuin se nykyisin vie. Suomi tunnetaan teknologisesti edistyskellisenä, puhtaana ja turvallisena maana, josta viedään jo paljon terveysteknologian tuotteita. Suomalainen lääketieteellinen osaaminen ja lääketieteellinen tutkimus ovat monilla alueilla maailman kärkitasolla. Lisäksi Suomea pidetään kiinnostavana sijoituskohteena. Venäjän markkinoiden läheisyys on myös Suomelle eduksi.

Yksittäisten palveluiden lisäksi voidaan myös viedä kokonaisia palvelujärjestelmiä tai tuotteiden ja palveluiden yhdistelmiä. Esimerkkeinä tällaisista palvelujärjestelmistä voisi olla Suomessa hyvin toimiva neuvolajärjestelmä tai ikäihmisten palveluasumisjärjestelmä yhdistettynä palveluita tukevaan teknologiaan. Kokonaisen järjestelmän vieminen palvelutuotantona on kuitenkin haastavaa, sillä silloin on kyettävä integroitumaan ulkomaalaiseen palveluntuotantojärjestelmään ja kulttuuriympäristöön. Järjestelmän hinnoittelu on myös oma pulmansa, sillä sen tuotteistaminen on vaikeaa. Järjestelmän vieminen konkretisoituu tavallisesti asiantuntijapalveluiden myymisenä ja konsultointina.

Raportissa korostuu hoitopalveluiden vienti johtuen sekä taustatutkimuksen että Suomen nykytilakartoituksen tuloksista. Hoivapalveluiden vienti on osoittautunut yllättävän haasteelliseksi, vaikka se on yleisesti ottaen vähemmän säädeltyä kuin terveydenhuolto. Esimerkkinä tästä on mm. suomalaisten palveluntuottajien pieni halukkuus siirtyä Ruotsin markkinoille, vaikka suomenkielisten palveluiden kysyntä on noussut Ruotsissa. Taustalla on Ruotsissa tehty lainmuutos joka edellyttää vanhusten ja lasten palveluiden tarjoamista äidinkielellä. Vienninedistämisponnisteluista huolimatta suomalaisia palveluntarjoajia ei ole saatu riittävässä määrin Ruotsiin.

Hoitopalveluiden vienti on vaativampaa kuin monien muiden palveluiden vienti, mikä on seurausta hoitopalveluiden luonteesta ja eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien keskinäisistä eroista.

1. **Hoitopalveluille on tyypillistä ketjuttaminen.** Yhden hoitoepisodin aikana potilas tapaa useita lääkäreitä ja muuta ammattihenkilöstöä. Hoitopolun sijoittuminen kahden eri maan terveydenhuoltojärjestelmiin ei ole helppoa.

2. **Potilaat eivät useinkaan maksa hoitoa itse.** Ulkomaisen palveluntarjoajan on saatava vahvistus maksajalta, ennen kuin voi ottaa potilaan hoidettavakseen.
3. **Vastuukysymykset.** On oltava etukäteen selvillä, kuka korvaa esim. komplikaatioiden hoidosta syntyvät kustannukset.
4. **Potilastietojen saaminen.** Potilastietojen saaminen on usein edellytys hoitopäätöksen tekemiselle. Tietojen saaminen riippuu potilaan kotimaan lainsäädännöstä, joten siihen on Suomesta käsin vaikea vaikuttaa.
5. **Hoitopalvelun laadun ja erityisesti sen vaikuttavuuden mittaamisen vaikeus.** Koska toimenpiteiden vaikuttavuutta on vaikea mitata, perustuvat käsitukset laatua heijastaviin likimuuttujiin, mielikuviin tai pelkkiin aistihavaintoihin. Laadun mittaamisen vaikeudesta seuraa myös palveluiden markkinoinnin vaikeus.
6. **Kieli- ja kulttuurierot.** Palvelun saaminen omalla kielellä on erityisen tärkeää hoitopalveluissa, sillä terveys on hyvin henkilökohtainen asia.
7. **Matkustamisen vaiva.**

Näiden yleisten haasteiden lisäksi Suomen oma terveydenhuoltojärjestelmä asettaa joitain erityishaasteita viennille.

1. **Julkisen puolen kysyntäpaine ja resurssien joustamattomuus.** Hoitotakuun toteutuminen omien potilaiden hoidossa huolettaa päätöksentekijöitä. Uuden terveydenhuoltolain mahdollisesti synnyttämä ja yliopistosairaaloihin suuntautuva kysyntäpaine vähentää vientiin liikenevää kapasiteettia.
2. **Hinnoittelu.** Palveluntuottajien pitäisi olla perillä tuotannon tosiasiallisista kustannuksista, ja saada hinnoitella toimenpiteet haluamallaan tavalla.
3. **Kotimarkkinoiden pienuus ja kilpailun puute.** Julkiset palveluntuottajat eivät toimi markkinaehtoisesti eivätkä kohtaa todellista kilpailua. Yksityisille yrityksille kotimarkkinat ja siellä liikkuvat pääomat ovat niin pienet, että ne eivät ole välttämättä halukkaita ottamaan vientitoimintaan liittyviä riskejä.

Kaiken tämän lisäksi on vielä huomioitava, että Suomi on pieni ja syrjäinen maa. Kotimaisen kysynnän ennustetaan kasvavan tuntuvasti väestön vanhetessa. Suomi ei ole samalla tavalla houkutteleva matkustuskohde kuin moni Keski-Euroopan tai eksoottisen Aasian maa. Vaikka Suomella on hyvä kansainvälinen maine, ei täällä ole vastaavaa brändiä terveydenhuollossa kuin esimerkiksi Karolinska Sjukhusetilla on.

Suosituksset

Hoito- ja hoivapalveluiden vientiä tulisi pohtia kansallisella tasolla. Strategisen tason pohdintaa tarvitaan selvittämään, millä aloilla Suomessa on kliinistä tai tutkimuksellista osaamista, jolle voisi olla kysyntää ulkomailla, onko maassa vajaassa käytössä olevaa hoitokapasiteettia julkisella tai yksityisellä puolella, ja mitä lainsäädännöllisiä ja muita esteitä hoito- ja hoivapalveluiden viennillä on. Strategisen tason

toimijan tulisi myös ottaa kantaa siihen, miten ja millaisella liiketoimintamallilla julkiset palveluntuottajat voisivat osallistua markkinaehtoiseen vientiin.

Operatiivisella tasolla tarvitaan operaattoreita, jotka välittävät ulkomaalaisia potilaita Suomeen ja hoitavat käytännön järjestelyt (vrt. Stockholm Care). Ulkomaa-laisten potilaiden hoitoketjun suunnittelu ja toteutus vaatii yhteistyötä eri palveluntuottajien – mahdollisesti sekä yksityisten että julkisten – välillä, jolloin operaattorin rooliin kuuluisi eri tuottajien palveluiden paketoiminen yhdeksi kokonaisuudeksi. Operaattoria tarvitaan myös siksi, että Suomeen tuleva potilas voisi asioida yhden tahon kanssa. Operaattorin olisi myös syytä olla tulosvastuullinen yksikkö, jotta tavoite todellisen liiketoiminnan harjoittamisesta täyttyy.

Strategiisen ja operatiivisen tason väliin tarvitaan operatiivista tasoa koordinoiva ja tukeva toimija. Tämän toimijan tehtävänä olisi koota yhteen viennistä kiinnostuneita palveluntuottajia ja operaattoreita (vrt. Swecare). Lisäksi tämä toimija voisi tarjota terveydenhuoltoon erikoistuneita vienninedistämispalveluita ja -rahoitusta tai ohjata potentiaaliset tuottajat jo olemassa olevien palveluiden ja rahoituskansavien luokse. Nykyisellään etenkin pienille ja keskisuurille yrityksille on tarjolla paljon neuvonta- ja rahoituspalveluita kansainvälistymiseen. Vientiin tarkoitettut julkiset tuet ovat kuitenkin pieniä, sillä EU:n kilpailulainsäädäntö kieltää suurien tukien myöntämisen vienninedistämishankkeisiin. Suuremmat rahasummat on kerättävä yksityisiltä riskirahoittajilta. Julkisen sektorin toimijalle ulkopuolisen tuen – sekä julkisen että yksityisen rahoituksen – saaminen on vaikeampaa, ellei se perusta tarkeitusta varten erillistä voittoa tavoittelevaa yhtiötä.

Johdanto

Tässä raportissa kuvataan hoito- ja hoivapalveluiden viennin edellytyksiä Suomessa. Hoitopalveluilla tarkoitetaan lääketieteellistä hoitoa ja hoivapalveluilla hoivaa kuten vanhuspalveluita. Lisäksi raportissa sivutaan hyvinvointipalveluita kuten kylpyläpalveluita. Hyvinvointipalvelut on sisällytetty raporttiin, koska ne kuuluvat erityisesti Itä-Euroopassa hoitokulttuuriin. Raportin on laatinut Nordic Healthcare Group Oy:n (NHG) yhteistyössä Työ- ja Elinkeinoministeriön (TEM) hoito- ja hoivapalveluiden viennin edistämistä koskevan strategian valmistelutyöryhmän kanssa. Selvityksen tavoitteena on kartoittaa keskeiset aiheeseen liittyvät kysymykset ja tukea TEM:ssä käynnistettävää hoito- ja hoivapalveluiden vientistrategian kehittämistyötä.

Viennillä tarkoitetaan suomalaisten ulkomaalaisille asiakkaille tuottamia hoito- tai hoivapalveluita. Hoito- ja hoivapalveluiden vienti voidaan luokitella sen mukaan, mikä elementti palvelussa liikkuu yli rajan. Yleensä ajatellaan, että potilas tai asiakas liikkuu ulkomaille, mutta vientiä on myös se, jos asiantuntija vie tietoaan ulkomaille, samoin kuin se, kun näyte tai tieto (esim. röntgenkuva) saapuu Suomeen analysoitavaksi. Potilas voi puolestaan lähteä ulkomaille joko oma-aloitteisesti tai oman maansa palvelujärjestelmän lähettämänä. Palvelujärjestelmä saattaa lähettää potilaita ulkomaille esimerkiksi siksi, että oman maan hoitokapasiteetti tai osaaminen tietyillä erikoisaloilla ei riitä. Euroopassa on myös tyypillistä, että raja-alueilla potilaat voivat mennä lähimpään sairaalaan, vaikka se sijaitsi naapurimaan puolella. Yksittäisten palveluiden lisäksi voidaan myös viedä kokonaisia palvelujärjestelmiä tai tuotteiden ja palveluiden yhdistelmiä.

Palveluiden tuonti puolestaan tarkoittaa vastaavasti sitä, että suomalaiset hakeutuvat ulkomaille hoitoon, että näytteitä lähetetään ulkomaille tai että kotimaahan saapuu ulkomainen asiantuntija tai palveluntarjoaja.

Kansallisten markkinoiden kokoon suhteutettuna hoitopalveluiden maailmanlaajuinen vienti on vielä suhteellisen vähäistä. Hoivapalveluiden vientiä on toistaiseksi vielä vähemmän, eikä siitä ole vastaavassa mittakaavassa tehty tilastointia tai selvityksiä, kuin hoitopalveluiden viennistä. Osittain tästä syystä tässäkin raportissa pääpaino on hoitopalveluiden viennissä.

Esimerkiksi Euroopassa on kuitenkin selkeitä pyrkimyksiä lisätä ja helpottaa potilaiden kansainvälistä liikkuvuutta. Palveluiden vapaa liikkuvuus kuuluu EU:n perusperiaatteisiin, vaikkei se vielä koskekaan hoito- ja hoivapalveluita. Asiantuntijat arvioivat, että kansainväliset potilasvirrat tulevat kasvamaan maailmanlaajuisesti, ja että niitä ohjaa palveluiden laatu. Terveystieteiden huollon kustannukset kasvavat nopeasti lähes kaikissa länsimaissa, joten valtiot, vakuutusyhtiöt ja muut terveydenhuollon rahoittajat pyrkivät pienentämään kustannuksiaan ostamalla palveluita edullisemmin ulkomailta. Kustannusten ohella toinen merkittävä syy on erityisosaamista vaativien palveluiden saatavuus. Varallisuuden keskittyminen kehittyvissä

maissa pienelle kansanosalle tulee todennäköisesti kasvattamaan teollisuusmaihin suuntautuvia potilasvirtoja, sillä maiden omat terveydenhuoltojärjestelmät eivät pysty vastaamaan näiden potilaiden tarpeisiin. Euroopassa hoitopalveluiden vienti keskittyy nykyisin pääasiallisesti kielellisesti ja kulttuurisesti homogeenisille raja-alueille. EU:n integraation syvetessä myös hoito- ja hoivapalveluiden osalta tulee tapahtumaan merkittävää uudelleen järjestäytymistä ja keskittymistä muuallakin kuin raja-alueilla.

Tämä selvitys jakaantuu viiteen osaan. Aluksi kuvataan hoito- ja hoivapalveluiden viennin nykytilaa maailmanlaajuisesti, eli viejä- ja tuojamaat sekä potilasvolyymit ja niiden tuoreet muutokset syineen. Toisessa osassa keskitytään kuvaamaan Suomen nykytilannetta kirjallisuuden, raporttien ja haastatteluiden pohjalta. Kolmannessa osassa pohditaan hoito- ja hoivapalveluiden viennin edellytyksiä Suomessa sekä kehittämistarpeita palveluiden vientiä silmällä pitäen. Kysymyksiä tarkastellessa otetaan huomioon yksityisten ja julkisten palvelujen järjestäjätahojen näkemykset sekä palvelujärjestelmän ohjaustahon, ensisijaisesti Sosiaali- ja terveysministeriön hoito- ja hoivapalveluiden vientiä koskevat näkemykset. Viennin edellytyksiin liittyy myös julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistyövalmius palveluiden tuottamiseksi kansainvälisille markkinoille. Neljännessä osassa esitellään case-analyysi Ruotsin hyvinvointipalveluiden vientiin liittyvistä kansallisista linjauksista sekä Stockholm Care Ab:n toimintaperiaatteista ja toiminnasta. Viimeisessä osassa tehdään kuvatus perusteella päätelmiä hoiva- ja hoitopalveluiden viennin kasvun esteistä ja kehittämistarpeista. Lisäksi pohditaan, minkälaisia vienninedistämispalveluita ja -rahoitusta yrityksille tulisi tarjota.

Selvitys perustuu tieteelliseen kirjallisuuteen, toimialaraportteihin (julkaisijoina mm. Finpro, EU parlamentti, komissio ja muut järjestöt, kansainväliset konsulttiyritykset, vientiä harjoittavat yhteisöt ja yritykset), tilastotietoihin sekä asiantuntijahaastatteluihin.

Taulukko 1. Käsitteiden määritelmiä

Hoitopalvelu	Näyttöön perustuva lääketieteellinen hoito ja kuntoutus (Stakes 2006)
Hoivapalvelu	Vanhustenhuolto, vammaispalvelut yms. sosiaalipalvelut (Stakes, 2006)
Hyvinvointipalvelut	Kylpylä- yms. palvelut
Palveluiden vienti	Ulkomaalaisten potilaiden hoitaminen Suomessa tai suomalaisten klinikoiden/hoivakotien perustaminen ulkomaille
Palveluiden tuonti	Suomalaisten potilaiden matkustaminen hoitoon ulkomaille tai ulkomalaisten klinikoiden/hoivakotien perustaminen Suomeen

1 Hoitopalveluiden kansainvälisen viennin nykytila

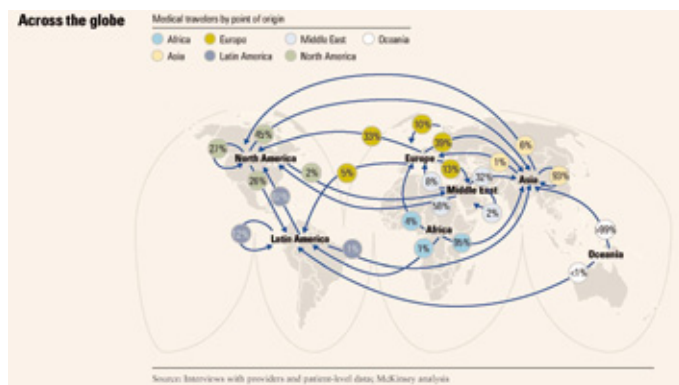
Vaikka hoitopalveluiden vienti on monitahoista, käsitetään sillä usein pelkästään potilaiden liikkuminen maasta toiseen. Tässä luvussa keskitytään kuvaamaan kansainvälisiä maakohtaisia potilasvirtoja ja kansainvälisen potilasliikenteen taustatekijöitä. Luvussa kuvataan myös erityisseikkoja, jotka on otettava huomioon kansainvälisissä hoitopalveluissa, ja kansainvälisten potilasprosessien hallinnointiin luotuja järjestelmiä. Luotettavan tiedon puuttumisen takia hoivapalveluiden vientiä ei käsitellä tässä luvussa.

1.1 Rajat ylittävät potilasvirrat

1.1.1 Maailmanlaajuiset potilasvirrat

Tarkkojen potilasmäärien ja viennin rahallisen arvon määrittäminen on mahdollonta, sillä tilastot ovat puutteellisia ja tilastointikäytännöt kirjavia. Osittain siksi myös arviot hoitopalveluiden viennistä ja tuonnista vaihtelevat tuntuvasti. Esimerkiksi Keckley ja Underwood (2008) arvioivat terveysturismin maailmanlaajuiseksi volyymiksi n. 60 miljardia US dollaria vuonna 2005 ja ennakoivat sen kasvavan 100 miljardiin vuonna 2010. Saman raportin mukaan ulkomailla hoitoa saavien potilaiden määrä olisi yli miljoona, ja heitä hoidettaisiin yli 35 maassa. Vuotuinen kasvu saattaa olla 35 % finanssikriisistäkin huolimatta. McKinseyn raportti (Ehrbeck ym. 2008) puolestaan arvioi rajojen yli liikkuvien potilaiden maailmanlaajuiseksi volyymiksi 60000–85000 potilasta. Luku ei sisällä avohoidon potilaita, joista tilastoja ei ole saatavilla, ei akuuttihoitoa saaneita, eikä asuinmaassaan hoitoa saavia ekspatriotteja, mikä Ehrbeck ym:n mukaan selittää muita selkeästi alhaisemman arvion. Maailmanlaajuiset potilasvirrat (Ehrbeck ym. 2008) on esitetty kuvassa 1.

Kuva 1. Potilasvirtojen maailmanlaajuinen jakautuminen



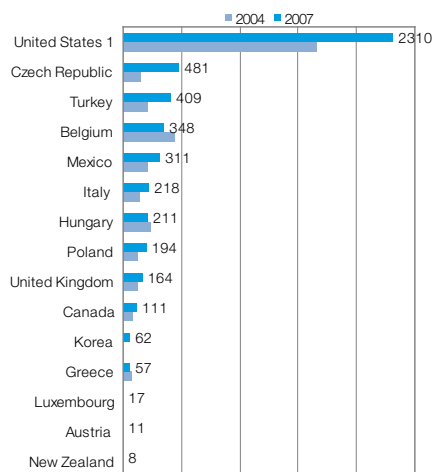
Kuvasta nähdään, että Yhdysvallat ja Aasia ovat hoitopalveluiden merkittäviä tuotajakeskittymiä, samoin kuin Lähi-itä ja Latinalainen Amerikka. Myös Eurooppaan suuntautuu sekä sisäistä että muista maanosista tulevaa terveysturismia.

Lyhyesti voidaan todeta, että kansainvälisesti on havaittavissa hoito- ja hoivapalveluiden määrän voimakas keskittyminen Aasian maihin. Johtavia maita ovat mm. Intia, Thaimaa, Singapore, Malesia, Jordania, Filippiinit ja Arabiemiraatit. Latinalaiseen Amerikkaan suuntautuva terveysturismi keskittyy mm. Meksikoon, Costa Ricaan, Brasiliaan, Argentiinaan ja Bolivialaan. USA:han ja Englantiin hakeutuvat potilaat haluavat korkean teknologian huippuosaamista. Euroopassa suosittuja kohteita ovat mm. Saksa, Tšekki, Turkki, Puola ja Italia, entisiin itä-blokin maihin taas hakeudutaan hammas- tai kylpylähoitoihin. Läntisen Euroopan maissa turistivirrat painottuvat kohti terveydenhuoltojärjestelmän vapaata kapasiteettia palveluiden heikomman saatavuuden maista.

Aasian maat ovat panostaneet määrätietoisesti sellaisten lääketieteellisten palveluiden tuottamiseen, joiden laatu on arvioitavissa, ja joissa jatkoahoito omassa maassa on harvoin tarpeen. Hoidon yhteyteen paketoitaan usein kokonainen lomamatka elämyksineen sekä potilaalle että hänen seuralaisilleen. Tätä tapaa käytetään näkyvästi myös hoidon markkinointiin (Connell 2006). Amerikan maat kuten Brasilia ovat erikoistuneet tiettyihin osa-alueisiin, kuten esteettiseen kirurgiaan, joissa itse maksavien potilaiden markkina-alue kasvaa, eikä jälkihoitoa pääsääntöisesti tarvita. Kaiken kaikkiaan tavallisimmat toimenpiteet ovat ortopediset leikkaukset sekä hammashoito.

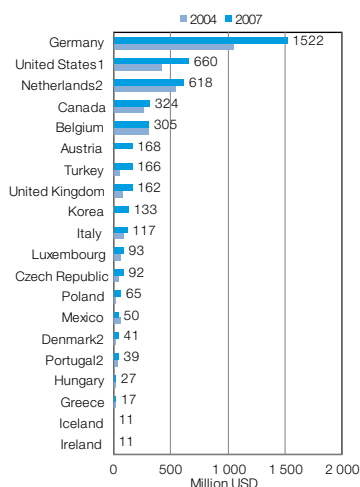
OECD (2009) arvioi, että 15 tutkimuksessa mukana olleessa OECD-maassa sekä hoitopalveluiden viennin että tuonnin volyymi olisi ollut yhteensä yli 5 mrd. USD vuonna 2007 (kuvat 2 ja 3), mikä on melko vähän. OECD:n määrittelee palveluiden viennin tilanteeksi, jossa potilaat saapuvat viejamaahan nimenomaan hoitoa saadakseen. Se ei siis sisällä turistien akuuttihoitoa. Määrittelyt ovat hankalia, ja esimerkiksi USA:n tilastoihin sisältyy akuuttihoito. OECD:n mukaan tilastointierot johtavat hoitovolyyymien aliarviointiin.

Kuva 2. Hoitopalveluiden vienti eräisiin OECD-maihin (miljoonaa dollaria)



¹USA:n tilastoissa mukana myös akuuttihoitoa saaneet turistit

Kuva 3. Hoitopalveluiden tuonti eräisiin OECD-maihin (miljoonaa dollaria)

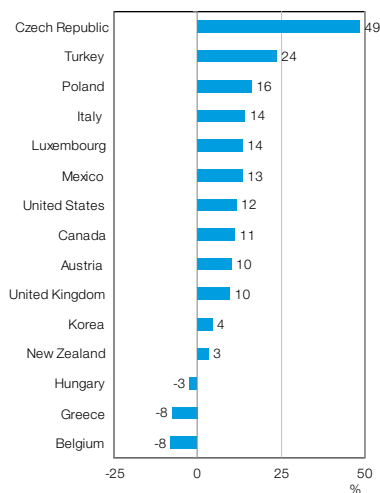


¹USA:n tilastoissa mukana myös akuuttihoitoa saaneet turistit

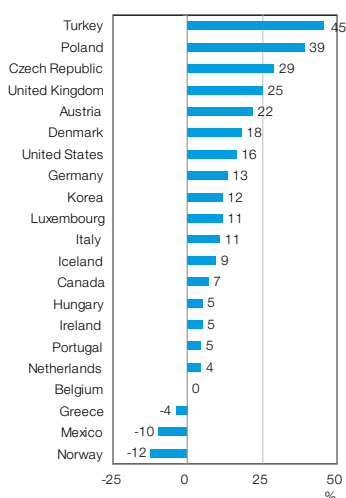
²Sisältää thoitopalveluiden ja tuotteiden tuonnin

Vaikka volyymit ovat vielä melko pieniä, kasvu vuodesta 2004 vuoteen 2007 on ollut voimakasta. Kuvissa 4 ja 5 on esitetty hoitopalveluiden viennin ja tuonnin prosentuaalinen kasvu eräissä OECD-maissa.

Kuva 4. Hoitopalveluiden viennin muutos 2004–2007



Kuva 5. Hoitopalveluiden tuonnin muutos 2004–2007



Havaintaan, että tuonti OECD-maihin on kasvanut enemmän kuin vienti. Pienehköjen volyymien vuoksi yksittäisen hankkeen painoarvo voi olla suuri, esimerkiksi Norjan valtion n. 10 000 potilaan leikkaustoimenpiteiden ulkoistaminen Euroopan eri maihin 2000-luvun alkupuolella. Tämän ulkoistuksen päättyminen näkyy kuvassa 5 tuonnin voimakkaana vähentymisenä Norjaan vuosina 2004–07 (Glinos ja Baeten 2006).

1.1.2 Euroopan potilasvirrat

Lissabonin sopimus määrittää palveluiden vapaan liikkuvuuden EU:n alueella. EU:n terveysneuvoston päätöksen mukaan terveydenhuollon palveluita ei sisällytetä näihin. Yhteistyö on silti kasvamassa (Glinos ja Baeten 2006).

EU-kansalainen voi kuitenkin vapaasti hakea hoitoa toisesta EU-maasta, mutta hoidon korvaaminen on eri asia, ja sitä on yritetty EU:n toimesta direktiivillä selkeyttää. Potilaat voidaan nykyisessä lainsäädännössä jakaa EU:n sisällä seuraaviin kategorioihin:

1. EU-maan kansalaisesta tulee potilas toisessa EU-maassa, eikä hoitoa joudu itse maksamaan, jos asianomaisella on E111-kortti ja
 - a) hän tarvitsee kiireellistä hoitoa tai jos
 - b) kroonisesti sairas tarvitsee tähän sairauteensa hoitoa toisessa EU-maassa oleskellessaan siellä pitempään.
2. Oman palvelujärjestelmän ennakkohyväksyntä tarvitaan seuraavissa tilanteissa:
 - a) mukavuussyyt, kuten etäisyys ja kieli
 - b) tyytymättömyys oman maan järjestelmän toimintaan
 - c) ulkoisten tekijöiden vuoksi (hintaa tai muu houkuttelevuus kuten erikoisasiantuntemus)

Merkittävä osa rajat ylittävistä potilasvirroista aiheutuu rajaseutujen välisestä yhteistyöstä. Tämäkin on EU-maiden terveydenhuollon kokonaisbudjetista vain hyvin pieni osa, käsittäen noin prosentin koko hoitovolyymista. Etenkin niillä rajoilla, joilla yhtenäinen kieli- tai kulttuurialue ulottuu rajan yli (Hollanti-Saksa, Hollanti-Belgia, Belgia-Ranska-Luxemburg, Ranska-Saksa, Saksa-Itävalta, Espanja-Portugali, Viro-Latvia, jne.), hoitopalveluita haetaan rajan toiselta puolelta. Kaikissa näissä tapauksissa sopimukset tehdään pääosin järjestelmätasolla, eikä yksittäinen potilas ole varsinaisesti aktiivinen ulkomaille hakeutuja. Maksajana voi toimia valtio, vakuutusyhtiö tai sairaala, joka vuorostaan laskuttaa omaa järjestelmäänsä (Glinos ja Baeten 2006). Kaksi tai jopa kolme erilaista terveydenhuoltojärjestelmää voi myös yhdistyä paikallisesti, kuten Andorran, Ranskan ja Espanjan maiden rajalle rakentamassa yhteisessä sairaalassa⁵. Osa toiminnoista voi myös olla täysin toiseen maahan ulkoistettuja, kuten osa Maltan erikoissairaanhoidosta, joka on ulkoistettu Englantiin bilateraalaisella sopimuksella. Itse hoito tapahtuu Englannissa, mutta englantilaiset lääkärit tarkastavat potilaat etu- ja jälkikäteen Maltalla.

