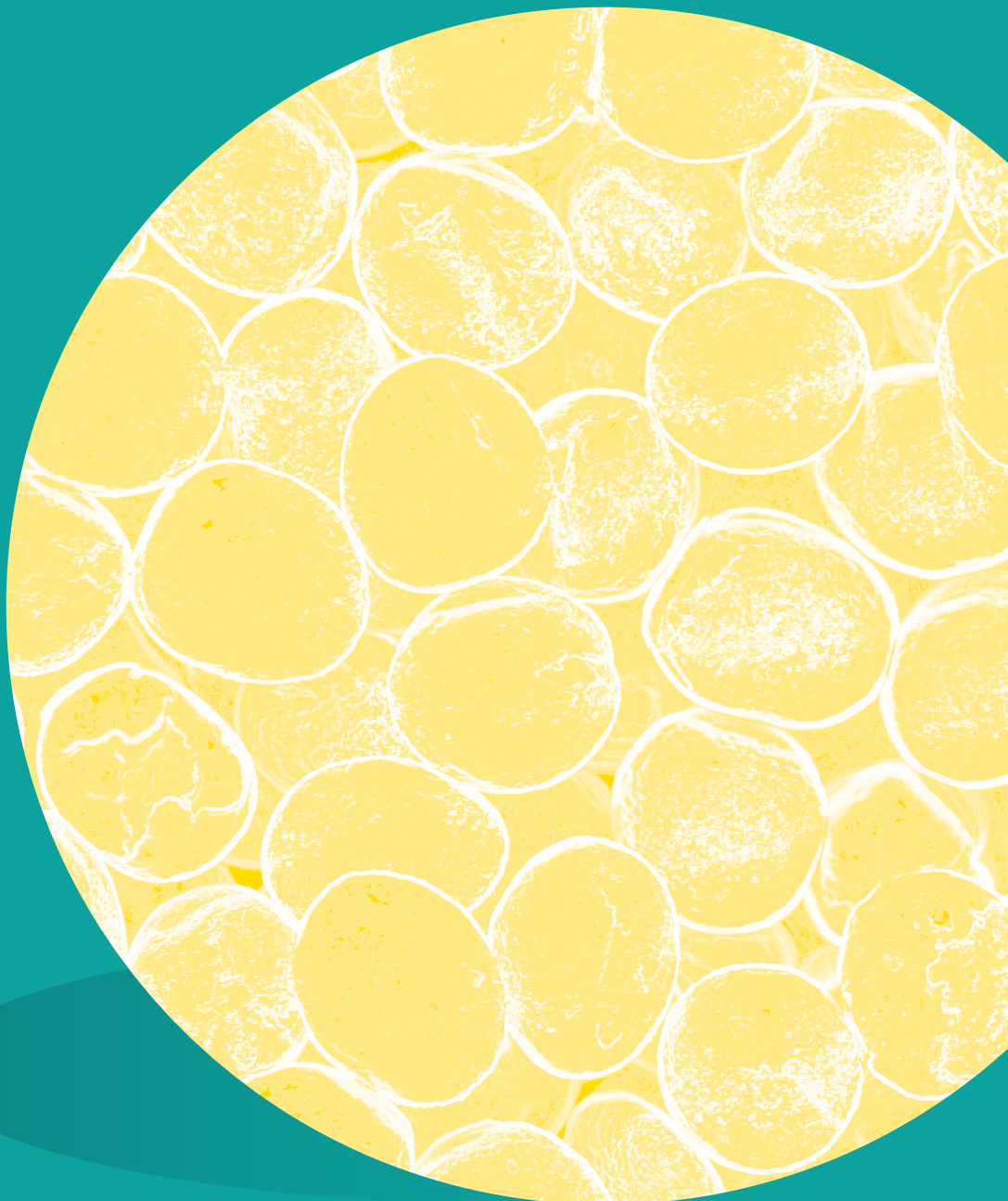


Maijaliisa Junnila
Laura Hietapakka
Anne Whellams
(toim.)

Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi

Valinnanvapauden
muotoutuminen sote-palveluissa

RAPORTTI



RAPORTTI 11 / 2016

Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi

Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa

*Maijaliisa Junnila, Laura Hietapakka,
Anne Whellams (toim.)*



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Valva-hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja:

Sakari Karvonen, tutkimusprofessori, THL, Sosiaalipolitiikan tutkimus

Rahoittajien edustajat ohjausryhmässä:

Maire Ahopelto, Marita Pikkarainen, Kainuun sote

Eila Erkkilä, Sirkku Pikkujämsä, Oulun kaupunki

Maarit Hannula, Varpu Valkeinen, Smartum

Päivi Harmaakorpi, Validia

Olli Kangas, Hennamari Mikkola, KELA

Anne Knaapi, Soste ry

Tatu Laurila, Novartis Finland

Mika Mäkinen, Helsingin Diakonissalaitos

Aino Närkki, Sosiaalialan Työnantajat ry

Mervi Pulkkanen, Tekes

Merja Tepponen, Katja Klemola, Eksote

Veli-Matti Qvintus, LähiTapiola

Silja Ässämäki, Jyväskylän kaupunki

Valva-tutkimushankkeen edustajat ohjausryhmässä:

Maijaliisa Junnila, johtava asiantuntija, THL, tutkimushankkeen johtaja ja esittelijä

Satu Korhonen, Head of Democracy and Capabilities, Demos Helsinki

Laura Hietapakka, tutkija, ohjausryhmän sihteeri

© Kirjoittaja(t) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kielenhuolto: Taina Ruottinen

Ulkoasu & taitto: Seija Puro

ISBN (painettu) 978-952-302-680-3

ISSN (painettu) 1798-0070

ISBN (verkko) 978-952-302-681-0

ISSN (verkko) 1798-0089

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-681-0>

Raportti 11/2016

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere, 2016

Esipuhe

Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapautta on viime vuosikymmenen aikana kehitetty useissa Euroopan maissa. Suomessa valinnanvapaus on konkretisoitunut vasta vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain myötä. Keskustelu valinnanvapaudesta käynnistyi kunnolla vuoden 2014 aikana, jolloin terveydenhuollon valinnanvapaus laajeni koko maata koskevaksi ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta astui voimaan. Valmistelu valinnanvapauden toteuttamiseksi tuottajakuntaa laajentamalla käynnistyi sen jälkeen, kun pääministeri Juha Sipilän hallitus linjasi vuoden 2015 hallitusohjelmassaan, että valinnanvapaus tulee olemaan osa sosiaali- ja terveystalouden reformia.

Tutkimus käsittelee valinnanvapautta laajasti, ensisijaisesti väestön ja asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksen tehtävänä oli tarkastella, miten valinnanvapaus on muotoutunut Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja miten ”hallintoalammasta tulee aktiivinen valintoihin kykenevä toimija”. Tutkimuksessa on tarkasteltu valinnanvapautta osana laajempaa yhteiskunnallista muutosta, kerätty oppeja Englannin ja Ruotsin valinnanvapausjärjestelmien kehittämistä ja tietoa siitä, mitä mieltä väestö ja sosiaali- ja terveystalouden asiakkaat sekä julkisten ja yksityisten organisaatioiden työntekijät olivat valinnanvapauden toteutumisesta tutkimushetkellä. Valinnanvapauden kehittämistä on tarkasteltu myös lainsäädännön kautta ja osana hallituksen sote-reformia. Tutkimuksessa on myös kurkistettu pitkälle tulevaisuuteen, jossa valinnanvapaus voi tarkoittaa mahdollisuutta rakentaa terveellinen ja mielekäs arki itselle ja siihen saatavaa tukea.

Tulokset osoittavat, että Suomessa lainsäädäntö mahdollistaisi asiakkaan valinnanvapauden toteuttamisen jo laajasti, mutta käytännön toteuttamiselle on vielä monia esteitä. Valinnanvapauden tavoitteista tai vaikutuksista ei ole yhtenäistä käsitystä, mikä on voinut vaikuttaa siihen, että valinnanvapaus on toistaiseksi jäänyt taka-alalle sosiaali- ja terveystalouden kehittäessä. Asiakkaan kannalta valintojen tekeminen on usein monin tavoin hankalaa, sillä käytettävissä ei ole hoitopaikkojen vertailuun tarvittavaa tietoa. Myöskään asiakkaiden ohjaukseen ei juuri ole kehitetty toimintamalleja.

Tutkimus on kattava ja monipuolinen kokonaisuus valinnanvapaudesta. Se antaa runsaasti aineksia asiakkaiden valinnanvapauden kehittämiseksi sekä kansallisesti että sosiaali- ja terveystalouden järjestävissä ja tuottavissa yksiköissä.

Ohjausryhmän puheenjohtajana haluan kiittää tutkimusta rahoittaneita yhteistyökumppaneita ja ohjausryhmän jäseniä tuesta sekä kokouksissa käydyistä antoisista keskusteluista. Samalla esitän tutkimusryhmän puolesta kiitoksen kaikille tämän tutkimuksen toteuttamiseen tai sen taustatyöhön osallistuneille.

Sakari Karvonen

tutkimusprofessori, THL, Sosiaalipolitiikan tutkimus
Valva-hankkeen ohjausryhmän puheenjohtaja

Tiivistelmä

Maijaliisa Junnila, Laura Hietapakka, Anne Whellams (toim.). Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 11/2016, 260 sivua. Helsinki 2016. ISBN 978-952-302-680-3 (painettu); ISBN 978-952-302-681-0 (verkkojulkaisu)

Asiakkaan valinnanvapautta on edistetty useissa Euroopan maissa viime vuosien aikana. Valinnanvapaudella on tavoiteltu hyvin erilaisia asioita, kuten asiakkaan aseman vahvistumista, hoitoon pääsyn ja hoidon laadun paranemista sekä palveluntuottajien välisen kilpailun lisäämistä. Suomessa valinnanvapauden kehittäminen otti harppauksen eteenpäin vuonna 2014, kun säädettiin, että asiakas voi valita julkisen terveyspalvelujen tuottajan mistä tahansa Suomesta. Keskustelu valinnanvapaudesta on vilkastunut edelleen sen jälkeen, kun pääministeri Sipilän hallitusohjelmaan (2015) kirjattiin valinnanvapausmallin selvittäminen ja siihen liittyvien lakimuutosten toteuttaminen hallituskaudella.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan valinnanvapauden muotoutumista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valinnanvapautta jäsennetään ensisijaisesti sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjän näkökulmasta, mutta myös palvelujärjestelmää muuttavana toimintamallina ja osana laajempaa yhteiskunnallista muutosta. Valinnanvapaudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa palvelujen käyttäjän oikeutta valita palvelujen tuottaja ja häntä hoitava ammattihenkilö sekä oikeutta osallistua hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon.

Mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi tutkimuksessa kerättiin useita erilaisia kotimaisia aineistoja ja selvitettiin Englannin ja Ruotsin valinnanvapausuudistuksissa saatuja kokemuksia. Hankkeen alueelliset kumppanit olivat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote), Jyväskylän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) ja Oulun kaupunki. Valinnanvapauden näkyviä tulevaisuudessa pohdittiin erikseen ajatushautomo Demos Helsingin toteuttamassa kokonaisuudessa.

Tulokset osoittavat, että asiakkaan valinnanvapauden toteutumiselle on Suomessa vielä monia esteitä. Valinnanvapauden tavoitteista tai vaikutuksista ei ole yhtenäistä käsitystä, mikä on voinut vaikuttaa siihen, että valinnanvapaus on toistaiseksi jäänyt taka-alalle sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä. Valinnanvapauden kansallinen ohjaus on myös jäänyt ohueksi, mikä on heijastunut valinnanvapauden liittyvien käytäntöjen erilaistumiseen eri puolilla Suomea.

Asiakkaan kannalta valintojen tekeminen on usein monin tavoin hankalaa, sillä käytettävissä ei ole hoitopaikkojen vertailuun tarvittavaa tietoa ja valintojen tekemistä estävät käytännössä monet asiat, kuten palvelutarjonnan niukkuus tietyillä alueilla, kustannukset ja hoitopaikan vaihtamiseen liittyvät ilmoituskäytännöt.

Tutkimuksen päähavainto on, että Suomen nykyainsäädäntö antaa hyvät puitteet toteuttaa valinnanvapautta julkisesti rahoitetuissa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suurin syy valinnanvapauden heikkoon toteutumiseen ovat vaihtelevat tulkinnat nykyainsäädännöstä, jolla taas näyttää olevan yhteys hajanaiseen kuntakenttään, kuntien itsehallintoon ja heikkoon valtion ohjaukseen.

Valinnanvapauden nykyiseen toteuttamiseen liittyviä ongelmia voidaan vähentää, jos sosiaali- ja terveyspalvelut järjestetään 18 maakunnassa, kuten hallitus on linjannut, ja jos kansallista ohjausta tehostetaan. Valinnanvapauden laajentaminen tuottajakuntaa monipuolistamalla hallituksen linjaamalla tavalla edellyttää mittavaa valmistelutyötä, johon kuuluu mm. valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen määrittely, korvauskäytännöistä sopiminen sekä seuranta- ja vertailutiedon kehittäminen. Englannin ja Ruotsin kokemukset osoittavat, että kyseessä on vuosien mittainen prosessi.

Tulosten perusteella esitetään suosituksia asioista, joihin olisi tarpeen kiinnittää huomiota, kun valinnanvapauskäytäntöjä ja -lainsäädäntöä kehitetään Suomessa: (1) valinnanvapauden tavoitteiden tulee olla selkeitä, ja valinnanvapautta tulee tarkastella yhdessä muiden sosiaali- ja terveyspoliittisten tavoitteiden kanssa, (2) valintaoikeudet tulee määrittellä selkeästi, (3) asiakkaan tulee saada nykyistä monipuolisempaa tietoa ja tukea valintojen tekemiseen, (4) vertailutiedon kehittämiseen tarvitaan kansallisesti yhtenäistä tietojärjestelmäratkaisua, (5) organisaatioissa tarvitaan valinnanvapautta koskevia yhteisiä toimintamalleja ja linjauksia, (6) tuottajien välinen kilpailu tulisi kohdentaa hoidon laadullisiin tekijöihin, ja laadun osoittamisen tulee olla kannustavaa, (7) tuottajien toimintaa valinnanvapausmarkkinoilla tulee valvoa, ja tuottajien tulon ja poistumisen markkinoilta tulee olla hallittua, (8) tuottajien korvausperusteiden tulee olla tarkoituksenmukaisia, (9) valinnanvaran turvaaminen edellyttää pitkäjänteistä työtä palvelutarjonnan monipuolistamiseksi ja (10) valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää jatkuvaa kehittämistä ja nopeaa puuttumista havaittuihin epäkohtiin.

Avainsanat: valinnanvapaus, sosiaali- ja terveyspalvelut, palvelujärjestelmä, asiakaskeskeisyys

Sammandrag

Maijaliisa Junnila, Laura Hietapakka, Anne Whellams (red.). Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa. [Från underordnad medborgare till aktiv väljare – valfriheten inom social- och hälsovårdstjänsterna tar form]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 11/2016, 260 sidor. Helsingfors 2016. ISBN 978-952-302-680-3 (tryckt); ISBN 978-952-302-681-0 (nät publikation)

Ökad valfrihet för klienter har varit aktuellt i flertal europeiska länder under de senaste åren. Valfriheten har haft många olika syften, såsom en starkare ställning för klienten, bättre tillgång till vård och högre vårdkvalitet samt ökad konkurrens mellan tjänsteleverantörer. I Finland tog valfriheten ett stort kliv framåt år 2014 genom en ny lagbestämmelse om att klienten får välja mellan offentliga leverantörer av hälso-tjänster var som helst i Finland. Valfriheten har debatterats allt livligare efter att en utredning av en valfrihetsmodell med tillhörande lagändringar infördes i statsminister Sipiläs regeringsprogram (2015) för pågående valperiod.

I denna studie betraktas utformningen av valfriheten inom social- och hälsovårdstjänsterna. Valfriheten analyseras i första hand utgående från social- och hälsovårdens klientsynvinkel, men också som en ny verksamhetsmodell i servicesystemet och som ett led i en mer omfattande samhällsförändring. Med valfrihet avses i denna studie användarnas rätt att välja tjänsteleverantör och den yrkesperson som vårdar honom eller henne samt rätten att vara med och fatta beslut om den egna vården.

För att skapa en så heltäckande bild som möjligt insamlades för studien olika inhemska material och utreddes erfarenheterna av valfrihetsreformer i England och i Sverige. Regionala partner i projektet var Södra Karelens social- och hälsodistrikt (Eksote), Jyväskylä stad, Landskapet Kajanalands samkommun för social- och hälsovård (Kainuun sote) och Uleåborgs stad. Framtidsutsikterna för valfrihet dryftades separat i en projekthelhet som genomfördes av tankesmedjan Demos i Helsingfors.

Resultaten visar att det fortfarande finns många hinder i Finland för klienternas valfrihet. Det finns ingen enhetlig uppfattning om valfrihetens mål eller konsekvenser, vilket kan vara en av orsakerna till att valfriheten hittills har hamnat i skymundan när social- och hälsovårdstjänsterna utvecklats. Också den nationella styrningen i fråga om valfrihet har varit svag, vilket resulterat i varierande valfrihetspraxis i olika delar av Finland.

För klienten är det ofta på många sätt mödosamt att välja, eftersom det inte finns faktakunskap till grund för jämförelser av olika vårdplatser och eftersom valmöjligheterna i praktiken förhindras av flera omständigheter, t.ex. brister i serviceutbudet på vissa håll, kostnader samt anmälningsförfaranden i samband med byte av vårdplats.

Den viktigaste observationen var att den gällande lagstiftningen i Finland ger goda ramar för valfriheten inom den offentligt finansierade social- och hälsovården. Den största orsaken till att valfriheten inte realiserats i större omfattning är att tolkningen av den nuvarande lagstiftningen varierar. Detta verkar i sin tur ha ett samband med det splittrade kommunala fältet, det kommunala självstyret och den svaga statliga styrningen.

Problemen i samband med valfrihet kan minska, om social- och hälso-tjänsterna enligt regeringens riktlinjer i framtiden organiseras av 18 landskap och om den nationella styrningen effektiviseras. Ökad valfrihet genom ett mångsidigare urval av tjänsteleverantörer enligt regeringens avsikter kommer att kräva ett omfattande beredningsarbete. I arbetet ingår bl.a. att definiera vilka tjänster som ingår i valfriheten, att komma överens om ett ersättningssystem och att ta fram uppföljnings- och jämförelsedata. Erfarenheterna från England och Sverige visar att processen kommer att ta flera år.

På basis av resultaten framförs rekommendationer om vilka faktorer som bör beaktas när valfrihetspraxis och -lagstiftning utvecklas i Finland: (1) tydliga mål bör ställas för valfriheten med anknytning till de övriga social- och hälsopolitiska målen, (2) valrättigheterna ska på ett tydligt sätt definieras, (3) klienter bör ges bredare information och stöd för sina val, (4) utvecklingen av jämförelsedata kräver ett nationellt samordnat informationssystem, (5) organisationer behöver gemensamma verksamhetsmodeller och riktlinjer för valfriheten (6) konkurrensen mellan tjänsteleverantörer bör inriktas på kvalitetsfaktorer, och påvisad kvalitet bör förknippas med incitament, (7) tjänsteleverantörernas agerande på valfrihetsmarknaden bör övervakas, och in- och utträdet från marknaden ska ske kontrollerat, (8) ersättningsgrunderna för tjänsteleverantörer ska vara ändamålsenliga, (9) tryggade valmöjligheter kräver målmedvetna insatser för ett mångsidigt serviceutbud (10) en välfungerande valfrihet förutsätter kontinuerlig utveckling och ett snabbt ingripande i observerade missförhållanden.

Nyckelord: valfrihet, social- och hälsovårdstjänster, servicesystem, klientorientering

Abstract

Maijaliisa Junnila, Laura Hietapakka, Anne Whellams (eds.). Hallintoalამაისesta aktiiviseksi valitsijaksi. Valinnanvapauden muutoutuminen sote-palveluissa. [Empowering customer choice in the Finnish public health and social care system]. National Institute for Health and Welfare (THL). Report 11/2016, 260 pages. Helsinki 2016. ISBN 978-952-302-680-3 (printed); ISBN 978-952-302-681-0 (online publication)

Many European nations have taken steps to increase customer choice in publicly funded health and social care, to drive improvements in customer focus and to address issues like long waiting-times. Although the primary rationales for increasing choice and provider competition have varied, it is believed that choice can drive improvements in service quality, efficiency and equality as all customers can choose the best performing providers. Providing that money follows user's choices, it acts as an incentive for providers to improve their performance. In Finland major changes in the choice agenda followed the Health Act changes in 2014, which allowed Finns to choose publicly funded healthcare providers amongst all public providers in Finland. The public debate on choice escalated when Prime Minister Sipilä's Government announced that it will investigate options to advance the choice agenda further with the aim to complete needed legislative changes prior to the next general election.

This research investigates how customer choice has evolved in the Finnish health and social care system. It focuses primarily on the customer perspective, with recognition that increased choice takes place in the wider macro-economic setting and it will influence how the services are organised and how they operate. Choice in publicly funded services can relate to a number of different dimensions of service within an organisation or it can be about choosing the organisation where service is delivered. This research does not restrict the definition of choice to be only about choosing the service provider. It is equally about the ability to choose the professional delivering services and enabling a greater role in in the broader decision-making.

To gain understanding of the context, primary quantitative and qualitative research was conducted in multiple settings in Finland. This was complemented by secondary data analysis to understand policy experiences in England and Sweden, who have already implemented similar market based changes. The national research was conducted together with four local partners including the South Karelia Social and Health Care District (Eksote), the City of Jyväskylä, Kainuu Social and Health Care Joint Authority and the City of Oulu. In addition, future scenarios were considered by the Nordic think tank Demos Helsinki.

Our research confirms that there are multiple hindrances that prevent customer choice in Finland. There is no shared national understanding on what is the rationale for choice or impact of increasing customer choice and thus choice has not been given

a high strategic priority in service development. The national steering on choice has also been limited, and thus choice related practices vary across Finland.

It is also difficult for the service users to use their right to choose in practice, as Finland lacks transparent data to enable provider comparison. This is exacerbated by some more rural areas having a limited range of providers to choose from, potentially high costs associated with choices and the process itself that users have to follow if they wish to exercise their right to choose.

The key finding of the research is that the current legislation in Finland is already highly supportive of service users making choices in publicly funded health and social care services. The key reason that legislation is poorly executed, reflects variable legislative interpretations at local level. This is linked to the high number of municipalities and their autonomy, combined with weak national steering.

The planned reforms around how health and social care is organised and steered in the future have the potential to improve this situation. However, increasing customer choice by broadening the range of providers in the public market requires substantial planning and preparation. This includes understanding what choices service users can make and how these services are defined, agreeing how providers are rewarded and developing transparent data to support decision-making. The experiences from England and Sweden indicate that this development process takes time.

The research makes several key recommendations that should be considered when developing customer choice and related legislation in Finland. These include: (1) understanding the rationale for increasing choice and connections with other complementing health and social care policies, (2) ensuring available choices are clearly defined, (3) ensuring customers have the right information and support available to make choices, (4) developing nationally shared information solutions to ensure comparative data exists, (5) developing shared practices and policies at an organisational level that support the choice agenda, (6) ensuring provider competition is focused on quality and incentives support delivery of high quality care, (7) ensuring robust systems for regulation are in place to support providers to enter and potentially exit the market and how their performance is continuously monitored, (8) developing different solutions for different types of choices on how money follows the user's choices, (9) recognising that availability of options requires systematic development work that takes a longer term development perspective and (10) recognising that increasing customer choice requires continuous improvement work with ability to take quick action to address potential issues when they arise.

Key words: choice, health and social care, organisation of services, patient centeredness

Sisällys

Esipuhe
Tiivistelmä
Sammandrag
Abstract

Johdanto	13
I VALINNAVAPAUDEN TAUSTA JA TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT	17
1 Muuttuva toimintaympäristö	18
2 Valinnanvapauteen liittyvät uskomukset	26
3 Valinnanvapaus Suomessa: 90-luvun alun valtionosuusuudistuksesta Sipilän hallitukseen	37
4 Valinnanvapaus tässä tutkimuksessa	62
5 Tutkimuksen aineistot	68
II VALINNAVAPAAUS ENGLANNIN JA RUOTSIN SOTE-PALVELUISSA	73
6 Englannin ja Ruotsin valinnanvapausjärjestelmien peruspiirteet	74
7 Valinnanvapaus Englannissa	78
8 Valinnanvapaus Ruotsissa	101
III VALINNAVAPAUDEN MUOTOUTUMINEN SOTE-PALVELUISSA	115
9 Valinnanvapauden toteutuminen tutkimusalueilla	116
10 Väestön kokemuksia valinnanvapaudesta	131
11 Julkisella sektorilla työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten asenteet valinnanvapautta kohtaan	153
12 Yksityisten terveys- ja vanhuspalvelujen tuottajien kokemuksia valinnanvapaudesta .	181
13 Yksityisten hammaslääkärien näkemyksiä palvelusetelistä	200
IV TERVEYDEN JA VALINNAVAPAUDEN TULEVAISUUDET 2050	215
14 Ihmislähtöisyys korvaa palvelukeskeisyyden	217
V KESKEISET PÄÄTELMÄT JA SUOSITUKSET	227
15 Miten valinnanvapautta on kehitetty lainsäädännöllä	227
16 Valinnanvapauden toteutumisen esteitä Suomessa	229
17 Sipilän hallituksen linjaukset	234
18 Suositukset valinnanvapauden kehittämiseksi Suomessa	236
Kirjallisuus	244
Liitetaulukot	256
Kirjoittajat	260

Johdanto

Suomalaista yhteiskunnallista keskustelua on jo pitkään hallinnut keskustelu kestävyysvajeesta, joka syntyy, kun julkisten menojen arvioidaan pitkällä aikavälillä ylittävän julkiset tulot. Suomessa kestävyysvaje liittyy erityisesti ikääntymiseen ja kroonisten sairauksien tuoman kuorman kasvuun sekä huoltosuhteen heikentymiseen (esim. Erhola ym. 2013). Nykyinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmäkeseinen toimintamalli ja monikanavainen rahoitusmalli koetaan usein tehottomaksi ja jäykäksi, ja niiden katsotaan vaikeuttavan voimavarojen kohdentamista tarkoituksenmukaisesti asiakkaiden todellisiin tarpeisiin.

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelma (29.5.2015) ja myöhemmin hallituksen sote- ja aluehallintoa koskevat linjaukset (7.11.2015 ja 5.4.2016) kertovat hallituksen tavoittelevan radikaalia uudistusta, joka saattaa johtaa kokonaan uudenlaiseen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään. Onnistuakseen tämä edellyttää uskallusta muuttaa nykyisiä valtasuhteita ja järjestämistapaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin hallitusohjelmassa terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta tärkeiden palvelujen saumaton kokonaisuus. Lisäksi päätettiin selvittää valinnanvapausmallin yksityiskohdat.

Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapautta on viime vuosikymmenen aikana kehitetty useissa Euroopan maissa. Suomessa valinnanvapaus on konkretisoitunut vasta vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain myötä. Keskustelu valinnanvapaudesta käynnistyi kunnolla vuoden 2014 aikana, jolloin valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa laajeni koko maata koskevaksi ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta astui voimaan. Laajempi valmistelu valinnanvapauden toteuttamiseksi tuottajakuntaa laajentamalla käynnistyi sen jälkeen, kun pääministeri Juha Sipilän hallitus linjasi 7.11.2015, että osana sote-uudistusta luodaan monituottajamalli ja valinnanvapaussäädäntö, niin että palvelun käyttäjä valitsee itse palvelunsa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajien joukosta.

Vaikka EU:lla ei ole toimivaltaa kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan kysymyksissä, on EU:n toimilla kuitenkin vaikutusta jäsenvaltioiden järjestelmiin myös tällä alueella. EU:n sisämarkkinasäätely korostaa vapaiden palvelumarkkinoiden merkitystä ja kilpailuneutraaliteettia yritysten sekä kolmannen ja julkisen sektorin välillä (esim. Palola 2011). Suomessa mm. palvelusetelilainsäädäntö, terveydenhuollon valinnanvapaus sekä rajat ylittävän terveydenhuollon säädösten kehittäminen ovat olleet jatkumoa eurooppalaiselle kehitykselle (STM 2014b).

Väestön osaamisen ja sitä kautta vaatimustason kasvu asettaa palvelujärjestelmälle uudenlaisia haasteita, mutta luo myös paljon mahdollisuuksia. Suuri osa väestöstä on aiempaa halukkaampia huolehtimaan itse hyvinvoinnistaan, kunhan palvelujärjestelmä tukee ja antaa siihen mahdollisuuden. Valinnanvapaus vahvistaa asiakkaan roolia palvelujärjestelmässä.

Teknologiset muutokset ja uudenlaiset kansalaisille avoimet verkkopalvelut avaavat merkittäviä mahdollisuuksia parantaa tiedon siirtymistä yli organisaatorajojen ja myös asiakkaan ja organisaation välillä. Parhaillaan on kehitteillä monia uudentyyppisiä sähköisiä järjestelmiä, jotka toimivat valinnanvapautta edistävien toimintamallien tukena. Lisäksi asiakkailla on enenevästi mahdollisuus saada tietoa oman hoitonsa ja valintojensa tueksi. Tietojen hyödyntäminen edellyttää useimmiten taitoa käyttää sähköisiä järjestelmiä, mikä voi olla haastavaa erityisesti iäkkäimmille palvelun käyttäjille.

Valinnanvapaus voi toimia muutoksen ajurina etsittäessä uusia toimintamalleja sosiaali- ja terveyspalvelujen reformiin. Tämä ajatus oli myös keskeisesti esillä Tekesin ”Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmässä” -ohjelman vuoden 2013 tutkimusrahoituksen haussa.

Valinnanvapaus oli tutkimuksen käynnistyessä Suomessa sekä käsitteenä että toimintamallina melko uusi ja tutkimusta oli tehty vain palveluseleleistä. Muissa maissa kokemusta ja tutkimustietoa valinnanvapauden vaikutuksista sosiaali- ja terveyspalveluihin oli jo tuolloin kertynyt laajasti. Suomessa julkisesti rahoitetun terveydenhuollon valinnanvapaus konkretisoitiin vuonna 2011 voimaan tulleessa terveydenhuoltolaissa. Valinnanvapaus laajeni koko maata koskevaksi vuoden 2014 alussa, jolloin myös tämä tutkimus käynnistyi.

Tutkimus on toteutettu Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja ajatushautomo Demos Helsingin monitieteisenä ja monialaisena yhteistyönä. Lisäksi tutkimukseen ovat osallistuneet niin yksityisen kuin julkisen sektorin hyödyntäjäorganisaatiot. Menetelmällisesti tutkimus yhdistää kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen aineiston sekä tulevaisuuden tutkimuksen. Hankkeen pääasiallinen rahoittaja on ollut Tekes.

Tutkimuksessa tarkastellaan, minkälaiseksi valinnanvapaus on muotoutunut Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa ja minkälaisia mahdollisuuksia asiakkaalla on toimia aktiivisena, valintoihin kykenevänä toimijana. Tutkimuksen tavoitteet ja näkökulma tiivistyvät tutkimuksen nimeen ”Hallintoalmaisesta aktiiviseksi valitsijaksi – valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa”. Se on myös tämän tutkimusraportin nimi.

Valinnanvapauden muotoutumista tarkastellaan tässä tutkimuksessa myös dynaamisena yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän muutokseen liittyvänä prosessina. Valinnanvapauden kehittymistä tarkastellaan myös prosessina ajassa: *ennen* (mitä tavoiteltiin ja miksi), *nyt* (miten valinnanvapaus toteutuu tällä hetkellä) ja *tulevaisuudessa* (miten arvot ja asenteet muuttuvat yhteiskunnallisessa muutoksessa).

Tutkimus tuo uutta tietoa siitä, miten valinnanvapautta on edistetty Englannissa ja Ruotsissa, miten valinnanvapautta on kehitetty ja sovellettu Suomessa, miten väestö on käyttänyt vapauttaan valita sekä millaisia kokemuksia julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on valinnanvapaudesta. Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty pääosin vuoden 2014 aikana, joten niistä kertynyttä tietoa voidaan hyödyntää nykyjärjestelmän kehittämisen tukena tai pitää lähtötilannetietoina myöhemmin toteutettavissa tutkimuksissa. Tutkimus antaa myös tietoa, jota voi hyödyntää monipuolisesti valinnanvapauden laajentamista suunniteltaessa. Valinnanvapauskäsitteen monimuotoisuuden vuoksi tutkimuksen empiirisen aineiston keruu päädyttiin rajoittamaan ensisijaisesti terveydenhuoltolaissa määritellyn valinnanvapauden toteutumisen tarkasteluun.

THL:n osahankkeen kumppaneina ja tutkimusalueina ovat olleet Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden keskus (Eksote), Jyväskylän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) ja Oulun kaupunki. Nämä alueet valittiin mukaan tutkimukseen, koska etukäteen tiedettiin niiden kehittäneen asiakkaiden valinnanvapautta systemaattisesti.

Valinnanvapauden kehittymistä sosiaali- ja terveydenhuollossa on tutkimuksen aikana tarkasteltu myös yhdessä THL:n toisen valinnanvapautta tarkastelevan tutkimushankkeen kanssa, joka keskittyy erityisesti perusterveydenhuollon valinnanvapautta ja integraatiota yhdistävien toimintamallien tutkimiseen. Hankkeet järjestivät keväällä 2016 yhteisen valinnanvapausseminaarin, jonka yhteydessä julkaistiin hankkeiden tutkijoiden yhdessä kirjoittama Päätösten tueksi -julkaisu (Junnila ym. 2016).

Demos Helsingin osuudessa tarkasteltiin megatrendien vaikutuksia tulevaisuuden yhteiskuntaan ja kuluttajiin ja sitä, kuinka palvelujärjestelmän tulisi tulevaisuudessa tukea terveyteen liittyviä valintoja. Osahankkeessa terveyteen liittyviä valinnanmahdollisuuksia tutkittiin työstämällä neljä skenaariota terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuuksista.

Tämä raportti rakentuu neljästä valinnanvapautta eri tavoilla tarkastelevasta osasta, jotka yhdessä muodostavat kokonaisnäkemyksen aihepiiristä. Ensimmäisessä osassa asiakkaan valinnanvapautta tarkastellaan osana laajempaa yhteiskunnallista ja eurooppalaista muutosta. Valinnanvapaus nähdään systeemisenä muutoksena, jonka toteuttaminen edellyttää järjestelmän eri tasojen – toiminnan tason, järjestelmätason ja toimintaympäristötason – vuorovaikutusta. Ensimmäisessä osassa on myös käyty läpi viime vuosina valinnanvapaudesta käytyä keskustelua, jossa eri näkemyksiä on usein perusteltu uskomuksilla, joiden tueksi ei juuri ole tieteellistä näyttöä. Lisäksi tarkastellaan valinnanvapauden edistämisen vaiheita Suomen lainsäädännössä. Lopuksi ensimmäisessä osassa määritellään, miten asiakkaan valinnanvapaus jäsenneetään tässä tutkimuksessa, sekä kuvataan tutkimuksen aineistot.

Toisessa osassa nostetaan esille Englannin ja Ruotsin kokemuksia valinnanvapaudesta. Kyseiset maat valittiin vertailukohteiksi tähän tutkimukseen, koska terveydenhuolto on näissä maissa Suomen tapaan julkisesti rahoitettu ja niiden valinnanva-

pausjärjestelmät ovat keskenään erityyppisiä. Molemmissa maissa on jo vakiintuneita, monia uudistamisprosesseja läpikäyneitä valinnanvapauskäytäntöjä, joista on saatavilla myös tutkittua tietoa. Tässä osassa myös verrataan Suomen, Englannin ja Ruotsin järjestelmiä muiden maiden terveydenhuoltojärjestelmiin (kuviot 6.1) ja toisiinsa raportin lopun liitetaulukoissa. Raportin lopussa annettavat suositukset Suomen valinnanvapausjärjestelmän kehittämiseksi on pitkälti rakennettu tässä osiossa kertyneen aineiston perusteella. Valinnanvapauden toteuttamisesta Englannissa on vuoden 2016 alussa ilmestynyt myös erillinen työpaperi (Whellams 2016).

Kolmannessa osassa valotetaan haastattelujen pohjalta muodostuvaa kuvaa valinnanvapauden toteutumisesta tutkimusalueilla (Eksote, Jyväskylän kaupunki, Kainuun sote, Oulun kaupunki) vuoden 2014 lopulla ja kuvataan tilannetta toukokuussa 2016. Osion muissa luvuissa raportoidaan tutkimuksen empiiristen aineistojen tulokset. Niissä valinnanvapauden toteutumista on tarkasteltu väestön ja asiakkaiden sekä julkisella ja yksityisellä sektorilla työskentelevien sote-ammattilaisten näkökulmasta. Kuhunkin tarkastelunäkökulmaan liittyy laaja kirjallisuuskatsaus.

