

Valinnanvapaus terveydenhuollossa –  
antaisimmeko Asiakkaan päättää?

## 1 Johdanto

Suomessa tarvitaan kokonaan uudenlaisia tapoja organisoida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutuotanto. Terveystuotantojärjestelmät niin Suomessa kuin muuallakin kamppailevat neljän merkittävän ilmiön kanssa:

- Pitkäaikaissairaudet: Sairastavuuden painopiste on siirtynyt äkillisistä ja lyhytkestoisista terveysongelmista hitaasti kehkeytyviin ja kroonisiin sairauksiin. Tämä johtuu lääketieteen kehityksestä, jonka avulla on pystytty nostamaan ihmisten elinikää. Tällä hetkellä terveydenhuoltojärjestelmillä on kuitenkin vaikeuksia sopeutua oman menestyksensä seurauksiin.
- Kustannusinflaatio: Terveystuotannon kustannukset kasvavat ilman vastaavaa kehitystä kansanterveydessä.
- Potilaiden emansipaatio: Potilailla ja heidän omaisillaan on käytettävissä entistä enemmän tietoa vaihtoehtoista ja kykyä osallistua oman hoitonsa suunnitteluun.
- Tarjonnan ja kysynnän pirstaloituminen: Lääketiede jakaantuu yhä tarkempiin erikoisaloihin. Samalla potilaat vaativat yksilöllisiä ratkaisuja.

Näitä muutoksia ajavat väestön, tieteen ja talouden megatrendit. Ilmiöt ruokkivat toinen toisiaan. Mikään yksittäinen toimi ei riitä ratkaisemaan Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuutta. Tässä paperissa ongelmakokonaisuutta lähestytään potilaiden valinnanvapauden ja siitä seuraavien vipuvaikutusten kautta. Esitämme ensin mitä potilaan valinnanvapaus tarkoittaa ja miten potilaan valinnanvapaus on järjestetty Suomessa. Annamme muutamia esimerkkejä kansainvälisistä malleista ja tuomme esiin näkemyksemme siitä mitä tulisi kehittää oman valinnanvapausmallimme pohjaksi kansainvälisiä kokemuksia hyödyntäen.

## 2 Valinnanvapaus – mitä se on?

Vakiintuneen talousteorian mukaan asiakkaiden vapaus valita lisää hyvinvointia yhteiskunnassa. Vapaassa valinnassa kulutus päätökset ohjautuvat pikemminkin käyttäjän arvokokemusten mukaisesti kuin jonkun kolmannen tahon päätösten perusteella. Lisäksi kysyntä ja tarjonta kohtaavat täsmällisemmin, jos asiakkaat saavat valita juuri heille sopivia hyödykkeitä. Valinnanvapauden on havaittu johtavan kilpailuun, josta syntyy tuottajille kannustimet kehittää asiakkaiden arvostamia ominaisuuksia, joita ovat esimerkiksi hinta, sijaintipaikka, tai odotusaika. Myös odotusajat lyhenevät, jos potilaat voivat valita hoitopaikan, jossa on lyhyimmät jonot. Yleisellä tasolla valinnanvapauden on havaittu lisäävän ihmisten osallisuutta ja vastuullisuutta.

Valinnanvapautta vastaan esitetyt argumentit lähtevät oletuksesta, että ihmiset eivät osaa valita tai eivät ymmärrä valintojensa seurauksia, ja siten tekevät joko itsensä tai yhteiskunnan kannalta haitallisia valintoja. Vallankäyttäjä tai asiantuntija tekee parempia valintoja ihmisten puolesta. Erityisesti näin ajatellaan olevan terveyspalveluissa. Valinnanvapautta vastustamaan johtaa myös huoli kilpailusta ja sen seurauksista tasa-arvolle. Jos ”oikea” valinta edellyttää vaivannäköä tai kyvykkyyttä, jota kaikilla ei ole samassa määrin, vain jotkut hyötyvät vapaudesta ja terveyserot eri ryhmien välillä syvenevät.

Valinnanvapautteen vaikuttaa myös kysymys valitsijoista: millä tahoilla on legitiimi oikeus puuttua valintoihin. Lääkärin ja potilaan lisäksi palvelun rahoittajalla, julkisella vallalla ja vakuuttajilla on oikeus vaikuttaa valintoihin. Rahoittaja voi kieltäytyä maksamasta hoitoa, joka on kohtuuttoman kallis suhteessa odotettuihin hyötyihin.

Potilaan valinnanvapaus voi tarkoittaa montaa asiaa. Potilaiden vapaus valita tai osallistua hoitotyyppien valintaan on hankalampi kysymys kuin hoitopaikan valinta. Näitä kahta valintaa ei tule sekoittaa. Yleisesti ottaen lääkäri tietää taudeista ja hoidoista enemmän kuin potilas; heidän välillään vallitsee informaation asymmetria. Näin ei kuitenkaan ole kaikissa terveysongelmissa. Noin kolmannes kliinisistä päätöksistä on ilmeisiä (haava pitää neuloa) tai perustuu tieteelliseen näyttöön. Toinen kolmannes liittyy tapauksiin, joissa ei ole yhtä selvästi parasta vaihtoehtoa, vaan kaksi tai useampi vaihtoehto, kullakin erilainen riski-hyöty –profiili. Tällaisia ovat esimerkiksi eturauhassyöpä, jota voidaan hoitaa leikkauksella, lääkityksellä, tai seurannalla (watchful waiting). Koska kliininen päätös ei ole yksiselitteinen, potilaan elämäntilanne ja riskinottohalukkuus ovat merkittäviä valintakriteerejä. Kolmas kolmannes on tapauksia, joissa tarjonta määrää kysyntää. Jos hiljan hankittu kallis MRI-laitteisto on vajaakäytöllä, kuvia otetaan tarpeettomasti<sup>1</sup>.