Aktiivisia ulkomaille hakeutujia ovat ne, jotka joutuvat maksamaan hoitonsa itse ja etsivät kotimaata alhaisempia hintoja. Euroopassa tähän ryhmään kuuluvat erityisesti hammashoitoa tai kauneuskirurgiaa tavoittelevat potilaat. Esimerkiksi tanskalaiset ja saksalaiset hakeutuvat Puolaan, jonka hintataso on noin 50 % matalampi kuin potilaiden kotimaassa. Itävaltalaiset puolestaan hakevat hammaslääkäripalveluita Unkarista.

1.2 Syitä hakeutua hoitoon ulkomaille

Rosenmöller, McKee ja Baeten (2006) jakavat ulkomaille hoitoa saavat EU-maista tulevat potilaat viiteen luokkaan:

1. Turistit, jotka tarvitsevat lomamatkallaan ennakkoimattomaa hoitoa.
2. Eläkeläiset, jotka muuttavat toiseen maahan eläkepäiviä viettämään joko kokonaan tai osaksi vuotta.
3. Kielellisesti ja kulttuurisesti yhtenäisellä rajaseudulla tapahtuva kulku lähimpään tarvittavaa hoitoa tarjoavaan sairaalaan, joka vain osuu olemaan toisessa maassa.
4. Potilaat, jotka lähtevät oma-aloitteisesti ulkomaille a) paremman tai b) huokeamman palvelun toivossa tai vain c) kotimaansa pitkien hoitojonojen takia. Nämä potilaat maksavat hoitonsa useimmiten itse.
5. Kotimaan terveydenhuoltojärjestelmän ulkomaille lähettämä ”outsourcing”-potilas.

5 www.hcerdanya.eu

Glinos ja Baeten (2006) mainitsevat lisäksi erilaisen lainsäädännön yhtenä syynä hakeutua hoitoon ulkomaille. Abortit, hedelmöityshoidot, elinsiirrot ja eutanasia ovat esimerkkejä hoidoista, joissa lainsäädäntö vaihtelee maittain.

Ehrbeck ym. (2008) jakavat neljännen kategorian potilaat vieläkin tarkemmin viiteen eri ryhmään:

1. 40 % potilaista hakeutuu korkeamman teknologian ja osaamisen maihin, lähinnä USA:han.
2. 32 % potilaista hakeutuu parempilaatuisten hoitojen, pääasiallisesti parempilaatuisten kajoavien toimenpiteiden pariin, esimerkkinä kardiologiset interventiot.
3. 15 % potilaista hakeutuu ulkomaille, koska kotimaan hoitojonot ovat pitkiä ja hoidon saatavuus heikko. Tämän segmentin potilaiden määrä riippuu siitä, kuinka kehittynyt on potilaan kotimaan yksityinen sektori. Toimenpiteet ovat esimerkiksi ortopedisia leikkauksia tai sydänkirurgiaa.
4. 9 % potilaista hakee huokeampaa hoitoa lääketieteellisesti välttämättömiin toimenpiteisiin. Tämä kysyntä on lähes kokonaan peräisin Yhdysvalloista.
5. Loput potilaat (4 %) hakeutuvat toimenpiteisiin, jotka eivät ole lääketieteellisesti perusteltuja, esim. plastiikkakirurgiset toimenpiteet.

Glinos ja Baeten (2006) ja Glinos ym. (2006) puolestaan tunnistavat neljä syytä, minkä takia terveydenhuoltojärjestelmät Euroopassa nykyään ulkoistavat osan palveluista ulkomaille:

1. Pitkät kotimaiset julkisen sektorin hoitojonot, jotka ylittävät sovitut tai laissa säädetyt maksimijonotusajat. Tämä on syistä yleisin.
2. Terveydenhuollon kustannusten parempi hallinta (esimerkiksi saksalaisten kuntoutusasiakkaiden lähettäminen Unkariin ja Tšekin tasavaltaan).
3. Korkea teknologia, parempi laatu.
4. Suotuisampi ilmasto (esim. Norjan ostama toipilaskoti Etelä-Espanjasta).

1.3 Syitä vastaanottaa potilaita

Ulkomaille on vaikea hakeutua hoitoon, elleivät sairaalat halua ottaa potilaita vastaan. Glinosin ja Baetenin (2006) mukaan sairaalat ottavat ulkomaalaisia potilaita kolmesta syystä:

- Potilaat tuovat sairaalalle rahaa.
- Sairaalan henkilökunnan ammattitaito kasvaa hoitovolyymien kasvaessa.
- Sairaalan tai jopa koko maan terveydenhuoltojärjestelmän myönteinen maine leviää.

Usein myös niissä tapauksissa, joissa potilaat saapuvat ulkomaille välttyäkseen kotimaan pitkiltä hoitojonoilta, on vastaanottavassa sairaalassa ylimääräistä kapasiteettia. Ylimääräinen kapasiteetti voi olla seurausta siitä, että oma väestöpohja ei ole tarpeeksi suuri harvinaisemmissa sairauksissa.

1.4 Hoitopalvelujen vientiin vaikuttavia tekijöitä

Glinos ja Baeten (2006) sekä Ehrbeck ym. (2008) tunnistavat potilaiden liikkumista edistäviä ja estäviä tekijöitä.

1.4.1 Edistäviä tekijöitä

Monet syyt ulkomaille hoitoon hakeutumiseen, kuten kotimaan pitkät hoitojonot tai pidemmät etäisyydet hoitoon, eivät välttämättä yksinään ole tarpeeksi voimakkaita motivoijia. Glinos ja Baeten (2006) totesivat, että ulkomaille lähtemisen kimmokkeena oli ”työntävän” syyn lisäksi usein myös liikkumisen helppous, eli yhteinen kieli ja kulttuuri, vähäinen byrokratia sekä matkustamisen vaivattomuus. Hoitopalveluiden vientiä on tukenut tuottajavaltioiden hyväksyvä suhtautuminen, esimerkiksi erillisen viisumin myöntäminen hoitoa varten (mm. Intia, Singapore). Liikkumiseen liittyvän byrokratian helpottaminen onkin yksi valtiotason strategiatyön keskeisistä näkökulmista.

Eri tavoin raportoidut hyvät kokemukset ulkomailla saadusta hoidosta lisäävät luonnollisesti luottamusta toisen maan terveydenhuoltoon ja kasvattavat halukkuutta hakeutua ulkomailla.

1.4.2 Potentiaalisia esteitä

Tutkimuksissa havaittiin, että yhden merkittävän esteen muodostavat lääkärit potilaan kotimaassa, jotka suhtautuvat kielteisesti ulkomaille lähettämiseen (Glinos ja Baeten 2006). Syitä kielteisyyteen olivat pelko asiakkaiden menettämisestä ja epäluottamus toisen maan järjestelmään. Lääkärit saattavat tyypillisesti kieltäytyä lähetteen kirjoittamisesta tai olla luovuttamatta potilaan terveydentilaa koskevia tietoja. Myös jatkohoidon järjestämisessä kotimaassa voi olla käytännön ongelmia, kuten reseptien lunastus apteekista.

Ehrbeck ym:n (2008):n mukaan muita mahdollisia esteitä ovat:

- Vakuutusyhtiöt eivät suostu korvaamaan ulkomailla tapahtuvia toimenpiteitä.
- Hoidon laatu ja lopputulos ovat vaikeasti arvioitavia ja läpinäkymättömiä.
- Lainsäädäntöön ja vastuisiin liittyvät epäselvyydet.
- Viisumin hankintavaikkeudet.

Lisäksi Ehrbeck ym. toteavat, että sairaudet, jotka vaativat useita toimenpiteitä pitkän ajan kuluessa sekä monet krooniset sairaudet soveltuvat huonosti ulkomailla hoidettaviksi. Potilasvirtoihin vaikuttavat myös valuuttakurssimuutokset, geopolittiset tapahtumat ja hoidon saatavuus (esim. rinnakkainen yksityissektori) ja laatu kotimaassa (Glinos ja Baeten 2006.)

1.5 Hoitopalveluiden viennin koordinointi ja organisaatioiden yhteistyö yli rajojen

Hoitopalveluiden viennin koordinoinnille ja organisaatioiden väliselle yhteistyölle asettamat vaatimukset riippuvat siitä, toimitaanko järjestelmien välisen sopimuksen pohjalta, vai onko kysymyksessä oma-aloitteisesti ulkomaille hakeutuva potilas (Glinos ja Baeten 2006).

Hoitopalveluiden vienti ja tuonti ovat jo synnyttäneet uudenlaista kaupallista toimintaa eli potilaiden liikkumista helpottavia tai palveluita suoranaisesti välittäviä organisaatioita. Tämän kaltaiset organisaatiot toimivat siltana joko potilaiden ja palveluiden tuottajien välillä tai järjestelmätasolla esimerkiksi ostavan vakuutusyhtiön ja palveluita tuottavan kansallisen järjestelmän välillä. Välittäjäorganisaatiota kutsutaan useilla nimillä, jotka viittaavat välitysfunktion (mediators, middlemen, broker) tai usean yhteisen toimijan toiminnan yhdistämiseen (facilitator, integrator, coordinator).

1.5.1 Järjestelmätason koordinointi

Kahden tai useamman maan palvelujärjestelmän yhteistyö on perusteltua esimerkiksi seuraavissa tilanteissa (Glinos ym. 2009):

1. Kun yhden järjestelmän kapasiteetti ei riitä omien potilaiden hoitamiseen, ja toisessa on ylimääräistä kapasiteettia.
2. Kapasiteetin jakaminen harvinaisemmissa hoidoissa: esimerkiksi Euroopassa monet maat ovat niin pieniä, ettei jokaisen maan kannata investoida kalliisiin laitteisiin, mikä vain jättäisi niiden käyttöasteen pieneksi.
3. Komplementaarisuus: yksi sairaala tarjoaa omaa ylijäämäkapasiteettiaan yhdessä hoidossa ja vastavuoroisesti käyttää toisen sairaalan ylimääräistä kapasiteettia jossain toisessa hoidossa.
4. Sairaalat voivat myös erikoistua saavuttaakseen mittakaavaetuja ja sitten vaihtaa palveluita toisen lähellä, mutta rajan toisella puolella sijaitsevan sairaalan kanssa.

Järjestelmätason yhteistyössä ostava osapuoli on tyypillisesti joko julkisen sektorin palvelunjärjestäjätaho (koko maan laajuinen tai paikallinen järjestäjä) tai vakuutusyhtiö. Myyjäosapuolena toimii joko yksityinen tai julkinen palveluntarjoaja (sairaala). Sairaaloilla voi olla yhteinen myynti-, markkinointi- ja järjestäjäelin (esim. Healthcare Belgium).

Järjestelmätason koordinointi edellyttää sopimuksen piiriin kuuluvien hoitojen määrittelyä. Lisäksi on sovittava mm. hoitomenetelmistä, laatustandardeista, vastuista, ja maksuista (Glinos ym. 2009). Glinosin ja Baetenin (2006) mukaan sekä hoitomenetelmät, laatustandardit että perittävät hinnat noudattavat usein lähtevän maan käytäntöjä. Samoin potilaat tarvitsevat äidinkielistä palveluita kuten

sanomalehtiä tai TV-kanavia. Tästä saattaa aiheutua lisävaivaa ja ongelmia vastaanottavalle taholle, mikäli sen täytyy rakentaa erityispalveluita ulkomaisille potilaille. Joissain tapauksissa hinnoittelu kuitenkin noudattaa vastaanottavan maan käytäntöjä (Glinos ym. 2009). Näin on luonnollisesti etenkin sellaisissa tilanteissa, joissa lähettävä maa haluaa hyötyä kohdemaan matalammasta hintatasosta.

Euroopassa raja-alueilla potilaat kulkevat maasta toiseen yleensä järjestelmätasolla tehtyjen sopimusten puitteissa.

- Sopimukset voivat olla väliaikaisia (esim. väliaikaisen kapasiteetin puutteen vuoksi) tai jatkuvia.
- Sopimukset voidaan rajata koskemaan vain tiettyjen sairauksien hoitoja tai ne voivat antaa potilaille täyden vapauden asioida kaikissa asioissa kummassa maassa tahansa.
- Sopijamaiden terveydenhuoltojärjestelmistä riippuen sopimukset tehdään joko maiden tai aluehallintojen välillä, joskus myös suoraan vakuutusyhtiön ja palveluntuottajan välillä.

Onnistuneen järjestelmätasaisen yhteistyön edellytykseksi Glinos ja Baeten (2006) näkevät sen, että kaikilla osapuolilla on kannustimia osallistua yhteistyöhön, niin paikallisilla päätöksentekijöillä, vakuutusyhtiöillä kuin potilaillakin. Lisäksi operatiivisen tason, eli lähetettävien lääkäreiden tulee suhtautua yhteistyöhön positiivisesti. Muuten potilasvirrat jäävät hyvin pieniksi, kuten Hollannin esimerkit ovat osoittaneet (Glinos ja Baeten 2006).

Joissain tapauksissa ostajat itse etsivät sopivia palveluntarjoajia ja neuvottelevat heidän kanssaan. Järjestelmien välisessä koordinoinnissa saattaa myös toimia välittäjäorganisaatio, kuten PatientLink (kahdeksan saksalaisen julkisen ja yksityisen sairaalan omistama) tanskalaisten viranomaisten ja saksalaisten sairaaloiden välillä. Muita välittäjäorganisaatioita ovat saksalaiset GerMedic (110 sairaalan edustaja), German Medicine Net ja englantilainen Guy's and St Thomas' Corporate Development Team, jolle on keskitetty NHS:n palveluostot ulkomailta. Järjestelmätason ulkoistamisessa välittäjäorganisaatiota tarvitaan mm. hintojen tarkistamiseen, laskutuksen käytännön järjestelyihin ja laadunvalvontaan (Legido-Quicley ym. 2008). Välittäjäorganisaatio voi toimia palvelun tuottajakeskusten valitsijana ja tarkastaa mm. käytännön hygieni- ja potilasturvallisuusstandardit (Legido-Quicley ym. 2008).

Järjestelmätason välittäjä on usein ei-kaupallinen, esimerkiksi säätiöpohjainen, mutta myös vakuutusyhtiö voi toimia välittäjänä. Yksi vakuutusyhtiö saattaa myös toimia välittäjä toisten vakuutusyhtiöiden ja kansallisen tason järjestelmän välillä. Esimerkiksi suuret saksalaiset vakuutusyhtiöt AOK ja TK, jotka edustavat 35 miljoonaa vakuutettua, toimivat välittäjinä Tšekin tasavaltaan suuntautuvassa terveysmatkailussa⁶.

6 www.aok.de, <http://www.tk-online.de/tk/tk-online/300>

Myös valtion hallinnon alaisia instituutioita toimii välittäjäorganisaatioina. Ostajamaista esimerkiksi Maltalla valtion omat laitokset ovat toimineet paitsi palveluiden ostopäätöksen tekijänä ("Treatment Abroad Advisory Committee"), myös käytännön matkanjärjestelijöinä ("Treatment Abroad Section"), kun ylemmän tahon lupa on saatu.

1.5.2 Itsenäisten potilaiden koordinointi

Kun potilas lähtee oma-aloitteisesti hakemaan hoitoa ulkomailta, hän tarvitsee runsaasti tietoa hoitomahdollisuuksista, hinnoista, matkustamisesta ja siitä, miten hoitoprosessi käytännössä toimii. Yksityisten potilaiden ja yksittäisen palvelutuottajan välillä toimii usein yksityinen välittäjäorganisaatio, joka voi olla esimerkiksi matkatoimisto, hotelliketju tai muihinkin terveydenhuollon toimintoihin osallistuva organisaatio (Ehrbeck 2008, Glinos ja Baeten 2006). Yksittäinen potilas tarvitsee terveysmatkailussa integraattoria matkustamisen yleisen mukavuuden vuoksi. Esimerkiksi neuvotteluprosessi sopimuksista ja hinnoista helpottuu. Potilaille voidaan tarjota "one stop shop", jolla on kansainvälinen puhelinkeskus, ja joka järjestää kaiken varauksista ja aikatauluista aina henkilökohtaiseen avustajaan ja omaisten majoitukseen asti. Välittäjä toimiikin eräänlaisena järjestelmän "kääntäjänä" tai "tulkina", sillä se tuntee systeemin erityispiirteet. Välittäjä on tarpeen erityisesti silloin, kun järjestelmät eroavat merkittävästi toisistaan.

Tyypillinen terveysmatkanjärjestäjä veloittaa n. 20 % tuottajan palkkiosta (Ehrbeck 2008). Näitä organisaatioita on erityisesti Yhdysvalloissa, mutta nyt myös Euroopassa. Esimerkki tällaisesta välittäjästä on Stockholm Care, jonka kautta kulkevat Tukholmaan saapuvat ulkomaalaiset potilaat (ks. myös luku 4.2). Isoimmilla järjestelmillä on taustallaan usein esimerkiksi omaa tietoteknistä osaamista ja yritys saattaa myydä myös tähän liittyvää palvelua (esimerkiksi German Medicine Net, Treatmentabroad). Samoin vakuutusyhtiöt ja finanssilaitokset saattavat olla palvelun tuottajan taustalla (esim. PatientLink). Ehrbeekin ym:n (2008) mukaan potilaat saavat tietoa palveluiden välittäjistä Internetin avulla tai kuulevat suosituksia tutuilta. Uutena välittäjäorganisaatiotyyppinä ovat nousemassa esille USA:ssa erilaiset huutokaupat, joissa palveluja välitetään Internetissä parhaiten tarjoavalle. Samoin erilaiset portaalit ja akkreditointia tarjoavat järjestöt voivat jatkossa syrjäyttää matkatoimistopohjaisen toiminnan.

Vaikka välittäjien käyttö on yleistä, palveluntarjoajat pystyvät hankkimaan potilaita suoraan ilman välittäjiäkin. Esimerkiksi Puolaan hammaslääkäripalveluita hakemaan tulevat ulkomaalaiset voivat ostaa matkansa joko välittäjäorganisaatiolta tai suoraan hammaslääkärikeskukselta. Tietoisuuden ja terveysturismin kohdemaiden aktiivisuuden lisääntyessä matkanvälittäjien käyttötarve tulee nykytiedon perusteella vähentymään.

Kun kyseessä on potilaan itsensä aktiivisesti hakema hoitopalvelu, on itse hoitopalvelun yhteyteen usein paketoitu muita palveluita, kuten matkustus- ja

majoituspalvelut ja joskus jopa nähtävyyksien katselu ja muu vapaa-ajantoiminta. Kyse on siten selvemmin ”terveysturismista” kuin niissä tapauksissa, joissa potilas matkustaa järjestelmien välisten sopimusten puitteissa.

1.5.3 Esimerkkejä sopimuksista ja työnjaosta hoitoketjussa

Tässä luvussa kuvataan esimerkkejä järjestelmistä, joiden puitteissa potilaat ylittävät rajoja Euroopassa. Kuvauksissa keskitytään sopimuksiin ja työnjakoon maiden välillä potilaan hoitoketjussa eikä niinkään omatoimisten potilaiden matkustamiseen.

Lundin ja Kööpenhaminan (Gentofte sairaalan) välisessä yhteistyössä leikkauksista edeltävä hoito ja tutkimukset tehtiin lähettävässä sairaalassa Lundissa, jossa toteutettiin myös jatkohoito. Vain ohitusleikkaus oli ulkoistettu tanskalaiseen sairaalaan. Tanskalaisessa sairaalassa oli myös ruotsalaisia hoitajia ja lääkäreitä Ruotsista tulevien potilaiden tukena, vaikka sydänkirurgit olivatkin tanskalaisia. Kyseessä oli väliaikainen sopimus Lundin kapasiteettivajeen venyttämien hoitojen lyhentämiseksi.

Etelä-Jyllannissa syöpäpotilaat saavat sädehoitoa Saksan puolella, koska jonotusaika on paljon lyhyempi ja etäisyys myös lyhyempi kuin muihin sairaaloihin Tanskassa. Itse leikkaus tapahtuu kotimaassa, mutta jatkohoito potilaan niin halutessa Flensburgissa Saksan puolella. Yhteistyötä on laajennettu koskemaan myös synnytyksiä ja ambulanssikuljetuksia tapauksissa, joissa saksalainen palvelu on lähempänä. Potilaat saavat Tanskan standardien mukaista hoitoa. Etelä-Jyllannin kunta osallistui sairaalan laitehankintakuluihin. Sopimus on Etelä-Jyllannin kunnan ja Schleswig-Holsteinin osavaltion välillä. Tanskan terveysministeri vastusti aluksi sopimusta, koska se oli ristiriidassa Tanskan uuden syövänhoitostrategian kanssa.

Hollannin ja Saksan rajalla (Nijmegen ja Kleve) saksalainen vakuutusyhtiö AOK-Rheinland on tehnyt sopimuksen hollantilaisen sairaalan (UMC St Radboud) kanssa. Sopimuksen puitteissa saksalaiset potilaat saavat matkustaa Hollannin puolelle saamaan tiettyjä erikoistuneita hoitoja, sillä matka saksalaisiin sairaaloihin on paljon pidempi. AOK-Rheinlandilla on sopimus myös hollantilaisen vakuutusyhtiön CZ:n kanssa, jonka tarkoituksena on edistää potilaiden liikkumista molempiin suuntiin maiden rajalla. Hollantiin saapuvien saksalaispotilaiden määrä on kuitenkin jatkuvasti ollut suurempi kuin Saksaan matkustavien hollantilaispotilaiden. Syyksi tähän paljastui hollantilaisten lääkäreiden haluttomuus lähettää potilaita Saksan puolelle. Syitä haluttomuuteen oli useita: lääkärit eivät halunneet suuttuttaa hollantilaisia erikoislääkäreitä, he pitivät kotimaan lääkäripulaa keinotekoisena ja saksalaiset lääkärit ja heidän ammattitaitonsa olivat heille tuntemattomia.

Hollannin ja Belgian välisellä rajalla potilaat matkustavat Belgian puolelle saamaan hoitoa, sillä Hollannin puolella palvelut olivat paljon kauempana. Sopimus on hollantilaisen vakuutusyhtiön ja belgialaisen palveluntarjoajan välinen. Hoitoketju

jakautui kahden maan välille samaan tapaan kuin Lundin ja Gentofthen sairaalan yhteistyössä. Potilaan hoito alkaa Hollannissa, jossa hän sai omalta lääkäriltään lähetteen. Belgialainen erikoislääkäri arvioi hoidon tarpeen ja määrää mahdollisesti kokeita. Kokeet otetaan belgialaisessa sairaalassa, vaikka ne olisi tehty jo kertaalleen Hollannissa. Jatkohoito toteutetaan potilaan kotimaassa, mutta lähettävä erikoislääkäri antaa potilaan mukana kirjalliset ohjeet. Jatkohoitopaikkaa voi olla vaikea saada, koska potilas saapuu paikallisen systeemin ulkopuolelta. Lisäksi jatkohoitolaitokset pelkäsivät Belgiasta tulleiden potilaiden MRSA-tartuntoja, koska maiden väliset MRSA-käytännöt poikkeavat toisistaan. Potilaiden on myös hankittava tarvittavat lääkkeet ja apuvälineet vasta Hollannista, tai muuten vakuutusyhtiö ei korvaa niitä. Hoitoketjun yhtenäisyys rakoilee, eikä kellään toimijalla ole kokonaiskäsitystä hoitoketjusta.

Se, kenen vastuulla matkustusjärjestelyiden tekeminen on, vaihtelee. Esimerkiksi Ison-Britannian NHS vastaa ulkomaille lähettämiensä potilaiden matkustusjärjestelyistä ja matkakustannuksista. Sitä vastoin norjalaisten potilaiden matkatessa pidempiaikaiseen hoitoon Espanjaan potilaat maksavat matkansa itse sekä vastavasta norjalaisesta palvelusta veloitettavan päivämaksun. Vastaavasti vakuutusyhtiöiden tekemiin sopimuksiin ei yleensä kuulu matkan järjestäminen eikä matkakulujen korvaaminen (Glinos ym. 2009.)

1.5.4 Valtioiden vienninedistämispyrkimykset

Euroopan maista Belgia, Saksa ja Ruotsi ovat määrätietoisesti kehittäneet hoitopalveluiden vientitoimintaansa. Healthcare Belgium perustettiin vuonna 2007 Belgian työministeriön ja yrittäjien keskusjärjestön toimesta välittämään sairaaloiden ylipasiteettia maailmalle (Dare & Care, 2006). Perustamisvaiheen dokumentissa todetaan, että toiminnan aloittamisen tulee olla mahdollisimman koordinoitua, luoda uusia työpaikkoja sekä kehittää oman maan terveydenhuoltoa. Myös markkinoinnin katsottiin olevan osa koordinoitua toimintaa. Esimerkiksi potilaisiin suuntautunut rajapinta on ulkoistettu suurelle kansainväliselle vakuutusyhtiölle (Assistance Mondiale⁷). Perustamisvaiheessa luotiin kaksi kansallisen tason toimielintä. Itsenäinen, koordinoiva tarkkailuelin, joka valvoo belgialaisten etuja yhdenvertaisuusperiaatteen nimissä ja koko toiminnan strategista toteutumista. Sektoriosasto hoitaa markkinoinnin ja katsoo, että Belgian tarjonta vastaa ulkomaista kysyntää. Sektori vastaa myös hoidon laadusta. Toiminta on nykyisin keskittynyt 11 eri sairaalaan sekä julkisten että yksityisten toimijoiden piiriin. Saksa on myös tavoitteellisesti kehittänyt sekä hoitopalveluiden vientiä että tuontia esimerkiksi Tšekin tasavallasta. Kuntoutustoimintaa on määrätietoisesti ulkoistettu rajojen yli huokeamman työvoiman maihin. Samanaikaisesti korkealaatuista saksalaista osaamista on liittovaltion toimesta markkinoitu ja kehitetty perustamalla vuonna 1998 erillinen komitea

7 <http://www.mondial-assistance.com/>

(Committee for Promoting German Medicine in Foreign Countries). Komitean alaisuudessa toimii oma operaattori eli GerMedic GmbH, jonka omistaa 110 julkista ja yksityistä sairaalaa, ja jolla on mm. oma tietojärjestelmä ja tietoteknistä osaamista, kielenkääntäjät, ja joka hoitaa sekä yksittäisten potilaiden käytännön järjestelyjä että järjestelmätason laajempia vientioperaatioita. GerMedicin toiminta rahoittaa komitean toiminnan.

1.6 Yhteenveto hoitopalveluiden kansainvälisestä viennistä

Tässä esitellään lyhyesti tärkeimmät havainnot selvityksen I vaiheesta, sekä pohditaan lyhyesti niiden merkitystä Suomen hoitopalveluiden viennille.