Neljännessä osassa raportoidaan Demos Helsingin Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuudet 2015 -tutkimuksen tulokset tiivistettynä otsikolla ”Ihmislähtöisyys korvaa palvelukeskeisyyden”. Demos Helsinki on aiemmin julkaissut tutkimuksestaan sekä esiselvitysraportin että loppuraportin. (Korhonen ym. 2014 ja Koponen ym. 2015.)

Tutkimuksen viimeisessä osassa kiteytetään tutkimustuloksista nousevat keskeiset päätelmät ja suositukset. Näiden pyrkimyksenä on antaa aineksia valinnanvapauden kehittämiseksi sekä nykyjärjestelmässä että tilanteessa, jossa sote-järjestelmää ja valinnanvapautta halutaan uudistaa radikaalisti.

A microscopic view of plant cells, showing several large, roughly circular cells with thick, light-colored cell walls. The interior of the cells is filled with a granular, yellowish substance, likely chloroplasts or other organelles. The background is a uniform yellow color.

I

Valinnanvapauden tausta ja tutkimuksen lähtökohdat

1 Muuttuva toimintaympäristö

MAIJALIISA JUNNILA JA ANNE WHELLAMS

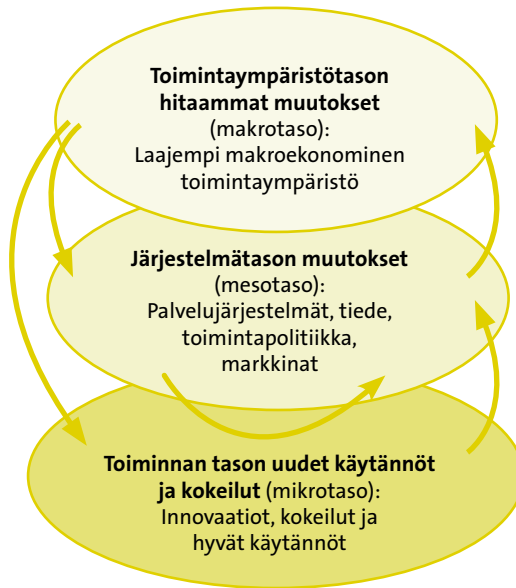
Tässä tutkimuksessa asiakkaan valinnanvapautta tarkastellaan osana laajempaa yhteiskunnallista muutosta, jossa se nähdään uutena toimintamallina, systeemisenä muutoksena, jonka toteuttaminen edellyttää järjestelmän eri tasojen vuorovaikutusta. Tässä luvussa kuvataan toimintaympäristössä tapahtuneita muutoksia, joilla oletetaan olevan vaikutusta sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistamistarpeeseen. Tarkastelussa hyödynnetään Geelsin Transition management -mallia (2002), jonka kautta kuvataan eri tasojen vuorovaikutusta sekä PESTEL-analyysin¹ mukaista viitekehystä toimintaympäristön muutosten jäsentämiseen. Huomiota kiinnitetään erityisesti niihin tekijöihin, joiden voidaan katsoa vaikuttaneen valinnanvapauden kehittymiseen.

Muutos eri tasojen vuorovaikutuksena ja erilaiset muutostyypit

Muutoksen käynnistymistä voi harvoin selittää yksittäisillä tekijöillä, vaan siihen ovat tavallisesti johtaneet monet, hyvin erilaiset syyt. Muutoksen analysoinnissa hyödynnetään seuraavaksi Geelsin Transition management -mallia, jota tässä kutsutaan *muutoksen monitasonäkökulmaksi* (Nieminen & Kivisaari 2012, Geels 2002, Kemp & Loorbach 2006). Mallin avulla muutosta voidaan tarkastella kolmen eri tason, *toimintaympäristön, järjestelmän ja toiminnan tason*, vuorovaikutussuhteena ja jäsentää siihen liittyvää monimutkaista, eri tasojen välistä vuorovaikutusta.

Järjestelmää radikaalisti uudistavien toimintamallien käyttöönottoa edeltävät yleensä ulkoisesta, laajemmasta toimintaympäristöstä heijastuva pitkäkestoinen tai voimakas muutospainne sekä alueellisesti toteutetut uudet käytännöt ja kokeilut (kuvio 1.1.). Nämä ovat usein saaneet ideoita kansainvälisestä kehityksestä sekä käytännön toiminnan muutostarpeesta ja johtaneet toiminnan tason innovaatioihin, kokeiluihin ja uusiin käytänteisiin.

¹ PESTEL-analyysi on muotoutunut viime vuosikymmenen aikana erityisesti Englannissa. Siitä on olemassa lukuisia erilaisia johdannaisia, eikä sille ole mahdollista määrittää yhtä alkulähdettä.



KUVIO 1.1. Muutoksen monitaso-äkökulma Geelsin Transition management -mallia (2002) mukaillen

Muutokset laajassa toimintaympäristössä (makrotaso) ovat usein hitaita, suorat vaikutusmahdollisuudet niihin ovat rajallisia, ja niiden vaikutuksia järjestelmätason (mesotaso) muutoksiin on vaikea ennustaa. Makrotason muutokset luovat muutos-paineita järjestelmätasolle, jolla kuitenkin on tyypillisesti halu säilyttää vakiintuneet toimintatavat. Esimerkiksi kansallisen lainsäädännön, toimintapolitiikan ja järjestelmää ohjaavien tavoitteiden nopea muuttuminen on poliittis-hallinnollisessa kulttuurissa usein vaikeaa ilman ulkoisen toimintaympäristön tai sisäisen toiminnan tason aiheuttamia paineita.

Toiminnan tasolla (mikrotaso) syntyvät uudet käytännöt ja kokeilut luovat mahdollisuuksia uusille innovaatioille sekä kyvyllä hyödyntää oppimista sekä hyviä käytäntöjä oman toiminnan sekä sitä kautta myös järjestelmätason käytäntöjen edelleen kehittämiseksi. Suomessa esimerkkinä toiminnan tasolla syntyneistä uusista käytännöistä ovat jo aiemmin perustetut sosiaali- ja terveystieteet, esimerkiksi Eksote ja Kainuun sote sekä Pohjois-Karjalan alueella perusteilla oleva Siun sote.

Geels & Kemp (2007) erottavat muutoksessa kolme eri muutostyyppiä sen suhteen, kuinka laaja muutos on kyseessä ja miten eri tasojen välinen vuorovaikutus toimii. Hitaammassa uusiutumisessa (reproduction) muutokset tapahtuvat vain järjestelmätasolla ilman toimintaympäristön luomaa muospainetta. Kehittämistoimintaa leimaavat pienet muutokset tai hienosäätö, jotka kuitenkin voivat ajan kanssa johtaa suuriinkin muutoksiin. Esimerkkinä tästä on valinnanvapauden laajentaminen Suomessa asteittain 1990-luvun alkupuolelta lähtien (ks. luku Askeleita kohti valinnanvapautta).

Toisessa muutostyyppissä, muodonmuutoksessa (transformation), toimintaympäristön aiheuttamat muospaineet ovat voimakkaita, mutta muutos saa vain vähän vaikutteita uusista käytännöistä ja kokeiluista. Tässä muutostyyppissä järjestelmätason toimijoilta vaaditaan uudenlaista orientoitumista, samalla kun vallassa olevilla voi olla halu pitää muutos mahdollisimman pienenä. Suomessa EU:n potilasdirektiivi päädyttiin toteuttamaan nykyjärjestelmän pohjalta sitomalla korvaustaso Suomessa yksityisestä hoidosta maksettavien Kela-korvausten tasoon.

Kolmas muutostyyppi kuvaa tilannetta, jossa muutoksen kautta siirrytään uudenlaiseen järjestelmään (*transition*), joka edellyttää muutoksia järjestelmän kaikilla osa-alueilla. Näin tapahtuu esimerkiksi pääministeri Sipilän hallituksen sote-uudistusta koskevissa linjauksissa (7.11.2015 ja 5.4.2016), jotka toteutuessaan johtavat palvelujärjestelmän radikaaliin uudistumiseen. Tässä muutostyyppissä toimintaympäristöstä järjestelmään kohdistuvat muospaineet ovat voimakkaita, mutta myös innovaatioiden sekä uusien käytäntöjen merkitys korostuu. Geelsin ja Kempin (2007) mukaan voimakkaisiin muospaineisiin ja jännitteisiin ei ole mahdollista vastata vain muuttamalla nykyjärjestelmän kehityssuuntaa, vaan vaaditaan konkretisoitua siirtymistä uudenlaiseen järjestelmään. Uuden toimintamallin lyödessä läpi vaikutus järjestelmätasolla voi olla tuhoisa joillekin vallassa olleille (Geels & Kemp 2007). Sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmä uudistuksessa esimerkiksi yksityisten palveluntuottajien asettaminen samalle viivalle julkisten tuottajien kanssa voi saada aikaan suuriakin muutoksia tuottajakunnan rakenteessa ja tuoda suuria haasteita sekä julkiselle että yksityiselle palvelutuotannolle.

Toimintaympäristön muospaineet

Muospaineisiin osataan varautua tarkoituksenmukaisemmin tunnistamalla toimintaympäristössä tapahtuvia muutoksia ja ymmärtämällä muutokseen liittyvää kokonaisuutta sekä siihen yhdistyviä riskitekijöitä (taulukko 1.1.). Toimintaympäristön muutoksia ja niiden kautta syntyneitä järjestelmätason muospaineita tarkastellaan tässä poliittisesta, taloudellisesta, sosiaalisesta, teknologisesta sekä ympäristötekijöiden sekä lainsäädännön näkökulmista hyödyntämällä PESTEL-analyysin mukaista jäsenystä (Political, Economic, Social, Technological, Environmental & Legal factors).

Poliittiset tekijät. Kirjallisuudessa valinnanvapaus tunnetaan sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuuluvana yleismaailmallisena ilmiönä, ihmisten perusoikeutena tai systeemitason arvona (esim. Tuorila 2015, Kuusinen-James 2012). Suomalaisessa järjestelmässä valinnanvapaus on kuitenkin vielä varsin nuori ilmiö. Poliittiset jännitteet kohdistuvat nykypäivänä lisääntyvästi kustannustehokkuutta painottavan tavoitteiden asetteluun ja järjestelmää ideologisesti ohjaavan universalismin välille. Universalismi Pohjoismaisen hyvinvointivaltion toimintaperiaatteena painottaa väestön sosiaalisten oikeuksien tasa-arvoisuutta ja hyvälaatuisia palveluja, joihin kaikilla on oikeus.

TAULUKKO 1.1. Toimintaympäristön muutoksia ja niiden kautta syntyneitä järjestelmätason muutospaineita

Näkökulma	Muutoksia toimintaympäristössä	Muutospaineita järjestelmätasolla
Poliittiset tekijät	Globalisaatio ja Euroopan integraatio	Muutospaineita politiikan suuntaamiseksi
	Lisääntyvä kustannus- ja tehokkuusajattelu Jännitteitä poliittisten tavoitteenasettelujen ja universalismin väliille Kansalaisten sosioekonominen ja maantieteellinen eriarvoistuminen	Paine parantaa palveluiden saatavuutta ja vaikuttavuutta sekä tukea kansalaisten tasa-arvoisuutta Tarve kaventaa sosioekonomista ja maantieteellistä eriarvoisuutta
Taloudelliset ja sosiaaliset tekijät	Kasvava markkina-ajattelu kuten uusi julkisjohtaminen (New Public Management)	Markkinaolosuhteiden luominen ja hyödyntäminen Sote-rahoituksen suuruus houkuttelee yrityksiä markkinoille
	Kestävyysvaje Lääketieteen kehittyminen ja ikääntyminen Monikanavainen rahoitusjärjestelmä	Taloudellisten resurssien niukkeneminen Kasvat kustannukset Paine yksinkertaistaa rahoitusjärjestelmää
	Väestön ikärakenteen muutos, huoltosuhteen heikkeneminen, kroonisten tautien kuorma	Paine järjestelmätason muutoksille
	Muuttuva yksilön ja yhteiskunnan välinen vastuu Muuttuvat arvot ja kulutuskäyttäytyminen	Mahdollisuus siirtyä organisaatiokeskeisyydestä kohti kansalaisen osallisuutta, yksilöllisiä ratkaisuja, asiakkaan aktiivista roolia
Teknologiset tekijät	Teknologisen kehityksen kiihtyminen Tiedon saannin helppous Sähköisten järjestelmien kehittyminen Uusien tiedonvälitysmuotojen kehittyminen	Tiedon monipuolinen hyödyntäminen yli organisaatorajojen Mahdollisuudet lisätä asiakkaan omaa vastuuta terveydestä ja hyvinvoinnista Teknologian (ml. robottien) hyödyntäminen kliinisessä työssä ja palveluissa
Ympäristö	Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut turvattava myös tulevaisuudessa, kestävyysvaje	Paine uusille toimintamalleille, nykyjärjestelmä ei kestä ajan haastetta Paine huolehtia harvaanasuttujen alueiden palveluista ja elinvoimaisuudesta
Lainsäädännölliset tekijät	EU-lainsäädännöstä paineita kansalliselle lainsäädännölle laajentaa valinnanvapautta ja terveydenhuoltopalvelujen käyttöä yli rajojen	Valinnanvapausjärjestelmän ja rajat ylittävän terveydenhuollon säädösten ja käytäntöjen kehittäminen

(Esim. Sipilä 2016, Häikiö ym. 2011.) Tavoitteena ollut sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä, jonka käyttöä eivät rajoita palvelua tarvitsevan henkilön taloudellinen asema, sosiaalinen tausta tai asuinpaikka, ei ole Suomessa kuitenkaan täysin onnistunut. Nykyjärjestelmän heikkoudet tunnetaan hyvin: palveluiden saatavuudessa ja laadussa on maantieteellisiä ja sosioekonomisia eroja (esim. OECD 2015a, STM 2014a, Erhola ym. 2013).

EU:lla ja erityisesti Euroopan komissiolla on sisämarkkinoiden korostumisen kautta yhä enemmän vaikutusta kansallisiin poliittisiin ratkaisuihin ja kasvavasti myös julkisen sektorin markkina-ajatteluun. Tämä on johtanut elinkeinopoliitiikan korostumiseen myös sosiaali- ja terveydenhuollossa. (Esim. Ylikoski 2014, Yliaska 2010, Ollila & Koivusalo 2009.) Julkisen ja yksityisen raja-aidan madaltamista, tehokkuutta, läpinäkyvyyttä sekä toiminnan tuloksia painottavat kansainväliset kehityssuunnat, kuten uusi julkisjohtaminen (New Public Management, NPM), ovat rantautuneet Suomeen hitaasti 1990-luvulta lähtien. Sipilän hallitusohjelman (29.5.2015) käynnistämä valinnanvapauskeskustelu noudattaa NPM-ajatussuunnalle tyypillistä keskustelua, jossa painottuvat teoreettiset lähtökohdat ja tehokkuuden ja tuottavuuden paranemiseen liittyvät oletukset, joiden paikkansapitävyyttä ei toistaisesti ole pystytty tutkimuksin todentamaan (esim. Yliaska 2014, Ylikoski 2014, Tritter 2009).

Taloudelliset tekijät kietoutuvat hyvin pitkälle sosiaalisiin tekijöihin ja haastavat julkisen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kestävyttä (esim. Sitra 2015). Sosiaaliset ja taloudelliset tekijät liittyvät erityisesti ikääntymiseen ja kroonisten sairauksien tuoman kuorman kasvuun, jotka näkyvät huoltosuhteen heikentymisenä sekä kestävyysvajeen kasvuna (esim. Erhola ym. 2013). Lisäksi nykyinen monikanavainen rahoitusmalli vaikeuttaa nykyjärjestelmän kokonaisvoimavarojen kohdentamista taroituksenmukaisesti asiakkaiden todellisiin tarpeisiin. Esiin nousee myös väistämättä kysymys siitä, mitä osaa palveluista ja kasvavasta kysynnästä tulisi kattaa julkisin verovaroin (esim. Sipilän hallitusohjelman palvelulupaus 2015, Sitra 2015). Nykyinen järjestelmäkeskeinen toimintamalli koetaan usein tehottomaksi ja jäykäksi, ja samalla asiakkaan valinnanvapaus nähdään mahdollisuutena valjastaa sen keskeiset rakennusaineet muutoksen käyttövoimaksi (esim. Sitra 2015, Tuorila 2015, Ekström ym. 2014, STM 2014a, Erhola ym. 2013).

Valinnanvapaus saa kannatusta suurena kulttuurisena, paradigmatason muutoksena, joka avaa mahdollisuuksia vahvistaa väestön, asiakkaiden ja potilaiden roolia suhteessa palvelujärjestelmään (esim. Kunnallisan Kehittämissäätö 2015, TEM 2015a). Näkemyksissä korostuu asiakkaan tai potilaan muuttuminen passiivisesta toimijasta kohti aktiivista, yksilöllisiä valintoja tekevää asiakasta, jolloin myös valtasuhteet viranomaisen ja asiakkaan välillä muuttuvat. Näkemyksissä lähennyttään myös kuluttaja-asiakasta, jolla tarkoitetaan henkilöä, joka käyttää palveluja omien tarpeidensa tyydyttämiseen (Ollila ja Koivusalo 2009). Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriö (2014b) on omissa esityksissään nostanut valinnanvapauden laajentamisen keskeiseksi perusteluksi eurooppalaisen trendin, jolla pyritään aikaansaamaan kulttuurimuutos organisaatiokeskeisestä palvelujärjestelmästä kohti asiakaskeskeistä, asiakkaiden roolia ja palvelukokemuksia korostavaa palvelujärjestelmää. Sosiaalipalvelujen näkökulmasta kuitenkin korostetaan, että valintojen taustalla vaikuttaa eri tahojen harkintavalta (esim. Kalliomaa-Puha ym. 2014).

Teknologiset muutokset ja uudenlaiset kansalaisille avoimet verkkopalvelut avaavat merkittäviä mahdollisuuksia parantaa tiedon siirtymistä yli organisaatorajojen ja asiakkaan ja organisaation välillä. Parhaillaan on kehitteillä monia uudentyypisiä sähköisiä järjestelmiä, jotka toimivat valinnanvapautta edistävien toimintamallien tukena. Lisäksi asiakkailla on lisääntyvästi mahdollisuus saada tietoa oman hoitonsa ja valintojensa tueksi. Tietojen hyödyntäminen edellyttää useimmiten taitoa käyttää sähköisiä järjestelmiä, mikä voi olla haastavaa erityisesti iäkkäämmille palvelun käyttäjille.

Valinnanvapauden kannalta merkittävimpiä verkkopalveluja Suomessa ovat kansallinen terveysarkisto Kanta terveydenhuollon organisaatioille ja Omakanta terveydenhuollon asiakkaille, *hoitopaikanvalinta.fi*, joka sisältää kansalaisille suunnattua tietoa valinnanvapaudesta, *palveluvaaka.fi*, joka tarjoaa tietoa hoitopaikoista ja mahdollistaa tulevaisuudessa tuottajien vertailun (tiedot tuottajista ovat täydentymässä), sekä *omahoitopolut.fi*, jossa on kootusti tutkittua tietoa terveydestä ja hyvinvoinnista ja jonka kautta voi tehdä testejä selvittääkseen oman lähtötilanteensa. Lisäksi tarjolla on jo vuosia toiminut *terveysportti.fi*, jonka terveyskirjasto tuo vertaisarvioitua ja ajantasaista tietoa terveydestä ja sairauksista jokaisen suomalaisen ulottuville. Näiden valinnanvapauden tuen kannalta tärkeimpien kansallisten sivustojen lisäksi on muita kuntien ja yritysten ylläpitämiä sivustoja, joissa esitellään hoitopaikan valintaa, omahoitoa ja elämäntapavalintoja. Mahdollisuuksia uudennaisiin asiointitapoihin sekä keinoja tukea asiakkaan lisääntyvää vastuuta omasta terveydestä ja hyvinvoinnista kehitetään parhaillaan eri puolilla Suomea.

Suomessa valinnanvapautta tukevien uudenlaisten, palveluntuottajien vertailun mahdollistavien indikaattoreiden kehittämistä on hidastanut avoimen vertailutiedon vähäisyys (esim. VATT 2014). Vertailutieto on kuitenkin keskeinen edellytys sille, että asiakas voi tehdä tietoon nojaavia valintoja. Vertailutietoa tarvitaan myös kannustamaan tuottajia investoimaan laatuun kilpailuvalttina (Jonsson ja Virtanen 2013a).

Ympäristö. Suomalaista yhteiskunnallista keskustelua on jo pitkään hallinnut keskustelu kestävyysvajeesta, joka syntyy, kun julkisten menojen arvioidaan pitkällä aikavälillä ylittävän julkiset tulot. Erityisesti väestörakenteen muutos tulee vaikuttamaan julkisen sektorin menojen voimakkaaseen kasvuun. Uhkana on, että nykyisellä sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantorakenteella ei pystytä tuottamaan vanhenevan väestön tarvitsemia palveluja. (Hallitusohjelma 29.5.2015.)

Suomessa on meneillään myös pitkä hitaan kasvun kausi, jolla on yhteydet sekä globaalin rahatalouden muutoksiin että Suomen viennin kannalta epäedulliseen tuotantorakenteeseen. Tästä aiheutuu epävarmuutta työmarkkinoilla, pitkäaikaistyöttömyyttä sekä väestön muuttoliikettä maaseudulta kasvukeskuksiin. Poliittinen paine huolehtia mm. harvaan asuttujen alueiden palveluista ja elinvoimaisuudesta on kasvanut, ja sen voi tulkita näkyvän mm. hallituksen linjauksessa 18 itsehallintoalueesta ja sote-uudistuksesta (Hallituksen linjaus 7.11.2015).

Lisäksi kansalaisten osaamisen ja sitä kautta vaatimustason kasvu asettaa palvelujärjestelmälle uudenlaisia haasteita mutta antaa myös mahdollisuuksia. Suuri osa väestöstä on aiempaa halukkaampia huolehtimaan itse hyvinvoinnistaan, kunhan palvelujärjestelmä tukee ja antaa siihen mahdollisuuden.

Lainsäädännön muutokset. Vaikka EU:lla ei ole toimivaltaa sosiaali- ja terveyspolitiikkaan liittyvissä kysymyksissä, on EU:n toimilla kuitenkin ollut vaikutusta jäsenvaltioiden järjestelmiin myös tällä alueella. EU:n sisämarkkinasäätely korostaa vapaiden palvelumarkkinoiden merkitystä ja kilpailuneutraliteettia yritysten, kolmannen ja julkisen sektorin välillä (esim. Palola 2011). Suomessa mm. palvelusetelilainsäädäntö (Ollila ja Koivusalo 2009), terveydenhuollon valinnanvapaus sekä rajat ylittävän terveydenhuollon säädösten kehittäminen on ollut jatkumoa eurooppalaiselle kehitykselle (STM 2014b).

Keskeiset jännitteet liittyvät Suomen järjestelmälahtoisuuteen, ja potilasdirektiivin toteutuminen on osoittautunut haasteelliseksi (Tuorila 2015, Ollila ja Koivusalo 2009). Toistaiseksi EU-tason lainsäädännöllä ja säädösten toteutumisella on ollut vain vähän vaikutuksia vallalla oleviin kansallisiin toimintamalleihin ja siksi valinnanvapauden edellyttämän uuden toimintamallin oletetut taloudelliset ja terveyspoliittiset hyödyt jäävät mahdollisesti saavuttamatta. Selkeitä muutoksia tarvitaan myös, jotta valintaoikeudet toteutuisivat tasa-arvoisesti. Järjestelmätason ongelmat kiteytyvät hajanaiseen kansalliseen lainsäädäntöön, joka ei vielä tue valinnanvapauden kannalta toimivaa kokonaisuutta. (Tuorila 2015, Jonsson ja Virtanen 2013 a & b.)

Yhteenvetoa

Muutoksen monitasonäkökulma (esim. Geels 2002) sekä muutosten jäsentäminen kolmeen eri tavalla toteutuvaan muutostyyppiin (esim. Geels ja Kemp 2007) on kehitetty kuvaamaan muutosta sosiaalitieteellisen innovaatiotutkimuksen näkökulmasta. Jäsenysten avulla voidaan tarkastella valinnanvapauden liittyvää järjestelmän muutosta ja eri toimintatasojen vuorovaikutusta. Niiden kautta on myös mahdollista tarkastella, miten Suomessa voidaan rakentaa yhteiskuntaa ja kansalaisia hyvin palvelevaa sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmä.

Tarve laajentaa valinnanvapautta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa johtuu monista erilaisista ja eri tasoilla vaikuttavista tekijöistä ja niiden välisestä vuorovaikutuksesta. Valinnanvapauden hyväksyminen Suomessa järjestelmätason toimintamalliksi on seurausta erityisesti muutoksista laajemmassa toimintaympäristössä. Toistaiseksi vain EU:n potilasdirektiivissä (2011/24/EU) on ollut aikarajoja lainsäädännön ja käytäntöjen kehittämiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa järjestelmätasolla (laki rajat ylittävistä terveydenhuollosta 1201/2013).

Vaikka suomalaiseen järjestelmään heijastuneet muospaineet ovat jo pitkään olleet suuria, on niihin toistaiseksi vastattu ensisijaisesti pienillä muutoksilla ja järjestelmän hienosäädöllä. Myöskään monet alueelliset kokeilut tai innovaatiot eivät ole johtaneet järjestelmätason uusiin, vakiintuneisiin käytäntöihin. Analyysi kuitenkin nostaa esiin tarpeen radikaalimpaan muutokseen, jonka kautta voitaisiin vastata toimintaympäristön asettamiin haasteisiin ja siirtyä kokonaan uudenlaiseen järjestelmään (*transition*).

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelma (29.5.2015) ja myöhemmin sote- ja aluehallintoa koskevat linjaukset (7.11.2015 ja 5.4.2016) kertovat hallituksen nyt tavoittelevan radikaalia uudistusta, joka saattaa johtaa kokonaan uudenlaiseen järjestelmään. Onnistuakseen tämä edellyttää uskallusta muuttaa nykyisiä valtasuhteita ja rakentaa valinnanvapautta tukevia uusia toimintamalleja sekä jatkuvaa kehittämistä, jota tuetaan kokeiluilla sekä alueellisilla innovaatioilla.

Tässä tutkimuksessa asiakkaan muuttumista hallintoalamaisesta aktiiviseksi valintoihin kykeneväksi toimijaksi” pidetään laajan järjestelmämuutoksen kannalta keskeisenä. Valinnanvapaus vahvistaa asiakkaan roolia palvelujärjestelmässä. Siirtyminen uudenlaiseen järjestelmään ja kyky hyödyntää valinnanvapautta laajemman muutoksen käyttövoimana edellyttää, että asiakas pystyy aidosti toimimaan uudessa roolissaan ja tekemään valintoja, jotka ovat hänelle itselleen tärkeitä.

2 Valinnanvapauteen liittyvät uskomukset

MAIJALIISA JUNNILA JA ANNE WHELLAMS

Suomessa asiakkaiden valinnanvapaudesta käytiin ensimmäisen kerran systemaattisempaa keskustelua 1990-luvun alkupuolella (Pekurinen ym. 1997 a & b, VATT 1995, OECD 1993, Suomen lääkäriliitto 1992). Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa kunnat saivat lisää itsenäistä päätäntävaltaa palveluiden järjestämisessä. Valtio tuki palvelujen uudistumista lainsäädännöllä, kuten mahdollistamalla palvelujen toteuttamisen ostopalveluna ja tukemalla omalääkäri- ja palvelusetelikokeiluja. Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksien laajentaminen ja kunnallisen itsemääräämisoikeuden lisääminen nähtiin keinoina hillitä kustannusten kasvua ja parantaa tuottavuutta. Keskustelussa asiakkaan valinnanvapauden lisääminen liitettiin ennen kaikkea kilpailuretoriikkaan ja siinä erityisesti tilaaja-tuottajamalleihin sekä palveluseteleihin. (Pekurinen ym. 1997a ja b.)

Palvelusetelikokeilujen perusteella tuottajien arveltiin vastaavan kuntalaisten tarpeisiin kaikkein herkimmin silloin, kun asiakkaat valitsevat tuottajan omatoimisesti (VATT 1995). Valinnanvapaudesta 1990-luvulla käyty keskustelu ja siihen liittyvät kokeilut johtivat vasta seuraavina vuosikymmeninä asiakkaiden ja potilaiden valinnanvapauden konkreettiseen edistämiseen lainsäädännön kautta.

Valinnanvapauteen liittyvää keskustelua käytiin jonkin verran 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen lopulla, jolloin uudistettiin palvelusetelilainsäädäntöä ja valmisteltiin terveydenhuoltolaki, joissa molemmissa korostettiin asiakkaan valinnanvapautta. Viime vuosina valinnanvapauteen liittyvää keskustelua on käyty vilkkaasti. Se lisääntyi erityisesti vuoden 2015 eduskuntavaalien alla ja sai uutta vauhtia, kun pääministeri Sipilän hallitusohjelmaan kirjattiin valinnanvapausmallin selvittäminen ja tarvittavien lakimuutosten toteuttaminen hallituskaudella (Hallitusohjelma 29.5.2015). Keskustelu on paljolti ollut ideologista ja painottunut näkemyksiin yksityisten toimijoiden roolista valinnanvapauden mahdollistajina tai vastustajina.

Valinnanvapauteen liittyviä näkemyksiä on perusteltu erityyppisillä valinnanvapauteen yhdistetyillä *uskomuksilla*. Nämä myönteiset ja kielteiset uskomukset heijastavat usein kansainvälisiä kokemuksia valinnanvapaudesta sekä eri maissa käytyjä keskusteluja. Uskomuksilla viitataan tässä subjektiivisiin käsityksiin ja tietoihin, joita

ei aina voida perustella objektiivisesti. ”Uskomukset (*beliefs*) muodostuvat yksilön subjektiivisten kokemusten pohjalta ja ovat pysyviä havainnointitapoja, jotka tavalisesti sisältävät myös tunnelatauksen. Käsitteet (*conceptions*) ymmärretään yksilön tietoisina uskomuksina, joille yleensä voidaan antaa myös perustelu.” (Pehkonen 2003:37.) Platonin esittämän perinteisen tiedon määritelmän mukaan ”tieto on hyvin perusteltu tosi uskomus”.

Valinnanvapauteen liittyvät uskomukset nousevat esiin usein irrallisina väittäminä, ilman laajempaa pohdintaa niiden syntyyn vaikuttaneista tekijöistä, kuten kohdemaan terveydenhuoltojärjestelmän rakenteesta, valinnanvapaudelle asetetuista tavoitteista, käytäntöön viennin epäkohdista tai tutkimusnäytön puuttumisesta. Uskomukset myös helposti yleistetään koskemaan valinnanvapautta yläkäsitteenä, yksittäisten valintaoikeuksien sijaan. Seuraavassa tarkastellaan neljän viime vuoden aikana julkisessa keskustelussa, mielipidepainotteisissa julkaisuissa sekä joissakin tutkimuksissa esiin tuotuja myönteisiä ja kielteisiä uskomuksia valinnanvapaudesta. Tarkastelua jäsennetään seitsemään kohtaan, joista kolme koskee asiakkaan ja neljä tuottajan tai järjestäjän näkökulmaa. Tarkastelun tulos on tiivistetty taulukkoon 2.1.

Asiakkaan asema ja osallisuus

Asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä perustellaan usein asiakaslähtöisyyden lisäämisellä (esim. Ekström ym. 2014, Hovi ym. 2014, STM 2014a, Paasovaara ym. 2012). Osallisuuden ja vastuun omasta terveydestä ja hyvinvoinnista ajatellaan kasvavan, kun asiakas voi itse valita käyttämänsä palvelut. Tämän uskotaan lisäävän tyytyväisyyttä, hoitomyönteisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Terveydenhuoltolain ja palvelusetelin mahdollistaman valinnan lisäksi Suomessa on kokeiltu myös henkilökohtaisia budjetteja erityisesti vammais- ja vanhustenpalveluissa. Kokemukset ovat olleet pääosin myönteisiä. Henkilökohtaisten budjettien on nähty parantavan asiakkaan asemaa, erityisesti itsemääräämisoikeuden kunnioittamisen lisääntyessä (esim. Ahlsten ym. 2014, Eriksson 2013, Soini ym. 2013, Patronen ym. 2012).

Asiakkaiden oikeudesta tehdä valintoja julkisessa terveydenhuollossa on keskusteltu niukasti. Julkinen keskustelu valinnanvapaudesta on painottunut paljolti yritysten oikeuksiin tarjota palveluja julkisten tuottajien rinnalla. Tätä on perusteltu palvelujen monipuolistumisella ja aidon valinnanvaran tarjoamisena asiakkaille (esim. Ekström ym. 2014, Erhola ym. 2013). Keskustelussa on kuitenkin usein sivuutettu se tosiasia, että julkisen rahan ulottaminen yksityisille tuottajille edellyttää rahoitusuudistusta sekä kokonaan uusien pelisääntöjen luomista palvelujen järjestämiseen. Lisäksi Suomessa on vielä hyvin vähän palveluntuottajien vertailun mahdollistavaa aivointa tietoa.

Keskusteluissa nostetaan usein esille, että kaikki asiakasryhmät eivät kykene tekemään valintoja (esim. Aula Research 2014b, Hovi ym. 2014, Tuorila 2015). Konkreettisia toimintamalleja, joiden kautta asiakasta voidaan kuulla ja tukea valintojen

TAULUKKO 2.1. Kotimaisessa keskustelussa valinnanvapauden liitettyjä uskomuksia

Myönteisiä uskomuksia	Alue	Kielteisiä uskomuksia tai pelkoja
Asiakaslähtöisyys, tyytyväisyys ja hyvinvointi lisääntyvät, kun asiakkaiden toiveiden merkitys kasvaa. Osallisuus ja vastuu terveydestä ja hyvinvoinnista kasvavat, kun asiakas voi valita.	Asiakkaan asema ja osallisuus	Kaikki kansalaiset eivät osaa valita. Asiakkaan liika aktiivisuus voidaan tulkita hankaluutena. Valinnanvapaus ei ole kannuste vaan hallinnollisiin rakenteisiin kohdistuva uhka, joka vain lisää työtä. Suositut palveluntuottajat ruuhkautuvat. Terveysaseman vuosittainen valintaoikeus rajoittaa valinnanvapautta.
Palveluiden saatavuus, saavutettavuus ja monipuolisuus paranevat, kun erilaisten palveluntuottajien määrä kasvaa. Hoitoon pääsy nopeutuu myös syrjäseuduilla.	Alueellinen tasa-arvo	Valinnanvapaus lisää alueiden välistä eriarvoisuutta. Etäisyys hoitoon voi kasvaa, kun tuottajat keskittyvät suuriin yksiköihin. Tuottajat keskittävät palvelut kysynnän mukaan. Harvaan asutuilla seuduilla ei riitä palveluntuottajia tai kilpailua.
Valinnanvapaus vähentää sosiaalista epätasa-arvoa ja lisää oikeudenmukaisuutta, kun myös ne, joilla ei ole varaa ostaa yksityisiä palveluita, voivat saada vaihtoehtoja. Pitkäaikaiset asiakassuhteet vahvistuvat, koska asiakkaat voivat valinnoillaan suosia tuottajia palveluntuottajia. Palveluseteli laajentaa valinnan vaihtoehtoja.	Sosioekonomisen tasa-arvo	Heikot asiakasryhmät eivät kykene tai osaa hyödyntää valinnanvapautta. Riskinä on, että palvelut muotoutuvat niiden käyttäjien mukaan, jotka osaavat hyödyntää valinnanvapautta. Asiakkaat eivät ymmärrä valintojen seurauksia, ja he voivat tehdä haitallisia valintoja. Palveluseteli lisää eriarvoisuutta, jos se kattaa vain osan kuluista ja siihen liittyvät käytännöt vaihtelevat eri kuntien välillä.
Palveluiden laatu, joustavuus ja saatavuus paranevat, koska asiakkaat voivat suosia laadukkaampia tuottajia ja huonompien toimintaedellytykset heikentyvät. Valinnanvapaus kannustaa tuottajia kehittämään toimintaansa ja investoimaan.	Tuottajan toiminnan tehostuminen	Valinnanvapaus on keino saada kannatusta ulkoistamiselle. Se saattaa johtaa kermankuorintaan, jolloin yksityiset tuottajat valikoivat helppohoitoiset asiakkaat. Palvelujen mitoittaminen ja tuottamisen suunnittelu vaikeutuvat, jos merkittävät potilasmäärät vaihtavat hoitopaikkaa. Parhaimmat yksiköt ruuhkautuvat, ja muilla voi olla vajaakäyttöä.
Valinnanvapaus johtaa kilpailuun, joka vaikuttaa myönteisesti palvelutarjontaan, potilasturvallisuuteen, hoidon laatuun ja hoitojoihin ja vahvistaa asiakkaiden luottamusta julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään.	Monituottajuus ja kilpailu	Julkinen sektori rapautuu. Kilpailu voi johtaa resurssien tehostamiseen tai epätasaiseen käyttöön, laadun heikkenemiseen tai kilpavarusteluun. Valinnanvapaus on nimellistä, jos lähialueiden palveluntuottajat ovat ylikuormittuja. Kilpailu ei sovi sote-palveluihin, koska niissä on kyse terveydestä ja hyvinvoinnista.
Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset pienenevät. Resurssit voidaan kohdentaa tarkoituksenmukaisesti asiakkaiden tarpeiden ja toiveiden mukaan.	Kustannukset	Valinnanvapaus lisää järjestelmän kustannuksia ja voi johtaa kilpavarusteluun. Jos palveluntuottajille maksetaan suoritteista, tuottajilla on kannuste tarjota turhia tutkimuksia ja palveluita. Verovarojen käyttö voi ohjautua yksittäisten yritysten voittoihin eikä järjestelmän kehittämiseen. Yksityiset tuottajat nostavat hintojaan.
Palveluntuottajien vertailun mahdollistava tieto ohjaa asiakkaiden valintoja, ja nämä valinnat kannustavat tuottajia kehittämään asiakkaille tärkeitä ominaisuuksia.	Valinnanvapautta tukeva tieto	Asiakkaat eivät osaa hyödyntää tietoa päätöksenteon tukena. Palveluntuottajien vertailun mahdollistavan tiedon julkaiseminen voi johtaa keinotteluun myönteisten tulosten saavuttamiseksi ja huomion kiinnittymiseen epäolennaisiin asioihin.

tekemisessä, on toistaiseksi esitetty vähän. Valinnanvapauden näkökulmasta on tärkeää, että asiakasta ei jätetä valintatilanteessa yksin (Sitra 2015), ja keskeinen osa valinnanvapauden toimintamallia on vertailun mahdollistavan tiedon saaminen sekä päätöksentekoon liittyvä tuki ja ohjaus (Whellams 2016). Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että asiakasohjauksen tulisi olla valinnanvapauden keskiössä niin, että kukaan apua tarvitseva ei jää yksin valinnanvapauden liittyvien päätösten kanssa (Sitra 2015, Ekström ym. 2014). Nykyisin palveluohjaus ja asiakkaan osallistuminen omaa palveluaan koskevaan päätöksentekoon on esillä erityisesti henkilökohtaisiin budjetteihin liittyvissä kehittämishankkeissa (esim. Patronen ym. 2012, Soini ym. 2013). Myös näissä hankkeissa palveluntuottajien vertailu on osoittautunut hankalaksi.