Valinnanvapaus näyttäytyy siis erilaisena näissä kolmessa tilanteessa. Ensimmäisessä informaatioasymmetria on todellinen ja potilas tekee parhaiten noudattamalla lääkärin ohjeita. Tällaisissa tapauksissa potilas-lääkäri –suhde ei ole sama kuin mikä tahansa asiakas-tuottaja –suhde markkinoilla. Toisessa potilasta tulee informoida eri mahdollisuuksista ja niiden todennäköisistä seurauksista. Kolmannessa tapauksessa palvelujen rahoittajan tulisi ottaa vahvempi rooli.

Potilaan valinnanvapauden lisääminen ei ole ongelmatonta, toisaalta sitä ei ole syytä monimutkaistaa. Hoitopaikan valinta kuuluu tavanomaisen kulutuskäyttäytymisen ja kuluttajasuojan piiriin. Suomessa käyty keskustelu liittyy ensisijaisesti hoitopaikan valintaan.

### 3 Valinnanvapauden kehittyminen Suomessa

Valinnanvapaus perustuu EU:n potilasdirektiiviin (2011/24/EU), jonka mukaan potilaalla on oikeus saada julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluva hoito muusta EU-maasta ja saada ulkomailla annetusta hoidosta kotimaassa annettua hoitoa vastaava korvaus<sup>2</sup>. Suomessa ollaan valinnanvapaudessa vielä alkutaipaleella ja valinnanvapaus koskee tällä hetkellä vain julkisen sektorin tarjoamia palveluita.

Vuonna 2011 (48§ Kiireettömän hoidon hoitopaikan valinta) valinnanvapaus otettiin käyttöön omassa kunnassa tai erityisvastuualueella. Erikoissairaanhoidossa asiakas voi valita hoitopaikan oman kunnan erityisvastuualueelta. Valinnanvapaus laajennettiin vuoden 2014 alusta (48§ Laajennettu kiireettömän hoitopaikan valinta) niin, että sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa on mahdollista valita hoito koko maan terveysasemista tai erikoissairaanhoidon yksiköistä.

Valinta voi kohdistua samanaikaisesti vain yhteen terveysasemaan. Uuden valinnan voi tehdä aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä. Hoitopaikan valinta koskee kaikkia perusterveydenhuollon palveluita mm. terveysneuvontaa ja -tarkastuksia, sairaanhoidon palveluita, suun terveydenhuollon palveluita, ehkäisy-, äitiys- ja lasten neuvolapalveluita sekä avohoidon kuntoutuspalveluita ja hoitotarvikejakelua. Valinnanvapauden ulkopuolelle jäivät kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, pitkäaikainen laitohoito sekä kotisairaahoito. Potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa.

Erikoissairaanhoidon valinnanvapaus tarkoittaa, että potilas voi valita hoitavan yksikön mutta ei sitä, minkä tasoista hoitoa saa. Hoitava lääkäri tekee päätöksen potilaan lähettämisestä erikoissairaanhoidon ja arvioi, minkä tasoista hoitoa potilas tarvitsee. Potilas ei voi siis valita esimerkiksi yliopistosairaalatasoista hoitoa, jos hänen sairautensa ei sellaista edellytä. Valinnanvapaus ei siten muuta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjakoa ja hoidon porrastusta eikä estä kuntaa järjestämästä palveluja tarkoituksenmukaisesti. Hoitopaikka ei myöskään vaihdu valinnan perusteella kesken erikoissairaanhoidon jakson, vaikka hoito olisi alkanut tahdosta riippumatta.

Valinnanvapaus koskee tällä hetkellä ainoastaan terveydenhuollon palveluita. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyö on meneillään ja yhtenäistäminen on tarpeellista esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluissa.

---

<sup>1</sup> Wennberg, J., 2010. *Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care*. Oxford University Press.

<sup>2</sup> Jonsson, P., 2013. Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Oppia muiden maiden uudistuksista? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [https://www.tem.fi/files/37364/Mita\\_voimme\\_oppia\\_muiden\\_jo\\_tekemista\\_uudistuksista.pdf](https://www.tem.fi/files/37364/Mita_voimme_oppia_muiden_jo_tekemista_uudistuksista.pdf)

#### 4. Kansainväliset mallit ja kokemukset

Perusterveydenhuollossa valinnanvapautta on viime vuosina otettu käyttöön useissa Pohjoismaissa. Ruotsin ”Raha seuraa potilasta” -malli on Suomessa usein siteerattu esimerkki. Erikoissairaanhoidossa valinnanvapautta on sovellettu jo pitkään maissa, joiden terveydenhuollon rahoitus on osittain tai kokonaan vakuutusperustainen kuten USA:ssa, Saksassa ja Hollannissa<sup>3</sup>. Seuraavassa esittelemme Ruotsin, Tanskan, Saksan ja Hollannin valinnanvapausmallien pääpiirteet.

