



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Pia Maria Jonsson
Eeva Nykänen
Pasi Pohjola
Maijaliisa Junnila
Laura Hietapakka
Eeva Liukko
Kimmo Parhiala
Leena Nuorteva
Anne Whellams

TYÖPAPERI

Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa Kuvauksia eräistä Euroopan maista

Työpaperi 6/2016

Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa

Kuvauksia eräistä Euroopan maista

Reformit-yksikkö



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-630-8 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-630-8>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL
Helsinki, 2016

Tiivistelmä

Reformit-yksikkö. Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 6/2016. 25 sivua. Helsinki 2016. ISBN 978-952-302-630-8 (verkkojulkaisu).

Potilaan tai asiakkaan vapaus valita hoito- tai palvelupaikkansa taataan useissa Euroopan maissa lainsäädäntöpohjaisilla ratkaisulla. Valinnanvapauden toteutuminen voi perustua erityyppisille menettelyille, kuten henkilökohtaiselle budjetille, palvelusetelimenettelylle tai palvelukokonaisuuksiin liitettyille järjestelmille. Valinnanvapauden toteutumisen kannalta on tärkeää, että asiakkaiden ja potilaiden ulottuvilla on palveluita, joista valita. Samoin valinnanvapauden onnistumisen kannalta olennaista on se, että palveluista on saatavilla luotettavaa ja ymmärrettävää vertailutietoa.

Palveluiden tuottajien kannalta keskeisiksi kysymyksiksi nousevat markkinoille tulemisen menettelyt, joita työpaperissa kuvataan. Tällaisia ovat erilaiset hyväksymis- ja akkreditointimenetelmät. Palveluiden tuottajille maksetut korvaukset voivat perustua erilaisiin käytäntöihin, laskentaperusteisiin- ja malleihin. Erilaisiin ratkaisuihin liittyy joukko kysymyksiä, joita työpaperissa nostetaan esiin.

Työpaperissa kuvataan kahdeksan eri maan valinnanvapausjärjestelmien ominaispiirteet. Mukana ovat kuvaukset Tanskan, Norjan, Ruotsin, Englannin, Portugalin, Ranskan, Alankomaiden ja Saksan valinnanvapausjärjestelmistä. Maiden sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät perustuvat erilaisiin lähtökohtiin, joten ratkaisujen soveltuvuutta Suomen palvelujärjestelmään ei ole asiakirjassa arvioitu.

Valinnanvapautta sovellettaessa tietyt keskeiset kysymykset on kuitenkin ratkaistava lainsäädännön tai alueellisten järjestelyiden avulla. Näitä ovat esimerkiksi:

- Valinnan kohteena olevien palvelukokonaisuuksien, eli tuotteiden, määrittely.
- Tuottajakunnan määrittely ja rajaaminen, hyväksymiskriteerit ja poistumissäännöt
- Korvausmenettelyt ja korvausperiaatteet palveluiden tuottajille
- Kuluttaja- ja potilasinformaation tarjoaminen.

Työpaperin sisältö on laadittu marraskuussa 2015 Sosiaali- ja terveysministeriön toiveesta nopealla aikataululla.

Sisällys

Tiivistelmä	3
1 Johdanto	6
2 Valinnanvapaus eräissä Euroopan maissa	7
2.1 Tanska	7
Potilaan/asiakkaan oikeudet	7
Tuottajakunnan toimintaehdot	8
Laadunvarmistus	8
2.2 Norja	9
Potilaan/asiakkaan oikeudet	9
Tuottajakunnan toimintaehdot	9
Laadunvarmistus	10
2.3 Ruotsi	10
Potilaan/asiakkaan oikeudet	11
Tuottajakunnan toimintaehdot	11
Laadunvarmistus	12
2.4 Englanti	12
Potilaan /asiakkaan oikeudet	13
Tuottajakunnan toimintaehdot	14
Laadunvarmistus	14
2.5 Portugali	15
Potilaan/asiakkaan oikeudet	15
Tuottajakunnan toimintaehdot	16
Laadunvarmistus	17
2.6 Ranska	17
Tuottajakunnan toimintaehdot	17
Potilaan/asiakkaan oikeudet	18
Laadunvarmistus	18
Muita huomioita	18
2.7 Saksa	19
Potilaan/asiakkaan oikeudet	19
Sosiaalipalvelut	20
2.8 Alankomaat	20
Potilaan/asiakkaan oikeudet	20
Tuottajakunnan toimintaehdot	21
Laadunvarmistus	21
3 Pohdinta	22
Lähteet	24

1 Johdanto

Tässä dokumentissa kuvataan potilaan valinnanvapautta hoitopaikan suhteen kahdeksassa Euroopan maassa. Maat on valittu siten, että ne edustavat eri tyyppisiä terveysjärjestelmiä OECD:n vuonna 2010 julkaiseman luokituksen mukaisesti, tarkoituksena valottaa valinnanvapauden laajuutta ja toteutustapoja erilaisissa järjestelmäkonteksteissa. Pohjoismaista mukana ovat Tanska, Ruotsi ja Norja. Iso-Britanniasta mukana on Englanti ja Etelä-Euroopan hajautetuista julkisista järjestelmistä Portugali. Erilaisilla vakuutusperusteilla toimivista järjestelmistä mukana ovat Ranska, Saksa ja Alankomaat.



Lähde: mukailen OECD (2010) Health Care Systems: Efficiency and Policy Settings

Sosiaalipalvelujen osalta dokumentissa kuvataan asiakkaan vapautta valita palvelutuottaja sellaisissa kansallisissa malleissa, jotka liittyvät läheisesti terveyspalveluihin esimerkiksi yhteisen lainsäädännön kautta. Julkaistua tietoa valinnanmahdollisuuksista sosiaalipalvelujärjestelmissä on kuitenkin selvästi vähemmän kuin terveyspalvelujärjestelmistä eikä dokumentin tuottamisen pikainen aikataulu ole tältä osin mahdollistanut kattavaa kuvausta.

Dokumentti ei pyri esittelemään eri valinnanvapausmallien arviointituloksia eikä syn- teesiä niistä saaduista kokemuksista. Se ei myöskään ota kantaa eri mallien soveltuvuuteen Suomen kontekstissa. Kuvailtava kokonaisuus voi kuitenkin jatkossa toimia tällaisten analyysien lähtökohtana. Se voi myös auttaa määrittelemään, mitkä kysymykset on ratkaistava ja mi-

tä vaihtoehtoisia ratkaisuja voidaan ottaa harkintaan luotaessa suomalaista valinnanvapausuudistusta.

Dokumentti on laadittu THL:n Järjestelmät-osaston Reformit-yksikössä. Kirjoitustyöhön ovat osallistuneet yksikön päällikkö Pia Maria Jonsson, johtava asiantuntija Anneli Milén, erikoistutkija Eeva Nykänen, kehittämisspäällikkö Pasi Pohjola, johtava asiantuntija Maijalissa Junnila, tutkija Laura Hietapakka, erityisasiantuntija Eeva Liukko, erikoissuunnittelija Kimmo Parhiala, erikoissuunnittelija Leena Nuorteva ja erityisasiantuntija Anne Whellams. THL:n muut yksiköt ovat ystävällisesti toimittaneet pohjamateriaalia muistion valmisteluun.

2 Valinnanvapaus eräissä Euroopan maissa

2.1 Tanska

Tanskan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne pohjautuu vuosina 2005–2007 toteutettuun aluehallinnon uudistukseen, jossa terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi 14 maakunnalta viidelle valtion rahoittamalle itsehallintoalueelle.¹ Samalla Tanskan kuntien määrä väheni 271 kunnasta 98 kuntaan.

Alueiden päätehtävänä on vastata terveydenhuollosta, mukaan lukien perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, psykiatrinen hoito, aikuisten hammashoito ja fysioterapia. Alueilla on myös tehtäviä erityisosaamista vaativan sosiaalitoimen sekä aluesuunnittelun ja -kehityksen saralla.²

Kuntien tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoito. Myös kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoutuksesta huolehtivat pääasiassa kunnat, vaativasta kuntoutuksesta kuitenkin alueet. Sosiaalitoimi, johon kuuluvat myös vanhusten hoivapalvelut, ovat pääsääntöisesti kuntien vastuulla.³

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Perusterveydenhuollon valinnanvapaudella on Tanskassa pitkät perinteet, kun taas sairaaloiden valintaan liittyvää lainsäädäntöä on kehitetty mm. kansallisen hoitotakuun myötä.⁴ Tanskan terveystakuulainsäädännön nojalla väestö voi valita kahden eri vakuutusluokan välillä. Yli 98 prosenttia maan asukkaista on valinnut kuulumisen ns. ryhmään 1, jossa potilailla ei perusterveydenhuollossa ole lainkaan asiakasmaksuja ja he listautuvat perusterveydenhuollon lääkäriin, joka toimii portinvartijana erikoissairaanhoitoon. Ryhmään 2 kuuluu alle kaksi prosenttia väestöstä. He maksavat perusterveydenhuollossa asiakasmaksuja ja voivat hakeutua myös erikoislääkärin vastaanotolle ilman lähetekäytäntöä.

Perusterveydenhuollon valinnanvapaus perustuu potilaan aktiiviseen listautumiseen haluamalleen lääkäriin. Potilas voi valita vapaasti hoitavan lääkärin, jos tämän listalla on tilaa. Jos lääkärin vastaanotto on yli 15 km:n päässä tai tiheään asutuilla kaupunkialueilla yli 5 km:n päässä, kotikäynnit eivät sisälly valintaan. Lainsäädäntö ei aseta rajoituksia valinnan uusimiselle. Jos uusi valinta johtuu esimerkiksi muutosta, se on ilmainen, muussa tapauksessa se maksaa 190 Tanskan kruunua (2015).

Erikoissairaanhoidossa potilas voi valita hoitavan yksikön kaikista maan julkisista sairaaloista, jollei valitulla sairaalalla ole poikkeuksellisen pitkää hoitojonoa. Jos odotusaika ylittää Tanskan hoitotakuun kaksi kuukautta, valinnan piiriin tulevat myös yksityiset ja ulkomaiset sairaalat, joiden kanssa alueilla on sopimus. Joissakin sairauksissa (syövät, iskeeminen sydänsairaus) hoitotakuun määrittelemät aikarajat ovat lyhyempiä kuin kaksi kuukautta.

Tanskan alueilla ja sairaaloilla on lakisääteinen velvollisuus informoida potilasta nopeasti suunnitellusta hoitoajankohdasta ja vaihtoehtoisista hoitomahdollisuuksista myös muissa maan sairaaloissa. Terveystieteiden kansallinen verkkopalvelu tarjoaa tietoa vaihtoehtoisista hoitopaikoista niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa sekä yksityiskohdasta laatuvertailutietoa sairaaloista.⁵ Tiedot pohjautuvat keskeisiltä osin Tanskan kansallisten laaturekisterien aineistoon.