Kirjallisuuden pohjalta muodostuu käsitys, että nykyjärjestelmässä asiakkaita ei ole juuri kannustettu käyttämään valintaoikeuksiaan ja valitseminen on tehty käytännössä vaikeaksi. Asiakkaan aktiivisuus voidaan nähdä vaativuutena tai hankaluutena (esim. Isotalo ym. 2015, Valkama 2012), joka uhkaa hallinnon rakenteita sekä lisää työtä ja resurssien epätasapainoa sen sijaan, että se kannustaisi tuottajia kehittämään toimintaa asiakkaiden valintojen perusteella (esim. Tuorila 2015). Erityisesti asiakkaan oikeutta valita häntä hoitava ammattihenkilö on pidetty keskusteluissa esillä vain vähän. Organisaatioissa tätä oikeutta on pidetty hankalana, koska suosituille lääkäreille voi kehittyä jonoa ja näin hoitotakuun toteuttaminen voi vaarantua.

Alueellinen tasa-arvo

Alueellisen tasa-arvon näkökulmasta valinnanvapautta perustellaan usein palveluiden saatavuuden, laadun ja monipuolisuuden parantumisella. Esimerkiksi kunta-vaikuttajille suunnatun kyselyn mukaan palvelujen laadun ja saatavuuden uskotaan paranevan, kun erilaisten palveluntuottajien määrä kasvaa valinnanvapauden laajentuessa (Aula Research 2014a). Kansalaiset puolestaan olettavat palvelujen saatavuuden, saavutettavuuden ja laadun paranevan sekä hoitoon pääsyn nopeutuvan, kun palveluntuottajia on enemmän (Aula Research 2014b).

Vasta-argumenttina on esitetty, että yksityinen palvelutarjonta keskittyy kysynnän mukaan, joten todellista valinnanvaraa on tarjolla vain siellä, missä on riittävästi kysyntää (Tuorila 2015, Aula Research Oy 2014a & b, STM 2014a). Sekä julkisten että yksityisten palvelujen keskittymistä kysynnän mukaan pidetään keskusteluissa useimmiten todennäköisenä kehityskulkuna. Palveluiden keskittymisen suuriin yksiköihin nähdään kasvattavan etäisyyksiä ja siksi hankaloittavan erityisesti pitkäaikaissairaiden tai iäkkäämpien hoitoon pääsyä (STM 2014a). Valinnanvapaus näyttää usein alueellisen tasa-arvon näkökulmasta uhkalta niillä alueilla, joille ei uskota muodostuvan riittävää palveluntuotantoa tai kilpailua. Toisaalta kuitenkin myös uskotaan, että harvaan asuttujen alueiden asukkaat hyötyvät paremmasta hoidon laadusta sekä lyhemmistä jonotusajoista. Keinoja, joilla valinnanvapautta ja siihen liittyvää kilpailua voidaan tukea myös syrjäseuduilla, on toistaiseksi esitetty julkisessa keskustelussa hyvin vähän.

Sosioekonominen tasa-arvo

Sosioekonomisen tasa-arvon arvellaan kaventuvan ja oikeudenmukaisuuden lisääntyvän erityisesti siinä tapauksessa, että julkiset ja yksityiset palveluntuottajat saatetaan yhtäläiseen asemaan, minkä uskotaan tuovan valinnanvaihtoehtoja myös heikommin toimeen tuleville. Esimerkiksi palvelusetelin myötä kaikilla on ainakin teoriassa mahdollisuus valita julkinen tai vastaava yksityinen palvelu. Nykypäivänä palvelusetelikäytännöt kuitenkin vaihtelevat kunnittain (Lith 2014, lainattu TEM 2015b, Nemlander & Sjöholm 2012). Päätös palvelusetelin käyttöönotosta on kuntakohtainen, ja niiden käyttökohteet, sisällöt, ehdot sekä asiakkaalle kohdistuvat kustannukset vaihtelevat (Kuusinen-James 2012). Jos palveluseteliin mahdollisesti liittyvä omavastuu on asetettu kovin korkealle tasolle, eivät vähävaraisemmat asiakasryhmät välttämättä kykene niitä hyödyntämään (esim. Kuusinen-James 2012, Linnosmaa 2012). Tämän uskotaan lisäävän eriarvoisuutta. Suuren omavastuun uskotaan mahdollisesti johtavan siihen, että palvelutuotanto muokkautuu niiden käyttäjien mukaan, jotka osaavat ja kykenevät hyödyntämään valinnanvapautta (Tuorila 2015).

Esimerkiksi Aula Research Oy:n kyselytutkimuksissa kuntavaikuttajien suurimmat huolenaiheet liittyivät eriarvoisuuden lisääntymiseen, kokonaiskustannusten nousuun sekä julkisen sektorin rapautumiseen. Kansalaisten huolena painottuivat terveydenhuollon kokonaiskustannusten nousu, parhaimpien palvelutarjoajien ruuhkautuminen sekä asuinpaikkaan tai varallisuuteen perustuvan eriarvoisuuden kasvu. (Aula Research Oy 2014a ja b.)

Valinnanvapautta pidetään myös helposti eriarvoistavana, koska kaikki kansalaiset eivät ole yhtä kykeneviä päätöksentekoon. Erityisesti Ekström ym. (2014) pitävät valinnanvapautteen liitettyjä eriarvoistumisargumentteja vaikeasti ymmärrettävinä. He painottavat, että kun osa väestöstä hyödyntää valinnanvapautta monipuolisesti, niin samalla voi myös suhteellisesti huono-osaisemman pääsy lääkärille tulla entistä helpommaksi. Lisäksi erityisesti Hovi ym. (2014) nostavat esiin näkökulman siitä, että valinnanvapaus soveltuu parhaiten palveluihin, joita on helpompi tuottaa tai määritellä ja joissa päätöksentekoon liittyvä epävarmuus sekä tiedon epätasapaino potilaan ja ammattihenkilökunnan välillä on mahdollisimman pieni tai hallittavissa. Lisäksi keskustelussa nousee esiin erityyppiset palveluntuottajien hyväksymismenetyt, joilla turvataan valintojen kohdistuminen turvallisiin palveluntuottajiin.

Tuottajien toiminnan tehostuminen

Valinnanvapauden keskeisenä hyötynä pidetään myös tuottajien toiminnan tehostumista sekä palvelujen laadun, joustavuuden ja saatavuuden paranemista, koska asiakkaiden arvellaan suosivan valinnoillaan laadukkaimpia palveluntuottajia. Samalla huonoimpien tuottajien toimintaedellytykset heikkenevät. (Esim. Tuorila 2015, Hovi ym. 2014, Ekström ym. 2014, Jonsson ja Virtanen 2013a.) Valinnanvapauden olete-

taan kannustavan palveluntuottajia kehittämään palveluitaan ja investoimaan niihin (Saxell 2014). Tämä kuitenkin edellyttää, että organisaatiot kykenevät muuttumaan kansalaisten valintojen mukaisesti (Jonsson ja Virtanen 2013b).

Joissakin puheenvuoroissa valinnanvapaus rinnastetaan palveluiden yksityistämiseen, sitä pidetään keinona saada kannatusta palveluiden ulkoistamiselle. On myös epäilty, että yksityisten palvelujen tuominen julkisen rinnalle johtaa ”kermankuorintaan”, jolla tarkoitetaan sitä, että yksityiset tuottajat valitsevat helppohoitoiset asiakkaat (esim. Pitkänen & Pekola 2016, Ahonen ym. 2015, Taimio 2015, Ahlstrén ym. 2014). Uhkakuvien nostaminen keskusteluun on tärkeää, koska Suomessa valinnanvapausjärjestelmälle ei vielä ole laadittu kansallisia tavoitteita tai yhtenäisiä pelisääntöjä ja niihin liittyviä toimintamalleja.

Valinnanvapauden myönteisistä vaikutuksista tuottajien toimintaan on myös keskusteltu. THL:n Jonottamatta hoitoon -aloitteessa valinnanvapaus nähtiin kehityksen käyttövoimana ja systeemiä ohjaavana arvona. Aloitteessa ehdotettiin, että perusterveydenhuollon palveluntuottajiksi hyväksyttäisiin myös yksityisiä palveluntuottajia kaikkia koskevien yhteisten hyväksymiskriteerien kautta. (Erhola ym. 2013.) Mediuutisissa on raportoitu, kuinka Satakunnan sairaanhoitopiirissä pyritään ehkäisemään asiakkaiden siirtymistä muiden sairaanhoitopiirien asiakkaiksi panostamalla laatuun ja työviihtyvyyteen (Jauhiainen 2015). Espoossa on havaittu, että terveysasemien ulkoistus on johtanut oman tuotannon samanaikaiseen kehitykseen. Osa asiakkaista onkin siirtynyt yksityiseltä toimijalta takaisin läheiselle julkiselle terveysasemalle. (Ruuska 2014.)

Monituottajuus ja kilpailu

Valinnanvapauteen liittyvän eri toimijoiden välisen kilpailun uskotaan synnyttävän palveluntuottajille kannusteita kehittää palveluja asiakkaiden arvostusten mukaisiksi ja vaikuttavan näin myönteisesti palvelutarjontaan, kustannustehokkuuteen, hoidon laatuun ja hoitoon pääsyyn (esim. Pitkänen & Pekola 2016, Ekström ym. 2014, Hovi ym. 2014). Kilpailun vaikutukset riippuvat monista tekijöistä, kuten tuottajien taloudellisista tavoitteista ja muista ominaispiirteistä. Valinnanvapauteen liittyvän kilpailun uskotaan voivan johtaa tuottajien väliseen kilpavarusteluun henkilökunnasta, laitteista ja oheispalveluista. Tuottajat voivat tehdä investointeja, jotka maksavat yhteiskunnalle enemmän kuin asiakkaat niistä hyötyvät. (Saxell 2014.)

Vilkasta julkista keskustelu on käyty myös siitä, kuka tuottaa tulevaisuudessa suomalaisten julkisesti rahoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut ja kuinka riittävä valinnanvara turvataan myös harvaan asutuilla alueilla. Keskeinen kysymys on ollut se, pääsevätkö yksityiset yritykset ja kolmas sektori tasavertaisesti mukaan tuottamaan julkisesti rahoitettuja palveluja. Esimerkiksi Ekström ja Pohjonen (2014) toteavat, että aitoa valinnanvapautta ei voida toteuttaa, mikäli julkisomisteiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat eivät ole samalla viivalla. He pitävät myös mahdollisena pitäytymistä nykyjärjestelmässä, jossa palvelutuotanto olisi julkinen monopoli.

Kysymys yksityisen roolista jakaa kuitenkin mielipiteitä, ja keskustelu kuvastaa hyvin käynnissä olevaan sote-uudistukseen liittyvää epävarmuutta. Esimerkiksi THL:n Jonottamatta hoitoon -aloitteessa esitettiin, että yksityisiä palveluntuottajia voitaisiin hyväksyä perusterveydenhuollon palveluntuottajiksi kaikkia koskevien yhteisten hyväksymiskriteerien kautta. Tämä vaatii toiminnan reunaehtojen määrittämistä myös muille osatekijöille kuten sille, miten raha seuraa asiakkaan valintoja eri tuottajien välillä. Aloitteessa rajattiin, että julkisten organisaatioiden vastuulle jäisi viranomaistehtävät sekä hätävalmiuden ylläpito. Laajassa kansallisessa yhteistyössä valmistellussa aloitteessa esitettiin myös, että työterveyshuolto keskittyisi jatkossa perustehtäväänsä työperäisten sairauksien ehkäisyyn, joten sen rooli sairauksien hoidossa pienenesi. Tämän katsottiin vapauttavan voimavaroja muun perusterveydenhuollon palvelutuotantoon. (Erhola ym. 2013.) Suomen yrittäjät (2016) ja monet ammattiliitot ovat pitäneet tärkeänä työterveyshuollon pitämistä ennallaan.

Sitran visioimassa yksikanavaisessa rahoitusmallissa keskeisenä apuvälineenä toimivat palvelupaketit, joiden kautta asiakas voi valita haluamansa palveluntuottajan yli sektorirajojen. Mallissa kannusteet kohdentuvat laadullisiin tekijöihin sekä toiminnan tuloksiin. (Sitra 2015.) Kilpailu- ja kuluttajavirasto (Tuorila 2015) on esittänyt, että sote-uudistuksen tulisi pohjautua potilaskeskeisyyden vahvistamiseen sekä palveluiden vaikuttavuuden palkitsemiseen. Eri puheenvuoroissa korostuu se, että kilpailuneutraalien olosuhteiden luominen eri sektorien toimijoille tukee parhaiten valinnanvapauden keskeistä roolia palvelujärjestelmän uudistamisessa (mm. Tuorila 2015, Suomen yrittäjät 2016, Elinkeinoelämän keskusliitto, EK 2016).

Myös monet liitot, yhdistykset ja säätiöt puoltavat tuottajakunnan laajentamista ja näkevät sen keinona tehostaa palveluntuottajien toimintaa. Nykyistä yksityissektorin osuutta kuntien ja sairaanhoitopiirien palvelutuotannossa pidetään pienenä suhteessa kokonaisvolyymiin. Tyypillistä näyttää olevan myös se, että tukea haetaan kyselytutkimuksista, joilla kartoitetaan väestön ja ammattihenkilökunnan asenteita sekä suhtautumista näihin mahdollisiin uudistuksiin (esim. Aula Research Oy 2014a ja b).

Valinnanvapausmarkkinoiden näkökulmasta on oleellista, että kaikki palveluntuottajat täyttävät toiminnalle asetetut vähimmäiskriteerit (mm. Suomen Yrittäjät 2016, Whellams 2016, Jonsson ja Virtanen, 2013 a ja b). Keskusteluissa on kuitenkin nostettu esiin se epäkohta, että nykyjärjestelmässä yksityisiin palveluntuottajiin kohdistuu lakisääteinen valvonta, mutta julkisten palveluntuottajien kykyä tuottaa hyvälaatuisia palveluita pidetään itsestään selvänä (esim. EK 2016, Suomen yrittäjät 2016, Erhola ym. 2013, Ekström ym. 2014).

Kustannukset

Valinnanvapauden lisäämistä useissa Euroopan maissa ja myös Suomessa on perusteltu muun muassa sillä, että sen on ajateltu parantavan palvelujen kustannustehokkuutta ja laatua, jos kulut korvataan tuottajille kiintein hinnoin ja raha seuraa potilaan valintoja (esim. Pitkänen & Pekola 2016, Erhola ym. 2013, Jonsson & Virtanen 2013a). Laatu kilpailun toimivuuden edellytys on se, että tarjolla on riittävästi luotettavaa tietoa, jolla asiakkaat voivat vertailla tuottajia ja tehdä sen pohjalta valintoja (esim. Pekola ym. 2016). Valinnanvapaus voi vähentää palvelutoiminnasta aiheutuvia kustannuksia, jos se toimii tarkoituksenmukaisesti niin, että se ohjaa julkisten resursien kohdentumista kohti laadukkaita palveluja ja suorituskyvyltään vahvoja tuottajia, jotka ovat kykeneviä vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja toiveisiin (Jonsson ja Virtanen, 2013a ja b).

Myös palvelusetelijärjestelmän toivotaan lisäävän kilpailua ja sitä kautta alentavan kustannuksia. Kelan tutkimus fysioterapiapalvelujen palvelusetelin käytöstä vaativassa kuntoutuksessa antaa viitteitä siitä, että palvelujen laatu voi myös heikentyä, jos ne järjestetään kiinteähintaisella palvelusetelillä eikä asiakkaille ole käytettävissä riittävästi vertailun mahdollistavaa laatutietoa palveluntuottajista (Pekolan ym. 2016).

Kustannusten ennakoidaan kasvavan erityisesti silloin, jos tuottajille maksettu korvaus heijastaa puhtaasti niihin liittyvien suoritteiden määrää. Tällöin voi muodostua kannuste tarjota turhia palveluita. (Esim. STM 2014a.) Siihen, että yksityiset yritykset toimisivat tasavertaisesti julkisen rinnalla, on suhtauduttu epäilevästi, koska pelätään monikansallisten yritysten monopoliasemaa ja sitä kautta hintojen nousua. Eri yhteyksissä on myös korostettu, että valinnanvapausjärjestelmä tulee rakentaa niin, että kaikilla sote-toimiluvan saaneilla ja hyväksymiskriteerit täyttävillä tulee olla mahdollisuus osallistua palvelutuotantoon. Pelkoina on esitetty, että suuret yritykset valtaavat markkinat ja yritystoiminnan hyvä tulos ohjautuu voiton maksimointiin eikä toiminnan kehittämiseen tai että muodostuu julkinen monopoli, joka estää kilpailun ja markkinoille pääsyn. (esim. Erhola ym. 2013, Suomen yrittäjät 2016.) Myös kilpavarustelu voi johtaa terveydenhuoltomenojen tarpeettomaan kasvuun, mikäli tuottajien mahdollisuuksia investointeihin ei hallita (Saxell 2014).

Ruotsin kokemukset valinnanvapausjärjestelmän vaikutuksista kustannusten kasvuun ovat myös herättäneet paljon keskustelua. Erityisesti Ahonen ym. 2015 ovat pyrkineet selittämään kustannusten yhteyttä valinnanvapauden tavoitteeseen, joka Ruotsissa oli hoitoon pääsyn parantaminen. Suomessa hallituksen tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannusten hallinta ja säästöjen saavuttaminen. Keinoina tässä ovat järjestämistavan radikaali uudistaminen ja valinnanvapausjärjestelmän toteuttaminen. Mekanismin toimivuudesta ei kuitenkaan ole tieteellistä näyttöä. Viime kädessä se, miten valinnanvapautta ohjaavat kannusteet ja kriteerit määritellään ja kuinka hyvin niiden toteutumista seurataan, vaikuttaa oleellisesti valinnanvapauden laajentamisen onnistumiseen ja siitä saataviin hyötyihin (esim. Ekström ym. 2014, STM 2014a, Jonsson ja Virtanen 2013a).

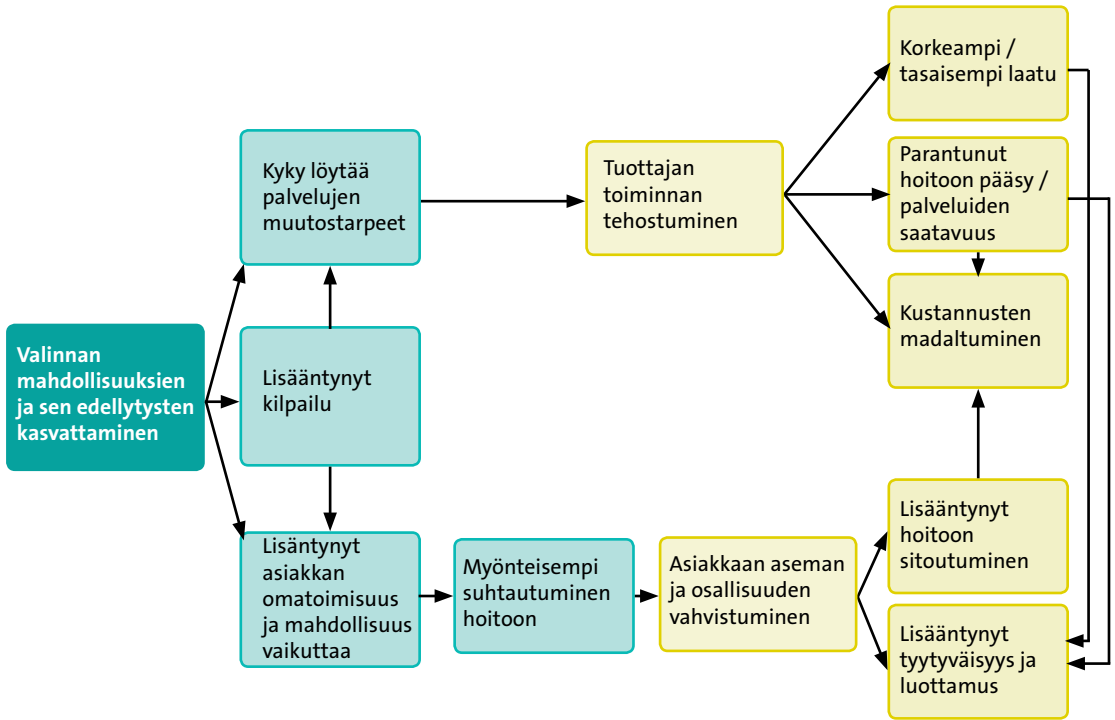
Palveluista tiedottaminen ja markkinointi

Toimiva valinnanvapausjärjestelmä edellyttää vertailukelpoista tietoa esimerkiksi vaihtoehtoisista palveluista, hoitajajonoista ja palvelujen laadusta. Tämä auttaa asiakkaita valintojen tekemisessä, tuottajia kehittämään palveluja sekä päätöksentekijöitä kohdentamaan yhteiskunnan resurssit tarpeiden mukaisesti (Saxell 2014, Jonsson ja Virtanen 2013b). Suomessa vertailun mahdollistavaa tietoa on toistaiseksi tarjolla erittäin vähän ja sen tekeminen on pääsääntöisesti jäänyt yksittäisten organisaatioiden, kuntien ja sairaanhoitopiirien varaan. Tuottajien näkökulmasta valinnanvapaus tuskin toimii kannustimena investoida laatuun tai kilpailuvalttina, niin kauan kuin vertailutietoa ei ole olemassa (esim. Jonsson ja Virtanen 2013a). Keskeisenä viestinä sekä kirjallisuudesta että julkisesta keskustelusta nousee esiin toive siitä, että Suomessa tehtäisiin kansallisesti yhtenäinen ratkaisu vertailutiedon varmistamiseksi.

Vertailutiedon julkaisemisen uskotaan olevan yhteiskunnalle haitallista, jos puutteellinen ja huonolaatuinen vertailutieto kannustaa palveluntuottajia suuntaamaan kehittämistoimet helposti havaittaviin asioihin kuten kahviloihin tai internetyhteyteen (Saxell 2014). Tällöin palveluntuottajille voi muodostua kannuste kehittää oheispalveluja kliinisen hoidon sijaan.

Perinteisesti julkiset toimijat ovat tiedottaneet palveluistaan joko asiakastiedoilla tai sähköisesti kotisivuillaan. Tällöin tavoitteena on ollut tiedottaa palveluista niihin oikeutetuille, ei niinkään uusien asiakkaiden hankinta. Valinnanvapaus on kuitenkin tuonut mukanaan kilpailun asiakkaista, ja samalla julkisessakin terveydenhuollossa on tullut tarve markkinoida palveluja (Tuorila 2015, Saxell 2014, Ollikainen 2013). Julkisten terveyspalvelujen markkinointia voidaan pitää tiedottamisena, jonka sisältönä ovat vaihtoehtoiset palvelut ja samalla myös valinnanvapaus. Tätä voidaan pitää aiheellisena, koska valinnanvapaudesta ja palvelujen sisällöistä, laadusta ja saatavuudesta tiedottaminen on toistaiseksi ollut julkisella puolella niukkaa. (Junnila 2015, Jauhiainen 2014.) On kuitenkin tärkeää, että markkinointi on asianmukaista ja hyvien tapojen mukaista (Tuorila 2015). Lääkäriliitossa toimii esimerkiksi lääkärinpalvelujen markkinointia valvova lautakunta, ja se on tuottanut markkinointiohjeet.

Toistaiseksi julkisen sektorin yritykset markkinoida palveluita ovat herättäneet lähinnä hämmennystä. Keskustelua on vauhdittanut Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin aktiivinen valinnanvapauden ja sitä kautta julkisen valinnanvapauden piiriin kuuluvien sydänsairaalan ja tekonivelsairaala Coxan palvelujen markkinointi erityisesti eteläisessä Suomessa. (Esim. Jauhiainen 2014.)



KUVIO 2.1. Keskusteluissa esiin nostettuja valinnanvapauden tavoitteita ja hyötyjä

Yhteenveto

Tässä luvussa on referoitu Suomessa neljän viime vuoden aikana käytyä valinnanvapauskeskustelua, jota voi tiivistää tarkastelemalla valinnanvapaudella tavoiteltuja hyötyjä ja niihin liittyviä mekanismeja (kuvio 2.1.). Valinnanmahdollisuuksien lisääminen edellyttää tuottajakunnan laajentamista. Tämän uskotaan tehostavan tuottajien toimintaa, koska kilpailun oletetaan tehostavan palveluja. Asiakkaan näkökulmasta valinnanvapaus lisää omatoimisuutta. Osallisuuden vahvistamisen ajatellaan lisäävän hoitoon sitoutumista sekä palveluja kohtaan tunnettua tyytyväisyyttä ja luottamusta. Odotettujen tavoitteiden toteutumisen ajatellaan tuottavan parempaa laatua, parantavan hoitoon pääsyä ja madaltavan kustannuksia.

Tässä luvussa on esitelty valinnanvapauden liittyviä myönteisiä ja kielteisiä uskomuksia sekä keskustelua, koska valinnanvapautta on toistaiseksi Suomessa tutkittu vain vähän. Useimmat julkaistut tutkimukset koskevat palveluseteliin liittyvää valinnanvapautta. Tutkimustietoa vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain määrittämän valinnanvapauden toteutumisesta ei toistaiseksi juuri ole saatavilla.

Käyty keskustelu voidaan nähdä kaksivaiheisena: Varhaisemmat keskustelut käytiin hyvin yleisellä tasolla, ja ne koskivat muualta saatujen virikkeiden mukaan joko epämääräisemmin omia etuja tai konkreettisemmin järjestelmän ongelmien ratkaisemista. Sipilän hallituksen hallitusohjelman (2015) kirjaus valinnanvapaudesta muutti keskustelun selvästi konkreettisemmaksi ja nosti esille puheenvuoroja, joissa selvästi ajetaan oman taustayhteisön etuja.

Keskustelua julkisten palvelujen valinnanvapaudesta on käyty järjestämisen ja tuottamisen näkökulmasta, eikä siinä juuri ole käsitelty asiakkaan näkökulmaa. Eri puheenvuoroissa on painotettu, että myös yritysten tulisi olla mukana tuottamassa palveluja. Valinnanvapaus on myös yhdistetty palveluiden yksityistämiseen, ja näkökannoista riippuen sitä on pidetty joko hyvänä tai huonona kehityskulkuna. Keskustelua markkinoihin liittyvistä pelisäännöistä ja niiden vaikutuksista valinnanvapaus-tavoitteiden toteutumiseen ei juuri ole käyty.

Arvokeskustelu siitä, minkälaisia valintoja asiakkailta tulisi olla, on jäänyt vähäiseksi. Keskustelu on rajautunut yksittäisten lainsäädännöllisten oikeuksien ympärille, joita värittävät näkemykset siitä, kuinka pitkälle potilaan roolia kuluttajana tulisi tukea ja kenen tulisi tuottaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut tulevaisuudessa.

Valinnanvapauteen liittyvä kansallinen tavoitteenasettelu on tutkimusajankohtana vielä puutteellista ja epäselvää, mutta selvinnee kuluvan vuoden 2016 kuluessa. On kuitenkin tärkeää huomioda, että hallinnollisten ratkaisujen jälkeenkin asiakkaan valinnanvapauden laajentamiseen liittyy vielä hyvin paljon avoimia kysymyksiä, joilla on vaikutusta valinnanvapaudella tavoiteltujen hyötyjen toteutumiseen käytännössä. Tämän tulisi rohkaista etsimään tietoa kansainvälisistä tutkimuksista ja kokemuksista, joissa on nostettu esiin hyvin samantyyppisiä kipupisteitä ja onnistumisen lähteitä.

3 Valinnanvapaus Suomessa: 1990-luvun valtiosuusuudistuksesta Sipilän hallitukseen

MAIJALIISA JUNNILA JA EEVA NYKÄNEN

Askelia kohti valinnanvapautta – lainsäädäntö luo edellytykset

Vuoden 1993 valtiosuusuudistuksen myötä kunnat saivat järjestää sosiaali- ja terveyspalvelut vapaasti parhaaksi katsomallaan tavalla, joko itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa tai hankkimalla palvelut yksityiseltä tai kolmannen sektorin toimijalta. Samanaikaisesti taloudellisiin ongelmiin ja kustannusten kasvun hillintään etsittiin ratkaisuja erilaisista markkinaperiaatteiden sovelluksista, kuten kilpailuttamisesta, tilaaja-tuottajamalleista ja palveluseleleistä. (Pekurinen ym. 1997 a ja b.) Tässä alaluvussa käydään läpi kotimaista lainsäädäntöä (kuviot 3.1), jonka voidaan katsoa olevan sarja askelia kohti asiakkaiden valinnanvapautta ja pääministeri Sipilän hallituksen johdolla valmisteltavaa valinnanvapausjärjestelmää.

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus ja oikeus sosiaaliturvaan

Perustuslaki asettaa julkiselle vallalle velvollisuuden turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää terveyttä (Suomen perustuslaki 731/1999). Sosiaali- ja terveyspalveluja tarjottaessa on kunnioitettava asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeutta. Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeus on perustuslain perusoikeussäännöksiin kiinnittyvä periaate, joka pitää sisällään oikeuden osallistua omaa hoitoaan ja huoltoaan koskevaan päätöksentekoon ja tehdä sitä koskevia valintoja. Lähtökohtana on, että yksilön valintoja ja päätöksiä on kunnioitettava, vaikka ne olisivat hänen hyvinvointinsa ja terveytensä kannalta haitallisia.

Asiakkaan ja potilaan itsemääräämisoikeudesta on säädetty potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (potilaslaki 785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (asiakaslaki 812/2000), joissa mm. säädetään oikeudesta saada tietoja hoidon ja huollon vaihtoehtoisista toteuttamistavoista sekä

osallistua hoidon ja huollon suunnitteluun, sitä koskevaan päätöksentekoon ja sen toteuttamiseen.

Potilaan ja asiakkaan oikeudet

Valinnanvapaus liittyy läheisesti potilaan oikeuksiin. Potilaslaki tuli voimaan vuonna 1993. Suomi oli ensimmäinen maa, joka halusi tällä tavoin parantaa potilaan oikeusturvaa ja selkeyttää potilaan ja henkilökunnan yhteistyötä. Laki korostaa potilaan oikeutta hyvään hoitoon sekä potilaan tiedonsaantioikeutta, aktiivista osallistumista ja itsemääräämisoikeutta.

Potilaslaki koskee sekä julkisia että yksityisiä terveydenhuollon toimintayksiköitä ja sosiaalihuollon laitoksissa, esimerkiksi vanhainkodeissa, annettavia terveydenhuollon palveluja. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä hyvään, ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittavaan kohteluun. Terveyspalveluja on annettava yhdenvertaisesti niin, ettei ihmisiä aseteta eriarvoiseen asemaan iän, sukupuolen, terveydentilan tai vammaisuuden perusteella. Tarvittaessa potilaan tutkimuksista ja hoidosta on laadittava suunnitelma yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa.

Potilaslain 6 §:n mukaan potilaan itsemääräämisoikeutta on kunnioitettava ja häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, tätä on kunnioitettava ja häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Potilaslain 6 §:n säännös potilaan itsemääräämisoikeudesta tukee potilaan valinnanmahdollisuuden lisäämistä (Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista HE 185/1991 vp s 142).

Sosiaalihuollon asiakkaan asemaa sekä oikeuksia turvataan asiakaslailla, joka koskee sekä viranomaisen että yksityisen järjestämää sosiaalihuoltoa. Asiakaslain tarkoituksena on edistää asiakaslähtöisyyttä, luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. Asiakkaalla on oikeus laadultaan hyvään sosiaalihuoltoon ja hyvään kohteluun. Sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on laadittava palvelu- ja hoitosuunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan tai hänen laillisen edustajansa kanssa. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa.

Jos henkilö on tyytymätön julkisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa saamaansa terveyden- ja sairaanhoitoon, sosiaalihuoltoon tai niihin liittyvään kohteluun, hän voi tehdä muistutuksen vastaavalle johtajalle joko itsenäisesti tai potilas- tai sosiaaliamiehen avustuksella (potilaslaki 10 §; asiakaslaki 23§) tai kantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle (hallintolaki 434/2003, 53 a §). Muistutus ja kantelu voivat koskea myös itsemääräämisoikeuden toteutumista tai valinnanvapautta koskevia seikkoja.

Yksityisissä sosiaali- ja terveyspalveluissa tulee sovellettavaksi myös kuluttajan suojaa koskeva sääntely ja asiakas voi tarvittaessa turvautua kuluttajansuojalain mukaisiin oikeussuojakeinoihin. Esimerkiksi palveluseteli asiakas tekee sopimuksen yksityisen palveluntuottajan (ei kunnan) kanssa, ja siten kiista-asiat kuuluvat kuluttajansuojalainsäädännön sekä sopimusoikeudellisten säännösten piiriin.

Sairausvakuutuslaki

Yksityiset terveyspalvelut ovat väestölle yksi tapa toteuttaa valinnanvapautta. Potilaalla on mahdollisuus valita julkisten terveyspalvelujen sijasta yksityisen palveluntuottajan tarjoamia palveluja ja saada sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti osakuluista takaisin julkisista varoista maksettavina sairausvakuutuskorvauksina.

Vuosikymmenen verran eri komiteoissa valmisteltu sairausvakuutuslaki astui voimaan huhtikuussa 1964 (Mattila 2011), mutta lääkärinpalkkioiden korvaaminen alkoi vasta vuoden 1967 alusta. Sairausvakuutuksesta korvataan vakuutetuille mm. osa yksityisen terveydenhuollon lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä lääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidosta sekä osa avohoidon lääkemenoista ja matkakuista.