Keskeiset havainnot hoitopalveluiden viennistä kansainvälisellä tasolla ovat seuraavat:

- Vienti maailmalajuisesti on toistaiseksi melko vähäistä suhteessa markkinoiden kokoon. Lisäksi tilastot ovat puutteellisia, mikä tekee arvioista summittaisia.
- Vienti voidaan jakaa karkeasti kahteen kategoriaan:
 - 1) Järjestelmien välisten sopimusten puitteissa tapahtuva potilaiden liikkuminen maasta toiseen
 - 2) Potilaan oma-aloitteinen hakeutuminen hoitoon toiseen maahan.
- Ensimmäisessä kategoriassa vienti tapahtuu kehittyneestä maasta toiseen. Maiden välinen maantieteellinen ja kulttuurinen etäisyys on yleensä pieni. Syynä on usein tarve saada lisäkapasiteettia ulkopuolelta. Tämä vienti on pitkälti kysyntävetoista: mitä kehittyneempi on kotimaan yksityinen sektori, sitä pienempi on tarve tuoda palveluita ulkomailta. Toinen syy on ostaa palvelu ulkomailta niille asukkaille, jotka asuvat niin lähellä rajaa, että ulkomainen palveluntarjoaja on paljon lähempänä kuin vastaavat kotimaiset. Järjestelmien välisillä sopimuksilla on kuitenkin helpompi saada suuremmat potilasvolyymit kuin yksittäisiä potilaita houkuttelemalla.
- Toisen kategorian puitteissa potilasvirrat kulkevat tyypillisesti kehittyvistä maista kehittyneisiin maihin. Kehittyvien maiden tuloerot ovat suuret ja terveydenhuollon infrastruktuuri kehittymätön, jolloin varakkaat hakevat hoitonsa ulkomailta. Ulkomaille kohdistuva kysyntä vähenee infrastruktuurin kohenessa. Toisen potilasvirran muodostavat ne kehittyneiden maiden asukkaat, jotka joutuvat maksamaan ison osan hoidon kuluista itse ja etsiytyvät siksi halvemman kustannustason maihin. Tämä koskee pääsääntöisesti amerikkalaisia potilaita, sekä Euroopassa niitä, jotka hakeutuvat hammashoitoon tai plastiikkakirurgisiin toimenpiteisiin.
- Minkälaisia prosesseja palveluiden vienti edellyttää riippuu siitä, kumman kategorian potilaista on kyse

- Järjestelmien välillä tehtävien sopimusten on oltava yksityiskohtaisia, joten neuvottelut ovat työläitä. Sopimuksissa on kuvattava tarkasti esim. lähettämisperusteet, hoitomenetelmät, vastuut ja hinnat.
- Oma-aloitteisia potilaita varten on luotava prosessi, joka huolehtii potilaiden vastaanottamisesta kaikkine yksityiskohtineen.
- Molemmissa tapauksissa palvelun sisältö on pystyttävä kuvaamaan ja hinta on määritettävä selkeästi. Lisäksi olisi pystyttävä vakuuttamaan ostaja laadusta, vaikka yksiselitteisiä laatukriteereitä ei olisikaan saatavilla.

2 Hoito-, hoiva- ja hyvinvointipalveluiden viennin nykytila suomessa

Suomen nykytilaa tarkastellaan sekä hoito-, hoiva- että hyvinvointipalveluiden viennin osalta. Luvussa käsitellään myös lyhyesti palveluiden tuontia Suomeen. Hoito- palveluita käsitellään muita laajemmin, sillä niissä nykyinen kansainvälisen viennin potentiaali on suurin. Tiedot on kerätty kirjallisista lähteistä sekä haastattele- malla alan toimijoita. Varsinaista tilastotietoa hoito- ja hoivapalveluiden viennistä ei ole saatavilla, sillä sitä ei tilastoida Suomessa eikä muuallakaan maailmassa. Jul- kisen sektorin puolelta haastateltaviin henkilöihin kuuluivat palveluiden julkiset järjestäjä- ja tuottajatahot (kunnat, kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, terveyspiirit, sekä niiden liikelaitokset ja osakeyhtiöt), palvelujärjestelmän ohjaustaho (sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala) sekä muut palveluiden järjestämiseen ja ohja- ukseen vaikuttavat tahot ja keskeiset sidosryhmät (Sitra, Kuntaliitto, TEHY, Lääkä- riliitto, Tekes, Valvira). Yksityiseltä sektorilta haastateltiin hoito- ja hoivapalvelui- den tuottajia.

Haastateltavien määrät (yhteensä 41) ja heidän edustamansa tahot on esitetty alla olevassa taulukossa. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoidusti. Lähes kaikki haastattelut tehtiin puhelimitse. Joitakin haastatteluja tehtiin myös henkilökohtai- sen tapaamisen yhteydessä ja yksi sähköpostitse. Haastateltujen nimet on esitetty lähdeluettelossa, ja haastatteluiden yleisrunko on liitteessä 1. Tarkka kysymysluet- telo vaihteli haastattelusta toiseen riippuen haastateltavan taustasta ja hänen edus- tamastaan organisaatiosta.

Taulukko 2. Selvitystä varten haastatellut tahot

Haastatellut tahot	Haastateltujen henkilöiden lukumäärä
Palvelujen julkiset järjestäjä- ja tuottajatahot (kunnat, kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit, terveyspiirit, sekä niiden liikelaitokset ja osakeyhtiöt):	11
Palvelujärjestelmän ohjaustaho (sosiaali- ja terveysministe- riön hallinnonala)	4
Muut palveluiden järjestämiseen ja ohjaukseen vaikuttavat tahot ja keskeiset sidosryhmät (Sitra, Kuntaliitto, TEHY, Lääkäri- liitto, Tekes, Valvira)	13
Hoito- ja hoivapalveluiden yksityiset tuottajat (yritykset, kolmas sektori)	8
Muut (esim. terveysteknologian tuottajat, innovaationäkökulma)	5

2.1 Hoitopalvelut

Suomi on ollut varsin eristyksissä hoitopalveluiden viennin ja tuonnin suhteen. Julkisella puolella ei ole ollut taloudellisia kannustimia lähteä keräämään ulkomaisia potilaita, samalla kun se on ollut myös poliittisesti hankalaa. Myöskään yksityisen sektorin toimijat eivät ole olleet aktiivisia palveluidensa viennissä. Esimerkiksi vuonna 2005 tehdyn tutkimuksen mukaan hammashoitoa ja fysikaalista hoitoa tarjoavat yritykset eivät harjoita vientiä lainkaan, ja vain neljä prosenttia lääkäripalveluja tuottavista yrityksistä ilmoittaa harjoittavansa vientiä (Ekroos ja Partanen 2006). Syyksi Ekroos ja Partanen (2006) näkevät sen, että kotimarkkinoilla ei ole päässyt kehittymään yrityksiä, jotka osaamisensa, käytettävissä olevien pääomien ja kokonsa puolesta voisivat tällaista vientitoimintaa harjoittaa.

2.1.1 Julkisen sektorin nykyinen vienti

Julkisella sektorilla on jonkin verran pohjoismaista yhteistoimintaa. Esimerkiksi Norjan isojen ortopedisten ulkoistusprojektien yhteydessä Suomeen (tekonivelsairaala Coxaan) tuotiin joitakin potilaita 2000-luvun alkupuolella. Pysyvämpää, palvelujärjestelmien tasolla tehtyjen sopimusten perusteella rajat ylittävää terveydenhuoltoa esiintyy lähinnä Utsjoella ja Torniossa. Saamenkielisen vähemmistön suhteen on sovittu mm. psykiatrisen hoidon keskittämisestä Norjan puolelle.

EU:n sisällä yksittäinen potilas voi nykyisin hakeutua hoitoon toiseen maahan, mikäli hän saa kotimaansa terveydenhuollon järjestelmältä maksusitoumuksen (nk. E112-lomake). Osa rahoista kulkee Kelan kautta, joka laskuttaa ulkomaista maksusitoumuksen antajaa ja tilittää summat sitten sairaanhoitopiireille ja kunnille. Kaikki E112-maksatukset eivät kuitenkaan kulje Kelan kautta, joten kattavia tietoja ei ole saatavilla. Kelan tilastot ovat kuitenkin suuntaa-antavia. Taulukossa 2 on esitetty vuosina 2000–2009 sairaanhoitopiireille tilitetyt rahat E112-lomakkeen perusteella Suomeen tulleista potilaista.

Taulukko 3. Kelan sairaanhoitopiireille ja kunnille tilittämät E112-rahast vuosiina 2000–2009

Vuosi	Sh-piireille maksetut EUR
2000	10 737,12
2001	17 380,02
2002	49 109,69
2003	1 076,40
2004	34 922,65
2005	162 004,85
2006	39 498,87
2007	1 021 151,55
2008	274 802,02
2009	433 773,85
YHT.	2 044 457,02

Vuosina 2000–2009 Kelan kautta kulki E112-rahaa siis hieman yli 2 miljoonaa euroa. Tästä rahasta HUS:n osuus on 52 %, PSHP:n 24 %, PSSHP:n 8 % ja muiden vähemmän. Maksetut summat vaihtelevat vuosittain paljon osittain sen vuoksi, että rahojen saaminen eri maista saattaa kestää kauankin, jopa vuosia. Kela tilastoi rahaliikenteen maksuperusteisesti; Kelalla ei siis ole tiedossa, minä vuonna itse hoito on tuotettu. Taulukosta on kuitenkin nähtävissä, että viimeisen kymmenen vuoden aikana suunta on ollut kasvava: 2000-luvun alussa summat liikkuvat kymmenissä tuhansissa, kun vuosikymmenen loppua kohti puhutaan jo sadoista tuhansista ellei miljoonista. Potilaita on 2000-luvulla tullut Suomeen yhteensä 443 E112-lomakkeen perusteella. E112-lukuja tarkastellessa on kuitenkin pidettävä mielessä, että ehdottomasti suurin osa potilaista on ulkomaille muuttaneita suomalaisia ja suomenkielentaitoisia. Tämä näkyy muun muassa siinä, että eniten potilaita on tullut Espanjasta (143/443) ja toiseksi eniten Ruotsista (85/443). Harva potilas hakeutuu Suomeen Kelan mukaan ilman, että hänellä olisi mitään etukäteisiä kytköksiä maahamme.

Omatoimisesti Suomeen saapuvien ulkomaalaisten potilaiden hoitaminen on ollut yksittäisten toimijoiden – joko yksittäisten sairaaloiden tai jopa yksittäisten lääkäreiden – varassa. Lisäksi Suomeen tulevat potilaat ovat yksittäisiä ja saapuvat satunnaisesti. Näin ulkomaille suuntautuva vienti on suhteellisen pientä. Ylivoimaisesti tärkein potilasryhmä on venäläiset potilaat.

Terveysmatkailun tärkeimpiä lääketieteen osa-alueita on ortopedinen leikkaustoiminta. Esimerkiksi yhdysvaltalainen avoin terveysmatkailuun keskittynyt portaali listaa suosituimmiksi toimenpiteeksi polven eturistisiteen korjauksen ja sen jälkeen lonkan sekä polven protetisoinnin⁸. Yksittäisiä suomalaisia kirurgeja, joilla on mainetta huippu-urheilijoiden lääkäreinä, on mainittu samassa yhteydessä. Suomalainen ortopedinen osaaminen onkin suuntautumassa vientimarkkinoille. Coxa on käynnistänyt Finnmedin kanssa projektin, jolla se pyrkii mm. Venäjän markki-

8 <http://www.medicaltourism.com/locate-hospital.php?lang=en>

noille. Laajemman viennin ongelmana ovat suomalaisten sairaaloiden pitkät hoitojonot ortopedisiin toimenpiteisiin eli suuri tyydyttämätön kotimainen kysyntä (esimerkiksi HUS alueen kirurgian jonotilanne⁹). Tämän johdosta myös yksityissektorin ortopedisella toiminnalla on riittävästi kysyntää kotimaan markkinoilla.

HUS:iin tulee yksittäisiä potilaita mm. Venäjältä. Tarvetta ja alustavaa kysyntää olisi, pääosin itäsuunnasta mutta myös mm. Norjasta. Ainoa jatkuva potilasvirta HUS:iin tuleekin Norjasta, josta potilaita tulee erään neurokirurgin luokse mukanaan koulutusta saava norjalainen lääkäri.

TYKS:iin tulee yksittäisiä synnyttäjiä Venäjältä. Sinne tuodaan ajoittain myös pieniä keskosia Ruotsista saamaan laadukasta keskoshoitoa. Myös Tammisaaren nytemmin lakkautettua synnytystoimintaa on markkinoitu venäläisille.

Tampereen Sydänkeskus on aloittanut potilaiden aktiivisen rekrytoinnin Venäjältä ja Ukrainasta. Helsingissä toimiva välittäjäorganisaatio mainostaa toimintaa Venäjällä ja organisoi potilaiden matkat. Toistaiseksi asiakkaana on ollut vasta vähän potilaita, sillä toiminta on alkanut suunnitelmallisena vasta vuosien 2009 ja 2010 vaihteessa. Sydänkeskuksen toimitusjohtaja on lähdössä Ukrainaan neuvottelemaan sopimuksista vielä kevään 2010 aikana. Tavoitteena on myös markkinan laajentaminen Pietariin.

Kymenlaakso on aloittanut neuvottelut lastenkirurgian markkinoinnista Pietariin. Valmistelua on tehty ajatus- ja kontaktointitasolla, mutta se ei ole vielä konkretisoitunut. Etelä-Karjalan keskussairaala on tehnyt vientisuunnitelmia jo viime vuosikymmenellä, mutta toiminnan aloittamisessa oli ongelmia. Hiljattain aloitetut uudet keskustelut eivät ole vienneet asiaa eteenpäin. Ylikapasiteettia olisi mm. synnytyksissä ja sädehoidoissa.

Yhteenvetona julkisen puolen nykyisestä viennistä se on todettava volyymiltään varsin pieneksi. Viennin tärkeimmät kohdemaat ovat Venäjä ja Norja. Aktiivista markkinointia tekee vain Tampereen Sydänkeskus. Sairaanhoidopiirien johtoa tai kehittämisestä vastaavia henkilöitä haastateltaessa selvisi, että useilla yksiköillä on vientisuunnitelmia esimerkiksi synnytyksien, kirurgisten tai kardiologisten toimenpiteiden osalta. Haastateltavina oli julkisen terveydenhuollon puolelta myös käytännön toiminnasta vastaavia lääkäreitä. Heidän näkemyksenä yksikkönsä vientimahdollisuuksista oli pääosin lievästi kielteinen, sillä sen katsottiin vain aiheuttavan lisää työtä.

2.1.2 Yksityisen sektorin nykyinen vienti

Suomalainen yksityissektorin toiminta on muuhun Eurooppaan ja myös pohjoismaihin verrattuna varsin hajanaista ja perustuu usein yksittäisten ammatinharjoittajien toimintaan. Merkittäviä toimijoita ovat isot ketjut kuten Mehiläinen, Terveystalo ja Diacor, joilla ei ole ollut kiinnostusta vientiin, sillä potilaita ja kysyntää on riittänyt

9 <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,6116>

omastakin maasta. Yksittäisiä ulkomaalaisia potilaita tulee satunnaisesti hoidettavaksi ja *"heidät hoidetaan muiden potilaiden joukossa"*. Klinikat kyllä ottavat mielellään ulkomaalaisia potilaita vastaan, kunhan maksukykyisyys on varmistettu. Merkittäviä tietoisia pyrkimyksiä markkinoida palveluita ulkomaalaisille ei ole ollut. Suurten ketjujen olisi myös vaikea käyttää lääkäreitään markkinointivaltteina, sillä lääkärit toimivat ketjujen tiloissa yleensä ammatinharjoittajina eivätkä lääkäriase-
man työntekijöinä.

Hammaslääkäreillä tilanne on samanlainen. Kotimaista kysyntää on paljon, joten ei ole ollut erityistä syytä markkinoida palveluita ulkomaalaisille. Hammaslääkäriliiton mukaan toinen syy viennin vähäisyyteen on se, että hammaslääkäripalvelut perustuvat pääsääntöisesti pitkäaikaiseen hoitosuhteeseen. Tällöin yksittäisten toimenpiteiden myynti uusille potilaille sopii huonosti palvelulogiikkaan ja saattaa jopa olla epäeettistä. Suomen lähialueilta tosin olisi mahdollista käydä säännöllisesti Suomessa hoidattamassa hampaitaan. Niinpä Suomessa käykin jonkin verran venäläisiä potilaita.

Plastiikkakirurgia on yksi kysytyimmistä toimenpideoista maailmalla. Potilaita yksityiseen plastiikkakirurgiseen sairaalaan olisi tulossa myös Venäjältä, mutta näitä potilaita pidetään poikkeuksellisen vaativina asiakkaina. Ja koska taaskin suomalaisia potilaita riittää, ei aktiivista markkinointia ole harjoitettu.

Syöpähoitoihin hakeutuu muutamia yksittäisiä ulkomaisia potilaita mm. Diaconissalaitokselle. Potilaat tulevat nimekkään ammatinharjoittajalääkäriin vastaanotolle eivätkä niinkään organisaation tunnettuuden vuoksi. Ortopedisiin toimenpiteisiin hakeudutaan ns. urheiluklinikoille Helsingissä.

Vaikka ammatinharjoittajapohjainen toiminta onkin yleistä, Suomessa on kuitenkin muutama yksityislääkäritoimintaa harjoittava yksikkö, joissa erikoislääkärit ovat päätoimisia ja toiminta on hyvin integroitua. Yksi tällainen on Helsingissä toimiva Pohjoismaiden ainoa yksityinen syövän hoitoon erikoistunut klinikka, Docrates. Nykyisin sen potilaista n. 20 % tulee Venäjältä, Ukrainasta, Puolasta, Baltian maista sekä muista Pohjoismaista. Klinikkan tavoitteena kasvattaa viennin osuus 40 %:iin, ja avata omat yksiköt mm. Venäjälle ja Puolaan. Docrates markkinoi palveluitaan aktiivisesti välittäjän kautta ja huolehtii siitä, että sen monikieliset Internet-sivustot avautuvat ongelmitta. Välittäjien ammattitaito ja laatu huolestuttavat yrityksen johtoa, ja Docrates hakeekin suomalaista keskitettyä vientiosaamista tuekseen.

Palveluiden viennin määritelmän mukaan vienniksi lasketaan myös suomalaisen asiantuntijoiden matkustaminen ulkomaille hoitamaan potilaita sen sijaan, että potilaat tulisivat tänne. Invalidisäätion erityistason ortopedisiä toimenpiteitä tekevä Orton on joitakin vuosia sitten yrittänyt viedä toimintaa Kiinaan. Tarkoituksena oli lähettää paikalliseen sairaalaan osaava kirurgi, joka olisi leikannut erittäin vaativat lonkkaprotetisaatiot ja sovittanut proteeseja amputaatiopotilaille. Hanketta edistettiin yhteistyössä proteeseja valmistavan Respectan kanssa. Tarjoukseen ei kuitenkaan saatu vastausta. Orton on harkinnut vientiä myös Venäjälle. Ortonin tarkoitus

olisi viedä asiantuntijoita ulkomaille eikä tuoda potilaita Suomeen. Syy tähän on se, että proteesikirurgia edellyttää useita käyntejä suhteellisen pitkällä aikavälillä. Potilaiden edestakainen lennättäminen ei olisi tuntunut järkevältä.

Asiantuntemuksen ja asiantuntijoiden vientiä harjoitetaan nykyisin myös ulkomaille sijoittuneena vastaanotto toimintana. Tästä on esimerkkinä hedelmöityshoitoja antava AVA-klinikat, joilla on toimipisteitä Suomen lisäksi Portugalissa, Latviassa, Venäjällä ja Azerbaidžanissa¹⁰.

2.2 Hoivapalvelut

Hoivapalveluita tuottavat yritykset eivät vielä juurikaan harjoita vientiä. Muutama itäsuomalainen yritys on kuitenkin alkanut panostaa venäläisen väestön tarpeisiin. Ristijärven kunta markkinoi ikääntyvien virkistystoimintaa¹¹ ja Rauhan sairaalaan Joutsenoon rakennetaan laajamittaista wellness-konseptilla toimivaa matkailu- ja hyvinvointikeskusta yhdessä Holiday Club Resorts -yhtiön kanssa¹².

Kunnallisten hoivapalveluiden kapasiteetin ja hoivahenkilökunnan riittävyys on merkittävä este viennille. Suomessa on myös länsimaiden nopeimmin ikääntyvä väestö eikä palveluasumisen verkosto ole kehittynyt riittävästi kyetäkseen vastaamaan edes oman maan väestön tarpeisiin tulevinä vuosina. Hoivayritykset pitävätkin haastatteluiden mukaan vientiä tarpeettomana, sillä asiakkaita on riittävästi jo kotimarkkinoilla.

Hoivapalveluiden vienti on osoittautunut yllättävän haasteelliseksi, vaikka se on yleisesti ottaen vähemmän säädeltyä kuin terveydenhuolto. Esimerkkinä tästä on mm. suomalaisten palveluntuottajien pieni halukkuus siirtyä Ruotsin markkinoille, vaikka suomenkielisten palveluiden kysyntä on noussut Ruotsissa. Taustalla on Ruotsissa tehty lainmuutos joka edellyttää vanhusten ja lasten palveluiden tarjoamista äidinkielellä. Ministeriö tason vienninedistämispöytäkirjoista huolimatta suomalaisia palveluntarjoajia ei ole saatu riittävässä määrin Ruotsiin.

2.3 Hyvinvointipalvelut

Hyvinvointipalveluiden tuottamisesta Suomessa vastaavat lähinnä kylpylät, joita on runsaasti, yli 50. Kylpylät jakautuvat karkeasti kahteen ryhmään: viihteeseen keskittyviin ja kuntoutukseen keskittyviin kylpylöihin. Kummissakin on saatavilla hierontaa ja monenlaisia hoitoja, mutta kuntoutukseen keskittyvissä kylpylöissä ei ole tarjolla viihdepalveluita kuten vesiliukumäkiä ja loistoravintoloita. Myös kylpylöiden asiakasryhmät poikkeavat toisistaan: viihdekylpylät houkuttelevat kotimaisia ja ulkomaisia turisteja, kun taas kuntoutuskylpylöiden asiakkaista suuren osan ovat tähän asti muodostaneet veteraanit ja vanhukset. Sitä mukaa kun veteraanien

10 <http://www.avaclinic.com/index.php?2>

11 <http://www.seniorpolis.com>

12 <http://www.kauppalehti.fi/5/i/yritykset/yritysuutiset/index.jsp?oid=2010/01/29585>

määrä vähenee, etenkin näistä kuntoutuskylpylöistä vapautuu paljon kapasiteettia. Arvioiden mukaan veteraanien kylpyläyöpymiset vähenevät 10–15% vuodessa. Esimerkiksi Lappeenrannan kylpylä aikoo täyttää veteraaneilta vapautuvat paikat lomalaisilla, lähinnä suomalaisilla ja venäläisillä, työterveyshuollon kautta tulevilla asiakkailta sekä kuntoutumaan tulevilla vanhuksilla¹³. Lomalaisten osuus on jo nyt n. puolet kaikista asiakkaista, ja venäläisten osuus kaikista yöpymisistä 14 %. Kylpylä tuottaa myös Lappeenrannan kaupungille kuntoutuspalveluita esimerkiksi sairaalasta kotiutuville vanhuksille, jotka eivät vielä selviä yksin kotonaan.

Kaiken kaikkiaan suomalaisten kylpyläpalveluiden myynti venäläisille on merkittävää liiketoimintaa, ja venäläiset turistit ovat monen kylpylän tärkein asiakasryhmä.

2.4 Terveys- ja hyvinvointipalveluiden tuonti Suomeen

Hoitopalveluiden tuonti Suomeen on vielä vähäisempää kuin vienti. Esimerkiksi Kelan tilastojen mukaan Suomesta on 2000-luvulla hakeutunut muihin EU-maihin E112-lomakkeen perusteella 71 potilasta, ja heistä 42 Ruotsiin. Vastaavasti sairaanhoitopiireiltä veloitetut maksut olivat yhteensä vain 518 000 euroa, eli noin neljännes muista maista Suomeen samana ajanjaksona maksetuista E112-korvauksista.

Suomalaiset ovatkin EU-maiden kansalaisista haluttomimpia matkustamaan rajojen yli hoitoa hakemaan. Vuonna 2007 julkaistun EU-barometrin mukaan matkustushalukkuus oli suomalaisilla 4 %, kun esimerkiksi kyproslaisilla se oli 88 %, maltalaisilla 87 % ja irlantilaisilla 79 %¹⁴. Pieniä määriä suomalaisia hakeutuu lähinnä esteettisiin ja hammastoitmenpiteisiin Viroon, muihin entisen itä-blokin alueen maihin sekä mm. Thaimaahan. Suomalaiset hakeutuvat myös ei-lääketieteellisiin kylpylähoitoihin Viroon. Viron kylpylät ovatkin suomalaisten kylpylöiden kilpailijoita. Viron sairaaloiden ylikapasiteetti on perua neuvostoajalta, ja myös sairaalat saattavat kilpailla tulevaisuudessa suomalaisten palveluntuottajien kanssa. Toistaiseksi kuitenkin Viro ei ole kovin houkutteleva kohde ulkomaalaisten silmissä, niin kuin ei koko Baltiakaan lukuun ottamatta suun terveydenhuollon asiakkaita.

Röntgenkuvien lausuntojen hankintaa ulkomailta esim. Intiasta on suunniteltu, mutta asiassa ei ole edetty. Yhden ongelman muodostavat lainsäädännön aiheuttamat esteet potilastietojen siirtämiselle ETA-alueen ulkopuolelle.

2.5 Viennin esteet

13 <http://www2.lappeenranta.fi/lehtitietokanta/artikkeli.php?id=11008>

14 http://ec.europa.eu/health-eu/doc/crossbordereurobaro_en.pdf

Viennin esteet ovat osittain asenteellisia ja lainsäädännöllisiä, mutta vientiä on hiljennyt myös edellä mainittu riittävä kotimainen kysyntä.

"Keskeiset ongelmat erityisesti julkisella puolella liittyvät asenteisiin. Julkisella puolella potilasta ei edelleenkään nähdä asiakkaana vaan resurssien kuluttajana. Koska resurssit ovat rajalliset, on tilanne sitä "parempi", mitä vähemmän on potilaita. Tämä näkyy suhtautumisessa potilaisiin" (lainaus haastattelusta).

Esimerkiksi kardiologisten yksiköiden sisällä yksittäiset toimijat eivät ole kiinnostuneita markkinoiden avaamisesta. Kannustimena TAYS:n osakeyhtiössä on käytetty palkattua ylityötä, jolla on saatu muutetuksi henkilöstöresurssien käyttöä joustavammaksi. Jouston saaminen aikaiseksi ilman osakeyhtiöittämistä on nähty vaikeaksi.

Viennin esteinä pidetään myös lainsäätäjien asenteita, jotka eivät salli laskuttaa asiakkaalta enempää kuin ns. listahinnan. Yksittäistä neurokirurgiesimerkkiä lukuun ottamatta kaikki sairaalat, joita on haastateltu, laskuttivat listahinnan. HYKS:n kohdalla esteenä ovat hinnoittelu, johon toivotaan asetuksen muutosta, sekä yhdenvertaisuusperiaate eli miten taataan hoito ensin omille potilaille. Muualla kuin Helsingissä nähtiin myös pääkaupunkiseudun asenne ongelmana. Osaaamista on muissakin yksiköissä, eikä viennin tulisi muodostua keskinäiseksi kilpailuksi resursseista tai potilaista.

Yksityisellä puolella lääkärit toimivat pääasiassa ammatinharjoittajina joko päätoimen ohessa tai niin, että varsinainen ura tehdään julkisella puolella puolittain akateemisena. Ammatinharjoittajana lääkäriellä ei ole usein aikaa eikä yhteisön tukea lähteä markkinoimaan omaa toimintaansa maan rajojen ulkopuolelle. Päätoimisesti yksityispuolella toimivat lääkärit ylittävät jouhevasti kuntarajoja, mutta tukirakenteet kansainväliselle toiminnalle puuttuvat.