Tuottajakunnan toimintaehdot

Alueellisessa terveydenhuollossa perusterveydenhuoltoa tuottavat yksityisinä ammatinharjoittajina toimivat lääkärit, hammaslääkärit, fysioterapeutit jne. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon ja osaan kunnallisia ennaltaehkäiseviä ja kuntouttavia palveluita. Silmälääkärit, korvalääkärit ja hammaslääkärit ovat kuitenkin portinvartijamenettelyn ulkopuolella.

Perusterveydenhuollossa ammatinharjoittajalääkäri on sopimusosapuolena vakuutusjärjestelmän kanssa ja omistaa ja organisoii oman klinikkansa toiminnan ja voi palkata mahdollista muuta henkilökuntaa. Vastaanoton tuloista noin 90 prosenttia tulee kansallisesta vakuutuksesta. Perustaakseen vastaanoton lääkäri tarvitsee vakuutusnumeron. Tämän menettelyn kautta julkisella taholla on periaatteellinen mahdollisuus kontrolloida tuottajakuntaa ja sen sijoittumista.

Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tuottajille maksetaan korvauksia tuote- ja palveluista etukäteen sovituin korvausmenettelyin. Perusterveydenhuollon korvausjärjestelmä pohjautuu kapitaatioon (n. 30 %–35 %) ja suoritepohjaiseen osuuteen. Kapitaatio- ja suoritepohjaisen korvauksen suuruuteen ei vaikuta potilasmateriaalin koostumus (*case-mix*) tai demograafiset ominaisuudet, vaan se on aina saman suuruinen (*flat capitation*). Kokonaiskorvaussummalle ei ole kattoa, mutta jatkuvan vertaiskehittämisen, esimerkiksi lääkekustannusten jatkuvan seurannan, oletetaan estävän palveluiden ylitarjontaa. Erilaisia diagnoosikohtaisia vuosikorvauksia on kokeilun alla esimerkiksi diabetespotilaiden hoidossa. Korvauksia säätelevään kansalliseen sopimukseen sisältyy myös erilaisia alueellisia lisäjä. Julkisten sairaaloiden korvauksista kasvava osa (50–70 %) maksetaan aktiviteettisidonnaisina korvauksina, joiden pohjana käytetään vuosittain ministeriössä päivitettäviä DRG-laskelmia.⁶

Laadunvarmistus

Terveystieteiden kansallinen laatu- ja akkreditointi-instituutti, *IKAS, Institutet for Kvalitet og Accreditering*, on kehittänyt perusterveydenhuollon lääkärin pakollisen akkreditointiohjelman, johon sisältyy ulkoinen arviointi joka kolmas vuosi.⁷ Ohjelma, *DDKM, Den Danske Kvalitetmodel*, käsittää yleisluontoisia standardeja, joiden kohteena ovat:

1. Potilaan polku
2. Potilaan asema ja voimaannuttaminen
3. Potilasturvallisuus ja
4. Management ja johtaminen.

Lisäksi on kehitetty sairauskohtaisia standardeja esim. diabeteksen hoidon suhteen. Vuoden 2016 alusta aloitetaan akkreditointikierros, joka perusterveydenhuollon yksikköjen tulee käydä läpi 2019 mennessä.

2.2 Norja

Norjan potilas- ja asiakaslaki sisältää pykäläitä, jotka takaavat potilaalle oikeuden vapaaseen valintaan ja valintaa tukevaan informaatioon.⁸ Perusterveydenhuollossa asiakkaan valinnanvapautta vahvistettiin Norjan listalääkäri uudistuksella vuonna 2001.⁹ Järjestelmä luotiin muistuttamaan Tanskan edellä kuvattua järjestelmää. Kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Kuntien vastuulle tuli organisoida vähintään kaksi vaihtoehtoista avointa omalääkäri listaa kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä potilaasta. Erikoissairaanhoidon järjestämistä vastuu siirrettiin Norjassa vuonna 2002 maakunnilta valtion viidelle – sittemmin neljälle – alueelle.¹⁰

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Listalääkäri uudistuksen keskeisimpinä tavoitteina oli vahvistaa asiakkaan asemaa ja parantaa lääkäripalveluiden saatavuutta ja laatua. Potilaalla on oikeus aktiivisesti valita, mille lääkärille hän listautuu, jos kyseisen lääkärin listalla on tilaa. Valinnanvapautteen kuuluu mahdollisuus vaihtaa lääkäriä korkeintaan kaksi kertaa vuodessa. Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon palveluihin.

Erikoissairaanhoidossa potilaalla on ollut oikeus valita hoitopaikka kaikista maan julkisista sairaaloista sekä niistä yksityisistä tuottajista, joiden kanssa palveluita järjestävät neljä aluetta ovat tehneet asiasta sopimuksen. Joissain tapauksissa sairaaloilla on kuitenkin mahdollisuus kääntää muiden alueiden potilaita priorisoidakseen oman alueensa potilaiden hoitotarpeet. Potilaan oikeuksia on laajennettu vuoden 2015 alusta siten, että nämä voivat jatkossa valita erikoissairaanhoidon hoitopaikan kaikista etukäteen hyväksytyistä sairaaloista, niin yksityisistä kuin julkisista.¹¹

Potilaiden informoimiseksi Norjan kansallinen terveystieteellinen ylläpitää uudistettua verkkopalvelua *Helsenorge.no*.¹² Tämä sisältää tietoa vaihtoehtoisista hoitopaikoista, jonoista ja odotusajoista sekä hoidon laadusta.

Tuottajakunnan toimintaehdot

Ennen listalääkäri uudistusta lääkärit olivat julkisen työnantajan (*fylken*) palveluksessa, mutta siirtyivät uudistuksen yhteydessä varsin helposti ammatinharjoittajiksi. Osasyynä muutoksen helppouteen lienee ollut perusterveydenhuollon lääkäreille tarjotut, suhteellisen edulliset työehdot. Noin 95 prosenttia perusterveydenhuollon yleislääkäreistä toimii nyt yksityisinä ammatinharjoittajina, loput viisi prosenttia toimivat julkisen työnantajan palveluksessa pääasiassa harvaanasutuilla seuduilla, missä peruspalkan lisäksi maksetaan runsaita alueellisia lisäjä.

Lääkäripalveluiden rahoitusvastuu on jaettu kuntien ja valtion (vakuutusjärjestelmän) kesken. Kuntien rahoitus tapahtuu listoilla olevien henkilöiden lukumäärän mukaan eli kapi-taatiopohjaisena korvauksena (ilman *case-mix*-vakiointia) ja vastaa noin 30 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus, noin 35 prosenttia, tapahtuu suoritteista käsin. Potilasmaksut kattavat loput.

Uudistuksen seurauksena Norjan valtion (vakuutuskassan) menot lisääntyivät olennaisesti. Menojen lisääntyminen oli verrannollista potilaskontaktien lisääntymiseen ja se tulkittiin suoraksi seuraamukseksi siitä, että palveluiden saatavuus oli parantunut. Samalla myös taksoja, jotka sovitaan vuosittaisissa osapuolten välisissä neuvotteluissa, nostettiin tietoisesti, jotta mm. tarvittavien lääkäreiden rekrytointi harvempaanakin asutuille seuduille onnistuisi.

Sairaalat saavat korvauksensa suoritepohjaisesti kansallisten DRG-laskelmien perusteella. Raha seuraa siis potilasta hänen valitsemaansa sairaalaan ennalta määrättyjen taksojen mukaisesti.

Laadunvarmistus

Norjan kansalliset laaturekisterit ovat olleet intensiivisen kehittämisen kohteina viimeisten kymmenen vuoden ajan ja niiden sisältöä on alettu tuoda näkyvästi kansalaisten saataville myös osaksi tuottajavertailua ja tuottajille maksettavien korvausten perusteita. Tarkempaa tietoa palveluiden laadusta ja käytettävistä laatuindikaattoreista tarjotaan erityisellä laatuindikaattorisivustolla.¹³

2.3 Ruotsi

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne, organisaatio ja rahoitus eroavat monessa suhteessa Suomen sote-järjestelmästä. Terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai verrannollisella alueella.¹⁴ Sosiaalipalveluiden järjestämisestä taas vastaavat Ruotsin 290 kuntaa.¹⁵

Kukin maakäräjä-/aluehallinto vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan suun terveydenhoito mukaan lukien. Kunnat vastaavat mm. kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta, ja sosiaalitoimi on kokonaan kuntien vastuulla. Kunnat järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät saa itsenäisesti järjestää lääkäripalveluja, vaan näistä tulee sopia maakäräjien kanssa.

Sekä maakäräjillä että kunnilla on itsenäinen verotusoikeus. Maassa on käytössä taseusjärjestelmä, jonka perusteella rikkaammat alueet ja kunnat tukevat köyhempien taloutta. Alueiden välisiä eroja tasoitetaan lisäksi erilaisin suunnatuin valtionavuin.

Maakäräjäalueilla on laajaa kokemusta jo 1980-luvun loppupuolelta palvelujen ulkoistamisesta yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille. Ulkoistamisessa noudatettiin aiemmin pääsääntöisesti julkisista hankinnoista annettua lakia ja sen kuvaamia hankintamenettelyjä. Vuoden 2009 alussa tilanne muuttui, sillä silloin tuli voimaan lainsäädäntöuudistus, joka antoi Ruotsin maakäräjille ja kunnille hankintamenettelyjen rinnalle vaihtoehtoisen mahdollisuuden laajentaa palvelujen tuottajakuntaa.¹⁶ Tämä voi tapahtua järjestämällä palvelut ns. valinnanvapausjärjestelmien puitteissa.

Lakiuudistuksen tarkoituksena oli antaa terveyspalveluista vastaaville maakäräjille ja sosiaalipalveluista vastaaville kunnille mahdollisuus tarjota asukkailleen oikeus valita palvelutuottaja ja samalla laajentaa tuottajakuntaa tarjoutuvilla yksityisillä palvelutuottajilla. Laajempina tavoitteina mainittiin asiakkaiden ja potilaiden aseman vahvistaminen, palvelujen saatavuuden ja laadun lisääminen sekä yhdenvertaisuusnäkökohdat. Laki sisältää mm. määräykset, joiden mukaan kunnan tai maakäräjien tulee ilmoittaa julkisesti avoimista valinnanvapausjärjestelmistä; hyväksyä ja tehdä sopimukset sellaisten tuottajien kanssa, jotka täyttävät ennalta määrätyt hyväksymiskriteerit; sekä soveltaa kaikkiin hyväksytyihin tuottajiin yhtenäisiä korvausmenettelyjä. Tuottajien välisen kilpailun odotetaan tällöin tapahtuvan pääsääntöisesti laadulla.