Sairausvakuutuskorvaus on taannut valinnanvapauden niille vakuutetuille, jotka voivat toimia maksavina kuluttajina yhteiskunnan tuella. He ovat voineet valita hoitavan tahon ja henkilön ja myös sen, menevätkö yleislääkärin vastaanotolle vai suoraan erikoislääkärille. Yksityisen terveyspalvelun asiakkailla voi myös olla mahdollisuus valita, minkälaisia tutkimuksia ja hoitoja heille annetaan.

Sairausvakuutusjärjestelmän tavoitteena on parantaa hoitoon pääsyä ja lisätä palvelujen käyttöä ja samalla kohtuullistaa yksityisten palvelujen käytöstä koituvia kustannuksia. Korvausten perusteita ja tasoa on vuosikymmenien aikana pohdittu eri työryhmissä. Tärkeänä on pidetty, että taksojen määrittämisen perusteena on tutkimus- ja hoitotoimenpiteen kustannus eikä niistä asiakkaalta veloittava palkkio.

Valtiontaloudellisten syiden lisäksi myös ideologiset näkemykset ovat vaikuttaneet käytyyn taksakeskusteluun. Taksojen korotuksen on myös arveltu johtavan hintojen korotukseen. Vuonna 1989 korvausuudistuksella haluttiin parantaa yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välistä vuorovaikutusta ohjaamalla korotuksia julkista terveydenhuoltoa täydentäviin kohteisiin. Tavoitteena oli helpottaa niiden asemaa, jotka julkisen palvelutarjonnan vähäisyyden vuoksi joutuivat hakeutumaan yksityiseen hoitoon, esimerkiksi ohitusleikkaukseen ja siihen liittyviin tutkimuksiin. (Mattila 2011.)

Ennen vuotta 1972 säädettyä kansanterveyslakia (66/1972) Suomen terveydenhuollon järjestelmä oli sairaalapainotteinen ja voimavaroiltaan heikko. Lain säätämistä seuranneiden kahden vuosikymmenen aikana perusterveydenhuollon avosairanhoidon palvelut tuotiin kattavasti koko väestön saataville. (Erhola ym. 2013.) Julkisten avopalvelujen saatavuuden parantuessa sairausvakuutusjärjestelmän kehittäminen jäi

vähäisemmälle huomiolle. Sairausvakuutuksen korvaustaso on vuosien myötä laskenut, ja sitä kautta sen merkitys julkisen palvelun tukemisessa ja vaihtoehtoisena väylänä on vähentynyt. Nykyisin yksityiset palvelut ovat parhaiten maksukykyisen väestöosan saavutettavissa.

Hankintalaki ja kilpailulainsäädäntö

Tuottajakunnan laajentaminen niin, että asiakkailta on todellisia valinnanvaihtoehtoja, on valinnanvapauden toteutumisen yksi keskeinen edellytys. Vuonna 1994 voimaan tullut hankintalaki (1505/1992) velvoitti julkiset viranomaiset kilpailuttamaan hankintansa, mikäli ne eivät tuota niitä itse tai osta omistamiltaan yhtiöiltä. Kunnissa oman palvelutuotannon täydentäminen hankkimalla palveluja yksityisiltä tuottajilta on nähty keinona monipuolistaa palvelutuotantoa ja tarjota valinnanmahdollisuuksia palvelujen käyttäjille. Julkisten ja yksityisten palveluntuottajien toimiminen rinnakkain kunnassa on myös nähty keinona uudistaa kunnan omaa palvelutuotantoa. Palvelujen ulkoistaminen myös saa yritykset perustamaan tuotantoyksiköitä ja näin investoimaan kuntaan. (Fredriksson ym. 2012.)

Suomessa hankintalain soveltamisala oli laajempi kuin sen taustalla ollut Euroopan parlamentin ja neuvoston (EY) 18.6.1992 antama palvelujen hankintadirektiivi. Suomessa hankintalaki kattoi direktiivistä poiketen myös niin sanotut toissijaiset palvelut, kuten esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalvelut (Pihkala 2003) ja sitä on hyödynnetty alusta lähtien etenkin vanhusten ja vammaispalvelujen, mutta myös terveyspalvelujen kilpailutuksissa. Suomen tulkinta hankintadirektiivistä on poikennut esimerkiksi Ruotsin ja Englannin käytännöistä, joissa hankintadirektiivin ei ole katsottu koskevan terveyspalvelujen hankintaa.

Vuosituuhannen vaihteen jälkeen keskusteluissa korostui entistä selkeämmin tavoite lisätä yksityistä palvelutuotantoa (katso esim. Ekroos ja Partanen 2006, Ollila ja Koivusalo 2009). Hankintalaki uudistettiin vuonna 2007 (348/2007) Euroopan parlamentin ja neuvoston hankintadirektiivin (2004/18/EY) mukaiseksi. Lain tavoitteena on muun muassa edistää laadukkaiden hankintojen tekemistä, tehostaa julkisten varojen käyttöä ja turvata yritysten ja muiden yhteisöjen tasapuolisia mahdollisuuksia tarjota tavaroita ja palveluja. Laki antaa täsmälliset ohjeet muun muassa hankinnan kilpailutuksesta ja erilaisista kilpailutuksen muodoista, joita on hyödynnetty myös sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Junnila ja muut (2012) ovat tutkimuksessaan todenneet, että julkisista hankinnoista annettu sääntely ei ole riittävän ohjaava sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon hankintoja tulisi ohjata yksityiskohtaisemmin erityissääädöksillä hyvien käytäntöjen omaksumiseksi, koska alan hankinnoissa on monia erityispiirteitä verrattuna muuhun julkiseen hankintaan. Täydentävä sääntely voisi koskea ainakin hankinnan toimintamalleja, tuotteistamista, sopimusten minimiehtoja sekä sopimuksenaikaista ohjausta ja valvontaa. (Junnila ym. 2012.) Parhailaan

valmisteilla oleva hallituksen esitys hankintalain uudistamisesta tulee mahdollisesti sisältämään oman luvun sosiaali- ja terveyspalveluille.

Hankintalain kokonaisuudistuksen valmistelu on käynnistynyt vuoden 2015 aikana. Uudistus perustuu Euroopan komission 18.4.2014 hyväksymiin direktiiviehdotuksiin (2014/23–25/EU). Direktiivien tavoitteena on hankintasääntelyn yksinkertaistaminen sekä pienten ja keski suurten yritysten aseman parantaminen hankintamenettelyssä. Suomessa on lisäksi korostettu julkisten varojen käytön tehostamista ja tasapuolisen ja syrjimättömän kohtelun turvaamista. Työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) tavoitteena on saada uusi hankintalainsäädäntö voimaan vuoden 2016 aikana (TEM:n tiedote 3.3.2016).

Kilpailulainsäädäntö antaa puitteet hankintalain mukaiselle kilpailutukselle. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoa on toistaiseksi tarkasteltu kilpailulainsäädännön näkökulmasta melko vähän. Kilpailu- ja kuluttajavirasto KKV on ottanut kantaa joihinkin sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaa koskeviin kysymyksiin. (Tuorila 2015.) Kilpailulakia ollaan parhaillaan uudistamassa. Uudistustyössä tarkastellaan laajasti sekä kilpailuviranomaisten työkaluja ja toimivaltuuksia että yritysten puolustautumisoi-keuksia. Valmistelutyössä selvitetään myös tarpeita terävöittää kilpailulain (luvun 4a) säännöksiä, jotka koskevat julkisen sektorin aiheuttamia kilpailun vääristymiä.

Palveluseteli

Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia on lisätty palvelusetelinkäyttöön otton myötä vuodesta 2004 lähtien. Asiakas voi hyödyntää palveluseteliä valitessaan yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Kuntien oli mahdollista ottaa palveluseteli ensimmäisen kerran käyttöön sosiaalihuollon kotipalveluissa vuonna 2004. Vuoden 2008 alusta palvelusetelin käyttömahdollisuutta laajennettiin kansanterveystyön mukaisen kotisairaanhoidon ja vuoden 2009 alusta vammaisen henkilön henkilökohtaisen avun järjestämiseen. (Esim. Kuusinen-James 2012, Linnosmaa 2012.)

Vuonna 2009 annettu laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009) nosti palvelusetelin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää täydentäväksi vaihtoehdoksi, jonka avulla haluttiin lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia ja parantaa palvelujen saatavuutta. Samalla asetettiin tavoitteeksi edistää kuntien elinkeino- ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Asiakkaan valinnanvapauden ajateltiin monipuolistavan palvelujen tarjontaa ja lisäävän hinta- ja laatukilpailua palvelujen tuottajien kesken. (Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 § muuttaminen, HE 20/2009.) Tämän arveltiin lisäävän palvelujen läpinäkyvyyttä ja alentavan kustannustasoa. Laki mahdollisti palvelusetelin käytön joustavasti paikallisten tarpeiden mukaisesti kaikissa niissä palveluissa, joita voidaan tuottaa ja joissa asiakas voi toimia kuluttajan tavoin.

Kunta hyväksyy joko kilpailutuksella tai hyväksymismenettelyssä tuottajat, joilla on lupa tarjota palveluja kunnan palveluseteliasiakkaille. Näillä keinoilla kunta voi varmistaa, että palvelu täyttää kunnan asettamat laatuvaatimukset. Vastuu palvelusetelillä hankittujen palvelujen laadusta on viime kädessä kunnalla, koska palvelu on julkisen sektorin järjestämisvastuulle kuuluvaa yksityiseltä sektorilta ostettua palvelua.

Palveluseteli voi olla tulosidonnainen, se voi kattaa sillä ostettavan palvelun kustannukset kokonaan, tai siihen voi liittyä omavastuuosuus, joka jää asiakkaan maksettavaksi. Palvelusetelin saanut asiakas tekee sopimuksen kunnan määrittelemät laatuvaatimukset täyttävän palveluntuottajan kanssa. Palveluseteliä käytettäessä kunnan ja asiakkaan välille ei muodostu sopimussuhdetta. Asiakas tekee sopimuksen palveluntuottajan kanssa ja maksaa palvelusetelin ja palvelun hinnan välisen erotuksen omavastuuosuutena. Asiakkaalla on oikeus kieltäytyä hänelle tarjotusta palvelusetelistä, jolloin kunnan tulee ohjata hänet kunnan muilla tavoin järjestämien palvelujen piiriin.

Terveydenhuoltolaki

Toukokuussa 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain (1326/2010) tavoitteena oli parantaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa terveydenhuollon palvelujen asiakaskeskeisyyttä. Asiakaskeskeisyyden lisäämiseksi säädettiin, että potilaalla olisi ensivaiheessa mahdollisuus valita kuntansa terveysasema ja erikoissairaanhoidon hoitopaikka erityisvastuualueella. Vuoden 2014 alusta oikeus valita sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon hoitopaikka laajeni koko Suomeen. Terveydenhuollon valinnanvapaus koskee julkisen terveydenhuollon kiireetöntä hoitoa. Laki ei velvoita asiakasta käyttämään valinnanvapautta vaan antaa siihen oikeuden ja mahdollisuuden.

Perusterveydenhuollossa kaikki kuntalaiset ovat lähtökohtaisesti jonkin terveysaseman asiakkaita (piirissä), joten valinta ei ole pakollista. Terveysaseman voi vaihtaa kerran vuodessa tekemällä siitä vapaamuotoisen kirjallisen ilmoituksen sekä nykyiselle että tulevalle terveysasemalle. Hoitovastuu siirtyy viimeistään kolmen viikon kuluessa ilmoituksesta.

Asiakkaalla on myös mahdollisuus saada toiselta terveysasemalta hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa oleskellessaan pidempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella. Tällöin hoitosuhde säilyy omalla terveysasemalla. Valinnasta tulee tehdä ilmoitus kuten terveysaseman vaihtamisen yhteydessä. Vapaamuotoisen kirjallisen ilmoituksen tekemisen tarpeellisuutta perustellaan hallituksen esityksessä (Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaista annetun lain muuttamiseksi HE 90/2010 vp) organisaation tarpeella varmistaa kyky vastata palvelujen kysyntään. Ilmoituksen teon jättäminen potilaan vastuulle voi nostaa terveysaseman vaihtamisen kynnystä ainakin enemmän apua tarvitsevien potilaiden kohdalla.

Erikoissairaanhoidon hoitopaikan asiakas valitsee yhteisymmärryksessä hoidon tarpeen todenneen lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Potilaan valitsema hoitopaikka voi käytännössä vaihdella eri hoitokerroilla. Lääkärin tehtävänä on toimia valintaa tekevän potilaan etua ajavana neuvonantajana esimerkiksi sen suhteen, saako potilas tarvitsemansa hoidon valitsemassaan sairaalassa. Lääkärillä ei ole oikeutta estää potilasta valitsemasta jotain muuta kuin oman sairaanhoitopiirin sairaalaa, vaikka hoito olisi yhtä hyvää molemmissa.

Potilaalla on myös mahdollisuus valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava terveydenhuollon ammattilainen, jos se on toimintayksikön toiminnan järjestämisen puitteissa mahdollista. Potilaan jatkohoidon antaa ensisijaisesti lähetteen tehnyt lääkäri tai hammaslääkäri.

Terveydenhuoltolain mahdollistama hoitopaikan valinta ei toistaiseksi ole tuonut muutoksia sairausvakuutuslain perusteella maksettaviin matkakustannusten korvauksiin. Matkakulut korvataan potilaalle lähimpään hoitopaikkaan, jolla tarkoitetaan oman kunnan terveyskeskusta tai sairaanhoitopiirin sairaalaa. Käytännössä matkat julkisen järjestelmän terveydenhuoltoon on kuitenkin korvattu sinne, missä hoito annetaan. (HE 90/2010 vp, s. 144.) Tutkimustietoa ei ole siitä, miten tätä on sovellettu matkakustannuksiin, kun potilas on itse valinnut hoitopaikan.

Terveydenhuoltolain mukainen valinta ei koske pitkäaikaista laitoshoidoa, vaan siitä säädetään erikseen sosiaalihoitolaissa (1301/2014, 60 §). Lisäksi kotikuntalaissa (11.3.1994/201, 3a ja b §) säädetään kotikunnan määräytymisestä ja mm. siitä, että henkilö voi vaihtaa kotikunnakseen sen kunnan, jonka alueella olevassa laitoksessa hän asuu. Pitkäaikaishoidon asiakas voi valita hoitopaikan asuinkuntansa tarjoamana, jos kunnassa on käytössä palveluseteli pitkäaikaishoidon järjestämiseksi ja asiakkaalla on varallisuutta maksaa erikseen määritelty omavastuu. Myös sosiaali- ja terveydenhuollon erityislainsäädännössä, esimerkiksi päihdehuoltolaissa (41/1986), mielenterveyslaissa (1116/1990) ja laissa kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977), on säädetty henkilön tahdosta riippumattomasta hoidosta, mikä luonnollisesti rajoittaa asiakkaan tai potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikkansa.

Hoitotakuu

Palvelujen saatavuuden varmistamiseksi terveydenhuoltolakiin sisällytettiin säännökset hoitoon pääsyn minimiajoista, joiden sisällä potilaan on päästävä hoitoon. Hoitoon pääsy on keskeinen osa valinnanvapauden toteutumista. Äkillisen sairastumisen, vamman, pitkäaikaissairauden vaikeutumisen tai toimintakyvyn alenemisen edellyttämä välitön arvio ja hoito, jota ei voida siirtää ilman sairauden pahenemista tai vamman vaikeutumista, on annettava sitä tarvitsevalle potilaalle kiireellisenä hoitona hänen asuinpaikastaan riippumatta.

Terveydenhuoltolain mukaan potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön.

Hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Hoito on järjestettävä viimeistään kolmen kuukauden sisällä siitä, kun hoidon tarve on todettu. Perusterveydenhuollossa hoitotakuun toteuttamisessa on edelleen paljon puutteita. THL:n tilastokatsauksen (03/2016) mukaan maaliskuussa 2016 terveyskeskusten kiireettömistä lääkärikäynneistä 42 prosenttia järjestyi viikon kuluessa yhteydenotosta. Noin 16 prosenttia potilaista odotti hoitoon pääsyä yli kuukauden ja noin neljä prosenttia potilaista yli kolme kuukautta. (www.thl.fi/tilastot/hoitopaasy/pth.)

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluttua siitä, kun lähete on saapunut sairaalaan, ja erikoislääkärin arvio on toteutettava kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta. Hoidon tulee toteutua kuuden kuukauden sisällä sen tarpeen toteutamisesta. THL:n tilastokatsauksen (1/2016) mukaan sairaaloiden käytännössä toteuttaa hoitotakuun asettamia tavoitteita ja hoidon tarpeen arviointia on eroja. Esimerkiksi HUS:ssa hoidon tarpeen arviointi tehdään ensisijaisesti lähetteen perusteella eikä erillistä ajanvarauskäyntiä erikoissairaanhoidon lääkärille tarvita. Joulukuun lopussa HUS:ssa oli 54 hoidon tarpeen arviointia odottavaa henkilöä. Samanaikaisesti Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä hoidon tarpeen arviointiin odotti noin 5 700 henkilöä, joista 8 prosenttia oli odottanut yli kolme kuukautta. (www.thl.fi/tilastot/hoitopaasy/esh.)

Kunnan tai sairaanhoitopiirin on julkaistava vähintään neljän kuukauden välein internetissä tiedot kiireettömään hoitoon pääsyn odotusajoista. Odotusaikoja koskevia tietoja saa terveyskeskuksista ja sairaaloista. Yleensä tiedot julkaistaan yksiköiden verkkosivuilla. Nämä tiedot ovat potilaan kannalta oleellisia hänen valitessaan hoitopaikkaa. Koko Suomea koskevat hoitoon pääsyn vertailutiedot ovat saatavilla Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastokatsauksista (www.thl.fi/hoitopaasy). Valvira ja aluehallintovirastot valvovat hoitoon pääsyn toteutumista.

Työterveyshuolto

Työterveyshuollon synnyn taustalla 1900-luvun alkupuolella on suurten teollisuusyhtiöiden halu varmistaa työvoimansa työkyky tarjoamalla ensin sairaanhoitoa ja myöhemmin myös työhön liittyvien terveysriskien ennalta ehkäisyä (Junnila 2008). Vapaaehtoisuuteen perustuva työterveyshuolto ei alkuvuosikymmeninä ollut kovin kattavaa. Työterveyslain (743/1978, 1383/2001) säätämisen tavoitteena oli varmistaa työterveyshuollon palvelujen saatavuus toimialasta riippumatta sekä painottaa toimintaa ennaltaehkäisyyn ja työstä johtuvien riskien torjuntaan. Lisäksi työnantajalle annettiin mahdollisuus tarjota työntekijöilleen sairaanhoidon peruspalveluja. Kunnanhimoinen lainsäädäntö, työmarkkinoiden vankka tuki ja sekä työnantajalle Kelan

työtulovakuutuksen kautta maksetut korvaukset varmistivat sen, että työterveyshuollosta kehittyi merkittävä osa suomalaista terveydenhuollosta. (Seppälä ja Pekurinen 2015.)

Kelan vuoden 2011 tilastojen mukaan noin 86 prosenttia palkansaajista kuului työterveyshuollon piiriin ja valtaosalla näistä (94 %) palveluihin kuului myös avosairaanhoidon (Erhola ym. 2013). Työterveyshuollossa asiakas ei voi valita työterveyspalvelujensa tuottajaa, sillä valinnan tekee työnantaja. Kuitenkin henkilön, jonka työnantaja kustantaa sairaanhoitopalveluja osana työterveyshuoltoa, on mahdollista käyttää valintansa mukaan myös julkisen terveydenhuollon tarjoamia avosairaanhoidon palveluja sekä niin halutessaan myös yksityisiä palveluja. Työterveyshuoltoa pidetään yhtenä eniten eriarvoistavana tekijänä suomalaisessa terveydenhuollossa.

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta tuli voimaan vuoden 2014 alusta toteuttamaan EU:n potilasdirektiiviä (2011/24/EU) ja sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettuja EU:n asetuksia (883/2004 ja 987/2009).

Direktiivin mukaan potilas saa hakea vapaasti terveyspalveluja myös toisesta EU-tai ETA-maasta, jolloin hoidon järjestäminen tapahtuu hoitoa antavan maan lainsäädännön mukaisesti. Pääsääntöisesti potilas maksaa itse hoidon kustannukset, mutta hän voi hakea jälkikäteen korvausta oman kotivaltionsa viranomaisilta. Potilas voi saada korvausta vain sellaisesta hoidosta, joka kuuluu Suomen terveydenhuollon palveluvalikoimaan ja on kotimaassa korvattavaa hoitoa (Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013). Suomen järjestelmässä toisessa EU-maassa saadun hoidon korvaustaso on sidottu yksityisestä hoidosta maksettavien sairausvakuutuskorvausten tasoon. Kela toimii rajat ylittävän terveydenhuollon yhteispisteenä, ja Kelan verkkosivuille on koottu tietoa EU-direktiivin mukaisesta valinnanvapaudesta.

Tapa, jolla potilasdirektiivi on pantu täytäntöön Suomessa, ei ole ongelmaton. Sitä valintaa, että direktiivin mukaisen hoidon korvaustaso sidottiin yksityisestä hoidosta maksettavien sairausvakuutuskorvausten tasoon eikä julkisessa terveydenhuollossa maksettujen asiakasmaksujen tasoon, on perusteltu etupäässä Suomen nykyisellä julkisen ja yksityisen terveydenhuoltojärjestelmän rakenteella. Tämän lisäksi toteutustapaa on perusteltu myös sillä, että valinnanvapaus ei ole historiallisesti ollut osa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää ja että käynnissä olevaan soite-uudistukseen ei ole pystytty löytämään järjestelmätason ratkaisuja (Kattelius 2014).

Käytännössä direktiivin toimeenpanotapa suojelee Suomessa toimivien yksityisten palveluntuottajien asemaa suhteessa ulkomaalaisiin kilpailijoihin. Mikäli lainsäädäntöä ei muuteta ja erityisesti hoitokustannusten korvaamisperusteet jäävät ennalleen, uhkaa hoitopaikan valitseminen ulkomailta jäädä vain maksukykyisten henkilöiden oikeudeksi (Tuorila 2015). EU:n komission näkemyksen mukaan direktiivi on toimeenpantu Suomessa virheellisesti.

Palveluiden hinta ja odotusajat ovat eurooppalaisen tutkimuksen mukaan tärkeimpiä syitä käyttää oikeutta hakeutua hoitoon toiseen EU- tai ETA-maahan. Myös sillä on merkitystä, kuinka paljon asiakas luottaa kohdemaan terveydenhuoltojärjestelmään ja toisaalta oman maansa järjestelmään. Tutkimuksessa suomalaisilla oli vain vähän halukkuutta hakeutua hoitoon ulkomaille ja he myös käyttivät harvoin yhteyspisteen verkkosivua. Tämän nähtiin liittyvän tyytyväisyyteen oman järjestelmän tasoon sekä kielivaikeuksiin. (EC 2014.)

Uusi sosiaalihuoltolaki

Uusi sosiaalihuoltolaki (1301/2014) tuli voimaan huhtikuussa 2015. Uudessa laissa painotetaan asiakasprosessia ja palvelutarpeen arviointia koskevia päätöksiä. Asiakkaalle on selvitettävä erilaiset toimenpidevaihtoehdot ja niiden vaikutukset, ja sosiaalihoitoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Sosiaalihoitolaissa ei ole erityisiä terveydenhuoltolain valinnanvapausäännöksiä vastaavia säännöksiä asiakkaan valinnanvapaudesta.

Palvelutarpeen arvioinnille on sosiaalihoitolaissa (36 §) asetettu määräaikoja. Kiireellisen avun tarve tulee arvioida välittömästi, ja muissa tapauksissa arviointi on aloitettava ja saatettava loppuun ilman aiheetonta viivästystä viimeistään seitsemäntenä arkipäivänä siitä, kun asiakas on ottanut yhteyttä. Samanlaisia määräyksiä on myös muissa sosiaalihoitoa koskevissa laeissa (mm. toimeentulotukilaki 1412/1997 14 §, lastensuojelulaki 417/2007 26 §, vammaispalvelulaki 380/1987 3 a §).

Valinnanvapausjärjestelmän näkökulmasta sosiaalipalvelujen haasteena on se, että sosiaalihuollossa on usein kyse merkittävästä julkisen vallan käytöstä. Tämän vuoksi toimenpiteet edellyttävät virkavastuulla tehtäviä viranomaispäätöksiä, joista asiakkailla tulee olla valitusoikeus. Lisäksi sosiaalihuollossa tehdään myös päätöksiä, joita asiakas voi vastustaa, kuten esimerkiksi lapsen huostaanottoa koskevia päätöksiä.

Ammatillinen auttamisprosessi ja viranomaispäätökset muodostavat yhden toiminnallisen kokonaisuuden, ja niiden erottaminen toisistaan esimerkiksi siten, että yksityinen tuottaja tuottaisi osan kokonaisuudesta, aiheuttaisi päällekkäistä työtä ja hankaluuksia. Sosiaalihuollon työ asiakkaan kanssa sisältää usein myös työskentelyn hänen perheensä tai muun lähiyhteisön kanssa. Lisäksi usein tarvitaan verkostomaista yhteistyötä muiden palvelusektoreiden kanssa. Oman haasteensa valinnanvapauden kannalta muodostaa se, että sosiaalipalvelujen tietopohja, johon ratkaisut perustuvat ja joka mahdollistaa palvelujen tuotteistamisen, on vielä kehittymätön esimerkiksi terveydenhuoltoon verrattuna. (Brommels ym. 2016a.)

Kaikki sosiaalihuollon palvelut eivät sovellu ongelmitta yksityisen tuottajan tuottamiksi palveluiksi, jotka asiakas voisi valita julkisten palvelujen sijasta. Toisaalta esimerkiksi erilaisissa asumispalveluissa ja kotiin annettavissa sosiaalipalveluissa käyte-

tään jo nykyisin verraten laajasti palveluseleitä eikä valinnanvapauden ulottamiseen tällaisiin palveluihin liity erityisiä ongelmia. Keskeistä on, että edun myöntämisestä päättäminen kuuluu viranomaiselle ja päätökseen on mahdollista hakea muutosta. Itse palvelun tuottamisessa voidaan käyttää myös yksityisiä toimijoita.

Valvonta

Valvonnan keskeinen tehtävä on varmistaa, että kaikki palvelujen tuottajat täyttävät toiminnan vähimmäiskriteerit ja varmistaa, että asiakkaat voivat tehdä turvallisia valintoja.

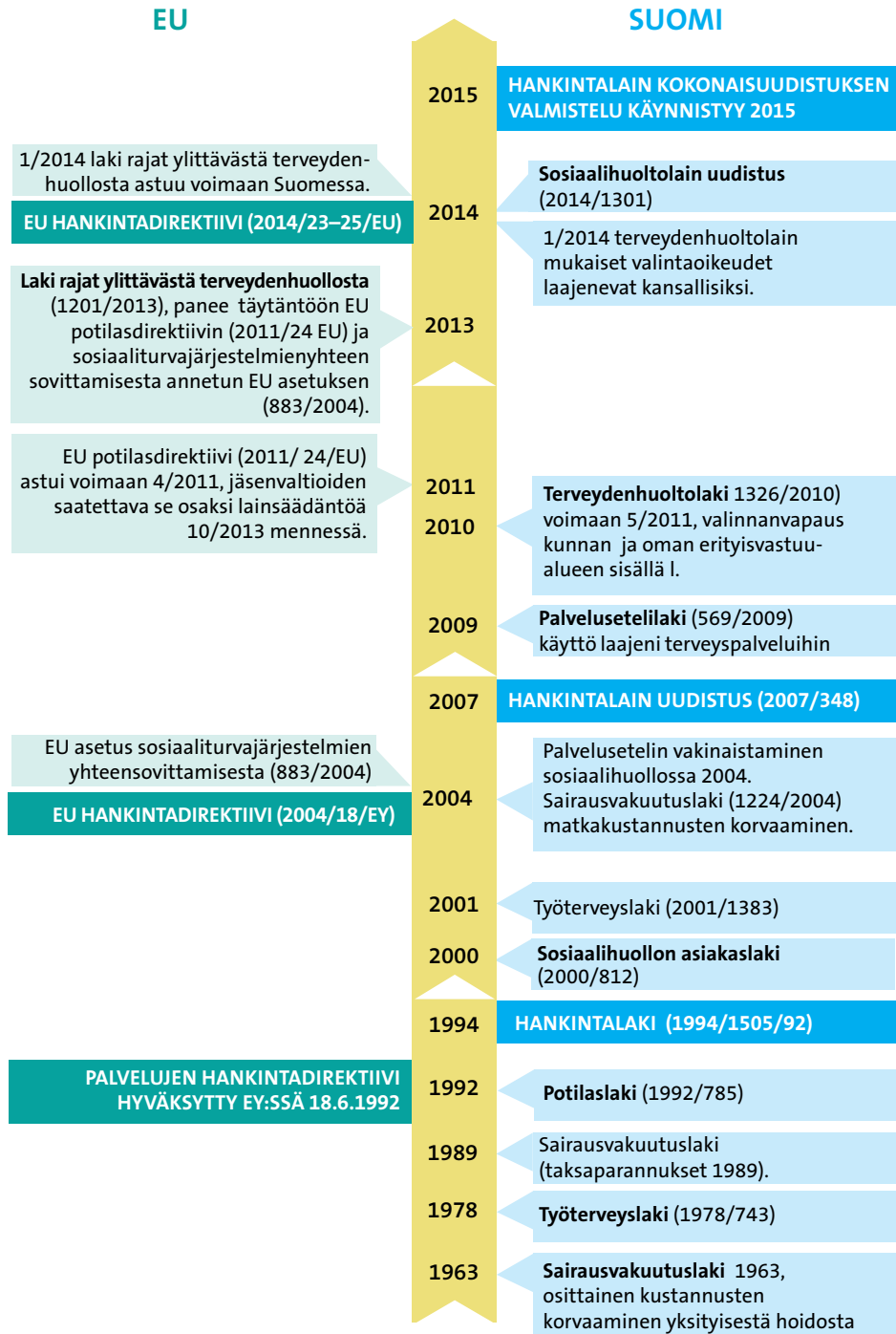
Vastuu palvelujen laadusta ja turvallisuudesta kuuluu ensisijaisesti niiden tuottajalle. Suunnitelmallisen omavalvonnan ja laadunhallinnan keinoin pyritään varmistamaan, että toiminnan epäkohdat havaitaan ja niihin puututaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämisestä vastuussa oleva taho (kunta tai sairaanhoitopiiri) valvoo, että palvelut toteutuvat lain mukaisesti. Julkisen sektorin valvontavastuu koskee sen itsensä tuottamien palvelujen lisäksi myös hoitoa ja huoltoa, joka on järjestetty ostopalveluna tai hankittu palveluseleillä.

Voimassa olevan lainsäädännön mukaan yksityinen sosiaali- ja terveystalvelu on luvan tai ilmoituksen varaista (laki yksityisistä sosiaalipalveluista 922/2011 ja laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990). Valvira myöntää valtakunnallisten palveluntuottajien luvat ja valvoo toimintayksiköiden ja ammattihenkilöiden toimintaa valtakunnallisesti. Aluehallintovirastot myöntävät luvat ja valvovat toimintaa omilla alueillaan. Valviran tehtävänä on varmistaa aluehallintovirastojen toiminnan yhdenmukaisuus.

Valvontatoiminta on painottunut viime vuosina yksityisen sektorin valvontaan, ja sen kehittämisessä on korostunut omavalvontajärjestelmän luominen. Toimivan valvontajärjestelmän kannalta on olennaista, että käytössä on ajantasaista tietoa palveluntuottajien toiminnasta. Nykyisin palveluntuottajilta saatu tieto on vaihtelevaa, mikä saattaa vaikuttaa valvonnan toimivuuteen. Nykykäytännössä korostuu luottamus palveluntuottajien omavalvontaan sekä tilannekohtainen puuttuminen havaittuihin ongelmiin. Valvonnan toimivuus edellyttää valvontakäytäntöjen jatkuvaa kehittämistä ja ajantasaisen tiedon saatavuutta.

Sipilän hallituksen tämänhetkisenä tavoitteena on yhdistää sosiaalihuollon ja terveydenhuollon lupalait (<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/74859>) sekä siirtyä lupamenettelystä rekisteröintimenettelyyn. Uusi rekisteröintimenettely tulisi koskemaan sekä yksityisen että julkisen sektorin toimijoita, jotka tuottavat julkisella järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevia sosiaali- ja terveystalveluita.



KUVIO 3.1. Askelia kohti valinnanvapautta

Tähän on tultu sote-palvelujen valinnanvapaudessa

Seuraavassa tarkastellaan edellä esiteltyjen lakien vaikutuksia potilaiden ja asiakkaiden valinnanvapauteen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kokemuksia palvelusetelin käytöstä tarkastellaan tässä laajemmin, koska vain siitä on olemassa tutkimustietoa. Kappaleessa III valinnanvapauden nykyläinsäädännön mukaista toteutumista tarkastellaan empiirisen aineiston perusteella.

Palveluseteli

Vaikka palveluseleitä pidetään tutkimuksissa asiakkaiden ja potilaiden kannalta lähtökohtaisesti myönteisenä asiana, korostuu tutkimuksissa keskeisenä huolenaiheena seteleiden käyttöön liittyvä maantieteellinen ja sosioekonominen epätasa-arvoisuus. Tämä on seurausta kuntien toimintamallien eroista, yksityisen palvelutarjonnan alueellisesta vaihtelusta sekä omavastuuosuuksien tasoeroista. Tutkimukset nostavat myös esiin, että kaikki asiakkaat eivät ole kykeneviä tai halukkaita käyttämään palveluseteliä ja siksi käyttöön otossa tarvitaan neuvontaa ja palvelusetelin erityyppisen toteutusten lisäksi kunnan omaa tuotantoa.

Suomen Kuntaliiton vuonna 2015 tekemän kyselyn mukaan 123 kunnalla tai yhteistoiminta-alueella oli käytössä palveluseteli ja 72 organisaatiota suunnitteli palvelusetelin käyttöönottoa. Kyselyyn vastanneiden organisaatioiden käytössä oli yhteenlaskettuna 438 palveluseteliä eli keskimäärin 2–3 palvelusetelimuotoa kuntaa tai yhteistoiminta-aluetta kohti. Vastaukset kattoivat yhteensä 76 prosenttia Manner-Suomen kunnista ja 89 prosenttia väestöstä. Käytössä olevista palveluseleleistä 69 prosenttia koski sosiaalipalveluja, 24 prosenttia terveyspalveluja ja 7 prosenttia lasten päivähoidon.

Palveluseteli on suurimmassa osassa sosiaalihuollon palveluja tulosisidonnainen, eli sen arvo asiakkaalle riippuu hänen varallisuudestaan. Sen sijaan hintakatto on palveluseleissä kyselyn perusteella harvinainen. Hintakatolla tarkoitetaan kunnan palveluntuottajalle maksamaa enimmäishintaa, johon sisältyy kunnan määrittämä palvelusetelin arvo sekä asiakkaan omavastuuosuus. Jos hintakattoa käytetään, se asetetaan yleensä yhdeksi palveluntuottajan hyväksymiskriteeriksi. (Nemlander ja Sjöholm 2015, Nemlander ja Sjöholm 2012.)

Lähes kaikki kunnat ovat ottaneet palvelusetelin käyttöön jossain muodossa. Kuntien ja kuntayhtymien palveluseteliostot olivat vuonna 2008 yhteensä 16,2 miljoonaa euroa ja vuonna 2014 ennakkotiedon mukaan 148,6 miljoonaa euroa (Sosiaalialan Työnantajat ry 2016), eli ostot ovat lisääntyneet kuudessa vuodessa noin yhdeksänkertaisiksi. Palvelusetelien käyttöä pidetään yleisesti sen antamiin mahdollisuuksiin verrattuna vähäisenä.

Palveluseteliin suhtautuminen

Suurin osa kotimaisista tutkimuksista nostaa palvelusetelin esiin myönteisenä asiana (esim. Linnosmaa 2012 ja Mälkönen ja Seppälä 2009), mutta myös kriittisempiä näkökulmia esiintyy erityisesti tasa-arvon näkökulmasta (esim. Kuusinen-James 2012). Yhteistä tutkimuksille on, että asiakkaat ovat suhtautuneet myönteisesti mahdollisuuteen hyödyntää palveluseteleitä ja myös kunta- ja yrittäjätasolla löytyy tyytyväisyyttä ja kiinnostusta käytön lisäämiseen (esim. Volk & Laukkanen 2007). Gallup-pohjaiset kyselytutkimukset tukevat näitä huomioita. Esimerkiksi Sosiaalialan Työnantajien vuonna 2014 kansalaisille tekemän kyselyn mukaan 68 prosenttia vastaajista kannatti palvelusetelien käytön lisäämistä. Linnosmaan (2012) palveluasumisen palveluihin liittyvässä tutkimuksessa havaittiin lisäksi palvelusetelien myönteinen vaikutus palvelujen käyttäjien elämänlaatuun. Palveluntuottajista kuitenkin vain 37 prosenttia arvioi palvelun kysynnän lisääntyneen palvelusetelin ansiosta. (Linnosmaa 2012.)

