

Emil Salonen, Riina Hiltunen ja Hennamari Mikkola

Kilpailuedun muodostuminen yksityisissä terveystalveissa

TUTKIMUKSIA 167 | 2025

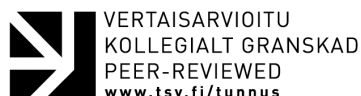
Kilpailuedun muodostuminen yksityisissä terveystalveissa

Kirjoittajat

Emil Salonen, KTK
etunimi.a.sukunimi@utu.fi

Riina Hiltunen, KTT, erikoistutkija
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

Hennamari Mikkola, KTT, tutkimusprofessori
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi



© Kirjoittajat ja Kela

ISBN 978-952-284-209-1
ISSN 2984-4053
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-284-209-1>

Julkaisija: Kela, Helsinki 2025

Tiivistelmä

Tutkimus kartoittaa Suomen terveystalouden kilpailuympäristöä selvittämällä, mitkä ovat yksityisen terveystalouden keskeiset kilpailuedun osatekijät ja mikä selittää niiden merkitystä kilpailuedun muodostumisessa. Tutkimusta varten haastateltiin 14 terveystalouden yrityksen johtohenkilöä ja ulkoisen toimintaympäristön asiantuntijaa vuonna 2022. Haastattelujen teemat ja teoreettinen viitekehys pohjautuivat Porterin (1990) timanttimaliin. Teoriaa täydennettiin resurssiperusteisten ja dynaamisten kyvykkyyksien teorioilla.

Tulosten mukaan yritysten on menestyttävä kilpailussa työvoimasta, jotta ne pärjäisivät terveystalouden kilpailussa. Henkilöstöä on vaikea korvata teknologioilla, samoin palvelun laadun nosto kilpailuvalliksi on vaikeaa. Kilpailun luonteeseen vaikuttaa merkittävästi kysyntä, joka vaihtelee asiakasryhmittäin, vaikka suurimpien yritysten strategiat ovat keskenään hyvin samanlaiset. Markkinoiden kyllästyminen myös kannustaa suuryrityksiä siirtymään kansainvälisille markkinoille, joissa digitaalisen osaamisen merkitys korostuu.

Teknologinen kehitys saattaa tulevaisuudessa kasvattaa laadun merkitystä ja tuotannon tehokkuutta, mutta varsinkin jälkimmäinen vaatii myös kulttuurin ja lainsäädännön kehitystä. Haastateltavien mukaan kulttuuria leimaa konservatiivisuus, joka näkyy ammattilaisten ja asiakkaiden hitaasti muuttuvissa asenteissa. Lainsäädäntö kehittyy teknologiaa hitaammin, mikä jarruttaa alan teknologista kehitystä. Nämä tekijät rajoittavat yritysten intoa kehittää terveystaloutta. Tutkimuksemme tuo esiin, että huomion kiinnittäminen lainsäädännön mahdollisiin oheisvaikutuksiin on hyvin tärkeää terveystalouden kehityksen kannalta.

Asiasanat (YSO): kilpailuetu, yksityiset palvelut, terveystalout, toimintaympäristö, työvoiman kysyntä, työvoiman tarjonta, osaaminen

Sammandrag

Skapande av konkurrensfördelar inom privata hälso- och sjukvårdstjänster

I den här undersökningen kartlägger vi konkurrenslandskapet inom den privata hälso- och sjukvårdssektorn i Finland genom att utreda vilka som är de viktigaste faktorerna för att skapa konkurrensfördelar och vad som förklarar dessa faktorerers betydelse i skapandet av konkurrensfördelar. För undersökningen intervjuades 14 chefer från företag inom hälso- och sjukvården och experter på den externa verksamhetsmiljön under 2022. Temana för intervjuerna och den teoretiska referensramen baserar sig på Porters (1990) diamantmodell. Teorin kompletterades med teorier om resursbaserade och dynamiska förmågor.

Resultaten visar att företag måste kunna konkurrera om arbetskraft för att klara sig inom hälso- och sjukvårdssektorn. Det är svårt att ersätta personal med teknologi, och det är också svårt att göra servicekvalitet till en konkurrensfördel. Konkurrensens karaktär påverkas avsevärt av efterfrågan, som varierar beroende på kundgrupp, även om de största företagen har mycket likartade strategier. Mättade marknader sporrar också storföretag att söka sig till internationella marknader, där betydelsen av digital kompetens accentueras.

Den teknologiska utvecklingen kan i framtiden öka betydelsen av kvalitet och effektivitet i produktionen, men särskilt effektiviteten förutsätter också att kulturen och lagstiftningen utvecklas. Enligt de intervjuade präglas kulturen av konservatism, vilket återspeglas i att personalens och kundernas attityder förändras långsamt. Lagstiftningen utvecklas långsammare än teknologin, vilket bromsar den teknologiska utvecklingen inom branschen. De här faktorerna begränsar företagens intresse att utveckla nya hälso- och sjukvårdstjänster. Vår undersökning visar att det är mycket viktigt att beakta vilka eventuella sidoeffekter lagstiftningen kan ha med tanke på utvecklingen av hälso- och sjukvårdstjänster.

Nyckelord (ALLFO): konkurrensfördel, privata tjänster, hälsovårdstjänster, verksamhetsmiljö, arbetskraftsefterfrågan, arbetskraftsutbud, kunnande

Abstract

The formation of competitive advantage in private health services

This study maps the competitive environment in the Finnish healthcare sector by identifying the key elements of competitive advantage in the private sector and explaining their importance in the formation of competitive advantage.

For the study, 14 managers of healthcare companies and experts of the sector's external environment were interviewed in 2022. The themes and theoretical framework of the interviews were based on Porter's (1990) Diamond Model. The theory was complemented with the resource-based theory and the theory of dynamic capabilities. The results suggest that firms need to be successful in the competition for labour in order to succeed in the healthcare sector. Replacing human resources with technologies or gaining a competitive advantage from service quality is difficult. The nature of competition is significantly influenced by demand, which varies between customer groups, although the strategies of the largest companies are very similar. Market saturation also encourages large companies to move into international markets where digital skills are more important.

In the future, technological developments may increase the importance of quality and production efficiency, but the latter in particular also requires cultural and legislative developments. According to the interviewees, the culture is characterised by conservatism, reflected in the slowly changing attitudes of professionals and clients. Legislation evolves at a slower pace than technology, which hinders the sector's technological development. These factors limit the enthusiasm of companies to develop health services. Our research highlights the importance of paying attention to the potential side effects of legislation on the development of health services.

Keywords (YSO): competitive advantage, private services, health services, operational environment, labour demand, labour supply, know-how

Alkusanat

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan kilpailuedun osatekijöitä yksityisissä terveyspalveluissa Suomessa sekä analysoidaan syitä eri osatekijöiden korostumiseen toimialalla. Tulokset perustuvat vuonna 2022 toteutettuihin haastatteluihin, joihin tavoitettiin laajasti eri näkökulmia edustavia asiantuntijoita alan yritysten johdosta sekä yritysten ulkoisen toimintaympäristön organisaatioista.

Suomessa terveyspalveluala on kohdannut 2020-luvulla suuria muutoksia. Koronapandemia haastoi koko terveyspalvelujärjestelmän sopeutumiskyvyn ja pakotti myös yksityiset toimijat mukautumaan monin tavoin. Sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistus muovaa julkista terveydenhuoltoa ja siten myös yksityisten markkinoiden toimintaedellytyksiä. Suurten muutosten keskellä yksityisen sektorin osuus terveyspalveluiden tuotannosta on kuitenkin kasvanut tasaisesti. Tämä kehityskulku lisää tarvetta ymmärtää yksityisen terveyspalvelualan kilpailua ja siihen vaikuttavia tekijöitä.

Tutkimuksemme syventää ymmärrystä alan toimintalogiikasta ja tarjoaa toimialan kilpailuympäristöstä ja kilpailuedun muodostumisesta siinä hyvin syvällisen ja monitahoisen kuvan. Haastattelututkimuksemme on erityinen, koska se kokoaa yhteen toimialan kilpailuun vaikuttavat tekijät niin toimialan ulkoisen kuin alan sisäisenkin toimintaympäristön kattaen. Pohdimme myös alan tulevaisuuden näkymiä sovittamalla yhteen haastattelemiemme asiantuntijoiden arvioita ja kilpailuedun teorioita.

Haluamme kiittää Kelaa tutkimuksen rahoittamisesta ja mahdollistamisesta. Kiitämme myös Jouni Saarnia arvokkaasta tuesta tutkimuksen eri vaiheissa sekä Kristel Edelmania aineiston analyysiin ja tutkimuksen kirjoittamiseen liittyvästä rakentavasta palautteesta. Lisäksi kiitämme käsikirjoituksen vertaisarvioijia arvokkaista muutos ehdotuksista. Erityisen lämpimät kiitokset kaikille haastatteluihin osallistuneille, jotka mahdollistivat tämän tutkimuksen. Toivomme tutkimuksemme auttavan lukijoita ymmärtämään paremmin terveyspalvelualaa ja tuovan tarpeellista uutta tietoa alaa koskevaan poliittiseen päätöksentekoon.

Turussa ja Helsingissä marraskuussa 2024

Kirjoittajat

Sisältö

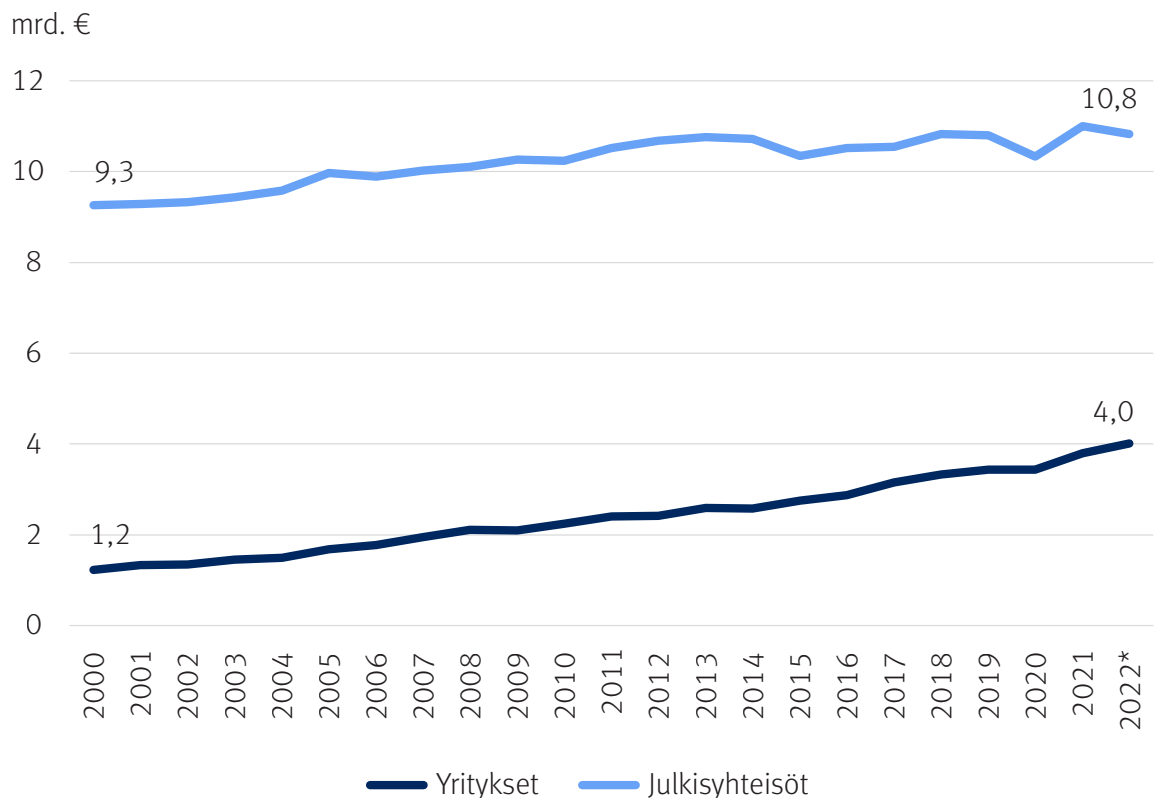
1	Johdanto	9
2	Tavoitteet	13
3	Teoreettinen viitekehys	14
4	Aineisto ja menetelmät	19
	4.1 Aineistonkeruu.....	19
	4.2 Aineiston analyysi.....	20
5	Tulokset	21
	5.1 Tuotannontekijäolot.....	21
	5.1.1 Työvoimasta käytävässä kilpailussa menestyminen tuo merkittävää kilpailuetua.....	21
	5.1.2 Toiminnan tehostaminen	26
	5.1.3 Työvoimapula kiristää kilpailuasetelmaa ja pakottaa yhteistyöhön.....	30
	5.2 Kysyntäolot.....	32
	5.2.1 Asiakkaiden mieltymyksiin vaikuttavat kolme tekijää.....	32
	5.2.2 Yksityisten terveystalveluiden kysyntä kasvaa poliittisista suhdanteista riippumatta.....	36
	5.3 Lähialat.....	37
	5.3.1 Terveysteknologia on potentiaalisen toimialamurroksen lähde.....	37
	5.3.2 Vakuutusyhtiöillä merkittävä ohjaava vaikutus läheisinä yhteistyökumppaneina.....	39
	5.4 Kilpailuolot.....	41
	5.4.1 Strategiat.....	41
	5.4.2 Uudet liiketoimintamallit.....	44
	5.5 Julkinen valta.....	47
	5.5.1 Rahoitusjärjestelmä.....	48
	5.5.2 Poliitiikka ja julkinen infrastruktuuri.....	52
	5.6 Sattuma: korona.....	56

6 Johtopäätökset	59
6.1 Kysynnän ja tarjonnan epätasapaino terveystaloudella.....	59
6.2 Kysynnän vaikutukset kilpailuedun muodostumiseen.....	62
6.3 Tulevaisuuden näkymät kilpailuedun lähteille.....	65
6.4 Potentiaali suhdelainotukseen kilpailuun.....	70
7 Lopuksi	72
Lähteet	74

1 Johdanto

Yksityiset terveystalvet ovat lisääntynyt 2000-luvulla huomattavasti, ja sen merkitys Suomen terveystalvelujärjestelmässä kasvaa jatkuvasti. Yksityisen alan tuotos on yli kolminkertaistunut 2000-luvun alusta, kun julkinen tuotos on vastaavana aikana kasvanut 17 %. (Kuvio 1.) Yritysten osuus kokonaistuotannosta kasvoi samana aikana 11 %:sta 26 %:iin (Tilastokeskus, 2023). Esimerkiksi Uudellamaalla yksityiset toimijat tuottivat perusterveydenhuollon tasoisesta avohoidosta jo 62 % vuonna 2016 (Lith, 2018). Vuonna 2022 lääkäreistä 16 % toimi yksityisellä sektorilla päätoimisesti (Lääkäriliitto, 2023a, s. 10) ja noin kaksinkertainen määrä sivutoimisesti (Lääkäriliitto, 2023b, s. 4).

Kuvio 1. Terveystalvelualan tuotoksen kehitys^a yksityisellä ja julkisella alalla vuosina 2000–2022.



^a Tuotos on inflaatiokorjattu vuoden 2010 hintatasoon. Vuoden 2022 luku on ennakkotieto.

Yksityiset terveystalveluyritykset tuottavat Suomessa palveluja kolmelle asiakassegmentille: yksityisasiakkaille, yritysasiakkaille ja julkiselle sektorille. Segmentit edustavat alan markkinoista kutakuinkin yhtä suuria osuuksia liikevaihdolla mitattuna. (KKV, 2020.) Yksityisasiakkaat käyttävät yksityisiä terveystalveluja pääasiassa itse maksamalla tai rahoittamalla käyttöä vapaaehtoisella sairauskulu-

vakuutuksella (Tevameri, 2023). Sairauskuluvakuutusten määrä on kasvanut viime vuosina, ja vuoden 2022 lopussa sairauskuluvakuutus oli jo 23 %:lla suomalaisista (FKL, 2023). Sairauskuluvakuutusten hankkimisen keskeisin syy on halu käyttää yksityisiä terveystalvaeluja ja tyytymättömyys julkisiin palveluihin (Valtonen ym., 2014). Sairauskuluvakuutus ohjaakin yksityisasiakkaiden kysyntää voimakkaasti yksityiselle sektorille, sillä 91 % vakuutetuista käytti yksityisiä terveystalvaeluja (KKV, 2020). Mitä korkeampi on terveystalvaelujen käyttäjän sosioekonominen status, sitä yleisempää on, että hän käyttää yksityisiä sairauskuluvakuutuksia ja yksityisiä terveystalvaeluja (Blomgren ym., 2020; Lavaste, 2023). Lisäksi palvelujen käyttöä tuetaan julkisesta sairaanhoitovakuutuksesta¹. Vuonna 2022 lääkäripalkkioiden kustannuksista korvattiin keskimäärin 13,4 % ja tutkimuksesta ja hoidosta 21,6 % (Kela, 2024).²

Yrityisasiakkaista valtaosa on työterveystalvaeluja hankkivia työnantajia ja yrittäjiä, jotka myös rahoittavat valtaosan (80 %) palveluista suoraan asiakasmaksuina ja pakollisten työtulovakuutusmaksujen välityksellä. Työntekijät rahoittavat palveluista 19,2 % työtulovakuutusmaksujen kautta. (Turunen, 2020.) Lisäksi yrityisasiakkaisiin luetaan vakuutusyhtiöt. Kolmas keskeinen asiakassegmentti koostuu julkisen sektorin ulkoistuksista ja ostopalveluista. Ulkoistuksessa vastuu tietyn väestön terveydenhuollosta siirretään yksityiselle tuottajalle kokonaan tai osittain. Ostopalveluilla puolestaan viitataan suoriteperusteisesti maksettaviin palveluihin, joissa vastuu säilyy julkisella tuottajalla. (KKV, 2020.)

Väestön ikääntyminen on lisännyt terveystalvaelujen kysyntää viime vuosina. Sairauskuluvakuutukset ja kulutusikäntymisen muutokset lisäävät etenkin yksityisasiakkaiden terveystalvaeluiden kysyntää, mutta myös työnantajien ja julkisen sektorin yksityisten palveluiden kysyntä on lisääntynyt. (Hujanen ym., 2023a) Esimerkiksi työterveyshuollon tuottajista valtaosa on yksityisiä (Kela, 2023a, s. 13). Yksityisen hammashoidon osuus aikuisten palveluissa on hyvin keskeinen (Blomgren ym., 2021), ja yksityisiä lääkäripalveluita käyttää tasaisesti noin neljännes väestöstä vuosittain (Kela, 2023b, s. 64). Kasvaneen palvelujen kysynnän lisäksi yksityisen sektorin toimintaan ovat vaikuttaneet poliittiset linjaukset, erityisesti yksityisen sektorin julkiseen rahoitukseen ja sen rooliin palvelujärjestelmässä liittyvä lainsäädäntö. Terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamista on ajettu poliittisesti aina 2010-luvulta lähtien (Pekurinen ym., 2011). Tämän seurauksena Kela-korvauksia on leikattu useaan otteeseen työterveyshuoltoa lukuun ottamatta ja poliittinen painopiste on ollut julkisten palveluiden

1 Valtio kattaa sairaanhoitovakuutuksen kustannuksista 67 % ja loput katetaan palkoista, yrittäjätuloista ja etuuksista tehtävillä pidätyksillä (Kela, 2023c).

2 Tutkimuksen toteutuksen jälkeen vuoden 2023 alussa valtaosa tutkimuksen ja hoidon korvauksista poistettiin ja lääkäripalkkioiden korvaus laskettiin 8 euroon. Vuoden 2024 alussa Kela-korvaus nostettiin yksityisen yleis- ja erikoislääkärin vastaanottokäynnistä 30 euroon ja etävastaanotosta 25 euroon. (Kela, 2023c.)

kehittämisessä. Toisaalta työterveyshuollonkin korvausjärjestelmää uudistettiin vuonna 2020, ja sen seurauksena Kela-korvauksia maksetaan yhä vähemmän työterveyshuollon sairaanhoidon palveluista. (Hujanen ym., 2023b.)

Yrityskauppojen ja suuryritysten muita nopeamman orgaanisen kasvun myötä yksityinen terveyspalveluala on viime vuosikymmeninä keskittynyt (Hiltunen & Saarni, 2014; KKV, 2020; Nurminen, 2023). Kaksi kolmesta suurimmasta yrityksestä on viime vuosina listattu pörssiin, ja pienten ja keskisuurien yritysten markkinaosuudet ovat laskeneet. Suuryritysten kasvua ovat vauhdittaneet runsaat pääomasijoitukset (Holtari & Felt, 2017). Vuonna 2020 kilpailuviranomainen esitti ensimmäistä kertaa alan yrityskaupan kieltämistä kilpailun ongelmiin vedoten (KKV, 2020).

Viime vuosina myös koronapandemia on vaikuttanut toimialaan, sillä pandemia aiheutti suuria muutoksia koko väestön palvelutarpeisiin (Rissanen ym., 2020). Yritykset sopeutuivat tilanteeseen tarjoamalla uusia palveluita, minkä lisäksi pandemia vauhditti teknologioiden hyödyntämistä ja vaikutti etälääkäripalveluiden tarjonnan lisäämiseen. Suomen kahden suurimman terveyspalveluyrityksen etävastaanottojen määrä kaksinkertaistui vuoden 2020 aikana (Honkatukia, 2020, 15). Myös Kela päivitti etäpalveluihin liittyviä korvauskäytäntöjään vuoden 2020 keväällä edistääkseen digitaalisten palveluiden saatavuutta ja käyttöä (Hyvinvointiala, 2020).

Työvoimapula on useista syistä yhä suurempi haaste toimialalle. Työvoimapula koskee valtaosaa terveydenhuollon ammattiryhmistä koko Suomessa. Vaje on henkilöstömäärällä mitattuna merkittävä, ja rekrytointihaasteet ovat lisääntyneet alalla vuodesta 2016 lähtien. Työvoiman niukkuus vaikuttaa koko sote-alaan. (Tevameri, 2023.) Yksityisen alan edellytyksiä työvoiman houkuttelemiseksi pidetään kuitenkin usein julkista alaa parempina (mm. Paananen, 2024). Tevameren (2021) mukaan digitalisaatio ja terveysteknologian innovaatiot aiheuttavat alalle myös uusia osaamistarpeita, jotka kasvattavat alan työvoiman saatavuuden ja kohtaannon ongelmaa entisestään.

Sote-palvelujärjestelmän uudistukset muokkaavat lisäksi yksityisen alan roolia osana palvelujärjestelmää. Julkisesti rahoitettujen palveluiden järjestäminen siirtyi kunnilta hyvinvointialueille ja Helsingin kaupungille vuoden 2023 alussa, mutta hyvinvointialueiden toiminnan vakiinnuttamiseen arvioidaan kuluvan vielä vuosia (Hankonen, 2023) ja seuraavat hallitukset jatkavat uudistustyötä (Tynkkynen ym., 2023). Orpon hallitusohjelmassa 2023 hyvinvointialueita kannustetaan yksityissektorin palveluiden käyttöön monin tavoin (VN, 2023). Hallitus on myös korottanut yksityislääkärillä käyntien Kela-korvauksia kasvaneiden hoitojonojen purkamiseksi (STM, 2023). Hallitusohjelman mukaan Kela-korvausmallia ollaan aikeissa myös kehittää (VN, 2023).

Yksityisen terveydenhuollon kilpailuympäristön muutosta on kuvailtu viime vuonna esimerkiksi työvoimaolojen (Tevameri, 2021, 2022, 2023), yritysten toimintaedellytysten (Tevameri, 2020, 2022) sekä koronapandemian näkökulmasta (mm. Rissanen ym., 2020; Tevameri, 2021). Toisaalta tutkimuksia, jotka kartoittaisivat kattavasti niin toimialan ulkoisten kuin yritysten sisäistenkin kilpailuedun osatekijöiden muutosta ja osallisuutta kilpailuedun muodostumisessa, ei ole aiemmin tehty. Esimerkiksi Tevameren (2020) mukaan yritysten roolista palvelujärjestelmän kokonaisuudesta on hyvin hajanaista tietoa, vaikka se olisi keskeistä palvelujärjestelmän ohjaamiseksi ja kehittämiseksi.

2 Tavoitteet

Tutkimuksemme tavoitteena on kuvailla yksityisen terveystalouden kilpailuympäristö ja kilpailuedun muodostuminen sekä tutkia niissä tapahtuneita muutoksia niin yritysten sisäisen kuin ulkoisenkin toimintaympäristön näkökulmasta. Pitkän aikavälin muutosten lisäksi tavoitteena on tutkia erityisesti koronapandemian ja etäpalveluiden yleistymisen vaikutuksia kysyntään, palvelutarjontaan ja yritysten menestykseen. Lisäksi tulosten perusteella on tavoitteena pohtia kilpailuympäristön tulevaisuuden muutoksia ja niiden mahdollisia vaikutuksia toimialalla.

Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä sovellamme Porterin timanttimallia (1990), jota täydennämme resurssiperusteisella ja dynaamisten kyvykkyyksien viitekehyksillä sekä Chenin ja Millerin (2015) dynaamisen kilpailun laajennetulla mallilla. Tutkimus toteutettiin vuoden 2022 aikana haastatteleamalla alan yritysten johtoa ja ulkoisen toimintaympäristön asiantuntijoita. Kiteytimme tutkimuskysymyksemme seuraavasti:

- Mitkä ovat yksityisen terveystalouden keskeiset kilpailuedun osatekijät?
- Mikä selittää niiden merkitystä kilpailuedun muodostumisessa?

3 Teoreettinen viitekehys

Teoreettisena viitekehystenämme on Porterin timanttimalli täydennettynä resurssiperusteisella teorialla, dynaamisten kyvykkyyksien teorialla ja dynaamisen kilpailun laajennetulla viitekehyksellä (kuvio 2). Porterin (1990) timanttimalli selittää, miten toimialaa ohjaavat paineet muodostuvat kuuden osatekijän vaikutuksessa. Neljä pääosatekijää ovat tuotannontekijäolot, kysyntäolot, lähialat ja kilpailuolot, joiden lisäksi oheistekijöinä ovat julkinen valta ja sattuma. Näiden tekijöiden välisessä vuorovaikutuksesta syntyvä toimintaympäristö voi parhaassa tapauksessa kannustaa toimialan kilpailussa menestyvät yritykset kansainväliseen menestykseen. Porterin (1990) timanttimallia on hyödynnetty Suomessa muun muassa sairaanhoitovakuutusten korvausten vaikutusten (Hiltunen ym., 2015) ja hammashoitopalveluiden tutkimuksessa (Mikkola ym., 2005).

Kuvio 2. Tutkimuksen teoreettinen viitekehys.



Kasvu edellyttää tuotannontekijöiden riittävyyttä lyhyellä aikajänteellä, mutta pula tuotannontekijöistä kannustaa innovoimaan ja tehostamaan toimintaa pitkällä aikavälillä. Kysyntäolot tukevat toimialan kehitystä parhaiten, kun asiakkaat ovat edistyksellisiä ostajia ja globaalien trendien edelläkävijöitä. Tällöin yritykset saavat kilpailuetua pyrkiessään vastaamaan asiakkaiden vaatimuksiin. Lähialojen toimijat edistävät kilpailuetua, kun niiden kanssa onnistutaan muodostamaan tehokkaita toimitusketjuja ja syviä yhteistyösuhteita. Jatkuvan vuorovaikutuksen kautta saadaan tukea innovointiin ja kasvetaan yhdessä. Kilpailuolot muovaavat yritystoimintaa parhaiten, kun kilpailu on kireää ja pakottaa yritykset innovointiin ja tehostamiseen. Porterin teorian mukaan julkisen vallan ei pidä suojella toimijoita sopimusten avulla, vaan kilpailu tulisi pitää vapaana. Kansainvälisille markkinoille siirtyminen saattaa olla erityistapaus, jossa julkinen tuki saattaa olla hyödyksi, jos sen avulla pystytään lisäämään yritysten kasvua. (Porter, 1990.)

Käytämme Porterin mallia jäsentämään kuvaa kilpailutuksesta toimialatasolla. Porterin teoriaa voidaan soveltaa myös terveydenhuollossa, vaikka toimialalla on omat erityispiirteensä ja julkinen valta ohjaa toimintaa poikkeuksellisen merkittävästi. Ymmärtääksemme paremmin yritysten sisäisiä lähestymisnäkökulmia kilpailuun täydennämme Porterin mallia resurssiperusteisella teorialla ja dynaamisten kyvykkyyksien teorialla.

Resurssiperusteisen teorian (RBV, *Resource-Based-View*) mukaan yritykset pysyvät hankkimaan kilpailuetua hyödyntämällä arvokkaita resursseja. Arvokkailla resursseilla yritykset kykenevät käyttämään hyväksi ympäristön tarjoamia mahdollisuuksia ja välttämään uhkia. Resursseja on monenlaisia, mutta ne voidaan jakaa kolmeen pääkategoriaan: 1) fyysiset resurssit, kuten teknologia, laitteet ja rakennukset, 2) inhimilliset resurssit, kuten taidot ja suhteet, jotka ovat kehittyneet organisaation jäsenten kokemusten, koulutuksen tai luontaisten kyvykkyyksien myötä ja 3) organisatoriset resurssit, kuten hallintoon, viestintään ja suunnitteluun liittyvät järjestelmät sekä organisaation sisäiset ja ulkoiset suhteet. (Barney, 1991, s. 101.)