Tammikuussa 2010 valinnanvapausjärjestelmien käyttö säädettiin pakolliseksi maakäräjien järjestämässä perusterveydenhuollossa. Tämä tapahtui muuttamalla Ruotsin terveydenhuoltolakia, joka on maan terveydenhuollon rahoitusta, järjestämistä ja muita edellytyksiä säätelevä yleisluontoinen laki.¹⁷ Lain 5. §:ään tehdyn lisäyksen mukaan maakäräjien tulee järjestää perusterveydenhuolto siten, että kaikki maakäräjäalueen asukkaat voivat itse valita hoidon tuottajan ja kiinteän lääkärikontaktin.¹⁸ Maakäräjähallinto ei voi rajoittaa henkilön valintaa tiettyyn maantieteelliseen osaan alueestaan.

Maakäräjien tulee muodostaa valinnanvapausjärjestelmät siten, että kaikkia tuottajia kohdellaan samalla tavalla, jollei muuhun ole erityistä syytä. Maakäräjien maksaman korvauksen

valinnanvapausjärjestelmässä toimivalle tuottajalle tulee seurata potilaan valintaa. Maakäräjä-alueet voivat, mutta niiden ei ole pakko, soveltaa valinnanvapauslainsäädäntöä myös erikoissairaanhoidossa. Valinnanvapausjärjestelmien jatkokehitystä ja laajentamista erikoissairaanhoidon hoitoon on stimuloitu valtion taholta mm. korvamerkityin tukitoimin.

Kunnat taas voivat päättää, soveltavatko ne valinnanvapautta järjestämistä vastuullaan olevissa vanhusten palveluissa ja joissakin muissa sosiaalipalveluissa. Tavallisempaa kuitenkin on, että kunnat luovat asiakkailleen valinnanvaraa hankintamenettelyn tai erilaisten muiden menettelyjen pohjalta. Esimerkiksi henkilökohtaista avustajaa tarvitseva toimintarajoitteinen henkilö voi päättää itse tavan, jolla henkilökohtainen apu hänelle järjestetään. Hän voi valita toimivansa itse työnantajana ja palkata yhden tai useampia avustajia. Työnantajana toimimiseen liittyy ilmoitusvelvollisuus valvontaviranomaiselle. Palvelun voi myös hankkia yritykseltä tai yhteisöltä, jolla on sosiaalihuollon tai valvontaviranomaisen lupa harjoittaa avustajatoimintaa. Kolmantena vaihtoehtona on hankkia palvelu kunnallisena palveluna. Nn myös mahdollista yhdistää näitä eri vaihtoehtoja.¹⁹

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Vuoden 2015 alusta voimaan tullut potilaslaki laajensi valinnanvapauden koskemaan koko maata niin perusterveydenhuollon kuin avosairaanhoidon lääkäripalveluiden osalta.²⁰ Palveluita hakeva kansalainen voi siis valita itselleen sopivan palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta samalla, kun järjestämistä vastuussa olevalla kunnalla tai maakäräjillä on kokonaisvastuu toiminnasta ja siitä informoimisesta.

Järjestelmässä raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle. Kun potilas/asiakas tekee lopullisen hankintapäätöksen, hänen valtansa ajatellaan lisääntyvän suhteessa järjestäjätahoon ja tuottajakuntaan. Lainsäädäntö ei aseta esteitä uudelle valinnalle, vaan sen voi periaatteessa uusia milloin vain. Näin pyritään paitsi vahvistamaan yksittäisen potilaan asemaa myös luomaan mahdollisimman nopea palautemekanismi palvelujärjestelmän kehittämiseksi asiakaslähtöisesti.

Pitkälle viedyn valinnanvapauden toteutukseen yleisesti liitetty ongelma on palvelujen käyttäjien tiedonpuute tarjoutuvista palveluista ja niiden laadusta. Ruotsissa sekä valtio että kunnat ja maakäräjäalueet tuottavat kansalaisille suunnattua tietoa vaihtoehtoisista palveluista. Valinnanvapautta tukevista verkkopalveluista voi hakea vertailutietoa mm. vaihtoehtoisista hoitopaikoista ja niiden laadusta,²¹ jonoista ja odotusajoista²² sekä vanhuspalveluista.²³

Tuottajakunnan toimintaehdot

Valinnanvapausjärjestelmissä maakäräjähallinnon etukäteen määrittelemät korvaukset ovat kaikille tuottajille samasta palvelusta samansuuruiset. Näin tuottajien odotetaan kilpailevan ensisijaisesti palvelujen laadulla ja attraktiivisten tuottajien hyötyvän hyvästä laadusta taloudellisesti.

Uudistuksen toteuttamisen keskeiseksi käytännön kysymykseksi nousi aluksi tuottajien hyväksyminen kunkin järjestelmän piiriin maakäräjäalueen/kunnan ennalta määrittelemien yhtenäisin ehdoin. Neutraalien hyväksymiskriteerien määrittely ja uusien tuottajien jatkuva hyväksyminen olivat maakäräjille uusia, osaamista vaativia haasteita.

Palveluiden siirtämisestä valinnanvapausjärjestelmiin on nyt olemassa ohjeistuksia sekä kansallinen tietokanta, johon kuntien ja maakäräjien tulee ilmoittaa avoimet valinnanvapausjärjestelmät.²⁴ Internetsivua seuraamalla tuottajat voivat etsiä itselleen sopivia tehtäviä ja ilmoittautua ajankohtaiselle järjestäjätaholle. Tämä tarkistaa ja hyväksyy tuottajan, minkä jälkeen tehdään sopimus tuottajan liittymisestä tuottajakuntaan ja informoidaan asiakkaita/

potilaita. Vaikka perusterveydenhuollon tuottajalle saatetaan taata pieni minimikorvaus, tuottajan toiminta on taloudellisesti täysin riippuvaista siitä, että potilaat hakeutuvat vastaanotolle ja tuovat mukanaan järjestävän maakärjäalueen kanssa sovitun korvauksen.

Tuottajille maksettavat korvaukset ja korvauserusteet vaihtelevat maakärjäalueittain ja niistä käydään jatkuvasti niin teoreettista kuin käytäntöön suuntautuvaa keskustelua.^{25, 26} Luodakseen kannusteita ja parantaakseen korvausjärjestelmän ohjausvaikutuksia useat maakärjäalueet ovat ajan myötä kehittäneet ja muuttaneet korvauserusteitaan.²⁷ Kapitaatiopohjainen korvaus vastaa eri alueilla 45–86 prosenttia kokonaiskorvauksesta. Jotkut alueet modifioivat korvausta esimerkiksi potilaan iän ja etnisen taustan perusteella. Loput korvauksesta määräytyy suoritepohjaisesti (yleensä käyntien lukumäärästä) ja laatubonuksiin tai laatu vähennyksiin pohjautuen (2–5 % kokonaiskorvauksesta). Myös alueellisia lisiä sovelletaan joillain maakärjäalueilla etenkin harvaanasutuilla seuduilla.

Laadunvarmistus

Toiminnan laatu pyritään takaamaan tuottajiin sovellettavin hyväksymiskriteerein sekä järjestelmällisen seurannan ja tähän pohjautuvan taloudellisen ja muun ohjauksen avulla. Tuottajan, joka toimii valinnanvapausjärjestelmän piirissä, edellytetään toimittavan laajaa seuranta-tietoa järjestäjätaholle.

Sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa laatua käytetään myös pieneltä osin (max 5 %) korvauserusteena. Laatubonuksia voidaan maksaa jo pelkästään siitä, että tuottaja on mukana kansallisissa laaturekistereissä ja raportoi niihin tietojaan laatuvertailujen ja vertaiskehittämisen pohjaksi. Pitemmälle kehittyneissä malleissa laatubonuksen pohjana on hoitoprosessin laadukkuus tai mitatut hoitotulokset.

Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palveluiden laadun ja vaikuttavuuden vertailun kehittämiseksi. Vertailutietoa terveydenhuollon laadusta eri maakärjäalueilla ja sairaaloissa julkaistaan Ruotsin sosiaalihuollon ja Kunta- ja maakärjäliiton yhteistyönä laajasti ja läpinäkyvästi vuosittaisissa avoimissa vertailuissa, *Öppna jämförelser av vårdens kvalitet*. Ruotsin satakunta kansallista laaturekisteriä ja säännöllisesti toistuvat laajat kansalliset potilaskyselyt muodostavat kaksi keskeistä lähtökohtaa raportoinnille.²⁸ Laajassa Sveus-yhteistyöhankkeessa pyritään kehittämään terveydenhuollon seuranta- ja ohjausta ja lisäämään järjestelmän mitattavaa terveyshyötyä.²⁹

2.4 Englanti

Englannissa asiakkaan valinnanvapauden laajentaminen on ollut yksi keskeisistä hallituspuolueita yhdistävistä sosiaali- ja terveystaloudellisista linjauksista viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Uudistuksia on ohjannut voimakas halu taata valinnanvapaus tasapuolisesti koko väestölle. Julkiset palveluntuottajat toimivat aiempaa avoimemmassa palvelujärjestelmässä ja ovat tietoisempia kustannuksiin, tehokkuuteen, toiminnan tuloksiin sekä asiakaslähtöisyyteen liittyvistä tekijöistä. Valinnanvapauden laajentamisen myötä kansalaiset voivat hankkia palveluita eri julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta. Terveydenhuollossa valinnanvapauden liittyvät käytännöt ovat yhtenäisiä ja kaikkia palveluntuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatukriteerit. Sosiaalihuollossa valinnanvapaus on pitkälti toteutettu henkilökohtaisten budjettien avulla ja käytännöt ovat vaihtelevampia.

Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, *National Health Service (NHS)* kattaa koko väestön palvelut verorahoitteisesti ja palvelut ovat asiakkaille maksuttomia. Ylintä valtaa käyttää Ter-

veysministeriö. Sen alaisuudessa toimii kansallinen tilaajaorganisaatio NHS England sekä 209 alueellista tilaajaorganisaatiota (*Clinical Commissioning Groups*). Valinnanvapauteen liittyvät oikeudet on kirjattu osaksi NHS:n ”perustuslakijulistusta” (*NHS Constitution*). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltolakiä täsmentää asetus palveluiden hankinnoista, valinnanvapaudesta ja kilpailusta sekä kansallinen ohjeistus, joka selkeyttää mitä oikeudet kattavat.³⁰

Sosiaalihuollon järjestämisestä vastaa 152 paikallishallintoaluetta. Sosiaalipalvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin saattaa liittyä asiakkaan varallisuudesta riippuvia maksuja, joille on kuitenkin asetettu koko väestöä koskeva yläraja. Sosiaalihuollon valinnanvapaus on määritetty vuoden 2014 hoivalaissa sekä sitä täsmentävässä ohjeistuksessa.³¹

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Englannissa perusterveydenhuollon lääkärit (*GP*) toimivat portinvartijan roolissa suhteessa muihin palveluihin. Asiakkaat voivat valita lääkäriaseman ja siellä mahdollisuuksien mukaan lääkärin ja hoitajan. Lääkäriasema voi kieltäytyä uusista asiakkaista, jos se on julkisesti ilmoittanut, ettei se ota vastaan uusia asiakkaita tai jos asiakas ei asu sen maantieteellisellä alueella. Alueen ulkopuolisiin asiakkaisiin ei kohdistu kotikäynnin velvoitetta.³² Lääkärikeskusten rahoitus on kapitaatiopohjaista. Samalla on kannustettu hyviin käytäntöihin perustuvaan hoitoon ja hyväksymään listoille uusia asiakkaita. Jopa 25 prosenttia rahoituksesta voi olla sidottu vapaaehtoiseen laatuun ja toiminnan tuloksia mittaavaan viitekehukseen (*Quality and Outcomes Framework*³³). Alueellisten painopisteiden mukaan valinnanvapausoikeuksia voidaan laajentaa koskemaan myös muuta sairaalan ulkopuolista palveluntuotantoa, kuten terapiapalveluita tai kuulohuoltoa.