##### 4.1 Ruotsi

###### Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Ruotsissa valinnanvapaudella on pitkät perinteet ja se on ulotettu laajasti julkiseen palveluntuotantoon. Pakollinen valinnanvapaus 2010 (vårdval) koskee ainoastaan perusterveydenhuoltoa. Erikoissairaanhoidossa on vapaus valita sairaala maakäräjäalueen sisällä sekä sopimusten puitteisissa tai hoitotakuuaikojen ylittyessä laajemmin. Ruotsissa valinnanvapautta (kundval) hyödynnetään myös esimerkiksi varhaiskasvatuksessa ja koulutoimessa. Ennen perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistusta (2010) Ruotsissa oli ongelmia erityisesti pitkien jonotusaikojen kanssa sekä palveluiden jakautumisessa epätasaisesti eri sosioekonomisille ryhmille, joihin valinnanvapaudella pyrittiin tuomaan ratkaisuja. Tavoitteita valinnanvapaudelle olivat myös (Regeringens proposition (2008/09:74)) vahvistaa potilaan asemaa terveyspalveluiden tuottajan valinnassa, lisätä potilaan vaikutusmahdollisuuksia terveydenhuoltoon, tehdä terveydenhuoltoasemien avaaminen helpommaksi ja rohkaista monimuotoisuuteen sekä parantaa hoidon laatua ja tehokkuutta.

###### Julkisen ja yksityisen sektorin rooli

Ruotsin valinnanvapaus koskee julkisesti rahoitettuja palveluita, jotka voivat olla myös yksityisten tuottamia. Ruotsissa potilas voi valita terveysasemansa ja lääkäriinsä palveluntuottajalta, joka täyttää maakäräjien ennalta määrittelemät hyväksymiskriteerit. Ruotsin mallin ideana on, että palvelut kilpailutetaan laatuun eikä hintaan perustuen. Ensin palvelun toteuttamiselle määritellään kriteerit, jonka jälkeen kunta tai maakäräjä kilpailuttaa palvelun perustuen kriteereihin. Kaikki kriteerit täyttävät tahot pääsevät mukaan palveluntuottajiksi. Palveluntuottaja saa kunnalta tai maakäräjältä ennalta määritellyn ja yhdenmukaisen korvauksen palvelun tuottamisesta ja potilas maksaa yleislääkärillä käynnistä aina saman verran. Asiakas voi terveysaseman lisäksi valita myös hoitavan lääkäriin. Ruotsissa ei kuitenkaan ole yhtenäistä mallia valinnanvapauden toteuttamiseen. Kullakin maakäräjällä on omat järjestelmälle asetetut tavoitteet, sisällytetyt palvelut sekä tapa määritellä hoitoyksiköille maksettava korvaus. Ruotsissa voi valita terveysaseman ainoastaan oman maakäräjän alueelta maakäräjän hyväksymiltä asemilta. Terveysasemaa ja lääkäriä voi vaihtaa niin usein kuin haluaa.

###### Kokemukset valinnanvapaudesta

Tutkimustulokset valinnanvapauden kustannusvaikutuksista antavat erilaisia lopputuloksia riippuen maakäräjästä. Kokonaisuudessaan menojen kasvu on pysynyt maltillisena, alle 2 % vuosikasvuna valinnanvapauden tultua voimaan. Valinnanvapauden aikana lääkäriissäkäyntien määrä on lisääntynyt noin 15 miljoonaan käyntiin vuodessa (lisäystä kaikissa sosioekonomisissa luokissa), samalla odotusajat ovat lyhentyneet. Yhdeksän potilasta kymmenestä saa puhelinneuvontaa ja ajanvarauksen samana päivänä ja lääkäriissäkäynti järjestyy viikon sisällä<sup>4</sup>. Vastaavasti Suomessa joka viides pääsi lääkäriin alle kahdessa viikossa, 60 prosenttia viimeistään neljän viikon kuluessa.

---

<sup>3</sup> Virtanen, M., Jonsson, P., 2013. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa? Lääkärilehti. [http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto33\\_3.pdf](http://www.laakarilehti.fi/files/nostot/2013/nosto33_3.pdf)

sa, viidennes vasta yli kuukauden päästä. Ruotsin sosiaaliministeriön selvityksen mukaan koettu laatu ja tyytyväisyys ovat kohonneet valinnanvapauden seurauksena. Potilaat kuitenkin valitsevat yleensä hoitopaikan perustuen etäisyyteen tai maineeseen, ei niinkään lääketieteellisiin tuloksiin. Terveyskeskusten määrä on lisääntynyt koko maassa liki viidenneksen. Kaikkiaan 267 uutta terveyskeskusta on perustettu ja 77 vanhaa lopettanut toimintansa. Lopettajat ovat lähes kaikki entisiä julkisia terveyskeskuksia<sup>5</sup>.

Maakäräjillä on hyvin erilaisia tapoja toteuttaa valinnanvapautta. Esimerkiksi Tukholmassa valinnanvapautta on lisätty eri toiminnolle vuodesta 2008. Terveyskeskukset, perhelääkärit ja kotihoito tulivat valinnanvapauden piiriin 2008. Tukholmassa valinnanvapaudella on tavoiteltu parempaa saatavuutta, palveluntuottajien moninaisuutta, kilpailua, jossa julkinen ja yksityinen ovat samalla viivalla sekä toimivaa korvausjärjestelmää. Tukholman korvausjärjestelmä perustuu seuraaviin elementteihin:

- Noin 40 % ikäperusteinen kapitaatiokorvaus ilman sosioekonomisia indikaattoreita.
- Noin 60% korvauksista maksetaan suoritteiden perusteella, sosioekonomisesti heikoimmilla alueilla maksetaan lisäkorvaus.
- Palveluntuottaja pitää potilasmaksut, jotka vähennetään maakäräjäkunnan maksamasta korvauksesta. Korvaus kattaa myös joitain erikoissairaanhoidon palveluja.
- Korvauskatto on alennettu, jos 1,9 käyntiä potilaslistan potilasta kohden (keskiarvo). Korvausta ei makseta ollenkaan, jos 4 käyntiä potilaslistan potilasta kohden.