Tuottaakseen pysyvää kilpailuetua resurssien täytyy olla harvinaisia eivätkä ne saa olla jäljiteltävissä tai korvattavissa. Jos resurssi on yleisesti saatavilla mutta arvokas, se ei ole kilpailuetutekijä vaan tärkeä selviytymisen kannalta. Resurssin täydellinen jäljiteltävyys saattaa olla mahdotonta kolmesta syystä: 1) Resurssin hankkiminen liittyy organisaation historiaan. Se siis vaati tietynlaisen kehityspolun, kuten sen, että se on ollut saatavissa tiettyssä paikassa tiettyyn aikaan mutta ei ole enää. 2) Kilpailuedun lähde on epäselvä. Yksikään alan toimijoista ei siis ymmärrä, mikä resurssi on tunnistetun kilpailuedun takana. 3) Resurssia ei kyetä hankkimaan, koska se on sosiaalisesti liian monimutkainen hallittavaksi tai muodostettavaksi. (Barney, 1991, s. 107–110.)

Resurssi voi olla korvattavissa kahdella tavalla: 1) samankaltaisella resurssilla (esimerkiksi arvokas ja uniikki henkilöstö korvataan vastaavan arvoisella henkilöstöllä); 2) erilaisella resurssilla, joka tuottaa kuitenkin saman arvon (esimerkiksi henkilön tuottama arvo korvataan teknologian tuottamalla arvolla). Jos resurssi on edellä kuvatuilla tavoilla arvokas ja harvinainen eikä jäljiteltävissä tai korvattavissa, tarjoaa se pysyvää kilpailuetua. Kilpailuetu säilyy, kunnes ympäristö muuttuu niin paljon, ettei kyseinen resurssi enää täytä edellä mainittuja kriteereitä. (Barney, 1991, 102–111.)

Terveyspalvelualalla saatavilla olevien resurssien odotettavasti niukentuessa suhteessa tarpeeseen yrityksille tulee yhä tärkeämmäksi hyödyntää omia resurssiaan optimaalisella tavalla (Kash ym., 2014). Resurssiperusteisella teorian avulla on tunnistettu potentiaalia erityisesti terveyspalveluiden laadun kehittämisen arvioinnissa (Burton & Rycroft-Malone, 2014).

Kilpailuetua tuottavat resurssit voivat kuitenkin menettää arvonsa ympäristön muuttuessa. Tämän takia resurssiperusteinen teoria soveltuu huonosti kuvaamaan kilpailuedun muodostumista nopeasti muuttuvassa ympäristössä. Tällaisessa ympäristössä dynaamisten kyvykkyyksien teoria toimii paremmin, sillä se painottaa yrityksen kykyä uudistaa resurssiaan ja sovittaa ne uuteen ympäristöön. (Teece ym., 1997.) Dynaamiset kyvykkyydet siis johtavat kilpailuetuun muuttuvassa ympäristössä, kun taas arvokkaat resurssit tuottavat kilpailuetua tasaisemmassa ympäristössä. Dynaamisten kyvykkyyksien teoria täydentää resurssiperusteista teoriaa, sillä se selittää niitä mekanismeja, jotka mahdollistavat kilpailuedun säilymisen (Teece ym., 1997). Resurssiperusteinen teoria on perinteisesti kuvannut paremmin terveyspalvelualan kilpailuedun muodostumista, mutta kiihtyneen kilpailun ja kasvaneen epävarmuuden myötä dynaamisten kyvykkyyksien teoria on tullut yhä keskeisemmäksi myös terveyspalvelualalle (Agwunobi, 2016).

Resurssiperusteista teoriaa on täydennetty myös huomioimalla, että kaikki kilpailuetua tuottavat resurssit eivät välttämättä ole yrityksen itsensä omistamia (Dyer & Singh, 1998; Son ym., 2014). Tässä laajennetussa resurssiperusteisessa teoriassa painotetaan yritysten välisistä suhteista muodostuvia kilpailuetuja ja resurssit luokitellaan jaettuihin ja jakamattomiin (Lavie, 2006). Myös suhteiden merkitystä painottavan inter-organisaation näkökulman on todettu sopivan terveyspalvelualan tarkasteluun (Gamm, 1992), ja sen soveltaminen onkin yleistynyt alalla (Palumbo ym., 2020).

Jotta viitekehysemme tarkastelisi yritysten välistä kilpailua kattavasti, otamme huomioon myös yritysten vaihtelevat kilpailuasenteet. Dynaamisen kilpailun viitekehys tarkastelee kilpailua yritysten välisen vuorovaikutuksen kautta. Yritysten nähdään reagoivan toistensa toimiin ja muodostavan toiminto–reaktio-pareja sekä monimutkaisempia kilpailullisten toimien sarjoja. Schumpeterilaisesta luovan

tuhon teoriasta polveutuva dynaamisen kilpailun teoria olettaa perinteisesti, että yrityksillä on aggressiivinen kilpailuasenne. Yritysten nähdään siis pyrkivän ensisijaisesti voittamaan toisensa ja valtaamaan markkinaosuuksia. (Chen & Miller, 2015; Ferrier ym., 1999; Ferrier, 2001; Ferrier & Lee, 2002.) Tällöin toisen haitta on oma hyöty.

Todellisuudessa yritysten tiedetään hyötyvän myös yhteistyöstä toistensa kanssa, joten klassisen mallin mukainen oletus kilpailuasenteesta voi olla harhaanjohtava. Tilannetta paikkaamaan on kehitetty yhteistyöhön nojaavia kilpailuteorioita (esim. Chen, 2008, Gimeno, 2004; Gnyawali ym., 2001).

Kokonaisvaltaista lähestymistapaa edustaa Chenin ja Millerin (2015) teoria, jossa yrityksen kilpailuasenne on janalla kilpailuhenkisestä eli aggressiivisesta (*rivalrous*) yhteistyöhaluisesti kilpailevaan (*cooperative-competitive*) ja suhdepainotteiseen (*relational*). Kilpailuhenkinen yritys suhtautuu muihin yrityksiin vain voitettavina kilpakumppaneina. Yhteistyöhaluisesti kilpaileva yritys huomioi kilpailijat myös potentiaalisina yhteistyökumppaneina, joiden avulla voi itse saavuttaa hyötyjä. Suhdepainotteinen yritys maksimoi yhteistä hyötyä.

Yrityksen kilpailuasenne riippuu yrityksen ominaisuuksista ja toimintaympäristöstä. Näitä tekijöitä tarkastellaan Chenin ja Millerin (2012) AMC-viitekehyksen (*awareness, motivation, capability*) avulla. Yrityksen täytyy olla tietoinen (*awareness*) mahdollisuuksistaan suhdepainotteiseen kilpailuun, motivoitunut (*motivation*) toimimaan suhdepainotteisesti sekä kyvykäs (*capability*) toimimaan motiivinsa mukaisesti. Näitä tekijöitä tarkastellaan organisaatio-, toimiala- ja kulttuuritasolla. Taulukossa 1 (s. 17) on eritelty tekijöitä, jotka parantavat suhdepainotteisen kilpailun kannattavuutta ja lisäävät sen todennäköisyyttä yritysten keskuudessa Chenin ja Millerin (2015) viitekehyksen mukaan. Esimerkiksi yksityisen terveyspalvelualan työvoimapula saattaa teorian mukaan lisätä kannustimia yhteistyöhön toimialan yritysten välillä.

Taulukko 1. Suhdepainotteisen kilpailun todennäköisyyttä ja kannattavuutta parantavia tekijöitä.

Tekijä	Organisaatiotaso	Toimialataso	Kulttuuritaso
Tietoisuus	Yrityksen erinomaiset valmiudet tarkastella toimintaympäristöään ja tuoda tieto yrityksen johdolle.	Yritykset toimivat lähellä toisiaan eli tuntevat toistensa vahvuudet ja heikkoudet. Tällöin pystytään tunnistamaan tilanteet, joissa yritysten liittoutuminen kannattaa.	Kasvaminen ympäristössä, jossa on opittu kiinnittämään huomiota omaan maineeseen.
Motivaatio	Yritysjohdon pysyvyys, mikä tuo kauaskatseisuutta strategiointiin ja edesauttaa avoimen ja yhtenäisen kulttuurin muodostamista.	Haasteet, kuten pula tietystä resurssista, voi kannustaa yhteistyöhön ongelman ratkaisemiseksi.	Ympäröivän kulttuurin tiukat normit ja arvot. Tällöin yritys saa herkemmin sanktioita arvojen vastaisesta aggressiivisesta kilpailusta.
Kyvykyys	Korkeatasoinen ydinosaaminen voi tehdä palveluntarjoajasta halutun strategisen partnerin. Hyvä maantieteellinen sijainti ja henkilöstön osaaminen ja sitoutuminen voivat myös kasvattaa sidosryhmien luottamusta.	Ympäristön resurssien runsaus voi mahdollistaa moninaisen yhteistyön. Esimerkiksi tiheään asutetuista kasvukeskuksista voi helpommin löytyä yhteistyökumppaneita kuin syrjäseuduilta.	Suhdepainotteisessa kulttuurissa kasvaminen opettaa yrityksiä hyödyntämään suhteita.

Mukaillen Chen & Miller (2015).

4 Aineisto ja menetelmät

4.1 Aineistonkeruu

Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina, koska halusimme varmistaa teemojen systemaattisen läpikäynnin mutta samalla säilyttää mahdollisuuden syventyä haastatteluissa nouseviin uusiin huomioihin. Koska käytimme puolistrukturoitua menetelmää ja pyrimme pitämään haastattelut keskustelunomaisina, emme noudattaneet kysymyksissä täsmälleen samoja muotoja tai järjestystä, vaikka haastattelun teemat olivat ennalta määrättyjä (Hirsjärvi & Hurme, 1995, s. 36; Hyvärinen ym., 2021).

Haastatteluja tehtiin vuoden 2022 keväällä ja kesällä yhteensä 14. Haastatteluissa oli yksi haastateltava lukuun ottamatta ensimmäistä, jossa samasta organisaatiosta oli kaksi haastateltavaa heidän ehdotuksestaan. Heitä käsitellään tuloksissa yhtenä haastateltavana, koska he täydensivät toistensa kommentteja eivätkä heidän näkemyksensä eronneet toisistaan. Haastattelijoita oli 1–3 kussakin haastattelussa, ja haastattelujen kesto vaihteli yhden ja kahden tunnin välillä. Yhden haastateltavan kanssa haastattelu suoritettiin kahdessa 1,5 tunnin osassa, koska asiaa oli paljon. 11 haastatteluista tehtiin etäyhteydellä – 10 Teamsin välityksellä ja yksi puhelimitse. Kolme haastattelua tehtiin kasvokkain.

Neljä haastateltavista edusti suuria terveystalvetyrityksiä, kolme paikallisia tai tiettyyn segmenttiin erikoistuneita terveystalvetyrityksiä, ja yksi haastateltavista toimi julkisessa terveystalvetyorganisaatiossa. Heidän lisäksi haastattelimme ulkoisten sidosryhmien asiantuntijoita pääomasijoitusosalta (1), vakuutusosalta (1), terveysteknologia-alalta (1) sekä kolmesta eri julkisen sektorin asiantuntijaorganisaatiosta.

Haastateltavien valinnassa korostuivat erilaiset taustat mutta myös haastateltavien keskeinen asema. Näin haluttiin varmistaa mahdollisimman kattava ja valistunut näkemys tutkittavasta aiheesta. Haastatteliteemat pohjautuivat Porterin (1990) timanttimaliin. Haastattelujen teemoja painotettiin haastateltavan asiantuntijuuden mukaisesti, mutta kaikki aihealueet pyrittiin käymään läpi. Haastattelurunko myös lähetettiin haastateltaville etukäteen, ja aineiston luotettavuutta pyrittiin parantamaan takaamalla haastateltaville anonymiteetti.

4.2 Aineiston analyysi

Haastatteluaineisto analysoitiin hyödyntämällä kategorisoivaa laadullista sisällönanalyysiä, joka auttaa ymmärtämään aineiston faktuaalista sisältöä (Eriksson & Kovalainen, 2016; Vuori, 2021). Laadullisen sisällönanalyysin vaiheita noudatellen aineisto litteroitiin ja koodattiin keskeisten aiheiden tunnistamiseksi sekä selkeän kokonaiskuvan muodostamiseksi. Koodien muodostamisen jälkeen niitä analysoitiin ja vertailtiin uudelleen, minkä jälkeen ne jaettiin vielä laajempiin aineistoa kuvaaviin teemoihin. Prosessin lopputuloksena aineistosta saatiin selkeä käsitys. (Eriksson & Kovalainen, 2016, 121–125; Juhila, 2021; Ryan & Bernard, 2000.) Hyödynsimme koodauksessa Nvivo-ohjelmistoa. Haastattelujen runkona käytetty Porterin (1990) timanttimalli muodosti oletuskategoriat, joita täydennettiin tutkimusaineiston pohjalta.

5 Tulokset

Taulukko 2. Haastatteluaineiston raportoinnissa käytetyt koodit.

Koodi	Selite
Iso	Suuren terveystalvvelutyrytyksen edustaja
Pk	Pienemmän terveystalvvelutyrytyksen edustaja
L1S	Pääomasijoitusalan edustaja
L2V	Vakuutusalan edustaja
L3T	Terveysteknologia-alan edustaja
JS1	Julkisen sektorin palveluntarjoajan edustaja
MS	Muun sektorin edustaja, kuten julkisen sektorin asiantuntija

5.1 Tuotannontekijäolot

5.1.1 Työvoimasta käytävässä kilpailussa menestyminen tuo merkittävää kilpailuetua

Terveystalvvelut ovat työvoimaintensiivinen ala, jolla kasvu edellyttää tyypillisesti henkilöstön lisäystä. Terveystalvvelualalla on huomattava työvoimapula³, mikä tekee kyvystä kilpailla työvoimasta merkittävän kilpailuedun osatekijän. Haastatteluiden perusteella suurin syy käyttää yksityistä terveystalvveluntarjoajaa julkisen palveluntarjoajan sijaan on mahdollisuus päästä hoitoon juuri silloin, kun asiakas haluaa. Lisäksi nopea hoitoon pääsy on merkittävä syy valita tietty terveystalvvelutyrytyksen toisen sijaan. Näin ollen työvoimasta kilpailun merkitys kilpailuedun saavuttamisessa korostuu entisestään tilanteessa, jossa nopea saatavuus on keskeistä. Tästä syystä kyky luoda miellyttävä työpaikka terveystalvvelualan ammattilaisille sekä tehostaa työn tuottavuutta ovat tärkeitä kilpailuedun lähteitä.

Haastatteluissa työvoima todettiin tarjonnan pullonkaulaksi, joka tekee työvoimasta kilpailusta on kireää. Tilanne on ollut vaikea jo pitkään mutta pahentunut viime aikoina entisestään. Pulaa on lääkärrien lisäksi myös hoitajista, ja työvoimasta käytävässä kilpailussa menestymistä pidetään terveystalvvelualalla tärkeänä.

3 Lisätietoa: Tevameri, T. (2023) *Sote-palveluala: Työvoima, yksityisen sektorin rooli ja kansainvälistyminen* (TEM toimialaraportit 2). TEM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-605-5>

”Se aika paljon ratkaisee tätä tulevaisuutta, että kuka onnistuu houkuttelemaan meidän ammattilaiset ja pitämään heistä kiinni myöskin. Eikä pelkästään lääkäreistä vaan hoitajista. Niistähän on enemmän ja enemmän pula koko ajan, kaikista osaavista hoitajista.” (Iso1)

Yleisin näkemys haastateltavilla oli se, että menestyäkseen kilpailussa työvoimasta yrityksen on tärkeintä kehittää työssä viihtymistä ja työhyvinvointia. Näiden kannalta tärkeäksi tekijäksi mainittiin usein työn joustavuus. Työntekijöiden on siis tärkeää kyetä vaikuttamaan omiin työtapoihinsa, -määrään ja -aikoihin. Työn joustavuuden lisäksi työssä viihtyvyyden kannalta on tärkeää, että työtehtävät ovat mielekkäitä, johtaminen on laadukasta ja työpaikan ilmapiiri ja kulttuuri ovat hyvät. Näitä työssä viihtymisen tekijöitä korostivat erityisesti lääkärit ja usein myös hoitajat.

”– – millä kilpaillaan, niin viime kädessä kilpaillaan työoloilla. Sillä, et sä pystyt vaikuttaa itse sun työntekemisen tapoihin, määrään, aikoihin. Se on itse asiassa suurin. Tietysti, et työt koetaan mielekkäaks, sillä on sisältöä. Se on tärkeä, et se on hyvin johdettua ja et sä voit itse vaikuttaa siihen. Ne on ne tärkeimmät. Se on itse asiassa tärkeemmät kuin se palkka.” (MS1)

”Kyllä edelleen varmaan ne työolot ja jotenkin se mahdollisuus joustaa on niitä keskeisiä kilpailutekijöitä.” (Iso3)

”Kyllä mä veikkaan että työolosuhteilla tullaan nyt kilpailemaan. Ja se joka voittaa sen henkilöstön, niin määrittää tän pelin.” (MS2)

Hyvä johtaminen, työn joustavuus ja kevyempi kuormitus mainittiin tyypillisiksi yksityisten toimijoiden eduiksi. Julkisten terveystalvuluorganisaatioiden etuina puolestaan nähtiin osaamisen kehittäminen haasteellisten tehtävien kautta, vakaus ja aatteellinen kutsumus työskennellä julkisella sektorilla. Koska sekä julkisilla että yksityisillä organisaatioilla on vahvuutensa, monet lääkäreistä tasapainottavat työnkuvaansa työskentelemällä molemmilla. Julkisen organisaation vaikeammat potilaat antavat heille paremmat mahdollisuudet kehittyä ja lisäävät työn mielekkyyttä. Osaviikkoinen työskentely yksityisellä sektorilla puolestaan tarjoaa lisää joustavuutta ja autonomiaa sekä parantaa jaksamista.

Työssä viihtymisen lisäksi puhuttiin myös palkan merkityksestä. Palkka kilpailuvalttina mainittiin ongelmallisena palveluntuottajaorganisaatioiden näkökulmasta, koska se nostaa kuluja mutta ei vie alaa eteenpäin. Palkan merkityksestä kilpailussa työvoimasta ei puhuttu yhtä johdonmukaisesti kuin työssä viihtyvyyden tekijöistä, mutta ilmeisesti se on kuitenkin keskeinen työvoimasta kilpailun

osatekijä varsinkin hoitajista kilpailtaessa. Eräs haastateltavista näki sen jopa merkittävimpänä tekijänä ongelmallisuudestaan huolimatta.

”Suurin kilpailutekijä on, vaikka nyt joku sanoo, et palkal ei oo merkitystä, niin kyl sil osaaval työvoimal tällä hetkellä palkka on se isoin tekijä, joka vaikuttaa. Palkkakilpailu on ikävää, koska me kilpaillaan ikään kuin samoista tekijöistä. Siis sinänsä se palkal kilpailu ei oikeen hyödytä ketään, joka järjestää tai tuottaa palveluita.” (JS)

Toimiala-tasolla hoitajapulan ja lääkäripulan nähtiin aiheutuneen eri syistä, vaikka yritystasolla molempien kilpailutekijät liittyivät vahvasti työhyvinvointiin ja työssä viihtyvyyteen. Erityisesti väestön ikääntyminen ja pitkäaikaissairaiden määrän kasvu saa aikaan työvoimapulaa. Tuotannon tekijöistä haastateltavat nostivat lääkäripulan syiksi vaihtelevasti 1) lääkäreiden koulutuspaikkojen vähyyden, 2) lääkäreiden työtuntien vähentymisen hyvien työsopimusten ja kulttuurimuutoksen myötä, 3) lääkäreiden työajan kulumisen yhä enemmän oheistehtäviin, kuten tietojen kirjaamiseen ja 4) alan hitaan uudistumistahdin, jonka vuoksi helpompia lääkärin tehtäviä ei ole korvattu tai helpotettu teknologian tai muiden innovaatioiden avulla.

Alan vähäisen innovatiivisuuden lisäksi hoitajapulan syyksi nähtiin yksiselitteisemmin alan vaikeat työolosuhteet, huono palkka ja huono maine. Koettiin, että näiden syiden takia alalle ei tule tarpeeksi uusia työntekijöitä ja että yhä useampi vaihtaa alaa. Haastateltavien mukaan erityisesti työn kuormittavuus ja koettu arvostuksen puute tekevät hoitajien työoloista vaikeita. Hoitajien ammattiliitot saivat osalta haastateltavista kritiikkiä, koska he näkivät niiden entisestään huonontavan hoitajien alan mainetta sen huonoja puolia mediassa jatkuvasti painottamalla. Tästä syystä yhä harvemman uskottiin haluavan työskennellä hoitajana. Siispä terveysterveyspalveluorganisaatiot eivät menetä työntekijöitään vain kilpailijoille, vaan myös kokonaan muille aloille.

”Hoitajistahan iso osa, – – lähtee – – meiltä, niin vaikka kiinteistönvälittäjäks. – – Enemmän kun siirtyy meiltä kilpailijoille, niin siirtyy alalta pois. Se on Suomen kannalta iso, iso ongelma. – – Omat liitotahan on tehnyt tosi paljon hallaa siihen, että molla sitä omaa alaansa, jolloin tosi moni itse ajattelee, että tää onkin aika huono ala, että en mä täällä halua olla, vaikka – – olis ollut ihan tyytyväinen siihen asti.” (Iso1)

Ongelman korjaaminen ei ole helppoa, mutta ehkäpä keskeisimmäksi ratkaisuehdotukseksi haastatteluissa nousi se, että hoitajien itsearvostusta tulisi tukea. Tällöin työolot olisivat paremmat ja raskasta työtä olisi helpompi kestää. Jos useampi kokisi hoitajan uran houkuttelevana eikä vaihtaisi myöhemmin alaa, hoitajista ei olisi yhtä paljon pulaa, jolloin työ myös kevenisi. Yhtenä arvostuksen

osoituksena mainittiin palkan korottaminen, mutta tästä oli myös erimielisyyksiä. Monet haastateltavista näkivät sen hyvin keskeisenä asiana, mutta jotkut totesivat, että palkan tärkeyttä ylipainotetaan.

”Just eilen taas katoin nukkumaan mennessä jotain Rytkösen Instagramia ja siinä – – on tää mantra, että halutaanko hoitajapula ratkasta vai ei – – Ja palkalla se ratkee tai ei ratkee. Totta kai se jonkunlainen tekijä aina on, mut ei se ratkee sillä. Ja jotta me saatais se 200 000 uutta sote-alalle töihin vuoteen 30 mennessä, johon on tosi lyhyt aika, niin pitäis kokonai-sii ikäluokkii kouluttaa siihen, eikä siihen minkäänlainen palkka riitä.”
(MS1)

Jotkut haastateltavista näkivät, ettei palkka korjaa asioita vaan ainoastaan auttaa sietämään huonoja työoloja hieman pidempään. Näin ollen palkan korottaminen ei olisi todellinen ratkaisu työvoimapulaan. Toisaalta palkan tärkeyttä korostaneet olivat usein sitä mieltä, että hyvä palkka viestisi hoitajan työn arvostuksesta, jolloin sillä olisi välillisesti merkittävämpi rooli.

Toinen keskeinen haastatteluissa mainittu tapa ilmaista arvostusta olisi kohdella hoitajia itsenäisinä terveydenhuollon ammattilaisina eikä lääkärin apulaisina. Heille siis annettaisiin mahdollisuus tavata potilaita enemmän itsenäisesti ja ottaa näistä vastuu. Tätä rajoittavaksi tekijäksi mainittiin muun muassa se, ettei hoitajilla ole yhtä suuria valtuuksia määrätä lääkityksiä tai muita hoitotoimenpiteitä potilaille kuin lääkäreillä. Työvoimapulan kerrottiin kuitenkin johtaneen tämän suuntaiseen kehitykseen varsinkin julkisella puolella.

”Ihan se arvostus ja hoitajatyön oma itsenäinen rooli, et hoitaja ei oo lääkärin apulainen, vaan hoitaja on ihan oma hoitotyön, terveystyön ammattilainen. Se on mun mielestä isoin asia.” (Iso1)

Hoitajapulan ratkaisun keskeiset tekijät – palkka, työolosuhteiden kehittäminen ja alan arvostuksen osoittaminen – eivät haastatteluiden perusteella näytä kuitenkaan tuovan ratkaisua lääkäripulaan. Lääkäripulan aikaansaama lääkäreiden vahva neuvotteluvoima palkkaus- ja työsuhdekysymyksissä mahdollistaa lyhyempien työviikkojen tekemisen yksityisellä sektorilla. Niinpä vaikka lääkäreitä lukumääräisesti olisikin tarpeeksi, lääkäryötunteja ei ole tarpeeksi. Osa haastateltavista toi esiin, että alalla on havaittavissa myös kulttuurin muutos: vanhemman sukupolven lääkärit ovat usein omistaneet elämänsä työlleen; nuoremmat sukupolvet arvostavat useammin myös vapaa-aikaa. Tämän vuoksi monet yksityisellä sektorilla toimivat lääkärit hyödyntävät mahdollisuuttaan tehdä hieman lyhyempiä työviikkoja kuin on aikaisemmin ollut tyypillistä.

”Enemmänkin nään sen ongelmana, että saatais pysymään ne koulutetut lääkärit töissä täällä kotimaassa niissä lääkärin töissä. – – sitä valuu sitä valmistunutta lääkäriä liikaa pois sieltä lääkäriätyövoimasta, syystä tai toisesta. Ja se yks syy on ehkä se, että he tienaa sen verran hyvin että he voi tehdä näin, – – he voi tehdä osa-aikaisesti ja sit jos me saatais määriä lisättyä, eli sitten niistä tulis vähän kilpailua niistä lääkärin viroista ja muusta, ettei olis aina automaatio et jokainen lääkäri pääsee heti töihin, niin – – Ei lääkärit – – pystyis sanelemaan sitä omaa työtään niin paljon kuin ne tällä hetkellä pystyy.” (Pk1)

Osa haastateltavista näki kehityksen syyksi koulutettujen lääkärin lukumäärän: jos lääkäreitä koulutettaisiin enemmän, lääkärin neuvotteluvoima ei olisi ihan yhtä vahva ja työ sopimukset eivät olisi aivan yhtä suotuisia. Tällöin joidenkin hyödyntämä mahdollisuus tehdä lyhyempiä työviikkoja heikentyisi. Tämän pohdittiin saattavan myös vähentää työvoimapulan alueittaista ja tehtäväkohtaista vaihtelua, kun lääkärin välinen kilpailu työpaikoista tiukentuisi.

Toinen haastatteluissa esiin noussut näkökulma oli se, ettei ongelman ytimessä ole niinkään lääkärin määrä, vaan se, mihin heidän työaikansa kuluu. Erään näkemyksen mukaan lääkärin työ kuluu lisääntyvissä määrin oheistehtäviin, kuten tietojen kirjaamiseen. Vaikka lääkäriätyötunteja olisikin tarpeeksi, lääkärin ja potilaan kohtaamiseen käytetyistä työtunneista on pulaa – varsinkin nyt, kun kysynnän määrä on kasvanut.

Koulutusmäärien ja tuotannon tehokkuuteen liittyvien pohdintojen lisäksi työvoimapulan osaratkaisuksi mainittiin ulkomaisen työvoiman hankkiminen. Lainsäädännön ja kielitaitovaatimusten kerrottiin rajoittavan kuitenkin enemmän ulkomaisen lääkäriätyövoiman kuin hoitajatyövoiman hankintaa.

Hoitajapulaan voitaisiin siis vastata parantamalla toimialan houkuttelevuutta, mutta lääkäripulaan tämä ei ole ratkaisu, koska lääkärin ammattiin halukkaita on jatkuvasti enemmän kuin alan opiskelupaikkoja. Organisaatioiden työolosuhteiden parannukset eivät vaikuta lääkäripulaan vaan siihen, mihin toimipaikkaan lääkäri päätyy työskentelemään.

Eräessä haastattelussa todettiin myös vapaaehtoistyön saattavan olla osa työvoimapulan ratkaisua. Koettiin, että erityisesti omaisilla voi olla tärkeä rooli vanhusten tukena, esimerkiksi digilaitteiden käytössä. Omaisten lisäksi myös muunlaisista vapaaehtoisista ajateltiin voivan olla hyötyä kevyemmissä hoitotehtävissä. Tällöin koulutetun työvoiman aikaa säästyisi vaativiin tehtäviin. Tällöin työn tulisi olla houkuttelevaa myös vapaaehtoisille. Lisäksi yhtenä mahdollisuutena pohdittiin, että alalle saattaa tulevaisuudessa tulla lähialojen kautta uusia ammattiryhmiä, jotka voivat osaltaan korvata terveystalvontarjontaa.

5.1.2 Toiminnan tehostaminen

Työvoimapulan kannustaessa työvoimasta kilpailuun kannustaa se myös toiminnan tehostamiseen. Haastateltavien esittämät näkökulmat tehokkuuden kehittämiseksi liittyivät 1) teknologisten innovaatioiden tuomiin hyötyihin ja 2) terveystalouden ammattilaisten ajan käyttämiseen mahdollisimman keskeisiin tehtäviin.