Sairaalahoidossa hoitopaikka määräytyy potilaan valitseman ensimmäiseen poliklinikakäynnin mukaan. Tämä pitää sisällään myös mielenterveyspalvelut sekä hoidosta vastaavan nimetyn ammattihenkilön johtaman tiimin valinnan. Valintaoikeudelle on rajoitteita, kuten aiemmin aloitettu hoito, eikä se esimerkiksi koske suljetulla osastolla hoidettavia potilaita. Potilas voi menettää valintaoikeutensa, jos hän esimerkiksi jättää saapumatta valitsemalleen poliklinikakäynnille. Potilaalla on oikeus valintaan myös myöhäisemmässä vaiheessa, mikäli hänelle ei voida tarjota hoitoa hoitotakuun sallimissa rajoissa. Lisäksi potilas voi valita, kuka tekee lähettävän lääkärin määräämät erityistutkimukset.

Äitiyshuollossa asiakkaalla on oikeus valita missä hän saa raskauden aikaiset sekä synnytyksen jälkeiset palvelut. Synnytyksen osalta äiti voi valita synnytyssairaalan, muun alueellisen kätilöjohtoisen hoitoyksikön tai kotisyntytyksen. Äitiyshuoltoa koskevat valinnat voidaan kuitenkin evätä akuutissa hoidontarpeessa tai jos ne eivät ole hyväksi äidille tai lapselle.³⁴

Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutuu palvelutarpeen arvioinnin jälkeen mahdollisesti myönnetyn henkilökohtaisten budjettien kautta. Tämä oikeus koskee myös omaishoitajia. Budjettien käyttöön liittyy kuitenkin rajoitteita, kuten se että niitä ei voi käyttää pitkäaikaiseen laitoshuoltoon.³⁵ Henkilökohtaisten budjettien kehittämishistoria on pitkä ja tänä päivänä niiden käyttö on todettu kustannustehokkaaksi järjestämismuodoksi myös terveydenhuollossa, erityisesti niiden asiakkaiden kohdalla, joilla on jatkuvia hoidon tarpeita.³⁶ Asiakas voi hallita henkilökohtaista budjettia usealla eri tavalla. Lisäksi kriteerit täyttävillä asiakkailla on oikeus pyytää tiettytyypistä asumispalvelua, joka paikallisviranomaisen tulee järjestää. Asiakas voi kuitenkin joutua maksamaan erotuksen, jos hän valitsee kalliimman palveluntuottajan kuin mitä paikallisviranomaisen kriteerit sallivat.³⁷

Ammattilaisilla on lainsäädännön mukaan velvoite kertoa asiakkaille valinnanvapaudesta ja tukea heitä valintojen tekemisessä. Valinnanvapauteen liittyvä oikeus valittaa, jos asiakas kokee tullessa kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti. Valintojen tekeminen on vapaaehtoista, ja

esimerkiksi sosiaalihuollossa asiakkaan kieltäytyessä henkilökohtaisesta budjetista paikallisviranomaiselle jää palvelun järjestämisvastuu.

Keskeisin haaste Englannissa on ollut se, että kaikille valintoihin oikeutetuille tarjotaan tätä myös todellisuudessa. Siksi tänä päivänä huomio on kiinnittynyt jaettuun päätöksentekoon, jolla viitataan asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisiin keskusteluihin, jotka johtavat valintaan. Ne tukevat myös niiden asiakkaiden valintoja, jotka eivät ole halukkaita tai kykeneviä tekemään päätöksiä itsenäisesti.

Tuottajakunnan toimintaehdot

Sosiaali- ja terveydenhuollon markkinoiden avaaminen eri sektorien toimijoille on edellyttänyt kilpailuneutraliteetin ja muiden pelisääntöjen kehittämistä sekä niiden toteutumisen seuranta. Sosiaalihuollossa valinnanvapauden kautta on pyritty purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasemaa. Terveydenhuollossa asiakkaat ovat vahvasti suosineet julkisia lähituottajia ja muutokset tuottajakunnan rakenteessa ovat olleet hyvin maltillisia.

Terveydenhuollossa tuottajien välinen kilpailu voi liittyä joko asiakkaan tekemään valintaan tai kilpailuun palvelusopimuksista. Asiakkaan valinnanvapautta pyritään aina ensisijaisesti tukemaan. Valinnanvapaudesta voidaan poiketa, jos se on asiakkaan etujen mukaista, kuten silloin kun monisairaalan potilaan hoito vaatii organisaatioiden välistä yhteistyötä. Lähetteen saanut asiakas voi valita palvelutuottajan julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli palveluntuottaja täyttää toimijoilta vaaditut laadulliset ja toiminnalliset rekisteröitymiskriteerit ja hyväksyy NHS:n asettaman korvaustason suuruuden.³⁸

Terveydenhuollossa palvelusta saatu korvaus on kaikille palveluntuottajille sama ja kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin. Palveluntuottajat eivät voi kohdistaa ylimääräisiä kustannuksia asiakkaalle. Tällä on turvattu se, että koko väestöllä on lähtökohtaisesti mahdollisuus hyödyntää valinnanvapauteen liittyviä oikeuksia. Käytäntö perustuu 1990-luvun kokemuksiin, jolloin huomattiin hintakilpailun vahingollinen vaikutus hoidon laatuun ympäristössä, jossa valvonta oli kehittymätöntä ja laadusta oli vähän tietoa.³⁹ Viimeisen kahdenkymmen vuoden ajan korvauskäytäntöjä on jatkuvasti kehitetty erityisesti lisäämällä maksuluokkiin kohdistuvaa alueellista joustavuutta sekä hyödyntämällä niiden käyttöä kannusteena. Nykyisin kansallinen maksujärjestelmäsystemi kattaa noin 64 prosenttia NHS:n rahoituksesta. Tästä 43 prosenttia suuntautuu kansallisesti hinnoiteltuihin palveluihin, kuten sairaalahoitoon ja 57 prosenttia alueellisesti hinnoiteltuihin palveluihin, kuten perusterveydenhuollon oheispalveluihin tai mielenterveyspalveluihin.

NHS England päättää vuosittain, mitä palveluja maksujärjestelmä koskee ja tämän jälkeen *Monitor* asettaa korvaustasojen suuruuden.⁴⁰ Sosiaalihuollossa henkilökohtaisen budjetin määrä tulee olla yhtä suuri kuin mitä kyseisen palvelun tulisi kohtuuhintaisena maksaa,⁴¹ mutta käytännöt eivät ole niin yhtenäisiä kuin NHS:llä.

Laadunvarmistus

Kansallisen tilaajajärjestön toiminta perustuu vuosittain hallitukselta saatuun ”mandaattiin”, jossa määritellään toiminnan tavoitteet ja joiden toteutumista seurataan tuloksellisuus- ja terveyshyötymittareilla (*Outcomes Framework*). Lisäksi valvontaviranomaisilla on merkittävä rooli palveluntuottajien hyväksymismenettelyissä sekä yhteisten pelisääntöjen ja standardien kehittämisessä ja niiden toteutumisen valvonnassa. *Monitor* vastaa NHS:n rahoittamien tuottajien toiminnallisesta lisensoinnista. Tämän lisäksi se kehittää markkinoihin liittyvää, yhteisiä pelisääntöjä selkeyttävää ohjeistusta, valvoo asiakkaan edun toteutumista sekä vastaa toiminnan jatkuvuudesta, jos tuottaja ajautuu toiminnallisiin vaikeuksiin.

Palveluntuottajien laatu- ja potilasturvallisuuden rekisteröinnistä myös sosiaalihuollon osalta vastaa *Care Quality Commission (CQC)*. Se huolehtii, että valinnat voivat kohdistua vain asiakkaalle turvallisiin palveluntuottajiin. Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajat kattava vertailutieto on avoimesti saatavilla *NHS Choices* -sivustolta. Palveluntuottajille ei ole annettu mahdollisuutta olla vastaamatta valinnanvapauden ja siihen liittyvän toiminnan avoimuuden vaatimuksiin. Esimerkiksi tuottajien on esitettävä näkyvästi valvontaviranomaiselta saatu laatuokitus⁴² ja julkaistava vuosittainen toiminnan sisältöä ja tuloksia kuvaava laatutilinpäätös. Laatutilinpäätökset muodostavat osan avoimesta, kaikki toimijat kattavasta vertailutiedosta.

2.5 Portugali

Portugalin terveydenhuolto sisältää kolme rinnakkaista ja osittain päällekkäistä järjestelmää: 1) julkinen, verovaroin rahoitettu, potilaalle kokonaan tai osittain maksuton ja kaikille avoin terveydenhuolto, *National Health System* -järjestelmä, joka vastaa Ison-Britannian NHS-järjestelmää, 2) valtion maksamat vakuutukset tai palvelut joillekin viranhaltijaryhmille sekä joidenkin yritysten työntekijöiden vakuutukset, jotka kattavat 25 prosenttia väestöstä ja 3) yksityinen vapaaehtoinen vakuutus, jollainen on noin 20 prosentilla väestöstä. Mahdollisuus valita palvelujen tuottajia riippuu paljolti järjestelmästä.

Julkisen terveydenhuollon osuus valtion budjetista on ollut 13 prosenttia ja järjestelmän rahoitus on viime vuosina ollut alijäämäinen⁴³. Taloudellisen kriisin vuoksi Portugalille määrätty tiukat säästövaatimukset ovat kuristaneet myös terveydenhuoltoa.

Terveysministeriö vastaa viime kädessä järjestelmän suunnittelusta ja julkisten sairaaloiden valtionrahoituksesta. Julkisen terveydenhuollon järjestämisvastuu perustason palveluissa valtionrahoituksineen on hajautettu viidelle alueelle. Alueellinen terveyshuollon hallinto (*Regional Health Administration Board*) vastaa ministeriölle (ei vaalein valituille edustajille), sovitujen tavoitteiden saavuttamisesta, perustason terveyspalvelujen tuottamisesta, täydentävistä sopimuksista yksityisten yleis- ja erikoislääkäreiden kanssa ja toiminnan valvonnasta. Kuntien (n. 308 kpl) tehtävä terveydenhuollossa on lähinnä terveyden edistäminen.