Palvelunkäyttäjien tasa-arvoinen kohtelu

Suurin osa tutkimuksista painottaa, että palvelusetelin käyttöönotto on vielä kunta-kohtainen päätös ja palvelusetelikäytännöt vaihtelevat kunnittain. Myös palvelutuottajien määrä on jakautunut maantieteellisesti epätasaisesti. Esimerkiksi Kuusinen-James (2012) näkee tutkimuksessaan alueellisen tasa-arvon toteutumisen heikkona, koska vain kolmanneksella kunnista on käytössä palveluseteli ikääntyneen säännöllisen kotihoidon järjestämisessä ja niiden sisällöt, ehdot ja niihin liittyvät kustannukset vaihtelivat. Volkin ja Laukkasen tutkimuksessa (2007) palveluntuottajien puuttuminen tai vähäisyys oli yleisin perustelu sille, että kunta ei ole ottanut palveluseteliä käyttöön. Tutkimus kuitenkin huomioi, että näillä alueilla oli yleensä myös puutteellinen yhteistyö sosiaali- ja terveystoimen ja elinkeinotoimen välillä. Palvelusetelin käyttöönoton on myös havaittu olevan työlästä, ja siihen on liittynyt kustannuksia, jotka ovat voineet estää kilpailun syntyminen (Ylikoski 2014 ja Volk & Laukkanen 2007).

Ostavastuu

Palvelusetelilainsäädännön mukaan asiakkaalle mahdollisesti jäävä omavastuuosuus voi ylittää kunnan järjestämän palvelun asiakasmaksujen enimmäismäärät (Melin ym. 2012:31, HE 2009, sivu 17). Tämä on vaikuttanut varsinkin vähävaraisten mahdollisuuteen hyödyntää palveluseteliä. Tutkimusten mukaan asiakkaan kohtuullinen omavastuu on paras tapa asettaa palvelusetelin arvo yritystoimintaa sekä kysyntää lisääväksi ja siten yritystoimintaa kannustavaksi (Linnosmaa 2012, Kuusinen-James 2012). Palvelusetelin arvolla voidaan vaikuttaa tuottajien halukkuuteen tarjota palveluja, kilpailun asteeseen yksityisellä sektorilla sekä myös asiakkaiden omavastuuosuiden oikeudenmukaiseen jakautumiseen eri tuloaluokissa.

Käytännössä palvelusetelin arvo on kunnissa usein asetettu alhaisemmaksi kuin kunnan oman tuotannon kustannukset. Tämä yhdessä julkista palvelua korkeamman

omavastuuosuuden kanssa vaikuttaa asiakkaan halukkuuteen ja mahdollisuuksiin ottaa vastaan palveluseteli. (Junnila ym. 2012.)

Palveluasumisessa palvelusetelin valintaan vaikuttivat voimakkaimmin asiakkaan korkeampi tulotaso sekä palveluasumisyksikön sijainti. Omakustannusosuus oli suurin alimmassa tuloluokassa, ja palveluseteliasiakkaiden omakustannusosuuden tuloluokittainen kohdentuminen oli voimakkaasti regressiivistä. Arvon määrittäminen oikealle tasolle vie kuitenkin aikaa ja onnistuakseen vaatii sekä uskalluksen tehdä päätöksiä että systemaattista kykyä seurata vaikutuksia. Tutkimus nostaa arvon määrittämisen jälkeisarvioinnin ja seurannan yhdeksi tärkeimmäksi tehtäväksi palvelusetelijärjestelmää kehitettäessä. (Linnosmaa 2012.)

Saantikriteerit

Palvelusetelin käyttöön vaikuttavat myös kunnan asettamat saantikriteerit, olemassa olevan vertailutiedon määrä sekä päätöksentekoon saatu tuki. Ennen palvelusetelin käyttöönottoa tulisi arvioida, miten järjestelmä kohtelee esimerkiksi erilaisissa tilanteissa olevia ikäihmisiä (Kuusinen-James 2012). Tutkimuksen mukaan palveluseteliä käyttävien ikäihmisten valinnanvapaus saattaa olla lähes olematonta, jos hänelle ei tarjota vaihtoehtoja. Vanhuspalvelujen asiakas pääsee valitsemaan vasta, kun hänen toimintakykynsä on riittävän huono täyttäkseen kunnallisen palvelun tiukat saantikriteerit, mutta siinä vaiheessa myös kyky selviytyä kuluttajan roolissa joko yksin tai omaisen avustamana on usein heikentynyt. Myös puutteellinen tieto eri palveluntuottajista ja palvelujen sisällöstä vaikeuttaa valintaa. Tutkimuksen mukaan valintoja ohjasivat omat tai tuttujen kokemukset sekä edullisempi hinta. Valinnan teki usein omainen, myös palveluohjaajan tai -tuottajan vaikutus saattoi olla vahva. Valintojen ulkopuolelle jäivät niihin kykenemättömät henkilöt, joilla ei ollut asioita hoitavia omaisia. (Kuusinen-James 2012.)

Palvelusetelin kustannusvaikutukset

Palvelusetelin kustannusvaikutuksia voidaan tarkastella palveluista joko kunnalle tai asiakkaalle aiheutuneiden kulujen näkökulmasta tai näiden yhteisvaikutuksena eli yhteiskunnalle aiheutuneina kuluina. Lisäksi kustannusvaikutuksia voidaan tarkastella tuottajien välisen kilpailun vaikutuksena. Palvelusetelin kustannusvaikutuksia arvioineita tutkimuksia on vielä vähän. Mälkönen ja Seppälä (2009) osoittivat rekisteriaineistolla, että julkinen sektori voi saavuttaa terveystalouden 913 euron säästöt potilasta kohden. Säästöt painottuvat etenkin työikäiseen väestöön, sillä eläkeläisten lyhentyvät hoitojonot eivät tuota vastaavia säästöjä lyhempinä sairauspäiväraha-aikoina. Suurimman summan julkinen sektori voi säästää lonkkaleikkauksissa, keskimäärin 1 858 euroa setelin saanutta potilasta kohden, alentuneiden terveydenhoitokustannusten ja sairauspäivärahojen kautta. Tutkimus havainnollisti, että terveystalouden kautta julkinen valta voi alentaa potilaalle aiheutuvia yksityisen

hoidon kustannuksia, jolloin yksityisen hoidon hinnan ja jonotuksesta potilaalle koituvan haitan välinen ero pienenee ja entistä suurempi osa potilaista hakeutuu hoitoon yksityiselle. Yksityisten palvelujen kysyntä lisääntyy erityisesti alempien tulotasojen potilaiden joukossa. (Mälkönen ja Seppälä 2009.) Kuusinen-James (2012) puolestaan nostaa esiin, että joidenkin ikäihmisten osalta kunnan osuus kulusta väheni asiakkaan maksaessa palveluistaan enemmän. Toisaalta järjestelmä toi kunnallisten palvelujen piiriin aiemmin kokonaan itse palvelunsa maksaneita asiakkaita, mikä lisäsi kustannuksia.

Valinnanvapaus sosiaalihuollossa

Palvelusetelilakia lukuun ottamatta valinnanvapaus ei suoranaisesti ole koskenut sosiaalihoitoa, vaikka asiakkaiden mahdollisuuksia osallistua hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen on lainsäädännössä vahvistettu. Ammatillisen työn ja julkisen vallan käytön erottaminen toisistaan ei ole ongelmatonta, ja niiden jakaminen eri toimijoille voisi lisätä päällekkäistä työtä ja palvelun kustannuksia.

Kunnat järjestävät sosiaalihuollon peruspalvelut, kuten perustason sosiaalityön ja sosiaalihoituksen, pääosin itse. Palvelutarjontaa kuitenkin täydennetään kuntien vaihtelevien käytäntöjen mukaisesti kolmannen ja yksityisen sektorin ostopalveluilla, esimerkiksi vanhusten asumispalveluilla ja päihde- ja mielenterveyskuntoutujien tuetun asumisen palveluilla. Kunnan ostamat sosiaalihuollon palvelut voivat olla sekä erityispalveluja että perustason palveluja. Kuntien toisistaan poikkeavat tavat järjestää itse tai ostaa sosiaalihuollon palveluja on johtanut pirstaleiseen palvelukenttään. (Ks. Brommels ym. 2016a.)

Sosiaalihuollossa palvelujen toteutusta koskeva tietopohja on epäyhtenäistä eikä vertailutietoa palvelujen laadusta tai vaikuttavuudesta ole saatavilla. Tiedon tuottamista, kuten laatu- ja vaikuttavuusindikaattorien kehittämistä, ei myöskään ole tuettu kansallisella ohjauksella. Tutkimustietoa onkin lähinnä palveluseleihin ja kilpailutukseen liittyvistä tekijöistä.

Sosiaalihuollon asiakkaina on suhteellisen paljon erityistä tukea tarvitsevia asiakasryhmiä, ja siksi palveluista ja valinnanmahdollisuuksista tiedottamisessa tulee ottaa huomioon asiakkaiden edellytykset ottaa vastaan tietoa ja tehdä päätöksiä (esim. Brommels ym. 2016a, Kuusinen-James 2012). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaiden tasavertaisen kohtelun vuoksi olisi tärkeää selvittää, millä tavoin valinnanvapautta voitaisiin nykyistä laajemmin toteuttaa myös sosiaalihuollon palveluissa.

Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa

Perusterveydenhuollossa kaikille asukkaille määritellään valmiiksi kunnallinen terveysasema asuinpaikan mukaan. Jos asukas haluaa vaihtaa terveysasemaa, siirtyy hoitovastuu uudelle terveysasemalle viimeistään kolmen viikon kuluttua siitä, kun

vaihdosta on ilmoitettu vanhalle ja uudelle terveysasemalle. Terveysasemaa voi vaihtaa enintään kerran vuodessa. Perusterveydenhuollon hoitopaikan vaihtamisen rajoittamista on perusteltu mm. sillä, että näin varmistetaan hoitoon liittyvien asiakirjojen siirtyminen ja hoidon jatkuvuus sekä resurssien suunnittelu. Osa kunnista ja jotkut alueet antavat asiakkaiden valita vapaasti ilman rajoituksia. Syksyllä 2014 tehdyn väestökyselyn mukaan terveysasemaa oli vaihtanut 2,6 prosenttia väestöstä. Suurin osa väestöstä piti vaihtamista tarpeettomana. Toisessa kyselyssä terveysasemaa vaihtaneet ilmoittivat tärkeimmiksi vaihtamisen syiksi hyvän sijainnin, lääkäriaikojen saatavuuden ja hyvän hoidon laadun. (Junnila ym. 2016.)

Perusterveydenhuollossa on karkeasti ryhmitellen kahdenlaisia asiakkaita: 1) satunnaiskäyttäjiä, joilla käynnin syy on kertaluontoinen ja 2) pitkäaikaissairaita, joista osa käyttää monenlaisia palveluja. Satunnaiskäyttäjien ja pitkäaikaissairaitten tarpeet ovat erilaisia. Kertaluontoisissa käynneissä korostuu tarve saada apu nopeasti ja vaivattomasti yksittäiseen asiaan. Pitkäaikaissairaiden hoidossa keskeistä on suunnitelmallisuus ja ammattilaisten välinen yhteistyö. Satunnaiskäyttäjät muodostavat valtaosan perusterveydenhuollon asiakkaista, ja hieman yli puolella (60 %) on jokin pitkäaikaissairaus. Joka kolmannen terveyskeskuskäynti liittyy pitkäaikaissairauden hoitoon (kuvio 2). Pitkäaikaissairaistakin vain osa tarvitsee monia palveluita, mutta tämä käyttäjäryhmä kuluttaa kuitenkin suurimman osan terveyskeskusten resursseista. (Junnila ym. 2016.)

Yksi syy siihen, miksi terveyskeskusten asiakaskunta painottuu pitkäaikaissairaisiin, on se, että suuri osa työikäisestä väestöstä saa avosairaanhoidon palvelunsa työterveyshuollosta. Valtaosa työterveyshuollon piiriin kuuluvista saa perustason lääkäripalvelunsa jonottamatta ja ilman asiakasmaksuja, mikä heijastuu myös usein nopeampana pääsynä erikoissairaanhoidon. (Erhola ym. 2013.)

Useat terveyskeskukset ovat kehittäneet omia toimintamallejaan pitkäaikaissairaiden hoitoon. Etenkin suurissa kaupungeissa on joillekin terveysasemille koottu laaja valikoima perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon palveluja ja muutettu myös ammattihenkilöiden työnjakoa. Perusterveydenhuollon asiakkaiden valinnanvapauden kannalta on tärkeää päättää, mitä palveluja ja palvelukokonaisuuksia valinnanvapaus koskee. (Junnila ym. 2016.)

Valinnanvapaus erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa valinnanvapauden toteutumiseen vaikuttavat sekä henkilökunnan että potilaiden aktiivisuus ja se, miten hyvin osapuolet tuntevat lainsäädännön antamat mahdollisuudet. Syksyllä 2014 tehdyn väestökyselyn mukaan noin puolet suomalaisista tiesi oikeudestaan valita sairaala. Sairaala oli tuolloin vaihtanut noin 2,5 prosenttia suomalaisista.

Erikoissairaanhoidon hoitopaikka tulisi valita siinä vaiheessa, kun hoidon tarve arvioidaan ja lähete kirjoitetaan perusterveydenhuollossa. Hoitopaikka valitaan

yhdessä lähettävän lääkärin kanssa, mutta potilaan tulee aktiivisesti ilmaista halunsa mennä hoitoon muualle kuin sairaanhoitopiiriin käytäntöjen mukaiseen sairaalaan. Kun potilas on lähetteellä siirretty valitsemansa sairaalan potilaaksi, sijoitetaan hänet palvelut tuottavan sairaanhoitopiiriin hoitojonossa samanarvoisesti muiden, samaan kiireellisyysluokkaan kuuluvien potilaiden kanssa. (Junnila ym. 2016.)

Erikoissairaanhoidon valinnanvapaussäädöksistä on erilaisia tulkintoja erityisesti perusterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoitoon on toistuvasti tullut kyselyjä maksitoumuksen tarpeellisuudesta, jos potilas haluaa hoitoon muuhun kuin sairaanhoitopiirinsä sairaalaan. Erikoissairaanhoitoon tulee myös lähetteitä, joiden mukaan potilas on ilmaissut halunsa valita tietty sairaala, mutta terveyskeskus pyytää erikoissairaanhoitoa ohjaamaan potilasta. Useimmiten potilas kuitenkin kertoo haluavansa hoitoon toiseen sairaalaan vasta tullessaan sairaalaan. Haittana tästä on sekä potilaan turha odotus että päällekkäinen työ poliklinikoilla. (Esim. Pesola 2015.)

Joillekin ammattilaisille on edelleen epäselvää, mitä merkitsee terveydenhuoltolain säännös siitä, että potilas voi vaihtaa vain samantasoiseen hoitoon. Samantasoisella tarkoitetaan hoidon, ei sairaaloiden tasoja (yliopisto-, keskus-, aluesairaala). Siten esimerkiksi lonkkaleikkauksen voi valita tehtäväksi yliopistosairaalassa, vaikka ensisijainen hoitopaikka olisikin oman sairaanhoitopiiriin keskussairaala. Potilaan jatkohoidosta vastaa ensisijaisesti lähettävä yksikkö. Sairaalassa annetusta hoidosta ja jatkohoidon tarpeesta tiedottamisessa on usein katkoksia. Jatkohoidon käytännöistä tarvitaan yhteisesti sovittuja periaatteita. (Esim. Pesola 2015.)

Pääministeri Juha Sipilän hallitus – julkinen, yksityinen ja kolmas sektori samalle viivalle

Tässä alaluvussa kuvataan tapahtumajärjestyksessä sitä, minkälaisilla linjauksilla ja toimenpiteillä pääministeri Juha Sipilän hallitus on lähtenyt edistämään valinnanvapausjärjestelmän rakentamista. Asiakirjoista on poimittu niitä asioita, jotka suoraan tai epäsuorasti vaikuttavat siihen, minkälaiseksi valinnanvapausjärjestelmä Suomessa mahdollisesti tulee muotoutumaan. Hallitusohjelmakirjausten (29.5.2015) lisäksi tarkastellaan hallituksen 7.11.2015 tekemiä linjauksia, valinnanvapautta ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista selvittävän työryhmän 15.3.2016 antaman väliraportin linjauksia sekä hallituksen 5.4.2016 antamia sosiaali- ja terveydenhuolto- ja aluehallintouudistusta koskevia linjauksia. Tarkastelu päättyy lyhyeen yhteenvetoon selvityshenkilötyöryhmän 31.5.2016 antamasta ehdotuksesta valinnanvapausjärjestelmäksi.

Hallitusohjelma 29.5.2015

Pääministeri Juha Sipilän hallitusohjelmassa (2015) sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteeksi asetettiin terveyserojen kaventaminen ja kustannusten hillintä sekä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta tärkeiden palveluketjujen saumaton kokonaisuus. Palvelujen täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä järjestäjien kantokyvyn vahvistamisella tavoitellaan merkittävää vaikutusta julkisen sektorin kestävyysvajeeseen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (sote) järjestetään kuntaa suuremmilla alueilla, joita on enintään 19. Sote-alueet voivat käyttää palvelujen tuottamiseen myös yksityisiä ja kolmannen sektorin palveluntuottajia. Kilpailutuksissa korostetaan erilaisten tuottajien välistä kilpailuneutraaliteettia. Lisäksi päätettiin selvittää valinnanvapausmallin yksityiskohdat tavoitteena perustason palvelujen vahvistaminen ja hoitoon pääsyn turvaaminen.

Hallitusohjelman mukaan uudistus etenee kolmivaiheisena: Ensimmäisessä vaiheessa toteutetaan julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen integraatio ja rakenneuudistus. Toisessa vaiheessa siirrytään yksikanavaiseen rahoitusmalliin huomioiden työterveyshuollon asema. Kolmannessa vaiheessa toteutetaan valinnanvapaus ja tuotannon monipuolistaminen.

Reformien tarkoituksena on uudistaa julkisen sektorin palveluja vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenneuudistus toteutetaan niin, että kuntien vastuulla oleva sosiaali- ja terveydenhuolto siirretään uudistuksessa 18 itsehallintoalueelle, joita kutsutaan maakunniksi. (Toimintasuunnitelman VNK 28.9.2015 ja päivitys 14.4.2016.)

Hallituksen linjaus 7.11.2015

Marraskuussa 2015 hallitus linjasi aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen etenemistavan. Linjausten tarkoituksena oli luoda edellytykset kestävyysvajeen supistamiselle 3 miljardilla eurolla sekä perustuslain 19 §:n sosiaalisia perusoikeuksia toteutettaville sosiaali- ja terveyspalveluille sekä palvelujärjestelmän uudistumiskyvylle.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotantoa monipuolistetaan. Itsehallintoalue voi tuottaa palvelut itse tai käyttää yksityisen tai kolmannen sektorin palveluja. Palvelujen eri tuotantotapojen vertailtavuutta eri palvelujentuottajien kesken lisätään, ja samalla huolehditaan innovaatioiden ja kokeilujen edellytyksistä.

Itsehallintoalueiden sisäisessä valmistelussa tulee erottaa sote-järjestämistehtävien valmistelu itsehallintoalueiden oman tuotannon johtamisesta. Palvelutuotantoa johtavat ammattijohtajat erillään järjestämistä koskevasta päätöksenteosta. Samalla huolehditaan kilpailun toimivuudesta ja monipuolisesta sote-palvelujen tarjonnasta sote-palvelujen markkinoilla sekä uusien toimijoiden sekä pienten ja keskisuurten yritysten mahdollisuuksista tarjota palveluja. Edellytykset asiakaslähtöisille, integroi-

duille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille luodaan kattavalla asiakas- ja potilas-tiedon integraatiolla.

Osana uudistusta luodaan valinnanvapauslainsäädäntö, niin että palvelujen käyttäjä valitsee itse palvelujen tuottajan julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajien joukosta. Valinnanvapaus toteutetaan pääsääntöisesti perustason palveluissa ja soveltuvasti erityistason palveluissa. Muutosta valmistellaan osana sote-ratkaisua siten, että valinnanvapautta laajentava ja monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista koskeva lainsäädäntö astuu voimaan 1.1.2019. Valinnanvapausmallin tavoitteena on vahvistaa perustason palveluja ja turvata nopea hoitoon pääsy. Ihmisten valinnanmahdollisuuksia tuetaan palvelujen yhtenäisillä laatuksilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla.

Selvityshenkilöryhmän asettaminen asiakkaan valinnanvapautta sekä monikanavarahoituksen yksinkertaistamista varten

Selvityshenkilöiden tehtäväksi annettiin kartoittaa malleja ja ehdottaa sellaista, jolla voidaan toteuttaa laaja valinnanvapaus integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa siten, että valinnanvapaudella vahvistetaan perustason palveluja ja turvataan nopea hoitoon pääsy. Tehtävänä on myös ehdottaa käytännön ratkaisu monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamiseen siten, että uudistukset tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon reformia ja julkisen talouden tasapainottamista. Ehdotettavan rahoitusjärjestelmän tulisi kannustaa kustannusvaikuttavuuden parantamiseen ja vähentää merkittävästi nykyjärjestelmään sisältyviä osaoptimoinnin piirteitä. Selvitys toteutetaan kahdessa osassa siten, että esiselvitys julkaistiin 15.3.2016 väliraporttina ja perusteltu ehdotus 31.5.2016. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Asettamispäätös 17.12.2015.)

Selvityshenkilöryhmän väliraportti 15.3.2016

Selvityshenkilöt (Brommels 2016a) määrittivät valinnanvapauden tarkoittavan

”Suomessa asuvan henkilön oikeutta itse valita palvelujen tuottaja, joka on joko julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija. Valinnanvapaus ei ulotu hoitavan henkilön tai annettavan hoitomuodon valitsemiseen. Valinnanvapaus on pääsääntö perustasolla ja soveltuvain osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveyspalveluissa. Erikoistason palvelun valinta perustuu perustasolla toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen toteamaan tarpeeseen tai lainsäädäntöön perustuvaan oikeuteen tai etuuteen.”

Valinnanvapausjärjestelmän selvityshenkilöt kuvasivat seuraavasti:

”Valtio rahoittajana päättää ne palvelut, joiden kohdalla vallitsee vapaus valita palvelujen tuottaja sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (ns. auktorisointimenettely tai tuottajarekisteriin hyväksyminen). Kunkin valinnanvapauden piiriin kuuluvan palvelun osalta vahvistetaan tuottajalle asetettavat vaatimukset seuraavilta alueilta: ammatillinen osaaminen, toiminnan ylläpitämiseen tarvittavat voimavarat, taloudellinen kantokyky, laatujärjestelmä, seuranta- ja raportointijärjestelmä, mukaan lukien kustannusten seurantajärjestelmä. Rahoitusosuus on samasta palvelusta kaikille tuottajille sama. Julkinen rahoitusosuus osoitetaan sille tuottajalle, jonka asukas on valinnut. Valtio päättää perittävistä asiakasmaksuista, jotka ovat samat tuottajasta riippumatta.”

Väliraportissaan selvityshenkilöt esittivät neljä vaihtoehtoista tapaa toteuttaa valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Esitetyt vaihtoehdot olivat seuraavat:

- 1) ”*Omatiimi*”, joka vastaa Tanskan ja Keski-Euroopan maiden perhelääkärimallia ja sisältää lääkäripalvelujen lisäksi terveydenhoitajan, sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja sosiaalihoitajan palvelut.
- 2) *Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus*, joka tarjoaa yllä mainittujen palvelujen lisäksi joitakin paikallisesti tuotettuja sosiaalipalveluja, kuten perhetyötä, kasvatus- ja perheneuvontaa, päihde- ja mielenterveytyötä sekä terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisyä.
- 3) *Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus* tarjoaa edellä mainittujen palvelujen lisäksi äitiys- ja lastenneuvolapalveluja, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä työterveyshuollon.
- 4) *Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus* tuottaa kaikki perustason palvelut. Valinnanvapaus rajoittuu asiointipaikan valintaan.

Ehdotuksessa palveluyksikön sisältämien palvelujen määrä lisääntyy siten, että vaihtoehdossa 1 palveluyksikön palvelukirjo on suppein, mutta valinnanvapaus lisäpalvelujen suhteen suurin ja neljännessä vaihtoehdossa palveluvalikoima on laajin ja valinnanvapaus samalla suppein.

Lisäksi selvityshenkilöt esittivät, että vanhuspalveluja lukuun ottamatta sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja koskevat valinnanvapauskysymykset selvitetään erikseen ja niistä päätetään jatkotyössä. (Brommels ym. 2016a.)

Hallituksen linjaukset Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallinnon uudistamiseksi 5.4.2016

Hallitus sopi 5.4.2016 reformiministerityöryhmässä tarkentavat linjaukset, jotka ohjaavat 1) sote-järjestämisuudistusta sekä 2) valinnanvapaus- ja monikanavarahoituksen ja 3) aluehallintouudistuksen valmistelua.

Sosiaali- ja terveydenhuolto järjestetään 18 maakunnassa ja rahoitetaan ensivaiheessa pääosin valtionrahoituksella sekä mm. asiakasmaksuista saatavilla tuloilla. Säädetään valinnanvapauslainsäädäntö, jotta asiakas voi itse valita itselleen sopivan palvelun. Maakunta erottaa aidosti järjestämisen ja tuottamisen toisistaan, järjestää viranomaistehtävät ja vastaa koko palvelujärjestelmän toimivuudesta, laadusta ja kustannusvaikuttavuudesta.

Maakunnan on yhtiöitettävä valinnanvapauslainsäädännön piiriin kuuluva oma palvelutuotanto. Valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluntuottajia kohdellaan yhtäläisesti. Perustason sote-palvelujen tuottamisesta vastaavat maakunnan, yksityisten ja kolmannen sektorin omistamat yritykset. Palvelutuotantoa monipuolistetaan niin, että yksityisten ja järjestöjen omistamat yritykset vastaavat tietystä vähimmäismäärästä palvelutuotantoa. Tavoitteena on, että valinnanvapaus tukee pienten ja keskiuurten yritysten pääsyä markkinoille sekä innovatiivisten palvelujen toteutumista. Julkisella, yksityisellä sekä kolmannen sektorin toimijoilla tulee olla mahdollisimman tasapuoliset toimintaedellytykset kilpailla markkinoilla.

Selvityshenkilötyöryhmän loppuraportti 31.5.2016

Selvityshenkilöt ehdottivat loppuraportissaan (Brommels ym. 2016b), että asiakkaiden ensisijainen asiointipaikka olisi väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus. Ehdotus vastaa väiliraportin mallia 2 täydennettynä äitiys- ja neuvolapalveluilla. Seuraavassa tiivistelmä ehdotuksen pääpiirteistä:

Ehdotuksen mukaan valtio päättää valinnanvapauden piiriin kuuluvat palvelut ja niihin liittyvät asiakasmaksut ja maksukatot. Asiakkaat valitsevat sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajan sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (auktorisointimenettely tai tuottajarekisteri). Tuottajille asetetaan osaamisvaatimukset ammatillisen osaamisen, toiminnan ylläpitämiseen tarvittavien voimavarojen, taloudellisen kantokyvyn, laatu- ja järjestelmän sekä seuranta- ja arviointijärjestelmän suhteen. Palvelujen tuottajien välillä vallitsee laatukilpailu, ei hintakilpailu.

Valtio osoittaa maakunnille palvelujen järjestämiseen rahoituksen, joka perustuu ensisijaisesti tarvevakioituun kapitaatioon, eli väestön määrään ja palvelutarpeisiin perustuvaan rahoitukseen¹. Maakunta järjestäjänä vastaa palvelujen tuottajien kanssa

¹ Tarvevakioidut menot saadaan suhteuttamalla alueiden ja kuntien nettomenot asukkaiden palvelutarpeisiin. Laskennassa hyödynnetään alue- ja kuntakohtaisia tietoja väestön ikä- ja sukupuolirakenteesta, sairastavuudesta ja sosioekonomisesta asemasta. <https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/tilastoja/terveyden-ja-vanhustenhuollon-tarvevakioidut-menot>

laadittavista sopimuksista ja palveluista maksettavista korvauksista, jotka ovat maakunnassa kaikille tuottajille samat.

Sosiaali- ja terveyskeskukset tuottavat määritellyt peruspalvelut. Muita julkisrahoitteisia valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja asiakas voi saada sosiaali- ja terveyskeskuksen antaman lähetteen tai palveluohjauksen perusteella.

Valinnanvapauden piirissä on myös palveluja, joihin liittyy viranomaispäätös. Tämä edellyttää koordinoitua yhteistyötä maakunnan viranomaispäätösten tekijöiden ja sosiaali- ja terveyskeskuksen palvelusuunnitelmia tekevien välille.

Yhteenvedo valinnanvapauden edistämisestä Suomessa

Tämän luvun alkuosassa on tarkastelu potilaan aseman vahvistumista ja valinnanvapauden asteittaista toteuttamista Suomessa lainsäädännön ja sen toimeenpanon näkökulmasta 1990-luvun alkupuolelta vuoteen 2014. Valinnanvapauden kehittämistä seurataan tässä luvussa aina pääministeri Juha Sipilän hallituksen linjauksiin sekä valinnanvapautta ja monikanavarahoitusta selvittäneen työryhmän toukokuun lopussa 2016 antamiin ehdotuksiin asti. Se, minkälaiseksi valinnanvapaus Suomessa muodostuu, on vasta edessä olevien linjausten, päätösten ja säädösvalmistelun lopputulos. Tässä tutkimuksessa voidaan kuitenkin arvioida nyt esillä olevia ehdotuksia valinnanvapauden laajentamiseksi.

Suomi oli ensimmäinen maa, joka halusi vahvistaa potilaan asemaa ja oikeusturvaa säätämällä potilaslain vuonna 1993. Sen jälkeen Suomi on kuitenkin jäänyt jälkeen valinnanvapauden kehittämisessä muihin Euroopan maihin verrattuna. Asiakkaan ja potilaan asemaa on vahvistettu ja valinnan mahdollisuuksia lisätty asteittain eri laeissa, mutta se näyttää kuitenkin olleen monessa lainsäädäntöuudistuksessa toissijaisessa asemassa. Erityisesti palvelusetelilainsäädännössä uudistusta on perusteltu yritysten toimintaedellytysten vahvistamisella. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki konkretisoi ensimmäisenä asiakkaan valinnanvapauden keinona vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja parantaa väestön tarvitsemien palvelujen yhdenvertaista saatavuutta.

Terveydenhuollossa asiakkaan valinnanvapaus on nykyisellään melko laaja, koska se kattaa kaikki julkisesti rahoitetut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut Suomessa, myös silloin kun julkisia palveluja tuottaa yksityinen toimija. Palvelujen saatavuus eri puolilla Suomea kuitenkin vaihtelee, eikä valinnanvapauden yhdenvertaista toteutumista tueta esimerkiksi matkakorvauksilla. Terveydenhuolto-laissa säädetyn valinnanvapauden toteutuminen käytännössä tuntuu myös jääneen puolittiehen, koska epätietoisuus siitä, miten säännöksiä tulisi soveltaa, on noussut tutkimuksen aikana monella tavalla esille.

Valinnanvapauden toteutumisen keskeinen lähtökohta on hoidon tai palvelun saatavuus. Terveydenhuoltolaki sisältää säännökset minimiajoista, joissa potilaan on

päästävä hoitoon. Tilastoseurantojen mukaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitopääsy vaihtelee merkittävästi eri puolella Suomea ja esimerkiksi keväällä 2016 perusterveydenhuollon kiirettömään hoitoon pääsi viikon sisällä vain noin 40 prosenttia kansalaisista.

Erikoissairaanhoidossa hoitopääsy vaihtelee alueittain ja erikoisaloittain. Aluehallintovirastot ovat valvovina viranomaisina asettaneet tuntevia uhkasakkoja sairaanhoitopiireille, jotka eivät ole pystyneet täyttämään hoitopääsyn minimiaikoja. Näihin on reagoitu sekä systemaattisilla jonojenpurkuohjelmilla että ostamalla joitakin erikoissairaanhoidon palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Tässä olisi kuitenkin voitu mennä astetta pidemmälle ja esimerkiksi tukea matkakorvauksilla hoitopaikan vaihtamista sinne, missä hoitoa on saatavilla, tai Englannin tapaan antaa palveluseteli asiakkaalle, jonka hoito ei toteudu hoitotakuun asettamassa määräajassa.

Sosiaalipalveluissa valinnanvapaus toteutuu ensisijaisesti palvelusetelin kautta, johon useimmiten kuuluu myös omavastuuosuus. Asiakkaiden kannalta palveluseteli voi olla eriarvoistava, koska niiden tarjoaminen riippuu kuntakohtaisista ratkaisuista. Myös omavastuu voi muodostua esteeksi palvelusetelin käytölle.

Palvelusetelipalvelut ovat merkittävä keino tarjota yksityisille tuottajille mahdollisuus toimia osana julkisesti rahoitettua järjestelmää. Palvelusetelien käyttöä on vuosien varrella pyritty monipuolistamaan laajentamalla lainsäädäntömuutoksilla sen käyttöalaa. Kunnat ovat kuitenkin soveltaneet palvelusetelimahdollisuutta kapea-alaisesti ja usein myös vastoin lain henkeä säästämismielessä asettamalla palvelusetelin arvon kunnan oman tuotannon arvoa alhaisemmaksi. Vaikka palvelusetelien käyttö on viime vuosina lisääntynyt ja Suomessa on käytössä monenlaisia palveluseteleitä, ei niiden yhteenlaskettu osuus ole kovinkaan merkittävä sosiaali- ja terveydenhuollon koko volyymissa.

Yksityiset palveluntuottajat voivat nykyisin olla tuottamassa julkisia, valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja erityyppisten kilpailutusten kautta ostopalveluina tai palvelusetelituottajina. Yksityisten palveluntuottajien roolin vahvistaminen sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa on ollut Suomessa esillä jo vuosikymmeniä, ja sitä on asteittain vahvistettu hankinta- ja kilpailulainsäädännöllä. Suomi on esimerkiksi Ruotsista tai Englannista poiketen ulottanut hankintalainsäädännön koskemaan myös sosiaali- ja terveyspalveluja. Tätä kehityssuuntaa ollaan mahdollisesti edelleen vahvistamassa valinnanvapausjärjestelmää kehitettäessä.

Juha Sipilän hallitusohjelmalla ja myöhemmin annetuilla linjauksilla on ohjattu aluehallinto- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä valinnanvapausjärjestelmän kehittämisen ja monikanavarahoituksen purkamisen valmistelua. Linjaukset korostavat vahvaa valtion ohjausta, järjestämisen siirtämistä kuntaa suuremmille alueille maakuntiin ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamista tuottajakuntaa laajentamalla. Hallitusohjelman mukaan muutos oli tarkoitus toteuttaa kolmivaiheisesti niin että ensimmäisessä vaiheessa toteutetaan julkisten sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ja rakenneuudistus, toisessa vaiheessa siirrytään yksi-

kanavaiseen rahoitusmalliin ja kolmannessa vaiheessa toteutetaan valinnanvapaus ja tuotannon monipuolistaminen. Nyt näyttää siltä, että uudistuksen kolmivaiheisuudesta on luovuttu ja kaikki osat on tuotu valmisteluun samanaikaisesti. Näyttää myös siltä, että valinnanvapaus on otettu muutoksen käyttövoimaksi hallituksen säästötoivotteiden saavuttamiseksi.

Asiakkaan valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden kannalta selvityshenkilöiden linjaus siitä, että ”valinnanvapaus ei tule ulottumaan hoitavan henkilön tai annettavan hoitomuodon valitsemiseen”, on merkittävä. Linjaus kaventaisi toteutuessaan nykyisessä terveydenhuoltolaissa säädettyä asiakkaan mahdollisuutta valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava terveydenhuollon ammattilainen, jos se on hoitoyksikön toiminnan puitteissa mahdollista. Myös asiakkaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon jää linjauksen perusteella epäselväksi.