Teknologian mahdollisuuksien hyödyntäminen toiminnan tehostamiseksi oli ylivoimaisesti yleisin puheenaihe. Merkittävä edistysaskel otettiin COVID-19-pandemian vaikutuksesta räjähdysnomaisesti yleistyneiden etävastaanottojen myötä. Puhelin ja videovastaanotot parantavat palveluiden saatavuutta, mutta chat-vastaanoilla kerrottiin olevan tämän lisäksi merkittäviä tehokkuusetuja. Haastateltavat kertoivat, että niissä ei ole video- tai puheyhteyttä, vaan potilas vastaa ensin algoritmin esitietokysymyksiin ja pääsee jonotettuaan keskustelemaan lääkärille chat-palvelun kautta. Tämän jälkeen lääkäri saa automaattisesti tiivistetyn yhteenvedon keskustelusta ja ottaa potilaan vastaan. Eräs haastateltava arvioi, että teknologian kehittyessä potilas tulee käymään yhä suuremman osan oireidensa kuvaukseen liittyvästä keskustelusta chat-botin kanssa, jolloin lääkärin aikaa säästyy. Hän kertoi myös, että osa järjestelmistä kykenee jo nyt tarjoamaan diagnoosivaihtoehtoja esitietojen perusteella. Chat-vastaanottojen kerrottiin vähentävän myös potilastietojen kirjaamiseen kuluva aikaa, koska esitietokysymykset kirjautuvat automaattisesti. Reaaliaikaisten jonojen ansiosta potilaiden välillä ei ole taukoja ja lääkäri voi vastaanottaa useamman potilaan samanaikaisesti. Lisäksi tietyt fyysiseen vastaanottotapaamiseen liittyvät hidasteet, kuten jutustelu vastaanoton alussa, poistuvat chatin avulla.

Etävastaanottojen käyttö vaatii kuitenkin vielä jonkin verran potilasturvallisuuteen liittyvää pohdintaa. Eräs haastateltava esimerkiksi kertoi, että vain kokeneet lääkärit tarjoavat etävastaanottoja, koska aloittelevat lääkärit eivät välttämättä tunnista piileviä ongelmia etäyhteyden kautta yhtä hyvin kuin kasvokkain. Ainakin osa organisaatioista myös seuraa lähi- ja etävastaanottotapaamisten suhdetta, jottei toinen painottuisi liikaa.

Monilla haastateltavista oli myös paljon tekoälyyn ja automatisointiin liittyviä odotuksia. Tällä hetkellä kehityksen kohteena on jo tekoälyn käyttäminen hoidontarpeen arvioinnissa, niin että tekoäly voisi ensimmäisenä kirjata potilaan esitiedot ja tämän perusteella ohjata potilaan eteenpäin laboratorioon, hoitajalle, lääkärille tai kotihoitoon. Näin säästettäisiin henkilöstön aikaa. Tekoälyä kerrottiin kehitettävän myös kuvien diagnosointia varten, ja pidemmälle tulevaisuuteen katsottaessa nähtiin mahdollisuus siihen, että tekoäly tai algoritmi voisi automaattisesti kirjoittaa potilaalle tiettyjä reseptejä. Tekoälyn hyödyntämisessä kerrottiin kuitenkin olevan merkittäviä rajoitteita. Kenties huomattavin este on se, että

jonkun täytyy aina ottaa vastuu potilaskohtaamisesta siltä varalta, että potilaalle sattuu jotakin. Haastateltavat kertoivat, että tämän vuoksi ainakin tällä hetkellä voimassa on lakirajoitteita, jotka estävät tekoälyn käyttöä merkittävästi. Toisaalta osa haastateltavista mainitsi, että uudenlaiset palvelut, joissa kenenkään ei tarvitse ottaa vastuuta hoidosta, saattavat lisääntyä. Tällaisia voisivat olla esimerkiksi laajat verinäytteistä tai muista näytteistä tekoälyllä tehdyt analyysit, jotka asiakas on halunnut teettää ilman lääkärin lähetettä tai erityistä suositusta.

Ammattilaisten työn korvaamisen sijaan teknologia voi toimia myös työn tukena. Haastateltavat kertoivat esimerkiksi, että hoitajien työtä voitaisiin tehostaa, jos raskaita tehtäviä vähennettäisiin teknologisilla innovaatioilla. Päivystävien hoitajien määrää kerrottiin voitavan vähentää jo nyt kameroita ja sensoreita hyödyntämällä. Tällöin ammattilaisille jää enemmän aikaa ydinosaamista vaativiin tehtäviin ja täydennyskouluksiin, jolloin työ tuntuu mielekkäämmältä, hoidon laatu paranee ja hoitohenkilöstö viihtyy työssä paremmin.

”Mä uskon siihen, että kaikki raskas työ voidaan siirtää koneille. Ja oleellista on se, että – – saadaan ammattilaiselle semmoset työtehtävät, johonka sitä ammattilaisen osaamista tarvitaan.” (L3T)

Kuten tekoälynkin kohdalla, lainsäädännön mainittiin rajoittavan myös tätä kehitystä. Erityisesti hoitajamitoituslaki koettiin ongelmalliseksi, koska sen katsottiin asettavan hoitajien minimimäärän suhteessa potilaisiin huomattavan suureksi. Lain vuoksi hoitajien työn tarvetta vähentävistä innovaatioista ei ole hyötyä, koska hoitajia pitää kuitenkin olla paikalla tietty määrä. Alan kulttuurin kerrottiin olevan yleisesti myös huomattavan konservatiivinen, joten vaikka laki sallisi tiettyjen innovaatioiden käytön, asiakkaat tai ammattilaiset eivät välttämättä halua hyödyntää niitä. Muutos on kuitenkin nähtävissä. Koronan kerrotaan lisänneen digivälineiden käytön hyväksyntää niin terveydenhuollon ammattilaisilla kuin asiakkaillakin, ja nuoret sukupolvet tuovat mukanaan uusia näkemyksiä. Haastatteluissa mainittiin myös, että omaisten rooli voi kasvaa tulevaisuudessa, varsinkin kun sairaiden vanhusten omaiset voivat pitää vanhemmistaan huolta entistä paremmin etäyhteyksien avulla ja auttaa heitä digipalveluiden käyttämisessä.

Teknologioiden hyödyntämisen lisäksi työvoiman ajankäytön optimointi nousi haastatteluissa esiin keinona, joka voi mahdollisesti tehostaa palvelujen tuottamista. Tavoitteena on, että terveyspalvelualan ammattilaiset käyttäisivät mahdollisimman suuren osan työajastaan juuri heidän erikoisosaamistaan vaativiin tehtäviin. Haastatteluissa mainittiin, että nykyään erikoislääkärit tekevät useasti myös tehtäviä, jotka olisivat sopivampia yleislääkäreille tai muiden erikoisalojen lääkäreille, yleislääkärit vastaanottavat potilaita, joille sairaanhoitaja kykenisi tarjoamaan ratkaisun, ja hoitajat tekevät tehtäviä, joita voisi tehdä myös terveydenhoitoon kouluttamaton henkilö. Osaratkaisuuksi mainittiin 1) täsmällisempi

hoitoon ohjaaminen hoidon tarvetta arvioitaessa, 2) hoitajien kannustaminen itsenäisempiin potilaskohtaamisiin ja tällaisten tehtävien tarjoaminen, 3) asiakaskulttuurin muutos, jonka ansiosta asiakkaat ymmärtäisivät hakea tarpeeseensa sopivinta ammattilaista, ja 4) ammattilaisten kulttuurin muutos, jonka myötä ammattilaisille voisi varata aikoja vain heidän erikoisalaansa liittyvissä asioissa. Osaltaan ongelma on myös laskutusrakenteissa, joiden takia organisaation kannalta voi joskus olla kannattavaakin, että lääkäri tekee hoitajalle sopivia tehtäviä.

”Sehän käytännössä menee semmosena vuokaaviona, että työterveyslääkäri, joista on kaikkein suurin pula, työterveyden erikoislääkäreistä, niin yritetään myös ohjata asiakkaita heiltä pois sillä tavalla, että yleislääkäri voi hoitaa. – – Jos sulla on niskat kipee ja hoitaja pystyy kattomaan, että ei oo mitään vikaa, – – niin ihan järjetöntä käyttää sitä lääkärin kautta.” (Iso1)

”15 vuotta sitten kun olin ulkoistetusti terveysasemalla töitä, niin mä tein ihan hoitajan työtä sen takia että ne sai korvauksen per lääkärin suorite. Ja sit kun ei ollut lääkärin potilaita, niin sit mä tein periaatteessa hoitajan potilaita, mut kun niistä sai paremman korvauksen niin sitä työtä siirrettiin minulle.” (Iso2)

”Meillä on ahdas henkilöstörakenne ja meillä tekee koulutettu henkilöstö tosi paljon työtä, joka ei vaadi sitä koulutustasoo, mitä he tekee. Eli tavallaan henkilöstörakenteen uudistaminen. Se koskee sekä yksityistä että julkista, koska julkinen usein asettaa sit näitä vaatimuksia.” (JS1)

”– – hoitajat, kun on tää hoitajalakko, niin just valittaa sitä et ne joutuu tekemään kaikkia siivoushommia ja – – Ei pysty tekee sitä mitä ammattilaiset tekee.” (MS2)

Sen lisäksi, ettei terveysalan ammattilaisten aika kuluisi itselleen epäsopivissa tehtävissä, haastateltavien mukaan olisi tärkeää, että varsinkin hoitajat pääsisivät kehittämään osaamistaan paremmin ja voisivat ottaa potilaita vastaan itsenäisesti. Terveyspalvelualalla on hyvin tiukat rajoitukset sille, mitä minkäkin koulutuksen saanut henkilö saa tehdä. Osa haastateltavista kuitenkin näki, että voisi olla yhteiskunnan edun mukaista, jos työrooleissa ilmenisi hieman lisää joustavuutta. Tällöin erityisesti hoitajien työ voisi muuttua mielekkäämmäksi ja tiettyjen palveluiden tarjontapulaa voitaisiin lieventää korvaamalla pullonkaulana oleva ammattilainen osaamisaluettaan laajentaneella lähialan ammattilaisella.

”Toi terveydenhuoltoala on mun mielestä yks hierarkkisimmista mitä on, – – se on sillai ymmärrettävää, et siellä on hirvee vastuu niillä ihmisillä ja sen takia se on luotu sillai, et kuka vastaa mistäkin – – et se on hirveen tarkkaan määritelty. Mutta, jotenkin nyt kun mennään eteenpäin, niin just siinä ehkä tarvis tietynlaista muutosta, et jotenkin uudelleen katsottas niitä tehtävänkuvia ja – – osaamistarpeita. – – Se vaatii vaan sitä kulttuuri- ja ajattelutavan muutosta, mikä on aika hidasta siellä ollut. Sinne pitäs tulla erilaisia toimenkuvia ja osaamisalueita ja ehdottomasti – – se lisäisi sitä houkuttavuutta, se lisäisi sitä, et me saataisiin sinne nuoria.” (MS3)

”Se mikä on tosi tärkeä on tää työnkuvamuutokset – – joustavuus. Musta oli hieno esimerkki, tää oli nyt julkiselta puolelta HUSista, kun uutisoitiin joku aika sitten. Ne oli ottanu lähihoitajia sinne synnytysosastolle, koska ne ei saanut kättilöitä riittävästi. Tavallaan niinkun he toimi sitten joko kättilön tai lääkärin työparina.” (L3T)

”– – me tehdään... Ja varmaan muutkin tekevät aika paljon töitä sen eteen, – – Et hyödynnetään se koko vähäinen, liian niukka lääkäriresurssi sit ihan oikeesti siihen lääkärin työhön – – Et esimerkiks me nyt koko ajan tehdään töitä, että me pystytään tarjoamaan enemmän hoitaja-aikoja, ohjaamaan asiakkaita hoitajille niissä tilanteissa, kun se on järkevää, – – eli asia hoituu hoitajalla käynnissä.” (Iso1)

Olisi siis tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät kuluttaisi aikaansa tehtävissä, jotka eivät vaadi heidän erikoisosaamistaan. Erityisen toivottavaa olisi, että he pääsisivät kehittämään osaamistaan ja voisivat laajentaa työrooliaan uransa aikana. Lyhyen koulutuksen saaneiden terveydenhuollon ammattilaisten työroolien laajentamisen haasteena on potilaan turvallisuuden varmistaminen myös poikkeustapauksissa. Toisaalta myös asiakkaiden jääminen täysin palvelun ulkopuolelle on vaarallista. Kyse on tasapainoilusta hoidon saatavuuden ja hoidon laadun välillä. Sama aihe nousee esiin myös uusien teknologioiden käyttöönottoa harkittaessa.

”Voidaan ajatella että meillä on helppo flunssa-case, mutta loppujen lopuks sun pitää ajatella aina jokaisen ihmisen ja asiakkaan kohdalla että onko tää oikeesti flunssa vai onko tää joku muu – – Lääkärit näkee riskin siinä, että jos hoitajien osaaminen ei riitä siihen niin sit se heikentää sitä laatua. Mutta sit mä taas ite ajattelen tästä sitä vähän pragmaattisesti, että kyllähän sekin heikentää meidän laatua et me ei pystytä tarjoamaan hoitoa ihmisille. Joku trade-offhan me siinä tehdään, jos me ajatellaan että lääkärit hoitaa kaikkia ja kaikki ei pääse hoitoon. Ja sama myös digipalveluissa.” (Iso2)

5.1.3 Työvoimapula kiristää kilpailuasetelmaa ja pakottaa yhteistyöhön

Työvoimapulan kerrottiin lisäävän yksityisten ja julkisten terveysterveyspalveluorganisaatioiden yhteistyön tarvetta mutta toisaalta luovan myös kitkaa niiden välille. Terveysterveyspalveluorganisaatioiden henkilökuntaa työskentelee molemmilla sektoreilla, joten julkiset ja yksityiset organisaatiot kilpailevat samoilla työvoimamarkkinoilla. Yksityisen sektorin nähtiin menestyvän kilpailussa työvoimasta yleisesti ottaen julkista sektoria paremmin esimerkiksi työn paremman joustavuuden vuoksi, mutta julkisella sektorilla on myös omat valttinsa. Työvoimakilpailussa menestymisensä vuoksi yksityisellä sektorilla nähtiin olevan enemmän kapasiteettia suhteessa kysyntään kuin julkisella sektorilla, minkä lisäksi se kykenee kilpailemaan paremalla saatavuudella.

Haastatteluissa mainitaan, että kilpailu työvoimasta synnyttää julkisissa toimijoissa epäluuloja yksityisiä toimijoita kohtaan. Erityisesti suurten yritysten koetaan hyötyvän julkisen sektorin ahdingosta, ja julkiset toimijat pelkäävät menettävänsä ammattilaisiaan ja sen myötä kykynsä tuottaa palveluita. Tällainen näkemys hankaloittaa yhteistyötä.

”Edelleen näihin keskusteluihin liittyy paljon epäluuloja ja vähän semmosta... En nyt sanois kateutta, mutta kuitenkin semmosta skeptisyyttä toista toimijaa kohtaan, että pumpataanko ne tekijät sit sieltä – – Et vähän semmonen pelko tuntuu varsinkin julkisella puolella olemaan, ettei vaan anneta mitään liikaa ettei sit vaan menetä liikaa.” (pk1)

Lisäksi haastatteluissa esitettiin koko terveysterveyspalvelujärjestelmän kestävyyttä koskeva huoli siitä, että kiivas työvoimasta kilpailu ajaa terveydenhuollon ammattilaiset yksityiselle toimialalle miellyttävämmiksi koettuihin tehtäviin. Tällöin työvoimapula kärjistyy entisestään tietyissä palvelujärjestelmän osissa ja vaarantaa äärimmäisessä tapauksessa jopa kansalaisten terveysterveyspalveluiden saatavuuden.

Erityisesti työterveyshuollosta kerrotaan käytävän tiukkaa poliittista keskustelua, koska osa näkee sen eriarvoistavan järjestelmää ja vetävän lääkäreitä pois tärkeistä tehtävistä ”työterveyspotilaiden pikkuvaivojen hoitoon”. Työterveyshuollon vetovoimaa selitettiin inhimillisellä työympäristöllä, jossa potilaat paranevat, kun taas terveysterveysasemilla työskentelyä kuvattiin kärjistetyksi päivävästaiseksi. Vaikka työterveyshuoltoa kritisoidaan, sillä on myös puolustajia.

Monet haastateltavista näkivät työnantajayritysten olevan tyyppillisesti parhaita hankkimaan vaikuttavuutta eli ostamaan terveysterveyspalvelua, joka tuottaa suurimman hyödyn potilaalle suhteessa hintaan. Syyksi kerrottiin, että työnantajaorganisaatioilla on hyvät kannustimet pitää työntekijänsä terveinä ja riittävät resurssit kilpailuttaa terveysterveyspalveluiden tarjoajat. Lisäksi ajan kuluessa terveysterveyspalveluntarjoaja

kykenee keräämään asiakkaastaan dataa ja kehittämään palveluntarjontaansa yhä sopivammaksi. Työterveyshuollolla nähtiin siten olevan positiivinen ohjausvaikutus koko alan kehityksen kannalta, sillä se tarjoaa terveysterveystyöryityksille hyvät olosuhteet palveluiden vaikuttavuuden kehittämiseen.

Työvoimapula muodostaa siis kilpailuasetelman, luo asenteellista kitkaa yksityisten ja julkisten toimijoiden välille ja herättää kriittistä keskustelua Suomen terveysterveystyöryityksien oikeudenmukaisuudesta ja kestävydestä. Vastakkainasettelusta huolimatta työvoiman niukkuus pakottaa sektorit myös yhteistyöhön. Monet haastateltavista totesivat, ettei julkinen sektori kykene tuottamaan kaikkea itse, ja tästä johtuen se joutuu hyödyntämään yksityisiä palveluntarjoajia. Työvoimatilanteen haasteet kohdataan konkreettisesti operatiivisella tasolla, jossa ne on ratkaistava poliittisista kannoista riippumatta.

”Alueilla on mahdollisempaa olla pragmaattisempi. – – Pitää oikeasti hoitaa nää palvelut. Valtakunnantaso on aina semmosta ylätasoa keskustelua, kun lainsäädäntöä tehdään.” (MS1)

Ulkomaisen työvoiman hankinnassa julkisen ja yksityisen toimijan välillä onkin jo yhteistyökeskustelua.

”Kun on tää kova henkilöstöpula, niin se on tuonu yhteistyötarpeita ja esimerkiks niitä, kun on lähetty ulkomailta rekrytoimaan, niin on koko aika nostettu esiin molemmin puolin, et pitäskö rekrytoida yhdessä. Mä nään, että semmoset tietynlaiset muutostarpeet yhdistää.” (JS1)

Koronan aikaansaama kysynnän tulva johti myös yksityisen sektorin hyödyntämiseen ja yhteistyöhön. Osa haastateltavista oli toisaalta pettyneitä siihen, miten hitaasti yksityisen sektorin kapasiteettia hyödynnettiin. Syynä pidettiin julkisen terveysterveystyöryityksien tuottamisen valta-asemaa puolustavaa ideologiaa, jossa kansanterveydellistä vastuuta ei haluta siirtää yksityisille palveluntuottajille edes kriisitilanteessa. Ideologinen yksityisen sektorin vastustus koettiin hyvin ongelmalliseksi, koska se estää yhteistyötä, toisilta oppimista ja kustannustehokkaimpien toimintatapojen leviämistä. Jotkut mainitsivat ideologisen vastustuksen olevan niin vahvaa, että julkiset toimivat tekevät yhteistyötä yksityisten toimijoiden kanssa vasta pakon edessä. Toisten kokemukset ovat olleet positiivisempia, ja yhteistyöhalukkuutta on koettu löytyvän molemmilta osapuolilta. Myös terveysterveystyöryityksien ammattilaisten työskentely samanaikaisesti yksityisellä ja julkisella sektorilla luo siltoja toimijoiden välille. Heidän mukanaan kerrotaan virtaavan informaatiota organisaatiosta toiseen.

5.2 Kysyntäolot

5.2.1 Asiakkaiden mieltymyksiin vaikuttavat kolme tekijää

Terveyspalveluyritysten asiakaskunta voidaan jakaa kolmeen ryhmään: yksityisasiakkaisiin, yritysasiakkaisiin ja julkisiin asiakkaisiin. Yksityisasiakkaat voidaan jakaa itse maksaviin ja vakuutettuihin. Yritysasiakkaille viittaamme kaikkiin, jotka ostavat palvelua työntekijöilleen tai vakuuttamilleen asiakkaille. Julkisilla asiakkaille tarkoitamme julkisia toimijoita, jotka ostavat terveystalvueluita kansalaisille tarjottavaksi.

Haastatteluiden perusteella terveystalvuelualan kilpailussa keskeisimpiä tekijöitä ovat kyky tarjota palvelua 1) haluttuun hintaan, 2) helposti ja nopeasti saavutettavasti ja niin, että 3) laatu on halutunlainen. Asiakassegmenttien vaatimukset muodostuvat käytännössä näistä tekijöistä eri painotuksin.

Haastateltavien mukaan yksityisasiakkaat eroavat toisistaan siinä, miten paljon he arvostavat palvelun edullista hintaa tai laatuun liittyviä tekijöitä, kuten organisaation brändiä. Osa haastateltavista koki yksityisasiakkaiden arvostavan palvelun saatavuutta, hintatasoa ja laatu tasapuolisimmin kaikista asiakassegmenteistä. Yleisesti ottaen yksityisasiakkaiden kykyä arvioida palvelun vaikuttavuutta pidettiin kuitenkin heikkona. Tärkeimpänä tekijänä painottuu palvelun saatavuus haluttuun aikaan ja halutussa paikassa. Saatavuuteen liittyy myös ajanvarauksen ja paikalle pääsyn helppous. Paikalle pääsyn kannalta hyvät kulkuyhteydet ja sijainti ovat tärkeitä. Haastateltavien mukaan merkittävimmin ovat parantuneet saatavuus ja sujuva asiointi, joihin on vaikuttanut digipalveluiden kehitys. Yksityisten palvelujen hyvä saatavuus on yksityisasiakkaille merkittävin syy käyttää niitä julkisten palvelujen sijaan sekä peruste valita tietty yksityinen palveluntarjoaja jonkin toisen sijaan.

Palvelun laatuun liittyy lääketieteellinen laatu, ja se mainitaan sinänsä tärkeänä tekijänä kilpailussa, mutta monet haastateltavista kertoivat, että asiakkaat lähtökohtaisesti olettavat Suomessa hoidon olevan korkeatasoista. Tästä johtuen laadulla on vaikea kilpailla ja erottautua muista. Lääketieteellisen laadun sijaan yksityisasiakkaat arvioivat laatu muiden indikaattorien, kuten brändin, hinnan ja asiakaskokemuksen, perusteella. Mielikuvilla kerrottiin olevan huomattava merkitys yksityisasiakkaista kilpailtaessa. Osa kuitenkin toteaa, ettei esimerkiksi brändilläkään ole paljoa merkitystä yksityisasiakkaista kilpailtaessa.

”Meilläkin sisäisesti siitä on tehty tutkimusta, tai niinkun ulkoisen kumppanin kanssa, että miten yksityisasiakkaat hahmottaa tätä kilpailukenttää. Käytännössähän se on niin, että yksityisasiakkaat ei juurikaan näe eroa näiden isojen yksityisten terveystaluyritysten välillä, et kaikki on aika samalla viivalla, noin niinkun mainemielessä.” (Iso 3)

Eräs sidosryhmien edustaja näki vastuullisuuden mahdollisena erottautumistekijänä, jolla ei kuitenkaan vielä ole tehty liiketoiminnallisesti merkittäviä eroja.

Myös lääketieteellisen laadun mittareita kerrotaan kuitenkin kehitettävän, ja niitä tuodaan esiin myös markkinoinnissa. Tietty tai tuttu asiantuntija sekä suora pääsy erikoislääkärille nähdään myös merkittävänä syinä asioida yksityisellä palveluntarjoajalla julkisen toimijan sijaan. Menestyminen työvoimasta kilpailussa on siten olennaista myös palvelun laadun näkökulmasta.

Yksityisasiakkaiden hintaherkkyydestä, eli herkkyydestä reagoida hintojen muutoksiin, haastateltavilla on vaihtelevia näkemyksiä, mutta asiakassegmenteistä heidän nähdään kilpailuttavan palveluntarjoajia vähiten. He saattavat myös tulkita korkean hinnan signaaliksi korkeasta laadusta. Huomattava ero asiakkaiden käyttäytymisessä on kuitenkin itse maksavien ja vakuutettujen välillä, koska vakuutettujen ei oleteta välittävän hinnasta samalla tavalla kuin itse maksavien. Itse maksavista asiakkaista mainitaan, että hekin jakautuvat eri ryhmiin: jotkut kilpailuttavat kalliimmat palvelut, kuten magneettitutkimukset, ja toiset taas käyvät yrityksen sisällä koko hoitoketjun läpi hintaa sen suuremmin arvioimatta.

Julkisista asiakkaista kilpailtaessa tärkeimpänä valttina kerrotaan olevan kyky tarjota palvelua mahdollisimman edullisesti. Toisaalta julkisten asiakkaiden koetaan arvostavan myös laatua, ja etenkin lakisääteisen hankintarajan⁴ alittuessa henkilösuhteilla mainitaan olevan tärkeä rooli. Hinnan merkitys painottuu julkisissa kilpailutuksissa, koska vaikuttavuuteen perustuvien hankintojen suunnittelu on hyvin vaikeaa. Kilpailutuksissa käytettävien laatuasteiden kerrotaan kuitenkin tyypillisesti edustavan pientä osuutta kokonaispisteistä, ja yritysten laatuasteet ovat hyvin lähellä toisiaan. Siispä hinta ratkaisee kilpailun niiden välillä, jotka kykenevät vastaamaan tuotantovaatimukseen.

Julkisten asiakkaiden hinnan merkityksen painottamista ostaessaan palveluita yksityiseltä sektorilta ei nähty olevan hyväksi kenellekään, ja haastateltavat näkivät sen johtuvan paljolti osaamattomuudesta tehdä hankintoja. Haastateltavien mukaan tiiviimpi vuoropuhelu terveystaluyritysten ja julkisten hankkijoiden välillä parantaisi tilannetta huomattavasti. Tällöin ei tehtäisi esimerkiksi kilpailutuksia, joiden ehdot eivät ole yritysten kykyihin sovitettuja ja saavuttamattomia.

4 Lisää tietoa hankintarajasta osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161397#Lidm46434451270080>

Ainakin osa haastateltavista kokee, että osaaminen hankintojen tekemisessä on parantunut ja tahtoa tiiviimpään yhteistyöhön on yhä enemmän. Tämä aihe kuitenkin jakoi haastateltavien mielipiteitä, ja vastauksia saattoivat värittää myös vastaajien poliittinen kanta. Monet haastateltavista totesivat julkisten toimijoiden olevan kriittisimpiä suuria yrityksiä kohtaan. Toisaalta suurten terveystaluyritysten edustajat esittivät positiivisia näkemyksiä julkisten toimijoiden yhteistyöhaluista.

Muutama haastateltavista mainitsi, että hankinnat osataan tehdä tyypillisesti paremmin silloin, kun hankinnan tekijä on suurempi. Tulevien hyvinvointialueiden toivotaan siten osaavan kilpailuttaa hankinnat paremmin. Toisaalta haastattelussa todetaan myös, että suuremmat julkiset toimijat ovat pahasti epäonnistuneet joissakin kilpailutuksissaan. Erään suuryrityksessä toimivan haastateltavan mukaan merkittävä viimeaikainen muutos on ollut kunnan tai kuntayhtymän suurten terveystaluiden kokonaisulkoistuksien loppuminen.

Toisaalta julkisessa terveystaluyrityksessä toimiva haastateltava arvelee, että julkisten organisaatioiden johtajat vaikuttavat panostavan suurien kokonaisuusien hankkimiseen. Toisin sanoen monet suosivat yhden suuren terveystaluyrityksen kokonaisuuden hankkimista usean pienen sijaan. Tätä pidettiin haitallisena toimikentän elinvoimaisuudelle, koska tällöin pienemmät toimijat eivät kykene osallistumaan kilpailutuksiin. Yrityksen koosta muodostuu siten merkittävä kilpailuetu. Suurissa hankinnoissa byrokraattiset vaatimukset voivat palveluntarjoajan kapasiteettivaatimusten ohella olla pienemmille terveystaluyrityksille myös liian korkeat ja sulkea heidät kilpailusta. Monet pienemmistä toimijoista toivovatkin parempia mahdollisuuksia kertoa rajoitteistaan julkisille hankkijoille. He kokevat, ettei suurien organisaatioiden johto välttämättä aina tunnista, mitkä tekijät rajoittavat pieniä yrityksiä.