Yksi keskeinen viennin este on markkinoinnin vaikeus. Sairaalat joutuvat luotamaan ulkomaalaisiin, pääasiassa venäläisiin kontakteihinsa, joiden tasosta ja laadusta rajan toisella puolella ei ole tietoa. Ulkomaalaisia potilaita on myös vaikea houkutella, mikäli hoidon laatua ja nimenomaan sen vaikuttavuutta ei pystytä selkeästi esittämään. Laadun ja vaikuttavuuden mittaaminen ei ole koskaan yksinkertaista tai aina edes mahdollista. Laatu voidaankin määritellä jotakuinkin tarkasti vain akuuttihoitossa, syöpien hoidossa ja estettävissä olevissa kuolemissa. Muissa tapauksissa on turvauduttava laatua heijastaviin likimuuttujiin kuten esim. sairaalainfektioiden tai uusintaleikkausten suhteellisiin osuuksiin tai pelkästään mielikuviin ja ulkoisiin seikkoihin (uudet rakennukset, niiden siisteys ja muut aistihavainnot). Suomea voisi yrittää markkinoida esimerkiksi korkean hygieniatason maana. Suomella ei myöskään ole terveydenhuollon puolella Tukholman Karolinska Sjukhusetia vastaavaa tunnettua brändiä.

Kieliongelmat ja kulttuurierot ovat myös esteitä, sillä potilaiden kanssa pitäisi pystyä kommunikoidaan usein heidän äidinkielellään. Se vaatisi joko tulkkauspalveluiden järjestämistä tai kielitaitoisten lääkäreiden ja hoitajien palkkaamista.

Myös laskutusta ja maksun saamista pidettiin haasteena. Korvauksen saaminen annetusta hoidosta voi olla kovan työn takana, ellei ulkomaalaisilta potilailta vaa- dita kattavaa etukäteismaksua, kuten mm. Stockholm Care usein tekee.

2.6 Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän vaikutus palveluiden vientiin

Terveydenhuollon palvelutuotannon sääntelyn voimakkuus ja velvoittavuus riippuu kaikissa maissa toiminnan professionaalisuuden asteesta. Heikointa sääntely on virkistys- ja kylpylätoiminnassa, joissa se rajoittuu yleiseen hygieniaohteistukseen. Voimakkainta se on hoitavien sairaalapalveluiden tuotannossa, jossa käytännössä kaikki ydinpalvelut on tuotettava rekisteröidyn ja lisensoidun henkilökunnan toimesta. Seuraavassa osiossa rajoitutaan tarkastelemaan jälkimmäistä toimintatasoa.

Suomen nykyinen palvelurakenne pohjautuu paikallisdemokraattisesti valvot- tuun ja kunnille vastuutettuun toimintaan. Pääosa rahoituksesta kerätään kunnallis- verona. Tätä täydennetään valtion verotuloilla, eli nk. valtionosuuksilla, joilla ei ole kuitenkaan käyttötarkoitusta rajoittavaa korvamerkintää, paitsi yliopistotason tut- kimus- ja koulutustoimintaa korvaavassa erityisvaltionosuudessa. Kuntarahoitusta täydentävänä ja rinnakkaisena rahoituskanavana toimii Kela, joka korvaa hoidon epäsuoria kustannuksia (päivärahat ja matkakorvaukset), merkittävän osan kun- toutustoiminnasta, laitosten ulkopuolisia lääkemenoja, työterveyshuoltoa ja yksi- tyisiä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita sekä yksityisiä sairaanhoidollisia kustan- nuksia. Rahoituksen kokonaiskuvio on siis varsin sekava. Sitä on kritisoitu nimen- omaan siksi, että se kannustaa monentasoiseen osaoptimointiin eikä tee potilaan hoitoketjua sujuvammaksi.

Suomalaiseen julkiseen hoitojärjestelmään ei voi yleensä hakeutua elektiiviseen hoitoon yksityisen tai vakuutusyhtiön rahoituksen turvin ilman, että hoidosta on tehty jokin erillissopimus joko potilaan tai hänet vakuuttaneen organisaationsa kanssa. Myös yksityiset palvelutuottajat edellyttävät etukäteen tehtyä selvitystä elektiivisen hoidon rahoittajasta.

Julkisen sairaalan ylintä päätösvaltaa käyttää lain mukaan sairaalan hallitus, joka on vastuussa toiminnastaan sairaalan poliittisesti valitulle ja sairaalan omistajakun- tia edustavalle liittovaltuustolle. Myös sairaalan hallituksen jäsenet on valittu poliit- tisen ja alueellisen edustuksellisuuden eivätkä asiantuntemuksen perusteella, mikä saattaa heijastua hallituksen kykyyn tukea sairaalan operatiivista johtoa. Yksityis- ten sairaaloiden hallinto on puolestaan epäpoliittinen, mikä lisää joustavuutta ja liik- keenjohdollista osaamista. Tämä ero heijastuu selvästi ennakoitavalla tavalla myös hallitusten asettamiin tavoitteisiin ja toimintakulttuuriin.

Julkisen sairaalan johdon tärkeimpiä tavoitteita on hoidon saatavuuden turvaa- minen. Ns. hoitotakuun (EshL 33 §) tultua liitetyksi normistoon sairaalan on ollut pakko sopeutua alittamaan maksimaaliset odotusajat tuntuvaan sakkorangaistuksen uhalla. Tähän tilanteeseen maan rajojen ulkopuolelta tuleva ylimääräinen kysyntä

sopii huonosti: poliittinen johto tulkitsee sen tyydyttämisen uhkaavan sairaalan valuma-alueen potilaiden hoidonsaantia annettujen määräaikojen puitteissa.

Yksityinen sairaala on omien ohjauksrakenteidensa puolesta valmiimpi tekemään sopimuksia myös mahdollista ulkomailta tulevaa palvelukysyntää tyydyttääkseen. Yksityisten sairaaloiden osuuden pienuus maan koko sairaalakapasiteetista ei puolestaan tee siitä kovin merkittävää toimijaa palvelumarkkinoille. Sen on silti mahdollista lisätä hoitokapasiteettiaan nopeasti, jos sellainen nähdään tarpeelliseksi.

Julkisissa sairaaloissa on siirrytty ns. nettobudjettiin, mikä periaatteessa tekisi niille mahdolliseksi myös oman uuden aktiivisesti luodun ja erikseen hallitavan kassavirran. Tällaista ratkaisua ehdotettiin 1990-luvulla, jolloin keskusteltiin ns. yksityis-HYKS -aloitteesta. Vaikka samaa hanketta tuettiin jopa maksuasetuksen muutoksella, ajatus hylättiin pian julkisessa keskustelussa. Asia on tulkittava siten, että ns. Pareto-periaate ei ole lyönyt itseään läpi julkisten sairaaloiden ajattelutavoissa: kenellekään – siis yksityispotilaille taikka ulkomaalaisille potilaille – ei voida antaa ”lisää” ilman, että poliittinen koneisto tuntisi sen olevan ”pois” joltakin toiselta eli valuma-alueen omilta potilailta. Ajattelutapa on sitäkin merkillisempi, kun otetaan huomioon julkisten sairaaloiden käyttämättömän leikkaus- ja hoitokapasiteetin määrä. Tämän lisäksi voidaan olettaa, että maan yksityissektori ei olisi katsonut hyvällä julkisen sektorin nousua kilpailemaan itse maksavista potilaista semminkään kun vaikka julkisen sektorin kirjanpidon taso ei vielä vakuuta tarkkailijaa kaikkien kustannusten asiallisesta kohdentamisesta ja kun yksityisen ja julkisen sektorin hankintojen arvonlisäverotuskäytännöt poikkeavat toisistaan yksityissektorin tappioksi.

Erikoissairaanhoidon ohjauksessa hoitokokonaisuuden käsittäminen, eli primaariarviointi, täsmädiagnostiikka, aktiivihoido, valvonta ja kuntoutus ovat käymässä entistä tärkeämmiksi. Tämän mukaisesti puhutaankin yhä useammin hoitopisodista erillisen (sairaala-)hoitojakson asemesta. Jatkohoido ja kuntoutus ovatkin sopimuksellisesti hajautettu erillisille toimijoille (Coxa Oy) ja verkottuminen valtaa alaa myös erilaisten syöpäkasvainten hoidossa (Syöpätyöryhmän mietintö, 2010). Samaa, kokonaiskustannuksia minimoivaa periaatetta tulisi kaiketi seurata myös ulkomailta hoitoon hakeutuneiden potilaiden hoidossa.

Lain mukaan suomalaisen potilaan tulee saada palvelunsa kotimaisella äidinkielellään. Sen lisäksi sairaala joutuu järjestämään tulkkipalveluita maahanmuuttajataustaisille potilaille. Hoitotapahtuman herkkyyden vuoksi samaa tulee voida edellyttää niiden potilaiden hoidolta, jotka hakeutuvat ulkomailta hoitoon.

Suomeen ollaan vuosien odottamisen jälkeen rakentamassa yhtä yhtäläistä elektronista terveystietojärjestelmää, jonka omistajaksi on määritelty Kela (ns. KanTa-hanke). Tämän järjestelmän tarkoituksena on tukea ehjän ja kattavan terveystiedon välittymistä eri toimijoiden välillä. Hankkeen toteutumisaikataulu näyttää venyvän, eikä edes elektronisen reseptin käyttöön ottamiselle ole enää asetettu edes takarajaa. Tämän selvityksen kannalta keskeistä on se, miten tieto voisi välittyä suomalai-

selta palvelutuottajalta esimerkiksi ulkomaiselle vakuutusyhtiölle. Tämä kysymys on kokonaan ratkaisematta.

Palveluntarvitsijan kotimaasta riippuen järjestelmän täytyy ottaa huomioon myös virallisten matkustusdokumenttien (viisumien) tarve.

2.7 Yhteenveto suomalaisten hoiva- ja hoitopalveluiden viennistä

- Tällä hetkellä hoitopalveluiden vienti Suomesta on yksittäisten toimijoiden – jopa yksittäisten lääkärien varassa.
 - Ulkomaalaisia potilaita (etenkin venäläisiä) kuitenkin tulee Suomeen jonkin verran; yleinen näkemys on se, että Venäjällä olisi enemmänkin kysyntää suomalaisille hoitopalveluille.
 - Viime aikoina monilla tahoilla on aktivoiduttu hoitopalveluiden palveluiden viennissä, mutta aloitteet eivät vielä ole edenneet kovin pitkälle. Haastatteluissa esiin nousivat yksittäisten toimijoiden vaikeudet järjestää vientiin liittyviä asioita itsenäisesti ja ilman taustatukea.
 - Esteitä on mm. kannustimien puute (potilaita riittää kotimaassakin), poliittiset ja asenteelliset ongelmat, selkeän hinnoittelun puute sekä lainsäädännön aiheuttamat esteet palveluiden hinnoittelussa ulkomaalaisille
- Hammaslääkäri- ja hoivapalveluita viedään hyvin vähän.
- Hyvinvointipalveluita (kylpylähoitoja ja -yöpymisiä) viedään suhteellisesti paljon, ja ylivoimaisesti suurimman asiakaskunnan muodostavat venäläiset turistit.
- Suomen terveydenhuoltojärjestelmä perustuu pääsääntöisesti julkisille palveluntuottajille; maan yksityinen sektori on vasta kehittymässä. Tämä muodostaa esteen viennille, sillä julkinen järjestelmä nykyisellään ei ole avoin ulkoa tuleville potilaille ja kannustimet heidän vastaanottamiseen puuttuvat.
 - Palveluiden markkinaehtoinen vienti vaatisi julkiselta toimijalta asenne- muutosta ja uudenlaista hallintarakennetta jo pelkästään toimintaan liittyvien riskien takia. Julkisen sektorin tulisi myös osata hinnoitella palvelut nykyistä tarkemmin.
 - Julkisen sektorin palveluiden vienti on poliittisesti arkaa, sillä maksavien ulkomaalaispotilaiden hoitaminen pitkien hoitojonojen ohi voi herättää väestössä vastalauseita, vaikka heidän tuomallaan rahalla voitaisiin tuottaa lisää palveluita kotimaassa.
 - Yksityisen sektorin toimijoiden pitäisi kasvattaa ja kehittää toimintaansa myös kotimarkkinoilla ollakseen paremmin varustautuneita kansainväliseen kilpailuun.
- Varteenotettavia kilpailijoita ovat mm. Saksa, Belgia ja Ruotsi, jotka ovat paljon pidemmällä hoitopalveluiden viennissä kuin Suomi, samalla kun niiden maantieteellinen sijainti on keskeisempi.

- Näissä maissa palveluvientiä on edistetty järjestelmällisesti ja luotu vien-
nin edistämistä varten on erillisiä organisaatioita. Ruotsissa kilpailu ja
yksityinen sektori ovat kehittyneemmät kuin Suomessa.
- Suomenkin tulisi lähestyä hoito- ja hoivapalveluiden vientiä selkeällä
kansallisen tason toimintasuunnitelmalla ja vähentämällä potilaiden liik-
kuvuutta rajoittavaa byrokratiaa.
- Suomi ei voi pääsääntöisesti kilpailla palveluiden hinnalla; toisaalta palvelui-
den laatua ja vaikuttavuutta on vaikea mitata.
 - Laatu voidaan määritellä tarkasti vain akuuttihoitossa (kuten tehohoi-
dossa), syöpien hoidossa ja estettävissä olevissa kuolemissa. Muissa tapa-
uksissa on turvauduttava laatu heijastaviin likimuuttujiin tai pelkästään
mielikuviin ja aistihavaintoihin perustuviin ulkoisiin seikkoihin.
 - On myös muistettava, että kaikilla mailla niin kuin yksittäisillä Suomen
kunnillakin on kannustin tuottaa palveluita mahdollisimman paljon itse,
sillä ne tuovat veronkeruualueelle työpaikkoja ja veronmaksajia.
 - Jäljelle jää edistyksellisten hoitomenetelmien myynti; niille on helpompi
löytää myyntiargumentteja.
 - Tällaisia keihäänkärkihoitoja voisivat olla esim. boorineutronikaap-
pauchoito, kantasoluihin, kudosteknologiaan ja geeniteknologiaan
perustuvat hoidot.
- EU:n direktiivi potilaiden liikkuvuudesta avaa mahdollisesti toteutues-
saan mahdollisuuksia ulkomailta tulevien potilasvolyyymien kasvattamiseen.
Samalla se tarkoittaa sitä, että suomalaiset potilaat voivat lähteä nykyistä
esteettömämmin ulkomaille hoitoa saamaan.

3 Hoito- ja hoivapalveluiden viennin kehittäminen

Tässä luvussa käsitellään Suomen mahdollisuuksia kehittää hoito- ja hoivapalveluiden vientiä. Vientimahdollisuuksia voisi tarjota joko tällä hetkellä oleva ylimääräinen hoitokapasiteetti tai sellainen erityisosaaminen, jolle olisi kysyntää Suomessa.

Luvussa käsitellään myös haastatteluissa esiin nousseita ajatuksia hoito- ja hoivapalveluiden viennin edistämisestä ja kehittämisestä. Luvussa pohditaan lisäksi julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistyömahdollisuuksia sekä viennin reunaehdotja. Sisältö perustuu pitkälti toimijoiden ja aiheeseen perehtyneiden asiantuntijoiden haastatteluista syntyneisiin näkemyksiin.

3.1 Suomen mahdollisuudet hoito- ja hoivapalveluiden viennissä

Vaikka vienti toistaiseksi on vähäistä ja satunnaista, se ei tarkoita, etteikö mahdollisuuksia suomalaisten palveluiden vientiin olisi. On toki niin, että niin kauan kuin yksityissektori saa riittävästi maksukykyistä asiakaskuntaa kotimarkkinoilta, sektorin yrityksillä ei ole kovin paljon kiinnostusta aloittaa vientiponnisteluja. Mikäli kasvu toisaalta pysähtyisi tai peräti taantuisi, kansainvälisten pääomasijoittajien omistamissa yrityksissä voisi syntyä tarvetta hakeutua laajemmille markkinoille.

Tässä selvityksessä on kartoitettu myös sitä, millaisten palveluiden tuottajana Suomella olisi parhaat mahdollisuudet menestyä vientimarkkinoilla. Tasokkaan klinisen toiminnan lisäksi Suomessa on korkeatasoista lääketieteellistä perustutkimusta, jonka tulokset kiinnostavat kansainvälisesti. Lisäksi Suomesta viedään jo nyt paljon terveysteknologian tuotteita, joista osan ympärille voisi tulevaisuudessa rakentaa myös palveluita.

3.1.1 Vientiin parhaiten soveltuvat hoitopalvelut

Hoitopalveluista vientiin soveltuvat parhaiten toimenpiteet, jotka voi koota selkeiksi palvelukokonaisuuksiksi, ja jotka eivät edellytä toistuvia käyntejä ja pitkiä hoitosuhteita. Mikäli useita lääkärikäyntejä tarvitaan, on palvelut syytä tuottaa potilaan kotimaassa, jolloin on usein tarpeen tehdä yhteistyötä paikallisten toimijoiden kanssa. Palvelut pitäisi siis pystyä tuotteistamaan. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelun tuottaminen pitää pystyä kuvaamaan yksityiskohtaisesti, minkä lisäksi palvelu on kyettävä hinnoittelemaan.

Ne toimenpiteet, jotka ovat ensisijaisesti houkuttelevia, ovat joko sellaisia, joissa Suomessa on ylikapasiteettia tai sellaisia, jotka vaativat harvinaista erityisosaamista. Paikallista ylikapasiteettia on joillain aloilla, esimerkiksi synnytyksissä,

sädehoidossa ja ortopedisissä toimenpiteissä. Harvinaista erityisosaamista puolestaan ei ole välttämättä helppo tunnistaa. Erityisosaaminen voidaan myös ymmärtää suhteessa kohdemaahan: mikä ei ole erityisosaamista ruotsalaisten silmissä voi hyvin olla sitä venäläisten tai intialaisten mielestä.

Siitä, mitä suomalaisten kannattaisi markkinoida ulkomaille, esitettiin haastatteluisissa monia näkemyksiä. Rutiinitoimenpiteiden katteet ovat usein pieniä. Niitä pitäisi myydä paljon merkittävän tulovirran saamiseksi. Toisaalta erityisten huippuosaamisen markkinointi voi olla vaikeaa, sillä huippuosaamista on muualla maailmassa määrällisesti paljon enemmän vaikkapa USA:ssa ja Sveitsissä, ja koska hoidon laadun yksiselitteinen todistaminen on vaikeaa.

Suomen myyntivaltteina voidaan kuitenkin pitää selkeästi järjestettyä toimintaa, turvallista ympäristöä, puhdasta luontoa, korkeita hygieniastandardeja, hyvää intimitettisuojausta sekä eettistä terveydenhuoltoa. Näiden avulla voitaisiin myydä sekä rutiini- että uniikkitoimenpiteitä. Suomi tuskin voi kilpailla alhaisilla kustannuksilla, joten potilaiden houkuttelemiseksi on kyettävä tarjoamaan vastinetta rahoille. Hoidon täytyisi olla hyvin erikoistunutta ja haluttua, jotta potilaat eivät välittäisi matkustamisen vaivoista ja vieraista hoito-olosuhteista. Palveluntarjoajien pitäisikin panostaa myös mukavuustekijöihin ja huolehtia palvelun sujuvuudesta. Myös matkustamisen ja majoittumisen tulee olla helppoa ja helposti järjestettävissä, vaikka varsinaisen hoitopalvelun tuottaja ei niistä itse vastaisikaan. Hyvinvointipalveluita tarjoavia kylpylöitä voisi hyödyntää sekä potilaiden ja heidän omaistensa majoittajina että sairaalajakson jälkeisen kuntoutuksen tarjoajina. Lisäksi kylpylöitä voitaisiin käyttää markkinointivalttina etenkin venäläisiä potilaita houkuteltaessa.

Rajat ylittävää yhteistyötä voisi olla lähinaapureiden kanssa etenkin itä- ja eteläräjällä. Vientä voisi vielä edistää se, jos virolaiset lääkärit lisääntyvästi kaikkooavat omasta maastaan ulkomaille ja jos Luoteis-Venäjän taloudellinen tilanne sallisi palvelujen laajemman ostamisen. Muutoin nykyinen palveluiden vaihdantaan perustuva rajakauppa (mm. Pohjois-Suomessa) lienee enemmän tuontivoittoista jatkossakin.

Kokonaisten palvelujärjestelmien (niin hoito- kuin hoivapalveluihin liittyvien) ja niitä tukevien teknologioiden vieminen ulkomaille voisi olla vaihtoehto, mutta järjestelmien vieminen on melko hankalaa niiden hinnoittelun vaikeuden vuoksi. Ei riitä, että suomalaiset käyvät esittelemässä palvelujärjestelmiä ulkomailla, vaan järjestelmät olisi kyettävä tuotteistamaan. On myös pidettävä mielessä, että järjestelmät, joihin ei liity vahvaa brändiä tai ainutlaatuista erityisosaamista, ovat myös paikallisten toimijoiden kopioitavissa. Tilanne voi olla toinen, jos näihin liittyy selvästi patentoitava teknologinen innovaatio. Mikäli tuotteistaminen ei onnistu, palvelujärjestelmien vieminen voisi silti avata mahdollisuuden asiantuntijapalveluiden viennille. Esimerkkinä tästä voisi olla sairaalasuunnitteluosaamisen myyminen Itä-Euroopan maihin.

3.1.2 Hoivapalvelut

Hoivapalveluiden vienti on hankalampaa kuin hoitopalveluiden, sillä hoiva on määritelmän mukaankin pitkäaikaista. Toinen vientiä hankaloittava tekijä on Suomen voimakkaasti vanheneva väestö ja kasvava hoivapalveluiden tarve. Yksityisellä puolella mahdollisuuksia saattaisi kuitenkin olla. Esim. Esperi Care on jo tuonut Suomeen filippiiniläisiä hoitajia – miksei siis tulevaisuudessa myös ulkomaisia asiakkaita? Hoivapalveluiden vienti tarkoittaisi käytännössä sitä, että ulkomaalaisia vanhuk- sia houkuteltaisiin hoivakoteihin Suomeen. On kuitenkin melko epätodennäköistä, että vanhukset haluaisivat muuttaa kauaksi sukulaisistaan, tai että he haluaisivat muuttaa maahan, jonka kieltä eivät osaa. Näin ollen merkittävä kohderyhmä saat- taisivat olla paluumuuttajat. Toinen vaihtoehto olisi perustaa hoivakoteja tai palve- luasuntoja ulkomaille palvelemaan ulkomailla asuvia suomalaisia eläkeläisiä. Tällai- sia yhdyskuntia on Espanjassa, Floridassa ja Thaimaassa. Eläkeläisiä ei kuitenkaan asu ulkomailla niin paljon, että siitä syntyisi kovin laajaa liiketoimintaa.

Yksi merkittävä potentiaalinen asiakasryhmä voisi olla Ruotsin suomenkielinen väestö, etenkin lapset ja vauhet, jotka mielellään haluaisivat palveluita suomeksi. Ruotsinsuomalaisten palveluja tuottamaan on jo yritetty löytää halukkaita suoma- laisia tuottajia, mutta laihoiin tuloksiin. Niin kauan kuin kysyntää riittää kotimaassa, kynnys lähteä ulkomaille näyttää olevan korkea.

Yleisesti ottaen hoivapalvelut voivat kansainvälisten esimerkkien mukaisesti toi- mia tärkeinä hoitopalveluiden tuottajien yhteistyökumppaneina tarjoamalla esimer- kiksi aktiivihoidon jälkeisiä kuntoutuspalveluita. Vaikka hoivapalveluiden vientiä ei vielä harjoiteta merkittävästi, on siinä potentiaalia myös itsenäisenä palveluna. Vientitoiminnan suurin haaste näyttäisi olevan kotimaisen kysynnän erittäin suuri kasvu lähivuosina, sillä yli 75-vuotiaiden määrän ennakoitaan vähintään kaksinker- taistuvan seuraavien parin vuosikymmenen aikana.

3.1.3 Hoito- ja hoivapalveluiden tarjoaminen ulkomaille

Edellä on käsitelty pääasiassa potilaiden matkustamista ulkomailta Suomeen hoitoa tai hoivaa saamaan. Vientiä voisi harjoittaa kuitenkin myös perustamalla klinikoita tai hoivakoteja ulkomaille (esimerkkinä jo aiemmin mainittu AVA-klinikat). Näissä tapauksissa haasteet poikkeavat edellä käsitellystä, sillä kohdemaan terveydenhuol- tojärjestelmä nousee keskeiseen rooliin, samoin kohdemaan sosiaali- ja terveyden- huollonalan ammattilaiset.

Useat maat kuten Iso-Britannia ovat pyrkineet alentamaan hoito- ja hoivapalve- luista kiinnostuneiden asiakkaiden kynnystä saapua maahan mm. tarjoamalla osan palveluista asiakkaan kohdemaassa. Tällaisia palveluita voivat olla mm. lääkärin ensitapaaminen ja kontrollikäynnit. Tätä on suunniteltu myös suomalaisissa hoi- topalveluyrityksissä, mutta kustannukset ovat korkeat ja se edellyttäisi merkittä- vää volyymia.

Hoivapalveluiden osalta palveluiden tarjoaminen ulkomailla, ennen kaikkea Ruotsissa ja Luoteis-Venäjällä on todennäköisesti potentiaalisin tapa menestyä palveluiden viennissä. Hoivapalveluiden asiakkaita on hankala saada siirtymään Suomeen, jolloin palveluiden vieminen heidän omaan ympäristöönsä on parempi ratkaisu.

Ulkomaille siirryttäessä suomalaisten yritysten kilpailuedun löytäminen suhteessa paikallisiin palveluntuottajiin on erittäin merkittävää. Ruotsissa kilpailu on kovaa ja markkinat ovat paremmin kehittyneet kuin Suomessa, mutta suomenkielisten palveluiden tarve parantaa suomalaisten yritysten mahdollisuutta kilpailla markkinoilla. Luoteis-Venäjällä julkisen sektorin maksukyky on vielä tällä hetkellä melko alhainen, mutta laadukkaiden ja luotettavien yksityisten palveluiden kysynnän oletetaan nousevan merkittävästi lähivuosina. Venäjällä toimimista vaikeuttaa haasteellinen liiketoimintaympäristö.

3.1.4 Lääketieteellinen tutkimus

Suomessa tehdään kansainvälisesti merkittävää lääketieteellistä tutkimusta, jonka tuloksia kannattaisi markkinoida ulkomaalaisille eri tavoin. Kansainvälisesti merkittäviä lääketieteellisen tutkimuksen uranuurtajia ovat mm. Irma Thesleff, Outi Hovatta ja Seppo Ylä-Herttua. Kantasolututkimusta ja kudosteknologiaa tehdään systemaattisesti Regeassa Tampereella, jossa mm. kasvatettiin potilaalle yläleuka omista soluista vuonna 2008¹⁵.