Valinnanvapausmallin laatiminen on aloitettu paljolti kansainvälisiin malleihin nojaten ja ikään kuin ”puhtaalta pöydältä”, eikä mallin toteuttamisesta ole vielä hallituksen linjauksia. Toinen mahdollinen etenemistie, valinnanvapauden asteittainen laajentaminen nykyisen lainsäädännön puitteissa, ei ainakaan hallituksen tai selvityshenkilöiden esityksissä ole tullut mitenkään esille. Tarkastelu antaa viitteitä siitä, että hyvin monet valinnanvapauden toteuttamiseen liittyvät puutteet ovat sidoksissa Suomen hajanaiseen kuntarakenteeseen ja kuntien itsenäiseen päätöksentekoon sekä toisaalta myös heikkoon valtion ohjaukseen. Sosiaali- ja terveystieteiden järjestäminen maakunnissa antaisi toteutuessaan vankan pohjan jo rakennettujen valinnanvapausmuotojen edelleen kehittämiseksi ja käytäntöön viemiseksi.

4 Valinnanvapaus tässä tutkimuksessa

MAIJALIISA JUNNILA, ANNE WHELLAMS JA LAURA HIETAPAKKA

Asiakkaan valinnanvapaus julkisessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä on amonimuotoinen käsite, jolle ei ole olemassa yhtä määritelmää, ja siihen liittyy myös paljon epäselvyyttä sekä virheellisiä tulkintoja. Yleisesti valinnanvapaus koskee kiireetöntä hoitoa, jolloin asiakkaalla ei ole välitöntä hoidontarvetta. Kiireettömässä hoidossa asiakkaan valinnanvapaus tarkoittaa ensisijaisesti hoito- tai hoivapalvelun tuottajan valintaa (missä). Lisäksi valittavana voi olla organisaation sisäisiä asioita, kuten ammattihenkilö (kuka), ajankohta (milloin), hoito- tai hoivamuoto (mitä) sekä sähköisten palvelujen lisääntyessä myös palvelumuoto (miten). Laajemmin tarkasteltuna valinnanvapautteen voidaan liittää myös yksilön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavien elämäntapavalintojen tekeminen sekä sosiaali- ja terveystalvelujen suunnittelu- ja kehittämistyöhön osallistuminen. (Mukaillen Le Grand 2007.)

Valinnanvapaudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa väestön tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttäjän *oikeutta itse valita palvelujen tuottaja ja häntä tai hänen asiaansa hoitava ammattihenkilö sekä oikeutta osallistua hoitoonsa liittyviin valintoihin*. Tässä tutkimuksessa *valinnanvapautta tarkastellaan ensisijaisesti palvelujen käyttäjän näkökulmasta samalla jäsentäen valinnanvapautta palvelujärjestelmää muuttavana ilmiönä*. Palvelujen käyttäjään viitataan myös asiakkaan, potilaan ja kulluttajan käsitteillä.

Valinnanvapautta tarkastellaan tässä tutkimuksessa väestön näkökulmasta arvona sinänsä ja keinona vahvistaa asiakkaan tai potilaan asemaa. Valinnanvapaus nähdään myös keinona kehittää palvelujärjestelmää. Tässä tutkimuksessa valinnanvapautta tarkastellaan palvelujen tuottamistavasta riippumatta niin, että se koskee yhtä lailla julkista, yksityistä ja kolmannen sektorin palvelua.

Terveydenhuoltolaki (2010/1326) korostaa valinnanvapautta keinona vahvistaa asiakaskeskeisyyttä. Tämä toteutuu käytännössä, kun asiakkaalla on mahdollisuus valita perusterveydenhuollon hoitoyksikkö ja yhteisymmärryksessä lääkäriinsä kanssa myös erikoissairaanhoidon toimintayksikkö. Lisäksi laki vahvistaa asiakkaan asemaa antamalla mahdollisuuden valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava ammattihenkilö, toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen rajoissa.

Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) ei vastaavia valinnanvapaussäädöksiä ole, mutta sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) säädetään asiakkaan oikeudesta saada selvitys erilaisista vaihtoehdoista. Laissa todetaan lisäksi, että sosiaalihuoltoa toteutettaessa on otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Myös palvelusetelilaki (569/2009) korostaa asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisäämistä. (Ks. laajemmin luku 3.)

Valinnanvapaus korostaa väestön asemaa sosiaali- ja terveystalouden kuluttajana, joka voi valita itselleen sopivan hoitopaikan tai palvelun. Kuluttajasta tulee asiakas tai potilas, kun hän asettuu hoito- tai palvelusuhteeseen. (mm. Jonsson ja Virtanen 2013 ja Tritter 2009)

Valinnanvapauden hyödyntäminen on yksilön oikeus, ei velvollisuus, olipa kyse terveydenhuoltolain mukaisesta valinnanvapaudesta, palvelusetelin hyödyntämisestä tai rajat ylittävstä terveydenhuollosta. Valinnanvapaus tarjoaa palvelujen käyttäjälle hänen niin halutessaan mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan vaikuttamalla itseään koskeviin päätöksiin ja ottamalla vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Sosiaali- ja terveydenhuollossa hoitoon ja palveluihin sitoutuminen voi myös jouduttaa paranemista ja palvelujen vaikuttavuutta sekä vähentää palvelujen käyttäjälle ja yhteiskunnalle aiheutuvia kustannuksia. (Ks. laajemmin luku 2.)

Valinnanvapauden edellytykset

Valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että asiakkaalla on tietoa oikeudestaan tehdä valintoja ja halu käyttää sitä, että hänellä on todellisia vaihtoehtoja, joista valita, ja käytettävissä ymmärrettävää, vertailun mahdollistavaa tietoa ja että hänellä on mahdollisuus saada tukea päätöksentekoon. (Ks. laajemmin luku 10.)

Valintojen tekeminen edellyttää, että asiakas on *tietoinen oikeuksistaan*. Vastuu siitä, että asiakkaat tuntevat oikeutensa, on sekä palvelujen järjestäjillä että ammattilaisilla, eikä sitä voi jättää yksittäisten kansalaisten tai asiakkaiden aktiivisuuden varaan.

Suomalaisille mahdollisuus tehdä valintoja on tärkeä periaatteellinen oikeus, vaikka he eivät todellisuudessa tekisikään valintoja. Valintojen tekeminen edellyttää asiakkaalta *halua ottaa vastuuta ja tehdä valintoja*. Siksi on tärkeää, että valinta-oikeudet on kohdistettu sellaisiin kohteisiin, jotka ovat asiakkaalle mielekkäitä.

Asiakkaalla tulee olla todellisia *valinnan vaihtoehtoja* ja mahdollisuus valita itselleen sopiva palvelu. Valinnan kohteena voi olla palveluntuottaja, palvelukokonaisuus, hoitava ammattihenkilö, palvelun ajankohta, palvelumuoto tai sähköinen palvelu perinteisen vastaanottokäynnin sijaan. Asiakkaan tulee voida luottaa siihen, että kaikki

hänen valitsemansa vaihtoehdot ovat turvallisia, ja hänen pitää tietää, että hänen maksukykyensä ei ole este valintojen tekemiselle. On tärkeää, että palveluntuottajat eivät voi valita yksittäisiä asiakkaita, joita hoitavat.

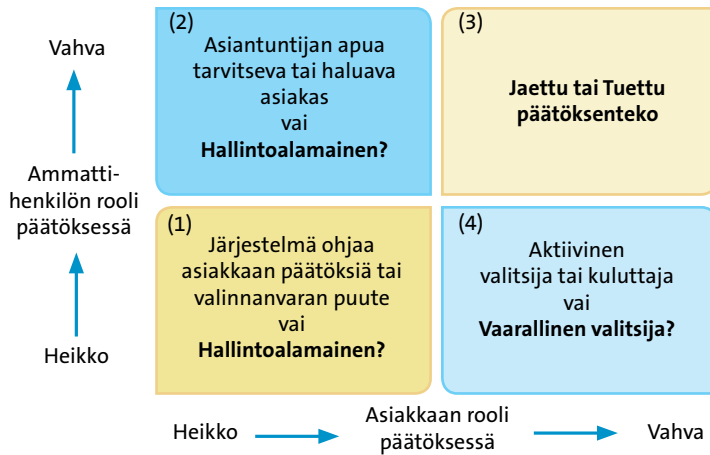
Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus *punnita vaihtoehtoja* eri lähteistä saatavan *tiedon* pohjalta. Asiakas tarvitsee monipuolista, vertailukelpoista ja ajantasaista tietoa mm. palvelujen sisällöstä, hinnoista ja odotusajoista. Lisäksi saatavilla tulee olla tietoa mm. asiakastyytyvyydestä, palvelujen vaikuttavuudesta ja hoitotuloksista, kuten komplikaatioista ja infektioista. Tutustuminen näihin tietoihin etukäteen voi tasoittaa asiakkaan ja ammattilaisen välistä tiedon epäsuhua ja siten vahvistaa asiakkaan asemaa. Asiakkaan tulisi saada tehdä lopullinen valinta itselleen tärkeiden tekijöiden ja arvojen perusteella. On tärkeää, että vertailutieto on monipuolista ja sisältää tietoa myös muiden palvelunkäyttäjien kokemuksista.

Vertailutiedon saatavuudesta huolimatta monelle asiakkaalle voi olla tärkeää keskustella eri vaihtoehdoista ammattihenkilökunnan kanssa, varsinkin silloin kun päätökseen liittyvä tiedon epäsuhta on suuri asiakkaan ja ammattilaisen välillä, kuten esimerkiksi erikoissairaanhoidossa usein on. Suurin osa asiakkaista pystyy kuitenkin tekemään valintoja itsenäisesti, mikäli saatavilla on monipuolista ja laadukasta vertailutietoa palveluntuottajista helposti ymmärrettävässä muodossa. Kykyä tehdä itsenäisiä päätöksiä myös helpompien valintojen kohdalla voivat kuitenkin rajoittaa monet tekijät, kuten esimerkiksi asiakkaan kognitiiviset kyvyt. Siksi on tärkeää, että asiakkaiden on tarvittaessa mahdollista saada ammattilaiselta tukea päätöksentekoon. (Junnila ym. 2014.)

Asiakkaan ja ammattilaisen roolit valinnanvapaudessa

Sekä asiakkaan että ammattilaisen roolit muuttuvat sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä, kun valinnanvapauden toteutumisen edellytykset vahvistuvat. Se, onko asiakkaan rooli valintaa tehtäessä heikko vai vahva, riippuu monista asioista, kuten hänen kyvystään ymmärtää ja hyödyntää olemassa olevaa tietoa ja siitä, miten häntä tuetaan päätöksenteossa. Tärkeää on myös, että asiakas ymmärtää, mitä hyötyä hänelle on omaehtoisesta valinnasta, ja että hänellä on tarvittaessa tukiverkko valinnan tekemiseen. Ammattilaisten tehtävänä on mahdollistaa valinta oikealla neuvonnalla ja olemalla asiakkaan tukena hänen päätöksissään.

Seuraavassa kuvataan, miten asiakkaan ja ammattilaisen roolit voivat vaihdella päätöksenteko- ja valintatilanteissa. (Kuvio 4.1.)



KUVIO 4.1. Asiakkaan roolin muutos hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi

(1) *Asiakkaan rooli päätöksenteossa on heikko*, jos hänelle ei anneta mahdollisuutta valintoihin tai jos hän ei ole halukas tai kykenevä käyttämään valinnanvapautteen liittyviä oikeuksiaan. Myös valinnanvaihtoehtojen pieni määrä tai niistä koituvat kustannukset voivat johtaa siihen, että käytännössä asiakas ei voi valita. Silloin järjestelmä voi ohjata asiakkaan valintoja määrittämällä palveluntuottajaksi esimerkiksi lähimmän julkisen sektorin palveluntarjoajan tai oman sairaanhoitopiirin sairaalan, vaikka asiakkaan omaiset asuisivat toisen sairaalan läheisyydessä. Asiakas on tällöin *hallintoalamainen*, jonka rooli määräytyy järjestelmän käytäntöjen tai mahdollisuuksien mukaan. Myös ammattihenkilön rooli on tällöin heikko, koska järjestelmä on luonut vain niukasti vaihtoehtoja. Asiakkaan tai palvelujärjestelmän kannalta tämä ei ole ongelma silloin, jos asiakas ei halua tehdä itse valintaa tai kun tarvitaan rutiininomaisia käytäntöjä.

(2) *Asiakkaan rooli päätöksenteossa on heikko*, ja valintoihin kykenevästä ja halukkaasta asiakkaasta voi tulla hallintoalamainen, jos valinnanvapauden edellyttämiä lainsäädännön muutoksia ei ole toimeenpantu. Tällöin ei esimerkiksi ole sovittu, miten ja kenen tehtävä on tiedottaa asiakkaalle hänen oikeuksistaan, tai ei ole käytäntöä siitä, miten päätöksessään erityisen paljon tukea tarvitsevien asiakkaiden valinnat mahdollistetaan. Valintaprosessi voi lisäksi olla liian monimutkainen, tai palveluun voi liittyä kustannuksia, joita asiakkaan on vaikea selvittää ilman ammattilaisen tukea. Näin voi olla esimerkiksi, kun on kyseessä monimutkainen kuntoutuksen tai jatkohoidon suunnittelu. Lisäksi osa ammattilaisista voi ohjata asiakasta haluamallaan tavalla joko tukemalla asiakasta sen mukaan, mitä hän luulee asiakkaiden tarpeiden olevan, tai suhtautumalla välinpitämättömästi asiakkaan tarpeisiin ja hänen valinnan oikeuksiinsa.

Etukäteen sovitut menettelytavat ja niiden toteutumisen seuranta suojelevat asiakasta joutumasta haluamattaan hallintoalamaisen rooliin. Toisaalta järjestelmän ja asiakkaan kannalta voi olla mielekästä joissakin tapauksissa rajoittaa sellaisia valintoja, joita on mahdollista tehdä vain lääketieteellisestä tai sosiaalihuollollisesta näkökulmasta ja jotka soveltuvat vain ammattihenkilön tekemiksi. Tällaisia voivat olla esimerkiksi vaativat hoitomuodon valintaan liittyvät päätökset ja osa sosiaalihuollon viranomaispäätöksistä.

(3) *Asiakkaan rooli päätöksenteossa on vahva*, kun valintoihin halukas asiakas on tietoinen valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksistaan, hyödyntää itse hankkimaansa tietoa ja saa ammattihenkilöltä tai palvelujärjestelmästä tilanteeseensa sopivaa tukea. Päätöksenteko on jaettua, kun ammattihenkilö tukee asiakasta hänen valinnoissaan esittämällä erilaisia vaihtoehtoja, pohtimalla asiakkaan kanssa niitä ja valitsemalla yhdessä asiakkaan kanssa hänen tarpeisiinsa ja elämäntilanteeseensa parhaan ratkaisun.

(4) *Asiakkaan rooli päätöksenteossa on entistä vahvempi*, jos hänellä aktiivisena valitsijana on mahdollisuus ja halu tehdä valintoja sekä toimia kuluttajan roolissa ja hän on kykenevä tekemään valintoja myös käytännössä ilman ammattihenkilön vahvaa tukea. Tämä on helpompaa, jos palvelujen, hoidon ja hoitopaikkojen vertailun mahdollistavaa tietoa on saatavilla helposti hyödynnettävässä muodossa. Myös järjestelmän tarjoamat itsehoito- ja asiointisivustot voivat vahvistaa asiakkaan mahdollisuutta toimia aktiivisena valitsijana ja kuluttajan roolissa. Tällöin ammattihenkilön rooli voi jäädä heikoksi, koska järjestelmä tukee asiakkaan aktiivisuutta.

Tämä ei kuitenkaan aina ole tarkoituksenmukainen tilanne. Asiakas voi toimia ”vaarallisena valitsijana”, jos on mahdollista, että hän tekee väärän, itselleen haitallisen valinnan. Valinnanvapauden ei pitäisi kohdistua sellaisiin asioihin, joissa tämä riski on olemassa. Siksi esimerkiksi kaikkien palveluntuottajien täytyy jatkuvasti täyttää turvalliselle ja laadukkaalle hoidolle asetetut minimivaatimukset.

Valinnanvapauden tulee ulottua sellaisiin asioihin, joissa tiedon epäsymmetria asiakkaan ja ammattihenkilökunnan välillä on hallittavissa. Esimerkiksi asiakkaan ei tulisi voida yksinään tehdä sellaisia valintoja, joissa vaaditaan lääketieteellistä osaamista ja joissa ns. väärä valinta voi muodostua riskiksi asiakkaan terveydelle. Tällaisissa tilanteissa tulisi tavoitella jaettua päätöksentekoa (3) sen sijaan, että asiakas asetetaan epätarkoituksenmukaisesti hallintoalamaisen (1–2) tai kuluttajan rooliin (4). Toisaalta tulee myös ymmärtää ne tilanteet, joissa asiakkaan rooli päätöksenteossa on vähäinen (1–2). Esimerkiksi joissakin viranomaispäätöksissä, kuten lastensuojelussa, tarvitaan ammattihenkilöiden vahvaa roolia.

Jokainen kuviossa 4.1. kuvatussa neljästä vaihtoehdosta on tarkoituksenmukainen tietyissä olosuhteissa. Ammattihenkilön tulee ymmärtää, millainen asiakkaan tuen tarve eri tilanteissa on ja minkälaisia käytäntöjä sen toteutuminen vaatii. Kansallisesti harkitusti kohdennetuilla valintaoikeuksilla sekä yhteisesti sovitulla menettelytavoilla on tässä suuri merkitys. Myös asiakkaan omaa aktiivisuutta ja halua toimia itsenäisesti kuluttajan roolissa tulee tukea tarjoamalla digitaalisia palveluja ja itsehoidon mahdollistavia työkaluja. Toisaalta järjestelmää ei saa kuormittaa liikaa tarjoamalla valinnanvapautta jokaiseen rutiininomaiseen päätökseen. On myös tilanteita, joissa asiakkaan oikeutta tehdä päätöksiä on tarve rajoittaa. Rajoittamiselle on kuitenkin aina oltava selvät perusteet.

5 Tutkimuksen aineistot

LAURA HIETAPAKKA JA MAIJALIISA JUNNILA

Hankkeessa tutkitaan valinnanvapauden muotoutumista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näkökulma on laaja, ja mahdollisimman kattavan kuvan saamiseksi aihetta tarkastellaan 1) kansainvälisten ja kotimaisten kokemusten, 2) sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden sekä 3) kansalaisten ja palvelunkäyttäjien näkökulmista. Ajallisesti valinnanvapauden muotoutumista tarkastellaan sekä nykyhetkessä että tulevaisuudessa. Eri aineistojen ja osakokonaisuuksien yhteinen tavoite oli selvittää ja pohtia, millaisia edellytyksiä ja esteitä asiakkaan valinnanvapauden kehittämiseksi on Suomessa.

Hankkeessa on kerätty aineistoja sekä kansallisella että alueellisella tasolla. Alueelliset aineistot on kerätty hankkeen kumppanuusalueilta, joita ovat Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote), Jyväskylän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) ja Oulun kaupunki. Nämä alueet valittiin mukaan hankekumppaneiksi, koska ne ovat pyrkineet edistämään valinnanvapautta erilaisin tavoin ja alueilta saadut kokemukset voivat hyödyttää valinnanvapauden kehittämistä myös kansallisella tasolla. Kainuussa asukkailla on ollut mahdollisuus valinnanvapauteen jo vuodesta 2005 lähtien ja Eksotessa vuodesta 2010 lähtien. Jyväskylän kaupunki on ottanut palvelusetelit laajaan käyttöön jo vuonna 2004. Oulun kaupunki puolestaan on kokeillut tuottamisen vapauttamista ja asiakkaan valintojen vaikutuksia Ruotsin esimerkin mukaisesti. Alueiden tarkemmat kuvaukset esitetään tämän raportin luvussa 9. Tutkimuksen aineistot esitetään taulukossa 5.1.

Kansalliset aineistot

Kansallisena aineistona hankkeessa oli THL:n väestötutkimuksiin kuuluva Alueellinen terveys- ja hyvinvointikysely (ATH-kysely), jolla kartoitettiin kansalaisten ja palvelunkäyttäjien näkemyksiä terveydestä, hyvinvoinnista, palvelujen käytöstä ja valinnanvapaudesta. ATH-aineisto kerättiin syksyllä 2014. Aineiston tulokset kuvataan tämän raportin luvussa 10.

Toinen kansallinen aineisto oli kaikille Suomessa toimiville yksityishammaslääkäreille lähetetty kysely, jolla kartoitettiin palveluntuottajien arvioita markkinatilanteesta, palveluseteliastiakkaiden roolista ja vaikutuksesta markkinoihin sekä asiakkaiden ja yrittäjien asenteista palveluseteliä kohtaan. Kysely toteutettiin kesällä 2015. Aineiston tulokset esitetään luvussa 13.

Tutkimuksen konsortio-osapuoli Demos Helsinki kartoitti omana osahankkeenaan terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuutta vuoteen 2050 skenaariotyön menetelmin kaksivaiheisena kokonaisuutena. Ensimmäinen vaihe, pohjakartoitus, toteutettiin kirjallisena selvitystyönä. Toinen vaihe, skenaariotyöskentely, toteutettiin Delfoi-kyselyn sekä osallistuvan backcasting-skenaariotyöskentelyn menetelmin (ks. menetelmästä esim. Neuvonen ym. 2014). Backcasting-skenaariotyön aineisto

TAULUKKO 5.1. Tutkimuksessa kerätyt aineistot.

Kansalliset aineistot	
Väestökysely: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) (N = 9 343) Suun terveydenhuollon palvelusetelikysely (N = 355) Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuudet, Demos Helsinki, Delfoi-kysely ja backcasting-työpajat (osallistujina yli 140 eri alojen asiantuntijaa)	
Alueelliset aineistot	
EKSOTE Haastattelut: Poliittiset päätöksentekijät ja johtavat virkamiehet (N = 9) Kyselyt: Julkisen sektorin terveydenhuollon työntekijät (N = 62) Yksityiset palveluntuottajat, terveys- ja vanhuspalvelut (N = 120) Kuntalaisen palvelufoorumi (N = 469)	JYVÄSKYLÄ Haastattelut: Poliittiset päätöksentekijät ja johtavat virkamiehet (N = 6) Kyselyt: Julkisen sektorin terveydenhuollon työntekijät (N = 311) Yksityiset palveluntuottajat, terveys- ja vanhuspalvelut (N = 144)
KAINUU Haastattelut: Poliittiset päätöksentekijät ja johtavat virkamiehet (N = 10) Kyselyt: Julkisen sektorin terveydenhuollon työntekijät (N = 104) Yksityiset palveluntuottajat, terveys- ja vanhuspalvelut (N = 78) Kuntalaisen palvelufoorumi (N = 866) ATH, Kainuun otos (N = 539)	OULU Haastattelut: Poliittiset päätöksentekijät ja johtavat virkamiehet (N = 8) Kyselyt: Julkisen sektorin terveydenhuollon työntekijät (N = 220) Yksityiset palveluntuottajat, terveys- ja vanhuspalvelut (N = 202) ATH, Oulun otos (N = 1 434)
Kirjallisuuskatsaukset	
Katsaukset Ruotsin ja Englannin järjestelmiin ja valinnanvapauden vaikutuksiin Katsaus aiempaan kotimaiseen tutkimukseen ja näkemyksiin valinnanvapaudesta Katsaus valinnanvapautta edistävään lainsäädäntöön	

rakentui osallistuvan työpajatyöskentelyn prosessissa kuuden työpajan sarjassa. Skenaariotyön vaiheita olivat vision määrittäminen, tulevaisuuskuvat, skenaarioiden rakentaminen ja skenaarioihin perustuvat analyysit. Valinnanvapauden tulevaisuuden toimintaympäristön muutosta Demos Helsinki tutki myös suurten muutosten eli niin sanottujen megatrendien valossa. Osakokonaisuuden ensimmäinen vaihe toteutettiin keväällä ja kesällä 2014 ja toinen vaihe syksyllä 2014. Kokonaisuuden toteutus ja tulokset esitetään luvussa 14.

Alueelliset aineistot

Kaikilta neljältä kumppanuusalueelta kerättiin sekä haastattelu- että kyselyaineistoja. Alueiden poliittisilta päätöksentekijöiltä ja johtavilta virkamiehiltä kerättiin aineistot puolistrukturoiduilla teemahaastatteluilla syksyllä 2014. Haastatteluilla kartoitettiin organisaatioiden avainhenkilöiden näkemyksiä valinnanvapauden edellytyksistä heidän alueellaan ja näkemyksiä valinnanvapautta estävistä ja edistävästä tekijöistä. Haastatteluaineistojen tulokset kuvataan tämän raportin luvussa 9.

Kumppanuusalueilla julkisella sektorilla työskenteleviltä terveydenhuollon ammattilaisilta (lääkäreiltä ja hoitotyöntekijöiltä) kerättiin kyselyaineisto syksyllä 2014. Kyselyllä kartoitettiin erityisesti työntekijöiden asenteita ja suhtautumista terveydenhuoltolaissa esitettyihin valinnanvapauden muotoihin. Kyselyn tulokset kuvataan luvussa 11.

Vastaavasti kumppanuusalueilta kerättiin kyselyaineisto myös terveys- ja vanhuspalveluja tarjoavilta yksityisiltä palveluntuottajilta. Kyselyllä kartoitettiin yksityisten palveluntuottajien käsitystä roolistaan palveluntuottajana julkisen sektorin rinnalla. Lisäksi kyselyllä haluttiin kartoittaa yksityisten palveluntuottajien suhtautumista asiakkaan valinnanvapauteen ja verrata heidän asenteitaan julkisen sektorin työntekijöiden asenteisiin. Tämä kysely kerättiin keväällä 2015. Kyselyn tulokset raportoidaan luvussa 12.

Kansalaisten ja palvelunkäyttäjien näkemysten selvittämiseksi kumppanuusalueilla tehtiin kahdenlaisia kyselyjä. Kuntalaisen palvelufoorumi on THL:ssä kehitetty konsepti, jonka tarkoituksena on kerätä alueellista tietoa suoraan kansalaisilta päättäjien ja alueellisten toimijoiden hyödynnettäväksi. Palvelufoorumikyselyt tehtiin tässä hankkeessa Gallup-tyyppisenä tiedonkeruuna suurten kauppojen auloissa Eksoten alueella ja Kainuussa keväällä 2014. Palvelufoorumikyselyssä alueiden asukkailta kysyttiin kokemuksia palveluista ja näkemyksiä valinnanvapaudesta ja sen toteutumisesta. Kysely toimi samalla pilottikyselynä ATH-kyselylle, sillä valinnanvapauteen liittyviä kysymyksiä työstettiin palvelufoorumeista saatujen kokemusten perusteella toimivammiksi myöhemmin kerättävää ATH-kyselyä varten. Kansallisen ATH-aineiston lisäksi Oulussa ja Kainuussa kerättiin erilliset alueelliset otokset ATH-kyselystä. Palvelufoorumikyselyllä saadut tulokset olivat pääosin yhteneviä ATH-aineiston tu-

losten kanssa, joten tässä raportissa kuvaamme vain ATH-aineiston tulokset.

Kirjallisuuskatsaukset

Tutkimuksessa kerättyjen aineistojen lisäksi tietoa haettiin myös kirjallisuuskatsauksilla. Hankkeeseen valitut vertailumaat olivat Ruotsi ja Englanti, joissa molemmissa on toteutettu viime vuosikymmenten aikana valinnanvapauteen liittyviä uudistuksia. Kirjallisuuskatsauksilla haluttiin kuvata Ruotsin ja Englannin käytäntöjä ja valinnanvapauteen liittyviä oppimiskokemuksia ja pohtia niiden sovellettavuutta Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmään. Kansainvälisiä kokemuksia nostetaan esille useissa tämän raportin luvuissa, mutta Englannin ja Ruotsin osalta tarkemmat havainnot esitetään luvuissa 7 ja 8.

Kansainvälisen kirjallisuuskatsauksen lisäksi hankkeessa kerättiin yhteen myös suomalaista tutkimusta ja valinnanvapaudesta käytyä keskustelua. Koska asiakkaan valinnanvapaus on – palveluseteliä lukuun ottamatta – verrattain uusi ilmiö suomalaisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa, tarkasteltiin varsinaisen tutkimuskirjallisuuden lisäksi miten valinnanvapautta on edistetty lainsäädännöllä. Lisäksi tarkasteltiin Suomessa viime vuosina käytyä keskustelua ja kirjoituksia valinnanvapaudesta. Pyrkimyksenä oli saada kuva siitä, millaisin askelein valinnanvapautta on Suomessa kehitetty ja millaista tutkimustietoa, näkökulmia ja asenteita nousee esiin valinnanvapauteen liittyvässä keskustelussa Suomessa. Valinnanvapauden edistämistä lainsäädännöllä 90-luvun valtiosuusuuudistuksesta Sipilän hallitukseen kuvataan luvussa kolme. Keskustelua ja valinnanvapauteen liittyviä uskomuksia kuvataan luvussa 2, ja lisäksi kertynyttä aineistoa on hyödynnetty myös tutkimuksen muissa osioissa.



II

Valinnanvapaus Englannin ja Ruotsin sote-palveluissa

6 Englannin ja Ruotsin valinnanvapausjärjestelmien peruspiirteet

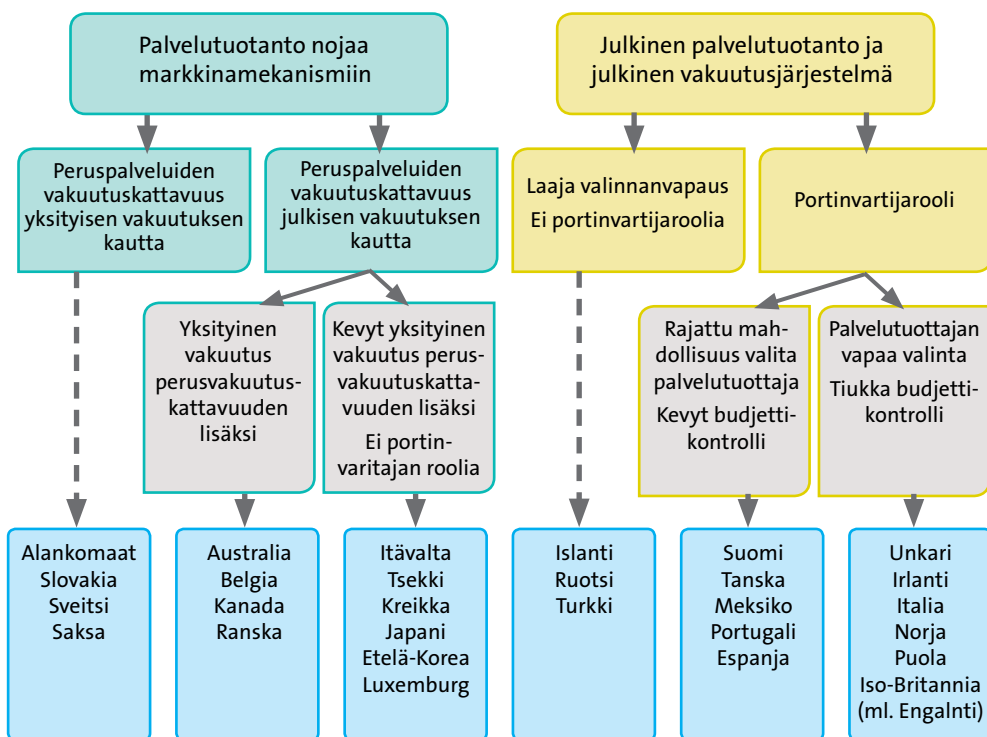
ANNE WHELLAMS JA MAIJALIISA JUNNILA

Useat maat kuten Hollanti, Ruotsi, Englanti ja Tanska ovat toteuttaneet markkinälähtöisiä uudistuksia julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta ja tuottajien välistä kilpailua. Näissä on tavoiteltu laadun, tehokkuuden, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden, osallisuuden sekä asiakkaan itsemääräämisoikeuden lisääntymistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmät ja niihin liittyvät markkinat kuitenkin vaihtelevat maittain, eikä yksiselitteistä vastausta ole olemassa sille, minkälainen järjestelmä tai markkina-asetelma parhaiten tukee valinnanvapautavoitteiden toteutumista.

Tässä tutkimuksessa nostetaan esiin kokemuksia Englannin (luku 7) ja Ruotsin (luku 8) valinnanvapauskäytäntöjen kehittymisestä. Englanti¹ ja Ruotsi on valittu vertailumaiksi siksi, että terveydenhuolto on näissä maissa julkisesti rahoitettu ja ne edustavat erityyppisiä terveydenhuollon valinnanvapausjärjestelmiä. Molemmissa maissa on jo vakiintuneita käytäntöjä, ja niissä on saatu konkreettisia kokemuksia, jotka ovat kiinnostavia Suomen valinnanvapauslainsäädännön ja -käytäntöjen kehittämisessä (kuvio 6.1).

Suomen tavoin Englannissa ja Ruotsissa terveystalot on tuotettu pääosin julkisen palvelujärjestelmän kautta eivätkä järjestelmät ole vakuutusperusteisia kuten vaikka Alankomaissa (kuvio 6.1). Molemmissa maissa asiakas voi valita julkisen varoin rahoitetun palvelun monimuotoisen tuottajakunnan joukosta. Näin on linjattu myös Suomen sosiaali- ja terveyssektorin kehityssuunnaksi (hallituksen linjaus 7.11.2015). Keskeisinä eroina maiden välillä on se, miten portinvartijan tehtävä toteutuu hoidon eri tasojen välillä ja kuinka tiukka budjettikontrolli palveluntuottajiin kohdistuu. Lisäksi se, mitä palveluita valinnanvapaus koskee ja miten se on käytännössä toteutettu, vaihtelee maiden välillä.

1 Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin käytännöt poikkeavat osittain Englannin käytännöistä, ja siksi selvyiden vuoksi vertailussa keskitytään Englannin käytäntöihin. Ne kattavat yli 53 miljoonaa kansalaista Ison-Britannian 63 miljoonasta asukkaasta.



Journard ym. 2010, mukaillen THL 2015

KUVIO 6.1. Terveystuotajajärjestelmien luokittelu OECD:n jaottelua mukaillen

Englannissa, kuten myös Suomessa, perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina hoidon eri tasojen välillä, joten asiakas ei voi käyttää erikoissairaanhoidon palveluita ilman lähetettä. Keskeinen ero Englannin ja Suomen välillä on se, että Englannissa asiakas voi vapaammin valita palveluntuottajan monimuotoisen tuottajakunnan joukosta ja että palveluntuottajien toiminnan taloudellisuutta ohjataan kansallisesti. Suomessa toiminnan taloudellinen ohjaus on pirstoutunut kuntien tehtäväksi. Englannissa julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voivat tuottaa verorahoin rahoitettuja palveluja, jos ne täyttävät toiminnalle ja palvelujen laadulle kansallisesti asetetut yhteiset kriteerit sekä hyväksyvät kaikille palveluntuottajille yhtenäiset korvauserusteet.

Ruotsissa hoidon eri tasojen välillä ei ole portinvartijaa ja asiakas voi varata ajan suoraan erikoissairaanhoidon lääkäriille ilman perusterveydenhuollon lähetettä. Kuten Englannissa, myös Ruotsissa asiakas voi valita palveluntuottajan monimuotoisen tuottajakunnan joukosta (kuvi 6.1). Ruotsissa valinnanvapauskäytännöt vaihtelevat eri maakäräjäalueiden välillä. Yhtenäistä kuitenkin on se, että asiakas voi valita itselleen sopivan hyväksytyt palveluntuottajan niiden julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien joukosta, jotka täyttävät ennalta määrättyt hyväksymisehdot. Korvausmenettelyt ovat yhtenäisiä kunkin maakäräjäalueen sisällä, ei kansallisesti.

Englannissa ja Ruotsissa sosiaalihuollon järjestävät paikallisviranomaiset. Englannissa valinnanvapaus koskee myös sosiaalihuollon palveluja, mutta valinnanvapauteen liittyvät käytännöt eivät ole niin yhtenäisiä kuin terveydenhuollossa. Sosiaalihuollossa korostuu palvelutarpeen arviointi ja sitä kautta mahdollinen oikeus henkilökohtaiseen budjettiin, jonka avulla asiakas voi hankkia tarvitsemaan palveluja eri sektoreiden toimijoilta. Ruotsissa kunnat voivat päättää, miten valinnanvapautta sovelletaan vanhuspalveluissa tai muissa sosiaalipalveluissa.