Julkiset hankinnat voidaan haastateltavan mukaan järjestää myös pieniä yrityksiä syrjimättä esimerkiksi palvelusetelien avulla. Tällöin tuotantokapasiteetin tai tietojärjestelmien vaatimukset eivät ole korkeita ja pienetkin toimijat kykenevät vastaamaan hankintailmoituksiin. Osa haastateltavista toteaa myös, että julkisilla toimijoilla on yleisesti positiivinen mielikuva pienemmistä yrityksistä, joten kannustimet pk-yritysten tukemiseen löytyvät. Toisaalta osa haastateltavista kokee, ettei palveluseteli tarjoa optimaalisia kannustimia vaikuttavuuden kehittämiseksi toisin kuin väestövastuullinen rahoitusmalli. Palveluseteli laskutetaan suoriteperusteisesti, jolloin se kannustaa palveluntuottajaa tekemään mahdollisimman paljon suoritteita vaikuttavuudesta piittaamatta. Koska terveystaluyrityksellä on vastuussa tietyn väestön terveydestä, sillä on sen sijaan kannustin minimoida hoitopalveluiden käyttö ja kehittää ennalta ehkäisevää ja vaikuttavampaa hoitoa.

”Jos on kokonaisvastuu, vaikka jostain väestöstä, niin sillonhan – – on mahdollista tarjota sitten tämmöstä populaationhallintaa niin, että populaatiosta seulotaan riskiyksilöitä ja heille lähdetään tarjoamaan palveluita. Mut sit jos, mikä nykymalli ehkä enemmän on, on tämmönen palvelusetelitoiminta, niin – – se ei mahdollista tätä, eli käytännössä se on yksittäisiä käyntejä – – Joille ei ole mahdollista luoda tämmösiä hoitopolkuja, jolloin siinä näen, että kyllä menetetään sitä vaikuttavuutta mitä ois mahdollista saada sen populaationhallinnan kautta.” (Iso3)

Eräät haastateltavat huomauttivat, että palveluseteliä olisi myös mahdollista käyttää nykyistä monipuolisemmin ja joustavammin, jolloin se mahdollistaisi innovatiivisempia hoitokokonaisuuksia.

Yritysasiakkaiden tarpeet vaihtelevat asiakassegmenteistä eniten, minkä takia kyky räätälöidä palvelut heidän toiveidensa mukaan mainittiin useimmin keskeisenä ominaisuutena yritysasiakkaista kilpailtaessa. Joillekin yrityksille on tärkeintä, että heidän työntekijöillään on mahdollisimman vähän sairauspäiviä. Erityisesti asiantuntijaorganisaatiot tarjoavat työsuhde-etuna luksustason työterveyshuoltoa, jossa tärkeää on erikoisalojen palveluiden laajuus ja hoitoon pääsyn nopeus.

Haastattelujen mukaan suuri osa yritysasiakkaista kuitenkin pyrkii vain täyttämään työterveyshuollon lakisääteiset vaatimukset, jolloin keskeisenä vaatimuksena on alhainen hinta. Tällöin halutaan esimerkiksi hoidon tarpeen arviointipalvelua lääkäriissäkäyntien määrän minimoimiseksi. Valtakunnallisista yritysasiakkaista kilpailtaessa terveysterveyspalveluyrityksen koon kerrottiin olevan merkittävä kilpailuetu, koska vain laajan toimipisteverkoston omaavat toimijat kykenevät tarjoamaan palvelua kaikilla asiakasorganisaation toiminta-alueilla. Näistä asiakkaista kykenee käytännössä kilpailemaan vain kaksi suurinta terveysterveyspalveluyritystä Suomessa, mikä heikentää valtakunnallisten yritysasiakkaiden neuvotteluasemaa palveluntarjoajien kilpailuttamisessa.

Sekä vakuutusyhtiöillä että työnantajilla nähdään olevan hyvät kannustimet hankkia mahdollisimman vaikuttavaa ja ennalta ehkäisevää palvelua, koska ne joutuvat maksamaan sairauksien kroonistumisesta syntyvät kulut. Lisäksi vastaajat kertovat niiden olevan sitä kykenevämpiä kilpailuttamaan palveluntarjoajia, mitä isompia ne ovat. Kyvystä tuottaa vaikuttavaa palvelua ja osoittaa palvelun vaikuttavuus muodostuu siten yritysasiakkaista kilpailtaessa merkittävä kilpailuetu. Eräs suuressa yrityksessä toimiva haastateltava kertoo, että yritysasiakkaiden kanssa he kykenevät hyödyntämään terveysterveysdataa hieman paremmin kuin yksityisasiakkaiden kanssa. Työterveyslääkäri saa nimittäin työterveyslain perusteella etsiä työterveysasiakkaiden joukosta riskiyksilöitä, jotka saattaisivat tarvita palvelua eniten. Sopimussuhteen pidetessä terveysterveyspalveluorganisaatiolle myös kertyy dataa työterveysasiakkaistaan, mikä voi parantaa palvelun laatua.

Yritysasiakkaiden kerrotaan arvostavan myös digipalveluita. Eräs haastateltava mainitsee, että digipalveluiden laatu on ollut jopa syy vaihtaa asiakkuus toiselle palveluntarjoajalle. Digipalvelut parantavat myös valtakunnallista saatavuutta huomattavasti, mikä on erityisen tärkeää suurille asiakasyrityksille. Osa haastateltavista kokeekin suurien terveysterveystarjoajien paremman digiosaamisen kasvattaneen entisestään niiden kilpailuetua pieniin palveluntarjoajiin verrattuna, etenkin isoista yritysasiakkaista kilpailtaessa.

5.2.2 Yksityisten terveystarveluiden kysyntä kasvaa poliittisista suhdanteista riippumatta

Yksityisen terveystarvelusektorin markkinoihin vaikuttaa merkittävästi julkisen sektorin kyky vastata kysyntään. Mitä pidemmiksi jonot venyvät, sitä useampi päättää oikaista jonon ohitse ja menee yksityisvastaanotolle. Viime aikoina julkisten terveystarvelujen tarjoajien vaikeuksien on nähty lisääntyneen asiakkaiden kasvaneen vaatimustason ja julkisen sektorin johtamisen ongelmien takia. Kun sote-uudistuksessa siirrettiin julkisille toimijoille hallinnollisia töitä, niille jäi vähemmän aikaa ja resursseja palveluiden kehittämiseen. Lisäksi keväällä 2020 alkaneen COVID-19-pandemian vuoksi palveluiden kysyntä väheni merkittävästi, ja tilanne alkoi purkautua pandemian laannuttua ruuhkauttaen julkisia palveluita entisestään. Yksityiselle sektorille uskotaan siirtyvän yhä enemmän asiakkaita julkisten palveluiden saatavuuden heiketessä.

Myös vaatimukset, joita suomalaiset kohdistavat terveystarvelujen saantiin, ovat kertoman mukaan lisääntyneet merkittävästi. Suomalaiset eivät ole enää yhtä valmiita odottamaan palvelua yhtä pitkään kuin ennen. Lisäksi asiakkaat haluavat aiempaa useammin suoraan erikoislääkärin vastaanotolle. Näiden kulttuuristen muutosten nähdään lisänneen yksityisten palveluiden kysyntää, ja suunnan uskotaan säilyvän. Kysynnän kasvua vakauttaa myös sairausvakuutusten lisääntyvä määrä. Haastatteluissa mainitaan, että tuleva sukupolvi on tottunut käyttämään yksityisiä terveystarveluita, koska heillä on ollut vakuutus lapsesta asti.

Haastattelujen mukaan Marinin hallituksen aikana julkisella sektorilla oli selkeä tahto painottaa omia palvelujaan yksityisen sijaan. Tämä on herättänyt osassa haastateltavista huolta maamme kyvystä vastata asiakkaiden kasvavaan kysyntään, mikäli yritysten kapasiteettia ei hyödynnetä optimaalisella tavalla. Julkista tuotantoa painottavat lait eivät kuitenkaan huolehtaneet yksityisiä terveystarveluyrityksiä merkittävästi, koska palveluntarve ei riipu lainsäädännöstä. Asiakkaita uskotaan virtaavan yksityiselle puolelle riippumatta poliittisesta tahdosta. Julkisen tuotannon ulkoistamista rajoittavien lakimuutosten nähdään vaikuttavan pääosin vain siihen, tulevatko asiakkaat vastaanotolle suoraan vai julkisen sektorin kautta. Osa haastateltavista ei myöskään pitänyt kaikkia lakimuutoksia realistisina, minkä takia niiden ei uskottu tulevan voimaan ainakaan pysyvästi.

5.3 Lähialat

5.3.1 Terveysteknologia on potentiaalisen toimialamurroksen lähde

Digitalisaatio ja teknologiset innovaatiot ovat viime vuosina muokanneet alaa merkittävästi. Niiden uskotaan vaikuttavan suuresti sekä alan vaikuttavuuteen että tehokkuuteen. Haastateltavien mukaan monet viime vuosina tapahtuneet terveyspalvelualan merkittävimmät muutokset, kuten etävastaanottojen yleistyminen pandemian aikana sekä terveysdatan hyödyntäminen, liittyvät digitalisaatioon. Myös tietojärjestelmien sujuvoittaminen ja yhteisen Kanta-järjestelmän kehittäminen ovat olleet merkittäviä aiheita. Tietojärjestelmiä kuitenkin myös kritisoidaan hitaasta kehityksestä, eikä Kanta-arkistokaan tarjoa juurikaan tietoa päätöksenteon tueksi, vaan sitä käytetään lähinnä tiedon varastointiin.

Etävastaanottojen yleistyminen nostettiin merkittävimäksi viimeaikaiseksi teknologiseksi muutokseksi. Sen voi nähdä jopa muuttaneen markkinoiden rakennetta, sillä niiden avulla palvelua kyetään tarjoamaan suoraan koko maahan. Digitaalisuus on siten vähentänyt sijaintiin perustuvaa kilpailuetua, ja alalle tulon kerrotaan helpottuneen.

”Digi on vaikuttanut tähän kenttään ainakin siten, että markkinoille tulon kynnys on matalampi koska sä pystyt yhdestä pisteestä palvelemaan koko maata. Sä et oo enää... Se ei oo enää sidottu siihen placeen samalla tavalla, se kilpailuetu. Elikkä yks niistä perus hinnoittelutekijöistä poistuu.” (Iso 2)

Lisenssien ansiosta etäpalveluiden investoinnit ovat suhteellisen pienet, mikä helpottaa markkinoille tuloa. Pk-yritykset kykenivätkin siten vastaamaan äkilliseen etävastaanottojen tarpeeseen pandemian aikana, vaikka niillä ei monien isompien yritysten tapaan ollut etäpalveluita valmiina. Terveyspalveluissa käsitellään arkaluontoisia potilastietoja, ja on tärkeää koko alan maineen kannalta, ettei niitä pääse vuotamaan. Tietoturvaloukkauksiin on terveyspalveluorganisaatioissa nollatoleranssi. Erään haastateltavan mukaan tietoturvallisuutta korostetaan lääkärin ohjeistuksissa niin paljon, että se vaikuttaa painottuvan enemmän kuin varsinainen potilasturvallisuus. Tietoturvallisuuteen panostaminen vaatii myös huomattavat investoinnit, minkä uskotaan rajoittavan pienien yritysten toimintamahdollisuuksia. Hintakilpailu on digipalveluissa kovempaa kuin lähipalveluissa, mutta digipalvelujen nähtiin eroavan lähipalveluista sisällöltään siinä määrin, etteivät ne ole toistaiseksi huomattavasti vaikuttaneet lähivastaanottojen hintoihin.

Tulevaisuudessa esimerkiksi leikkauksia ennustetaan tehtävän etäyhteyden välityksellä, jolloin etätyön tehtävien kirjo laajenee. Etätyö ja läsnätyö tulevat oletettavasti myös integroitumaan entistä vahvemmin hoitopoluissa. Teknologinen kehitys tulee toimintatapojen muokkautumisen ohella luomaan uusia markkinoita. Terveysdatan analysointi ja sen mahdollistama hoidon yksilöiminen sekä riskitekijöiden tunnistaminen ovat yksi merkittävistä tulevaisuuden suuntauksista.

Terveysteknologiayrityksiä pidetään hyvin tärkeinä terveyspalvelualan kehitykselle, koska ne ovat päävastuussa merkittävistä teknologisista innovaatioista terveysteknologiayritysten keskittyessä palvelun tuottamiseen. Terveyspalvelualaa pidetään myös huomattavan konservatiivisena alana, minkä ainakin osa haastateltavista näkee kasvattavan sen todennäköisyyttä, että tulevaisuuden toimialamurrokset⁵ tulevat alan ulkopuolelta.

Terveysteknologiayritysten yhteistyön merkityksen kasvaessa yhteistyökumppanuuksien määrän odotetaan lisääntyvän. Tällöin kasvaa myös vuoropuhelun ja sopivien yhteistyömuotojen löytämisen merkitys. Teknologiayritysten ennakoidaan vahvistavan asemaansa alalla ja tulevan lähemmäs asiakkaita, vaikka ne eivät todennäköisesti tulekaan tarjoamaan lääkäripalveluita.

”Me ollaan alana riippuvaisia siitä mitä terveysteknologiayritykset keksii, – – Me ollaan palveluntuottajia, ei me lähdetä teknologiaa kehittämään. Ja sit taas terveysteknologiayritykset haluaa pitää asiakkaat itsellään, ettei ne enää halua olla laitekauppiaita vaan ne haluaa olla jatkuvan palvelun myyjiä, niin kyllä siinä sit taas ollaan semmosessa vuoropuhelussa että kuka omistaa asiakkaan.” (Iso2)

Todennäköisinä lähivuosien uusina tulokkaina mainitaan suuret ohjelmistoyritykset, kuten Google, joista monilla on jo kehitteillä omia innovaatioita esimerkiksi kuvien analysointiin. Lainsäädäntö ja alalle tyypillinen konservatiivisuus todennäköisesti jarruttavat henkilöstön korvaamista tällaisilla innovaatioilla. Kansainvälistymisen kannalta digitaalisen osaamisen kehittäminen on kuitenkin hyvin tärkeää terveysteknologiayrityksille.

”Vähintään kaksi suurinta terveysteknologiayritystä, – – on vahvasti suuntaamassa kansainvälistymiseen ja nimenomaan näitten digitaalisten palveluitten. Se on se kärki, millä sinne mennään.” (MS1)

5 Toimialamurroksella viittaamme tässä toimialan toimintaa koskevaan merkittävään muutokseen.

5.3.2 Vakuutusyhtiöillä merkittävä ohjaava vaikutus läheisinä yhteistyökumppaneina

Vakuutusyhtiöillä kerrotaan olevan merkittävä ohjaava vaikutus palveluiden kehittämiseen sekä hinnoitteluun. Vakuutusten määrän kerrotaan myös lisääntyneen huomattavasti viime vuosina, minkä myötä vakuutusyhtiöiden merkitys terveystalouden kilpailussa on kasvanut entisestään.

Haastattelujen mukaan vakuutusyhtiöt ovat pitkään tarjonneet käytännössä vain jonon ohituspalvelua, mikä ei kannustanut terveystaloudellisia kehittämisen palveluitaan. Eräs haastateltava mainitsee kuitenkin, että vakuutusyhtiöiden kiinnostus palveluiden kehitystä kohtaan vaikuttaa lisääntyneen viime vuosina. Vakuutettujen asiakkaiden todetaan hakeutuvan lähinnä vakuutusensa kattamiin palveluihin. Tästä johtuen terveystaloudellisten ei erään haastateltavan mukaan kannata välttämättä edes kehittää palveluita, joiden ne eivät usko pääsevän vakuutuskorvauksen piiriin. Haastateltavat pitivät positiivisena sitä, että vakuutusyhtiöiden kiinnostus palveluiden vaikuttavuuden kehittämiseen on viime aikoina kasvanut.

”Ilahduttavasti vakuutusyhtiöt kilpailuttaa paitsi sitä hintaa, myös sitä vaikuttavuutta, eli yksittäisen tempun hinta ei ehkä ole se kokonaisuuden kannalta kaikista eniten kustannuksia tuottava, vaan se on se työkyvyttömyysaika ja kun sitä saadaan lyhennettyä, niin silloin kaikki voittavat.”
(Iso3)

Terveystaloudellisten yleistyksen haastateltavat näkivät johtuvan siitä, että sekä julkisen terveydenhuollon ongelmat että kansalaisten terveydenhuoltoon kohdistuvat vaatimukset ovat kasvaneet. Hoitoon halutaan päästä juuri sillä hetkellä, kun sille on tarvetta, eikä pitkiä odotusaikoja enää hyväksytä yhtä helposti kuin ennen. Haastatteluiden perusteella vakuutusten mahdollistama yksityislääkärillä käynti nähdään kuitenkin edelleen tyypillisesti julkista terveydenhuoltoa täydentävänä eikä korvaavana.

Vakuutusten vaikutus terveystaloudellisten hintoihin on kahtalainen. Vakuutusten nähdään pitkälti poistavan asiakkaiden hintavertailun. Vakuutusten yleistyessä vaarana onkin se, että yksityisten palveluiden hinnat kasvavat huomasti, mutta haastateltavat mainitsevat, että vakuutusyhtiöillä on hintakehityksessä myös portinvartijan rooli.

”Mä luulen, et tos on sellanen portinvartija rooli vakuutuksel, – – vakuutusyhtiöt neuvottelee näiden toimijoiden kans, et se hintakehitys ei karkais, koska sit se johtais siihen, et jouduttais niinku vakuutusmaksuja nostaa tavattomasti, joka olis sit taas hankala asiakkaiden suuntaan, eli se on riski oikeestaan koko vakuutustoiminnalle.” (L2V)

Haastateltu vakuutusasiantuntija toteaa, että jokunen vuosi sitten osa Suomessa toimivista vakuutusyhtiöistä perusti omia lääkäriasemia kyetäkseen paremmin kontrolloimaan terveystalveluiden hintaa. Vakuutusyhtiöt ovat sittemmin myyneet lääkäriasemansa. Eräs haastateltava uskoi, että todennäköinen syy vakuutusyhtiöiden lääkäriasemien liiketoiminnalliselle kannattamattomuudelle oli asiakkaiden valinnanvapauden painottamisen trendi. Monet muutkin haastateltavat olivat sitä mieltä, että asiakkaat haluavat nykyisin laajemman päätösvallan siitä, miltä palveluntarjoajalta palvelunsa hankkivat. Muun muassa tämän trendin onkin nähty kasvattavan yksityisen palvelusektorin kysyntää.

Se, ohjaavatko vakuutusyhtiöt asiakkaitansa tietyille palveluntarjoajille ja kuinka voimakkaasti, on haastateltavien mukaan terveystalveluorganisaatioiden kilpailuun merkittävästi vaikuttava tekijä. Haastateltavilla oli tästä myös hieman eriäviä näkemyksiä. Eräs paikallisen terveystalveluyrityksen johdossa toimiva henkilö oli kokenut, että ohjausvaikutus on vähentynyt ja asiakkaiden valinnanvapaus lisääntynyt. Suuren terveystalveluyrityksen johdossa toimiva haastateltava taas oli ehdottomasti sitä mieltä, että ohjausvaikutus on kasvamassa. Kolmas haastateltava kertoi vakuutusyhtiöiden alkaneen vähentää yhteistyösuhteitaan terveystalveluorganisaatioiden kanssa, jotta ne voisivat keskittyä tiettyihin valittuihin terveystalveluorganisaatiokumppaneihin ja syventää yhteistyötä näiden kanssa.

”Jossain kohtaa vakuutusyhtiöt oli menossa tämmöseen... He pyrkivät vahvasti ohjaamaan palvelua, vakuutustensa käyttöä tietyille toimijoille ja jotkut rakensi omia terveystalveluyrityksiäkin, mutta nyt taas tuntuu että enemmänkin ollaan menossa siihen että se asiakas saa valita mistä palvelut hakee ja vakuuttaja sitten keskittyy siihen vakuuttajan rooliin. Toki sitä ohjausta vielä edelleenkin tapahtuu, mutta ehkä toi on semmonen suunta mitä ollaan vähän näkemässä merkkejä, et se ei enää oo niin vahvaa se ohjaaminen tuolta vakuutusyhtiöiltä.” (Pk1)

”Kyllä se ohjaus lisääntyy koko ajan. Kyllä vakuutusyhtiöllä on intressi ohjata niille omille yhteistyökumppaneille, joiden kanssa on fiksatut hinnat sovittu. Et niinkun yhä enemmän vakuutusyhtiöillä on tämmösiä puhelinpalveluita, joissa sitten varmistetaan et henkilö menee sit just sinne mikä se vakuutusyhtiön näkemys on. Toki se valinnanvapaus on olemassa, mut nää ohjausmekanismit on niin vahvoja et usein kyllä asiakkaat päätyvät sinne minne vakuutusyhtiö haluaa. Tokikin tässä sit se myös tarjonta ja palvelun saatavuus on yks asia mikä vaikuttaa, eli käytännössä sitten jos ei siltä ykkös-yhteistyökumppani-terveystalveluyritykseltä löydy aikoja, niin sitten kyllä ohjataan kilpailijalle.” (Iso3)

Vakuutusyhtiöt tukevat osaltaan toiminnallaan yksityisiä terveystalveluyrityksiä, koska vakuutettujen määrän kasvaessa kasvavat myös yksityisasiakkaiden

markkinat. Vakuutusasiantuntijamme kertoo vakuutusyhtiöiden alkaneen viime aikoina tarjota myös uusia palveluita, kuten järki- ja älyvakuutuksia. Järkivakuutuksessa asiakas vakuuttaa itsensä esimerkiksi kymmenen todennäköisimmän vakavan tapaturman varalle. Älyvakuutuksessa asiakas voi puolestaan sopia vakuutusyhtiön kanssa toimivansa tavalla, joka ylläpitää hänen terveyttään, jolloin hän saa halvemman sopimuksen.

”Yleisidea on se, et on joku elintapa tai on luopuu tupakasta tai lähtee urheilemaan tai tekee jotain sellasta, ja sillä voidaan vähentää vakuutusmaksuja, jos antaa esimerkiksi dataa käyttöön, että se toimii... Tämmösiä kokeiluja on tullu silloin tällön.” (L2V)

Suomessa tätä kehitystä kuitenkin rajoittaa kansalaisten eriarvoistamisen ja syrjinnän kieltävä lainsäädäntö.

5.4 Kilpailuolot

5.4.1 Strategiat

Terveyspalvelualan yritysten kerrotaan kasvaneen Suomessa pääosin yritysostojen kautta. Kilpailu- ja kuluttajavirasto (KKV) on kuitenkin viime vuosina puuttunut niihin, ja haastateltavat kokivat, että Suomessa raja kasvulle yritysostojen kautta on saavutettu. Suomen markkinoiden kyllästyminen nähtiinkin keskeisenä syynä kahden suurimman suomalaisen terveystaluyrityksen viimeaikaisille kansainvälistymisaloitteille.

Suomi nähdään monin tavoin erinomaisena ponnahduslautana ulkomaille haluaville terveystaluyrityksille. Suomessa on paljon korkealaatuista tietoteknistä osaamista ja terveystaluelätoimialan infrastruktuuri on korkeammalla tasolla kuin suurimmalla osalla muista maista. Esimerkiksi Kanta-palveluiden mainitaan haastatteluissa tukevan palveluiden kehittämistä puutteistaan huolimatta. Lisäksi edistyksellisten yritysasiakkaiden nähdään ohjaavan toimikentän kehitystä positiivisella tavalla.

Eräs haastateltava kertoo, että menestyäkseen kansainvälisesti terveystalueläyrytysten olisi tärkeää kasvaa ensin suureksi oman maansa sisällä. Siksi hän piti KKV:n puuttumista yritysostoihin mahdollisena vahingollisena suomalaisten terveystalueläyrytysten kansainväliselle menestykselle. Haastateltavat eivät kuitenkaan näe koon olevan ainoa tärkeä tekijä kansainvälistymisessä, vaan etenkin digiosaamisen nähdään olevan keskeinen resurssi kansainvälistymisessä.

Koon ja digikyvykkyyksien lisäksi kansainvälistymistä tavoittelevien terveyspalveluyritysten tulee huomioida myös maiden väliset kulttuurierot. Kansainvälisesti kokenut haastateltava kertoo, että terveyspalveluiden tarjoaminen vaihtelee huomattavasti maiden välillä. Asiakkaat tai hoitohenkilökunta eivät ole yleensä innokkaita vastaanottamaan toisen kulttuurin käytäntöjä. Kansainvälistyvän terveyspalveluorganisaation on siksi kyettävä sopeutumaan uuden maan kulttuuriin tai laajennettava toimintaa maahan, jossa terveyspalveluiden tarjoaminen on samankaltaista kuin kotimaassa.

Suomen terveyspalvelualan markkinoiden kyllästymisen kerrotaan kannustaneen suuria terveyspalveluyrityksiä paitsi kansainvälistymään myös levittäytymään terveyden edistämisen ja muiden lähialojen markkinoille. Laajentamalla tarjontaansa terveyspalveluyritykset kykenevät suunnittelemaan yhä monipuolisempia hoitopolkuja, jolloin asiakas saa kaiken tarvitsemansa samasta paikasta. Tämä on merkittävä etu, jos asiakkaan vaiva on monimutkainen ja sen hoitaminen vaatii useamman alan asiantuntijaa. Esimerkiksi diabeetikko voi tarvita tutun yleislääkärin ja sairauteen liittyvän vaivan vuoksi myös erikoisasiantuntijan ja ravitsemusterapeutin palveluita. Osa haastateltavista visioi, että jos nykyinen kehityssuunta jatkuu, terveyspalveluista, hoivasta ja hyvinvointipalveluista muodostuu tulevaisuudessa integroitu palvelukokonaisuus.

Suurten terveyspalveluyritysten strategiat ovat olleet hyvin samankaltaisia ja niiden on ollut vaikea luoda selkeitä kilpailuetuja toisiinsa nähden. Lieviä strategisia eroja on siinä, mitä asiakassegmenttejä ne painottavat. Pienet terveyspalveluyritykset eivät kykene tarjoamaan yhtä monipuolisesti palveluita kuin suurimmat, minkä vuoksi ne etsivät oman markkinan osa-alueensa. Osa fokuksituu tiettyyn erikoisalaan, kuten ortopediaan, mutta useimmat pyrkivät tarjoamaan lääkäripalveluita yleisesti ja kohdistavat palvelunsa tietyille maantieteelliselle alueelle. Pandemian myötä yleistyneiden digipalveluiden ansiosta myös pk-yritykset kykenevät tarjoamaan etävastaanottoaikoja ympäri Suomen. Haastattelemamme pienet terveyspalveluyritykset keskittyvät edelleen erityisesti lähialueeseensa ja pyrkivät erottautumaan painottamalla paikallisuutta ja kasvokkain kohtaamista.

Paikallinen yhteisö ja sen hyväksyntä on tärkeää paikallisille pk-yrityksille, jotka painottavat imagoja ja suhteidensa merkitystä. Eräs haastateltava kertoi arvojen menevän välillä myös tuoton tavoittelun edelle. Lyhyen tähtäimen liiketoiminnallisesta kannattavuudesta voidaan joustaa asiakkaiden tai henkilökunnan hyvinvoinnin vuoksi. Haastateltava kertoo, että pandemian aikana hänen yrityksensä asiakaspalvelu toimi osaltaan kuntalaisten koronatiedon lähteenä ja että palvelun puhelinkeskustelut saattoivat venyä hyvinkin pitkiksi kuntalaisten saadessa käytännössä ilmaista terveyspalveluneuvontaa yrityksen sairaanhoitajilta. Tämän asenteen mukaisella toiminnalla kerrotaan olevan selviä hyötyjä esimerkiksi henkilöstön rekrytoinnissa.

”Meillä tietenkin se semmonen kasvollisuus ja paikallisuus on tärkeä osa meidän erottautumista. – – meillä on myös tämmöset ehkä perheyhtiöille tyypilliset arvot, – – Ei ole sit ehkä ihan niin tarkoitus joka vuosi tuottaa omistajille maksimaalinen määrä voittoa, – – toki se mielellään pidetään myös mielessä, mutta on vähän pehmeemmät arvot. – – Nää on pieniä paikkakuntia – – ja kaikki tuntee toisensa, niin sen takia ei voi menettää kasvojaan täällä – – ainoa tapa toimia on toimia aina rehdisti kaikissa tilanteissa, koska ei voi ikinä paeta minkään taakse kun ollaan kasvollinen perheyryitys. Niin, tämmöset tekijät on heitä sit varmaan houkutellessa, et sen takia me ei oo kärsitty työvoimapulasta.” (Pk2)

Haastatteluiden perusteella kaikenkokoiset terveysterveystyöryitykset kiinnittävät paljon huomiota ammattilaistensa viihtyvyyteen, koska heitä on rajallisesti. Eräs haastateltava toteaa lääkäreiden olevan yrityksen asiakkaita siinä missä potilaidenkin. Pk-yrityksissä henkilökunnan pysyvyyden tärkeys painottuu mahdollisesti vielä enemmän, koska yritykset kertovat kilpailevansa paljolti asiakkailleen tuttujen lääkäreiden avulla. Tämä vaatii lääkäreiden pysymisen organisaatiossa, jotta potilas-lääkärisuhde pääsee vakiintumaan.