Levinneen syövän kirurginen hoito ja sädehoito vaurioittavat usein imusuonistoa. Suomalaisen tutkijaryhmän mukaan vaurioitunut imusuonisto voidaan palauttaa toimintakuntoiseksi kasvutekijähoidon avulla. Kliinisesti on myös merkittävää, että siirretyt imusolmukkeet pystyvät sieppaamaan imuteitse leviäviä syöpäsoluja ja immuunijärjestelmän toiminta normalistuu. Tutkimustulokset lupaavat myös monia muita kliinisiä sovelluksia: imusolmukkeen siirrosta voi olla hyötyä esimerkiksi kroonisten infektioiden hoidossa ja syövän liitännäishoitona (Tammela ym., 2007). Kasvutekijähoidon sovellutukset on jo otettu kaupalliseen käyttöön yksityisessä onkologisessa klinikassa Docratesissa, joka on jo vuodesta 2007 antanut onkolyttistä virushoitoa syöpäpotilaille¹⁶. Docrates-klinikka on panostanut muutenkin toimintansa kansainvälistymiseen mm. solmimalla yhteistyösopimuksen Itä-Talinnan keskussairaalan kanssa. Sairaalan potilailla on mahdollisuus päästä sädehoitoon ja suomalaiset asiantuntijat osallistuvat tiiviisti potilaiden hoitoon¹⁷.

Perustutkimuksen lisäksi Suomessa on vahvaa kliinisesti sovellettavaa lääketieteellis-teknologista osaamista. Kansainvälisesti merkittävä kliininen sovellus on boorineutronikaappaushoito (BNCT). Se soveltuu vaikeiden aivokasvainten hoitoon ympäröivää kudosta vahingoittamatta. Kliiniset kokeet aloitettiin vuonna 1999

15 <http://www.uta.fi/ajankohtaista/yliopistouutiset/0208/0102b.html>

16 <http://docrates.com/>

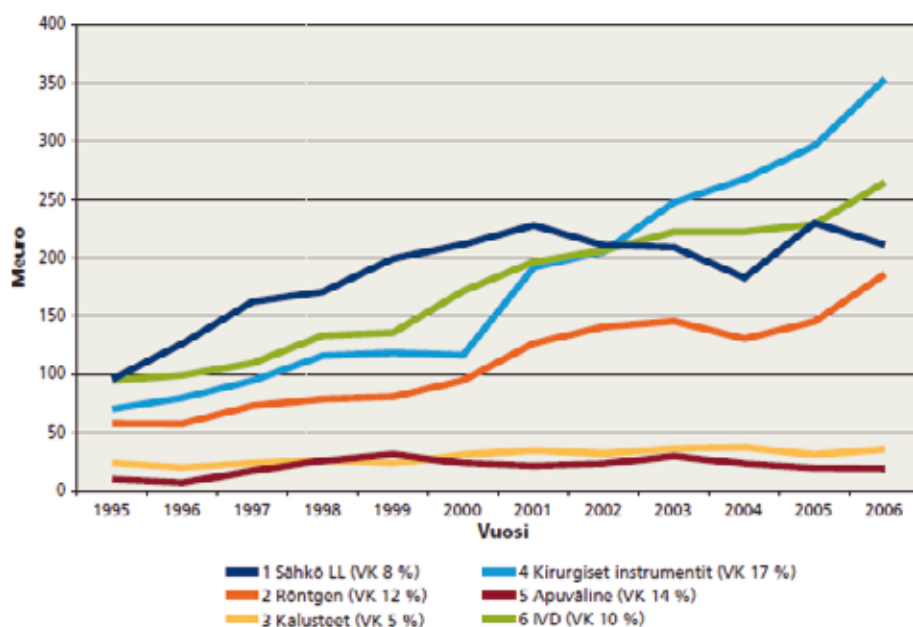
17 <http://www.docrates.com/medialle/docrates-klinikka-vie-suomalaista-syovanhoidon-osaamista-tallinnaan/217/>

Boneca-yhtiön toimesta ja tutkimukset ovat laajentuneet pään ja kaulan alueen syöpiin¹⁸. Kilpailevaa osaamista on kuitenkin Euroopassa esimerkiksi Itävallassa.

3.1.5 Terveysteknologian vienti ja siihen liittyvät palvelut

Toisin kuin hoito- ja hoivapalveluita terveysteknologiaa viedään Suomesta paljon, ja koko teollisuudenala on vientivetoinen. Vuonna 2006 Suomen terveysteknologian viennin suuruus oli 1071 miljoonaa euroa (FIHTA 2007). Terveysteknologian vienti jaoteltuna tuoteryhmiin on esitetty kuvassa 6.

Kuva 6. Lääkintätekniiikan tuotteiden vienti tuoteryhmittäin 2006 (FIHTA 2007)



Kuvantamismenetelmiä tutkitaan ja kehitetään Suomessa ahkerasti. Docrates-klinikan kanssa samoissa tiloissa toimii MAP teknologinen tutkimuskeskus, joka tekee syövän kuvantamismenetelmien kehitystyötä (positroniemissiotomografia-tietokonetomografia eli PET-TT ja yksifotoniemissiotomografia-tietokonetomografia eli SPECT-TT). Aivotutkimusta ja toiminnallista kuvantamista puolestaan tehdään Suomen Akatemian Systemisen neurotieteen ja aivokuvantamisen huippuyksikössä, johon kuuluvat Aalto-yliopiston kylmälaboratorion aivotutkimusyksikkö ja Advanced Magnetic Imaging -keskus sekä Helsingin yliopiston biolääketieteen laitoksen

18 <http://www.boneca.fi/default.asp?id=1181>

neurotieteen tutkimusyksikkö¹⁹. Näihin tuotteisiin ei kuitenkaan vielä liity kliinisiä palveluita.

Vaikka moniin terveysteknologia tuotteisiin ei vielä liitykään palvelua, hoito- ja hoivapalveluita tukemaan tarvitaan tulevaisuudessa kuitenkin entistä useammin teknologisia ratkaisuja. VTT:n mukaan²⁰ tulevaisuudessa monet uudet palvelut ovat

- Ennalta ehkäiseviä.
- Ennustavia – tarjoavat välineitä ja menetelmiä sairauksien varhaiseen diagnostiikkaan.
- Osallistavia – mahdollistavat kansalaisten ja potilaiden osallistuminen oman terveytensä ja sairautensa hallintaan.
- Henkilökohtaisia – sovitettuja yksilöllisiin tarpeisiin.

Yksi lääketieteellisen teknologian merkittävä osa ovatkin ns. eHealth-sovellutukset, jotka ovat tyypillisesti tällaisia palveluita tukevia tai mahdollistavia teknologisia sovelluksia. eHealth-sovelluksiin sisältyvät mm. sairaus- ja hoitojärjestelmien kertomukset sähköisessä muodossaan sekä kehittyneet ohjelmistot potilaiden oma-toimiseen ja vuorovaikutteiseen seurantaan. Alan suuret kotimaiset yritykset ovat suuntaamassa Suomessa luotuja konsepteja myös ulkomaille vientitarkoituksella. Kansainvälisen mielenkiinnon kohteena ovat omahoitoalustat, joita on koekäytössä mm. Kaakkurin terveysasemalla Oulussa²¹. Kuopiolainen Mega Elekroniikka Oy valmistaa lääketieteellisiä mittalaitteita, antureita ja ohjelmistoja ja toimittaa niitä maailmanlaajuisesti. Yhtiöllä on jakelijoita yli 30 maassa. Yhtiön uusi tuote on koti-hoitopalveluiden hallintajärjestelmä KOTO, joka sisältää hoidon kokonaishallinnan, raportoinnin, automaattisen riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden seurannan langattomilla mittalaitteilla ja paikasta riippumattoman tiedonvälityksen lääkäreiden ja terveydenhoidon muiden ammattilaisten kanssa. KOTO on käytössä Suomen lisäksi Japanissa ja Australiassa²². Teknologia voidaan siis yhdistää hoitopalveluiden lisäksi myös hoivapalveluihin. Hoivapalveluiden osalta teknologian ja palveluiden yhdistäminen esimerkiksi asiakkaiden terveydentilan monitoroinnissa, sekä palveluntuottajan ja asiakkaan välisessä kommunikoinnissa voisi tuoda suomalaisille kilpailuedun.

Suomessa on paljon muitakin terveysteknologia-alan vientiyrityksiä kuin edellä mainitut. Tosin monella näistä on ulkomainen omistaja, kuten GE Healthcare. Yrityksiä on sekä hyvinvoinnin ja terveyden rajapinnalla (Suunto, Polar, First Beat), diagnostiikkalaitteiden valmistuksessa että ohjelmistojen tuotannossa.

19 http://www.aka.fi/fi/A/Tiedeyhteiskunnassa/Huippuyksikot_/2006-2011/Systeemisen-neurotieteen-ja-aivokuvantamisen-huippuyksikko/

20 http://www.vtt.fi/research/area/ict_for_health_and_well_being.jsp

21 www.prowellness.com, www.oulunomahoito.fi

22 <http://www.canelco.fi/sitenews/view/-/nid/36/ngid/1> ja <http://www.megaemg.com/index.jsp?pid=182>

3.2 Viennin edistäminen ja koordinoiminen

Erityisesti Helsingin ulkopuolella haastatteluissa esitettiin toive kansallisen tason koordinaattorista, joka tuntisi osaamisalueet ja kapasiteetin muuallakin kuin pääkaupunkiseudulla. Samoin toivottiin käytännön tason koordinaattoritoimintaa, joka pystyisi valvomaan myös "välittäjäorganisaatioiden" toimintaa esim. Venäjällä. HUS ei tällaista välttämättä tarvitse, koska siellä kokenut erikoislääkäri ottaa potilaspyynnöt vastaan eikä ns. "haavina" toimivaa välittäjäorganisaatiota ole tarvinnut asettaa markkinointitarkoituksiin Venäjälle, kuten esim. TAYS Sydänkeskus on tehnyt.

Omien toimintatapojen on siis muututtava joustavammiksi. Asiantuntijoiden tulee olla valmiita lisätöihin ja kohtaamaan kulttuuritaustoiltaan erilaisia potilaita. Tampere on esimerkiksi ratkaissut asian palkkaamalla venäläisen lääkärin Petroskoin seudulta, joka toimii potilaiden ensimmäisenä vastaanottajana ja kotiuttajana. Vastaavia toimintamalleja nähdään jo laajalti Euroopassa (liaison officer). Moniresistentit bakteerikannat (esimerkiksi MRSA) on oma huomattava ongelmansa. Tampereella asia on ratkaistu kohtelemalla kaikkia ulkomailta tulevia potilaita kuin MRSA:n kantajia (mm. potilaat sijoitetaan yhden hengen huoneisiin, käsien desinfiointia korostetaan). Ongelmia ei olekaan ollut. Yhdenvertaisuusperiaate ei Tampereella vaarannu, sillä jonoja ei ole sydäntutkimuksiin eikä -hoitoihin. Yhdenvertaisuusperiaatetta tulee kuitenkin valvoa tarkasti kaikissa merkittävää vientiä harjoitavissa julkisissa organisaatioissa.

Muutama pieni operaattori mainostaa suomalaista terveydenhuollon osaamista puhtaudella ja ammattimaisuudella verkkosivustoillaan. Markkinointi onkin keskeisessä asemassa viennin edistämisessä.

"Suurimmat kehittämistarpeet liittyvät ehkä markkinointiin. Tietoisuutta tällaisen palvelujen olemassa olostä pitäisi pystyä tehokkaasti levittämään ja samalla hakemaan erityisesti tiettyissä palveluissa paikallisia agentteja, jotka voivat tehdä tarvittavat alkuselvitykset silloin, kun niitä tarvitaan ja ohjata potilaat sitten Suomeen palveluntuottajalle. Sähköistä markkinointia ja erityisesti sähköistä asiointia tulisi kehittää erittäin vahvasti. Sosiaalisen median kautta tieto leviää nopeasti ja jos siellä palveluntuottaja esim. terveyspalveluissa pääsee suuren kuluttajajoukon sähköisten palvelujen sisäkehälle, on menestys taattu. Tässä vaiheessa kaikki taustat – mm. toiminnan laatu, vaikuttavuus ja kustannukset – täytyy tietysti ehdottomasti olla kunnossa. Kun palvelu löytyy netistä, on oltava valmiina sähköinen polku näiden palvelujen käyttöön ja luokse. Se tarkoittaa silloin nykyistä huomattavasti kehittyneempiä sähköisen asiainnin muotoja eri kielillä."

Muualla kuin Helsingissä usean toimijan yhteistyötä pidettiin hyvänä. Usein oli jo keskusteltukin sellaisen organisaation kanssa, joka voisi toimia usean yrityksen yhteisenä vientiorganisaationa. Esimerkiksi Tampereen seudulla Finnmedi on yhdessä Finpron kanssa tehnyt ansiokkaan selvityksen Venäjän terveysturismin

vientimarkkinoista ja mahdollisuuksista. Käytännössä viennin välittäjäorganisaation rakenne ei ole kuitenkaan vielä selvillä.

Kaikkien haastateltavien mukaan puuttuu ”syöttävä kanava” tai ”haavi”, markkinointi ei toimi toivotulla tavalla. ”Haavilla” oltava kuitenkin julkisen puolen tuki. Yksityiset toimijat toivoivat keskinäistä klusterointia ja mahdollisesti yhteistä verkkoportaalia.

Ainakin sairaanhoitopiiritasolla halukkuutta vientiin on. Erään sairaalan kehittämisjohtajan haastattelussa tuli esiin seuraava näkemys: *”Mahdollisuus viedä hoiva- ja hoitopalveluja erityisesti niin, että potilaat tulevat Suomeen tutkimuksiin ja hoitoihin, tulisi nähdä hienona mahdollisuutena resurssien lisäämiseen. Julkisella puolella tämä resurssilisäys koituisi väistämättä sen alueen väestön hyväksi, josta julkinen palveluntuottaja vastaa.”*

Julkisten tuottajien pääasiallinen huoli on nykyisin kuitenkin toinen totutut rajat ylittävä terveydenhuolto-ongelma. Uusi terveydenhuoltolaki tarjonnee potilaille vapauden valita oma hoitopaikkansa ja hoitohenkilöstönsä lähitulevaisuudessa. Yliopistotason sairaalat varautuvatkin omien palveluittensa kysynnän lisääntymiseen ja jalkautumiseen perusterveydenhuollon pariin. Samaan aikaan mietitään toimintamalleja, joilla hinnoittelu saadaan kohdalleen ja henkilöstö sitoutumaan lisätöiden tekemiseen. Tämä vaatii hallintolääkäreiden mielestä osakeyhtiöittämistä. Toteutuessaan osakeyhtiöittäminen voisi tukea vientiä, sillä julkiset yksiköt olisivat sen jälkeen todennäköisesti avoimempia järjestelmän ulkopuolelta tuleville potilaille.

Esimerkiksi laiteinvestoinnit koetaan helpommiksi, mikäli kapasiteettia saadaan myydyksi ulkopuoliselle maksavalle asiakkaalle. Samalla saataisiin käyttöön myös nyt tyhjiillään olevia tiloja ja laitteita.

Kuten jo ensimmäisessä luvussa mainittiin, yhdeksi vientiä estäväksi tekijäksi on todettu Euroopassa luottamuspulla ulkomaalaiseen terveydenhuoltoon ja ulkomaalaisiin lääkäreihin. Tiedon lisääminen lääkäreiden keskuudessa ja mahdollisesti kansainväliset lääkärivaihdot voisivat lieventää epäluuloja ja luottamuspullaa. Suomeen voitaisiin luoda järjestelmä, jonka avulla suomalaiset terveydenhuollon ammattilaiset voisivat työskennellä jonkin ajan ulkomailla markkinoiden samalla omaa osaamistaan ja suomalaisen terveydenhuollon osaamista yleisemminkin. Vastaavasti voitaisiin myös ottaa vastaan vierailijoita sopivista paikoista.

3.3 Julkisten ja yksityisten toimijoiden yhteistyö

Julkisen toimijan ongelmana on se, että yksityissektorin palvelut ja toiminta ovat varsin kirjavia. Julkinen puoli on pääsääntöisesti joutunut hoitamaan potilaat, joiden tehohoitoa edellyttäviä hoitokomplikaatioita ei ole kyetty hoitamaan yksityissektorilla. Keskinäisen yhteistyön tulisikin perustua luottamukseen ja läpinäkyvään laatuun. Käytännössä kukaan ei kuitenkaan valvo yksityissektorin toimintaa. Yksityispuolta tulisi kannustaa perustamaan osaamiskeskuksia, joissa osaajat

urheiluklinikoiden tapaan ovat päätoimisia ja usein ammattinsa parhaimmista. Ongelma on tietysti se, että tuolloin näiden osaajien työpanos puuttuisi julkiselta puolelta.

Toisaalta yksityisen sektorin toimijoissa herättää närää julkisen sektorin toimijoiden keinotekoisesta matalasta pidetty kustannustaso. Tämä johtuu useasta osatekijästä: Julkinen toimija saa alv-palautuksia, se on vapautettu kiinteistöveroista, se saa ostaa lääkkeitä tukkuhinnalla, eikä se kohtaa pääomantuottovaadetta omistajiltaan. Julkinen sektori ei joudu myöskään markkinoimaan palveluitaan eikä kantamaan konkurssin riskiä. Kilpailuasetelma ei siten ole tasa-arvoinen. Jotkut yksityiset toimijat olivatkin sitä mieltä, että julkiset organisaatiot eivät saisi osallistua kilpailuun ja palveluiden vientiin ennen kuin ne ehdot ovat kaikille yhtäläiset.

Julkisten ja yksityisten toimijoiden välinen yhteistyö vaatii siis molemminpuolista luottamusta ja ymmärrystä sekä reilut pelisäännöt. Yksi yhteistyön muoto voisi olla kehittää julkisen sairaanhoidon rinnalle kuntoutus- ja jatkohoitokonsepteja. Näiden toimintaa rajoittaa kuitenkin henkilöstön niukka saatavuus jo kotimaan tarpeisiin.

Lupaavaa teknologiaa kuntoutuksen apuna on kehitetty Suomessa (Nexstim Oy). Teknologia voisikin toimia yhdistävänä tekijänä terveydenhuollon eri toimijoiden välillä; laitteeseen liittyvä palvelu voitaisiin esimerkiksi tarjota neurologisesta yksiköstä perusterveydenhuoltoon auttamaan kuntoutukseen sopivien potilaiden tunnistamisessa. Erikoissairaanhoidon ja muiden terveydenhuollon toimijoiden välillä on eri toimintakulttuureihin perustuva rajapinta muissakin maissa kuin Suomessa. Perusterveydenhuollon, hoivatoiminnan ja kuntoutuksen henkilökuntapula on krooninen monissa kehittyneissä maissa. Teknologia, joka auttaa ylittämään nämä rajapinnat, voi liittyä esimerkiksi kroonisten sairauksien hoitomalleihin tai aivoinfarktien liuotushoitoihin (TeleSTROKE). Eurooppalaiset hoitopalveluiden vienti-integraattorit tarjoavat jo nykyisin vastaavia ratkaisuja esimerkiksi telelääketieteeseen ja -radiologiaan.

3.4 Viennin reunaehdot

Vastuukysymyksiä ei koettu haastatteluissa ongelmana, koska sopimuksissa on jo etukäteen huomioitu suurimmat vaaratilanteet. Haastatteluissa ei ole kuitenkaan kysytty erikseen, onko olemassa jonkinlainen ”consent” amerikkalaiseen tapaan, joka potilaan tulisi allekirjoittaa. Hinnoittelussa ja laskutuksessa pitäisi huomioida myös mahdollisten komplikaatioiden kustannukset. Komplikaatioiden varalta pitää myös selvittää, kenellä on vastuu, ja kuka korvaa.

Myöskään omaa laatua ei pidetty missään ongelmana, sillä asia koskee tällä hetkellä suhteellisen kapeata määrää erikoisaloja: kardiologia, synnytykset, hedelmöityshoidot, muutamat kirurgiset yksiköt. Laadunvarmistamiseen riittää toistaiseksi oma organisaatio ja palautejärjestelmä. Yksikön esimies ohjaa potilaan jollekin tietylle asiantuntijalle, jonka tuottaman laadun hän tuntee. Potilaita hoitavat siis koke-

neet erikoislääkärit joiden hoitotuloksia pidetään hyvinä. Mikäli toiminta laajenisi merkittävästi, tämä tilanne voisi muuttua.

Tietojärjestelmät ja tietosuojat nousevat yleensä esiin ongelmina näissä keskusteluissa. Elektiivisissä eli ennalta suunnitelluissa toimenpiteissä tämä ei kuitenkaan ole merkittävä pulma, koska potilaiden tiedot saadaan useimmiten riittävän tarkasti. Päivystystilanteissa asia on hankalampi.

Eettisesti tilanne ei lääkäreiden tai muiden toimijoiden mielestä synnytä ongelmia, kunhan vain suomalaisten hoitoon pääsy varmistetaan. Kotimaan kasvava palveluntarve ja työvoimapula seuraavan 10 vuoden aikana voivat tuoda lisähaasteita. Aikaisemmin tilanne oli päinvastainen, kun kapasiteettia koettiin olevan Suomen hajanaisen väestörakenteen vuoksi jopa liikaa. Kapasiteettia oli myös saatettu taroituksella kasvattaa toimijoiden vaikutusvallan kasvettua liian suureksi.

3.5 Tiivistelmä viennin kehittämisestä

- Mahdollisuuksia vientiin on mm. seuraavilla aloilla:
 - Suomessa on kansainvälisesti korkeatasoista lääketieteellistä tutkimusta, jonka tuloksia voitaisiin mahdollisesti hyödyntää kaupallisesti niin kotimaassa kuin ulkomaillakin.
 - Suomesta viedään jo nyt paljon terveysteknologiaa. Jatkossa tuotteiden ympärille voitaisiin liittää enemmän palveluita.
 - Suurivolyymisissa peruspalveluissa Suomen on haasteellista kilpailla maantieteellisen sijaintimme ja suhteellisen korkean hintatason takia.
- Hoivapalveluiden vienti on huomattavasti hankalampaa kuin esimerkiksi toimenpiteiden vienti, sillä hoivapalvelut ovat luonteeltaan pitkäaikaisia
 - Palvelujärjestelmän vienti yhdistettynä palvelua tukevaan teknologiaan lisensointi- tai franchising-periaatteella voisi onnistua.
 - Hoiva- ja hyvinvointipalveluiden tarjoajat voisivat tehdä yhteistyötä hoitopalveluiden tuottajien kanssa, esim. tarjota jatkohoitoa ja kuntoutusta
- Viennin potentiaali riippuu hyvin paljon yksittäisistä organisaatioista, niiden kapasiteetista ja kansainvälistymishalukkuudesta.
 - Jo muutaman kymmenen potilaan vuosivolyymi olisi Suomen olosuhteissa merkittävä, jonka yksittäinen toimija voi saavuttaa hyvän palvelukonseptin ja aktiivisen markkinoinnin avulla.
 - Kotimaisen palvelutarpeen lisääntyminen ja resurssien väheneminen ovat tulevaisuuden haasteita viennille.
- Yksittäisten toimijoiden mahdollisuudet hoitaa markkinointia ja potilaiden liikuvuuteen liittyviä käytännön järjestelyitä ovat hyvin rajalliset. Viennin kehittämiseksi tarvittaisiin esimerkiksi seuraavassa luvussa esiteltävän Stockholm Caren kaltainen käytännön tason operaattori.
 - Markkinoinnin vaikeus ja nykyinen riittämättömyys nousivat esiin useasta haastattelusta.

4 Hoitopalveluiden vienti ruotsissa

Tässä osiossa esitellään Ruotsin hoitopalveluiden vientiä ja vientiin liittyviä organisaatioita. Lyhyen yleisesittelyn lisäksi luvussa esitellään yksityiskohtaisesti Stockholm Care esimerkkinä hoitopalveluiden vientiä koordinoivasta organisaatiosta. Lähteinä toimivat haastattelut sekä Stockholm Caren toimintakertomus vuodelta 2009.

4.1 Ruotsin hoitopalveluiden vienti: linjaukset ja toimijat

Ruotsin sosiaaliministeriö kannustaa ruotsalaisia sairaaloita viemään palveluitaan ulkomaille ja pyrkii edistämään vientiä kaikin mahdollisin keinoin. Varsinaista strategiaa ei ole, mutta ministeriön edustajat kiertävät maailmalla kertomassa Ruotsin tarjoamista palveluista ja luomassa yhteistyöverkostoja. Avauksia on tehty mm. Etelä-Afrikkaan ja Intiaan. Syksyllä on tarkoitus matkustaa Shanghaihin. Vientiä kuitenkin rajoitetaan lailla, joka määrää, että vientiä saa harjoittaa vain, jos hoitojono ei ole liian pitkä. Käytännössä on siis lupa myydä vain ylimääräistä kapasiteettia.

Viennin edistämistä varten Ruotsissa on olemassa valtion (Utrikesdepartementet) ja elinkeinoelämän (Sveriges Almänna Utrikeshandelsförening) yhdessä omistama Exportrådet, joka tarjoaa neuvontaa sekä konsultointipalveluita kansainvälistymiseen ja markkina-analyysien tekoon. Vastaavia palveluita Suomessa tarjoavat Finpro ja ELY-keskukset.

Terveydenhuollon alalla vientiä edistämään on perustettu Swecare jo vuonna 1978. Swecare on Ruotsin valtion ja terveydenhuollon alan yritysten perustama voittoa tavoittelematon säätiö, jonka tehtävänä on edistää yhteistyötä alan toimijoiden kesken ja luoda kontakteja ulkomaille. Swecaren jäsenistössä on sekä pienyrityksiä, kansainvälisiä yrityksiä, julkisia toimijoita (landstinget) että yliopistoja. Jäsenmaksu riippuu organisaation koosta ja luonteesta. Julkisille organisaatioille on oma maksu ja yrityksille omansa. Vastaperustetut yritykset saavat alennusta jäsenmaksusta muutaman vuoden ajan.

Swecaren yhteistyökumppaneina Ruotsissa toimii muita terveydenhuollon alan yhteistyöverkostoja (mm. lääketieteellisen teknologian yritysten Swedish Medtech ja tutkimusta tekevien lääkeyritysten LIF) sekä valtion kansainvälistymistä edistäviä organisaatioita (Exportrådet ja Invest Sweden). Lisäksi Swecare pyrkii luomaan yhteyksiä vastaaviin yhteistyöorganisaatioihin ulkomailla sekä tekee yhteistyötä eri maiden suurlähetystöjen kanssa Ruotsissa. Swecare vastaanottaa sekä delegaatioita ulkomailta että järjestää vienninedistämismatkoja ministereiden ulkomaanmatkojen yhteyteen. Vienninedistämismatkoja on ollut keskimäärin 7–9 vuosittain. Swecaren jäsenet voivat osallistua näille ulkomaanmatkoille tai olla mukana isännöimässä ulkomaalaisia delegaatioita.

Lisäksi Swecare tarjoaa neuvontaa kansainvälistymisestä kiinnostuneille ruotsalaisyri-tyksille. Swecarea vastaavaa toimijaa ei toistaiseksi ole Suomessa.

Ministeriön mukaan Ruotsissa myös suunnitellaan sellaisen organisaation perus-tamista, joka vastaanottaisi ulkomaalaiset potilaat ja neuvoisi heitä. Toistaiseksi poti-laista huolehtiminen on joko palveluntuottajien tai palveluita välittävien organisaa-tioiden vastuulla.