Tukholman mallissa kustannuskasvu on saatu hillittyä. Yleislääkäripalveluiden saatavuus on parantunut, tuottavuus on parantunut, potilastyytyväisyys on kohentunut jossain määrin, palveluiden käyttöaste kohonnut enemmän pienituloisilla alueilla ja palveluntarjonta on lisääntynyt. Yksityisten toimijoiden markkinaosuus vuonna 2012 oli 59%.<sup>6</sup>

## 4.2 Tanska

### Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut

Tanskassa valinnanvapaus koskee perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidon sekä ikäihmisten palveluita. Perusterveydenhuollon ammatinharjoittajien asema muuttui rakenneuudistuksen (2005-2007) jälkeen siten, että yleislääkärit ovat ammatinharjoittajia. Yleislääkäreillä on enenevästi yhteisvastaanottoja ja potilaat saavat valita hoitavan lääkärin itse. Lääkäriä saa vaihtaa korkeintaan joka kolmas kuukausi. Erikoissairaanhoidon käyttöä rajoittavat lähetekäytännöt, koska erikoissairaanhoidon puolelle ohjautetaan vain omalääkärin lähetteellä.

### Julkisen ja yksityisen sektorin rooli

Tanskassa valtio vastaa ohjauksesta ja rahoituksesta. Perusterveydenhuolto rahoitetaan pääosin julkisen sairausvakuutusjärjestelmän kautta. Tanskassa väestö voi valita kahden eritasoisen vakuutusjärjestelmän välillä. Suurin osa väestöstä on valinnut ryhmän, jossa terveyspalvelut ovat asiakkaille maksuttomia.<sup>7</sup>

<sup>4</sup> Janlöv, N., Andersson, A., Beckman, A., Sveréus, S., Wihrem, A. och Rehnberg, C., 2013. Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Myndigheten för vårdanalys, Rapport 2013:1. [www.vardanalys.se](http://www.vardanalys.se)

<sup>5</sup> Lindberg, M., 2013. Ruotsissa voi lääkärin valita vapaasti – raha seuraa potilasta. Tesso. <http://www.tesso.fi/artikkeli/raha-seuraa-potilasta>

<sup>6</sup> Dahlgren, C., Brorsson, H., Sceréus, S., Goude, F., och Rehnberg, C., 2013. Fem år med husräkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting. [http://ki.se/sites/default/files/vvs\\_2013\\_huvudrapport.pdf](http://ki.se/sites/default/files/vvs_2013_huvudrapport.pdf); Högberg, M., 2013. Potilaan valinnanvapauden mahdollistavien järjestelmien arviointi Tukholman läänissä. Tukholman läänin maakäräjäkunta. <http://www.slideshare.net/THLfi/hgberg-fi-26820622>.

<sup>7</sup> Aronkytö, T., 2010. Terveyspalvelujärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa- Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia. Sitra. <http://www.sitra.fi/julkaisu/Selvityksi%C3%A4-sarja/Selvityksi%C3%A4%2016.pdf>

Palveluiden tuotannosta vastaavat kunnat sekä viisi suurempaa aluetta. Terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestäminen kuuluu viidelle alueelle, kun taas sosiaalipalveluiden, vanhus-  
tenhuollon ja kansanterveystyön järjestäminen kuuluu kunnille. Kunnat vastaavat ehkäisevästä  
hoidosta, terveyden edistämisestä, lasten hammashoidosta, kotisairaanhoidosta sekä kouluter-  
veydenhuollosta. Kuntoutus kuuluu pääasiassa kuntien vastuulle, viiden alueen vastuulla on vain  
vaativimmat kuntoutustapaukset.<sup>8</sup>

Asiakas saa itse valita hoitavan lääkäriä. Erikoissairaanhoidon puolella valinnanvapaus ulotetaan  
yksityisiin toimijoihin kuitenkin vain jos erikoissairaanhoidon hoitotakuuajat (1-2kk) eivät julkisella  
puolella täyty. Sairaaloiminnasta vastuussa olevat alueet ovat tehneet sopimuksia yksityisten  
sairaaloitten sekä naapurimaissa toimivien sairaaloitten kanssa, joihin potilaat voivat hakeutua  
hoitoon.<sup>9</sup>

### **Kokemukset valinnanvapaudesta**

Vaikka potilas saa vaihtaa lääkäriä ja valita hoitopaikkansa vapaasti, potilassuhteet ovat olleet  
yleensä pitkäaikaisia. Kotilääkärikäynnit ovat Tanskassa yleisiä ja käytäntö muistuttaa pitkälti  
perhelääkäritoimintaa.<sup>10</sup>

Tanskan potilaan valinnanvapautta edistävä lainsäädäntö korostaa asiakkaan roolia terveyden-  
huollon ja sosiaalihuollon, kuten esimerkiksi vanhustenpalveluiden valitsijana. Lainsäädännön  
tavoitteena on mahdollistaa yksityisten palveluntuottajien hyödyntäminen julkisten palveluiden  
rinnalla. Yksityisten palveluiden merkitys vanhuspalveluissa on kuitenkin esimerkiksi Kööpen-  
haminassa edelleen vaatimaton. Vain noin neljä prosenttia kotiapua tarvitsevista asiakkaista on  
valinnut yksityisen palveluntuottajan (2009).<sup>11</sup>

## **4.3 Hollanti**

### **Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut**

Hollannissa valinnanvapaus koskee koko terveydenhuoltoa. Potilas saa valita vapaasti vakuutus-  
yhtiönsä sekä haluamansa lääkärin ja hoitopaikan kerran vuodessa. Potilas tarvitsee kuitenkin  
lähetteen yleislääkäriltä päästäkseen erikoissairaanhoidon.