Erityisesti työterveyshuollossa osan terveysterveystyöryityksistä kerrotaan kehittäneen potilas-lääkärisuhteita omalääkärin avulla. Mallissa asiakas asioi aina samalla lääkärillä. Asiakkaat arvostavat pysyvää potilas-lääkärisuhdetta, mikä voidaan nähdä myös tärkeänä laatutekijänä. Lisäksi pitkäaikaiset potilassuhteet ovat liiketaloudellisesti merkittäviä. Eräs haastateltava kertoo, että potilas-lääkärisuhteiden syventyessä työnantajaorganisaation on yhä vaikeampaa vaihtaa kilpailevalle palveluntarjoajalle. Hän kertoo, että kun potilas-lääkärisuhde muuttuu kiinteämmäksi, terveysterveystyöryitykset kykenevät vähitellen nostamaan palvelun hintaa. Työterveysasiakkaiden vakiolaskutuksen mainitaankin olevan yksi kestävimmistä kilpailuedun lähteistä.

Yritysassiakkaiden kerrotaan olevan muihin asiakasryhmiin verrattuna parhaita arvioimaan palvelun laatua. Eräs haastateltava kertoo, että terveysterveystyöryityksien tarjoama palvelu on kuitenkin hyvin samantasoista. Tämän vuoksi asiakasta tavoitteleva terveysterveystyöryityksien organisaatio joutuu tarjoamaan asiakkaalle palvelua halvemmalla hinnalla voittaakseen yritysasiakkaan kilpailijalta, jolla on jo potilassuhteiden syventymisen aikaansaama etu puolellaan. Kilpailun kireydestä johtuen terveysterveystyöryityksien katteiden kerrotaan kuitenkin olevan jo valmiiksi hyvin pieniä. Erään haastateltavan mukaan tämä johtaa siihen, että työterveyssovimuksen hinnan mukana saattaa laskea myös laatu, eikä sopimus ole palveluntarjoajallekaan kovin kannattava. Tällä tavoin kilpailtaessa tavoitteena on aluksi vain sinnitellä ja kerryttää voittoja vasta asiakassuhteen syvennyttyä.

”Mikään näist kolmesta pääkilpailijasta ei oo huikeen kannattava. Kaikki on semmosia toimialan pitkäaikasen keskiarvon paikkeilla, plus miinus hiukan. Ja se – – hinnalla kilpaileminen yleensä tarkoittaa sitä, että joudutaan hiukan downgreidaamaan sitä tuotetta. Tätä tehdään paljon esimerkiksi työterveyssojimuksissa, et yritetään saada isoja työterveysasiakkaita eli suuria firmoja työterveysasiakkaiks, vaihtamaan talosta toiseen sillä, että yksinkertaisesti tarjotaan halvemmalla, kuin kilpailija. Ja sitten luotetaan siihen, että matkan varrella me kyetään kääntämään sitä voitollisempaan suuntaan.” (Iso4)

Yhteenvetona voidaan todeta, että asiakassuhteiden vakiinnuttamiseksi terveyspalveluorganisaation on tärkeää muodostaa hyvä suhde asiakkaisiinsa. Tämä suhde muodostuu välillisesti potilas-lääkärisuhteen kautta. Näin ollen kilpailu työvoimasta ja erityisesti henkilöstön pysyvyys ei ole keskeistä ainoastaan palvelun saatavuuden vuoksi vaan myös palvelun koetulla laadulla kilpailtaessa.

5.4.2 Uudet liiketoimintamallit

Monet haastateltavat niin sidosryhmistä kuin yrityksistäkin toivovat, että terveyspalvelualalla siirryttäisiin kilpailemaan hoidon vaikuttavuudella. Tällöin palvelun hinta perustuisi sen potilaalle tuottamaan hyötyyn.

Haastatteluissa esitettiin kaksi vaikuttavan hoidon kehityssuuntaa: 1) siirtyminen sairauksien hoitamisesta sairauksien ennaltaehkäisyyn ja 2) siirtyminen suoriteperusteisesta mallista kokonaisvaltaiseen arvoperusteiseen malliin.

Haastatteluissa korostuivat kaksi ennalta ehkäisevän terveydenhoidon kehityssuuntaa: 1) kokonaisvaltaisella hyvinvoinnin tai terveyden edistämällä vähennetään sairastumisten riskiä ja 2) sairastumisriskien varhainen tunnistaminen mahdollistaa niiden hoitamisen varhain ennen sairauden komplisoitumista.

Kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistäminen tarkoittaa asiakkaiden yleisen terveyden parantamista elintapojen muutoksilla. Eräs haastateltava kertoo elintapoihin keskittyvän hoidon olevan vielä varhaisessa kehitysvaiheessa, ja lääkäreillä onkin usein tapana painottaa määräyksissään enemmän oireita hoitavia lääkkeitä kuin elintapojen muutoksia. Lisäksi terveyttä edistäviin hyvinvointipalveluihin siirtymiselle on vastustusta terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa, koska hyvinvointipalveluissa palveluntarjoajat kilpailevat asiakkaista mielikuvien avulla. Terveyspalvelualalla hoito sen sijaan perustuu vahvasti tieteelliseen tutkimukseen.

”Se [hyvinvointipalvelujen tarjoaminen] on vaikea pala terveyspalvelutuottajalle ja yleensä tämmösen perinteisen lääketieteen edustajille, koska – – siellä ei oo sitä regulaatiota. Siellä on miljoonia influencereita ja palveluntuottajia, jotka tarjoaa vaikka mitä, ei välttämättä mihinkään perustuvaa palvelua ja siellä mennään enemmän tämmösillä mielikuvilla.” (Iso3)

Haastattelujen mukaan hyvinvointipalvelualan kilpailua on myös vaikea muuttaa vahvemmin tieteeseen perustuvaksi. Syyksi kerrotaan, että terveyden edistämisen vaikutuksia on vaikea mitata, koska tavallisesti käytetyt vastemuuttajat, kuten sairastuminen tai kuolleisuus, ovat vuosikymmenten päässä palvelutapahtumasta. Helpommin seurattavia muuttujia, kuten kolesteroli- tai verenpainetasoa, mitattaessa ongelmana on se, että niitä pystyy muuttamaan lääkityksillä ilman, että ne oikeasti parantavat terveyttä.

Samalla kun yritykset haluaisivat kehittää ennalta ehkäiseviä ja terveyden edistämisen palveluita, myös kuluttajat ovat kiinnostuneita kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnistaan ja ja siihen liittyvistä erilaisista mittaamisen tavoista ja välineistä. Osa terveysyrityksistä pyrkii kehittämään palveluita vastaamaan tähän kuluttajien tarpeeseen. Haasteena kuluttajien itse mittaamien aktiivisuuden ja terveystietojen hyödyntämisessä on se, että laitteet eivät ole vielä riittävän tarkkoja tai tuota keskenään vertailukelpoista terveystietoa, joten terveyspalveluiden tarjoajat eivät voi varauksetta nojata tämän tiedon varaan. Terveyttään mittaamaan ja optimoimaan innostuneet kuluttajat eivät myöskään tyypillisesti kuulu riskiryhmiin, vaan useimmilla heillä on pienin sairastumisriski, joten vaikuttavuus ei ole optimaalista.

Sairastumisriskien varhainen tunnistaminen ja niiden ennalta ehkäisy sen sijaan ovat jo osa perinteistä terveydenhuoltoa. Ennalta ehkäisevät interventiot perustuvat asiakaskunnan terveystietojen seulomiseen ja riskiyksilöiden tunnistamiseen. Näin ollen laajat terveysdatavarastot ja kyky hyödyntää niitä ovat hyvin tärkeitä ennalta ehkäisevässä hoidossa. Haastateltava kertoo lainsäädännön kuitenkin rajoittavan merkittävästi yksityisasiakkaiden datan seulomista ja siten interventioiden kohdistamista henkilöille, joilla on suuri riski sairastua. Rajoitteen takia yksityisasiakkaiden terveystietoa voidaan käytännössä hyödyntää vain yleisten asiakastarpeiden ymmärtämisessä. Terveyspalveluorganisaation saadessa vastuun tietystä asiakaspopulaatiosta, esimerkiksi yrityksen asiakkaista tai julkisen hankinnan kautta tietyn alueen asukkaista, voidaan terveystietoa hyödyntää paremmin ennaltaehkäisyssä.

Arvoperusteisessa mallissa terveyspalveluyritysten tuotot eivät syntyisi hoitosuoritteista, kuten lääkärinvastaanotolla käynnistä, vaan potilaiden terveyden parantamisesta itsestään. Tällöin huomio on hoidon vaikuttavuudessa. Haastatelussa esitettiin visio siitä, miten terveyspalvelut suunniteltaisiin isompina koko-

naisuuksina. Potilaan hoidonsaannin tarvetta tarkasteltaisiin tällöin pidemmällä aikajänteellä ja yhtenä kokonaisuutena. Arvoperusteiseen malliin siirtyminen parantaisi terveysterveyspalveluorganisaatioiden kannustimia kehittää toimialaa kansan hyvinvoinnin kannalta optimaaliseen suuntaan. Uuteen toimintamalliin siirtyminen voisi olla osa ratkaisua kysynnän ja tarjonnan epätasapainon korjaamisessa.

”Mikä meitäkin kiinnostaa on tämmösten isompien, niinkun selvästi vaikuttavuuteen perustuvien palvelukonseptien rakentaminen – – Ja nään, että siihen tavallaan terveysterveyspalveluiden on mentävä. – – Tätä peliä ei voiteta sillä, et tuotetaan aina vaan enemmän vastaanottoja, vaan sillä että katotaan että mitä me voidaan tehdä järkevästi ja miten se rajallinen resurssi käytetään niin että tuotetaan mahdollisimman paljon terveysterveystyötyä.” (Iso3)

Tahtoa vaikuttavuuden lisäämiseen löytyy, mutta kehityksen esteenä on vaikuttavuuden mittaaminen ja siten sen osoittaminen ja sillä kilpailu. Kehitystä tähän suuntaan kuitenkin jo on, ja erityisesti yritysasiakkaissa vaikuttavuudella kilpailu on ainakin joidenkin haastateltavien mukaan tavanomaista jo nyt. Työnantajilla onkin hyvät kannustimet pitää työntekijänsä työkuuntoisina. Terveysterveyspalveluyrityksen onnistuessa esimerkiksi lyhentämään leikkauksen jälkeistä sairauslomaa palvelun arvo asiakasyritykselle kasvaa. Vaikuttavuuden mittaaminen on markkinoinnin lisäksi tärkeää myös pitkän aikavälin toiminnan kehittämisessä. Julkisella sektorilla nähdään olevan merkittävä rooli vaikuttamisen mittaamisen kehittämisessä. Erityisesti kansalliset laaturekisterit voisivat osaltaan edistää kilpailun siirtymistä vaikuttavamman hoidon suuntaan.

Osa haastateltavista oli hyvin huolissaan julkisten toimijoiden niin kutsuttujen inhouse-yhtiöiden eli sidosyksiköiden lisääntymisen vaikutuksista terveysterveyspalvelualan toimikentän elinvoimaisuudelle ja terveelle kilpailulle. Kaikilla haastateltavista ei kuitenkaan ollut niistä mielipidettä, ja ne, joilla oli, saattoivat käsittää sidosyksikön määritelmällisesti eri tavoin. Yleisesti sidosyksiköitä pidettiin suhteellisen vaikeasti määriteltävinä toimijoina, jotka asettuvat yksityisten markkinoiden ja julkisten palvelujen välimaastoon. Ne saavat osittain julkista rahoitusta mutta saattavat toisaalta kilpailla myös yksityisillä markkinoilla. Tämän nähtiin vääristävän kilpailua, kun tehokkain palveluntuottaja ei välttämättä voita kilpailutusta. Tällä nähtiin olevan suora negatiivinen vaikutus asiakkaan saamaan palveluun. Lisäksi kyseiset haastateltavat pelkäsivät toimialan elinvoimaisuuden kärsivän, jos kuvaillun kaltaiset sidosyksiköt yleistyvät. Erityisesti pienempien yritysten pelättiin karsiutuvan pois tällaisen epäreiluksi koetun kilpailun vuoksi.

”Nyt on nähtävissä eri alueilla, et – – julkinen rakentaa inhouse-yrityksiä. Sitten samaan aikaan on vasemmistovetoisen hallituksen toimesta pyrkimyksiä laajentaa näitten inhouse-yritysten toimintamahdollisuuksii myydä ulos markkinalla, mis toimii myös yritykset – – Ja jos näin oikeesti tämmönen trendi jatkuu, niin sillonhan se tarkoittaa, et se markkina kuristuu ja supistuu ja sinne jää vaan isot, vahvat toimijat, yksityiset ja pienet kuolee alta pois. Syntyy aika epäterve markkina.” (MS1)

Haastattelujen mukaan sidosyksiköitä on perustettu tarjoamaan pääosin tuki-palveluita, mutta jonkin verran myös sote-palveluita. Kritiikistä huolimatta sidos-yksiköitä myös puolustettiin. Haastateltavat kertoivat, että tiettyjä palveluita on äärimmäisen vaikea kilpailuttaa, ja väkisin kilpailuttamisella voi olla negatiivisia vaikutuksia sekä palvelun laatuun että hintaan.

”Se on vähän kakspiippunen asia, et jos se tuotetaan tehottomasti, niin miksi sitä sitten suojataan. – – jos mä oisin taas vaikka joku sairaanhoi-topiirin johtaja, niin saattaisin laittaa nykyistä enemmän inhouse-yhtiöitä – – vaikka joku kehitysvammaisten – – palveluasumisten kilpailutus, niin se ei oo ollenkaan niinku homogeeninen joukko, että se pystyttäs kilpailuttaa se palvelu kaikille. Et on sit tiettyjä kapeiden erityisryhmien palveluja, joita varten on – – asianmukaista, että se on suojattu jollakin tavalla, koska kilpailutus – – toimii erittäin huonosti sen asiakkaan kannalta. – – tulee hyvin paljon kehitysvammaisten ja erittäin vaikeasti vammaisten lapsilta, läheisiltä ja omaisilta, että se on aika karu tilanne, kun joskus joutuu vaihtaan sen kilpailutuksen takia. Kysymys on ihmisten kodeista kuitenkin ja siitä elämästä.” (L1S)

Haastatteluissa mainitaan kuitenkin, että osa terveystalouksista on verrattavissa massatuotantoon, jolloin kilpailuttaminen olisi hyvin helppoa mutta palveluja tuotetaan silti ilman kilpailutusta. Sidosyksiköiden lisäksi yrityspuolelta uutena tulokkaana mainittiin digiklinikat, joissa lääkärinvastaanotot toteutetaan yksin-omaan etäyhteydellä.

5.5 Julkinen valta

Julkinen valta vaikuttaa yksityisen terveystalouden toimintaympäristöön monessa roolissa. Julkisen vallan alainen instituutio voi olla toimialalla mm. lakien säätäjä, kilpailija, rahoittaja, asiakas tai yhteistyökumppani.

Haastatteluissa julkisen vallan nähtiin vaikuttavan yksityisen terveystalouden kehitykseen kolmella keskeisellä tavalla, jotka olivat 1) rahoitus eli julkiset hankinnat ja Kelan sairaanhoitokorvaukset, 2) lainsäädäntö, erityisesti hoitajamitoitus- ja

hoitotakuulaki sekä terveystietojen toisiokäyttöä koskevat lait ja 3) infrastruktuuri, kuten Kanta-palvelut ja laaturekisterit. Poliitikalla on merkittävä vaikutus jokaiseen näistä kolmesta tekijästä.

5.5.1 Rahoitusjärjestelmä

Monet yrityksissä toimivista haastateltavista kertovat halustaan kehittää palveluidensa vaikuttavuutta ja niiden tehokkuutta. Tämän suuntaiset kehitykset vaikuttivat liittyvän 1) sairauksien ennaltaehkäisyyn, 2) nykyisen toiminnan kustannustehokkuuden kasvattamiseen tai 3) toiminnan laadun kehittämiseen.

Kuten aiemmin totesimme, haastatteluissa lainsäädännön kerrottiin rajoittavan terveystiedon toisiokäyttöä ja siten myös ennalta ehkäisevän hoidon kehittämistä ja tarjoamista yksityisasiakkaille. Haastateltavamme kertoi, että julkisilla asiakkailta kyseisiä esteitä ei samalla tavoin olisi, kunhan ulkoistussopimukset suunniteltaisiin tämän huomioiden. Kapitaatorahoitus⁶ mainitaan yhtenä toivotunlaisena mallina, koska se kannustaa vaikuttavaan ja ennalta ehkäisevään hoitoon yrityksen ollessa vastuussa tietystä väestöpohjasta.

”Just tämmönen kapitaatorahotushan on ollu hyvä kannuste sille, että yksityinen panostaa siihen varhaiseen tukeen, jotta he eivät joudu itse sitten vastaamaan niistä kustannuksista, joita tulee erikoissairaanhoidosta. Ja niinku tällasethan on julkisen kannalta edullisii mallei. Yleensä ne on edullisii mallei, missä annetaan joku tietty könttäsomma ja laatutavotteet ja sit sun on pysyttävä niissä.” (MS1)

Vaikuttavuusperusteisia hankintoja on käytetty jossain määrin, mutta niiden menestyksestä on hieman eriäviä mielipiteitä. Vaikuttavuusperusteiset hankinnat vaativat onnistuakseen hyvää hankintaosaamista, ja siinä on koettu olevan huomattavasti puutteita. Vaikuttavuusperusteiset hankinnat myös vaativat erinomaisia tiedolla johtamisen järjestelmiä, oikeiden mittarien valitsemista ja hoidon laadun sekä eri menetelmien ja yksiköiden vertailtavuutta. Mitään näistä ei ole kuitenkaan helppoa hankkia tai kehittää.

”Meil on kannustin-sanktiomalli. – – Se on hirveen työllistävää ja vaikeeta. Se vaatii todella tilaajalta paljon, et se tilaaja on ihan täysin tietonen siitä palvelusta ja hirveen hyvää tiedol johtamisen järjestelmää.” (JS1)

Ennen vaikuttavuusperusteisiin hankintoihin siirtymistä pitäisi hankintoja kuitenkin ensin kehittää niin, etteivät ne estäisi innovatiivisia ratkaisuja nykymallissa.

⁶ Kapitaatorahoituksessa palveluntarjoajalle maksetaan kiinteä korvaus tietyn väestöpohjan terveyspalvelujen tuottamisesta, riippumatta siitä, kuinka paljon palveluja yksittäiset henkilöt kyseisellä ajanjaksolla lopulta käyttävät.

Julkisten toimijoiden kerrotaan useasti määrittelevän ostosopimukset niin tiukasti, etteivät yritykset kykene tuottamaan palvelua optimaalisella tavalla tai kehittämään palvelua sopimuksen aikana.

Haastattelujen perusteella tehokas tapa kehittää hankintaosaamista on lisätä vuoropuhelua. Tätä varten täytyy kuitenkin olla kanavia yrityksiin, ja niiden muodostaminen vaatii molemminpuolista tahtoa. Yritysten nähdään olevan hyvin avoimia vuoropuhelulle, mutta julkisen sektorin toimijoiden näkemykset vaihtelevat. Julkisen sektorin toimija kertoo poliittisen vastustuksen yhteisyrityksen perustamiseen olleen todella voimakasta. Poliittinen vastustus kohdistuu ilmeisesti erityisesti suuriin terveystalvyrityksiin.

”Mä en oo ikinä työssäni, vaik mä oon oman uran aikana lopettanu useamman sairaalan, niin niittenkin lopettaminen on ollu helpompaa kuin yhteisyrityksen perustaminen. Tavallaan se vastustus siihen yksityistämiseen ja se kritiikki, mikä on yksityisiä isoja toimijoita kohtaan, niin se on ihan valtava. Se jakaa kyllä poliittista kenttää ja se näkyy, et minkälainen on poliittinen voimasuhde, niin sen mukaan mennään. Mut sit täytyy muistaa, et se koskee ainoastaan isoja yrityksiä.” (JS1)

Toisaalta ison yrityksen edustaja toteaa päinvastoin, että yhteistyöhalukkuutta löytyy melkein kaikilta julkisilta toimijoilta Suomessa, vaikka myöntää myös epäluuloisuutta löytyvän.

”Kyllä julkinen puoli on ihan yhtä halukas tähän kanssakäymiseen, että niinkun puolin ja toisin tiedetään ja vilpitön halu on löytää näitä yhteisiä toimintamalleja. – – Et vähän erilainen eri puolella Suomea. Jossain julkinen puoli on enemmän ehkä puolustusasemissa sillä tavalla, että me halutaan tehdä itse ja me ei päästetä yksityistä tähän.” (Iso1)

Vaihtelevista nykytilanteeseen liittyvistä näkemyksistä ja paikoittaisesta poliittisesta vastahankaisuudesta huolimatta haastateltavat näkevät yhteistyössä tapahtuneen yleisesti ottaen edistystä viimeisen 10 vuoden aikana. Moni haastateltavista nosti kuitenkin huolenaiheeksi Sanna Marinin hallituksen asenteen yksityistä palveluntuotantoa kohtaan. Marinin hallituksen kerrotaan kasvattaneen ideologista vastakkainasettelua painottamalla voimakkaasti julkisten toimijoiden omia palveluita uudessa sote-uudistusmallissaan ja rajoittamalla tällä tavoin merkittävästi hyvinvointialueiden mahdollisuuksia ulkoistaa palveluitaan.

Eräs suuressa yrityksessä toimiva haastateltava toteaa, että isojen yritysten näkökulmasta yli kahdestakymmenestä julkisesta hankkijatahosta koostuva toimikenttä on sote-uudistuksen jälkeen edelleen hyvin pirstaleinen. Pienten yritysten huolena

taas on hankintojen keskittyminen ja siten hankintoihin osallistumisen vaikeutuminen.

Palveluseteli on yksi julkisten toimijoiden keinoista ostaa palvelua yksityiseltä sektorilta. Osa näkee palvelusetelillä olevan paljon potentiaalia palvelusetelilain joustavuuden takia. Haastateltavien mukaan joustavuus menee kuitenkin hukkaan, kun palvelusetelillä tyypillisesti maksetaan vain yksittäinen lääkärisäkäynti tai toimenpide. Tämän lisäksi palveluseteliä voitaisiin käyttää myös kokonaisvaltaisiin hoitoihin, joissa hoitoketju jatkuu potilaan tarvitseman ajan. Vaihtoehtoisesti palvelusetelin voisi kohdistaa esimerkiksi ennalta ehkäiseviin hyvinvointipalveluihin.

”Nään ite siinä potentiaalia, että esimerkiks palveluseteleihin kehitetään uudentyyppisii malleja. Enemmän semmosii kokonaihoitotyypisii ratkasuja, mis kiinnitetään huomio siihen hoidon jatkuvuuteen. – – Yksityisten hyödyntämisen vastustajat – – helposti sanoo, et palveluseteli on niin pistemäinen asia, et se on yks lääkärikäynti ja sit se hoito ei niinku jatku. Palvelusetelilaki sallii vaikka mitä. Palveluseteli on tosi venyvä. Kun sitä vaan tajuttais käyttää, niin se kyllä venyy sen käyttöoikeus ja -mahdollisuus ihan vaikka mihin. Tää vammaisten henkilökohtanen budjetti, mikä on ehkä tuttu, niin sekin on palveluseteli. – – Mun käsittääkseni sitä voi käyttää toimintakyvyn, mielenvirkeyden ylläpitämiseen vaikka leffalippuihin jossain tapauksessa. Sekin on palveluseteli.” (MS1)

Palveluseteli on pienemmille yrityksille miellyttävä hankintamenetelmä, koska se ei vaadi paljoa tietojärjestelmiltä tai kykyä tuottaa suuria määriä palvelua. Palveluseteli tukee siten toimikentän moninaisuutta. Tällä hetkellä palvelusetelin potentiaalia ei kuitenkaan hyödynnetä kunnolla, jolloin sen vaikuttavuus kärsii. Lisäksi palvelusetelin hinta on usein niin matala, ettei se kata niitä kustannuksia, joita varten seteli on potilaalle annettu.

Palvelusetelin käyttäminen voi myös olla hankalaa julkiselle toimijalle, jos asiakkaiden määrä on suuri. Hankinnat voidaan kuitenkin jakaa pienempiin osiin, jolloin pienetkin yritykset pääsevät hyötymään setelien käytöstä. Tämä on mahdollista esimerkiksi dynaamisen hankintajärjestelmän avulla. Kehittääkseen uudenlaisia tai vähemmän käytettyjä menetelmiä täytyy palvelun ostajalla olla hyvä ymmärrys omista palveluntarpeistaan ja vaihtoehtoistaan.

”Me yritettiin ensin järjestää palvelusetelillä ikääntyneiden kotihoitoa ja palveluasumista, mutta se ei enää onnistunu, kun oli kyse niin isoista massoista, niin sit me tehtiin dynaaminen hankintajärjestelmä niihin palveluihin, joissa sitten palveluntuottajat voi tulla siihen hankintajärjestelmään, mutta asiakkaat tekee tavallaan sen päätöksen siitä tuottajasta

ja ne palveluntuottajat siinä dynaamisessa hankintajärjestelmässä kilpailevat siis asiakkaista. – – niit on mahdollisuus tehdä myös tällasia systeemeitä. Mut – – pitää niinku pystyä analysoimaan sitä palvelua ja sitä, et miten sitä palvelua voidaan hankkia eikä vaan aina mennä saman vaikka puitesopimushankinnan ja hintajärjestyksen perusteella.” (JS1)

Tällä hetkellä julkiset toimijat käyttävät palveluseteliä pääosin jonojen purkamiseen tarpeen vaatiessa. Palvelusetelin käyttöä ei siten ole useinkaan suunniteltu pitkällä aikavälillä.

”Sitä [palveluseteliä] on puhuttu myös tämmösenä vähän varaventiilijärjestelmänäki. Jonojen purkamiseen on käytetty ja näin.” (L2V)

Monet haastateltavista kokevat, että Kelan sairaanhoitokorvauksen taso on nykyään niin matala, ettei se alenna palveluiden hintaa merkittävästi. Kela-korvaus tuo yrityksille myös kuluja sisäistä laskentaa monimutkaistamalla, mikä saattaa syödä korvauksen rahallisen arvon jo itsessään.

”Kela-korvausten ylläpito ja päivittäminen, niin se sitoo paljon resurssia. Et se, että jos ne poistuisivat, niin se varmaan voisi vaikuttaa kysyntään, mut se voisi helpottaa esimerkiksi laskutusta ja täntyyppisiä asioita huomattavan paljon sitten sisäisesti.” (Iso3)

Haastatteluissa todetaan, että rahallisen merkityksen sijaan Kela-korvaukset kasvattavat yksityisten yritysten kysyntää korvauksen itse maksaville asiakkaille luoman mielikuvan myötä.

”Onhan Kela-korvauksella ilman muuta [vaikutusta] – – mä väitän, että enemmänkin se ohjaa sitä ajatuksellisesti, et saanko mä mitään tästä takaisin.” (Iso1)

Erään haastateltavan mukaan Kela-korvauksen merkittävin vaikutus johtuu kuitenkin siitä, että vakuutusyhtiöt määrittävät hoidon korvattavuuden Kela-korvauksen korvauskriteerien mukaisesti. Vakuutusasiakkaat ohjautuvat pääosin vain palveluihin, jotka heidän korvauksensa kattaa.

”Vakuutusyhtiöt on hyvin pitkälle noudattanu Kelan tapaa, miten *fee for service*, miten se hallinnoidaan. Niin Kelan malli, Kelan koodisto, Kelakorvausprosessit. Vakuutusyhtiöt on tehny aika samalla tavalla.” (Iso4)

Eräs haastateltava toteaa, että yritysten ei ole useinkaan kannattavaa kehittää uusia palveluita, joita Kelan sairaanhoitokorvaus ja siten vakuutusyhtiöt eivät kata. Toinen haastateltava kertoo, että Kelan korvaukset otetaan huomioon myös

työterveyshuollon palveluiden suunnittelussa. Näin ollen vaikuttaa siltä, että Kela-korvauksella saattaisi olla merkittävä vaikutus yritysten palvelukehitykseen ainakin välillisesti. Haastateltavat kritisoivat Kela-korvausta siitä, että sitä ei ole suunniteltu huomioimaan potentiaalisia innovaatioita tarpeeksi nopeasti, minkä vuoksi se on hidastanut palvelujärjestelmän kehitystä.

”Virallisesti mä oon sitä mieltä, että Kela-korvaus on tärkeä. Mut todellisuudessa must tuntuu, jos tätä pystyis laskemaan, niin Kela-korvauksen meidän palvelutuotekehitystä jarruttava vaikutus, me ei voida optimoida meidän palvelua Kelan takia. Niin se, mitä me täällä menetetään, on paljon enemmän, kuin mitä me saadaan Kelakorvauksista. – – me voitais tehdä esimerkiksi tämmösiä moniammatillisia konsultaatioita, mut ei Kela tarjoa sille mallia.” (Iso4)

Myös eräät muut haastateltavat toivoivat, että Kela-korvauksessa otettaisiin huomioon uudet innovaatiot. Kela-korvauksella nähtiin olevan potentiaalia erityisesti ennalta ehkäisevien hoitojen tukemisessa, kunhan sitä kohdistettaisiin enemmän. Positiivisena esimerkkinä tämänkaltaisesta Kela-korvauksen käyttämisestä annettiin pandemian aikainen päätös koronarokotuksien ja -testauksien korotetuista korvauksista. Kela-korvauksen mainittiin olevan miellyttävä myös pienille yrityksille, koska se ei vaadi tietojärjestelmiltä kovin paljoa.