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Potilaan oikeudesta valita terveyspalvelut ja niiden tarjoaja vallitsevien voimavarojen puitteissa säädetään laissa (Laki 15/2014). Potilaan valinnanvapauden ulottuvuus riippuu siitä, kuuluuko hän julkisen järjestelmän piiriin (NHS) vai onko hänellä yksityinen vakuutus vai kuuluuko hän ammattikunta- tai työpaikkakohtaisen vakuutuksen piiriin. Julkisessa terveydenhuollossa potilas voi valita asuinkuntansa alueella toimivan yleislääkärin, omalääkärin, joka työskentelee alueen terveyskeskuksessa julkisessa virassa tai yksityisen yleislääkärin, jolla on sopimus julkisen terveydenhuollon kanssa. Henkilön pitää listautua valitsemalleen lääkärille. Käytännössä kaikki eivät ole rekisteröityneet johtuen yleislääkäreiden vähyydestä erityisesti sisämaassa. Tämän vuoksi osa väestöstä jää terveyspalveluiden ja myös valinnanvapauden ulkopuolelle. Henkilöllä on oikeus vaihtaa julkisessa terveydenhuollossa (NHS) valitsemaansa omalääkäriä edellyttäen, että hän hakee vaihtoa kirjallisesti alueen terveyshallinnolta selittäen vaihdon syyt.

Julkisen terveydenhuollon erikoislääkärin vastaanotolle pääsy edellyttää lähetettä yleislääkäriltä ja jonot ovat pitkiä. Myös sairaalaan pääsyyn täytyy saada lääkärin lähete lukuun ottamatta päivystystä, joka on usein ruuhkautunut. Julkisessa terveydenhuollossa potilas ei voi valita sairaalaa. Hän voi kuitenkin hakeutua yksityissairaalaan julkisin varoin ministeriön luvalla, jos julkiseen sairaalaan pääsyä joutuu odottamaan yli kolme kuukautta.

Valinnan mahdollisuuksien lisäämiseksi otettiin vuonna 2008 käyttöön palveluseteli hammasoidossa, jossa julkisia palveluja on tarjolla vähän. Seteleitä saavat vain odottavat äidit ja ikäihmiset. Järjestelmä laajennettiin myöhemmin lapsiin, mutta tällöin palvelusetelin saannin edellytyksenä on yleislääkärin lähete.

Ammattikunta- tai työpaikkakohtaisen vakuutuksen piiriin kuuluvat sekä yksityisen terveysvakuutuksen omaavat voivat yleensä hakeutua suoraan yksityisiin sairaaloihin tai vakuutusenantajan hyväksymien erikoislääkäreiden vastaanotolle.

Alueiden terveydenhuollolla tai valvontaviranomaisilla ei ole lakisääteistä velvollisuutta jakaa tietoa asukkaille palveluista ja niiden tarjoajista. Ne välittävät kuitenkin jonkin verran tietoa palvelujen tuottajista ja palveluista sekä raportteja palveluiden laadusta. Terveysministeriöllä on verkkosivusto, jossa on tietoa julkisten ja yksityisten sairaaloiden laadusta, kuten kliinisestä tasosta, potilasturvallisuudesta, sairaalan hoitovalmiuksista, potilaskeskeisyydestä ja potilastyytyväisyydestä. Tiedot saadaan palvelujen tuottajilta, jotka toimittavat ne alueiden terveyshallinnolle. Julkisella terveydenhuollolla (NHS) on puhelinpalvelu ja myös potilasjärjestöt välittävät tietoa ja opastavat potilaita.⁴⁴

Tuottajakunnan toimintaehdot

Julkisessa terveydenhuollossa potilas maksaa osan kuluista toimenpidekohtaisina käyttäjämaksuina. Ne ovat suurimpia lääkkeissä ja huomattavia myös päivystyskäynneissä sekä yleis- ja erikoislääkärikäynneissä ollen Euroopan korkeimpien joukossa. Lapset ja odottavat äidit ja vähävaraiset on vapautettu maksuista. Julkisten sairaaloiden osastoilla ei peritä käyttäjämaksua muutoin kuin yksityispotilailta, jotka maksavat täyden maksun.⁴⁵ Suurin osa perustason palveluista annetaan terveyskeskuksissa, joissa henkilöstö on julkisen sektorin palveluksessa. Tätä täydentävät yksityiset yleis- ja erikoislääkärit, joiden kanssa alueellinen virasto solmii sopimuksen ja jotka toimivat yksilö- tai ryhmävastaanoitoilla ja tekevät yhteistyötä terveyskeskusten kanssa (10–15 % palveluista).

Jotkin ammattiryhmät ja työntekijät kuuluvat pakollisesti julkisen tai yksityisen vakuutuksen piiriin (ns. alajärjestelmät). Julkiset vakuutukset rahoitetaan kokonaan valtion varoista ja ne kattavat osan julkisen sektorin työntekijöistä kuten ADSE-vakuutus, johon kuuluu 1,3 miljoonaa keskus-, alue- ja paikallishallinnon työntekijää. Joillakin yrityksillä on työnantajan tai työntekijän tai molempien rahoittama vakuutus, joka kattaa julkisten palvelujen käyttäjämaksut tai tarjoaa yksityisiä terveyspalveluja neuvoteltujen sopimusten mukaan tai korvaa kulut jälkikäteen. Täysin yksityisillä markkinoilla toimivat lääkäri- ja sairaalapalvelut potilas maksaa täysimääräisinä itse, ellei hänellä ole itse ottamaansa yksityistä vakuutusta.

Portugalissa myös kolmannen sektorin toimijat ovat merkittäviä terveyspalvelujen tarjoajia. Monilla on taustansa katolisessa kirkossa (*“Misericórdias”*). Ne hoitavat paitsi välitöntä hoitoa tarvitsevia huono-osaisia myös kroonisesti sairaita.⁴⁶

Sosiaalihuollosta vastaa Solidaarisuus- ja sosiaaliturvaministeriö. Sosiaalipalveluja tuottavat perheiden lisäksi pääasiassa kolmannen sektorin toimijat paikallishallinnon roolin rajoituessa yksittäisiin hankkeisiin. Merkittävin monipuolisten sosiaalipalvelujen tarjoaja on voittoa tavoittelematon kattojärjestö IPSS – *Instituições Particulares de Solidariedade Social*.^{47, 48} Sen statuksen saatuaan järjestö voi päästä tuottamaan palveluja myös julkisella rahoituksella. Vuoden 2014 laki rajoittaa voittoa tavoittelevien yritysten roolia julkisten palvelujen tuottajana.⁴⁹ Yritysten täytyy saada toimintalupa Sosiaaliturvalaitokselta ja täyttää sertifiointin vaatimukset. Ne voivat saada sopimuksen julkisten palvelujen tuottajina, jolloin valtio maksaa osan palvelujen kustannuksista ja asiakas loppuosan. Viime aikoina on kehitetty myös integroitua palveluja pitkäaikaishoitoon eri tahojen yhteistyönä.

Laadunvarmistus

Terveysministeriöllä on päävastuu julkisesta terveydenhuollosta, jota se valvoo ja jonka toimintaa se suunnittelee, ohjaa ja säätelee. Ministeriölle kuuluu myös yksityisten palvelujen sääntely, valvonta ja auditointi. Ministeriö julkaisi laadun varmistamisen strategian vuonna 2009. Muita valvontaan ja ohjeistukseen osallistuvia laitoksia ovat terveydenhuollon ylin viranomainen (*High Commissariat for Health*), ERS - palvelujen tuottajien valvontavirasto, Lääkintöhallitus (*General Directorate of Health*) ja Terveydenhuollon laadun ja hallinnon laitos (*Institute for Health Quality and the Central Administration of the Health System*). Lääkintöhallitus on vuonna 2012 antanut ohjeita ja normeja julkisen terveydenhuollon lääkäreille hoidon tasalaatuisuuden varmistamiseksi.⁵⁰

2.6 Ranska

Ranskan järjestelmä perustuu lakisääteiseen sairausvakuutukseen, joka kattaa lähes 100 prosenttia maan väestöstä. Lakisääteistä sairausvakuutusta on mahdollista täydentää yksityisellä vakuutuksella, joka kattaa lakisääteisen vakuutuksen ulkopuolelle jäävän omavastuuosuuden.

Vastuu terveystaloudelta ja toiminnan sääntelystä sekä terveydenhuoltojärjestelmästä kuuluu osaltaan valtiolle ja vakuutusjärjestelmälle sekä vähemmässä määrin kunnille. Tuottajakunta muodostuu julkisista sairaaloista, voittoa tuottavista yksityisistä sekä yleishyödyllisistä yksityisistä sairaaloista ja yksityisten ammatinharjoittajien vastaanotoista.⁵¹

Valinnanvapaus määrittää keskeisesti Ranskan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää, ja sillä on pitkä historia Ranskan terveydenhuollossa. *La médecine liberale* -periaatteet ovat saaneet alkunsa 1928, jolloin päätettiin, että lääkäreillä tulisi olla vapaus harjoittaa lääketiedettä suoriteperusteisesti, potilailla tulisi olla vapaus valita lääkäriänsä ja myös lääkäreillä potilaansa.

Palveluiden kustannukset potilaille korvataan pakollisen vakuutuksen kautta. Käytännössä ranskalaiset maksavat terveydenhuollon vastaanottokäynnin kokonaan itse ja saavat 70–80 prosentin maksuhyvityksen pakollista vakuutusta hallinnoivalta vakuutusyhtiöltä. Pakollisen vakuutuksen ulkopuolelle jäävät kulut on mahdollista kattaa yksityisellä, lakisääteistä vakuutusta täydentävällä vakuutuksella.