Yhteenveto eri maiden valintaoikeuksista on koottu raportin liitetaulukkoon 1. Sekä Ruotsissa että Englannissa on selkeästi rajattu kansallisesti yhtenäiset valinnanvapausmuodot sekä ne oikeudet, joilla alueilla on mahdollisuus laajentaa valinnanvapautta omien toimintaedellytystensä mukaan. Ruotsissa alueelliset vaikutusmahdollisuudet ovat toistaiseksi laajemmat kuin Englannissa. Yhteistä käytännöille on kuitenkin se, että palveluihin liittyy avoimet ja yhtäläiset hinnoittelu- ja korvausperusteet sekä laadun seuranta. Sekä Englannin että Ruotsin sosiaalihuollossa valinnanvapauteen liittyvät käytännöt vaihtelevat eri paikallisviranomaisten välillä. Englannissa kuitenkin koko väestöllä on oikeus henkilökohtaiseen budjettiin.

Kokemusten vertailussa huomioitavia asioita

Suomen, Englannin ja Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien välillä on yhtäläisyyksiä, kuten verorahoitus, mutta niissä on myös eroja, joihin kannattaa kiinnittää huomiota valinnanvapausjärjestelmiä vertailtaessa. Tämän raportin liitetaulukkoon 1 on koottu yhteenvetotaulukko keskeisistä valinnanvapauteen liittyvistä valintamuodoista Suomessa, Englannissa ja Ruotsissa. Vertailutietoa demografisista tekijöistä, palvelujärjestelmästä ja rahoituksesta kyseisissä maissa on kerätty liitetaulukkoon 2. Ruotsissa ja Englannissa on viime vuosina toteutettu laajoja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia, joilla on lisätty järjestelmän asiakaslähtöisyyttä, avoimuutta ja sekä julkisten palveluntuottajien että järjestäjien muutoskykyä. Suomessa suuret järjestelmätason muutokset ovat vielä toteuttamatta, ja ainakin vuoteen 2019 asti tulee olemaan paljon pieniä järjestäjätahoja, joilla on hyvin erilaiset intressit edistää Suomen valinnanvapauskäytäntöjen kehittymistä.

Maiden väestöpohja on erisuuruinen. Ruotsin väkiluku on noin kaksinkertainen ja Englannin noin kymmenkertainen Suomeen verrattuna (OECD 2016). Suomessa ja Ruotsissa merkittävä osa väestöstä asuu harvaan asutuilla alueilla, jolle valinnanvaran turvaaminen voi muodostua haasteelliseksi. Vaikka Suomessa on vähemmän maahanmuuttajataustaista väestöä (Eurostat 2015), viime aikojen pakolaiskriisi vahvistaa myös Suomessa tarvetta ymmärtää eri kulttuureja ja ottaa ne huomioon palveluja järjestettäessä. Lisäksi Suomessa on yksi Euroopan nopeimmin ikääntyvistä väestöistä (Eurostat 2015), mikä korostaa tarvetta suunnitella valinnanvapausjärjestelmä niin, että myös iäkkäämmät palvelunkäyttäjät pystyvät siitä hyötymään.

Kaikkia kolmea maata yhdistää tavoite integroida sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Suomen haasteena ovat erityisesti erot palvelujen saatavuudessa (OECD 2015a). Englantiin ja Ruotsiin verrattuna Suomen hoitotakuutavoitteet ovat myös huomattavasti väljempiä. Tämä on merkittävää, sillä erityisesti Englannissa on huomattu, että halukkuus valita palveluntuottaja kasvaa, kun hoitojonot ovat pitkiä. Lisäksi suomalaiset ovat tottuneempia käyttämään yksityistä terveydenhuoltoa ja maksamaan asiakasmaksuja sekä yksityisiä vakuutusmaksuja. Näin ollen muutokset palveluntuottajien rakenteissa voivat Suomessa muodostua vertailumaita merkittävämmiksi. Suomessa täytyy myös ratkaista valinnanvapauden toteutuminen niissä palveluissa, joissa väestö on tottunut käyttämään yksityisiä palveluja.

Seuraavissa luvuissa tarkastellaan valinnanvapauden kehittymistä Englannin ja Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmissä. Aluksi esitellään lyhyesti maan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä. Tämän jälkeen kuvataan valinnanvapauden kehittymistä, sen muodostamaa kokonaisuutta nykyjärjestelmässä sekä keskeisiä vaikutuksia. Lopuksi Englannin ja Ruotsin keskeisiä kokemuksia tarkastellaan Suomen kehittämistyön tueksi.

7 Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa

ANNE WHELLAMS JA MAIJALIISA JUNNILA

Englanti on Suomen näkökulmasta kiinnostava tarkastelukohde, sillä maassa on 15:n viime vuoden aikana tehty kaksi merkittävää rakenteellista uudistusta. Näiden yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut valinnanvapauden takaaminen tasapuolisesti koko väestölle. Uudistusten kautta valinnanvapaus on asetettu osaksi julkisen sektorin kehittämiskokonaisuutta, siihen liittyviä oikeuksia on laajennettu asteittain järjestelmätason edellytysten kasvaessa ja oikeudet on pyritty turvaamaan tasapuolisesti koko väestölle.

Englannin sosiaali- ja terveydenhuollon pääpiirteet

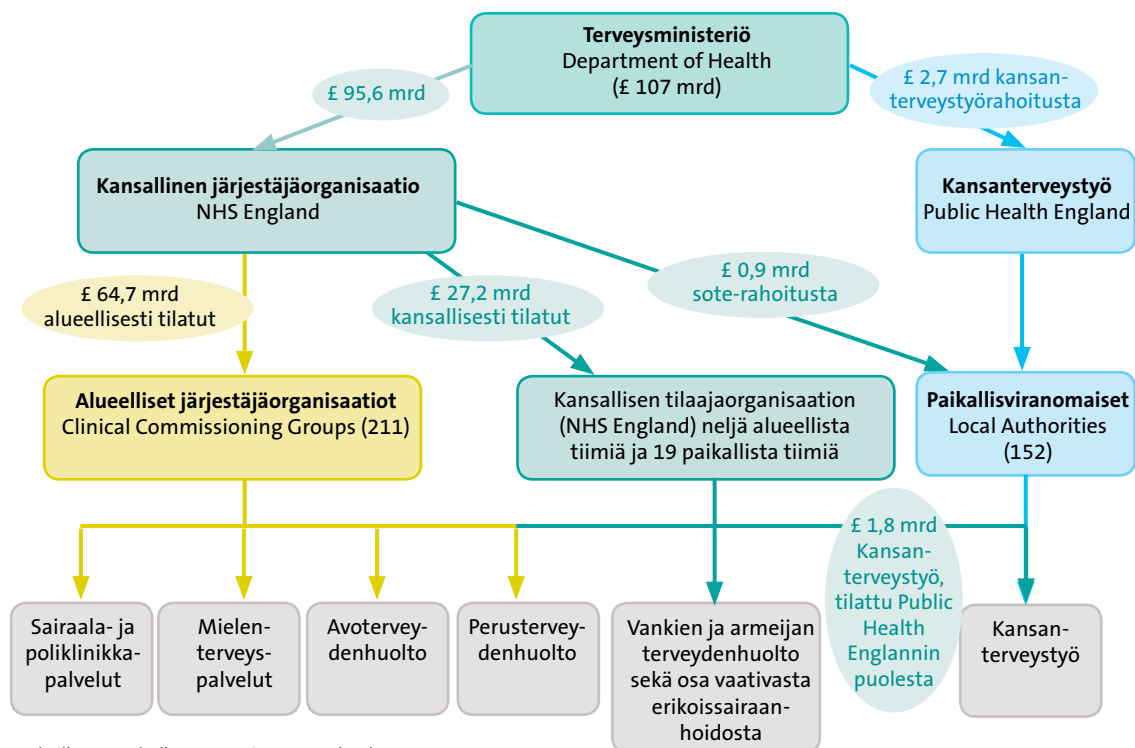
Englannissa julkinen terveydenhuoltojärjestelmä National Health Service (NHS) kattaa verorahoitteisesti koko väestön terveyspalvelut ja miltei kaikki palvelut ovat käyttäjille ilmaisia ilman asiakasmaksuja. Sosiaalihuolto on puolestaan järjestetty 152 paikallishallintoalueen alaisuudessa (Councils with Adult Social Care Responsibilities), ja palveluihin saattaa liittyä varallisuudesta riippuvia maksuja. Vaikka terveysministeriö vastaa myös sosiaalihuollon strategisesta johtamisesta, horisontaalisen integraation tarve on tunnistettu 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Sitä on tuettu mahdollistamalla eri viranomaisten budjettien yhdistäminen sekä palveluiden yhteistuotanto (The Health Act 1999). Nykyisin vertikaalisen ja horisontaalisen integraation tukeminen on yksi kärkiteemoista, ja käynnissä on monia uudenlaisia organisaatiomuotoja testaavia alueellisia kokeiluita (NHS England 2016, 2014b).

Terveydenhuollossa terveysministeriön alaisuudessa toimii kansallinen järjestäjäorganisaatio NHS England, joka vastaa NHS:n johtamisesta, budjetista, kansallisesti keskitettyjen palveluiden tilaamisesta sekä alueellisten järjestäjäorganisaatioiden toiminnasta. NHS Englandin toiminta nojaa vuosittain hallitukselta saatuun mandaattiin, jossa määritellään toiminnan tavoitteet (Department of Health 2014a). Tavoitteiden toteutumista seurataan tuloksellisuus- ja terveyshyötymittareilla (Outcomes

Framework, Department of Health 2014b). NHS Englandille kohdennetun rahoituksen suuruus on noin 90 prosenttia NHS:n kokonaisrahoituksesta. Tästä noin kolmasosalla se rahoittaa perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sekä kansallisesti tilatut palvelut, kuten vankien ja armeijan terveydenhuollon (Kuvio 7.1). (NHS England 2014a.)

Loput kaksi kolmasosaa rahoituksesta siirtyy lääkärikeskusten muodostamille alueellisille järjestäjäorganisaatioille (Clinical Commissioning Groups, CCG). Näitä on 211, ja niiden asukasmäärät vaihtelevat 61 000:n ja 860 000:n välillä, mediaani on 250 000. CCG:t muodostuvat alueen perusterveydenhuollon lääkärikeskuksista, ja ne huolehtivat muiden palveluiden tilaamisesta alueen väestölle eri julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta, jotka täyttävät NHS:n asettamat yhteiset rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit. Niiden rahoitus jakautuu kapitaatiokorvauksen mukaan, jossa huomioidaan väestömäärä, ikä, sairastavuus sekä maantieteellinen sijainti. (National Audit Office 2015, NHS England 2014a.)

Perusterveydenhuollosta vastaa lääkäri (general practitioner, GP), joka toimii myös sairaalapalvelujen portinvartijana. Nykyisin monet GP:t ovat kehittäneet eri-



Mukaillen, Marshall ym. 2014 ja NHS England 2014a

KUVIO 7.1. Terveydenhuollon rakenne ja budjetoitu rahoitus (rahoitus 2013/2014)

tyisosaamista jonkin tietyn asiakasryhmän kohdalla, ja he tekevät myös pieniä toimenpiteitä. Vaikka GP:t ovat keskeinen osa NHS:ää, ovat monet heistä yksityisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimussuhde NHS:n kanssa tai he ovat lääkäriaseman palkkaamia. Lääkäriasemien muun henkilökunnan kokoonpano vaihtelee. Päivittäisestä johtamisesta vastaa yleensä lääkäriaseman johtaja (practice manager). Practice nurse on puolestaan sairaanhoitajan pohjakoulutuksen saanut ammattilainen, joka tekee mm. terveysneuvontaa, perhesuunnittelua ja diagnostisia toimenpiteitä sekä järjestää vastaanottoja erityisesti pitkäaikaissairaiden jatkuvan hoidon tueksi. Osa heistä on jatkokoulutuksen kautta saanut rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden (nurse practitioner). Tämän lisäksi lääkäriasemalla on usein hoitoapulaisia (healthcare assistants) sekä vastaanottohenkilökuntaa (receptionists, administrative staff). (Royal College of General Practitioners 2011.)

Lääkäriaseman koosta riippuen monet muut avoterveydenhuollon palvelut voivat fyysisesti olla sijoitettuna samaan rakennukseen, mutta henkilökunta on NHS:n palkkaama. Tällaisia ovat esimerkiksi health visitors, jotka ovat äitiyshuoltoon ja alle kouluikäisiin lapsiin erikoistuneita sairaanhoitajia, kättilöt, farmaseutit, fysioterapeutit ja toimintaterapeutit. Nykyisin toiminnallista integraatiota tuetaan vahvasti esimerkiksi hyödyntämällä jaettuja budjetteja paikallisviranomaisten kanssa, ja siksi lääkäriasemilla voi olla myös mm. sosiaalityöntekijöitä. Lisäksi pilotoinnin kautta on kehitteillä uusia malleja perustason palveluille ja perinteisille lääkäriasemille (Multispeciality Community Provider). Mallien tarkoituksena on tarjota väestölle eri tavalla horisontaalisesti ja vertikaalisesti integroitua palveluja. Viitekehys eri malleille julkaistaan piakkoin, ja tavoitteena on aloittaa käytäntöön vienti vapaaehtois pohjalta huhtikuusta 2017 alkaen (NHS England 2016).

Miltei puolet NHS:n rahoituksesta kuluu sairaalahoitoon sekä kiireelliseen, päivystysluontoiseen toimintaan. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut, muu perusterveydenhuolto, avoterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut sekä lääkkeet muodostavat kukin noin 10 prosenttia kokonaismenoista. (Marshall ym. 2014.) Ennaltaehkäisy, terveyskasvatuksen ja tartuntatautien osalta merkittäviä ovat kansallinen Public Health England sekä paikallishallintoalueiden alaisuudessa toimivat Health and Wellbeing Boards -yhteistyöorganisaatiot (NHS England 2014a).

Perusterveydenhuollossa 25 prosenttia rahoituksesta on suhteutetun kapitaatio-korvauksen rinnalla sidottu vapaaehtoiseen, laatua ja toiminnan tuloksia mittaavaan viitekehukseen (Quality and Outcomes Framework, QOF), joka kannustaa hyviin käytäntöihin (Marshall ym. 2014). Muiden palveluiden osalta käytössä on pitkälti kansallinen maksujärjestelmä (National Tariff Payment System). Sen kautta kaikki hyväksytyt yksityiset, julkiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat saavat tuottamistaan palveluista saman korvauksen ja kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin (Monitor ja NHS England 2014). Laatu vaikuttaa myös kansallisiin hinnoitteluperusteisiin. Esimerkiksi palveluntuottajan saamia korvauksia rajoitetaan, jos potilas joutuu suunnittelemattomasti uudelle hoitajaksolle (re-admission) 30 päivän kuluessa

kiireettömästä toimenpiteestä. Yleisesti NHS pyrkii siirtymään rahoitusmalliin, joka painottaa enemmän laadullisia ja toiminnan tuloksellisuuteen liittyviä tekijöitä. (National Audit Office 2015, Monitor ja NHS England 2014, NHS England 2014a.)

NHS:n toimivuutta kuvastaa se, että valtaosa väestöstä myös tosiasiaa turvautuu NHS:n palveluihin. Vuonna 2012 noin kymmenesosalla väestöstä oli täydentävä, yksityinen terveystakuutus, joista suurin osa oli työnantajan rahoittamia. Henkilön itsensä rahoittamia vakuutuksia oli vain muutamalla prosentilla väestöstä. Vakuutukset eivät kuitenkaan kata tai korvaa kiireellistä hoitoa tai perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanottopalveluita. Lisäksi palvelut itse maksavien asiakkaiden osuus on ollut myös vain muutama prosentti. (Krachler ja Greer 2015, The King's Fund 2014, Arora ym. 2013.)

Sosiaalihuolto, joka on järjestetty 152 paikallishallintoalueen alaisuudessa, kattaa vanhuksille, lapsille ja heidän perheille, vammaisille sekä mielenterveysasiakkaille suunnatut palvelut asiakkaan kotona, tuetussa asumisympäristössä tai päivätoimintana. Rahoitus jakaantuu valtionrahoitukseen, alueen omaan rahoitukseen ja asiakasmaksuihin. Suurin osa kuitenkin tulee valtiolta suhteutettuna alueen tarpeisiin. Alueen oman rahoituksen taso riippuu lähinnä paikallisverotuksella kerätyn lisärahoituksen määrästä. (Parliament 2010.)

Keskeisen osan toiminnasta muodostaa asiakkaan kanssa tehty palvelutarpeen arviointi. Vaikka sosiaalihuollon käytännöt eivät ole kansallisesti yhtä yhtenäisiä kuin terveydenhuollossa, niitä on pyritty yhtenäistämään eri paikallisviranomaisten välillä lainsäädännön kautta (Care Act 2014). Esimerkiksi tuen myöntämiseen on kehitetty kansallisesti yhtenäisiä kriteereitä (eligibility criteria), ja laadullinen rekisteröinti sekä valvonta koskevat myös sosiaalipalveluja. Sosiaalihuollon palveluista asiakkaan maksettavaksi jäävälle kokonaismäärälle on kuitenkin asetettu yläraja, joka on henkilökohtainen ja koskee koko väestöä. Huhtikuusta 2016 alkaen tämä hoitoon ja hoivaan liittyvä katto on asetettu 72 000 punnan tasolle yksilön koko eliniän aikana. (Department of Health 2015a, National Audit Office 2015.)

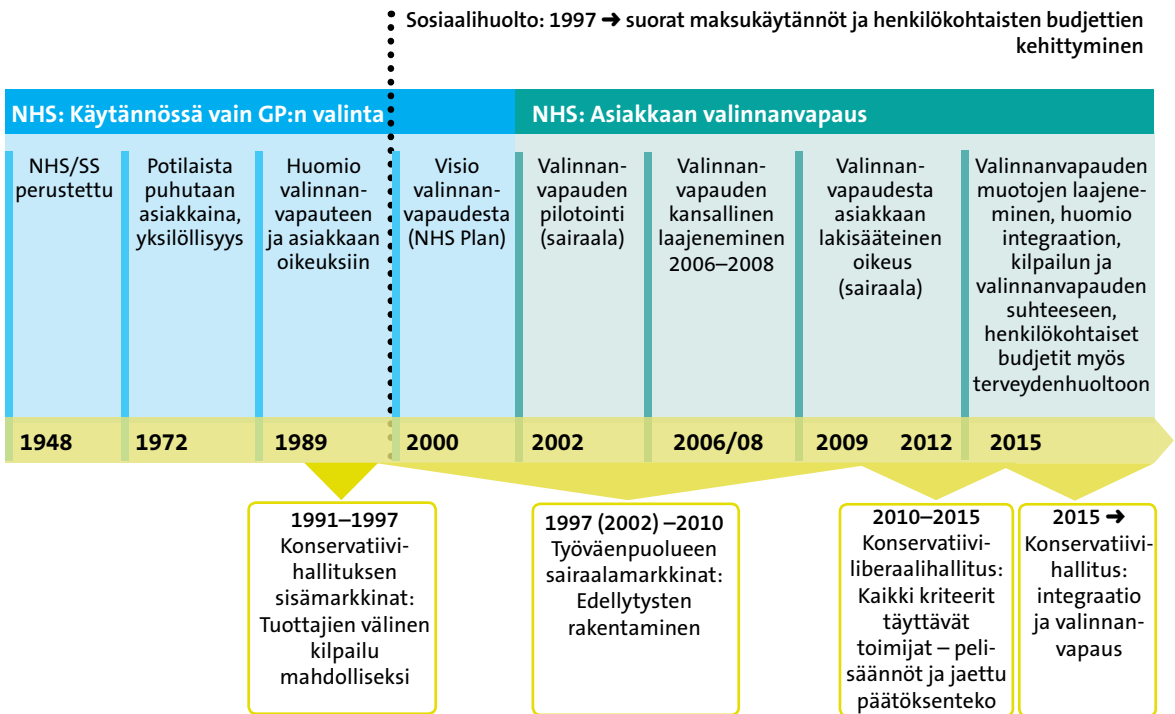
Myös sosiaalihuollossa asiakas voi hankkia palveluita toiveensa mukaan yksityisiltä, julkisilta tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta myös silloin, kun paikallisviranomaisen rahoittaa palvelut. Käytännössä valinnanvapaus toteutetaan henkilökohtaisten budjettien kautta. Niiden määrän tulee olla yhtä suuri kuin mitä kyseinen palvelu kohtuuhintaisena maksaa, mutta asiakas voi joutua maksamaan erotuksen, jos hän valitsee paikallisviranomaisen kriteereitä kalliimman tuottajan (Jarrett 2015, Department of Health 2013). Lisäksi toiminnan tuloksia mittaava viitekehys on laadittu koskemaan myös aikuisten sosiaalihuoltoa (Adult Social Care Outcomes Framework, Department of Health 2014c).

Valinnanvapauden kansallinen kehittyminen ja lainsäädäntö

Englannissa asiakkaan valinnanvapauden laajentaminen on ollut yksi keskeisistä hallituspuolueita yhdistävistä sosiaali- ja terveystaloudellisista linjauksista kahdenkymmenen viime vuoden aikana (Kuvio 7.2.).

Kokemukset 1990-luvun loppupuolelta loivat pohjan nykykäytännölle, mutta asiakkaan näkökulmasta terveydenhuollon valinnanvapaus lisääntyi vasta vuoden 2002 jälkeen, kun asiakkaan valinnanvapautta lähdettiin kokeilemaan kiireettömässä sairaanhoidossa. Sosiaalihuollossa suuri muutos tapahtui vuonna 1997, jolloin suoramaksut palvelun käyttäjille tulivat mahdollisiksi (kuvio 7.2.).

Valinnanvapauslainsäädännön kannalta keskeisimmät uudistukset on tehty 2010-luvulla, jolloin hajanainen lainsäädäntö koottiin sosiaali- ja terveydenhuoltolakiin (Health and Social Care Act 2012) sekä hoivalakiin (Care Act 2014). Nykyisin terveydenhuollon valinnanvapauteen liittyvät oikeudet on kirjattu osaksi NHS:n ”perustuslakijulistusta” (NHS Constitution), joka vuonna 2009 määritteli ensi kertaa asiakkaiden ja ammattihenkilöiden oikeudet ja velvollisuudet järjestelmässä (Department of Health 2015d). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltolakia (2012) täsmentää



KUVIO 7.2. Asiakkaan valinnanvapauden lisääntyminen palvelujärjestelmässä.

erillinen hankintoja, valinnanvapautta ja kilpailua koskeva ohjeistus (Procurement, Patient Choice and Competition Regulations 2013 ja Monitor 2013b), kansallisen ja alueellisten tilaajajärjestöjen velvollisuuksiin liittyvät lainsäädännölliset ohjeistukset (NHS Commissioning Board and CCG Standing Rules 2012 ja 2013) sekä ohjeistus, joka selkeyttää, mitä oikeudet kattavat ja minkälaisia rajoitteita niihin kohdistuu (Department of Health 2016, 2015b, NHS England 2014c, Department of Health 2011).

Sosiaalihuollossa valinnanvapaus on määritetty vuoden 2014 hoivalaissa (Care Act 2014) sekä sitä täsmentävässä ohjeistuksessa (Jarrett 2015, NHS England 2014c, Department of Health 2013).

Valinnanvapauden kehittyminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollossa palveluntuottajien välinen kilpailu tuli mahdolliseksi Margaret Thatcherin hallituskauden aikana (Kuvio 7.2.; *konservatiivihallituksen sisämarkkinat, 1991–1997*). Muutoksen oletettiin tarjoavan kannusteita palveluiden laadun ja tehokkuuden kasvattamiseksi. (Propper ym. 2008, 2004, Gaynor 2006.) Systeemitason hyödyt jäivät kuitenkin vähäisiksi (Lacey 1997) ja asiakkaan näkökulmasta valinnanvapaus oli pienimuotoista. Palvelujen hinnat laskivat ja jonotusajat lyhenivät, mutta hoidon laadun havaittiin huonontuneen. Heikkoutena nähtiin, että palveluntuottajat kilpailivat sekä palveluiden hinnoilla että laadulla systeemissä, jossa laadusta oli vain vähän tietoa ja valvonta oli kehittymätöntä. (Bewan ja Skellern 2011, Propper ym. 2008, 2004, Gaynor 2006.) Kokemukset ovat johtaneet siihen, että tuottajat voivat valinnanvapauden yhteydessä kilpailla vain laadullisilla tekijöillä (Charlesworth ja Cooper 2011).

Asiakkaan näkökulmasta valinnanvapaus kehittyi vuoden 2002 jälkeen (kuvio 7.2, *työväenpuolueen aikakausi, 1997–2010*) osana Tony Blairin uudistusohjelmaa (The NHS Plan). Tällöin valinnanvapaus ja siihen liittyvä kilpailu tuotiin osaksi julkisen sektorin kehittämiskokonaisuutta, se nähtiin uudistamisen käyttövoimana ja sille luotiin visio sekä rakenteelliset edellytykset (Department of Health 2000). Keskeistä uudistuksessa oli tuottajien välisen kilpailun kohdistaminen laadullisiin tekijöihin. Niiden toteutumista valvottiin, ja tuloksena saatu laadullinen ja toiminnallinen tieto julkaistiin tukemaan valinnanvapauteen liittyvää päätöksentekoa (Bewan ja Skellern 2011). Lisäksi asiakkaan oikeus tehdä tietoon nojaavia valintoja tehtiin lakisäätteiseksi oikeudeksi ja käyttöön otettiin yhtenäiset korvauserusteet, elektroninen läheteiden monitorointi- ja ajanvarausjärjestelmä sekä laadullisen ja toiminnallisen vertailutiedon kokoava NHS Choices -sivusto.

Julkisen sektorin näkökulmasta palvelutuottajien välinen kilpailu asiakkaista tehtiin kannustavammaksi lisäämällä palveluntuottajien itsenäisyyttä Foundation Trust-mallin avulla. Tämän kautta palveluntuottajalla on mahdollisuus lisätä erityisesti taloudellista toimintavapautta osoitettuaan akkreditoinnissa toiminnan laadukkuutta, tehokkuutta sekä hyviä hallintotapoja. Näin he voivat esimerkiksi investoida ylijäämän toivomallaan tavalla palvelutuotannon kehittämiseen.

Valinnanvapautta laajennettiin aluksi kiirettömässä sairaalahoidossa vuonna 2002, jolloin valinnanvapauskokeilut käynnistyivät tietyissä toimenpiteissä, kuten kaihileikkauksissa. Näissä yli kuusi kuukautta leikkausta jonottaneille asiakkaille annettiin oikeus valita hoitopaikka aiempaa laajemman tuottajakunnan piiristä. Tällä pyrittiin ensisijaisesti lyhentämään pitkiä jonotusaikoja. Onnistuneiden kokeilujen myötä valinnanvapaus laajeni asteittain ensin kaikille pitkään jonottaneille. (Dixon ym. 2010, Coultier ym. 2005, Le Maistre ym. 2003.) Vuonna 2006 perusterveydenhuollon lääkärit veloitettiin tarjoamaan läheteentekohetkellä kaikille kiireettömille leikkauspotilaille mahdollisuutta valita hoitopaikka. Asiakkaat pystyivät aluksi valitsemaan neljän tai viiden alueellisesti valitun tuottajan joukosta, joista yksi oli yksityinen palveluntuottaja (Department of Health 2006). Vuonna 2008 tuottajakunta laajeni kattamaan kansallisesti kaikki yksityiset ja julkiset toimijat, jotka täyttivät asetetut rekisteröintikriteerit ja olivat sitoutuneita yhteisiin hintoihin. Tämän myötä huomio siirtyi hoitojonojen lyhentämisestä valinnanvapauden laajempiin tavoitteisiin (Dixon ja Robertson 2011).

Perusterveydenhuollossa huomio kohdentui erityisesti lääkärien, lääkäriasemien sekä pitkäaikaissairaiden palvelujen saatavuuden parantamiseen. Muutoksessa keskityttiin korjaamaan asiakkaan oikeutta valita perusterveydenhuollon lääkäri, mikä saattoi joissakin tapauksissa olla vain nimellistä. Tämä toteutettiin lisäämällä uusien asiakkaiden rekisteröitymiseen liittyvän tiedon avoimuutta (Department of Health 2006). Samalla varmistettiin, että raha seurasi asiakkaan valintoja myös perusterveydenhuollossa ja että uusien asiakkaiden listoille hyväksyminen, hyviin käytäntöihin perustuva hoito sekä valinnanvapauden tarjoaminen kaikille siihen oikeutetuille oli kannustavaa. (Dixon ym. 2010.)

Konservatiivi-liberaalihallituksen aikana (2010–2015) ja nykyisen *konservatiivihallituksen* aikana huomiota on kiinnitetty erityisesti siihen, että asiakkaat ovat mukana kaikessa hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja että asiakkaan ja ammattihenkilökunnan välille kehittyisi hyvä vuorovaikutus (”No decisions about me, without me”, Department of Health 2012b). Samalla valinnanvapauden muodot ovat laajentuneet kattamaan esimerkiksi myös mielenterveyspalvelut ja lainsäädäntöä on selkeytetty suhteessa kilpailuun, asiakkaan valinnanvapauteen sekä sektorin sisällä tarvittavaan ja sen rajat ylittävään integraatioon (Monitor 2013b). Valinnanvapaus ei itsessään enää nouse esiin kärkiteemana, koska se toteutuu jo kohtuullisen hyvin käytännössä. Huomiota kuitenkin kiinnitetään erityisesti puutteisiin valinnanvapauden systemaattisessa tarjoamisessa kaikille asiakkaille. Nykypäivän kärkiteemoja ovat pitkälti horisontaalisen ja vertikaalisen integraation tukeminen sekä yli 30 miljardin punnan arvioitun rahoitusvajeen korjaaminen vuosiin 2020–2021 mennessä. (NHS England 2014b ja 2016.)

Valinnanvapauden kehittyminen sosiaalihuollossa

Valinnanvapauden kehitys sosiaalihuollossa on poikennut terveydenhuollosta, koska alueelliset hallinnot päättävät itse rahoittamistaan palveluista lainsäädännön ja lakisääteisten veloitteiden puitteissa. Palveluihin liittyy myös usein tulosidonnaisia maksuja. 1980-luvulta lähtien huomiota on kuitenkin kiinnitetty maksumekanismiin, joiden avulla tukipäätökset voidaan tehdä yksilöllisemmin ja joustavammin (Glendinning ym. 2008). Samalla on pyritty purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasetelmaa, koska heidän palvelunsa koettiin usein jäykkinä ja niiden nähtiin luovan riippuvuutta sen sijaan, että ne tukisivat itsenäistä pärjäämistä (Parliament 2010).

Kehityssuunta käynnistyi Thatcherin aikana vuonna 1993, jolloin sosiaalityöntekijät saivat oikeuden hankkia palveluita suoraan palveluntuottajilta. Tätä vuonna 1996 seurannut avohoidon suoramaksujen säädös (Community Care Direct Payments Act) puolestaan teki mahdolliseksi siirtää rahaa (suoramaksuna) 18–65-vuotiaille, jotka olivat halukkaita ja kykeneviä tekemään päätöksiä tarvitsemastaan palvelusta. (Glendinning ym. 2008.) Vuonna 2003 suoramaksujen käyttömahdollisuudesta tuli paikallisviranomaisille lainsäädännöllinen velvoite, ja niiden käyttökohteet ovat jatkuvasti laajentuneet.

Vaikka suoramaksujen suosio kasvoi nopeasti, niiden heikkous oli se, että kaikki asiakkaat eivät pystyneet tai halunneet olla vastuussa rahojen hallinnasta ja maksut käsittivät vain paikallisviranomaisten sosiaalihuollon tuen. Siksi niiden rinnalla lähdettiin kokeilemaan ”yksilöllisiä budjetteja” (Individual Budgets), joiden kautta voitiin yhdistää eri rahoituskanavia. Tällöin asiakas pystyi käyttämään hänelle varatun rahan suoramaksuperiaatteen mukaan ostamalla sillä itse palveluita tai raha voitiin siirtää suoraan palveluntuottajalle, kolmannen osapuolen hallintaan tai näiden yhdistelmälle. (Department of Health 2006.) Jatkokehitystyön kautta budjetit ovat muotoutuneet nykypäivän ”henkilökohtaisiksi budjeteiksi” (Personal Budgets, Glendinning ym. 2008) ja niiden käyttö on levinnyt myös NHS:n puolelle (Forder ym. 2012). Henkilökohtaisissa budjeteissa tuetaan ensisijaisesti suoramaksukäytäntöjä (Department of Health 2010a), ja vuonna 2014 voimaan tullut hoitolaki (Care Act) turvasi niiden aseman asiakkaan ja omaishoitajien lakisääteisenä oikeutena.

Sosiaalihuollon kehityshistoriassa nousevat esiin viranomaisten ja organisaatioiden välisen yhteistyön tukeminen sekä yhteisöjen, vapaaehtoistyön ja omaishoitajien tärkeä rooli (Department of Health 2010a, 2008b). Sektorin kehitystä ovat kuitenkin myös värittäneet kiistat siitä, mitä sosiaalihuollon palveluita yhteiskunnan tulisi rahoittaa sekä julkisuudessa esiin nousseet ongelmat yksittäisissä asiakaskohtaamisissa (esim. Parliament 2005). Siksi nykypäivänä asiakkaan maksamiin kokonaiskustannuksiin kohdistuu edellä kuvattuja enimmäisrajoja ja huomiota on kiinnitetty avoimen vertailutiedon saatavuuteen sekä käytäntöjen yhtenäistämiseen lainsäädännön

kautta. Viime aikoina on myös kehitetty uudenlaisia järjestämismuotoja (integroitu henkilökohtainen järjestäminen, Integrated Personal Commissioning), jolloin sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus voidaan yhdistää vuotuiseksi budjetiksi, jonka avulla erityisesti monisairaiden hoito voidaan järjestää joustavammin ja he voivat halutesaan toimia järjestämistä vastuussa, kuten henkilökohtaisten budjettien osalta jo tapahuu. (NHS England 2014b.)

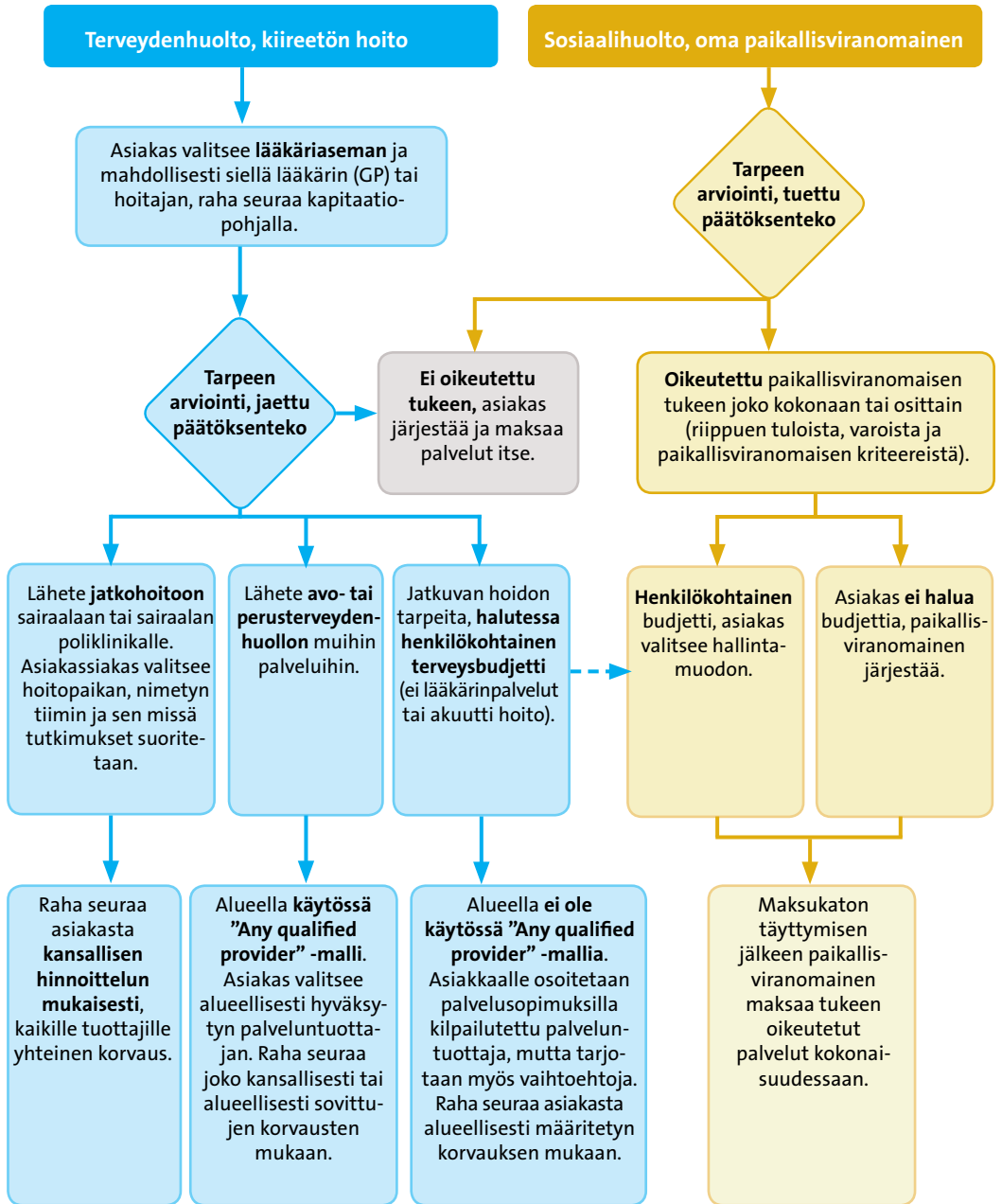
Valintaoikeudet nykyjärjestelmässä

Asiakkaiden informoimiseksi ja yhteisten pelisääntöjen varmistamiseksi väestön oikeudet tehdä valintoja on pyritty kuvaamaan tarkasti sekä terveydenhuollossa (Department of Health 2016, 2015b, NHS England 2014c) että sosiaalihuollossa (Jarrett 2015, NHS England 2014c, Department of Health 2013). Englannissa toteutetussa lähestymistavassa korostuu se, että keskeiset valinnanvapauden muodot ovat lakisääteisiä ja koskevat yhtä lailla koko väestöä. Lisäksi alueiden on mahdollista laajentaa valinnanvapauten liittyviä oikeuksia, kuten esimerkiksi perusterveydenhuollon lääkärin ja hoitajan vastaanottopalveluita tukevaan laajempaan avoterveydenhuollon palvelutuotantoon (esim. kuulonhuoltoon, terapiapalveluihin tai avoterveydenhuollossa tehtyihin diagnostisiin testeihin). Kokonaiskuva Englannin valintaoikeuksista on esitetty kuviossa 7.3 ja ja kerätty raportin liitetaulukoihin 1 ja 2.