5.5.2 Poliitiikka ja julkinen infrastruktuuri

Lainsäädännön todetaan olevan merkittävä julkisen vallan vaikuttamisen keino. Haastateltavat nostivat esiin varsinkin hoitotakuulain, hoitajamitoituslain sekä terveysdatan käyttöä sääntelevät lait. Hoitotakuulain mainittiin olevan keskeinen julkisten terveysterveyspalveluorganisaatioiden toiminnan tehostamisen kannalta. Haastateltavien mukaan hoitotakuulain noudattamatta jättämisestä ei kuitenkaan sanktioida tarpeeksi. Tästä johtuen se ei pakota julkisia terveysterveyspalveluiden tarjoajia toimimaan kustannustehokkaammin.

”Tämmöset lakiasiat kuten tää viikon hoitotakuuasias, niin jos sitä oikeesti valvottais ja sitä velvotettais, niin kyllähän siinä on sit laki, joka pakottaa, et jollet itse pääse siihen, niin sitä on ostettava. Se vaatii tosiaan lain lisäksi sen, et sitä lakia oikeesti valvotaan ja jopa sanktioidaan.” (MS1)

”Kylhän hoidon saatavuudessa on monin paikoin merkittäviä ongelmia. Muttet eihän hoitotakuulaki ole mikään laki, eihän se takaa sulle mitään. – – Ainoastaan jos potilas haastaa sairaalan, vaikka niinkun käräjäoikeuteen siitä, että hän ei oo saanu hoitoo toivotussa ajassa.” (Pk3)

Hoitotakuulain valvominen ja sanktioiminen on keskeinen edellytys, jotta realiteetit, kuten työvoimapula, pakottavat julkisia toimijoita uudistumaan ja kehittymään vaikuttavampaan suuntaan. Terveyspalvelualalla sanotaan olevan useita toimintaa sääteleviä lakeja, jotka rajoittavat alan vaikuttavuuden ja tehokkuuden kannalta optimaalista kehitystä.

”Meillä toimialaa valvovat ja säätelevät lait, asetukset ja viranomaiset, niin erityisesti tässä digitalisaatioissa, niin he ovat 10–15 vuotta jäljessä, mitä sillä voitaisiin tehdä. Tää on tosi iso ongelma myöskin suomalaisille hyvinvointi- ja terveysteknologiayrityksille, koska niiden pitäis jossain saada testata ne laitteet ja me voitais niitä myydä kv-markkinoille, mutta ethän sä Suomessa voi.” (L1S)”

Hoitajamitoituslain ja terveysdatan käyttöä rajoittavien lakien kerrottiin rajoittavan alan kehitystä. Hoitajamitoituslain ongelmaksi todettiin se, että lain asettaessa hoitajien minimimäärän suhteessa potilaisiin suhteellisen suureksi yritykset eivät hyödy innovaatioista, jotka vähentäisivät hoitajien tarvetta. Terveysdataa koskevan lainsäädännön vaikutuksista ennalta ehkäisevän hoidon kohdentamiseen kerroimme myös edellä. Rajoitteiden syyksi mainitaan, että terveydenhoitoala on yleisesti konservatiivinen, ja alalla vaaditaan, ettei potilaan yksityisyydensuojaa tai terveyttä vaaranneta uusilla kokeiluilla.

Politiikalla on suuri merkitys terveyspalvelualalla. Poliittisen tahdon ei myöskään aina koeta vastaavan alan asiantuntijoiden näkemyksiä. Poliitiikan vaikutus tekee muuten konservatiivisesta alasta myös epävakamman alan muuttuessa poliittisten ailahteluiden mukana.

”Valta, politiikka ja raha määrittelee ihan hirveesti terveydenhuoltoalaa ja se on hyvin paljon poliittista, – – kun hallitukset vaihtuu, niin sit siellä tehdään heti muutoksia, – – siellä on niin paljon ulkopuolisia tämmösiä tekijöitä, jotka sit myös ratkasee sen terveydenhuoltojärjestelmän kohdan ja se on hyvin poliittista. Siellä ei aina järjen ääni voita, vaan siellä poliitiikka voittaa.” (MS3)

Terveyspalvelualan järjestelmän rakentumista koskevat kysymykset ovat muutenkin hyvin poliittisia, koska kyseessä on kansalaisten terveys ja eri tuotanto- ja rahoitusjärjestelmät tuottavat erilaisen palveluntarjonnan eri väestöosille. Tämän takia esimerkiksi työterveyshuolto on useasti keskustelun kohteena mediassa ja keskustelusta muodostuu narratiiveja, joilla perustellaan omia ideologisia positioita. Haastateltavat mainitsivat palveluiden ulkoistamista vastustavien pitävän julkisia terveyspalvelun tarjoajia luotettavina ja puhuvan yrityksistä rahanahneina sekä moraalittomina, koska ne ansaitsevat rahaa terveydellä ja pyrkivät hyötymään julkisten toimijoiden ahdingosta. Vastakkaisina näkemyksinä esitettiin

muun muassa, että yksityiset toimijat tuottavat palvelua tehokkaammin, jolloin ulkoistettaessa samalla rahamäärällä useampi saa hoitoa. Yksityiset toimijat myös keventävät julkisten toimijoiden taakkaa ja kehittävät alaa uusilla innovaatioilla.

Viime vuosina isojen yritysten kerrottiin parantaneen mainettaan ja imagoaan panostamalla muun muassa vastuullisuuteen. Haastatteluissa todettiin, että Sanna Marinin hallitus sääti alalle paljon yksityisen toiminnan vastaisia lakeja ja julkisten palveluiden ulkoistamista pyrittiin rajoittamaan. Käännös kohti yritysvastaisuutta oli hyvin äkillinen ja kohdistui erityisesti isoihin toimijoihin. Ilmiö on näkyvissä sekä paikallisella että valtakunnallisella tasolla. Poliittisen ilmapiirin huonontuessa kasvaa myös poliittinen riski, minkä kerrottiin karkottavan sijoittajia.

”Nyt tulee, mitä mä alleviivaisin: Suomessa pidetään yksityiseen sotetomialaan kohdistuvaa poliittista riskiä erittäin suurena.” (L1S)

Koska yleinen näkemys on hyvin negatiivinen terveystaloudella ansaitsemista kohtaan, yrityksistä on helppoa tehdä syntipukki ongelmille, jos tällä tavoin koetaan voitavan ajaa omaa poliittista agenda ja saada kannatusta vaaleissa. Tällaisen riskin ohella myös vakuutusalan toiminnan todetaan olevan vaikeampaa poliittisesta epävarmuudesta johtuen, kun esimerkiksi sote-uudistuksen järjestely muuttuu aina uuden hallituksen myötä. Poliittisen ilmapiirin ollessa huono yhteistyössä hidastellaan silloinkin, kun siihen on polttava tarve. Tämän takia monet haastateltavista kokivat yritysten hyödyntämisen koronatestauksissa ja rokottamisessa kestäneen huomattavasti kauemmin kuin olisi tarvinnut.

Poliittisen ilmapiirin vaihdellessa terveystaloudelle voi tulla äkillisestikin yritysten liiketoimintaan merkittävästi vaikuttavia muutoksia. Varsinkin pienille yrityksille muutosten todetaan olevan erityisen haasteellisia, koska niillä ei ole yhtä paljon pääomaa, joka lisäisi sietokykyä kysynnän väliaikaisesti vähentyessä. Pienten yritysten liiketoiminta ei ole myöskään yhtä hajautettua kuin isojen toimijoiden. Toisaalta pieniä yrityksiä pidetään usein ketterämpinä sopeutumaan uudenlaisiin olosuhteisiin, joten muutokset voivat tarjota myös suuria mahdollisuuksia. Ketteryys ei kuitenkaan auta, jos muutokseen liittyy vaatimus tuottaa suuri määrä palvelua, kuten julkisten hankintojen keskittyessä suurempiin kokonaisuuksiin. Epävarmuuden vallitessa yrityksillä on tapana viivästyä investointejaan, ja näin kerrotaan tapahtuneen myös sote-uudistuksen valmistelun aikana.

Vaikuttavuuden mittaaminen on haasteellista, ja siksi haastateltavat korostavat laaturekisterien kehittämisen tärkeyttä. Tämä on keskeistä, jotta toimintaa saadaan kehitettyä tehokkaammaksi ja vaikuttavammaksi. Vertailtavuuden parantamisessa politiikan merkitys vähenee ja päätökset pystytään perustamaan paremmin dataan.

”Ois hirveen tärkeätä, että meillä olis... Puhutaan laaturekistereistä. Meillä olis semmosta vertailtavaa tietoa, että me pystyttäis vertailemaan yksityisiä ja julkisia ja jopa julkisia keskenään, että tavallaan me tarvittais sitä avointa tietoa, koska muutenhan se on tällasta sit mutu-arviointia.”
(L3T)

Läpinäkyvyyden parantuessa terveystalvueluorganisaatioiden uskotaan kykenevän oppimaan toisiltaan enemmän. Tällöin palveluiden laadun vaihtelu vähentyisi ja yleinen palveluntarjonnan taso parantuisi. Kun toitojen laatu selkiytyy, kuluttajien on helpompi valita palveluntarjoaja ja vaikuttavuus alkaa painottua kilpailussa. Eräs haastateltava arvioi myös, että parempien laaturekisterien avulla voitaisiin mahdollisesti vertailla erilaisia palveluntarjontamalleja organisaatioiden lisäksi. Näin voitaisiin arvioida esimerkiksi sitä, tuottaako ennaltaehkäisyä painottava lähestymismalli enemmän potilasarvoa suhteessa käytettyyn pääomaan kuin perinteiset menetelmät.

Tällaisen vertailun yleistyessä ja parantuessa saataisiin luotettavampaa tietoa siitä, onko uusi menetelmä parempi kuin vanha, ja uskallus panostaa innovaatioihin lisääntyisi. Laaturekisterien myötä myös vaikuttavuusperusteisten hankintojen suunnittelun pitäisi muuttua helpommaksi.

Laaturekisterien kehittäminen ei erään haastateltavan mukaan vaikuttaisi olevan kovin kallista suhteessa niiden tuomiin hyötyihin. Tästä huolimatta kehityksen aloittaminen vei aikaa, koska rahoitusta ei tahtonut löytyä. Yhtenä mahdollisena syynä laaturekisterien kehittämisen viivästymiselle mainittiin monikanavarahoitus. Sen johdosta ei ilmeisesti ollut tiettyä tahoaa, joka olisi ollut selkeästi vastuussa laaturekisterien kehittämisestä. Hanke ei siten edennyt, vaikka se yhteiskunnallisesta näkökulmasta olisikin ollut toivottavaa ja oletettavasti hintansa arvoista.

”Se on ehkä ollu näitä monivararahoituksen ongelmia – – kukaan ei ole halunnu maksaa sitä – – millä ne rekisterit olis rakennettu ja ylläpidetty. Et tää harmillisesti on tuntunu et Suomessa on ollu rahaa laittaa 100 000 euroa vaikka hoidon komplikaatioiden hoitoon mutta ei 10 000 euroa rekisterin ylläpitoon jolla ehkästäs sitten komplikaatioitten syntyä.” (Pk3)

Rahoituksen ongelmien vuoksi haastatteluissa Suomen todetaan olevan huomattavasti muita pohjoismaita jäljessä laaturekistereiden kehittämisessä. Kehittämisen todetaan olevan myös hidasta, vaikka alkuun on päästy. Viivästyksen vuoksi Suomen nähdään toisaalta voivan ottaa mallia laaturekisterien kehittämiseen esimerkiksi Ruotsista, missä laaturekistereitä on kehitetty ja käytetty jo pitkään. Suomen digitaalinen infrastruktuuri, muun muassa Kanta-palvelut, koetaan suurena vahvuutena verrattuna moniin muihin maihin.

”Meillä on vahva rekisteri, Kanta-arkisto ja monta muuta, niin ikään kuin sanon nyt näin että tuntuu turhauttavalta käydä kansainvälisissä seminaareissa missä muut unelmoivat asioista mitkä meillä on arkipäivää, että me ollaan tosi monessa asiassa tosi paljon edellä.” (Iso2)

Kanta-palvelu on kuitenkin lääkärin näkökulmasta hyvin vaivalloinen. Tietoa on vaikea hakea, eikä palvelun avulla voi siten myöskään tehdä tutkimusta tai täydentää laaturekistereitä keräämättä sieltä ensin tietoja manuaalisesti. Haastattelujen mukaan Kanta-palvelu toimii käytännössä vain tiedon varastointipaikkana, ja sitä käytetään kliinisessä työssä ainoastaan pakkotilanteessa. Organisaatioiden omilla järjestelmäratkaisuilla kerrotaan kuitenkin osaltaan olevan merkitystä Kanta-palveluiden käytettävyyteen. Useat haastateltavat toivoivat, että Kanta-palveluihin kirjatuista tiedoista saataisiin paremmin hyödynnettäviä.

5.6 Sattuma: korona

Keväällä 2020 Suomeen levinneellä COVID-19-viruksella on ollut merkittävä vaikutus terveystalouteen. Pandemian kerrotaan vaikuttaneen erityisesti terveystalouden kysynnän määrään sekä ammattilaisten ja asiakkaiden asenteisiin digipalveluita kohtaan. Näiden lisäksi pandemian aikana Kelan sairaanhoitokorvaus laajeni kattamaan myös etähoitoa. Pandemian alussa virustartunnan pelko tyrehtytti terveystalouden kysynnän hengitystieinfektioihin liittyviä palveluita lukuun ottamatta, kun asiakkaat eivät uskaltaneet lääkäreille. Kun suuri osa tavallisesta terveystalouden kysynnästä romahti, terveystaloudelliset joutuivat taloudellisiin vaikeuksiin.

”Meiltähän tääl privaattipuolella häipy siinä maaliskuussa 2020, – – ainakin kolmasosa busineksestä yhdes yössä. Se on se 16. Olikse se, kun lentoliikenne pistettiin kiinni? – – joissakin esimerkiksi lastenlääkäritoiminnasta, korvalääkäritoiminnasta lähti 70 prosenttia.” (Iso4)

COVID-19-rokotusten ja -testausten kerrotaan koituneen yritysten pelastukseksi. Erityisesti COVID-19-testien tarjoaminen ja niiden laaja kattavuus pelastivat monet terveystaloudelliset konkurssit. Haastateltavien mukaan COVID-19-testien ja rokotusten markkinat eivät kuitenkaan auenneet yksityisille toimijoille välittömästi. Hidasteena pidettiin poliittisia kysymyksiä, minkä takia osa haastateltavista ei pitänyt pandemian aikaista toimintaa positiivisena indikaattorina yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöstä.

”Onks aika kypsä semmoselle yhteistyölle julkisen ja yksityisen kanssa, niin oli huono esimerkki tää koronapandemia. Jos tällasen kriisiin tullen me ei tajuta, et nyt hei haloo kaikki tää voima käyttöön –– niin tavallaan se ei ennusta hyvää.” (MS1)

Toisaalta osalla haastateltavista oli ollut hyviä kokemuksia yhteistyöstä pandemian aikana. He kokivat yhteisten koettelemusten tuoneen julkisia ja yksityisiä terveyspalvelutoimijoita lähemmäksi toisiaan sekä avanneen ovia myös tulevaa yhteistyötä varten.

”Meillä oli hyvä esimerkki korona-aikana, niin tääl perustettiin hengitystieinfektio-poliklinikka, niin se oli julkisen ja kahden yksityisen yhteinen. Eli kun meillä oli ulkoistettu avosairaanhoidoa kahdelle yksityiselle ja sitten julkinen pysty siellä toimimaan, niin ne pysty yhdessä tekemään tällasen yhden toimintayksikön ja sijoittamaan kaikkien työntekijöitä sinne. Sitten myös se keskustelu ja jousto molemmin puolin, mitä käytiin, niin tietyl tavalla aika alun hankaluuksien jälkeen pystyttiin tosi paljon tukemaan toisiamme. -- kun on yhteisiä haasteita ja vaikeuksia, niin yleensä se lähentää myös sekä sitä järjestäjää että tuottajaa ja myös omaa tuotantoa ja sitä yksityistuoantaa. Oli erittäin hyvä harjoitus.” (JS1)

Yritysten siirtyminen koronarokotusten ja -testien markkinoille oli tärkeää myös yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta, kun julkisilla toimijoilla tuli oma tarjonnan kapasiteetti vastaan. Rokotusten ja testien lisäksi julkiset terveyspalveluorganisaatiot hankkivat lääkäripalveluja ja muuta palvelua yksityisiltä toimijoilta. COVID-19-pandemia osoitti siten julkisen ja yksityisen terveyspalvelusektorin yhteistyön tärkeyden ja sen, että ne tarvitsevat toisiaan. Julkinen sektori kykeni vastaamaan terveyspalveluiden kysyntään jakamalla markkinoita yksityisten terveyspalveluyritysten kanssa.

Yksityisten toimijoiden kyky tarjota nopeasti uusia palveluita nähtiin osoituksena niiden nopeasta sopeutumiskyvystä. Kriisitilanne nosti esiin yksityisen sektorin merkityksen terveyspalvelujärjestelmän resilienssille.

”Terveyspalveluyritykset oli siinä mielessä hyvä tilanteessa, et hehän pysty tarjoamaan tietyl taval palveluita myös julkiselle toimijalle sillon, kun heillä vapautu kapasiteettii, mikä oli hyvä osotus siitä yksityisen palvelun joustokyvystä. He pysty paremmin tarjoamaan meille joustoa, mitä meidän oma järjestelmä pysty joustamaan ja siirtämään resursseja. Ja mehän pystyttiin ostamaan koronan aikana esimerkiksi rokotustyöpä-nosta tosi paljon yksityisiltä ja ostettiin esimerkiksi sairaalakapasiteettia korvaavaa palvelua, jota ihan yllättäen yksityinen pysty tarjoamaan, koska heil vapautu resursseja muualta.” (JS1)

Koronapandemian aikana useita sairausdiagnooseja ja hoitoja lykättiin, minkä odotetaan aiheuttavan valtavan kysynnän tulevaisuudessa. Tästä johtuen yhteistyön nähdään olevan tärkeää myös tulevaisuudessa, kun pandemian aiheuttaman kysynnän suma alkaa purkautua.

Eräs koronan merkittävä seuraus oli etävastaanottojen ja muiden digitaalisten palveluiden kysynnän kasvu. Erityisesti chat-palveluiden määrä kasvoi. Osa suuremmista terveysterveyspalveluyrityksistä oli onnekkassa asemassa, koska ne olivat kehittäneet digitaalisia palveluita jo vuosia mutta laajempi käyttöönotto oli huomattavasti hitaampaa ennen koronaa. Yhdeksi syyksi tähän mainittiin terveysterveyspalvelualan ammattilaisten ja asiakkaiden asenteet etävastaanottoja kohtaan.

”Mehän ennen koronaa oltiin siinä onnellisessa asemassa, että meillä oli kaikki valmiina. Meillä oli järjestelmät. Niitä käytti osa lääkäreistä, käytti osa asiakkaista ja se oli testattu ja hyväks havaittu. Me oltiin tehty se kehitystyö niin että kaikki oli ihan timmikunnossa, mut ongelma oli se että me ei saatu lääkäreitä lähtemään mukaan siihen etävastaanotto-maailmaan, että he oli sitä mieltä että kyllä asiakkaan pitää tulla ovesta sisään, että he haluaa nähdä ja kokeilla sitä asiakasta ja he haluaa oikeesti fyysisen vastaanoton. Ja sit asiakkaat myöskin, suurin osa -- Mut korona teki muutamassa viikossa sen, että lääkärit anto aikansa etävastaanottona myös.” (iso1)

Asenteet kuitenkin muuttuivat, koska pandemian myötä etätyö eri muodoissaan yleistyi yhteiskunnassa ja muuttui normaaliksi toimintatavaksi. Asennemuutos vaikuttaisi olevan pysyvä. Etäpalveluja on alettu vaatia, ja kaikilla terveysterveyspalveluyrityksillä täytyy olla niitä palveluvalikoimassaan. Etäpalvelujen tarjoaminen ei itsessään ole kilpailuetu vaan ainoastaan kilpailukykyyn liittyvä tekijä. Yritysten digikyvykkyyksissä on kuitenkin merkittäviä eroja. Kaksi isointa terveysterveyspalveluyritystä on muita selkeästi edellä, sillä niiden vuosia aiemmin tekemät investoinnit alkoivat materialisoitua koronan myötä.

Korona loi myös uusia vaatimuksia, kuten lisääntyneitä hygieniakäytäntöjä, joiden myötä kustannukset kasvoivat.

”Tietenkin meidän kustannukset on noussut, kaikkien suojarahusteiden ja pesulalaskujen ja muiden, kun ennen pestiin pyykkiä kaks kertaa viikossa ja nyt viedään takit joka päivä pesuun, niin kaikkien tämmösten kustannusten myötä, tai siis kustannustaso on tietenkin noussut, --” (pk2)

COVID-19-pandemian myötä myös mielenterveyspalveluiden kysyntä on kasvanut. Erityisesti mielen hyvinvoinnin matalan kynnyksen palveluiden tarjonta on lisääntynyt työterveyshuollossa.

”Työterveyshuoltoapuolella varmasti tämmöset eri mielen hyvinvoinnin palvelut nyt just ehkä tämmösenä aikana korostuu aika paljon ja erilais-ten tämmösten kevyempien tukipalveluiden kiinnostus --” (pk2)

6 Johtopäätökset

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys perustui Porterin (1990) timanttimaliin, jota täydennettiin resurssiperusteisella, dynaamisten kyvykkyyksien sekä dynaamisen kilpailun teorioilla. Haastattelujen perusteella havaitsimme, että kireiden työvoimaolojen myötä työvoiman saatavuuteen ja siitä kiinni pitämiseen liittyvät tekijät ovat keskeisiä menestystekijöitä kilpailussa. Kilpailuedun muodostuminen ja sen tulevaisuuden näkymät vaihtelivat asiakassegmenteittäin, sillä eri asiakasryhmien kysyntävaatimukset eroavat toisistaan. Sovellamme tutkimuksessa teoreettista viitekehystämme ja analysoimme työvoimaolojen kireydestä johtuvaa kysynnän ja tarjonnan epätasapainoa (luku 6.1) ja kilpailuedun muodostumista kysyntävaatimusten kautta (luku 6.2) sekä pohdimme kilpailuedun lähteiden tulevia kehityssuuntia (luku 6.3). Lopuksi luvussa 6.4 tarkastelemme yritysten kilpailullisia asenteita Chenin ja Millerin (2015) viitekehysten pohjalta.

6.1 Kysynnän ja tarjonnan epätasapaino terveystaloudella

Tässä luvussa tarkastelemme kysynnän ja tarjonnan kohtaamista yksityisellä terveystaloudella. Taulukossa 3 (s. 60) tiivistämme keskeisimmät havaintomme lähialojen, julkisen vallan ja sattuman vaikutuksista kysynnän ja tarjonnan tasapainoon sekä siihen, miten nämä vaikutukset näkyvät terveystaloudellisten tuotannon tekijä-, kysyntä- ja kilpailuolosuhteissa.

Tuotannon tekijäolojen näkökulmasta yritysten voi olla vaikeaa vastata tarjonnallaan kysyntään työvoimapulan vuoksi. Tarjotun työn määrää rajoittaa paitsi koulutettujen ammattilaisten vähäisyys myös työskentelymuutos. Lääkäriliiton (2023) kyselyn mukaan lääkäreistä 25 % työskenteli vuonna 2022 osa-aikaisesti. Lääkäreillä vapaa-ajan arvostus on kasvanut, ja he pyrkivät valinnoillaan vähentämään työn kuormitusta. Lääkäreiden työn tuottavuutta heikentävät lisäksi tietojärjestelmien parissa kuluva aika ja teknologian hyödyntämistä rajoittavat tekijät, kuten jäykkä lainsäädäntö.

Ikääntyvän väestön kasvava palveluntarve ja julkisten palveluiden heikentynyt saatavuus lisäävät yksityisiin palveluihin kohdistuvaa kysyntää. Lisäksi asiakkaat arvostavat entistä enemmän omaa aikaa, mikä lisää helposti ja nopeasti saatavilla olevien yksityisten palveluiden kysyntää. Kysynnän luonne vaihtelee asiakkaittain, mikä luo erilaiset liiketoiminnan kannustimet eri asiakassegmenteille. Runsas kysyntä ja tarjontaa rajoittava työvoimapula yhdessä johtavat työvoimasta kilpailun korostumiseen kilpailuedun tavoittelemisessa, minkä lisäksi toimialan lähialat, julkisen vallan päätökset sekä sattumanvaraiset tekijät, kuten koronapandemia, vahvistavat tai heikentävät näiden osatekijöiden vaikutusta kilpailuun.

Taulukko 3. Kysynnän ja tarjonnan tasapainoon keskeisesti vaikuttavia tekijöitä yksityisellä terveyspalvelualalla.

	Työvoimapula rajoittaa tarjontaa.	Palvelun saatavuuden painottuminen lisää kysyntää.	Kilpailu työvoimasta on kiristynyt.
Lähialojen vaikutus	Lähialojen toimijat ovat tärkeitä palveluiden kehityksen kannalta.	Vakuutusten suosio tukee alan kysyntää ja ohjaa sitä vakuutusyhtiöiden kanssa yhteistyötä tekeville terveyspalveluyrityksille. Digitalisaatio parantaa saatavuutta.	Lähialojen toimijat voivat olla yhteistyökumppaneja, mutta myös mahdollisia kilpailijoita.
Julkisen vallan vaikutus	Koulutuspolitiikalla on merkittäviä ja pitkäkestoisia vaikutuksia. Lainsäädännön ja korvausjärjestelmän konservatiivisuus rajoittavat teknologioiden kehitystä ja hyödyntämistä.	Julkisten palveluiden haasteet lisäävät yksityisten palveluiden kysyntää. Poliittiset päätökset vaikuttavat kysyntään sekä lyhyellä että pitkällä aikavälillä.	Julkinen ja yksityinen sektori kilpailevat samasta työvoimasta mutta voivat olla yhteistyökumppaneita esimerkiksi ulkomaisen työvoiman hankinnassa. Työvoimatilanne kärjistää ideologista yksityisen alan vastustusta mutta myös pakottaa sektorien väliseen yhteistyöhön.
Sattuman vaikutus	Pandemia lisäsi työvoimapulaa sekä kiihdytti digitaalisten palveluiden käyttöönottoa ja lisäsi tuotannon tehokkuutta.	Pandemia vähensi palveluiden kysyntää tilapäisesti, mutta merkittävästi. Pandemia siirsi kysyntää ja palveluiden tarvetta tulevaisuuteen sekä kannusti etäpalveluiden ja uusien palveluiden tarjontaan.	Pandemia koetteli yritysten kriisinsietokykyä ja sopeutumiskykyä sekä kannusti julkisia ja yksityisiä toimijoita yhteistyöhön toistensa kanssa.

Kilpailua työvoimasta kiristää myös se, että yritysten on hyvin vaikea erottua toisistaan esimerkiksi vaikuttavuudella tai tehostaa palveluitaan suhteessa muihin kilpailijoihin esimerkiksi teknologisia innovaatioita hyödyntämällä. Yritystoihin perustuvat kasvumahdollisuudet Suomen terveyspalvelualalla ovat vähentyneet, joten suurimmat toimijat ovat alkaneet etsiä markkinoita ulkomailta ja uusilta toimialoilta.

Lähialoilla, julkisella vallalla ja sattumalla on myös merkittäviä vaikutuksia kysynnän ja tarjonnan epätasapainoon. Lähialoista terveysteknologiayrityksillä on merkittävästi potentiaalia vaikuttaa työvoimapulaan tehostamalla palveluita kasvattavia ratkaisuja. Digipalvelut ovat jo lisänneet palveluiden saatavuutta merkittävästi.

Lähialoista merkittäviä toimijoita ovat myös vakuutusyhtiöt, sillä ne vaikuttavat suoraan yritysten kysyntään ohjaamalla asiakkaita yhteistyökumppaneilleen.

Vakuutusyhtiöt voivat olla yhteistyökumppaneita mutta myös kilpailuttajia ja kilpailijoita, jos vakuutusyhtiöllä on omaa palvelutuotantoa.

Erytisesti tulevaisuudessa vakuutusyhtiöillä saattaa olla suurempi vaikutus palveluiden vaikuttavuuden kehitykseen, sillä ne ovat alkaneet arvostaa parempaa vaikuttavuutta ja uusia palvelumalleja. Jos vakuutukset eivät kata uusia palvelumuotoja, terveystalvolyrityksillä on heikommat kannustimet kehittää niitä. Vakuutusyhtiöiden ja tiettyjen palveluntuottajien yhteistyön kerrotaan myös tiivistyneen. Myös korvausjärjestelmä vaikuttaa yritysten palveluiden kehittämiseen. Esimerkiksi Kela-korvaus on ohjannut sitä, mitä vakuutusyhtiö korvaa, jolloin pienelläkin korvauksella on merkitystä.