Tuottajakunnan toimintaehdot

Tuottajakunta koostuu sekä julkisista että yksityisistä palveluntuottajista, joiden sisällä toimivat ammattilaiset ovat isolta osin yksityisiä ammatinharjoittajia. Avosairaanhoidon palveluntarjoajista suurin osa on yksityisiä. Sairaalatasoista hoitoa tuottaa sekä yksityiset, julkiset ja voittoa tavoittelemattomat organisaatiot. Yli puolet terveydenhuollon palveluiden ammattilaisista koostuu yksityisistä ammatinharjoittajista (esimerkiksi perusterveydenhuollon yleislääkäreistä 59 prosenttia on yksityisiä palvelunharjoittajia ja avohuollon lääkäreistä 63 prosenttia). Ollakseen pakollisen terveystalouden korvauksen piirissä, yksityisten palveluntuottajien tulee tehdä sopimus vakuutusinstituution (paikallisen terveystalouden) kanssa.⁵²

Markkinoiden säätelyn keskeisin mekanismi on sopimukset operaatioiden ja palvelutapahtumien hinnoista. Tietyillä avohuollon erikoisalojen lääkäreillä on sopimuksen mukaisesti mahdollisuus laskuttaa asiakkaalta enemmän kuin erikoislääkärin palvelun hinnaksi on sovittu. Vuonna 2013 voimaan tullella sopimuksella on asetettu raja sille, kuinka paljon asiantuntijat voivat laskuttaa asiakkailtaan. Lisäksi Ranskan järjestelmässä on kokeiltu suoriteperustaisen laskutuksen ohella hoitotuloksiin pohjautuvaa palkkiojärjestelmää. Esimerkiksi pitkäaikaisai-

raiden potilaiden kohdalla lääkäreillä on mahdollisuus saada bonuksia onnistuneista hoitotuloksista.⁵³

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Valinnanvapautta sovelletaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, ja valinnanvapaus koskee sekä palvelunharjoittajan (kuten lääkäri) että palveluita tuottavan organisaation valintaa.⁵⁴ Potilas voi vapaasti hakeutua valitsemansa yleis- tai erikoislääkärin vastaanotolle tai sairaalaan, ja erikoislääkärin palveluihin ja sairaalahoitoon pääsee ilman lähetettä. Laissa määritetään myös oikeus toiseen mielipiteeseen, eli potilaalla on oikeus saada toisen palvelunharjoittajan tai tuottajan näkemys omasta sairaudestaan tai hoidostaan.⁵⁵

Vuonna 2004 toteutetussa uudistuksessa järjestelmään lisättiin vapaaehtoisuuteen perustuva médecin referent -lähetejärjestelmä, jossa potilas voi rekisteröityä itse valitsemalleen lääkärille, jonka puoleen hänen tulee kääntyä ensisijaisesti terveyspalveluja tarvitessaan. Lääkäri, jolle potilas on rekisteröitynyt, voi lähettää potilaan edelleen toiselle lääkärille tai sairaalaan. Rekisteröinti ei ole kuitenkaan sitova, joten potilas voi rekisteröinnistä huolimatta hakeutua ilman lähetettä toisen lääkärin palveluihin. Tällöin häneltä kuitenkin peritään korkeampi palvelumaksu. Rekisteröintimenettelyssä potilas tavallisesti rekisteröityy yleislääkärille, mutta hän voi rekisteröityä myös mille tahansa erikoislääkärille yksityisellä tai julkisella sektorilla.

Ranskassa ei ole käytössä järjestelmää, jossa kerättäisiin systemaattisesti tietoa terveyspalvelujen vaihtoehtoisista tarjoajista. Valinnanvapautta tukevaa tietoa palveluiden laadusta kuitenkin kerätään ja siitä on säädetty vuonna 2002 potilaan oikeuksia koskevalla lailla. Terveysministeriöllä on verkkosivusto, jossa on tietoa julkisten ja yksityisten sairaaloiden laadusta, kuten kliinisestä tasosta, potilasturvallisuudesta, sairaalan hoitovalmiuksista, potilaskeskeytyksestä ja potilastyytyväisyydestä. Tiedot saadaan palvelujen tuottajilta, jotka toimittavat ne alueiden terveyshallinnolle. Akkreditoinnista vastaava elin *Haute Autorité de Santé* julkaisee indikaattoritietoa verkkosivuillaan (www.scopesante.fr). Lisäksi potilasjärjestöt koostavat ja julkaisevat tietoa palvelujen laadusta (www.leciss.org). Media julkaisee vuosittain tähtiluokituksen julkisista ja yksityisistä sairaalapalveluista (<http://hopitaux.lepoint.fr>).

Laadunvarmistus

Itsenäisten ammatinharjoittajien sertifiointista vastaavat itsenäiset kansallisen terveysviranomaisen hyväksymät tahot. Itsenäisten ammatinharjoittajien osalta järjestelmään ei liity pakollista uudelleen sertifiointia tai lisensointia. Sen sijaan ammatinharjoittajilta edellytetään jatkuvaa kouluttautumista ja kehittymistä, jonka toteutumista arvioidaan neljän tai viiden vuoden välein. Sairaalat sen sijaan akkreditoidaan joka neljäs vuosi ja kyseisen prosessin yhteydessä voidaan myös toteuttaa henkilökunnan akkreditointi.⁵⁶

Muita huomioita

Ranskan liberaalin palvelujärjestelmän on katsottu nostaneen järjestelmän kokonaiskustannuksia ja samalla johtaneen melko heikkoon palveluiden integraatioon, vaikka järjestelmä on kokonaisuutena pärjännyt erinomaisesti kansainvälisissä vertailuissa. Mainittuja haasteita on pyritty ratkaisemaan lainsäädäntöhankkeilla vuodesta 2004 lähtien. Vuonna 2010 toimintansa aloittivat alueelliset terveystoimijat (ARS), joiden tehtävänä on hoidon vahvempi koordinaatio, resurssien järkevämpi allokointi sekä tasavertaisempi hoidon saatavuus. Valinnanvapauden toteutumisessa on ollut myös saatavuuteen liittyviä ongelmia, sillä lääkäriyövoiman keskittyminen asutuskeskuksiin rajaa harvaan asuttujen alueiden asukkaiden mahdollisuutta valita oma

palvelutuottajansa. Ranskassa yleislääkäreillä on hyvin itsenäinen rooli palveluiden tuottajina myös sen suhteen, missä he haluavat palveluitaan tarjota.

2.7 Saksa

Saksan terveydenhuolto pohjautuu sosiaalivakuutukseen, joka perustuu hoidontarpeen erilaisiin riskeihin, varojen yhdistämiseen ja sitä kautta kustannusten tasaukseen.⁵⁷ Yhtenä päämääränä on väestön yhtäläinen palvelujen saatavuus. Jokaisella kansalaisella on oltava joko lakisääteinen, julkinen vakuutus, joka kattaa tällä hetkellä noin 85 prosenttia väestöstä tai yksityinen vakuutus. Jälkimmäisiä on noin 11 prosenttia väestöstä.

Yksityinen vakuutus kattaa enemmän palveluja kuin julkinen. Edellytyksenä on, että kuuluu julkisen sektorin henkilöstöön, ansaitsee hyvin ja on itsenäinen yrittäjä. Jakoa julkiseen ja yksityiseen vakuutukseen pidetään yleisesti eriarvoistavana ja mittavana muutoshasteena.⁵⁸

Julkisia vakuutusrahastoja on 132 ja ne keräävät jäseniltään vakuutusmaksut kansalliseen rahastoon. Julkinen järjestelmä kattaa eurooppalaisittain huomattavan laajan kirjon palveluja ja suurimman osan kuluista, jolloin potilaalle jää maksettavaksi vain pienehkö osa. Rahastot maksavat terveyspalvelujen tuottajille ja suurimpina kuluerinä ovat sairaalat ja perustason palvelut.

Rahastojen on turvattava kaikille vähintään lakimääräiset palvelut, ja niiden tekemien riskimäärittelyjen on perustuttava lakiin eivätkä ne saa valita vakuutettujaan. Vakuutusmaksut on määritelty kansallisesti ja ne riippuvat tuloista. Perustason palvelujen tuottajina ovat pääasiassa yksityiset voittoa tavoittelevat yritykset ja ammattihenkilöt. Julkiset rahastot maksavat palveluista ammattikunnittain etukäteen määrättyjen maksutaulukoiden perusteella. Sairaalat ovat toimineet varsin erillään peruspalveluista, mikä on koettu ongelmalliseksi. Sairaalat saavat nykyisin tarjota myös avopalveluita ja osallistua integroitujen palveluiden tarjontaan.

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Vuodesta 1996 alkaen vakuutetut ovat voineet valita, mihin julkiseen vakuutusrahastoon haluavat kuulua. Rahastoa on myös melko yksinkertaista halutessaan vaihtaa.

Potilaalla on lakisääteinen oikeus valita palvelun tuottaja. Julkisessa vakuutusjärjestelmässä tämä koskee vain järjestelmän akkreditoimia lääkäreitä ja sopimussairaaloita, joita tosin on 98 prosenttia perustason lääkäreistä ja 99 prosenttia sairaalapaikoista. Potilas voi valita yleislääkärin ja myös psykoterapeutin, hammaslääkärin ja farmaseutin sekä ensiapuyksikön, kun useihin muihin korvattaviin palveluihin edellytetään lääkärin lähete.

Omalääkäriä voi vaihtaa enintään kerran kolmessa kuukaudessa. Koska omalääkäri (yleislääkäri) ei toimi portinvartijana erikoislääkärille ja lähetettä sairaalaan ei tarvita, monet potilaat valitsevatkin suoraan erikoislääkärin (jolla on vastaanotto muualla kuin sairaalassa). Tätä on pyritty vähentämään mm. edellyttämällä, että vakuutusrahastot tarjoavat perhelääkärivaihtoehtoa, jossa voi saada etuja pitäytymällä lähetejärjestelmässä erikoislääkäripalveluihin.

Viime aikoina sekä Saksassa että Alankomaissa on haluttu lisätä asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja valinnan mahdollisuutta pitkäaikaishoidossa ottamalla käyttöön ns. henkilökohtaiset budjetit.

Yksityisen vakuutuksen hankkineet vakuutetut voivat valita periaatteessa haluamansa palvelutuottajan.

Saksassa ei ole keskitettyä virallista tahoja tai järjestelmää, josta asukas saisi tietoa palveluista ja niiden tarjoajista. Sen sijaan mm. vakuutusrahastot, ammattikunnat, palvelutuottajien

liitot ja potilasjärjestöt tarjoavat runsaasti tietoa. Verkkosivustot, kuten Saksan sairaalahakemisto tai yksittäisten vakuutusrahastojen sivustot, tarjoavat tietoa potilaalle sopivan palvelun ja palvelutarjoajan valitsemiseksi. Yksityinen, ei-voittoa tavoitteleva Bertelsmann Säätiö on kehittänyt yhdessä keskeisten potilas- ja kuluttajajärjestöjen kanssa terveystalvelujen tuottajien hakukoneen, jossa on potilailta saatua kokemustietoa.

Kansalaisten neuvontatoimistot, joita on eri osavaltioissa, arvioivat terveystalvelujen laatua ja kustannuksia. Sairaaloiden on lain mukaan julkistettava laatukatsaukset joka toinen vuosi. Niissä on käytettävä 27 indikaattoria osana Bonus ja laatujärjestelmää. Vuonna 2014 perustetun Laadunvarmistus ja -läpinäkyvyys -laitoksen on myös julkaistava laatu tuloksia yleisölle ymmärrettävällä tavalla. Myös sairaaloiden laadusta ja sen vertailusta on tietoa verkossa. Pitkäaikaishoidon tarjoajista on laadittu luokitusjärjestelmä.