### **Julkisen ja yksityisen sektorin rooli**

Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon rahoitetaan yksityisillä vakuutuksilla kun taas pitkäai-  
kaishoito rahoitetaan julkisilla vakuutuksilla<sup>12</sup>. Jokaisen pysyvästi Hollannissa asuvan on otettava  
itselleen terveysvakuutus, joka sisältää terveyskulu- ja vakuutuksen sekä pitkäaikaissairaanhoidon ja  
erityisen kalliit hoitokustannukset kattavan vakuutuksen. Vakuutus kattaa perusterveydenhuol-  
lon ja erikoissairaanhoidon vastaanotokäynnit sekä vuodeosastohoidon sekä lääkkeet. Kukin  
voi valita vakuutusyhtiönsä. Sen sijaan yhtiö ei voi valita asiakkaitaan: sen tulee hyväksyä kaikki  
halukkaat. Noin puolet hollantilaisista ovat ottaneet vapaaehtoisesta lisävakuutuksen, jonka avulla  
he kattavat esimerkiksi fysioterapia- ja hammaslääkärikulujaan. Valtio vastaa alle 18-vuotiaiden  
kustannuksista.<sup>13</sup>

Koko terveydenhuolto on markkinaehtoista, mutta malli on tarkoin säännelty ja ohjauksella vahva  
terveysministeriön ja -viraston toimesta. Palveluiden tuotannossa yksityisellä sektorilla on Hollan-

---

<sup>8</sup> Erhola, M., Jonsson, P., Pekurinen, M., Teperi, J., 2013. Jonottamatta hoitoon: THL:n aloite perusterveydenhuollon  
vahvistamiseksi. THL. [http://www.thl.fi/documents/10531/97574/Jonottamatta\\_hoitoon\\_sivut.pdf](http://www.thl.fi/documents/10531/97574/Jonottamatta_hoitoon_sivut.pdf)

<sup>9</sup> Myllymäki, K., 2011. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Kuntaliitto.

<sup>10</sup> Aronkylä, T., 2010. Terveydenhuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa- Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja  
Iso-Britannia. Sitra.

<sup>11</sup> Aronkylä, T., 2010. Terveydenhuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa- Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja  
Iso-Britannia. Sitra

<sup>12</sup> Myllymäki, K., 2011. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Kuntaliitto.

<sup>13</sup> Aronkylä, T., 2010. Terveydenhuoltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa- Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja  
Iso-Britannia. Sitra

nissa erittäin vahva rooli. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotanto on yritysten, yhdistysten ja säätiöiden vastuulla. Päävastuu sosiaalihuollon toteuttamisesta on paikallisviranomaisilla. Valinnanvapautta toteutetaan myös henkilökohtaisen budjetoinnin avulla. Henkilökohtainen budjetti myönnetään yleensä vuodeksi kerrallaan arvion perusteella. Pitkäaikaishoitoon tarkoitulla budjetilla asiakas voi itse ostaa haluamiaan palveluita kuten esimerkiksi apua jokapäiväisiin tarpeisiin, aterioihin ja aamutoimiin.<sup>14</sup>

### **Kokemukset valinnanvapaudesta**

Tutkimusten mukaan valinnanvapaus terveydenhuollossa on hollantilaisille hyvin tärkeää.<sup>15</sup> Hollannissa potilaat valitsevat sairaalan sen maineen, läheisen sijainnin, jonotusaikojen tai lääkärin perusteella.<sup>16</sup>

Vaikka pitkäaikaishoidon tueksi kehitettyjen henkilökohtaisten budjettien malli vaatii paljon hallinnointia ja on tarkoin säännelty, se on kustannuksiltaan kuitenkin tehokas. Maan kokemukset osoittavat, ettei henkilökohtainen budjetti kuitenkaan sovi kaikille, sillä se vaatii itsenäistä päätös- ja toimintakykyä sekä kaiken kaikkiaan paljon hallinnointia.<sup>17</sup>

## **4.4 Saksa**

### **Valinnanvapauden piirissä olevat palvelut**

Saksassa koko terveydenhuoltoa koskeva valinnanvapaus toteutuu vakuutusperusteisen järjestelmän kautta. Saksan terveydenhuoltojärjestelmä perustuu asiakkaan täyteen valinnanvapauteen, ja nykyisin kaikki, myös eläkeläiset, osallistuvat järjestelmän kustannuksiin. Yleislääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon. Sairauskassat vakuutusyhtiöiden kilpailijoina ovat saksalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirre.

### **Julkisen ja yksityisen sektorin rooli**

Saksassa terveydenhuollon palveluntuotanto on pääosin yksityistä ja asukkaat voivat itse valita paikan, josta terveyspalvelunsa saavat.<sup>18</sup>

Terveyspalvelut rahoitetaan pääosin sairauskassojen ja –vakuutusten kautta. Työntekijänä on automaattisesti neljän muun vakuutustyyppin rahastojen jäsen (Taulukko 1). Lakisääteisten terveysvakuutusten tarjoajia on useita, joista voi valita omiin tarpeisiinsa sopivimman. Perusmaksu on sama, mutta palveluiden sisältö ja mahdolliset lisäpalvelut ja maksut voivat vaihdella. Työntekijän vakuutus kattaa myös hänen lapsensa ja työttömän puolison. Mikäli vuositulo ylittävät tietyn summan (2012: 50 850 euroa), voi lakisääteisen vakuutuksen sijaan valita yksityisen terveysvakuutuksen. Yksityinen terveysvakuutus on vaihtoehto myös yrittäjille.