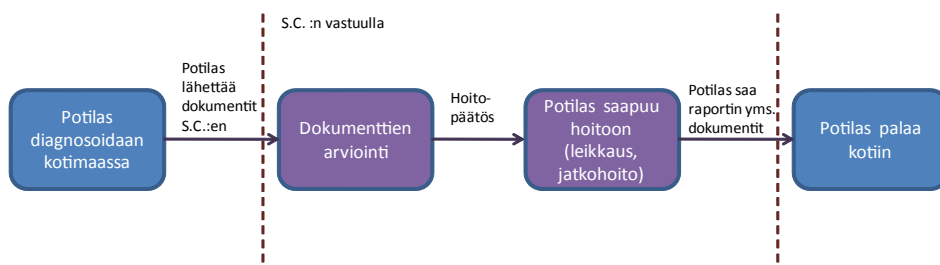
Käytännön toiminnan tasolla vientiä koordinoivat yritykset, jotka välittävät joko yhden tai useamman sairaalan palveluita ulkomaalaisille. Tällaisia ovat esimerkiksi Stockholm Care Tukholmassa, Sahlgrenska International Care Göteborgissa sekä Uppsala Care Uppsalassa. Stockholm Care välittää useiden palveluntarjoajien pal-veluita, vaikka Karolinskalla onkin merkittävä rooli, mutta Sahlgrenska IC ja Upp-sala Care keskittyvät lähinnä yhden sairaalan palveluiden myymiseen. Kaikkien ope-raattorien volyymit liikkuvat sadoissa (Stockholm Care ja Uppsala Care n. 500, Sahl-grenska IC 170). Kysyntää olisi enemmänkin; rajoittavana tekijänä toimii kapasiteetti. Kysyntä kohdistuu erikoistuneisiin hoitoihin, kuten syöpähoitoihin ja -leikkauksiin ja neurokirurgiaan. Potilaat tulevat lähinnä toisista Pohjoismaista ja muualta EU:sta.

4.2 Stockholm Care

Stockholm Care (perustettu 1991) on Tukholman maakäräjien (landstinget) omis-tama yritys, joka koordinoi hoitopalveluiden myymistä ulkomaalaisille asiakkaille. Hoivapalvelut eivät kuulu yrityksen palveluvalikoimaan. Stockholm Care (jatkossa S.C.) toimii rajapintana potilaiden ja palveluntarjoajien välillä. Palveluntarjoajat ovat pääsääntöisesti toimijoita, joilla on jo sopimus Tukholman maakäräjien kanssa. Tämä toimii eräänlaisena takeena laadulle. Karolinska Universitets Sjukhus (jat-kossa KS) tuottaa suurimman osan palveluista, mutta myös muita tuottajia on, esi-merkiksi jatkohoitoa ja kuntoutusta tarjoavia tuottajia.

S.C.:n toimintaprosessi on esitettyä alla kuvassa (Kuva 7).

Kuva 7. Stockholm Caren toiminta



Potilas ottaa yhteyttä S.C.:een kotimaassaan saamansa diagnoosin pohjalta, ja S.C. asioi suoraan potilaan kanssa. Potilaan vastuulla on lähettää kaikki tarpeelliset dokumentit. Kaikki tiedot tulevat paperilla tai kuvina; S.C. ei käsittele elektronisia dokumentteja. Näiden dokumenttien pohjalta lääkärit arvioivat potilaan soveltuvuutta asiakkaaksi. Palvelua ei tarjota, jos

- lääkärit katsovat, että mitään ei ole tehtävissä tai että he eivät pysty auttamaan enempää kuin lääkärit potilaan kotimaassa
- hoitaminen olisi liian riskialtista tai hoidon onnistuminen vastaavasti hyvin epätodennäköistä
- tarvittava kapasiteetti on jo muussa käytössä
- on syytä epäillä, että potilas käyttää sairautta hyväkseen vain saadakseen viisumin Ruotsiin.

Lääkäreitä ei välttämättä edes konsultoida, jos potilaalla jo lausunto jostain toisesta länsimaasta. S.C. saa vuosittain n. 1500 yhteydenottoa ja pyyntöä, mutta vain noin kolmannes, eli 550 hyväksytään hoidettaviksi.

Mikäli hoitopäätös on myönteinen, potilas kutsutaan hoitoon. Ulkomaalaisia potilaita varten ei ole tehty lisäinvestointeja, joten heitä otetaan vastaan vain, jos kapasiteettia riittää. Thellman Beckin mukaan oman osaston rakentaminen ulkomaalaisia potilaita varten ei olisi kannattavaa. Potilaan on joko maksettava hoitonsa etukäteen tai toimitettava maksusitoumus vakuutusyhtiöltä, oli vakuutus sitten yksityinen tai kansallinen. S.C. varaa sairaalapaikan sekä mahdollisen kuntoutuksen ja avustaa viisumin saannissa sekä järjestää tulkkauspalvelun, mutta muuten potilas järjestää matkansa itse. Yleensä potilaat saapuvat yksin. Sairaaloiden yhteydessä on kuitenkin potilashotelleja, joissa omaiset voivat yöpyä. (Esim. synnytyksissä puoliso on usein mukana). Potilas palaa kotimaahansa toivuttuaan leikkauksesta. Potilas vastaa itse mahdollisista komplikaatioista ja lisätoimenpiteistä kotimaassaan; S.C. ei ota vastuuta hoidon lopputuloksesta eikä mahdollisista komplikaatioista jälkikäteen. Kaikki tapaukset kuitenkin käsitellään erillisinä, ja joissain tapauksessa S.C. voi kustantaa potilaalle lisähoitoja, mikäli katsoo sen kohtuulliseksi.

S.C. sai alkunsa KS:n aloitteesta. KS:ään tuli suoraan yksittäisiä ulkomaalaisia, mutta heillä ei ollut olemassa organisaatiota näiden potilaiden prosessoimiseen kuten viisumihakemusten järjestämiseen. Ilman mitään organisaatiota ulkomaalaisten potilaiden maksamat rahat valuvat helposti lääkäreiden taskuihin. Sairaaloista puuttuu usein myös hinnoitteluosaaminen. Tukholman maakäräjät omistaa S.C.:n – se on siten riippumaton palveluntarjoajista, mikä on Thellman Beckin mukaan tärkeää. Ruotsin kaikilla maakäräjillä on lain mukaan oikeus myydä hoitopalveluita ulkomaalaisille, jos maakäräjät itse niin päättävät. Poliitikoille ajatus markkinoida etenkin sillä, että Ruotsissa ei ole tarpeeksi potilaita omasta takaa tiettyjen vaikeiden ja harvinaisten hoitojen ylläpitämiseen. Huippukirurgit saattavat lähteä muualle töihin, jos heille ei riitä Ruotsissa tarpeeksi haastavia leikkauk-

sia. Tämän lisäksi ulkomaalaiset potilaat tuovat rahaa terveydenhuollon toimijoille, mikä miellyttää poliitikoita. Niin kauan kuin S.C. menestyy, kaikki ovat tyytyväisiä.

S.C. ei yritäkään kilpailla hinnalla, vaan tasokkaalla ja uudenaikaisella hoidolla esim. gammaveitsellä, josta potilaat ovat valmiita maksamaan korkean hinnan. Potilaat myös suostuvat jakamaan huoneen ruotsalaisten potilaiden kanssa. Koska kapasiteetti on rajallinen, S.C. ei juurikaan markkinoi itseään. S.C. oli aikaisemmin Swecaren²³ jäsen, mutta ei enää, sillä Swecarella ei Thellman Beckin mukaan ole riittävästi annettavaa S.C:lle. Strategisesta näkökulmasta tämä tarkoittaa sitä, että kansallisella tasolla oleva fasilitaattori ei välttämättä riitä, vaan viime kädessä tarvitaan käytännön asioita ja ongelmia yksilö- ja yksikkötasolla ratkova operaattori.

Stockholm Caren tyyppisiä operaattoreita on Ruotsissa kolme muutakin: Lund, Uppsala ja Göteborg. Baltian-maiden yhteinen Baltic Care ei Thellman Beckin mukaan ole vielä tällä hetkellä vartenotettava kilpailija, koska sikäläiset sairaalat eivät ole houkuttelevia. Itse asiassa Baltiasta tulee paljon potilaita Stockholm Caren kautta Tukholmaan. Sitä vastoin Saksassa on paljon vartenotettavia kilpailijoita, jotka ovat suurempia ja monipuolisempia, ja myös houkuttelevat huomattavasti enemmän ulkomaalaisia potilaita.

Hoitopalveluiden viennissä on monia potentiaalisia esteitä ja ongelmia, jotka on tiedostettava. Ensinnäkin lääkärit potilaan kotimaassa eivät halua menettää potilaitaan, joten he saattavat hankaloittaa yhteistyötä. Osittain siksi S.C. asioikin suoraan potilaan itsensä kanssa. Suurin osa potentiaalisista ongelmista liittyy ihmisten yrityksiin käyttää terveydenhuoltojärjestelmää hyväkseen. He pyrkivät esimerkiksi saamaan viisumin EU alueelle terveydenhuoltopalveluiden varjolla, kun he eivät sitä muuten saisi.

Stockholm Caren palveluntuottajat:

- Karolinska Universitets Sjukhus (KS), jonka brändin ja maineen vuoksi potilaat useimmiten ottavat yhteyttä S.C.:een ja jonka aloitteesta koko toiminta on alkanut. Yhdessä Karolinska Institutetin kanssa KS muodostaa yhden maailman tunnetuimmista opetus- ja tutkimussairaaloista eikä vähiten sen jakaman lääketieteen ja fysiologian Nobel-palkinnon vuoksi. Sairaalalla on useita eri toimintoja ja tiloja ympäri Ruotsin pääkaupunkialuetta, mm. lastensairaaloita sekä Arlandan lentokentän akuuttihoitoyksikkö. KS:llä on erinomaista tehohoito-osaamista, mm ECMO-laite, johon on koulutettu erityishenkilökuntaa.
- St Erik Ögonsjukhuset AB on yksi maailman suurimmista vain silmäsairauksiin keskittyneistä yksiköistä.
- Södersjukhuset AB tarjoaa mm. ensihoitoa ja synnytyksiä, lonkka- ja polvileikkauksia sekä on ainoa käsikirurgisen yksikön omaava sairaala Tukholmassa.
- Danderyd Sjukhus tuottaa erikoissairaanhoidon, erityisesti sisätauteja, kardiologiaa, ortopediaa, kirurgiaa, urologiaa, gynekologiaa ja synnytyksiä. Sen

23 Swecare on säätiö, jonka tehtävänä on markkinoida ruotsalaista terveysalan osaamista ulkomaisille

erikoisuudet ovat yliopistotason kuntoutussairaala, korkeaa osaamista vaativat lonkkaproteesit, lihavuuskirurgia, rytmihäiriöiden hoito ja invasiivinen kardiologia.

Lisäksi S.C.:n palveluntarjoajiin kuuluvat Norrtälje Sjukhus AB ja Södertälje Sjukhus. Osa sairaaloista on osakeyhtiöitä.

Yksityisiä tai säätiöpohjaisia toimijoita ovat

- Akademikliniken on yksi maailman suurimmista yksityisistä esteettiseen kirurgiaan keskittyneistä klinikoista, painoalueinaan tutkimus- ja kehittämistoiminta.
- Aleris on yksityinen terveydenhuoltoyritys, jonka painopiste on diagnostiikassa, mutta se tarjoaa myös vanhustenhoitoa, kuntoutusta ja psykiatrian toimintoja.
- Capio St Görans sjukhus on yksi Ruotsin suurimmista ensihoitoa tarjoavista yksiköistä, Capion osa se on vuodesta 1994. Erityinen ylpeydenaihe sairaalalla on sen laadunhallintajärjestelmä ”Kvalitetsredovisning”.
- Drottning Sofia Sjukhus on yksityinen erikoissairaanhoidon yksikkö (250 eri erikoisalaa), jolla on mm. moderni dialyysiyksikkö.
- Röda Korset Sjukhus on säätiön omistama erityisesti ortopediseen kuntoutukseen erikoistunut sairaala.
- Ersta Sjukhus on osa kristillisen periaattein toimivaa ei-voittoa tavoittelevaa Ersta-diakoniana. Sairaala tarjoaa ympärivuorokautista kiireetöntä hoitoa keskeisellä Tukholman alueella.
- Rehab Station Stockholm on osa Praktikertjänst-nimistä suurta yksityisketjua ja on erikoistunut sekä vammojen että neurologisten sairauksien kuntoutukseen.
- SentoClone on pääomasijoittajien omistama kokeellista syöpähoitoa kehittävä yritys.
- The Stockholm Spine Centre, Ruotsin suurin selkäsairauksiin keskittynyt yksikkö.

Alla olevassa taulukossa on esitettyä Stockholm Caren keskeisiä tunnuslukuja vuosilta 2007–2009:

Taulukko 4. Tunnuslukuja S.C.:n toimintakertomuksesta vuosien 2007–2009 osalta

	2007	2008	2009
Yhteydenottoja	1 231	1 420	1 546
Hoitoon otettuja	N/A	440	525
Liikevaihto (SEK)	89 383 000	86 819 681	92 929 989
Potilaiden välittäminen	N/A	77 109 261	85 118 769
Tobias registeriet	N/A	9 710 420	7 811 220
Tulos verojen ja tilinpäätös-siirtojen jälkeen (SEK)	2 410 000	-776 000	9 178 000
Pääoman tuotto	5,30 %	<0	18,50 %

Kysyntä eli yhteydennotot hoidonarviota varten kasvoivat 8,8 % vuonna 2009 edelliseen vuoteen verrattuna, vuonna 2008 vastaava lukema oli 15 %. Yhteydenotoista

34 % johti hoidon aloitukseen. Hoitoa tarjottiin vuonna 2009 tietoisien strategisten valinnan vuoksi 17 % yksityisklinikoissa, kun aikaisemmin vastaava luku oli 6.7 % (yksityissairaalat / kaikki hoitoa tarjoavat yksiköt). Erityisesti KS:n osuus väheni.

Myös ulkopuoliset tekijät vaikuttivat, sillä ECMO-hoitoa tarvittiin H1N1-pandemian vuoksi ruotsalaisille eikä ylikapasiteettia ollut myytäväksi entiseen tapaan. Samoin Islannin päätös olla ostamatta luuydinsiirtoja laski yliopistoklinikoiden osuutta.

S.C. hallinnoi ja hoitaa myös Tobias registeriä eli luuydinluovuttajien rekisteriä, josta tuotot ovat mainituista. syystä myös vähentyneet. Noin 8 % S.C.:n liikevaihdosta tulee rekisteristä. Vuoden 2009 aikana S.C. on laajentanut toimintaansa Göteborgiin, jossa se alkaa hallinnoida istukkaverinäytepankkia ja sen toiminnan laajentamista useisiin Euroopan maihin. S.C. toimittaa pankille myös tietojärjestelmän ja hoitaa sen talousasiat.

Vuonna 2009 potilaita oli vuonna 525, ja nämä tulivat 75 eri maasta. Potilasmääriltään suurimmat yksittäiset maat ovat Kreikka, Islanti, Norja, Venäjä, Suomi, Viro, Puola ja Ranska. Suurimmat ostajat tulevat Islannista, Kreikasta, Suomesta, Kroatiasta, Irlannista, Norjasta, Omanista, Virolasta, Puolasta ja Kyprokselta.

S.C: työllistää päätoimisesti 9,5 henkilöä, ja sen liikevoitto oli 9,1 mKr vuonna 2009 eli huomattavasti aiemmin oletettua suurempi (ennakoitu 4,1 mKr). Henkilöstömenot ovat liikevaihdosta 8 % eikä omaa tai lainarahaa yhtiöllä juuri ole. Yhtiö ei maksa veroja.

Tulevalle vuodelle S.C.:n näkymissä on ennakoitavissa joitakin ongelmia: luuydinsiirtojen väheneminen aiheuttaa tulomenetyksiä eikä KS:n hoitojen saatavuus ole ongelmatonta, koska edelleenkin myydään vain ylimääräistä kapasiteettia. Samoin maailman taloudellinen tilanne voi aiheuttaa ongelmia: esimerkiksi Kreikka on varsin avokätisesti myöntänyt Euroopassa hoitoon oikeuttavia E112-maksusitoumuksia, ja sen politiikka voi hyvinkin tiukentua. Samoin ruotsalainen Försäkringskassan on vähentänyt osuutta, jonka se maksaa S.C.:lle ulkomaisten potilaiden E112-potilaiden hoidosta. Toiminta on kuitenkin varsin riskitöntä ja potilasvirta muista maista saatavaa voimistua, joihin taloudellinen kiristynyt tilanne ei ole kohdistunut yhtä selvästi kuin Islantiin ja Kreikkaan.

Toimintakertomuksen ja ulkoisten tekijöiden perusteella näyttäisi siltä, että S.C. on aloittanut toimintansa KS:n ja ruotsalaisen erikoissairaanhoidon brändin varassa, mutta on laajentanut osaamisensa ja käytettävissä olevaa kapasiteettiaan yksityisiin palveluntarjoajiin. Luuydinrekisteristä saatu tietotaito käytetään nyt istukkaveren markkinoiden laajentamiseen Eurooppaan yhdessä Sahlgrenskan kanssa. Samoin tietojärjestelmät ovat ilmeisen kehittyneitä yhdessä rekisteriosaimisen kanssa. Mainittakoon, että istukkaverta käytetään kantasoluviljelmissä ja sen tarve kasvaa. Suomessa molempia rekistereitä hallinnoi SPR Veripalvelu.

5 Suositukset toimenpiteiksi hoito- ja hoivapalveluiden viennin edistämiseksi

Selvityksen kolmas vaihe perustuu kahden edellisen vaiheen tuloksiin ja päätelmiin. Ensimmäisessä vaiheessa muodostetun kokonaiskuvan ja toisessa vaiheessa koottujen viennin kehittämisen edellytysten pohjalta laadittiin ensimmäinen versio viennin ja sen kasvun keskeisistä ongelmista. Toisessa vaiheessa toteutettiin haastatelluita ensimmäisen vaiheen nostamien teemojen ympäriltä.

Kolmannen vaiheen tavoitteena on summata ja konkretisoida ensimmäisen ja toisen vaiheen tulokset sekä konkretisoida ongelmat ja kehittämisalueet sekä yleisesti että yrityksille tarjottujen vienninedistämispalveluiden ja -rahoituksen näkökulmasta.

5.1 Viennin esteet/haasteet

Hoito- ja hoivapalveluiden viennin esteet voidaan jakaa kolmeen kategoriaan: 1) palvelujen viennin yleiset esteet, 2) hoito- ja hoivapalveluiden vientiin liittyvät erityiset esteet ja 3) Suomen erikisolosuhteisiin liittyvät hoito- ja hoivapalveluiden viennin esteet.

Palveluiden vienti on pääsääntöisesti vaikeampaa kuin tuotteiden vienti, sillä palveluiden luonteeseen kuuluu, että ne tuotetaan ja kulutetaan yhtä aikaa. Tästä seuraa, että vientitilanteessa joko palvelun tuottajan tai kuluttajan on liikuttava maasta toiseen, ellei sitten ole kyse sähköisestä palvelusta tai palvelusta, jossa kuluttajan ei tarvitse olla läsnä, vaan esimerkiksi näyte tai röntgenkuva siirtyy toiseen maahan.

Hoito- ja hoivapalveluiden viennissä on lisäksi monia erityishaasteita, joista osa johtuu palveluiden luonteesta ja osa terveydenhuoltojärjestelmien eroista. Hoitopalveluille on tyypillistä ketjuttaminen: yhden hoitopisodin aikana potilas tapaa useita lääkäreitä ja hoitohenkilökunnan jäseniä. Ennen kuin voi hakeutua ulkomaille hoitoon terveysongelma on tiedostettava ja useimmiten myös diagnosoitava. Toimenpiteen jälkeen puolestaan saatetaan tarvita kuntoutusta ja jälkiseurantaa. Hoitopolun jakaminen kahden eri maan terveydenhuoltojärjestelmiin ei ole helppoa. Kotimaassa useinkaan ei haluta lähettää potilaita ulkomaille, sillä potilaat halutaan pitää itsellä ja työllistää oman maan lääkäreitä. Lisäksi lääkärit ja usein potilaatkin suhtautuvat epäluuloisesti muiden maiden järjestelmiin ja lääkäreihin, koska eivät tunne järjestelmiä tai lääkäreiden ammattitaitoa. Kotimaahan palaavan potilaan voi puolestaan olla vaikea päästä jatkohoitoon tai kuntoutukseen, koska hän tulee oman maan hoitoketjun ulkopuolelta.

Toinen piirre, joka erottaa hoito- ja hoivapalvelut muista palveluista on se, että potilaat eivät maksa hoidostaan yleensä kuin murto-osan. Oman taloudellisen riskinsä pienentämiseksi ulkomaisen palveluntarjoajan on saatava vahvistus maksajalta ennen kuin voi ottaa potilaan hoidettavakseen. Aina vakuutusyhtiöt eivät edes suostu maksamaan potilaiden hoitoa ulkomailla. Mikäli potilas maksaisi palvelunsa itse, vaatisi korvauksen saaminen vähemmän neuvotteluita ja byrokratiaa.

Hoitopalveluiden kohdalla on myös oltava selvillä vastuukysymyksistä. Toimenpiteen aikana tai sen jälkeen voi tapahtua jotain odottamatonta, jolloin on oltava etukäteen selvillä, kuka korvaa komplikaatioiden kustannukset.

Potilastietojen saaminen potilaan kotimaasta on edellytys hoidon antamiselle. Tietojen saaminen riippuu potilaan kotimaan lainsäädännöstä, joten siihen on Suomesta käsin vaikea vaikuttaa. EU:n alueella lainsäädännöllisiä esteitä ei kuitenkaan ole. Esteeksi voi myös muodostua omalääkärin haluttomuus luovuttaa potilaan tietoja. Stockholm Care on ratkaissut ongelman edellyttämällä, että potilas on itse vastuussa tietojen toimittamisesta, mikäli haluaa tulla Ruotsiin hoitoon.

Kolmas piirre, mikä erottaa hoitopalvelut monista muista palveluista on palvelun laadun ja erityisesti palvelun vaikuttavuuden mittaamisen vaikeus. Koska toimenpiteiden vaikuttavuutta eli niiden tosiasiallista arvoa on vaikea mitata, käsitykset perustuvat laatua heijastaviin likimuuttujiin (esim. sairaalainfektioiden tai uusintaleikkausten määriin) tai pelkästään mielikuviin ja erilaisiin aistihavaintoihin. Oma-kohtaiset tai tuttavien kokemukset saavat usein suhteettoman suuren painoarvon tällaisissa mielikuvissa. Laadun mittaamisen vaikeuden lisäksi lääkärin ja potilaan välillä vallitseva informaatioepäsymmetria tekee ulkomaiseen lääkäriin luottamisen vieläkin vaikeammaksi. Laadun mittaamisen vaikeudesta seuraa myös markkinoinnin vaikeus, etenkin kun Suomi ei voi kilpailla alhaisella hintatasolla. Markkinointia voi vaikeuttaa myös ulkomaisten välittäjien toiminta, joka niin ikään edellyttää luottamusta. Markkinointiin pitää panostaa, mihin yksittäisillä ammatinharjoittajalääkäreillä ei ole aikaa eikä resursseja.

Jos hoitopalvelun vienti edellyttää potilaan matkustamista ulkomaille, itse matkustamisen vaikeus voi nousta yhdeksi esteeksi. Matkan järjestämislogistiikan ja matkustamisen on oltava helppoa.

Yksi hoitopalveluiden vientiin liittyvä haaste on potilaiden pyrkimys hyväksikäyttää terveydenhuoltojärjestelmää, mikä kävi ilmi Stockholm Care tapaustutkimuksen yhteydessä. Ihmiset pyrkivät saamaan viisumin EU-alueelle terveydenhuoltopalveluiden varjolla, kun he eivät sitä muuten saisi. Päästyään perille he ilmoittautuvatkin turvapaikanhakijoiksi, ja turvapaikan saatuaan eivät joudukaan maksamaan hoidoista mitään. Myös EU:n sisällä liikkuvat potilaat ovat aiheuttaneet ongelmia mm. kieltäytymällä poistumasta sairaalasta ja palaamasta kotimaahansa. Potilaiden valinnassa on siis oltava tarkkana.

Yleisten esteiden lisäksi on olemassa vielä suomalaisesta järjestelmästä, markkinoista ja väestörakenteesta johtuvia esteitä. Monissa haastatteluissa kävi ilmi, että monilla palveluntuottajilla on potilaita riittämiin. Näin ei ole tarvetta houkutelaa

erityisjärjestelyjä edellyttäviä ulkomaalaisia potilaita. Julkisella puolella kiinnostusta palveluiden viettiin on sairaanhoitopiirin tasolla. Operatiivinen taso suhtautuu ajatukseen kielteisesti, sillä viennin uskotaan johtavan lisätöihin. Vientiyritykset voivatkin kaatua ammattijärjestöjen vastustukseen. Lisäksi julkisella puolella on huolena hoitotakuun toteutuminen omien potilaiden hoidossa sekä uuden terveydenhuoltolain mahdollisesti kasvattama kysyntä yliopistollisten keskussairaaloiden palveluille.

Hinnoittelu on myös yksi viennin este. Palveluntuottajien pitäisi sekä olla perillä tuotannon kustannuksista että saada hinnoitella toimenpiteet haluamallaan tavalla. Ulkomaalaisilta potilailta pitäisi voida saada veloittaa korkeampi hinta, sillä he aiheuttavat lisävaivaa ja lisäävät liiketoiminnan riskejä.

Kaiken tämän lisäksi on vielä huomioitava, että Suomi on pieni ja perifeerinen maa. Maan terveydenhuollon kapasiteetti on rajallinen, ja kotimaisen kysynnän ennustetaan kasvavan voimakkaasti väestön vanhetessa. Suomessa on myös melko vähän riskisijoittajia. Suomi on kaukana, eikä ole samalla tavalla houkutteleva matkustuskohde kuin esimerkiksi Thaimaa. Vaikka Suomella on hyvä kansainvälinen maine, ei maalla ole vastaavaa nimeä terveydenhuollossa kuin esimerkiksi Karolinska Sjukhusetilla on.

5.2 Nykyiset vienninedistämispalvelut

Vienninedistämispalveluita on Suomessa tarjolla jonkin verran. Haastatteluissa nousi esiin tarve saada enemmän tukea. Tukea tarvitaan nimenomaan kohdemarkkinoiden ymmärtämiseen ja palveluiden markkinointiin.

Kansainvälistymisessä suomalaisia yrityksiä tukevat Finpro sekä ELY-keskukset. Lisäksi suomalainen yritys voi osallistua Finpron ja ELY-keskusten yhteiseen kansainvälistymisprojektiin (Go Global).

Finpro voi järjestää yrityksille yritysvaltuuskuntavierailuja potentiaalisille kohdemarkkinoille. Valtuuskunnat kootaan ministerien ja presidentin ulkomaanmatkojen yhteyteen. Finpron asiantuntijoilta saa myös suoraan apua ja valmennusta viennin aloittamiseen niin strategian, markkinoinnin kuin rahoituksen hankkimisenkin osalta. Finpro pitää yllä myös niin kutsuttuja vientirenkaita. Vientirenkaat ovat muutaman yrityksen yhteisprojekti, jonka tarkoituksena on auttaa uusien myynti- ja markkinointikanavien löytämisessä. Ajatuksena on, että yritysten osaaminen ja tarjoama täydentäisivät toisiaan. Toiminnassa pyritään siihen, että yrityksillä olisi 2–3 toimintavuoden jälkeen mahdollisuus itsenäiseen, pysyvään toimintaan kohdealueella. Finpro tarjoaa vientirenkaan käyttöön vientiasiantuntijan ja hakee sille työ- ja elinkeinoministeriön kansainvälistymisavustuksen.