Sosiaalipalvelut

Pitkäaikaishoidon vakuutus on pakollinen kaikille työssäkäyville henkilöille ja kohdistuu palvelutarpeeseen ikäihmisillä ja työikäisillä vammaisilla.⁵⁹ Se ei kata kaikkia palvelulajeja siinä määrin kuin julkinen terveystalvelu, mutta sisältää perustalvelut. Yksilöiden edellytetään kustantavan itse osan kuluista tai hakevan rahallista, tarveperustaista sosiaalietuutta. Noin yhdeksän miljoonaa hyvätuloista saksalaista on oikeutettu valitsemaan julkisen sijasta yksityisen pitkäaikaishoidon vakuutuksen.

Sosiaalipalvelujen tarve pitkäaikaishoitoa tarvitsevilla arvioidaan sen pohjalta, kuinka usein henkilökohtaisia palveluja ja kotipalveluja tarvitaan ja missä määrin epävirallisia palveluja (mm. omaiset) on saatavilla. Asiakas voi saada rahallista tukea, jolla maksaa omaisille tai yksityiselle tai julkiselle palveluntarjoajalle hoidosta, tai voi kustantaa muutokset asuntonsa esteettömyydeksi. Asiakas voi myös valita määrättyjä palveluja vakuutusrahaston kanssa sopimuksen tehneeltä tuottajalta. On myös mahdollista valita näiden yhdistelmä. Rahallinen vaihtoehto on huomattavasti pienempi kuin palveluvaihtoehto. Järjestelmä ei kata laitushoitoa.

2.8 Alankomaat

Alankomaissa valinnanvapaus on keskeinen terveystalveluiden toteuttamisen päämäärä.⁶⁰ Maassa on sairausvakuutus pohjainen järjestelmä, jossa on kahdentyyppisiä vakuutuksia, ja palveluiden käyttäjä voi valita sekä vakuuttajansa että vakuutuspaketinsä. Vakuutuksenottaja voi valita vakuutuksen, jossa hän voi käyttää vain vakuutuksenantajan listaamien palveluntuottajien palveluja ja jossa tästä aiheutuvat kulut korvataan täysimääräisesti. Vaihtoehtoisessa järjestelmässä potilas voi valita palveluntuottajan vapaasti, mutta vakuutus korvaa hoidosta aiheutuvat kulut vain enimmäismäärään saakka potilaan vastatessa kuluista enimmäiskorvauksen yli meneviltä osin.

Potilaan/asiakkaan oikeudet

Vakuutusyhtiöt tarjoavat asiakkaille erilaisia vakuutusohjelmia, ja asiakkaat voivat valita omien preferenssiensä kannalta itselleen sopivan vakuuttajan ja ohjelman. 88 prosenttia markkinoista on neljän suurimman vakuutusyhtiön hallinnassa.⁶¹

Asiakas voi valita ohjelman, jossa hän voi valita palveluiden tuottajista vapaammin, mutta joutua tällöin maksamaan isomman omavastuusuuden palvelun kustannuksesta. Asiakas voi toisaalta valita ohjelman, jossa omavastuumaksua ei ole, mutta valinnanvapaus palveluiden tuottajista on suppeampi. Jokaisella tulee kuitenkin olla vakuutusyhtiö. Usein työnantaja

vaikuttaa paljon vakuutusyhtiöön, sillä työntekijät voivat liittyä työyhteisön kautta tiettyyn vakuutusohjelmaan. Vakuutusyhtiö ei voi hinnoitella palveluitaan käyttäjäkohtaisesti esimerkiksi iän perusteella. Kansalaiset voivat vaihtaa vakuutusyhtiötä kerran vuodessa, kalenterivuoden alkaessa.

Sairausvakuutusta koskevan lain 13. §:ssä kuitenkin säädetään, että silloin kun potilaan vakuutus on *in kind* -tyyppinen, eli kun hän on lähtökohtaisesti sidottu vakuutuksenantajan listaamiin palveluntuottajiin, hän voi silti valita myös listan ulkopuolisen palveluntuottajan. Vakuutuksenantaja voi tällöin määrittää suorittamiensa korvausten enimmäismäärän. Oikeuskäytännössä on linjattu, että korvausten enimmäismäärän tulee olla niin korkea, että valinnanvapauden käyttäminen on tosiasiallisesti mahdollista.

Pitkäaikaishoidossa potilas voi valita joko *in kind* -tyyppisen järjestelmän, jossa hän saa palvelut maksutta vakuutuksenantajan listaamilta palveluntuottajilta, tai vaihtoehtoisesti henkilökohtaisen budjetin palvelujen hankkimiseen.

Tuottajakunnan toimintaehdot

Alankomaissa vakuutusyhtiöt neuvottelevat palveluiden tuottajien kanssa palveluiden määrästä ja hinnasta yrittäen hankkia asiakkailleen hinta-laatusuhteeltaan mahdollisimman hyviä palveluita. Vakuutusyhtiöt kilpailevat asiakkaista, ja laaja asiakaskunta on luonnollisesti neuvotteluvaltti palveluiden tuottajien kanssa, mikä saattaa näkyä palveluiden yksikköhinnoissa.

Perusterveydenhuolto on järjestetty pohjautuen yleislääkäreiden ammatinharjoittajamalliin. Vuonna 2013 Alankomaissa oli yli 40 000 järjestelmään rekisteröitynyttä lääkäriä, joista 36 prosenttia työskenteli 3–7 hengen yksiköissä ja 38 prosenttia kahden lääkärin vastaanottona omina ammatinharjoittajinaan. Ainoastaan 11 prosenttia lääkäreistä työskentelee jonkun muun omistamassa yksikössä.⁶²

Vuonna 2015 Alankomaissa on otettu käyttöön uusi perusterveydenhuollon rahoitusmalli, joka koostuu potilaskohtaisesta maksusta ja konsultaatiomaksusta. Alankomaiden terveysviranomaisen (*Nederlandse Zorgautoreiteit*) määrittää vuosittain korvauksen suuruuden. Tämä kattaa 75 prosenttia perusterveydenhuollon kustannuksista. Lisäksi perusterveydenhuollon yksiköt voivat neuvotella kroonisten sairauksien hoitoon varatuista rahoista, jotka kattavat 15 prosenttia kokonaiskustannuksista. Lisäksi 10 prosenttia kustannuksista kohdennetaan neuvottelujen ja sopimusten kautta innovatiivisiin tuotantotapoihin.⁶³

Alankomaiden mallissa perusterveydenhuolto ja sen lääkärit toimivat portinvartioina erikoissairaanhoidon. Vakuutuskorvauksen piirissä olevissa palveluissa, erikoislääkärin vastaanotolle pääsee ainoastaan läheteellä.⁶⁴ Sairaalahoidon pääsyssä on siis kaksi reittiä: kiireettömissä tapauksissa perusterveydenhuollosta saadulla läheteellä tai kiireellisissä tapauksissa ensiavun kautta.

Laadunvarmistus

Terveydenhuollon ostamista säädelään vakuutusta koskevalla lainsäädännöllä, jonka tehtävänä on taata läpinäkyvä ja yhtenäinen hinnoittelu sekä mahdollisuus tehdä sopimuksia kilpailuvien palveluntarjoajien kanssa.⁶⁵ Lisäksi potilasjärjestöillä on iso rooli markkinoiden valvonnassa, ja ne ovat keskeisesti mukana seuraamassa palveluiden laatua.

Terveyspalvelujen tuottajilla on lakiin perustuva velvollisuus julkaista tietoa tuottamistaan palveluista.⁶⁶ Tietoa tulee antaa mm. palvelujen hinnoista ja laadusta, ja se tulee antaa muodossa, joka mahdollistaa vertailtavuuden. Tuottajilla on myös velvollisuus toimittaa toimintansa laatua kuvaavaa tietoa laadunvalvonnasta vastaavalle viranomaiselle (*Quality Institute for*

Healthcare), jonka velvollisuutena on tuottaa luotettavaa tietoa potilaille, vakuutusenantajille ja palveluntuottajille.

Tietoa on saatavilla useilta verkkosivuilta, esimerkkeinä *National Health Care Institute* (www.kiesbeter.nl) ja *Dutch Patients' and Consumers' Federation* (www.zorgkaartnederland.nl). Lisäksi *Dutch Association of Hospitals* -järjestö ylläpitää verkkopalvelua, josta on saatavissa sairaaloita ja kuntoutuslaitoksia koskevaa tietoa, kuten tietoa odotusajoista, suosituksista ja potilaiden kokemuksista.

3 Pohdinta

Hoito- tai palvelupaikkaa koskeva potilaan/asiakkaan valinnanvapaus taataan useissa Euroopan maissa sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöpohjaisilla ratkaisuilla. EU:n potilasdirektiivi on osaltaan lisännyt eri maissa painetta luoda ja selkeyttää kansallisen valinnanvapauden säädöksiä.⁶⁷

Teknisesti valinnanvapaus voi rakentua eri tyyppisille menettelyille, kuten henkilökohtaiselle budjetoinnille, palvelusetelimenettelylle tai Ruotsin kaltaiselle palvelukokonaisuuksiin liitettyille valinnanvapausjärjestelmille. Jotta valinnanvapaus toimisi asiakkaiden/potilaiden kannalta mielekkäästi, asiakkaiden ulottuvilla tulee kaikissa tapauksissa olla realistisia valinnanvaihtoehtoja eli todellista valinnanvaraa.⁶⁸ Julkisen rahoituksen ja järjestämisen maissa palveluntuottajia voidaan (kuten Suomessa) saattaa järjestelmän piiriin hankinta- ja sopimusmenettelyin. Markkinat voidaan myös avata eri tyyppisille tuottajille hyväksymismenettelyn tai akkreditoinnin kautta (Ruotsi, Tanska). Tuottajien sääntelemätön hakeutuminen eri alueille voi kuitenkin luoda tarvetta kompensoida harvaanasuttuja alueita kaupunkikeskuksiin verrattuna (Ranska, Norja, Ruotsi). Vakuutus pohjaisissa järjestelmissä vakuuttajatahoilla on keskeinen asema valinnanvapauden edellytyksenä olevien vaihtoehtojen laajuuden määrittelyssä (Saksa, Alankomaat).

Valinnanvapauden toteutumisen kannalta välttämätön reunaehto on palvelujen käyttäjille suunnattu ymmärrettävä ja luotettava vertailutieto.⁶⁹ Muistiossa kuvatuissa maissa kansalaisille suunnatut verkko- ja/tai puhelinpalvelut pyrkivät takaamaan asiakkaan mahdollisuuden mielekkäisiin valintoihin. Verkkopalvelun yhteydessä voi olla suora mahdollisuus siirtyä valitun tuottajan ajanvaraus- ja muihin palveluihin. Vastuu kansalaisten informoinnista on yleensä useammalla kuin yhdellä tasolla; valtiolla, järjestäjätahoilla ja/tai tuottajilla. Kansalliset edellytykset tuottaa avointa ja läpinäkyvää vertailutietoa ovat parhaat siellä, missä palvelutuotannon seurantajärjestelmät ovat kehittyneet pisimmälle kuten pohjoismaisissa naapurimaissamme.