Julkinen valta vaikuttaa työvoimapulaan suurelta osin sote-ammattilaisten koulutuksen, lainsäädännön sekä korvausjärjestelmän kautta. Haastattelujen perusteella lääkärin koulutuspaikkojen lisääminen olisi yksi merkittävä keino vaikuttaa tarjontaan, vaikka sen vaikutukset näkyisivätkin vasta myöhemmin. Lainsäädännön vaikutuksista tuotannon tehokkuuteen nostettiin keskeisinä esimerkkeinä esiin hoitajamitoituslaki sekä terveysdatan käyttöä ja siten ennalta ehkäisevän hoidon kohdistamista rajoittava lainsäädäntö. Lainsäädännöllä on merkittävä vaikutus siihen, miten lähialoilta tulevia innovaatioita pystytään hyödyntämään, ja näin ollen yritysten kykyyn korvata ja tukea työvoimaa teknologialla.

Julkisen sektorin tuotannolla on suuri merkitys yksityissektorin kilpailuolosuhteisiin. Julkisen sektorin hoitojonojen pidentyessä asiakkaiden uskottiin siirtyvän enemmän yksityiselle sektorille. Tämä näkyy myös yksityisten vakuutusten määrän kasvuna (KKV, 2020; Valtonen ym., 2014). Julkisen sektorin moninaiset haasteet ovat kasautuneet työvoimapulan, sote-uudistuksen ja pandemian seurauksena.

Jos julkinen hankkija on asiakkaan roolissa, se usein ideologisesti vastustaa palveluiden hankkimista yksityiseltä yritykseltä. Kireä työmarkkinatilanne kuitenkin pakottaa yksityisten toimijoiden hyödyntämiseen.

Poliittiset päätökset vaikuttavat merkittävästi yritysten toimintaan ja siihen, missä määrin kysyntä tulee yksityisten asiakkaiden tai julkisten asiakkaiden kautta. Päätösten muuttuminen hallituskausittain tuo epävarmuutta yritysten kilpailuympäristöön. Esimerkiksi pandemian aikana osalle yrityksistä oli elintärkeää saada tarjota koronatestauksia ja -rokotuksia. Nopeat ja tilapäiset muutokset tuovat yrityksille myös mahdollisuuksia. Esimerkiksi pandemian aikana osa yrityksistä onnistui kasvattamaan liikevaihtoaan merkittävästi koronatestausten avulla. Myös julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyösuhteet kehittyivät pandemian myötä. Ulkoistamista rajoittavilla poliittisilla päätöksillä ei myöskään nähty olevan niin suurta vaikutusta yritysten liikevaihdolle kuin olisi voinut olettaa, koska kysynnän nähtiin säilyvän poliittisista päätöksistä huolimatta.

Julkinen valta vaikuttaa työvoimasta kilpailuun merkittävästi, koska yksityiset ja julkiset palveluntuottajat jakavat samat työvoimamarkkinat. Tällaisessa nollasummapieliasetelmassa toisen voitto on toisen tappio, joten kilpailuasenne on luontaisesti aggressiivinen ja kilpailu on kireää. Toisaalta ulkomaisen työvoiman hankinnassa yksityiset ja julkiset palveluntuottajat ovat kyenneet yhteistyön avulla kasvattamaan työvoimamarkkinoitaan ja onnistuneet siten lieventämään työvoimasta kilpailun kireyttä.

Pandemian vaikutti erityisesti kysyntäolosuhteisiin. Pandemia tyrehdytti ensin suuren osan kysynnästä, minkä oletetaan näkyvän lähitulevaisuudessa entistä suurempana palveluiden saatavuuden haasteena ja työvoimapulan kiristymisenä. Toisaalta etäpalveluiden kysyntä kasvoi. Yritykset kertoivat lisänneensä esimerkiksi kevyempien mielenterveyden tukipalveluiden tarjontaa. Pandemia vaikutti myönteisesti asenteisiin digipalveluita kohtaan. Erityisesti chat-vastaanottopalvelut kasvoivat nopeasti ja paransivat tuotannon tehokkuutta. (Taulukko 3, s. 60.)

6.2 Kysynnän vaikutukset kilpailuedun muodostumiseen

Terveyspalveluyritysten kolme keskeistä kysynnän kohdetta olivat saatavuus, laatu ja hinta. Laatu jaotellaan tässä yhteydessä edelleen (subjektiiviseen) asiakaskokemukseen palvelusta ja (objektiiviseen) palvelun vaikuttavuuteen. Kirjallisuudessa vastaavina termeinä käytetään myös funktionaalista ja teknistä laatua (Lam, 1997). Yksiselitteistä määritelmää terveyspalvelun laadulle ei kuitenkaan ole (Kanji & Patrícia, 2003). Taulukossa 4 (s. 63) tiivistämme terveyspalveluyritysten asiakkaiden neljän keskeisimmän kysyntävaatimuksen ilmenemistä asiakassegmenteittäin ja terveyspalveluyritysten keinot vastata näihin kysyntävaatimukseen.

Yksityisasiakkaille palveluiden saatavuuden merkitys on suuri. Se nähtiin pääsyyntä yksityisten toimijoiden palveluiden ostamiseen julkisten palveluiden käyttämisen sijaan. Saatavuus todettiin hyvin tärkeäksi myös yritysasiakkaille, mutta julkiset asiakkaat eivät pitäneet sitä keskeisenä asiana. Saatavuuden tärkeyttä painottaa osaltaan terveyspalvelun luonne eli palvelun odottamisella voi olla merkittäviä haittavaikutuksia. Myös viimeaikaiset muutokset asiakkaiden mieltymyksissä korostavat saatavuuden merkitystä. Hoitoonpääsyä ei olla valmiita enää odottamaan kuten aikaisemmin, vaan vaatimukset palveluiden nopeasta saatavuudesta ovat lisääntyneet.

Yksityisen ja julkisen sektorin palveluiden saatavuuden ero on kasvanut entisestään. Saatavuuden varmistaminen on keskeistä myös yritysten välisessä kilpailussa. Lisäksi saatavuuden merkitystä lisää se, että hinta- ja laatutekijöillä on entistä vaikeampaa erottautua kilpailijoista.

Taulukko 4. Terveyspalvelualan kysyntävaatimukset ja niihin vastaaminen.

Yrityksiin kohdistuvat vaatimukset	Vaatimusten painottuminen: yksityisasiakkaat	Vaatimusten painottuminen: yritysasiakkaat	Vaatimusten painottuminen: julkiset asiakkaat	Keinot vastata vaatimuksiin
Saatavuus	Palveluiden nopealla saatavuudella on merkittävä vaikutus yksityisasiakkaan kysyntään.	Saatavuus on usein hyvin tärkeää myös yritysasiakkaille.	Haastatteluissa saatavuudesta ei tyypillisesti puhuttu keskeisenä kysyntävaatimuksena julkisille asiakkaille.	Jotta yrityksen voisivat parantaa saatavuutta, niiden on tärkeää menestyä työvoimakilpailussa, parantaa työn tuottavuutta, sekä tarjota etävastaanottoja ja keskeinen sijainti.
Asiakaskokemus	Hyvä asiakaskokemus on saatavuuden ohella merkittävä kysyntävaatimus yksityisasiakkaille.	Asiakaskokemus on merkittävä yritysasiakkaille varsinkin sopimussuhteen pysyvyyden kannalta.	Asiakaskokemus on harvoin kilpailutuksissa ratkaiseva tekijä julkisissa hankinnoissa.	Asiakaskokemuksella erottautuakseen yritysten on tärkeää luoda helppokäyttöiset järjestelmät, kattava palveluvalikoima ja sujuvat hoitopolut. Keskeistä on myös asiakastiedon hyödyntäminen ja asiakassuhteiden kehittäminen.
Vaikuttavuus	Vaikuttavuuden arviointi on yksityisasiakkaille haastavaa. Asiakkaat olettavat sen tasalaatuisiksi ja hyväksi.	Yritysasiakkailla on paras kyky ja kannustimet arvioida vaikuttavuutta. Osalla asiakkaista vaikuttavuus kuuluu kilpailuskriteereihin, mutta ei kaikilla.	Julkisella sektorilla vaikuttavuus on harvoin merkittävä kilpailuskriteeri, koska se vaatii erityistä hankintaosaamista.	Vaikuttavuudella kilpailemiseksi tarvitaan sopivat mittarit, teknologiat, niiden soveltamista ja palvelukokonaisuuksien kehittämistä.
Kohtuullinen hinta	Hinnan vaikutus kysyntään vaihtelee yksityisasiakkaiden välillä, erityisesti itse maksavien ja vakuutettujen asiakkaiden välillä.	jakaantuvat kahteen ryhmään. Osan päätavoite on mahdollisimman edullinen hinta. Toiset arvostavat enemmän laatua.	Julkisissa hankinnoissa hinta on useimmiten ratkaisevin kriteeri.	Kohtuullisen hinnan tarjoamisen resepti on myyntikatteen asettaminen mahdollisimman alas, uudet teknologiat ja tehokas organisointi.

Saatavuuden vaatimukseen vastaaminen edellyttää menestymistä kilpailussa työvoimasta, minkä lisäksi toimipisteen sijainnin pitää olla helposti saavutettava. Etävastaanotoista on muodostunut tärkeä saatavuutta parantava tekijä. Teknologiassa nähdään paljon potentiaalia tuotannon tehokkuuden kehittämiseen, mutta toistaiseksi suurta kehitystä ei ole tapahtunut. Merkittävänä kehityksen jarruna on ollut konservatiivinen kulttuuri, joka näkyy sekä ammattilaisten ja asiakkaiden asenteissa että lainsäädännön ja Kela-korvausjärjestelmän jäykkyydessä. Konservatiivisuuden nähtiin hidastaneen uusien innovaatioiden leviämistä – esimerkiksi chat-vastaanotot otettiin laajasti käyttöön vasta pandemian myötä. Chat-vastaanottojen leviäminen voidaankin nähdä osoituksena siitä, miten kehityksen jarruna

eivät ole olleet vain teknologiset mahdollisuudet ja osaaminen vaan alan useita toimijoita yhdistävä konservatiivisuus.

Palveluiden tehokkuuden kehittämistä hidastavina lakeina mainittiin erityisesti hoitajamitoituslaki sekä potilasvastuuseen liittyvät kysymykset. Nämä vaikeuttavat teknologisten ratkaisujen hyödyntämistä tuotannossa. Toisaalta esimerkiksi hoitotakuulaki saattaisi parantaa palvelujärjestelmän tehokkuutta, jos sitä valvottaisiin tarkemmin.

Palveluiden saatavuuden ohella keskeisenä kilpailutekijänä mainittiin asiakaskokemus. Tämä painottui varsinkin yksityisasiakkailla ja yritysasiakkailla mutta ei niinkään julkisilla asiakkailla. Käytännössä asiakaskokemusta parantaa se, että ajanvaraus on helppoa asiakkaalle, lääkärit ja muu asiakkaiden kanssa työskentelevä henkilökunta osaa palvella asiakasta ja että asiakas saa kaikki tarvitsemansa palvelut samasta toimipisteestä viiveettä. Myös tämä kilpailutekijä edellyttää pärjäämistä kilpailussa työvoimasta. Varsinkin asiakassuhteen jatkuvuuden koettiin parantavan palvelun laatua. Palvelun saatavuuden lisäksi erityisesti henkilöstön pysyvyys ja siihen liittyvä osaaminen ovat tärkeitä asiakaskokemuksen laadulle. Myös digitaalisten järjestelmien sekä hoitopolkujen onnistunut suunnittelu on tärkeää. Organisaatio tarvitsee asiakasdataa ja tiedolla johtamisen osaavia henkilöitä, jotta se onnistuu suunnittelemaan palvelunsa asiakasvaatimusten mukaisesti.

Terveyspalveluita hankitaan terveyshyödyn vuoksi, mutta hoidon vaikuttavuuden merkitys kysynnälle vaihtelee asiakassegmenteittäin, koska myös asiakkaiden kyvyt vaikuttavuuden selvittämiseksi vaihtelevat. Lisäksi vaikuttavuuden osoittaminen on palveluntuottajille vaikeaa ja työlästä. Yksityisasiakkaiden ja julkisten asiakkaiden suhteen vaikuttavuudella kerrottiin olevan vaikea kilpailla, koska nämä asiakkaat harvemmin osaavat tai huomaavat kilpailuttaa palveluntarjoajia vaikuttavuuden perusteella. Terveyspalvelun vaikuttavuuden arvioinnin vaikeus onkin tunnistettu jo kauan (esim. Arrow, 1963). Haastateltavat mainitsivat yritysasiakkaissa kuitenkin olevan toimijoita, jotka kilpailuttavat palveluntarjoajia vaikuttavuuden perusteella. Näillä toimijoilla nähtiin olevan myös paremmat mahdollisuudet kilpailutuksen toteuttamiseen.

Vaikuttavuudella erottautumisen edellytyksenä on kehittää sen osoittamiseen soveltuvat mittarit. Yritysasiakkailla on suurempien resurssiensa ansiosta yksityisasiakkaisiin verraten paremmat mahdollisuudet vertailla eri toimijoita. Lisäksi työterveyshuollossa asiakkaiden terveysdataa kyetään hyödyntämään paremmin palveluiden vaikuttavuuden parantamiseen. Terveysdatan hyödyntäminen mahdollistaa esimerkiksi ennalta ehkäisevän hoidon tarkemman kohdistamisen sitä tarvitseville. Vastaava terveysdatan hyötykäyttö olisi mahdollista julkisissa han-

kinnoissa, mikäli hankintasopimuksen ehdot sen sallisivat, mutta näin harvemmin todetaan olevan.

Hinnan merkitys kilpailussa selittyy asiakkaiden kysynnän hintajoustolla eli sillä, miten kysyntä reagoi hinnan muutoksiin. Hinnan arvostuksen kerrottiin vaihtelevan asiakassegmenttien välillä ja toisinaan myös niiden sisällä. Esimerkiksi itse maksavien ja vakuutettujen yksityisasiakkaiden välillä on merkittävä ero. Myös yritysasiakkaiden keskuudessa kerrotaan olevan vaihtelua, ja julkisilla asiakkailla vaihtelua on vähiten.

Laadun ja erityisesti vaikuttavuuden hankkimisen vaikeus nostavat hinnan merkitystä kilpailussa. Yksityisasiakkaat saattavat käyttää hintaa laadun indikaattorina tietyissä tilanteissa, mikä voi olla seuraus kyvyttömyydestä arvioida laatua muilla tavoilla (Wolinsky, 1983). Yksityisasiakkailla palvelutarpeen kiireydellä on vaikutusta palveluiden kysynnän hintajouksoon (Ringel ym., 2002). Kuluttajalle hintaa alentavalla Kela-korvauksella on viime vuosina ollut lähinnä symbolinen merkitys, koska korvaus on kutistunut kovin pieneksi.

Jos hinta on keskeinen erottautumistekijä ja ostajalla on hyvä neuvotteluasema, myyntikatteen kerrotaan asettuvan väistämättä hyvin alas. Näin kerrotaan käyvän useasti julkisten asiakkaiden ja joskus yritysasiakkaiden kanssa. Syynä tähän on se, että toimijoiden väliset kannattavuuserot ovat hyvin pieniä. Kolmesta asiakassegmentistä julkisten asiakkaiden kerrotaan kilpailuttavan terveystarjoajia eniten hinnan perusteella. Merkittävänä syynä tähän nähtiin hankintataitojen puute. Laadun hankkimisen merkittävänä haasteena on se, että palvelutarjoajien keskittyessä sopimuksessa valittuihin mittareihin muut osa-alueet saattavat kärsiä, minkä seurauksena voi olla todellisen potilaiden kokeman hyödyn laskeminen. Tästä esimerkkinä on ollut ambulanssipalveluiden ulkoistaminen Ruotsissa, jossa palvelun nopeus kasvoi ja kulut laskivat, mutta muun muassa kuolleisuus lisääntyi. Syyksi kuolleisuuden lisääntymiselle nähtiin säästäminen henkilöstön laadun kustannuksella. (Ks. Knutsson & Tyrefors, 2022.) Palvelun hankkijalla voi myös olla tavoitteena vain täyttää lakisääteiset vaatimukset, jolloin palvelun laadun merkitys jää vähäiseksi. (Taulukko 4, s. 63.)

6.3 Tulevaisuuden näkymät kilpailuedun lähteille

Tässä luvussa tarkastelemme terveystarjoajien keskeisimpien kilpailuedun lähteiden merkitystä kilpailussa tällä hetkellä ja sitä, miten niiden merkitys saattaa korostua tai heikentyä tulevaisuudessa. Taulukossa 5 (s. 66) on tiivistetty neljän keskeisimmän kilpailuedun lähteen merkitys nykykilpailussa sekä niiden tulevaisuuden potentiaali.

Taulukko 5. Terveyspalvelualan timantin painottamat kilpailuedun lähteet ja niiden merkitys kilpailussa.

Kilpailuedun lähde	Tämänhetkinen merkitys kilpailussa	Tulevaisuuden potentiaali
Vaikuttavuus	<p>Palveluntarjoajat toivovat kilpailuolosuhteiden kannustavan vaikuttavuuteen. Tällä hetkellä vaikuttavuudella erottautuminen on kuitenkin vaikeaa. Asiakkaiden on vaikeaa arvioida vaikuttavuutta, ja yritysten liikevaihto muodostuu pääosin suoritteiden eikä hoidon vaikuttavuuden myynnistä.</p> <p>Työterveys on toisaalta suotuisampi ympäristö vaikuttavuudella kilpailulle.</p>	<p>Jos vaikuttavuuden arvioinnissa kehitytään ja kannustinjärjestelmät muodostuvat paremmin tukemaan uusia toimintatapoja, hoidon vaikuttavuudesta voi tulla erittäin keskeinen kilpailutekijä.</p> <p>Sekä yritykset että julkinen valta ovat tehneet tämänsuuntaisia panostuksia.</p>
Tuotannon tehokkuus	<p>Tuotannon tehokkuuden kehittäminen nähdään keskeisenä yhteiskunnan kannalta. Työvoimapula kannustaa merkittävästi kehittämään tuotannon tehokkuutta. Erityisesti potilasvas- tuuseen liittyvistä tekijöistä johtuen kehittäminen on kuitenkin vaikeaa, eikä yritysten välillä nähty suuria eroja.</p>	<p>Chat-vastaanotot nähtiin tärkeänä edistysaskeleena, ja tekoälyllä on suuri potentiaali.</p> <p>Tuotannon tehokkuuden kehittyminen voi muuttaa kilpailuolosuhteita merkittävästi. Erottautuminen kilpailijoista tuotannon tehokkuudella voi kuitenkin olla vaikeaa.</p>
Palvelukokemuksen kehittäminen	<p>Palvelukokemuksen laatua kuvailtiin tärkeäksi kilpailutekijäksi erityisesti yksityis- ja yritysasiakkaille. Palvelukoke- muksen tärkeyttä painottavat kasvavat asiakasvaatimukset.</p>	<p>Palvelukokemuksen kehittämiseksi on uusia mahdollisuuksia digipalveluiden lisääntyessä ja yritysten integroidessa digitaalisia ja fyysisiä palveluitaan.</p> <p>Palvelukokemuksen kehittäminen voi johtaa myös hoidon vaikuttavuuden kehittämiseen.</p>
Työntekijöiden hyvinvoinnin kehittäminen	<p>Työvoimapula ja palvelun saatavuuden tärkeys ovat tehneet työvoimakilpai- lussa menestymisestä erittäin tärkeätä terveysterveystieteellisen laadun arviointia. Yritykset kehittävät omia mittareitaan, ja julkinen sektori on Suomessakin alkanut kehittää kansallisia laaturekistereitä. Haastateltavamme uskoivat laaturekisterien parantavan eri palveluiden ja palve- luntarjontamallien vaikuttavuuden vertailua. (Taulukko 5.)</p>	<p>Kilpailu työvoimasta oletettavasti säilyy keskeisenä kilpailukohteena tulevaisuu- dessakin.</p> <p>Kilpailu työvoimasta on kuitenkin Suomen sisällä nollasummapeli organisaatioiden välillä. Siihen liittyvien osaamisten kehittyminen todennäköisesti muuttaa pääosin työntekijöiden jakautumista organisaatioiden välillä.</p>

Havaitsemme jo aiemmin, että vaikuttavuudella erottautuminen on tällä hetkellä rajoittunutta. Yritykset ja julkinen sektori pyrkivät kuitenkin kehittämään palve- luiden lääketieteellisen laadun arviointia. Yritykset kehittävät omia mittareitaan, ja julkinen sektori on Suomessakin alkanut kehittää kansallisia laaturekistereitä. Haastateltavamme uskoivat laaturekisterien parantavan eri palveluiden ja palve- luntarjontamallien vaikuttavuuden vertailua. (Taulukko 5.)

Vertailtavuuden parantuessa asiakkaat osaavat paremmin valita palveluntarjoajan- sa lääketieteellisen laadun perusteella, mikä muovaa markkinoita kohti parempaa vaikuttavuutta. Ideologisten näkemysten painoarvon odotetaan myös pienenevän

poliittisessa päätöksenteossa, kun vaikuttavuuteen liittyvä luotettava tieto saadaan päätöksenteon tueksi.

Laadun vertailun helpottuessa sen merkitys palveluiden kysynnässä kasvanee. Tällaiset edistykselliset kysyntäolot saattaisivat luoda kotimaisille yrityksille myös kansainvälistä kilpailuetua (Porter, 1990). Haastatteluissa Suomen vahvuutena nousi esille uniikki työterveyshuolto, jossa yritysasiakkaiden vaatimukset vaikuttavuuden suhteen ovat verraten korkeat. Laaturekisterien kehittämisessä Suomi on toisaalta muita Pohjoismaita huomattavasti jäljessä (Jonsson ym., 2019). Vuodesta 2023 THL on kuitenkin ottanut laaturekisterien kehittämisen osaksi pysyvää toimintaansa ja julkaisee sitä koskevia tietoja eri käyttötarkoituksiin (THL, 2024).

Kysyntä- ja tuotannontekijäolot ovat luoneet hyvät kannustimet terveystalouden palvelutuotannon tehostamiselle. Haastateltavilla oli myös suuria odotuksia teknologian ja tekoälyn suhteen. Kehityksen kuvailtiin kuitenkin olleen tähän asti hidasta alan konservatiivisuudesta johtuen. Julkisen vallan osalta jarruttavina tekijöinä nähtiin lainsäädännön ja Kela-korvausjärjestelmän jäykkyys. Lainsäädännössä tärkeää olisi huomioida lakien mahdolliset oheisvaikutukset. Esimerkiksi hoitajamitoituslaki määrittelee tietyn hoitajien ja hoidettavien suhteen, minkä vuoksi yritysten kannustimet korvata työvoimaa teknologialla ovat heikot.

Kela-korvaus voisi tukea palveluiden kehittämistä, jos sen suunnittelussa oltaisiin hieman dynaamisempia ja se kohdistettaisiin innovaatioihin, joilla nähdään olevan paljon potentiaalia. Erityisesti ennalta ehkäisevät hoidot mainittiin erinomaisena Kela-korvauksen kohteena. Porter (1990) argumentoi, että tukeakseen toimialan pitkän aikavälin kehitystä julkisen vallan tulisi kannustaa yrityksiä uudistumaan ja tukea uusien hyödykkeiden leviämistä. Kela-korvauksella vaikuttaisi olleen päinvastainen vaikutus tähän asti, mutta se voisi toimia Porterin (1990) teorian mukaisesti kohdistamista muuttamalla. Toisaalta Kela-korvausta onkin jo kohdistettu näin: esimerkiksi pandemia-aikana etälääkärillä käyntien Kela-korvausta korotettiin, mikä tuki uuden palvelumuodon leviämistä.

Konservatiivisuudella on tärkeä merkitys siinä, että potilaiden terveyttä ei aseteta vaaraan. Eettisestä näkökulmasta kyseessä on tasapainoilu uusien innovaatioiden mahdollisesti tuottaman tehokkuuden, eli aiempaa useampien potilaiden nopeamman auttamisen, ja potilasturvallisuuden välillä. Toimialoja mullistavat innovaatiot sopivat kuitenkin käytännössä aina ensin ainoastaan hyvin yksinkertaisten ongelmien ratkaisuun ja kehittyvät vasta myöhemmin vastaamaan monimutkaisempiin haasteisiin. Kehittyäkseen niiden tarvitsee kuitenkin tulla hyväksytyiksi järjestelmään yksinkertaisessa alkuvaiheessaan. (Christensen ym., 2009.)

Chat-vastaanotot saattavat olla tästä edustava esimerkki. Haastateltavat kertovat niillä olevan rajoitteensa, ja monet terveystalouden organisaatiot rajoittavatkin

esimerkiksi niiden kautta määrättävien reseptien laatimista sekä valvovat etävastaanottojen ja läsnävastaanottojen suhdetta. Yksinkertaisemmissa palveluissa, joihin niiden katsotaan sopivan, chat-vastaanottojen kerrotaan kuitenkin tehostavan palveluntuotantoa huomattavasti.

Ennen pandemiaa etäpalvelut eivät olleet kunnolla päässeet täyttämään niille sopivia markkinamahdollisuuksia. Jos konservatiivisuus estää tulevaisuudessakin innovaatioita täyttämästä markkinarakoja, kehitys voi olla vähäistä. Haastateltaviemme mukaan nuoret sukupolvet ovat kuitenkin yleisesti ottaen avaramielisempiä digitalisaatiota kohtaan, ja pandemia myös muutti asenteita. On siis mahdollista, että monet haastateltavien visioimista tulevaisuudenkuvista toteutuvat ja että teknologiat, kuten tekoäly, tehostavat työskentelyä merkittävästi korvaamalla osan ammattilaisten työstä tai helpottamalla työn tekemistä.

Yritysten kilpailuedun muodostumisesta puhuttaessa on kuitenkin tärkeää huomauttaa, että uusi teknologia itsessään harvemmin tuottaa yritykselle pysyvää kilpailuetua, koska teknologiat ovat tyypillisesti jäljiteltävissä (Barney, 1991). Esimerkiksi pandemian aikana myös pienet terveystaloyritykset kykenivät tarjoamaan etävastaanottoja hyvin nopeasti lisenssisopimusten avulla, vaikka eivät itse olleet kehittäneet etävastaanottoja ennen pandemiaa. Näin ollen tuotannon tehokkuuteen johtavat innovaatiot voivat hyödyttää asiakasta ja yhteiskuntaa palveluiden saatavuuden ja hintojen parantuessa ilman, että ne välttämättä tuovat yrityksille kilpailuetua.

Sen sijaan palvelukokemukseen liittyvät kehitysaskeleet voivat tulevaisuudessa tuoda selkeämpiä eroja yritysten välille. Teknologioiden asemesta pysyvä kilpailuetu muodostuu osaamisesta hyödyntää teknologioita ainutlaatuisin tavoin (Barney, 1991). Tällaista erottautumista voi hyvinkin tapahtua yritysten aloittaessa läsnä- ja digipalveluidensa integroinnin, jonka haastateltavamme odottivat olevan keskeinen kehityksen kohde lähitulevaisuudessa. Resurssiperusteisen teorian mukaan kilpailuetu on erityisen kestävä, kun erottautumisen takana ovat vaikeammin jäljiteltävissä olevat monimutkaiset sosiaaliset resurssit (Wilkins, 1989). Tällaisia arvokkaita resursseja on voinut muodostua yrityksen kehityshistorian aikana, ja ne voivat liittyä esimerkiksi yrityskulttuuriin (Barney, 1991). Vaihtoehtoisesti ne voivat muodostua lähialojen yritysten, kuten vakuutusyhtiöiden tai terveysteknologiayritysten, kanssa tehdyn yhteistyön seurauksena (Dyer & Singh, 1998; Lavie, 2006; Son ym., 2014).

On kuitenkin mahdollista, että yritykset kykenevät jäljittelemään hyvin toistensa ratkaisuja. Varsinkin suurimpien terveystaloyritysten todettiin olevan hyvin samankaltaisia strategioiltaan ja eroavan pääasiassa asiakassegmenttipainotuksensa suhteen. Tästä johtuen myöskään polkuriippuvuudet eivät todennäköisesti ole merkittävä este kilpailijoiden jäljittelylle (Teece ym., 1997). Tällöin pysyvän

kilpailuedun saavuttamisessa painottuu jatkuva kehitys. (Porter, 2006, s. 650–653.) Samalla saattaa painottua myös tietoteknisen osaamisen tärkeys, koska ammattitaitoisella osaamisella voidaan parantaa esimerkiksi tiedon siirtymistä organisaation sisällä ja parantaa siten uusien ratkaisujen kehittämistä (Sheng ym., 2013).

Asiakaskokemuksen kehittämiseksi ei ole samanlaisia lainsäädännöllisiä tai potilasturvallisuuteen liittyviä esteitä kuin vaikuttavuuden ja tuotannon tehokkuuden lisäämiselle. Tämän vuoksi kehitystä voi tapahtua nopeastikin, ja jatkuvan kehittämisen taidosta voi muodostua merkittävä kilpailuedun lähde tällä kilpailun osa-alueella. Eroja kerrottiinkin jo päässeen muodostumaan digipalveluissa, jotka ovat olleet merkittävä keino kansainvälisille markkinoille laajentumisessa.