Saksassa vakuutettu voi valita oman yleislääkäriinsä (Hausartz). Ensimmäinen kontakti on yleislääkäri, joka ohjaa erikoislääkärille tai sairaalaan. Terveysvakuutus maksaa pääsääntöisesti kaikki lääkäri-, sairaala- ja reseptilääkekulut sekä lääketieteellisesti perustellut hammaslääkärikulut. Kuluista laskutetaan yleensä suoraan sairaskassaa, eikä potilas joudu itse maksamaan.<sup>19</sup>

---

<sup>14</sup> Taavitsainen, H., 2010. Valinnanvapaus tulevaisuuden trendi sosiaali- ja terveystoimessa? Hollannin malli tarjoaa vaihtoehtoja ja hyvää palvelua. Kuntalehti.

<sup>15</sup> Vraengbaek, K. et al, 2012. Choice policies in Northern European health systems. Health Econ Policy Law, 7(1), 27-71

<sup>16</sup> Varkevisser, M. et al, 2012. Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. Journal of Health Economics 31(2), 371-278

<sup>17</sup> Taavitsainen, H., 2010. Valinnanvapaus tulevaisuuden trendi sosiaali- ja terveystoimessa? Hollannin malli tarjoaa vaihtoehtoja ja hyvää palvelua. Kuntalehti.

<sup>18</sup> Myllymäki, K., 2011. Näkökulmia terveydenhuollon järjestämismalliin ja rahoitukseen. Kuntaliitto.



**Taulukko 1: Saksassa suoraan sosiaaliturvarahastoille maksettu osuus palkasta**

Vakuutustyyppi	Prosenttiosuus palkasta	Josta työntekijän maksama osuus
Terveysvakuutus (health)	15,5	8,2
Tapaturmavakuutus (accident)	vaihtelee sektoreittain	ei mitään
Eläkevakuutus (retirement)	18,9	9,45
Pitkäaikaishoito (nursing)	1,95-2,2	1-1,2
työttömyysvakuutus (unemployment)	3	1,5

### 5 Laadunseuranta ja läpinäkyvyys osana valinnanvapautta

Valinnanvapauden laajetessa laadun mittaus, seuranta ja tulosten vertailukelpoisuus ja julkinen saatavuus ovat olennaisia. Ilman tietoa laadusta valintoja tehdään vain kokemusten, hinnan ja sijaintipaikan mukaan. Jos viranomaiset valvovat tuottajia laadun perusteella laatukriteereiden pitää olla läpinäkyvät, tasapuoliset ja selkeät. Ruotsissa laadunseurantaan on panostettu, mutta se on osoittautunut yllättävän hankalaksi.<sup>20</sup>

Laadun määrittely on sekavaa ja mittaaminen tulkinnanvaraista. Laadulla voidaan tarkoittaa sekä virheetöntä suoritusta että vasta jälkepäin oikeaksi osoittautuvaa päätöstä. Laatu sekoitetaan resurssimääriin, esimerkiksi vanhustenpalveluissa hoitajamitoituksiin. Laadulle tulisi löytää täsmälliset osa-alueet ja niille vertailukelpoiset mittaustavat. Mittareiden perusteella laatu voidaan suhteuttaa kustannuksiin, saatavuuteen ja läpimenoaikoihin ja kohdistaa kehitystoimet asianmukaisesti. Vertailutietoja on oltava saatavilla riittävästi ja luotettavasti, jotta asiakas pystyy tekemään valinnan, joka palvelee häntä parhaalla mahdollisella tavalla.

NHG:n ehdotus laadun mittaamiseen perustuu ajatukseen, että terveydenhuollon laatu jakaantuu kolmeen alueeseen, joilla kullakin on erityyppiset mittarit ja niihin perustuvat kehitysstrategiat.

**Taulukko 2: Terveystenhuollon laadun alueet, mittausperusteet ja toimenpiteet**

	Mitä se on?	Miten sitä voi mitata?	Mitä sille voi tehdä?
Kliininen päätöksenteko Design: Toiminnallisuus palvelutaso	Hoitoepisodin suunnitelma (design): diagnoosi ja hoitosuunnitelma	Parhaiden käytäntöjen mukainen suoritus, Vaikutus	Koulutus, Välineet, Konsultaatio, Ammatillisuus
Prosessin laatu ja potilasturvallisuus Toteutuksen virheettömyys	Hoitosuunnitelman toteuttaminen	Hoitovirheet Poikkeamat Läpimenoajat Rutiinien noudattaminen	Laadun varmistus, standardointi, raportointi, kehittäminen, tarkastuslistat
Potilaan kokemus Toteutuksen tyyli	Potilaan subjektiivinen kokemus hoidosta	Haastattelut, havainnot	Potilaskeskeinen palvelukulttuuri

<sup>19</sup> <http://www.make-it-in-germany.com/en/living/guide-to-living-in-germany/healthcare/>

<sup>20</sup> Paasovaara, K., Melin, T., Tuominen-Thuesen, M., Juntunen, E., 2012. Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa – Kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. Sitra. <http://www.sitra.fi/julkaisu/sitra301.pdf>