Eri maissa tuottajille palvelusta maksettavat korvaukset pohjautuvat vaihteleviin käytäntöihin ja laskentaperusteisiin. Pohjoismaiden perusterveydenhuollossa sovelletaan sekakorvausmallia, jonka komponentteja ovat kapitaatio-osuus, suoritepohjainen osuus ja mahdolliset laatubonukset tai -vähennykset. Jos asiakasmaksuja kerätään, ne ovat yleensä osa suoritepohjaista korvausosuutta.

Korvausperiaatteet ja korvausten suuruus voidaan hajautetuissa järjestelmissä periaatteessa määritellä kansallisesti tai alueellisen järjestäjätahon toimesta. Alueelliset ratkaisut voivat kuitenkin osoittautua hankalasti hallittaviksi tilanteessa, jossa valinnanvapaus koskee tai laajennetaan koskemaan koko maata. Palveluseleitä sovellettaessa erityiskysymykseksi voi muodostua asiakkaiden omavastuuosuuksien määrittely, joka voi luoda järjestelmään epätasaver-

taisuutta verrattuna järjestelmiin, joissa tuottajille maksettavat korvaukset ja asiakasmaksut on ennalta määritelty.

Valinnanvapauskäytäntöjä tai niiden soveltuvuutta Suomeen ei tässä dokumentissa ole pyritty arvioimaan. Perehtyminen eri maiden ratkaisuihin viittaa joka tapauksessa siihen, että valinnanvapautta laajasti sovellettaessa tietyt keskeiset kysymykset tulee ratkaista lainsäädännössä tai alueellisin järjestelyin. Näitä ovat:

- Valinnan kohteena olevien palvelukokonaisuuksien (tuotteiden) määrittely
 - Mitkä palvelut tai palvelukokonaisuudet kuuluvat valinnanvapauden piiriin? Millaisina kokonaisuuksina tuottajat sitoutuvat palveluja tuottamaan? Laajat kokonaisuuudet voivat sulkea pois pieniä tuottajia, pienet voivat pirstaloida palveluja.
- Tuottajakunnan määrittely ja rajaaminen, hyväksymiskriteerit ja poistumissäännöt
 - Tuottajien pääsyyllä järjestelmän piiriin on asetettava kriteerit, joiden tulee olla järjestelmän tavoitteiden kannalta relevantteja ja kohtuullisia sekä seurantaan ja arviointiin soveltuvia. Palvelutarjonnan turvaamiseksi on huolehdittava myös siitä, ettei tuotantokapasiteetti yllättäen supistu.
- Korvausmenettelyt ja korvausperiaatteet
 - Pyritään muokkaamaan niin, että ne edistävät tasavertaisia ja laadukkaita palveluita. Käytännössä esimerkiksi kapitaatiokorvauksia voidaan modifioida asiakkaiden/potilaiden raskauden mukaan, jotta hoitoa kannattaa tuottaa. Harvaan asutuille seuduille voidaan luoda erillismenettelyjä.
- Kansalliset vs. alueelliset periaatteet tuottajien hyväksymis- ja korvausmenettelyjen pohjana
 - Palvelujen järjestäjien, tuottajien ja kansalaisten kannalta yhtenäiset menettelyt voivat olla monessa suhteessa järkeviä ja helpoimmin hallittavia. Toisaalta hajautetuissa järjestelmissä tulisi pyrkiä palvelutuotannon räätälöimiseen alueellisista ja paikallisista tarpeista ja edellytyksistä lähtien.
- Kuluttaja- ja potilasinformaatio
 - Avoimen ja läpinäkyvän vertailutiedon tuottaminen ja jakaminen mm. verkkopalvelujen välityksellä voi edellyttää vertailutiedon pohjana olevien tiedonkeruiden ja rekisterien kehittämistä.
- Yhdenvertaisuus ja ”heikkojen” kuluttajien aseman vaaliminen
 - Tukitoimet valintaan kykenemättömien asiakkaiden aseman takaamiseksi ovat välttämättömiä.
- Valvonta
 - Jos tuottajakunnassa toimii julkisten tuottajien ohella yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottajia, tavanomaisen laadunvarmistuksen ohella tarvitaan myös aktiivista markkinoiden valvontaa.

Lähteet

1. Aftale om strukturreform. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet, April 2004.
2. Regionsloven. Lovbekendtgørelse nr. 972 af 25. juli 2013.
3. Kommuner og Regioner. Opgaver og finansiering. København: Økonomi- og indenrigsministeriet, Juni 2014.
4. Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A ym. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition 2012;14:1–192.
5. www.sundhed.dk
6. <http://www.regioner.dk/oekonomi>
7. www.ikas.dk
8. Pasient- og brukarrettighetsloven med kommentarer. Oslo: Helsedirektoratet, 2015.
9. Ot.prp. nr. 99 (1998–99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre lover (fastlegeordningen).
10. Ot.prp. nr. 66 (2000–2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
11. Prop. 56 L (2014–2015) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven
12. www.helsenorge.no
13. <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/om-kvalitet-og-kvalitetsindikatorer>
14. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
15. Socialtjänstlag (2001:453)
16. Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV
17. Prop. 2008/09:74. Vårdval i primärvården
18. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
19. Autio A, Sjöblom S. Vammaislainsäädännön kansainvälinen selvitys – Katsaus tilantee- seen kuudessa maassa. Työpäpöri 38/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-412-0>
20. Patientlag (2014:821)
21. www.omvard.se
22. www.vantetider.se
23. www.socialstyrelsen.se/aldreguiden
24. www.valfrihetswebben.se
25. Anell A. Vårdval i primärvården – Jämförelse av ersättningsprinciper och förutsättningar för konkurrens i sju landsting och regioner. Lund: KEFU, Lunds universitet, 2009. (Skriftserie 2009:1)
26. Lindgren P. Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. Stockholm: SNS Förlag, 2014.
27. Håkansson S, Högberg M. Pay for performance: resultatbaserad ersättning. En litteratöversikt. Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting, SKL, 2009.
28. www.kvalitetsregister.se
29. www.sveus.se
30. Department of Health (2015). The NHS Constitution for England. Government (2012). Health and Social Care Act 2012 Chapter 7. Government (2013). The National Health Service (Procurement, Patient Choice and Competition) (No. 2) Regulations 2013 No 500. Department of Health (2015). 2015/2016 Choice Framework.
31. Government (2014). Care Act 2014 Chapter 23. Department of Health (2013). Adult Social Care: Choice Framework.
32. Department of Health (2015). 2015/2016 Choice Framework.
33. Marshall, L, Charlesworth, A & Hurst, J (2014). The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Research report. Nuffield Trust.
34. Department of Health (2015). 2015/2016 Choice Framework.
35. Jarrett, T (2015). Social care: Direct Payments from a local authority (England). House of Commons Library. Briefing paper number 03735, 20 May 2015.
36. Forder, J, Jones, C, Glendinning, C, Caiels, J, Welch, E Baxter, K, Davidson, J, Windle, K, Irvine, A King, D & Dolan, P (2012). Evaluation of the personal health budget pilot programme. Department of Health.
37. Department of Health (2013). Adult Social Care: Choice Framework.
38. Monitor (2013). Substantive guidance on the procurement, patient choice and competition regulations.
39. Propper, C, Burgess, S & Gossage, D (2003). Competition and Quality: Evidence from the NHS internal market 1991-1999. University of Bristol. Propper, C, Burgess, S, & Green, K (2004). Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market. Journal of Public Economics, 88 (7/8) 1247–1272.

40. Monitor & NHS England (2014). 2014/15 National Tariff Payment System. Monitor (2014). Pricing healthcare.
41. Jarrett, T (2015). Social care: Direct Payments from a local authority (England). House of Commons Library. Briefing paper number 03735, 20 May 2015.
42. Department of Health (2015). Display of Performance assessments: Response to the consultation – placing a legal requirement on registered providers to display the rating published by the Care Quality Commission.
43. Barata, Ana N.; Tokuda, Yasuharu; Martins, Henrique M.G. Comparing healthcare systems: considering Japan and Portugal. *Rev Port Saúde Pública*. 2012;180–92.
44. <http://www.hspm.org/countries/portugal25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section> 15.11.2015.
45. Employment, Social Affairs & Inclusion. Your social security rights in Portugal July 2013:8. European Commission.
46. Instituto de Informática. Protecção social. Site da Segurança Social. Lisboa: Instituto de Informática; 2011. http://www2.seg-social.pt/left_topo.asp?03.
47. Santana S, Dias A, Souza E, Rocha N. The domiciliary support service in Portugal and the change of paradigm in care provision. *International Journal of Integrated Care* [Serial online] 2007 Jan 15;7.
48. Santana S. Reforming long-term care in Portugal: dealing with the multidimensional character of quality. *Social Policy & Administration*. 2010;44(4):512–28.
49. A map of Social Enterprises and their ecosystems in Europe. Country Report for the Portugal. European Commission. 31 October, 2014.
50. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde. Normas e orientações. Lisboa: DGS; 2012. <http://www.dgs.pt/>
51. <http://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section> 15.11.2015.
52. France. Health System Review, Health Systems in Transition Vol. 12:6, 2010. European Observatory on Health Systems and Policies.
53. International Profiles of Health Care Systems, 2014, London: Commonwealth Fund.
54. Artikla L. 1110-8.1, Artikla 6
55. Artiklat R 4127-60-62
56. International Profiles of Health Care Systems, 2014, London: Commonwealth Fund.
57. Busse R, Blumel M. Health system review. Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health, 2014.
58. Busse R, Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
59. The social care and health systems of nine countries. King's Fund, 2014.
60. Victoor et al. *BMC Health Services Research* 2012, 12:441
61. The Netherlands. Health System Review, Health Systems in Transition Vol. 12:1, 2010. European Observatory on Health Systems and Policies.
62. International Profiles of Health Care Systems, 2014, London: Commonwealth Fund.
63. International Profiles of Health Care Systems, 2014, London: Commonwealth Fund.
64. The Netherlands. Health System Review, Health Systems in Transition Vol. 12:1, 2010. European Observatory on Health Systems and Policies.
65. The Netherlands. Health System Review, Health Systems in Transition Vol. 12:1, 2010. European Observatory on Health Systems and Policies.
66. art. 38 par. 4, Dutch Healthcare Market Regulation Act ja art. 10 par. 1, Quality, Complaints and Disputes Care Bill
67. Direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa.
68. Jonsson PM, Virtanen M. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68:1990–93.
69. Jonsson PM, Virtanen M. Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. *Suomen Lääkärilehti* 2013;68: 2070–73.