ELY-keskukset tarjoavat palveluita ja rahoitusta yritysten kansainvälistymiseen samaan tapaan kuin Finpro, ja ne tekevätkin yhteistyötä Finpron kanssa. ELY-keskusten Globaali-kansainvälistymisohjelmassa arvioidaan yrityksen kansainvälinen toimintavalmius ja laaditaan kehittämisohjelma. ELY-keskukset tarjoavat

vientineuvontaa, viennin rahoitusneuvontaa, apua yhteistyöverkoston luomiseen, kansainvälistymissuunnitelman tekemiseen ja kansainvälistymisvalmiuksien kehittämiseen. Yritykset voivat saada myös yksityisten, johonkin kansainvälistymisen osa-alueeseen, tiettyyn toimialaan tai markkina-alueeseen erikoistuneiden kansainvälistymisen asiantuntijoiden palveluita. ELY-keskuksilta voi myös hakea rahoitusta vientihankkeisiin (ks. seuraava kappale 5.3).

5.3 Rahoitus

Rahoitusta on saatavissa monestakin lähteestä. Suurin osa rahoituksesta on suunnattu pienille ja keskisuurille yrityksille. Rahoitusmuotoja ovat suorat tuet, lainat ja pääomasijoitukset.

Tekes rahoittaa tutkimus-, kehitys- ja innovaatiotoimintaa. Kaiken kokoiset yritykset voivat saada rahoitusta haasteellisiin tutkimus- ja kehitysprojekteihin, mutta pienet ja keskisuuret yritykset saavat suhteellisesti enemmän.

Uudistumishaluisille suuryrityksille Tekes tarjoaa rahoitusta ja asiantuntemusta haastaviin ja pitkäjänteisiin tutkimus- ja kehittämisprojekteihin, jotka luovat pohjaa liiketoiminnan uudistumiselle. Tekes kannustaa yhteistyöhön pk-yritysten ja tutkimusorganisaatioiden kanssa. Rahoitusta ei voida myöntää tavanomaiseen liiketoimintaan ja sen jatkuvaan kehittämiseen.

Kasvu- ja kansainvälistymishaluisille pienille ja keskisuurille yrityksille, joilla on mahdollisuuksia laajentaa markkinoita sekä riittävästi resursseja ja osaamista, Tekes tarjoaa rahoitusta ja asiantuntemusta haastaviin ja uutuusarvoa sisältäviin kehittämisprojekteihin, joista voi syntyä merkittävää kansainvälistä liiketoimintaa. Tekes tarjoaa rahoitusta nuorille innovatiivisille yrityksille liiketoiminnan kokonaisvaltaiseen kehittämiseen. Rahoituksen tavoitteena on nopeuttaa olennaisesti lupavimpien yritysten kasvua ja kansainvälistymistä. Rahoituksen piiriin voivat hakeutua kooltaan pienet, viisivuotiaat tai sitä nuoremmat Suomeen rekisteröidyt yritykset, joiden toiminta perustuu innovatiiviseen, osaamis- tai teknologialähtöiseen liikeideaan.

Tekes koordinoi monia eurooppalaisia ohjelmia Suomessa ja ylläpitää aktiivisesti kansainvälisiä verkostoja, jotta suomalaiset yritykset voivat luoda kontakteja maailman johtaviin innovaatiokeskittyisiin. Kansainväliset tutkimus- ja kehitysohjelmat täydentävät Tekesin rahoitusvalikoimaa ja niiden avulla yritykset voivat hankkia osaamista, uusia näkökulmia ja arvokkaita kumppaneita.

Kaikkea Tekesin rahoitusta, kuten muutakin julkista rahoitusta, koskee EU:n säännös vähämerkityksestä (de minimis) tuesta. Sen mukaisesti tukea saa myöntää korkeintaan 200 000 € kolmen vuoden aikana (Finpro/Kimmo Aura 2010).

ELY-keskukset tarjoavat neuvonnan lisäksi myös rahoitusta pienille ja keskisuurille yrityksille. Rahoitusta voi saada matkakuluihin, selvitysten teettämiseen, ulkopuolisten asiantuntijoiden palkkaamiseen, yhteistyökumppaneiden etsimiseen ja erilaisiin käännöstöihin. Varsinaiseen myynnin edistämiseen ELY-keskuksilta

kuitenkaan ei voi hakea rahaa²⁴. Go Global -ohjelmakin on eräänlaista tukea, sillä siinä yritys saa käyttöönsä 11 konsulttipäivää erittäin edullisesti (Kimmo Auran haastattelu).

Finnvera on valtion omistama erityisrahoitusyhtiö. Finnvera rahoittaa hyvään liikeideaan perustuvaa, kannattavan liiketoiminnan edellytykset täyttävää yritystoimintaa silloin, kun yrityksen omat voimavarat tai vakuudet eivät riitä rahoituksen hankkimiseen kaupallisilta markkinoilta. Finnvera pyrkii edistämään vientiä antamalla rahoitusta vientihankkeisiin. Rahoitusta voi hakea palvelun kehittämiseen vientikuntoon, ulkomaisen tytäryhtiön perustamiseen, kansainvälistymisen edellyttämiin investointeihin kotimaassa, viennin käyttöpääomaan ja vientisaatavien vakuuttamiseen. Lisäksi Finnvera toimii asiantuntijana ja yhteysorganisaationa ulkoasiainministeriön lähialuehankkeessa, jossa rahoitetaan Venäjälle suuntautuvien yritysten hankeselvityksiä²⁵.

Finnfund on suomalainen kehitysrahoitusyhtiö, joka tarjoaa pitkäaikaista riskirahoitusta kannattaviin hankkeisiin kehitysmaissa ja Venäjällä. Finnfund tekee suoria pääomasijoituksia, myöntää investointilainaa, välirahoitusta ja takauksia²⁶. Lisäksi Finnfundin hallinnoima ja ulkoasiainministeriön rahoittama liikekumppanuusohjelma, Finnpartnership, tarjoaa neuvontapalveluja ja liikekumppanuustukea suomalaisyritysten hankkeisiin kehitysmaissa²⁷. Finnpartnershipin vientituen saamiseksi on perusteltava, mitä hyötyä vientihankkeesta on kohteena olevalle kehitysmaalle (Kimmo Auran haastattelu).

Pohjoismainen Nopef myöntää rahoitusta pienten ja keskisuurten yritysten kansainvälistymishankkeiden esitutkimuksiin. Nopef myöntää korotonta lainaa, jolla voi kattaa enintään 40 % kansainvälistymishankkeen hyväksytyistä esitutkimuskustannuksista. Laina muutetaan yleensä tueksi, kun loppuraportti on hyväksytty siitä riippumatta, toteutuuko kansainvälistyminen vai ei. Lisäehtona on, että hanke suuntautuu EU- ja Efta-maiden ulkopuolelle (pl. Bulgaria ja Romania). Nopef rahoittaa asiantuntijakuluja, riski- ja kannattavuustutkimuksia, hankkeen palkkakuluja, käännöspalveluita ja matkakuluja. Rahoitusta ei kuitenkaan voi hakea markkinointiin tai paikallisen edustajan etsimiseen. Nopefin rahaa ei voi myöskään käyttää tutkimustyöhön tai tuotekehitykseen, toisin kuin Tekesin rahaa²⁸.

Suomen Teollisuussijoitus Oy on valtion pääomasijoitusyhtiö, joka sijoittaa pääomasijoitusrahastoihin ja suoraan kasvuyrityksiin ja erityisesti sellaisiin hankkeisiin, joihin ei muuten kanavoidu riittävästi yksityistä pääomaa. Tarjolla oleva sijoitusosuus on korkeintaan puolet pääomasta. Teollisuussijoitus on sijoittanut myös terveydenhuollon alan yrityksiin, kuten Biotie Therapiesiin, Nexstimiin ja Terveystaloon²⁹.

24 www.ely-keskus.fi/fi/ELYkeskukset/Sivut/default.aspx

25 www.finnvera.fi

26 www.finnfund.fi

27 www.finnpartnership.fi

28 www.nopef.com

29 <http://www.teollisuussijoitus.fi>

Sitra tekee pääomasijoituksia yrityksiin, mutta ainoastaan käynnissä olevien ohjelmien alueella toimiviin yrityksiin. Tällä hetkellä ei ole käynnissä ohjelmia, jotka suoraan liittyisivät terveydenhuollon palveluiden vientiin³⁰.

Suomessa toimii myös lukuisia yksityisiä kotimaisia ja kansainvälisiä riskisijoittajia, joilta on mahdollista hakea pääomaa. Lisäksi Suomessa toimii Technopoliksen kaltaisia yrityksiä, jotka auttavat yrityksiä hakemaan rahaa julkisilta rahoittajilta ja yksityisiltä pääomasijoittajilta. Mikäli yritys tarvitsee enemmän rahoitusta, on joko julkinen tai yksityinen riskiraha käytännössä ainoa vaihtoehto.

5.4 Suosituksia viennin edistämiseksi

Nykyisistä vienninedistämispalveluista suurin osa on tarkoitettu kaikille toimialoille ja erityisesti pienille ja keskisuurille yrityksille. Ainoastaan Finprolla on tarjota yksittäisiin toimialoihin keskittynyttä vientitukea. Vienninedistämispalvelut myös keskittyvät Suomen rajojen ulkopuolella tapahtuvaan toimintaan. Hoito- ja hoivapalveluiden vienti eroaa muista siinä, että vienti usein tarkoittaa ulkomaalaisten asiakkaiden ohjaamista Suomeen. Toisin sanoen suurin osa investoinneista olisi-kin tehtävä kotimaahan.

Suomen terveydenhuollon palvelujärjestelmää leimaa pirstaleisuus. Julkisella puolella kunnat hoitavat oman perusterveydenhuoltonsa. Erikoissairaanhoidon tarjoavia sairaanhoitopiirejä on 20. Yksityisellä puolella on lukuisia pieniä yrityksiä ja muutama suuri ketju, mutta nekin toimivat tyypillisesti ammatinharjoittajaperiaatteella. Tämä tarkoittaa sitä, että kenelläkään ei ole kattavaa käsitystä erityisosaamisesta tai vajaakäyttöisestä kapasiteetista eri puolella Suomea. Lisäksi palveluntuottajat ovat niin pieniä – ehkä sairaanhoitopiirejä ja suurempia kaupunkeja lukuun ottamatta –, että palveluiden markkinointi ulkomaille ja ulkomaalaisten potilaiden vastaanottaminen aiheuttaisi liian suuren vaivan voimavaroihin nähden.

EU:n sisällä on selkeitä pyrkimyksiä avata rajoja myös terveydenhuollon palveluille. Toteutuessaan palveludirektiivi saattaisi tarkoittaa potilaiden valinnanvaputta koko EU:n alueella. Suomen tulisi valmistautua tuleviin muutoksiin luomalla selkeä kansallinen strategia hoitopalveluiden markkinointiin ja vientiin ulkomaille. Strategisen tason toimijan tehtävänä olisi kartoittaa ylätasolla, millä aloilla Suomessa vientipotentiaalia. Strategiassa on otettava huomioon myös institutionaalinen ympäristö ja siihen vaadittavat muutokset. Suomen tulisi myös kartoittaa mahdollisuuksia strategiseen yhteistyöhön Ruotsin ja mahdollisesti muiden Pohjoismaiden kanssa, sillä joissain harvinaisissa sairauksissa ja hoidoissa edes viiden miljoonan ihmisen väestöpohja ei riitä tuottamaan parhaita hoitotuloksia. Mm. Saksassa ja Belgiassa on kansallisella tasolla pyritty järjestelmällisesti edistämään vientiä, mikä on tuottanut tuloksia.

30 www.sitra.fi

Strategian luonnin yhteydessä tulisi myös muodostaa organisaatio tai komitea, jonka tehtävänä on selvittää strategian puitteissa viennistä kiinnostuneet tuottajat, joilla on joko erityisosaamista tai kapasiteettia tarjota oman järjestelmän ulkopuolelta tuleville potilaille. Selvityksessä on huomioitava palveluiden kaupallistamismahdollisuus: niiden on oltava tuotteistettavissa ja hinnoiteltavissa selkeästi. Lisäksi niiden tuottamisen pitää olla liiketaloudellisesti kannattavaa. Selvitys ei myöskään saisi jäädä kertaluoteiseksi harjoitukseksi, vaan vientimahdollisuuksia tulisi kartoittaa jatkuvasti. Parhaimpaan lopputulokseen päästäisiin, jos samalla onnistuttaisiin tunnistamaan ajoissa ne palvelut ja hoidot, joilla on kansainvälistä potentiaalia.

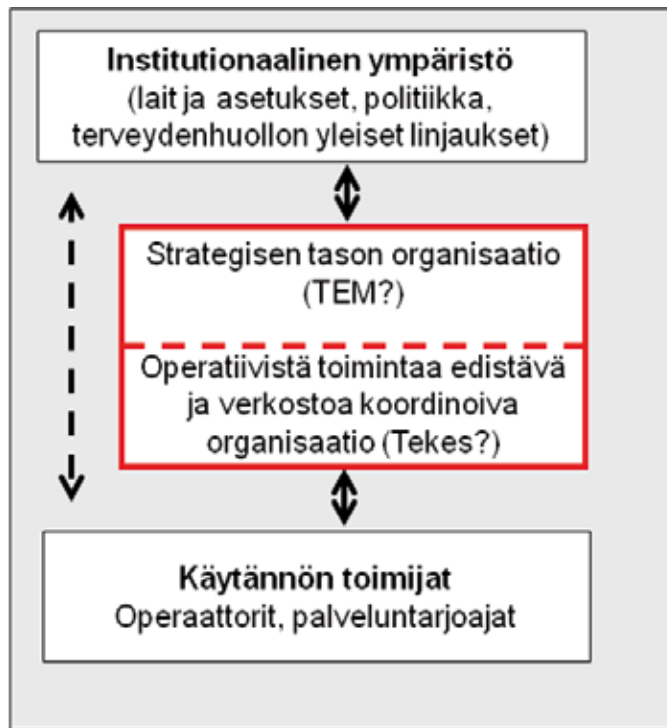
Strategisen tason toimijan lisäksi Suomeen tarvittaisiin jonkinlaista markkinaehtoista operaattoria, jonka tehtävänä olisi keskitetysti markkinoida suomalaisia hoito- ja hoivapalveluita ulkomaalaisille ja välittää potilaita kotimaisille palveluntuottajille Stockholm Caren tapaan. Operaattorilla tulisi olla viranomaisten ja julki-shallinnon tuki. Suuret palveluntuottajat voisivat halutessaan myös itse alkaa markkinoida ja myydä palveluitaan ulkomaalaisille. Se vaatisi resurssien kohdentamista näihin tehtäviin sekä erityisosaamista, mitä näissä organisaatioissa ei tällä hetkellä ole. Olisikin luonnollista, että palveluntuottajat, jotka pystyvät yhdessä tarjoamaan laajemman palveluvalikoiman kuin yksinään, käyttäisivät samaa operaattoria.

Hoito- ja hoivapalveluiden vientiin kohdistettua neuvontaa, koulutusta ja tukipalveluita olisi tarjottava niille palveluntuottajille, jotka haluavat itsenäisesti panostaa vientiin. Mahdolliset operaattorit puolestaan tarvitsisivat ainakin perustamisvaiheessa tukea kansainvälistymiseen ja vientiin. Stockholm Caren tapauksen perusteella näyttäisi siltä, että ulkomailta tulevat potilasmäärät ovat melko vähäisiä. Toimintaa rajoittaa tosin palveluntuottajien kapasiteetti, joka täyttyy helposti jo omista potilaista. Näin ollen ei vaikuta realistiselta, että Suomen vientimarkkina voisi elättää montakaan operaattoria.

Oli operaattori sitten jonkun sairaanhoitopiirin oma tai useamman tuottajan yhteinen, ”yhden luukun strategiaa” olisi toteutettava paremmin kuin nykyään. Jos kaikki asiat voidaan hoitaa yhden kontaktin kautta, helpottaa se ulkomaalaisen potilaan näkökulmasta lähtemistä vieraaseen maahan ja palvelujärjestelmään. Jo nyt esim. HYKS toimii käytännössä yhden luukun periaatteella, sillä kaikki yhteydenotot kanavoituvat yhden kirurgian ylilääkärin kautta. Tällainen yhden yksilön varaan rakentuva toimintamalli on kuitenkin kestävä pidemmällä aikavälillä, mikäli potilasmäärät kasvavat nykyisestä.

Kuva 8 selvittää viennin edistämiseen liittyvien organisaatioiden tehtäviä ja suhteita toisiinsa.

Kuva 8. Viennin edistämiseen liittyvät organisaatiot



Strategisen eli ministeriötason toimijan keskeisenä tehtävänä olisi yleinen suunnittelu, vientipotentiaalin aktiivinen kartoitus, sekä institutionaaliseen ympäristöön liittyvien muutosten ja haasteiden selvittäminen ja ratkaiseminen. Strategisen tason ja käytännön toimijoiden väliin olisi hyvä luoda operatiivista toimintaa edistävä organisaatio. Sen tehtävänä olisi operatiivisten toimijoiden kuten palveluntarjoajien ja operaattorien kartoittaminen ja kokoaminen verkostoksi (vrt. Swecare). Samalla organisaatio voisi myös tarjota konseptisuunnitteluun, toiminnan käynnistämiseen ja rahoitukseen liittyviä tukipalveluita terveydenhuollon palveluntarjoajille ja operaattoreille.

6 Yhteenveto

Tässä raportissa työssä tarkastellaan hoito- ja hoivapalveluiden viennin nykytilaa sekä maailmanlaajuisesti että erityisesti Suomen osalta. Sen lisäksi työssä esitellään viennin kansallisia haasteita ja edellytyksiä sekä annetaan suosituksia viennin edistämiseksi. Työ toimii pohjana Työ- ja elinkeinoministeriön strategiatyölle.

HOITOPALVELUIDEN VIENTI SUOMESSA JA MAAILMALLA

Hoitopalveluiden viennillä tarkoitetaan sitä, että suomalaiset tuottavat palveluita ulkomaalaisille asiakkaille, jolloin rahavirta suuntautuu Suomeen. Hoitopalveluiden vienti voidaan luokitella sen mukaan, mikä elementti palvelussa ylittää rajan. Ylittäjä voi olla joko potilasasiakas, asiantuntija, näyte tai tieto. Tässä työssä on keskitytty tarkastelemaan potilaiden liikkeitä, mutta myös asiantuntijoiden ja asiantuntemuksen liikkuminen yli rajojen on otettu huomioon.

Ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

- 1) maiden välisillä rajaseuduilla asuvat potilaat
- 2) oman palvelujärjestelmän ulkomaille lähettämät potilaat
- 3) oma-aloitteisesti ulkomaille hoitoon hakeutuvat potilaat

Merkittävä osa Euroopan sisällä tapahtuvasta rajat ylittävästä terveydenhuollosta sijoittuu nimenomaan raja-alueille, joita yhdistävät sama kieli ja kulttuuri. Tästä esimerkkeinä toimivat Hollannin, Belgian ja Luxemburgin raja-alueet, Tanskan ja Saksan raja sekä Espanjan ja Ranskan välinen raja-alue. Suomen pohjoisilla rajoilla on myös tehty yhteistyötä naapurimaiden terveydenhuoltojärjestelmien kanssa esimerkiksi saamelaisten hoitopalveluissa. Näissä järjestelyissä Suomi on kuitenkin ollut useammin palveluiden ostaja kuin niiden tuottaja. Myös Ahvenanmaan ja Ruotsin välillä potilasvirta on kohti Ruotsia.

Joissain tapauksissa oman maan palvelujärjestelmä lähettää potilaita ulkomaille hoitoon. Ulkoistaminen johtuu tyypillisimmin oman maan kapasiteettipulasta. Toinen syy ulkoistaa toimenpiteitä ulkomaille on pyrkimys kustannusten hallintaan. Amerikkalaiset vakuutusyhtiöt ovat tarjonneet potilaille mahdollisuutta matkustaa Aasiaan, ja hollantilaiset vakuutusyhtiöt käyttävät mielellään belgialaisia palveluntuottajia, jotka ovat jonkin verran hollantilaisia edullisempia.

Oma-aloitteisesti ulkomaille hoitoon hakeutuu potilaita monestakin syystä. Yhden ryhmän muodostavat ne potilaat, jotka hakevat edullisempaa hoitoa kuin kotimaassa on tarjolla. Amerikkalaiset potilaat muodostavat tästä ryhmästä pääosan. Euroopan sisällä tämä potilasvirta suuntautuu itäisen Keski-Euroopan maihin, kuten Puolaan ja Unkariin. Näistä maista haetaan erityisesti sellaisia palveluita, jotka eivät potilaiden kotimaassa kuulu korvattavan terveydenhuollon piiriin kuten hammashuoltoa ja plastiikkakirurgiaa. Suomestakin lähtee jonkin verran potilaita

Viroon hammaslääkäriin tai kauneusleikkauksiin. Toisen ryhmän oma-aloitteisesti matkustavista potilaista muodostavat ne, jotka hakevat sellaisia hoitoja, joita ei kotimaassa ole tarjolla, tai joihin on pitkät jonot eikä oman maan yksityisen sektorin tarjonta riitä täyttämään kapasiteettivajetta. Kehityksistä tai kehittyvistä maista matkataan teollisuusmaihin hakemaan hoitoja, joita ei ole omassa maassa saatavilla, tai joiden laatu omassa maassa koetaan heikoksi. Suomeen saapuvat venäläiset potilaat ovat esimerkki tästä potilasryhmästä. Venäjällä on tosin tarjolla myös erittäin tasokasta terveydenhuoltoa, muttei kysyntää vastaavasti. Oma-aloitteisesti ulkomaille hakeudutaan myös niissä tapauksissa, missä kotimaan lainsäädäntö estää tai hankaloittaa tiettyjen toimenpiteiden, kuten hedelmöityshoitojen, abortin tai kuolinvuon saamista.

Tällä hetkellä hoitopalveluiden vienti Suomesta on melko vähäistä ja epäsäännöllistä. Vienti on myös kysyntälähtöistä: ulkomaalaiset potilaat, jotka pyrkivät Suomeen hoitoon, pyritään ottamaan vastaan. Suurin osa kotimaisista palveluntuottajista ei kuitenkaan aktiivisesti markkinoi palveluitaan ulkomailla, eikä edes suunnittele aloittavansa ulkomaalaisten potilaiden ohjaamista Suomeen. Haastatelluista tuottajista vain Tampereen Sydänkeskus ja Docrates ilmoittivat aktiivisesti markkinoivansa palveluita ulkomaalaisille. Muutamalla muulla oli suunnitelmia markkinoinnin aloittamiseksi. Merkittävin syy vähäisille vientihaluille on riittävä kotimainen kysyntä. Yksityisellä puolella yksi este on palveluntuottajien pieni koko. Isotkin ketjut perustavat toimintansa ammatinharjoittajien varaan, jotka saattavat pitää vastaanottoa vain muutaman tunnin viikossa. Julkisella puolella esteenä on kapasiteetin puute, minkä merkinä hoitoihin jonotetaan, henkilöstövoimavarojen joustamattomuus ja hinnoitteluun liittyvät ongelmat. Vienti kohdistuu nimenomaan niihin toimenpiteisiin ja hoitoihin, joissa on ainakin alueellista ylikapasiteettia, kuten synnytys, sädehoito ja ortopediset toimenpiteet. Potentiaalisimmaksi vientikohteeksi nähtiin lähes poikkeuksetta Venäjä.

HOITO- JA HOIVAPALVELUIDEN VIENNIN EDELLYTYKSET JA HAASTEET

Suomella on edellytyksiä viedä hoito- ja hoivapalveluita enemmän kuin se nykyisin vie. Suomi tunnetaan teknologisesti edistyneenä, puhtaana ja turvallisena maana, josta viedään jo paljon terveysteknologian tuotteita. Suomalainen lääketieteellinen osaaminen ja lääketieteellinen tutkimus ovat monilla alueilla maailman kärkitasolla. Lisäksi Suomea pidetään kiinnostavana sijoituskohteena. Venäjän markkinoiden läheisyys on myös Suomelle eduksi.

Yksittäisten palveluiden lisäksi voidaan myös viedä kokonaisia palvelujärjestelmiä tai tuotteiden ja palveluiden yhdistelmiä. Esimerkkeinä tällaisista palvelujärjestelmistä voisi olla Suomessa hyvin toimiva neuvolajärjestelmä tai ikäihmisten palveluasumisjärjestelmä yhdistettynä palveluita tukevaan teknologiaan. Kokonaisen järjestelmän vieminen on kuitenkin haastavaa, sillä silloin on kyettävä integroitumaan ulkomaalaiseen palveluntuotantojärjestelmään. Järjestelmän hinnoittelu on

myös oma pulmansa, sillä sen tuotteistaminen on vaikeaa. Järjestelmän vieminen konkretisoituukin tavallisesti asiantuntijapalveluiden myymisenä ja konsultointina.

Hoitopalveluiden vienti on vaativampaa kuin monien muiden palveluiden vienti. Sen lisäksi, että on kyse ihmisille erittäin tärkeästä ja henkilökohtaisesta asiasta, mahdollisesti jopa elämästä ja kuolemasta, on muitakin syitä viennin haastavuuteen. Nämä johtuvat hoitopalveluiden luonteesta ja eri maiden terveydenhuoltojärjestelmien keskinäisistä eroista.

1. **Hoitopalveluille on tyypillistä ketjuttaminen.** Yhden hoitoepisodin aikana potilas tapaa useita lääkäreitä ja muuta ammattihenkilöstöä. Hoitopolun sijoittuminen kahden eri maan terveydenhuoltojärjestelmiin ei ole helppoa. Kotimaasta useinkaan ei haluta lähettää potilaita ulkomaille, sillä heidät halutaan pitää itsellä ja työllistää oman maan lääkäreitä. Lisäksi lääkärit ja potilaatkin suhtautuvat usein epäluuloisesti muiden maiden järjestelmiin ja lääkäreihin, koska eivät tunne järjestelmiä tai lääkäreiden ammattitaitoa. Kotimaahan palaavan potilaan voi puolestaan olla vaikea päästä jatkohoitoon tai kuntoutukseen, koska hän on tulossa järjestelmän ulkopuolelta.
2. **Potilaat eivät useinkaan maksa hoitoa itse.** Maksaja on joko valtio, kunta tai vakuutusyhtiö. Tällöin ulkomaisen palveluntarjoajan on saatava vahvistus maksajalta, ennen kuin voi ottaa potilaan hoidettavakseen. Aina vakuutusyhtiöt eivät edes suostu maksamaan potilaiden hoitoa ulkomaille.
3. **Vastuukysymykset.** Hoidon aikana tai sen jälkeen voi tapahtua jotain odottamatonta., Siksi on oltava etukäteen selvillä, kuka korvaa komplikaatioiden hoidosta syntyvät kustannukset.
4. **Potilastietojen saaminen.** Potilastietojen saaminen on edellytys hoitopäätöksen tekemiselle. Tietojen saaminen riippuu potilaan kotimaan lainsäädännöstä, joten siihen on Suomesta käsin vaikea vaikuttaa. EU:n alueella lainsäädännöllisiä esteitä ei kuitenkaan ole. Esteeksi voi myös muodostua omalääkärin haluttomuus luovuttaa potilaan tietoja.
5. **Hoitopalvelun laadun ja erityisesti sen vaikuttavuuden mittaamisen vaikeus.** Koska toimenpiteiden vaikuttavuutta on vaikea mitata, perustuvat käsitykset laatua heijastaviin likimuuttujiin, mielikuviin tai pelkkiin aistihavaintoihin. Omakohtaiset tai tuttavien kokemukset saavat tyypillisesti suuren painoarvon mielikuvien luonnissa. Laadun mittaamisen vaikeudesta seuraa myös palveluiden markkinoinnin vaikeus, etenkin kun Suomi ei voi kilpailla alhaisella hintatasolla.
6. **Kieli- ja kulttuurierot.** Palvelun saaminen omalla kielellä on erityisen tärkeää hoitopalveluissa, sillä terveys on hyvin henkilökohtainen asia. Oma hoitoaan on vaikeampi uskoa vieraskielisen ja eri kulttuurista tulevan lääkärin vastuulle.
7. **Matkustamisen vaiva.** Niissä tapauksissa, missä hoitopalvelun vienti edellyttää potilaan matkustamista ulkomaille, matkustamisen vaikeus voi nousta

esteeksi. Matkan järjestämisen (varaukset, viisumi, jne.) ja itse matkustamisen on oltava helppoa.