- Kliininen päätöksenteko käsittää** diagnostiikan ja hoitosuunnitelman. Hyvä laatu tarkoittaa, että potilaalle määrätään hoito, joka todennäköisimmin johtaa toivottuun tulokseen. Hoitosuunnitelmat ovat yksilöllistä palvelumuotoilua (design). Sen laatua voi arvioida sen mukaan, onko käytetty parhaita tunnettuja menetelmiä ja päätöksentekoa. Vaikuttavuus pohjautuu takautuvaan tarkasteluun. Viime kädessä kliinisen työn laatu käy ilmi vasta kun tiedetään toimenpiteiden vaikutus potilaan terveydentilaan ja toimintakykyyn koko hoitajak-solta. Koska kliiniseen päätöksentekoon liittyy väistämättä epävarmuutta ja riskejä, laatukri-teeri ei voi olla täydellinen onnistuminen joka tilanteessa. Mittareiden tulee olla suhteellisia, kuten vertaisarviointi (bechmarking) tai historiallinen vertailu (track record). Kliinisen työn laadun kehittämismenetelmät ovat ensisijaisesti professioiden kompetenssin kehittämistä sekä erilaisten rutiinien noudattamista konsultaatioiden ja tiimityön edistämiseksi.
- Prosessin laatu ja potilasturvallisuus** käsittää hoitosuunnitelman toteutuksen parhaiten käytäntöjen mukaisesti sovitussa ajassa. Olennaisia mittareita ovat vaihe- ja läpimenoajat, ohjeiden ja rutiinien, esim. käsihygienian noudattaminen sekä . haitta- tai riskitapahtumien määrä. Prosessien laatua ja potilasturvallisuutta voi kehittää ohjauksella, laatujärjestelmillä, tarkistuslistoilla ja seurannalla.
- Potilaan kokemus** perustuu odotusten ja toteutuman suhteeseen. Kliinisen työn ja proses-sien laatu luonnollisesti vaikuttavat tyytyväisyyteen. On kuitenkin muitakin tekijöitä, kuten annettu informaatio, ystävällisyys ja huomaavaisuus. Potilaiden tyytyväisyyttä voi mitata erilaisilla kysely- ja haastattelumenetelmillä. Potilaiden kokemuksiin voidaan vaikuttaa palve-lukulttuuria kehittämällä.

## 6 Mitä voimme oppia muilta?

Suomessa ei voida ottaa suoraan käyttöön toisen maan mallia, jos erot järjestämistavoissa ovat merkittävät. Esimerkiksi vakuutusperustaisia malleja on hankala sovittaa budjettiperustaisiin käy-tänteisiin. Muut pohjoismaat ovat parhaat vertauskohteet, koska niissä järjestelmä on rakentunut samoin kuin Suomessa. Suomessa voidaan oppia muiden kokemuksista. Keskeiset asiakokonai-suudet pohdittavaksi on koottu taulukkoon 3.

**Taulukko 3: Valinnanvapauden asiakokonaisuudet joista Suomi voi oppia muilta**

Oppi	Kuvaus	Implementointi
<b>Kannusteet kilpailla laadulla hinnan sijasta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suomessa kilpailutuk-set painottavat hintaa, vaikka tulevaisuudessa kilpailutuksissa olisi tärke-ää painottaa laatua.</li> <li>Ruotsissa maakäräjien vastuulla on vastata palveluiden laadusta. Tätä tehdään kilpailutta-malla palvelut siten, että kaikki kriteerit täyttävät toimijat pääsevät mukaan ja saavat palveluiden tuottamisesta yhtenäisen korvauksen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kuluttajien suojaamiseksi tulee luoda kannusteet kilpailla laadulla eikä hinnalla.</li> <li>Laadun mittaamiseksi on luotava yhtenäinen mitta-risto ja käytäntö.</li> </ul>

<b>Asiakslähtöisyys palveluiden tuotannossa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaiden tulisi saada valita itse paikka, josta he hankkivat palvelut. Tämä ohjaa palveluntuottajia tuottamaan palveluita, joita asiakkaat todella haluavat.</li> <li>• Ruotsissa mahdollisuus valita yksittäisiä palveluita koko palvelupaketin sijasta lisää asiakkaiden tadelista valinnanvapautta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asiakkaille hinnan tulisi olla aina sama, joten laatu ja saatavuus muodostuvat kilpailutekijöiksi.</li> </ul>
<b>Erityisosaamisen kehittäminen ja markkinointi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valinnanvapaus luo mahdollisuuksia osaamiskeskustoille.. Vaikeissa asioissa asiakkaat todennäköisesti valitsevat vahvan erityisosaamisen, joka entisestään vahvistaa osaamiskeskusten asemaa.</li> <li>• Esimerkiksi syöpäpotilaiden hoito siirtyy todennäköisesti laajamittaisesti osaamiskeskustisiin, joissa on saatavilla paras mahdollinen hoito. Sote-uudistuksen myötä osaamiskeskukset luultavasti muodostuvat viiden järjestämisvastuualueen ympärille.</li> <li>• Yksityiset toimijat näkevät, että osaamiskeskusten markkinointi ja julkisen sektorin valinnanvapaus saattavat vääristää kilpailua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erilaisten osaamiskeskusten tulee pystyä profiloitumaan entistä selkeämmin.</li> <li>• Lainsäädännön avulla on varmistettava, että sekä julkisilla ja yksityisillä toimijoilla on yhtäläiset mahdollisuudet kilpailla erityisosaamista vaativista toimista.</li> </ul>
<b>Selkeiden palvelukokonaisuuksien määrittely</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palvelukokonaisuuksien selkeä määrittely auttaa myös tasapuolisessa ja läpinäkyvässä hinnoittelussa.</li> <li>• Ruotsin mallissa eri maakäräjät määrittelevät yksityiskohtaisesti, mitkä palvelut ovat valinnanvapauden piirissä. Kuitenkin vaihtelua on paljon eri maakäräjien välillä.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palvelukokonaisuudet tulisi määritellä selkeästi erityisesti jos valinnanvapaus ulotetaan koskemaan yksityisiä palveluntuottajia.</li> <li>• Palvelukokonaisuuksien rajapintojen eri palveluiden tai eri toimipisteiden välillä tulisi olla mahdollisimman selkeät.</li> </ul>