Kilpailuolosuhteet tukevat asiakaskokemuksen laadun kehittämistä hyvin, vaikka se ei olekaan tällä hetkellä keskeisin kilpailuedun lähde eikä sillä vaikuttaisi olevan ratkaisevaa merkitystä kysynnän ja tarjonnan epätasapainon ratkaisemisessa. Toisaalta palveluiden sujuvuus voi johtaa myös palveluiden vaikuttavuuden parantumiseen, jos hoitopolku onnistutaan integroimaan paremmin. Tällöin asiakaskokemuksen kehittämällä voi olla tulevaisuudessa merkittävämpi rooli myös yhteiskunnan hyvinvoinnin kannalta.

Keskeisimpänä kilpailun kohteena tutkimuksessamme näyttäytyi kilpailu työvoimasta. Yksityisellä terveystaloudella kilpailu on haastatteluiden perusteella johtanut siihen, että erityisesti lääkärit tavoittelevat työn joustavuutta ja miellyttävyyttä. Paikoittain kilpaillaan myös palkan perusteella. Työnantajana erottuminen voi kuitenkin olla vaikeaa palkan perusteella, jos terveystalouksien välillä ei ole merkittäviä tuotannon tehokkuuseroja. Haastatteluissa tärkeinä lääkäreitä kutsuvina tai houkuttelevina tekijöinä mainittiin erityisesti työn joustavuus eli kyky vaikuttaa omiin työtapoihin, -määrään ja -aikoihin. Tämän lisäksi työn mielekkyys ja johtaminen sekä työpaikan ilmapiiri ja kulttuuri tunnistettiin tärkeiksi tekijöiksi. Jotta kilpailuedun lähde voi tuottaa pysyvää kilpailuetua, se ei saa olla helposti jäljiteltävissä (Barney, 1991). Työsopimukset ovat helposti jäljiteltäviä, joten niissä määritellyillä asioilla, kuten työajan joustavuudella, tuskin saa kovin pysyvää kilpailuetua työvoimamarkkinoilla. Johtamistaidot, työpaikan ilmapiiri ja kulttuurin sijaan koostuvat sosiaalisesti monimutkaisista tekijöistä, ja niitä on huomattavasti vaikeampi jäljitellä (Wilkins, 1989). Terveystalouden kilpailuolosuhteet suosivat kuitenkin niitä toimijoita, jotka onnistuvat edellä mainittujen tekijöiden optimoinnissa.

Yritysten taitojen kehittyminen työvoimasta kilpailussa ei todennäköisesti vie alaa kovin paljoa eteenpäin potilaiden tai yhteiskunnan näkökulmasta, vaikka alustavaa näyttöä onkin siitä, että lääkäreiden työhyvinvointi näkyy potilastuloksissa (Scheepers ym., 2015). Kilpailu työvoimasta vaikuttaa pääosin siihen, miten

terveyspalvelualan ammattilaiset jakautuvat eri organisaatioiden välillä. Tämän seuraukset voivat toisaalta olla suuretkin, mikäli ammattilaisia siirtyy yhä enemmän julkiselta sektorilta yksityiselle.

Työvoimasta kilpailulla voi olla vaikutusta myös lääkäreiden tekemään työn määrään ja hoitajien kiinnostukseen työskennellä alalla ylipäätään. Työsopimusten parantumisen nähtiin vähentäneen lääkäreiden työtunteja, kun palkkojen kasvu ja työaikojen joustavuus on mahdollistanut vapaa-ajan lisäämisen. Toisaalta jos työ ja työympäristö muuttuisivat miellyttävämmiksi, voisi olettaa, ettei vapaa-ajan lisäämistä nähtäisi yhtä houkuttelevana. Se, johtaako kilpailu työvoimasta lääkäreiden työmäärän kasvuun vai vähenemiseen, vaikuttaisi siis riippuvan siitä, kehittyvätkö työsopimukset vai työympäristöt. Hoitajien työtunteihin molemmilla vaikuttaisi olevan positiivinen vaikutus. (Taulukko 5, s. 66.)

6.4 Potentiaali suhdelainotteiseen kilpailuun

Suomen terveyspalveluyritysten kannustimet suhdelainotteiselle kilpailulle ovat ilmeisen hyvät Chenin ja Millerin (2015) AMC-mallin (ks. luku 3) toimialatason tekijöiden valossa tarkasteltuna. Suomen markkinat ovat suhteellisen pienet, eli toimijat ovat lähellä toisiaan ja siten tietoisia toistensa toimista. Alalla on myös selkeä henkilöstöpula ja sen tuomat haasteet, jotka voisivat motivoida yrityksiä yhteistyöhön. Haastateltavien arvion mukaan Suomessa on myös esimerkiksi hyvää IT-osaamista, joka luo yhteistyömahdollisuuksia terveyspalveluyritysten ja terveysteknologiayritysten välille.

Ala vaikuttaisi monin tavoin suhdelainotteisuutta tukevalta myös AMC-mallin kulttuuritasoakin tarkastellessa. Toimialalla on huomattavan tiukat normit, koska ala on hyvin konservatiivinen ja kyse on ihmisten terveydestä, minkä takia yhden tai useamman toimijan huono maine heijastuu myös muihin toimijoihin. Ala on aatteellinen, ja terveydellä ansaitsemista paheksutaan jossain määrin. Lisäksi paljon negatiivista mediahuomiota saaneet hoivakriisi ja veroparatiisien käyttö ovat kannustaneet maineesta huolehtimiseen. Toisaalta esimerkiksi julkisissa hankinnoissa hyvästä maineesta ei tyypillisesti saa lisäpisteitä, joten hankintaprosessit eivät suoranaisesti kannusta vastuullisuuteen. Yksityis- ja yritysasiakkaiden näkemykset maineen merkityksestä vaihtelevat jonkin verran. Pienempien terveyspalveluyritysten kerrottiin usein kilpailevan paikallisuudellaan, jolloin maineella nähtiin olevan tavallista suurempi merkitys. Eräs haastateltava kertoi maineen olevan tärkeä tekijä myös työvoimasta kilpailtaessa.

Tutkimuksen perusteella vaikuttaisi siltä, että terveyspalvelualan ympäristö kannustaa varsinkin paikallisia yrityksiä suhdelainotteiseen kilpailuun. Chenin ja Millerin (2015) viittekehyyksen perusteella heillä vaikuttaisi olevan myös yleisesti

ottaen paremmat taidot suhdepainotteiseen kilpailuun, koska varsinkin perheyrittysten johto on kasvanut suhteita arvostavassa kulttuurissa ja todennäköisesti siten oppinut kilpailemaan suhdepainotteisesti. Lisäksi kun yrityksen johdossa olevat henkilöt ovat samalla yrityksen omistajia, johto on pysyvää, mikä Chenin ja Millerin (2015) mukaan on eräs suhdepainotteisuuden keskeinen tekijä. Suhdepainotteisen tyylin mukainen kilpailuasenne saattaa olla yksi syy siihen, että julkiset toimijat suhtautuvat usein myönteisesti pieniin toimijoihin. Haastateltavien mukaan julkisen sektorin positiivisesta asenteesta ei kuitenkaan toistaiseksi ollut ollut paljoa hyötyä pienille yrityksille.

Vaikka vaikuttaisi siltä, että suhdepainotteinen asenne on tyypillinen ja luonteva paikallisille yrityksille, tutkimuksessamme ilmeni myös osa-alueita, joissa myös suurilla terveystaluyrityksillä on suhdepainotteiselle asenteelle ominaista toimintaa. Esimerkiksi kilpailu työvoimasta kannustaa tyypillisesti aggressiiviseen kilpailutyyliin, mutta ulkomaisen työvoiman hankinnassa nähtiin kuitenkin yhteistyöhankkeita. Vaikuttaisi siltä, että resurssien niukkuus voi johtaa joko aggressiiviseen kilpailuun tai yhteistyöhön riippuen siitä, näkevätkö toimijat mahdollisuuden markkinoiden kasvattamiseen vai eivät.

7 Lopuksi

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa yksityisen terveystalouden kilpailuympäristö ja analysoida, mistä tekijöistä yksityisten terveystalouksien kilpailuetu muodostuu. Lisäksi selvitimme yritysten kilpailuympäristön viimeaikaisia ja lähitulevaisuuden muutoksia sekä niiden vaikutuksia yritysten kilpailuun. Haastattelimme tutkimuksessa terveystalouden asiantuntijoita useista eri sidosryhmistä haastateltavan asiantuntijuusalueita painottaen. Näin saimme kerättyä laaja-alaisen tutkimusaineiston, joka sisälsi runsaasti näkemystietoa mutta samalla satureitui keskeisten kilpailuedun teemojen osalta. Pyrimme vähentämään haastateltavien näkemysten arvovärittynäisyyttä tai vaikuttamispyrkimyksiä mm. haastateltavien anonymiteetillä ja huomioimme niiden mahdollisuuden myös tulosten tulkinnassa. Riski tulosten vääristymiseen on pieni, sillä haastateltavat edustivat useita eri intressiryhmiä. Aineiston avulla pystyimme muodostamaan käsityksen terveystalouden vaikuttavista tekijöistä ja vastaamaan tutkimuksen tavoitteeseen kiitettävästi. Tutkimus tuotti monipuolisesti uutta syventävää tietoa yksityisen terveystalouden kilpailusta sekä siihen vaikuttavista lukuisista tekijöistä. Tutkimus myös lisäsi ymmärrystä yksityisen terveystalouden roolista suomalaisessa terveydenhuollossa. Tutkimuksen sovelluskohteet ja tieteellinen kontribuutio sijoittuvat kotimaiseen kontekstiin, sillä Suomen terveystalouksjärjestelmä ja yksityisen terveystalouden rooli siinä ovat kansainvälisesti ainutlaatuisia. Lisäksi terveystalouden muutos on nopeaa, ja etenkin poliittisten valtasuhteiden muutokset ja lakiuudistukset muovaavat yksityisen terveystalouden toimintaedellytyksiä. Tutkimuksessa tunnistetut keskeiset kilpailuedun osatekijät ovat suhteellisen pysyviä, mutta tulosten soveltamisessa pitkälle tulevaisuuteen tulee noudattaa varovaisuutta.

Vaikka laadullinen tutkimus ei luonnollisesti paljasta yhteyksien tai vaikutusten määrää, sen vahvuutena on vaikeasti mitattavien ja moniselitteisten ilmiöiden kuvaaminen. Tutkimus antaakin päätöksentekijöille yksityisen terveystalouden keskeisestä toimintalogiikasta syvällisen kuvauksen, joka soveltuu myös politiikkatoimien vaikutusten arviointiin määrällisiin menetelmiin yhdistettynä. Tutkimuksemme on hyvin laaja-alainen, ja se avaa lukuisia uusia tutkimuskysymyksiä jatkotutkimukselle. Keskeisimpiä näistä ovat mm. kysymykset siitä, miten lainsäädännön ja julkisen rahoituksen viimeaikaiset muutokset sekä alan konservatiivinen kulttuuri vaikuttavat palveluiden ja koko toimialan kehitykseen. Tutkimuksemme mukaan terveystaloudella koskevat lait saattavat rajoittaa yritysten kannustimia ja mahdollisuuksia palveluiden vaikuttavuuden tai tuotannon tehokkuuden parantamiseen esimerkiksi teknologiaa hyödyntäen. Digitalisaation tuodessa uusia mahdollisuuksia on tärkeää myös tutkia, miten potilasturvallisuus voidaan taata ilman, että yritysten kannustimet kehittää uusia tehokkaampia palveluita heikkenevät liikaa.

Etävastaanottojen yleistyminen koronapandemian aikana on mielenkiintoinen esimerkki innovaation leviämisestä alalla. Uuden palveluinnovaation leviämisen hidasteena ei ollut lainsäädännöllisiä tai teknologisia tekijöitä vaan ammattilaisten ja asiakkaiden asenteet ennen pandemiaa. Etävastaanottojen leviämisen tarkempi tutkiminen asenteiden ja kulttuurin näkökulmasta saattaisi parantaa ymmärrystä keskeisistä innovatiivisuuden tai muutososaamisen taustatekijöistä yksityisellä terveyspalvelualalla.

Lähteet

Agwunobi, A., & Osborne, P. (2016). Dynamic Capabilities and Healthcare: A framework for enhancing the competitive advantage of hospitals. *California Management Review*, 58(4), 141–161. <https://doi.org/10.1525/cmr.2016.58.4.141>

Arrow, K. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941–973. <https://www.jstor.org/stable/1812044>

Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120. <https://doi.org/10.1177/014920639101700108>

Blomgren, J., Mikkola, H., & Nurminen, M. (17.3.2021). Hammaslääkärissä käydään joko julkisella tai yksityisellä sektorilla – harvoin molemmilla. *Tutkimusblogi*. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/722615/hammaslaakarissa-kaydaan-joko-julkisella-tai-yksityisella-sektorilla-harvoin-molemmilla>

Blomgren, J., & Virta, L. (2020). Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLoS One*, 15(4), e0231792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231792>

Burton, C., & Rycroft-Malone, J. (2014). Resource based view of the firm as a theoretical lens on the organizational consequences of quality improvement. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(3), 113–115. doi: 10.15171/ijhpm.2014.74

Chen, M. (2008). Reconceptualizing the competition-cooperation relationship: A transparadox perspective. *Journal of Management Inquiry*, 17(4), 288–304. <https://doi.org/10.1177/1056492607312577>

Chen, M., & Miller, D. (2012). Competitive Dynamics: Themes, Trends, and a Prospective Research Platform. *Academy of Management Annals*, 6(1), 135–210. <https://doi.org/10.1080/19416520.2012.660762>

Chen, M., & Miller, D. (2015). Reconceptualizing competitive dynamics: A multidimensional framework. *Strategic Management Journal*, 36(5), 758–775. <https://doi.org/10.1002/smj.2245>

Christensen, C., Grossman, J., & Hwang, J. (2009). *The Innovator's prescription: A disruptive solution for health care*. McGraw Hill.

Dyer, J., & Singh, H. (1998). The relational view: Cooperative strategy and sources of interorganizational competitive advantage. *Academy of Management Review*, 23(4), 660–679. <https://doi.org/10.5465/amr.1998.1255632>

Eriksson, P., & Kovalainen, A. (2016). *Qualitative methods in business research* (2. painos). Sage Publications.

Ferrier, W. (2001). Navigating the competitive landscape: The drivers and consequences of competitive aggressiveness. *Academy of Management Journal*, 44(4), 858–877. <https://www.jstor.org/stable/3069419>

Ferrier, W., & Lee, H. (2002). Strategic aggressiveness variation and surprise: How the sequential pattern of competitive rivalry influences stock market returns. *Journal of Managerial Issues*, 14(2), 162–180. <https://www.jstor.org/stable/40604382>

Ferrier, W., Smith, K., & Grimm, C. (1999). The role of competitive action in market share erosion and industry dethronement: A study of industry leaders and challengers. *Academy of Management Journal*, 42(4), 372–388. <https://doi.org/10.5465/257009>

FKL. (2023). *Sairauskuluvakuutustilasto 2009–2022*. <https://www.finanssiala.fi/julkaisut/tilasto-sairauskuluvakuutus-2009-2022/>

Gamm, L. (1992). Health Care Markets as Interorganizational Fields: A Conceptual Perspective. *Health Services Management Research*, 5(1), 44–53. <https://doi.org/10.1177/095148489200500105>

Gimeno, J. (2004). Competition within and between networks: The contingent effect of competitive embeddedness on alliance formation. *Academy of Management Journal*, 47(6), 820–842. <https://doi.org/10.2307/20159625>

Gnyawali, D., & Madhavan, R. (2001) Cooperative networks and competitive dynamics: A structural embeddedness perspective. *Academy of Management Review*, 26(3), 431–445. <https://doi.org/10.5465/amr.2001.4845820>

Hankonen, R. (11.12.2023). Mitä kuuluu, Hyvinvointialue? *Tehy-lehti*. <https://www.tehylehti.fi/fi/tyoelama/mita-kuuluu-hyvinvointialue>

Hiltunen, R., Mikkola, H., Halonen, J. & Saarni, J. (2015). Sairaanhoidovakuutuksen korvausten merkitys lääkäripalveluyritysten kilpailuympäristössä ja niiden kehittämiskohdeet. *Suomen Lääkärilehti*, 4, 1751–1785b.

Hiltunen, R., & Saarni, J. (2014). Miten yksityisten lääkäripalvelujen markkinarako on kehittynyt 2008–2012? Teoksessa S. Mäklin (toim.) *Terveystaloustiede*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-113-6>

Hirsjärvi, S., & Hurme, H. (1995). *Teemahaastattelu* (7. painos). Yliopistopaino.

Holtari, S., & Felt, E. (2017). Terveystä tuli miljardipeli: Terveystalous 2017. *Talouselämä* 28, A34.

Honkatukia, J., Härmä, V., Jormanainen, V., Kestilä, L., Rissanen, P. (2020). Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen [THL:n seurantaraportti, viikot 35–36/2020, 9.9.2020]. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020052038462>

Hujanen, T., Mikkola, H., & Luoto, R. (26.4.2023a). Miksi työterveyshuolto on keskittynyt yksityisiin lääkärikeskuksiin? Työterveyshuollon sairaanhoito on kehittynyt Suomessa eri tavalla kuin verrokkimaissa. *Tutkimusblogi*. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/661841/miksi-tyoterveyshuolto-on-keskittynyt-yksityisiin-laakarikeskuksiin-tyoterveyshuollon-sairaanhoito-on-kehittynyt-suomessa-eri-tavalla-kuin-verrokkimaissa>

Hujanen, T., Mikkola, H., & Luoto, R. (27.4.2023b). Työterveyshuollon tulevaisuus – Voisiko vastuuta sairaanhoidosta siirtää työnantajille ja valtiolle? *Tutkimusblogi*. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/661949/tyoterveyshuollon-tulevaisuus-voisiko-vastuuta-sairaanhoidosta-siirtaa-tyonantajille-ja-valtiolle>

Hyvinvointiala. (2020). *Lääkärin digivastaanotot Kela-korvattaviksi*. <https://www.hyvinvointiala.fi/laakarin-digivastaanotot-kela-korvattaviksi/>

Hyvärinen, M., Suoninen, E., & Vuori, J. (2021). Haastattelut: Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. *Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto*. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Jonsson, P., Pikkujämsä, S., & Heiliö, P. (2019). *Kansalliset laaturekisterit sosiaali- ja terveydenhuollossa* (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 16). THL. <https://urn.fi/URN:IS-BN:978-952-343-420-2>

Juhila, K. (2021). Koodaaminen: Laadullisen tutkimuksen verkkokäsikirja. *Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto*. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Kanji, G., & Patrícia, M. (2003). Sustaining healthcare excellence through performance measurement. *Total Quality Management & Business Excellence*, 14(3), 269–289. <https://doi.org/10.1080/1478336032000046607>

Kash, B., Spaulding, A., Gamm, L., & Johnson, C. (2014). Healthcare strategic management and the resource based view. *Journal of Strategy and Management*, 7(3), 251–264. <https://doi.org/10.1108/JSMA-06-2013-0040>

Kela. (2023a). *Kelan työterveyshuolto-tilasto 2021*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023061354453>

Kela. (2023b). *Kelan sairausvakuutus-tilasto 2022*. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230905117416>

Kela. (2023c). *Yksityisen sairaanhoidon Kela-korvaukset suurenevät*. <https://www.kela.fi/ajankohtaista/yksityisen-sairaanhoidon-kela-korvaukset-suurenevät>

Kela. (2024). *Sairaanhoitokorvausten saajat ja maksetut korvaukset*. https://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT127AL

KKV. (2020). *KKV:n esitys markkinaoikeudelle*. <https://www.kkv.fi/uploads/sites/2/2022/04/r-2019-10-1233.pdf>

Knutsson, D., & Tyrefors, B. (2022). The quality and efficiency of public and private firms: Evidence from ambulance services. *The Quarterly Journal of Economics*, 137(4), 2213–2262. <https://doi.org/10.1093/qje/qjac014>

Lam, S. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patients' opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145–152. <https://doi.org/10.1080/0954412979587>

Lavaste, K. (2023). Private health insurance in the universal public healthcare system: The role of healthcare provision in Finland. *Health policy*, 132, 104820. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104820>

- Lavie, D. (2006). The Competitive Advantage of Interconnected Firms: An Extension of the Resource-Based View. *Academy of Management, 31*(3), 638–658. <https://doi.org/10.5465/apbpp.2002.7516490>
- Lith, P. (2018). *Sote-palveluiden markkinat: Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen terveydenhuollon kysynnästä ja tarjonnasta Uudellamaalla*. Kauppakamari. <https://view.24mags.com/helsinki.chamber/sote-palvelujen-markkinat>
- Lääkäriliitto. (2023a). *Työmarkkinatutkimus 2022*. https://tyomarkkinatutkimus_2022_raportti_verkkoon-1_231218_162937.pdf
- Lääkäriliitto. (2023b). *Yksityisvastaanotto ja perityt palkkiot: Työmarkkinatutkimus 2022*. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223tyomarkkinatutkimus_2022_yksityisvastaanotto_verkkoon.pdf
- Mikkola, H., Widström E., Jauhiainen, S., & Vesivalo, A. (2005). Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa: Toimialan kehitys, menestys ja haasteet. *Yhteiskuntapolitiikka, 70*(1). <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117085>
- Nurminen, M. (2023). *Essays in health economics* [väitöskirja, Turun yliopisto]. *UtuPub*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-29-8512-8>
- Paananen, V. (22.6.2024) Koulutuspaikkojen lisääminen ei ratkaise lääkäripulaa, sillä ongelma on joukkopako yksityiselle sektorille. *Helsingin sanomat*. <https://www.hs.fi/politiikka/art-2000010515792.html>
- Palumbo, R., Mohammad, M., Pellegrini, M., & Flamini, G. (2020). Exploiting inter-organizational relationships in Health care: A bibliometric analysis and literature review. *Administrative Sciences, 10*(3), 1–23. <https://doi.org/10.3390/admsci10030057>
- Pekurinen, M., Erhola, M., Häkkinen, U., Jonsson, P., Keskimäki, I., Kokko, S., Kärkkäinen, J., Widström, E., & Vuorenkoski, L. (2011). *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085346>
- Porter, M. (1990). The competitive advantage of nations. *Harvard Business Review*. <https://hbr.org/1990/03/the-competitive-advantage-of-nations>
- Porter, M. (2006). *Kansakuntien kilpailuetu*. Talentum.
- Ringel, J., Hosek, S., Vollaard, B., & Mahnovski, S. (2002). *The Elasticity of Demand for Health Care: A Review of the Literature and Its Application to the Military Health System*. RAND Corporation.
- Rissanen, P., Parhiala, K., Kestilä, L., Härmä, V., Honkatukia, J., & Jormanainen, V. (2020). *Covid-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen*. THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-496-7>
- Ryan, G., & Bernard, R. (2000). Data Management and analysis methods. Teoksessa N. Denzin & Y. Lincoln (toim.). *Handbook of Qualitative Research* (2. painos). Sage.

Scheepers, R., Boerebach, B., Arah, O., Heine-
man, J., & Lombarts, K. (2015). A systematic
review of the impact of physicians' occupatio-
nal well-being on the quality of patient care.
International Journal of Behavioral Medicine,
22(6), 683–698.

<https://doi.org/10.1007/s12529-015-9473-3>

Sheng, M.L., Chang, S., Teo, T., & Lin, Y.
(2013). Knowledge barriers, knowledge
transfer, and innovation competitive advan-
tage in healthcare settings. *Management
Decision*, 51(3), 461–478. [https://doi.
org/10.1108/00251741311309607](https://doi.org/10.1108/00251741311309607)

Son, I., Lee, D., Lee, J., & Chang, Y. (2014).
Market perception on cloud computing ini-
tiatives in organizations: An extended resour-
ce-based view. *Information & Management*,
51(6), 653–669.

<https://doi.org/10.1016/j.im.2014.05.006>

STM (2023). *Hallitus nostaa Kela-korvauksia
hoitojonojen purkamiseksi*.
[https://stm.fi/-/hallitus-nostaa-kela-korvauk-
sia-hoitojonojen-purkamiseksi](https://stm.fi/-/hallitus-nostaa-kela-korvauk-
sia-hoitojonojen-purkamiseksi)

Teece, D., Pisano, G., & Shuen, A. (1997).
Dynamic capabilities and strategic mana-
gement. *Strategic Management Journal*,
18(7), 509–533. [https://doi.org/10.1002/
\(SICI\)1097-0266\(199708\)18:7<509::AID
-SMJ882>3.0.CO;2-Z](https://doi.org/10.1002/
(SICI)1097-0266(199708)18:7<509::AID
-SMJ882>3.0.CO;2-Z)

Tevameri, T. (2020). *Missä mennään
sote-toimiala? Sosiaali- ja terveysalan
toimialaraportti* (Työ- ja elinkeinoministeriön
julkaisuaaja 1). TEM. [https://urn.fi/URN:IS-
BN:978-952-327-480-8](https://urn.fi/URN:IS-
BN:978-952-327-480-8)

Tevameri, T. (2021). *Katsaus sote-alan työ-
voimaan: Toimintaympäristön ajankohtaisten
muutosten ja pidemmän aikavälin tarkastelua*
(TEM toimialaraportit 2). TEM.

<https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-812-7>

Tevameri, T. (2022). *Sosiaali- ja terveys-
palvelualan työvoima ja yrityskehittä* (TEM
Toimialaraportit 2). TEM. [https://urn.fi/
URN:ISBN:978-952-327-626-0](https://urn.fi/
URN:ISBN:978-952-327-626-0)

Tevameri, T. (2023). *Sote-palveluala: Työvoi-
ma, yksityisen sektorin rooli ja kansainvälisty-
minen* (TEM Toimialaraportit 2). TEM.

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-605-5>

THL. (2023). *Vanhuspalvelujen tila 2022:
Kolmasosa ympärivuorokautisen palve-
luusumisen yksiköistä täytti 0,7 mitoituksen
jo marraskuussa 2022* (Tilastoraportti 12).

<https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023032032401>

THL. (2024). *Terveysthuollon kansalliset
laaturekisterit*. [https://thl.fi/aiheet/sote-pal-
velujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/
sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalli-
set-laaturekisterit](https://thl.fi/aiheet/sote-pal-
velujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/
sote-tietopohja/terveydenhuollon-kansalli-
set-laaturekisterit) [Viitattu 20.6.2024]

Tilastokeskus. (2023). *Kansantalouden
tilinpito. Tulot ja tuotanto sektoreittain ja
toimialoittain, vuosittain, 1975–2022**.
[https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/
StatFin/StatFin__vtp/statfin_vtp_pxt_123h.
px/chart/chartViewLine/](https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/
StatFin/StatFin__vtp/statfin_vtp_pxt_123h.
px/chart/chartViewLine/)

Turunen, J. (2022). *Työterveyshuollon rahoitus
ja kustannukset*. Työterveyslaitos.

[https://www.tyoelamatieto.fi/fi/analyysit/
analysisOhsCosts](https://www.tyoelamatieto.fi/fi/analyysit/
analysisOhsCosts)

Tynkkynen, L. K., Keskimäki, I., Karanikolos, M., & Litvinova, Y. (2023). *Finland: Health system summary, 2023*. <https://eurohealtheobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary>

Valtonen, H., Kempers, J., & Karttunen, A. (2014). *Supplementary health insurance in Finland: Consumer preferences and behavior* (Työpapereita 65). Kela. <http://hdl.handle.net/10138/135958>

VN. (2023). *Vahva ja välittävä suomi: Pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelma 20.6.2023* (Valtioneuvoston Julkaisuja 58). <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-763-8>

Vuori, J. (2021). *Laadullinen sisällönanalyysi: Laadullinen tutkimuksen verkkokäsikirja*. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <https://www.fsd.tuni.fi/fi/palvelut/menetelmaopetus/>

Wilkins, A. (1989). *Developing corporate character: How to successfully change an organization without destroying it*. Jossey-Bass.

Wolinsky, A. (1983). Prices as signals of product quality. *The Review of Economic Studies*, 50(4), 647–658. <https://doi.org/10.2307/2297767>

Sarjan viimeisimmät julkaisut

- 166 Kippola-Pääkkönen, A., Vesterinen, A., Kinnunen, A., & Karhula, M.
Kuntoutus kehitysvammaisen lapsen toimintakyvyn ja osallistumisen mahdollistajana
- 165 Kinnunen, A., Lammi-Taskula, J., Miettinen, A., Närvi, J., & Saarikallio-Torp, M.
Perhevapaat ja työn ja perheen yhteensovittaminen muuttuvassa työelämässä
- 164 Ukkola, I., & Seppänen-Järvelä, R.
Nuorten toimintakyvyn arviointi ja päätöksenteon vaatima harkinta Kelan NUOTTI-valmennuksessa: Tutkimus diagnoosittoman ja suullisen hakemisen toteutumisesta ratkaisutyössä
- 163 Tiitinen, S., & Ritvos, E.
Vuorovaikutus NUOTTI-valmennuksen suullisen hakuprosessin haastattelussa: VUORONUOTTI-projektin loppuraportti
- 162 Räsänen, T.
Empirical studies on family economics
- 161 Sjögren, T., Rintala, A., Paltamaa, J., & Korpi, H. (toim.).
Fysioterapian vaikuttavuus ja merkityksellisyys aivoverenkiertohäiriötä ja multippeliskleroosia sairastaville kuntoutujille: Järjestelmälliset kirjallisuuskatsaukset kävelyn ja tasapainon meta-analyyseista ja fysioterapian koetun merkityksellisyyden metasynteeseistä