Näiden yleisten haasteiden lisäksi Suomen oma terveydenhuoltojärjestelmä asettaa joitain erityishaasteita viennille.

4. **Julkisen puolen kysyntäpaine ja resurssien joustamattomuus.** Hoitotakuun toteutuminen omien potilaiden hoidossa huolettaa päätöksentekijöitä. Uuden terveydenhuoltolain mahdollisesti synnyttämä ja yliopistosairaaloihin suuntautuva kysyntäpaine vähentää vientiin liikenevää kapasiteettia. Operatiivinen taso suhtautuu vientiin kielteisesti, sillä viennin ajatellaan johtavan lisätoihin. Vientiyritykset voivatkin kaatua ammattijärjestöjen vastustukseen.
5. **Hinnoittelu.** palveluntuottajien pitäisi olla perillä tuotannon tosiasiallisista kustannuksista, ja saada hinnoitella toimenpiteet haluamallaan tavalla. Ulkomaalaisilta potilailta pitäisi voida saada veloittaa korkeampi hinta, sillä he aiheuttavat lisävaivaa ja lisäävät liiketoiminnan riskejä.
6. **Kotimarkkinoiden pienuus ja kilpailun puute.** Julkiset palveluntuottajat eivät toimi markkinaehtoisesti eivätkä kohtaa todellista kilpailua. Yksityisille yrityksille kotimarkkinat ja siellä liikkuvat pääomat ovat niin pienet, että ne eivät ole halukkaita ottamaan vientitoimintaan liittyviä riskejä.

Kaiken tämän lisäksi on vielä huomioitava, että Suomi on pieni ja syrjäinen maa. Sen terveydenhuollon kapasiteetilla on rajansa. Kotimaisen kysynnän ennustetaan kasvavan tuntuvasti väestön vanhetessa. Suomi ei ole samalla tavalla houkutteleva matkustuskohde kuin moni Keski-Euroopan tai eksoottisen Aasian maa. Vaikka Suomessa on hyvä kansainvälinen maine, ei täällä ole vastaavaa brändiä terveydenhuollossa kuin esimerkiksi Karolinska Sjukhusetilla on.

SUOSITUKSET

Hoito- ja hoivapalveluiden vientiä tulisi pohtia kansallisella tasolla, ja sen edistämiseksi tulisi ryhtyä toimeen. Toteutuessaan EU:n palveludirektiivi on sekä mahdollisuus että uhka Suomen palvelujärjestelmälle. Sen avulla Suomeen on helpompi saada eurooppalaisia potilaita – mikäli Suomi nähdään houkuttelevana vaihtoehdona ja hoitokustannukset ovat kohtuulliset. Uhkana on omienkin potilaiden vähittäinen siirtyminen esimerkiksi Saksaan tai Belgiaan, jossa hoitopalveluiden vienti on paremmin koordinoitua ja sillä on pidemmät perinteet. Strategiatyöhön tulisikin ryhtyä välittömästi.

Strategisen tason pohdintaa tarvitaan selvittämään, millä aloilla Suomessa on kliinistä tai tutkimuksellista osaamista, jolle on tai voisi olla kysyntää ulkomailla, onko maassa vajaassa käytössä olevaa hoitokapasiteettia julkisella tai yksityisellä puolella, mitä voisi myydä ja mitä lainsäädännöllisiä ja muita esteitä hoito- ja hoivapalveluiden viennillä on, ja ovatko ne poistettavissa. Strategisen tason toimijan tulisi myös ottaa kantaa siihen, miten ja millaisella liiketoimintamallilla julkiset

palveluntuottajat voisivat osallistua markkinaehtoiseen vientiin. Kansallisella tasolla tulisi alkaa seurata ja tilastoida hoito- ja hoivapalveluiden vientiä ja tuontia järjestelmällisesti. Tällä hetkellä tiedot ulkomaalaisista potilaista ovat hajallaan sairaanhoitopiireissä ja muissa tietokannoissa.

Operatiivisella tasolla tarvitaan operaattoreita, jotka välittävät ulkomaalaisia potilaita Suomeen ja hoitavat käytännön järjestelyt, malleinaan Stockholm Care ja Sahlgrenska International Care. Ulkomaalaisten potilaiden hoitoketjun suunnittelu ja toteutus vaatii yhteistyötä eri palveluntuottajien – mahdollisesti sekä yksityisten että julkisten – välillä, jolloin operaattorin rooliin kuuluisi eri tuottajien palveluiden paketoiminen yhdeksi kokonaisuudeksi. Tästä syystä operaattorin kannattaisi ainakin aluksi toimia maantieteellisesti rajatulla alueella. Operaattoria tarvitaan myös siksi, että Suomeen tuleva potilas voisi asioida yhden tahon kanssa. Tämän takia on tärkeää, että ulkomaalaisille myytävät palvelut pystytään tuotteistamaan. Operaattorin olisi myös syytä olla tulosvastuullinen yksikkö, jotta tavoite todellisen liiketoiminnan harjoittamisesta täyttyy.

Strategisen ja operatiivisen tason väliin tarvitaan operatiivista tasoa koordinoiva ja tukeva toimija. Tämän toimijan tehtävänä olisi koota yhteen viennistä kiinnostuneita palveluntuottajia ja operaattoreita (vrt. Swecare Ruotsissa). Lisäksi tämä toimija voisi tarjota terveydenhuoltoon erikoistuneita vienninedistämispalveluita ja -rahoitusta tai ohjata potentiaaliset tuottajat jo olemassa olevien palveluiden ja rahoituskanavien luokse. Nykyisellään etenkin pienille ja keskisuurille yrityksille on tarjolla paljon neuvonta- ja rahoituspalveluita kansainvälistymiseen. Vientiin tarkoitetut julkiset tuet ovat kuitenkin pieniä, sillä EU:n kilpailulainsäädäntö kieltää suurien tukien myöntämisen vienninedistämishankkeisiin. Suuremmat rahasummat on kerättävä yksityisiltä riskirahoittajilta. Julkisen sektorin toimijalle ulkopuolisen tuen – sekä julkisen että yksityisen rahoituksen – saaminen on vaikeampaa, ellei se perusta tarkoitusta varten erillistä voittoa tavoittelevaa yhtiötä.

Lähteet

Kirjallisuus

- Connell, J., 2006, "Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery", *Tourism Management* 27:1093-1100.
- Dare & Care, 2006, Executive summary englanniksi:
http://www.healthcarebelgium.com/fileadmin/user_upload/Dare___Care/Dare___Care_-_Executive_summary.pdf,
Koko asiakirja ranskaksi: <http://www.feb.be/index.html?page=95&lang=fr>
- Ehrbeck, T., Guevara, C., and Mango, P.D., 2008, "Mapping the market for medical travel," *The McKinsey Quarterly*, May 2008. (<http://www.mckinseyquarterly.com/>)
- Ekroos, V. ja Partanen, I., 2006, "Terveyspalvelut", Toimialaraportti 2/2006, KTM:n ja TE-kustusten julkaisu.
- FIHTA (Terveysteknologian liitto ry), 2007, "Terveen teknologian tekijät: Toimialaraportti 2007".
- Finpro/Aura, K., 2010: "Julkisen rahoituksen vaihtoehtoja kansainvälistyvälle yritykselle", 30.4.2010.
- Glinos, I., Baeten, R.A., 2006, "Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union", *Observatoire social européen (OSE)*, Brussels, September 2006
- Glinos, I.A., Baeten, R., Maarse, H., 2009, "Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries", *Health Policy*, doi:10.1016/j.healthpol.2009.11.016
- Keckley, P.H., ja Underwood, H.R., 2008, "Medical Tourism: Consumers in search of value." http://www.deloitte.com/assets/Dcom-UnitedStates/Local%20Assets/Documents/us_chs_MedicalTourismStudy%283%29.pdf
- Legido-Quigley H., McKee M., Nolte E., ja Glinos, I.A., 2008, "Assuring quality of health care in the European Union", *European Observatory on Health Systems and Policies*, Copenhagen, 2008. <http://www.euro.who.int/document/E91397.pdf>
- OECD, 2009, *Health at a glance 2009: OECD indicators*.
- Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R., Glinos, I.A., 2006, "Patient mobility: the context and issues" teoksessa Rosenmöller, McKee ja Baeten (eds.) *Patient Mobility in the European Union: Learning from experience*, World Health Organization 2006, on behalf of the Europe 4 Patients project and the European Observatory on Health Systems and Policies.
- Stakes 2006, *Hyvinvointivaltion rajat: Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys – Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä*, Stakes, 2006.
- Tammela, T., Saaristo, A., Holopainen, T., Lyytikä, J., Pitkonen, M., Abo-Ramadan, U., Ylä-Herttuala, S., Petrova, T. ja Aitalo, K., 2007, "Therapeutic differentiation and maturation of collecting lymphatic vessels after lymph node dissection and transplantation", *Nature Medicine* 13(12): 1458 – 1466.

Haastattelut

Palvelujärjestelmän ohjaustaho (sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonala)

STM/Sari Vuorinen
STM/Kirsi Ruuhonen
STM/Jukka Mattila
VNK/Veera Parko

Muut palveluiden järjestämiseen ja ohjaukseen vaikuttavat tahot ja keskeiset sidosryhmät

Sitra/Hannu Hanhijärvi
Sitra/Kimmo Haahkola
HLL/Matti Pöyry
Lääkäriliitto/Mikko Nenonen (& Reumasairaala)
Lääkäriliitto/Risto Ihalainen
Lääkäriliitto/Mervi Kattelus (ulkomaan asioista vastaava)
TEKES/Pekka Kahri
Finpro/Christine Grumbach
Finpro/Kimmo Aura

Finnmedi/Matti Eskola
Kuntaliitto/Heikki Punnonen
Kela/Noora Heinonen
CBU (Cross Border University) /Juhani Miehto, kansanterveystieteen ohjelmavastaava

Palvelujen julkiset järjestäjä- ja tuottajatahot

HUS /Vesa Perhoniemi
HUS /Lasse Lehtonen
TYKS /Satu Suhonen
Etelä-Karjalan shp /Esko Hussi
EKKS/Seppo Utriainen
Utsjoen kunta/ Päivi Salminen
Tampere, Sydänkeskus/Vesa Virtanen
KOKS/Carea/Ermo Haavisto
KOKS/Jaana Lindström
Hamina/Eija Rieppo
Imatra/Eija Rieppo

Hoito- ja hoivapalveluiden yksityiset tuottajat (yritykset, kolmas sektori)
Hoiva OY (DKL)/Maarit Soveri
Esperi Care/Tuija Antila
Sairaala KL/Asko Salmi
Docrates /Harri Puurunen
Terveystalo/Juha Tuominen
Diacor/Esko Heikkinen
Orton/Timo Pohjolainen
+ 1 yksityinen lääkärikeskus, joka ei halunnut nimeään julki

Teknologia ym
Varion/Harri Puurunen (ks. edellä)
Nexstim/Jarmo Laine
SPR/Veripalvelu myös Jarmo Laine
Evidence based medicine/Iikka Kunnamo
Patentti- ja rekisterihallitus/Juha Klemola

Haastatteluiden runko

YLEISET KYSYMYKSET

1. Mitä mieltä olette yleisesti palveluiden viennistä?
2. Mitä hyötyä palveluiden viennistä voisi olla? Näettekö että se voisi olla taloudellisesti tai toiminnallisesti kannattavaa?
3. Mitä haittaa palveluiden viennistä voisi olla?
4. Voisiko edustamallanne organisaatiolla olla kiinnostusta palveluiden vientiin? Onko jo vientiä? Onko tiedossanne organisaatioita, jotka jo nyt harjoittavat vientiä?
5. Kannustimet viennille – miksi viedä?
6. Mitkä ovat merkittävimmät esteet/haasteet viennille?

KOHDERYHMÄKESKEISET KYSYMYKSET

Palveluntuottajat

1. Mitä palveluita voisi viedä? Millä voisi olla kysyntää ulkomailla?
 - a) mitkä olisivat näkemyksenne mukaan ensisijaiset kohderyhmät?
2. Mitä muutoksia omassa toiminnassa vienti edellyttäisi?
3. Onko teillä tarvittavaa kapasiteettia, jota voisi myydä ulkomaisille asiakkaille? Onko valmiuksia/halua investoida lisäkapasiteettiin?
4. Mitä lainsäädännöllisiä tekijöitä olisi otettava huomioon? Onko lainsäädännöllisiä esteitä?
5. Mitä eettisiä tekijöitä palveluiden vientiin liittyy?
 - a) Millä periaatteella potilaat valitaan?
6. Miten saada tarvittavat potilastiedot?
7. Millainen rahoitusmalli? Potilaan oma raha, sopimus vakuutusyhtiön kanssa?
8. Olisiko valmis yhteistyöhön muiden tuottajien kanssa (julkinen, yksityinen, kolmas sektori)?
9. Miten hoitaa markkinointi ja ulkomaalaisten asiakkaiden houkuttelu tulisi hoitaa käytännössä?
 - a) Integraattori?
 - b) Vastaanoton järjestäminen ulkomaille ("haavi")?
 - c) Miten vakuuttaa potentiaaliset asiakkaat palvelun laadusta?
10. Millaisia liitännäispalveluita (hotellit yms.) mielestänne tarvittaisiin?
11. Voisiko valtio/ministeriö tms. organisaatio edesauttaa vientiä jollain tavalla? Miten?

Julkisilta tuottajilta lisäksi:

- Onko mielestäsi julkisen organisaation mahdollista harjoittaa palveluiden vientiä?
- Miten julkinen tuottaja sopeutuu toimimaan markkinaehtoisesti?
 - Mitä muutoksia se vaatii organisaatioon?
 - Poliittiset ongelmat? "maksavien" ulkomaalaisten potilaiden hoitaminen "omien" potilaiden ohella?
 - Miten hinnoitella palvelut?

Palvelujärjestelmän ohjaustaho

1. Mikä on yleinen näkemyksenne palveluiden viennistä/myynnistä ulkomaisille asiakkaille?
2. Mitkä lainsäädännölliset tekijät vaikuttavat?
3. Millaisia rahoitusmalleja? Ketkä rahoittavat?
 - a) julkinen rahoitus. Voisiko tehdä sopimuksia muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmien välillä?
 - b) sopimuksia ulkomaisten vakuutusyhtiöiden kanssa?
 - c) palveluiden käyttäjän omarahoitus
4. Laatu ja laadunvalvonta (millaisiin asioihin laadunvalvonnassa on kiinnitettävä huomiota ml. lähtö- ja kohdemaan vaatimukset)?
5. Mitä eettisiä tekijöitä palveluiden vientiin liittyy?
6. Miten sovittaa yhteen "markkinaehtoinen" vienti ja omien potilaiden hoito?
7. Teknologiset tekijät (mm. potilas-/asiakastietojen saatavuus lähtömaasta ja tarvittavan tiedon toimittaminen lähtömaahan)?
8. Tietoturva ja yksityisyys (mm. potilas-/asiakastietojen saatavuus lähtömaasta ja tarvittavan tiedon toimittaminen lähtömaahan)?
9. Miten ratkaistaan vastuukysymykset (esim. komplikaatioiden ilmetessä)?

Liite 2

TEM/hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti

- työryhmän kuulemiseminaari 13.10.2010, osallistujat

Finpro, Bärlund Aija
FinnMedi, Oy Eskola Matti
THL Eskola, Juhani
TEKES, Harju-Autti Pia
FinPro, Hartman Sanna
SalWe Oy, Hassinen Saara
Tarinatalo Oy, Heinonen Jukka
Harmonia Oy, Jalkanen Merja
Unicus Oy, Kaario Mammu
YH Länsi Oy / Kotosalla Säätiö, Kanto-Hannula Tuija
Nordic Healthcare Group Oy, Kekomäki Martti
Tekonivelsairaala Coxa Oy, Kiviluoma Kaarina
TEM, Korhonen Auli
Invalidisäätiön Sairaala Orton Oy, Korpela Sini-Vuokko
TEM, Laiho Ulla-Maija
Intera Equity Partners, Lang Tuomas
Advansis Oy, Lehenkari Janne
Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Lehtonen Lasse
TEM, Martikainen Mikko
STM, Mattila Jukka
Sosiaalialan Työnantaja- ja toimialaliitto, Mänttari Tuomas
TEM, Nevamäki Riina
TAYS Sydänkeskus Oy, Nikkanen Heidi
Tekes, Oinonen Tero
STM, Ollila Liisa
Lääkäripalveluyritykset ry, Partanen Ismo
Finpro, Patala Irma
TEM, Pekkarinen Mauri
THL, Peltonen Markku
Med Group Oy, Piha Kustaa
Terveys- ja Sosiaalialan yrittäjät-TESO ry, Rönkä Marjo
Suomen Fysioterapia- ja kuntoutusyrittäjät FYSI ry, Sainio Aino
Nutrinet Oy/Nutri International GmbH, Sinisalo Laura
TEM, Skogberg Maarit
FinBIRD Oy, Tenovuo Olli

Eksote, Tepponen Merja
Invest in Finland, Vainio Atso
VTI, Wiili-Peltola Erja
UM, Virtamo Manu
Yleisradio TV1, Ylä-Anttila Ari
Hyvinvointialan yrityshautomo, Mulbah Susanne

Sosiaali- ja terveyspalvelujen kansainvälistyminen ja vienti

- keskustelu työ- ja elinkeinoministeriössä 23.11.2010

Elinkeinoministeri Mauri Pekkarisen kutsumana järjestettiin työ- ja elinkeinoministeriössä 23.11.2010 keskustelutilaisuus, jossa kuultiin sairaanhoitopiirien edustajien ja yksityisten terveyspalvelutuottajien näkemyksiä terveyspalvelujen kansainvälistymisestä. Erityisesti keskusteltiin siitä olisiko Suomessa tarvetta kansalliselle terveyspalvelujen viennin toimintamallille, joka organisoisi terveyspalvelujen viennin vaatiman monipuolisen palveluverkon ja markkinoinnin sekä hoitaisi potilaslogistiikkaa ja toimintaan mahdollisesti liittyviä erityisiä tukipalveluja. Yksi esimerkki tällaisesta toimintatavasta on Stockholm Care Ruotsissa. Tilaisuudessa pohdittiin myös voitaisiinko mahdollinen terveyspalvelujen viennin toimintamalli rakentaa yksityisten ja julkisten terveyspalvelutuottajien sekä valtion yhteisvoimin.

Osallistujat:

Elinkeinoministeri Mauri Pekkarinen, TEM

Valtiosihteeri Riina Nevamäki, TEM

Neuvotteleva virkamies Liisa Piitulainen-Numminen, TEM

Kansainvälisten asiain johtaja Liisa Ollila, sosiaali- ja terveysministeriö

Kehitysjohdaja Ulla-Maija Laiho, TEM

Johtava konsultti Sanna Hartman, Finpro

Teknologia-asiantuntija Pekka Kahri, TEKES

Toimitusjohtaja Aki Linden, Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri

Toimitusjohtaja Rauno Ihalainen, Pirkanmaan sairaanhoitopiiri

Controller Aki Haukilahti, TAYS/Sydänkeskus Oy

Toimitusjohtaja Olli-Pekka Lehtonen, Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri

LKT Olli Tenovuo, Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiri/TYKS

Johtajaylilääkäri Jorma Penttinen, Pohjois-Savon Sairaanhoitopiiri/KYKS

Toimitusjohtaja Pentti Itkonen, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiirin kuntayhtymä

Toimitusjohtaja Hannu Leskinen, Pohjois-Pohjanmaan Sairaanhoitopiiri

Toimitusjohtaja Juha Aarvala, Sairaala Orton

Toimitusjohtaja Matti Eskola, FinnMedi Oy

Toimitusjohtaja Harri Puurunen, Docrates

Tekijät Författare Authors		Julkaisuaika Publiceringstid Date	
Sanna Hartman Pekka Kahri		Januari 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	
Julkaisun nimi Titel Title			
Rapport från arbetsgruppen för social- och hälsovårdstjänster, internationalisering och export			
Tiivistelmä Referat Abstract			
Arbets- och näringsministeriet tillsatte den 23 februari 2010 en arbetsgrupp för att bereda en strategi för internationalisering och exportfrämjande av vård- och omsorgstjänster. Utgångspunkten för beredningen som genomför målen i ministeriets strategiska välfärdsprojekt är att stärka förutsättningarna för internationalisering och export i företagen inom sektorn. Arbetsgruppen definierade de i uppdraget avsedda vård- och omsorgstjänsterna som social- och hälsovårdstjänster. Enligt den utredning som Nordic Healthcare Group Oy gjorde för arbetsgruppen och de aktörer inom sektorn som hördes under arbetets gång finns inom social- och hälsovårdstjänsterna rikliga möjligheter till internationalisering och export. På kort sikt finns den starkaste potentialen i sådana tjänster i samband med medicinska åtgärder och vård som baserar sig på hög specialkompetens. På lång sikt finns i synnerhet inom omsorgstjänsterna för äldre befolkning många möjligheter till export, även om sektorns företag för närvarande i allmänhet anser att internationalisering eller export av tjänster i praktiken inte är någon relevant riktning för utvecklingen av verksamheten. Arbetsgruppens förslag gäller fortsatt strategisk utveckling av välfärdssektorn och välfärdsföretagandet och främjande av förutsättningarna för internationalisering och export inom sektorn. Det föreslås att det för sektorn bildas ett internationaliseringsnätverk som långsiktigt koncentrerar sig på att stärka förutsättningarna för internationalisering av företagsverksamheten och förutsättningarna för export inom sektorn. Resurser avsedda för främjande av internationaliseringen inom arbets- och näringsministeriets förvaltningsområde föreslås bli riktade till välfärdssektorn. Dessutom föreslås att det skapas en handlingsmodell för att utveckla förutsättningarna för produktifiering och kommersialisering av servicekoncepten, forskningskompetensen och expertisen inom social- och hälsovården. När det gäller det fortsatta arbetet föreslås en handlingsmodell för att samordna tjänsterna för kunder som kommer från utlandet för att delta i hälsovårdsåtgärder och samarbetet mellan serviceproducenterna.			
Kontaktperson vid arbets- och näringsministeriet: Enheten för strategi och prognostisering/ Välfärdsprojektet/ utvecklingsdirektör Ulla-Maija Laiho tfn 010 606 4907.			
Asiasanat Nyckelord Key words			
social- och hälsovårdstjänster, internationalisering, export, servicekoncept, nätverk, produktifiering, expertkompetens			
ISSN		ISBN	
1797-3554		978-952-227-490-8	
Kokonaissivumäärä Sidoantal Pages		Kieli Språk Language	
105		Suomi, finska, finnish	
Julkaisija Utgivare Published by		Vain sähköinen julkaisu Endast som elektronisk publikation Published in electronic format only	
Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy			

Tekijät Författare Authors	Julkaisuaja Publiceringstid Date January 2011
Sanna Hartman Pekka Kahri	Toimeksiantaja(t) Uppdragsgivare Commissioned by Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy
	Toimielimen asettamispäivä Organets tillsättningsdatum Date of appointment
Julkaisun nimi Titel Title Report by the social and health care services, internationalisation and exports working group	
Tiivistelmä Referat Abstract On 23 February 2010, the Ministry of Employment and the Economy appointed a working group to prepare a strategy promoting the internationalisation and export of nursing and care services. In pursuing the objectives of the Ministry's strategic welfare project, preparatory work was aimed at the internationalisation of enterprises within the social and health care sector, while strengthening the prerequisites for exporting the related services. Under this assignment, the working group defined nursing and care services as social and health care services. A study compiled for the working group by Nordic Healthcare Group Oy reveals plenty of opportunities for internationalisation and exports in the social and health care service sector. This is supported by the opinions of the actors in the field consulted by the working group. Medical procedures and care services requiring a high level of expertise have the strongest short-term potential. In the long term, care service concepts for the ageing involve a host of export opportunities, even if businesses within the sector do not generally view internationalisation or service export as a relevant direction of development. Suggestions by the working group include continuing the strategic development of the welfare sector and welfare entrepreneurship, and promoting the sector's prerequisites for internationalisation. A proposal was made for the establishment of an internationalisation network, with a long-term focus on strengthening the prerequisites for the internationalisation of businesses and exports in the sector. It is proposed that, within the Ministry of Employment and the Economy's administrative sector, resources reserved for promoting internationalisation be focused on the welfare sector. In addition, the working group proposes the creation of an operating model for developing the prerequisites of the productisation and commercialisation of service concepts, research competence and expertise in the social and health care sector. As further work, it is suggested that an operating model be investigated for coordinating services and cooperation between service providers, in connection with clients arriving for medical procedures from abroad.	
Contact person within the Ministry of Employment and the Economy: Strategy and Foresight unit/Towards better welfare management – the HYVÄ project/Development Director Ulla-Maija Laiho, tel. + 358 (0)10 606 4907.	
Asiasanat Nyckelord Key words social and health care services, internationalisation, export, service concepts, networks, productisation, expertise	
ISSN 1797-3554	ISBN 978-952-227-490-8
Kokonaissivumäärä Sidoantal Pages 105	Kieli Språk Language Suomi, finska, finnish
Julkaisija Utgivare Published by Työ- ja elinkeinoministeriö Arbets- och näringsministeriet Ministry of Employment and the Economy	Vain sähköinen julkaisu Endast som elektronisk publikation Published in electronic format only

Hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistyminen ja vienti - mahdollisuudet sekä työryhmän ehdotukset strategisiksi linjauksiksi

Elinkeinorakenteen muuttuessa ja palveluliiketoiminnan merkityksen kasvaessa myös hyvinvointipalvelujen kansainvälistyminen ja vienti tulee ottaa tarkasteluun. Terveystyöhuollon palveluihin liittyvien koneiden ja laitteiden viennissä on edistytty hyvin, sen sijaan palvelujen viennissä ei päättä ole saatu avattua. Kuitenkin juuri hyvinvointipalveluissa on mahdollisuuksia erityisesti väestön vanhenemisesta seuraavien palvelutarpeiden kasvaessa kehittyneissä ja kehittyvissä yhteiskunnissa.

Työ- ja elinkeinoministeriön asettama, hoito- ja hoivapalvelujen kansainvälistymisen ja viennin strategiaa valmistellut työryhmä arvioi, että sosiaali- ja terveyspalveluissa on runsaasti potentiaalia kansainvälistymiseen ja vientiin. Lyhyellä tähtäimellä vahvin potentiaali on korkeaan erityisosaamiseen perustuvissa lääketieteellisten toimenpiteiden ja hoidon palveluissa.

Pitkällä tähtäyksellä erityisesti ikääntyvän väestön hoivapalvelukonseptit sisältävät mahdollisuuksia. Suuri haaste on kehittää teknologioiden hyödyntämiseen perustuvia palvelukonsepteja, joiden avulla voidaan erilaisia sosiaalisia ja kulttuurisia edustavissa yhteisöissä tyydyttää ikääntyvän väestön palvelutarpeita.

Verkkujulkaisu
ISSN 1797-3562
ISBN 978-952-227-490-8



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