<p><b>Yhteistyö muiden alojen kanssa</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perusterveydenhuollon valinnanvapauden tulisi toimia yhteistyössä sosiaalihuollon kanssa esimerkiksi kokonaisuutta optimoivien kannustin- ja sanktiomallien avulla.</li> <li>• Toiminnan tulisi olla linjassa myös työterveys- huollon kanssa. Tällä hetkellä terveysasema saa kapitaatiokorvauksen myös kaikista niistä henkilöistä, jotka tosiasias- sa käyttävät terveysaseman sijaan työterveyshuoltoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suunnittelutyön tulee tapahtua koordinoitusti läpi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvali- koiman.</li> </ul>
<p><b>Seuranta-järjestelmän ja kustannus-laskennan kehittäminen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tällä hetkellä potilaiden liikkumisen seuranta ja laskutus tehdään Suomessa manuaalisesti. Kustannuslaskenta on monissa kunnissa alkeel- lisella tasolla ja vaihtelut ovat suuria eri kuntien välillä. Täsmällinen ja avoin kustannuslaskenta on kilpailuneutraliteetin saavuttamiseksi erityisen keskeistä, jos järjestel- mässä on erityyppisiä tuottajia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• On kehitettävä toimivat ja joustavat maksu- ja seurantajärjestelmät</li> </ul>
<p><b>Hinnoittelu ja tuotteista- minen</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Terveystuotteen korvauksen on perustuttava tuotteistuk- seen tai tuotehintaan, jolla terveydenhuollon toimintayksikkö seuraa omaa toimintaansa tai jol- la kuntayhtymä laskuttaa jäsenkuntiansa. Terveystuotela- ki edellyttää tuotteistamista kuntalaskutuksen pohjaksi.</li> <li>• Nykyisin yleisesti käytössä oleva tapa laskea laskutus- hinta budjetoitujen tulojen ja menojen mukaisena ei varsinaisesti vastaa lakia, mutta on edelleen hyväksyttävä tapa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kuntien ja sairaanhoito- piirien on löydettävä tehokkaita tapoja hinnoitel- la asiakkaat/toimenpiteet, jotta käytetyt palvelut pystytään veloittamaan palveluita käyttäneen henkilön kotikunnasta oikealla tavalla.</li> </ul>

## 7 Johtopäätökset

Valinnanvapaus on ollut Suomessa käytössä oman kunnan ulkopuolella vasta vuoden 2014 alusta, joten vaikutuksista ei ole vielä julkaistuja tuloksia. Valinnanvapausmalli on kuitenkin tuonut ja tuo mukanaan lukuisia muutoksia. Valinnanvapauden tulisi parantaa tuotettujen palveluiden laatua. Laadun mittaamiseen ja seurantaan niin yksityisen kuin julkisenkin sektorin tuotannossa tulisi panostaa huomattavasti. Yhtenäisten laatumittareiden ja seurannan kautta asiakkailta on riittävä tietämys ohjautua hankkimaan palveluita parhailta tuottajilta.

Valinnanvapaus soveltuu parhaiten palveluihin, jotka ovat helposti tuotteistettavia ja selkeästi määriteltyjä toimenpiteitä. Suun terveydenhuoltoon ja perusterveydenhuoltoon valinnanvapaus soveltuu hyvin. Volyymit ovat suuria eri palveluissa, ja ne ovat pääosin tuotteistettuja ja hinnoiteltuja. Erikoissairaanhoidossa soveltuvia toimenpiteitä ovat standardoidut toimenpiteet kuten lonkkaleikkaukset. Pidempiä hoitajaksoja vaativat toimet kuten syöpähoidot, ovat valinnanvapauden kannalta hankalia, koska niihin liittyy päätöksenteon epävarmuutta, informaatioasymmetriaa, riskejä ja epävarmuutta.

Valinnanvapauden vaikutukset tulee selvittää, jotta tiedetään mihin suuntaan järjestelmää tulisi kehittää. Valinnanvapauden laajeneminen yksityisiin tuottajiin toisi parannuksia tuotantoon ja asiakaslähtöisyyteen, todennäköisesti suurimman positiivisen kehityksen terveystaloudessa vuosikymmeniin. Kuitenkin NHG:n tekemän tutkimuksen mukaan vain 30 % haastatelluista kuntapäätäjistä ja asiantuntijoista uskoo, että valinnanvapaus laajennetaan koskemaan yksityisiä palveluntuottajia lähivuosina. Valinnanvapauden laajeneminen yksityiselle sektorille nähdään hyvänä asiana, mutta siihen ei ole vielä Suomessa luotu riittävän selkeää mallia.

Keskeisimmät syyt valinnanvapauden lisäämiseen ovat potilaan aseman parantaminen, kustannussäästöt, ja tehokkaampi tuotanto. Tässä selvityksessä NHG on pyrkinyt tuomaan esiin oleellisia asioita, jotka tulisi ottaa huomioon, kun Suomeen halutaan kehittää toimivaa, kustannustehokasta ja palveluiden laatua lisäävää valinnanvapausmallia. Valinnanvapausmalleista pitää saada lisää tietoa mutta sitä ei ole syytä selvittää ikuisesti. On aika toimia!

**Hanna Hovi**  
**Vesa Kämäräinen**  
**Professori Paul Lillrank**