Perusterveydenhuollossa asiakkaat voivat valita asuinalueeltansa 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. Mikäli lääkäriasema ottaa vastaan alueen ulkopuolisia asiakkaita, heihin ei kohdistu kotikäynnin velvoitetta ja vastuu kotikäyntien järjestämisestä on alueellisella järjestäjällä (CCG). Alueellisten painopisteiden mukaan valinnanvapaus voidaan laajentaa koskemaan myös muuta sairaalan ulkopuolista palvelutuotantoa, kuten terapiapalveluita. Tässä ”Any qualified provider” -mallissa lähetteen saanut asiakas voi valita haluamansa alueellisesti hyväksytyt palveluntuottajan, joka täyttää NHS:n asettamat kriteerit. Valintaoikeuksien laajuudet vaihtelevat alueen toimintamahdollisuuksien ja painopisteiden mukaan, eikä palveluntuottajan yksityiskohtainen valitseminen ole universaalisti lakisääteinen oikeus. (Department of Health 2016, 2015b.)

Vuodesta 2014 lähtien on myös terveydenhuollossa ollut mahdollista hyödyntää henkilökohtaisia terveysbudjetteja, jos henkilöllä on jatkuvia hoidon tarpeita. He voivat budjetin avulla hankkia esimerkiksi terapiapalveluita, henkilökohtaista tukea tai apuvälineitä (Department of Health 2016, 2015b).

Perusterveydenhuollon lääkärit (GP) toimivat portinvartijoina muihin palveluihin. **Kiireettömässä sairaalahoidossa**, joka pitkälti vastaa Suomen erikoissairaanhoidon, hoitopaikka määräytyy potilaan valitseman ensimmäisen poliklinikkakäynnin mukaan. Nykyisin tämä kattaa myös mielenterveyspalvelut sekä hoidosta vastaavan



KUVIO 7.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset valintaoikeudet ja niihin liittyvät periaatteet.

nimetyt ammattihenkilön johtaman tiimin valinnan. Valintaoikeuteen on rajoitteita, kuten aiemmin aloitettu hoito, eikä se esimerkiksi koske suljetulla osastolla hoidettavia potilaita. Potilas voi menettää valintaoikeutensa, jos hän esimerkiksi jättää saapumatta valitsemalleen poliklinikkakäynnille. Potilaalla on oikeus tehdä valinta myös myöhäisemmässä vaiheessa hoitoketjua, mikäli hänelle ei voida tarjota hoitoa hoitotakuun sallimissa rajoissa (18 viikkoa). Tämä koskee myös syöpäepäilyjä, joiden kohdalla erikoislääkärin vastaanottoaika on saatava kahden viikon kuluessa. Lisäksi potilas voi valita, kuka tekee lähettävän lääkärin määräämät erityistutkimukset. Lakisääteisten valintaoikeuksien lisäksi alueelliset käytännöt voivat antaa oikeuden lisävalintoihin esimerkiksi tutkimusten osalta. (Department of Health 2016, 2015b.)

Hoitomuotoihin kohdistuvat valintaoikeudet ovat tapauskohtaisia, ja näissä korostuu jaettu päätöksenteko (shared decision-making) asiakkaan ja ammattihenkilökunnan välillä. Äitiyshuollossa asiakkaalla on oikeus valita, missä hän saa raskauden aikaiset sekä synnytyksen jälkeiset palvelut, ja äiti voi valita synnytyssairaalan, muun alueellisen kätilöjohtoisen hoitoyksikön tai kotisyntymisen. Valinnat voidaan kuitenkin evätä akuutissa hoidontarpeessa tai jos ne eivät ole hyväksi äidille tai lapselle. Lisäksi vuoden 2014 alusta asiakkaalla on ollut oikeus NHS:n tarjoamaan hoitoon ETA-alueella EU:n lainsäädännön mukaisesti niiltä osin, kun hoito vastaa NHS:n palveluvalikoimaa. Hoito korvataan tällöin NHS:n kansallisen maksujärjestelmän mukaisesti. (Department of Health 2016, 2015b.)

Sosiaalihuollossa valinnanvapaus toteutuu palvelutarpeen arvioinnin jälkeen mahdollisesti myönnetyn henkilökohtaisen budjetin kautta. Budjetteja voi hallita monella tapaa, mutta käytännöissä tuetaan suoramaksuja. Tämä oikeus koskee myös omaishoitajia (Care Act 2014). Budjetin suuruus riippuu asiakkaan taloudellisesta tilanteesta, mutta tuen tulee vastata paikallisviranomaisen tuottaman palvelun hintaa. Paikallisviranomaisen tulee kuitenkin huomioida suoramaksuissa esimerkiksi lakisääteiset työntekijän palkkaamiseen liittyvät velvollisuudet. Tuki perustuu hoito- ja tukisuunnitelmaan (care and support plan). Budjettien käyttöön liittyy rajoitteita, kuten se, että niitä ei voi käyttää pitkäaikaiseen laitoshoitoon. Myös lähisukulaisen palkkaamiseen liittyy rajoitteita. (Jarrett 2015, Department of Health 2013, 2010a.)

Lisäksi kriteerit täyttävillä asiakkailla on oikeus pyytää tietyn tyyppistä asumispalvelua, joka paikallisviranomaisen tulee järjestää. Asiakas voi kuitenkin joutua maksamaan erotuksen, jos hän valitsee kalliimman palveluntuottajan kuin paikallisviranomaisen kriteerit sallivat (Department of Health 2013).

Valinnanvapauden toteuttamisen periaatteet

Englannin valinnanvapauskäytäntöihin liittyy yleisiä periaatteita, kuten kansalaisten yhtäläiset mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapautta, kilpailuneutraliteetti, hyväksymismenettelyt, valvonta ja palveluntuottajille maksetut korvaukset. Terveystenhuollossa käytännöt ovat yhtenäisiä. Lähetteen saanut asiakas voi valita tuottajan myös julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli kyseinen yksityinen tai kolmannen sektorin tuottaja täyttää toimijoilta vaaditut rekisteröinti-, hinta- ja laatuksiteerit. Nämä ovat kaikille samat, ja kriteerien jatkuvaa toteutumista valvotaan myös käytännössä. (Monitor 2013a.) Sosiaalihuollossa erityisesti hinnoittelukäytännöissä on vaihtelua paikallisviranomaisten välillä, eikä niitä ole johdettu yhtä keskitetysti kuin terveydenhuollon hinnoittelukäytäntöjä.

Kansalaisten yhtäläiset mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapautta

Englannin valinnanvapauden kehittämisessä korostuu tavoite siitä, että kaikilla kansalaisilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapautteen liittyviä oikeuksia. Ammattilaisten työssä monet oikeudet näkyvät lainsäädännöllisinä velvoitteina, jolloin oikeutta valintoihin tulee tarjota aktiivisesti eikä vain, jos niitä osataan vaatia. Asiakkaalle valintojen tekeminen on vapaaehtoista, ja jos esimerkiksi sosiaalihuollon asiakas kieltäytyy henkilökohtaisesta budjetista, paikallisviranomaiselle jää palvelun järjestämisvastuu. Valinnanvapautteen liittyy myös valitusoikeus. (Department of Health 2015b, 2013.)

Terveystenhuollossa palvelut ovat ilmaisia käyttäjille, myös heidän valitessaan muun kuin julkisen palveluntuottajan. Tällä on turvattu se, että valinnat ovat mahdollisia koko väestölle. Pienituloiset voivat hakea korvausta lähetteen kautta tapahtuvien erikoissairaanhoidon sairaala- ja poliklinikkakäyntien matkakustannuksiin (Department of Health 2010b). Sosiaalihuollossa paikallisviranomaisten toiminta painottuu eri tavoin, ja siksi erityisesti lakisääteisen toiminnan ulkopuolisten palvelujen asiakasmaksujen suuruudet vaihtelevat. Oikeus henkilökohtaiseen budjettiin on kuitenkin lakisääteinen ja lainsäädännöllä on pyritty yhtenäistämään hoidon oikeutuksen kriteerejä (Department of Health 2012a). Jos henkilö ei varallisuutensa vuoksi saa paikallisviranomaisen maksamaa tukea mutta hänen tarpeensa kuitenkin oikeuttaisivat tukeen, kertyneistä kustannuksista pidetään kirjaa (Independent personal budgets, care accounts). Tukea saa sen jälkeen, kun kokonaiskustannusten omavastuuosuuden maksimimäärä täyttyy.

Valinnanvapautteen liittyy lisäksi hyvin keskeisesti asiakkaan lainsäädännöllinen oikeus informoituun valintaan (Department of Health 2012b). Tukea valintoihin saa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta ja erityisesti NHS Choices -sivustolta, jolle on koottu tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajista ja jonka kautta

pystyy vertailemaan tuottajia helposti tulkittavien laadullisten ja toiminnallisten indikaattoreiden avulla. Huomiota on kiinnitetty esimerkiksi visuaalisiin symboleihin, kuten valvontaviranomaisen myöntämiin tähtiluokituksiin, jotka helpottavat palvelutuottajien vertailua. Yksityiskohtaisempaa vertailutietoa on lisäksi tarjolla My NHS -sivustolla. Erikoissairaanhoidossa hoitoajan voi varata itse NHS e-Referral Service -järjestelmän avulla (aiemmin Choose & Book -järjestelmä).

Viime vuosien aikana huomiota on kiinnitetty myös asiakkaan ja ammattihenkilöiden väliseen vuorovaikutussuhteeseen kehittämällä jaetun päätöksenteon käytäntöjä (shared decision-making) ja niihin liittyviä digitaalisia päätöksenteon apuvälineitä (decision aids). Asiakas voi niiden avulla perehtyä sairauteensa ja päätöksenteon kannalta tärkeisiin asioihin ja valmistautua siten ammattihenkilön kanssa käytävään keskusteluun. Lisäksi kansallisesti on otettu käyttöön 111-puhelinpalvelu, joka tarjoaa apua ja neuvontaa kiireettömissä tilanteissa. (Department of Health 2015a.)

Valinnanvapausmarkkinat ja kilpailuneutraliteetti

Julkisten markkinoiden avautuminen myös yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille on edellyttänyt kilpailuneutraliteetin ja muiden yhteisten pelisääntöjen kehittämistä sekä niiden toteutumisen seuranta. EU:n lainsäädännön lisäksi ne säännöt, jotka ohjaavat kilpailua, on määritelty NHS-tuottajalisenssissä (Monitor 2013a), kilpailulainsäädännössä (The Competition Act 1998, Monitor 2013c) sekä sosiaali- ja terveydenhuoltolakia täsmentävässä asetuksessa palveluiden tilaamisesta, valinnanvapaudesta ja kilpailusta (Procurement, Patient Choice and Competition Regulations 2013, Monitor 2013b, 2013e). Näiden myötä kaikkia toimijoita koskee yhteinen lainsäädäntö, valvonta, hinnoittelu sekä toimintaa ohjaavat lisenssivaatimukset ja palveluntuottajia tulee kohdella neutraalisti. Tilaja ei voi esimerkiksi suosia yksittäistä toimijaa sen omistussuhteen takia, ja kaikkien palvelutuottajien pitää täyttää tietotuotantovaatimukset. Lisäksi on kehitetty paljon yhteistä ohjeistusta täsmentämään lainsäädäntöä ja yhteisiä pelisääntöjä (esim. Monitor 2015a, 2014a, 2013b-e, Department of Health 2008a).

Yleisesti ottaen terveydenhuollon tuottajien välinen kilpailu voi liittyä joko asiakkaan valinnanvapauteen tai palvelusopimuksista kilpailuun. Asiakkaan valinnanvapautta pyritään aina ensisijaisesti tukemaan. Valinnanvapaudesta voidaan kuitenkin poiketa, jos se on asiakkaan etujen mukaista, kuten silloin kun monisairaana potilaan hoito vaatii organisaatioiden välistä yhteistyötä (Monitor 2013b).

Palveluntuottajien hyväksymismenettelyt ja valvonta

Kaikkia NHS:n rahoittamia palveluntuottajia yli sektorirajojen koskee yhtenäinen hyväksymismenettely laadullisesta ja toiminnallisesta näkökulmasta (Health and Social Care Act 2012). Palveluntuottajien laatu- ja potilasturvallisuuden rekisteröinnis-

tä ja valvonnasta vastaa itsenäinen valvontaviranomainen Care Quality Commission (CQC). Lisäksi palveluntuottajia koskevat toiminnalliset lisenssivaatimukset, joista huolehtii Monitor-valvontaviranomainen². Monitorin toiminnalliset lisenssivaatimukset edellyttävät mm. organisaation johdon sekä johtokunnan tai hallituksen pätevyyttä sekä valinnanvapauteen, kilpailuun, hinnoitteluun ja integraatioon liittyvien vaatimusten täyttymistä. Tämän lisäksi se kehittää markkinoihin liittyvää, yhteisiä pelisääntöjä selkeyttävää ohjeistusta, valvoo asiakkaan edun toteutumista sekä vastaa toiminnan jatkuvuudesta, jos tuottaja ajautuu toiminnallisiin vaikeuksiin. (Monitor 2013a, 2013b.) Tarvittaessa se puuttuu havaittuihin epäkohtiin joko itsenäisesti tai yhdessä kilpailuviranomaisen kanssa (Competition and Markets Authority CMA, Enterprise Act 2002).

Sosiaalihuollossa CQC vastaa yli sektorirajojen myös aikuisten sosiaalihuollon laadun ja potilasturvallisuuden valvonnasta niin, että valittavana ovat vain asiakkaalle turvalliset palveluntuottajat (CQC 2015). Kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon tuottajat kattava vertailutieto on avoimesti saatavilla NHS Choices -sivustolla. Palveluntuottajien tulee noudattaa valinnanvapauden ja siihen liittyvän toiminnan avoimuuden vaatimuksia. Esimerkiksi tuottajien on esitettävä näkyvästi valvontaviranomaiselta saatu laatuluokitus (Department of Health 2015c) ja julkaistava vuosittainen toiminnan sisältöä ja tuloksia kuvaava laatutilinpäätös (Quality Accounts). Laatutilinpäätökset muodostavat osan avoimesta, kaikki toimijat kattavasta vertailutiedosta.

Palveluntuottajille maksettavat korvaukset

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 lähtökohteisesti mahdollisuus hyödyntää valinnanvapauden liittyviä oikeuksia. Käytäntö perustuu edellä kuvattuihin 1990-luvun kokemuksiin. Kahdenkymmenen viime vuoden ajan korvauskäytäntöjä on jatkuvasti kehitetty erityisesti lisäämällä maksuluokkiin kohdistuvaa alueellista joustavuutta sekä hyödyntämällä niiden käyttöä kannusteena. Nykyisin kansallinen maksujärjestelmäsystemi (National Tariff Payment System) kattaa noin 64 prosenttia NHS:n rahoituksesta. Tästä 43 prosenttia suuntautuu kansallisesti hinnoiteltuihin palveluihin kuten sairaalahoitoon ja 57 prosenttia alueellisesti hinnoiteltuihin palveluihin, kuten ambulanssipalveluihin, mielenterveyspalveluihin ja perusterveydenhuollon oheispalveluihin. NHS England päättää vuosittain

2 Huhtikuussa 2016 Monitor, NHS Trust Development Authority, Patient Safety & the National Reporting and Learning System, Advancing Change Team ja Intensive Support Teams sulautuivat uudeksi organisaatioksi nimeltä NHS Improvement, jonka uutena tehtävänä tulee todennäköisesti olemaan palveluntuottajien tukeminen toiminnan kehittämisessä. Selvyyden vuoksi organisaatiosta käytetään kuitenkin vielä tässä raportissa nimeä Monitor.

tain, mitä palveluja maksujärjestelmä koskee, ja tämän jälkeen Monitor asettaa korvaustasojen suuruuden. (Monitor 2014, Monitor ja NHS England 2014.)

Kansallisen maksujärjestelmäsystemin yhteyteen on linjattu ne periaatteet, joilla kansallisesta hinnoittelusta voi poiketa innovaatioiden ja paikallisten toimintojen tukemiseksi, ja näistä poikkeamista pidetään julkista luetteloa. Paikallisten sopimusten ja poikkeamien tulee olla asiakkaan edun mukaisia, ja ne tulee sopia vastuullisesti, rakentavasti ja avoimesti järjestäjän ja palveluntuottajan välillä myös silloin, kun palvelutuotanto kansallisilla hinnoilla ei ole kannattavaa. Ääritapauksissa niistä päättää Monitor. Vaikka alueellisella hinnoittelulla pyritään joustavuuteen, hinnoittelu on kuitenkin rakennettu mahdollisimman pitkälti yhtäläiseksi kansallisten hintojen kanssa. Tulevaisuudessa tavoitteena on kohdentaa korvaukset koko hoitopolkuun (bundled payment). Lisäksi tällä hetkellä kokeillaan hyviin käytäntöihin pohjautuvia kansallisia maksuluokkia (Best Practice Tariffs). (Monitor ja NHS England 2014.)

Valinnanvapauden vaikutuksia

Valinnanvapauteen liittyviä muutoksia on valmisteltu väestö- ja henkilöstökyselyillä sekä alueellisilla kokeiluilla, joihin on kytketty seuranta- ja arviointitutkimuksia jatkuvan kehittämisen tueksi. Valinnanvapauden suoria vaikutuksia on kuitenkin hyvin vaikea erottaa muista järjestelmäuudistuksista, kuten rahoituksen uudistuksista. Tarkastelua hankaloittavat myös vaikeudet kontrolloida sosioekonomisia muuttujia sekä määrittää hoidon laatua. Siksi tutkimuksiin liittyy usein menetelmällisiä haasteita. (Dixon ja Robertson 2011.)

Vertailussa on myös tärkeää ymmärtää valinnanvapauden tavoitteet. Terveystieteiden tutkimuksissa korostui ensin pyrkimys lyhentää jonotusaikoja kiireettömässä sairaalahoitossa. Arvioinneissa on havaittu, että valinnanvapauden suorat vaikutukset ovat toistaiseksi olleet vielä pieniä (esim. Gregory ym. 2012, Dixon ja Mays 2011). Näyttää kuitenkin siltä, että kielteiset uskomukset esimerkiksi eriarvoisuuden lisääntymisestä eivät ole toteutuneet. Sosiaalihuollossa on erilaisten maksujärjestelmien kautta pyritty purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasemaa. Markkinoiden kehittymistä ei kuitenkaan ole ohjattu yhtä systemaattisesti kuin terveydenhuollossa. Paikallisviranomaisilla on kuitenkin aiempaa enemmän tukea markkinoiden kehittämiseen (esim. Institute for Public Care).

Valinnanvapauden vaikutukset väestön näkökulmasta

Englannissa kansalaiset eivät vaatineet valinnanvapautta, vaan parannusta pitkiin hoitojonoihin ja alueellisiin eroihin (Robertson ja Thorlby 2008). Väestö kuitenkin arvostaa valinnan mahdollisuutta, ja siksi se on säilynyt toimintapolitiikatason muutoksissa (esim. NHS England 2014b, Ipsos Mori 2012). Valinnanvapauden ide-

ologisena lähtökohtana on antaa myös heikommille kuluttajille mahdollisuus valita (Le Grand, 2007). Englannissa on havaittu, että maaseudulla asuvat, palkkatyön ulkopuolella olevat sekä iäkkäät ihmiset ovat olleet muita tietoisempia oikeuksistaan ja että vanhemmat, valtaväestöstä etniseltä taustaltaan poikkeavat ja kouluttamattomat ovat erityisesti arvostaneet oikeuttaan valita (NHS England ja Monitor 2015, Dixon ym. 2010). Asiakkaat ovat melko hyvin saaneet valitsemansa palvelutarjoajan ja tietoisuus oikeuksista on kasvanut, vaikkakin tietoisuuden kasvu on pysähtynyt noin 50 prosentin kohdalle (NHS England ja Monitor 2015, Department of Health 2010c). Tietoisuudella on merkitystä, koska on osoitettu, että valinnanvapaudesta tietävillä asiakkaille on tarjottu valintamahdollisuuksia muita useammin (NHS England 2014b, Department of Health 2010c, Dixon ja Robinson 2009).

Merkittävältä vaikuttaa myös tapa, jolla valinnanvapautta tarjotaan ja siitä keskustellaan. Osalle valintaoikeus on tärkeämpää kuin varsinainen palvelutarjoajan valinta, ja toisaalta valinnanvapaus voidaan kokea nimellisenä, jos vaihtoehtojen tueksi ei ole riittävästi vertailutietoa tai jos lääkäri ei ole halukas keskustelemaan niistä (Barnett ym. 2008). Nykyisin asiakastyötä ohjaavana periaatteena korostetaan jaetun päätöksenteon tukemista (Department of Health 2012b). Vastaanottojen ulkopuolella tietoa saa internetistä, puhelinneuvonnan kautta ja kirjeitse (Dixon ym. 2010), ja alkuvaiheessa tukea antoivat myös sitoutumattomat, hoitohenkilökuntataustaiset potilasohjaajat. Vertailutiedon tuottamisessa on pyritty ymmärtämään asiakkaiden tapoja tehdä päätöksiä ja muokata tieto helposti omaksuttavaan muotoon. Apuna valintojen tekemisessä ovat esimerkiksi CQC:n hoitoyksiköiden laadusta kertovat tähtiluokitukset ja erityyppiset suodattimet, jotka auttavat kaventamaan mahdollisten vaihtoehtojen ja niihin liittyvän tiedon määrää. (Boyce ym. 2010.) Asiakkaat ja ammattilaiset käyttävät vertailutietoa kuitenkin toistaiseksi vain vähän päätöksenteon tukena, ja moni luottaa lääkärin mielipiteeseen sekä omaan tai läheisensä kokemukseen (NHS England ja Monitor 2015).

Valinnanvapauden lisäämisen jälkeen asiakastyytyväisyys NHS:ää kohtaan kasvoi jatkuvasti vuoteen 2009 asti; 64 prosenttia oli tyytyväisiä toimintaan (Appleby ja Robertson 2010). Huolimatta mittavista säästötoimenpiteistä tyytyväisyys oli samalla tasolla vielä vuonna 2014 (King's Fund 2015). Sosiaalihuollon osalta tulokset ovat vaihtelevampia. Esimerkiksi samassa kyselyssä vain 30 prosenttia oli tyytyväisiä saamiinsa sosiaalihuollon palveluihin (King's Fund 2015). Aikuisten sosiaalihuollon kyselyn kautta saadut vastaukset kuitenkin osoittivat, että suurin osa (65 %) vastaajista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Yli puolet vastaajista myös piti omaa päätösvaltaansa riittävänä. (Health and Social Care Information Centre 2014.)

Valinnanvapauden vaikutukset tuottajien toimintaan

Asiakkaiden tekemien valintojen on oletettu toimivan markkinasignaaleina, joihin tuottajien on toivottu reagoivan toimintaansa kehittämällä. Tämä ei kuitenkaan ole toistaiseksi toiminut odotetusti. Asiakkaiden todellisia valintoja enemmän tuottajien toimintaa on ohjannut pelko siitä, että asiakkaat voivat hakeutua hoitoon toisaalle. (Dixon ym. 2010.) Asiakkaat ovat olleet valmiita käyttämään valinnanvapauteen liittyviä oikeuksiaan erityisesti, jos heillä on huono kokemus läheisestä tuottajasta. Lähökohtaisesti asiakkaat ovat kuitenkin olleet lojaaleja julkisia lähisairaaloita kohtaan. (Esim. Dixon ym. 2010.) Erityisesti vanhemmat ihmiset, koulutetut ja maaseudulla tai pienemmissä kylissä asuvat ovat muita todennäköisemmin valinneet muun kuin lähisairaalan (NHS England ja Monitor 2015, Dixon ym. 2010). Perusterveydenhuollossa ja sairaalan valinnassa läheinen sijainti on ollut merkittävin valintakriteeri (Ipsos Mori 2012). Sairaalan valintaan ovat lisäksi vaikuttaneet aikaisempi hyvä kokemus sekä lyhyet jonotusajat hoitoon (Department of Health 2010c). Eri asiakasryhmien tärkeinä pitämät asiat kuitenkin vaihtelevat.

Vaikka asiakkaat käyttävät vertailutietoa päätöksenteon tukena vain vähän, näyttöä on siitä, että valvontaviranomaisten hyvät laatuluokitukset voivat nostaa palveluntuottajan kysyntää ja lisääntyneet kuolleisuusluvut, odotusajat ja sairaalainfektioiden määrät puolestaan voivat laskea sitä (Beckert ym. 2012). Näyttöä on myös siitä, että laadullisiin tekijöihin kohdistunut kilpailu voi nostaa hoidon laatua lisäämättä kustannuksia (Cooper ym. 2011, Gaynor ym. 2011). Esimerkiksi Gaynor työtovereineen (2011) havaitsi, että lisääntyneen kilpailun myötä johtajat keskittyivät toimintoihin, joilla hoidon laatua saatiin parannettua, ja jo muutamassa vuodessa kuolleisuuden nähtiin laskeneen ja hoitojaksojen lyhentyneen ilman kustannusten nousua. Bloom työtovereineen (2010) puolestaan havaitsi, että lisääntynyt kilpailu on parantanut johtamisen laatua ja sitä kautta myös kliinisiä tuloksia. Läheteitä kirjoittavien lääkäreiden on kuitenkin havaittu harvoin ohjaavan potilaita laatutekijöiden perusteella parhaisiin hoitopaikkoihin (Dixon ym. 2010).

Tuottajien poistuminen markkinoilta on ollut harvinaista, ja tuottajien mukaan markkinaosuuksien muutokset ovat olleet pieniä (Bloom ym. 2010, Dixon ym. 2010). Tähän liittyy myös poliittista painetta, koska esimerkiksi lähisairaalan sulkeminen on poliittisesti vaikea päätös (Le Grand 2007). Siksi politiikka on pyritty erottamaan päätöksenteosta ja Monitorin käytäntöjä ohjaavat tarkoin sovitut toiminnan rajaehdot. Nykyhallituksen aikana tuottajiin kohdistuvat paineet ovat kuitenkin kasvaneet. Julkisille NHS:n tuottajille on valunut erityisesti vanhusten sosiaalihuollon kustannuksia, ja heidän omalle toiminnalleen on asetettu tiukkoja tuottavuustavoitteita, jotka on huomioitu kansallisen hinnoittelun tasossa (esim. Lancet, editorial 2015).

Kriittisimmät pelkäsivät, että sairaalapalvelujen valinnanvapaus lisäisi väestöryhmien välistä eriarvoisuutta (Dixon ja Robertson 2011), mutta näin ei tapahtunut (esim. Cookson ja Laudicella 2011). Näyttöä on siitä, että sosioekonomiset erot eri

väestöryhmien välillä olisivat päinvastoin kaventuneet. Esimerkiksi vuosien 2002–2007 aikana jonotusajat lyhenivät kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä (Cooper ym. 2009). Tänä päivänä yllä mainitut kustannuspaineet kuitenkin näkyvät erityisesti perusterveydenhuollon jonotusajoissa. Toisaalta uuden avoterveydenhuollon ”Any qualified provider” -mallin kautta on varhaista näyttöä kustannustehokkuudesta ja palveluiden laadun kasvusta. Esimerkiksi kuulonhuoltopalveluissa osa järjestäjistä on alueellisen hinnoittelun kautta voinut määrittää hinnat 20–25 prosenttia alhaisemmaksi kuin kansallinen, ei-pakollinen maksuluokka ehdottaa ja palveluita on kehittynyt perinteisen sairaalaympäristön ulkopuolelle. (Monitor 2015.)

Tuotantorakenteiden muutoksen osalta on lisäksi merkittävää se, että monet lääkärit suhtautuvat vielä kriittisesti yksityiseen palvelutuotantoon. Huolena on erityisesti pelko sen vaikutuksista julkisen sektorin toimintaedellytyksiin sekä palvelujen pirstoutuminen. Lääkärit ovat olleet myös huolissaan siitä, että osalla yksityissektorin palveluntuottajista keskeinen motivaatio on voiton tavoittelu korkealaatuisen hoidon tarjoamisen sijaan, ja siksi tarve yhtäläisiin vaatimuksiin sekä toiminnalliseen ja laadulliseen valvontaan korostuu. (British Medical Association 2016.)

Valinnanvapauden vaikutukset tuotantorakenteeseen ja kustannuksiin

Englannissa valtion rahoituksen osuus on suuri, noin 83 prosenttia terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta (Krachler ja Greer 2015). Huolimatta kokonaisrahoituksen kasvusta vuosien 1997–2011 aikana yksityisen terveydenhuollon rahoituksen kasvun osuus on kuitenkin hidastunut. Valinnanvapauden näkökulmasta muutokset rahoituksen jakautumisessa ovat mielenkiintoisia. Vuosina 2005–2012 NHS:n rahoitus yksityissektorin tulolähteenä kasvoi 14 prosentista 25 prosenttiin ja tämä kasvusuunta on jatkunut. Näyttää siis siltä, että valinnanvapauden myötä yksityissektori on hyödyntänyt NHS:ltä saamaansa lisääntynyttä rahoitusta ja kompensoinut sillä vähentyneiden vakuutusten sekä hoitonsa itse maksavien asiakkaiden osuutta. (Arora ym. 2013.)

Yksityisen ja kolmannen sektorin käyttö on kuitenkin suhteellisen maltillista. Vuosien 2014–2015 aikana 6,3 prosenttia terveystieteiden ministeriön kokonaisbudjetista käytettiin yksityissektorin tai sosiaalisten yritysten tuottamiin palveluihin. Luku ei pidä sisällään mm. perusterveydenhuollon lääkärinpalveluja, hammashoitoa ja lääkehoitoa, mutta siihen kuuluvat esimerkiksi mielenterveyspalvelut, vammaispalvelut, äitiyshuolto sekä suuri osa kiireellistä ja kiireetöntä hoitoa. Vastaavasti kolmannen sektorin palveluihin käytettiin 3,1 prosenttia kokonaiskustannuksista. Osuudet kuitenkin vaihtelevat eri palvelutyyppeiden välillä. Esimerkiksi vuosina 2012–2013 avoterveydenhuollon palveluista 18 prosenttia ostettiin yksityissektorilta mutta sairaalapalveluista vain 3,6 prosenttia. (British Medical Association 2016.)

Suurin osa yksityissektoriin liittyvästä kysynnästä kanavoitui 2000-luvulla perustettuihin yksityissektorin hoitoyksiköihin (Independent Sector Treatment Centres,

ISTC). Erityisesti ISTC:n osuus on kasvanut rutiininomaisemmissa toimenpiteissä, kuten lonkka- ja polvileikkauksissa. Yksityisesti rahoitettujen toimenpiteiden osuus on vastaavasti pienentynyt sen jälkeen, kun NHS on rahoittanut leikkauksia yksityissektorin hyväksytyissä hoitopaikoissa. Tuloksissa täytyy kuitenkin huomioida erityisesti talouskriisin ja NHS:n lyhentyneiden hoitojonojen vaikutukset, jotka ovat vähentäneet yksityissektorin kysyntää. (Arora ym. 2013.) Käytännön tasolla muutokset tuotantorakenteissa ovat kuitenkin pieniä, vaikka ne osoittavat rakenteiden laajentuneen ja lääkäreiden lähetekäytäntöjen muuttuneen. Esimerkiksi vuonna 2010/2011 vain noin 3,5 prosenttia NHS:n rahoittamista poliklinikkakäynneistä tehtiin yksityissektorin ISTC-keskuksissa. On myös havaittu, että asiakkaiden halukkuus matkustaa lähisairaalaan kauemmaksi vaihtelee toimenpiteestä riippuen. Yleisesti tulokset kuitenkin tukevat käsitystä siitä, että valinnanvapaus lisää kilpailua. (Kelly ja Tetlow 2012.)

Kilpailu tuottajien välillä on kuitenkin ollut pienimuotoista, ja se on keskittynyt enemmänkin kilpailuun lääkäreiden läheteistä kuin suoraan asiakkaista ja enemmän maantieteellisille reuna-alueille kaupunkialueiden ulkopuolelle, joissa asiakkaalla voi olla esimerkiksi lyhempi välimatka toiselle palveluntuottajalle. Myös organisaation koko ja mahdollinen ylikapasiteetti ovat vaikuttaneet kilpailuhaluuteen. Joissakin tapauksissa tuottajat ovat pyrkineet välttämään kilpailua, mikä on vaatinut Monitorin puuttumista sekä pelisääntöjen selkeyttämistä. (Dixon 2010.) Yritysten mukanaolo palveluntuottajina on kuitenkin luonut uhan julkisille toimijoille ja kimmokkeen tehostaa omaa toimintaansa. Yksityiset suuret monikansalliset yritykset eivät ole laajemmassa määrin vallanneet NHS:n markkinoita. (British Medical Association 2013.) Tämä voi osin johtua siitä, että NHS on asettanut kaikille toimijoille yhteiset kriteerit ja hinnat, joita ei saa kompensoida asiakasmaksuilla. Tämän toimintaperiaatteen myötä kaikilla kansalaisilla on aidosti mahdollisuus valintoihin, ja suurien voittojen tekeminen veronmaksajien kustannuksella on vaikeaa.

Terveysministeriö ei ole kerännyt tietoa valinnanvapauden kokonaiskustannuksista. Selvää on kuitenkin se, että erityisesti suuret järjestelmäinvestoinnit, kuten Choose & Book -ajanvarausjärjestelmä, joka teknisten puutteiden vuoksi jouduttiin korvaamaan NHS e-Referral Servicellä, eivät ole tuoneet toivottuja tehokkuushyötyjä. Järjestelmän kuitenkin huomattiin erityisesti vähentäneen perumatta jääneitä ajanvarauksia, koska asiakkaat pystyivät helposti vaikuttamaan hoitoajankohtaansa. (Esim. Dixon ym. 2010.)

Henkilökohtaisten budjettien vaikutukset

Sosiaalihuollon maksukäytäntöjen kehittäminen kohti henkilökohtaisia budjetteja on kestänyt kauan ja painottanut jatkuvaa puuttumista havaittuihin epäkohtiin (esim. Boyle 2013, Glendinning 2008). Henkilökohtaisia budjetteja hyödynnettäessä asiakkaiden valintoihin ovat erityisesti vaikuttaneet hoidon ja hoivan jatkuvuus, kuten tuttu ammattihenkilö, sekä läheinen sijainti ja henkilökunnan koulutus (Wood 2010).

Henkilökohtaisten budjettien käytön onnistumisen avaintekijöiksi ovat nousseet riittävä palveluverkosto sekä tuki henkilökunnalle ja asiakkaille budjettien käyttöönotossa ja niiden toimivuuden varmistamisessa (The Health Foundation 2010). Lisäksi mahdollisuutta yhdistää eri sektoreiden budjetteja on lisätty.

Henkilökohtaisten budjettien käyttöönottoa on oleellisesti nopeuttanut vahva kansallinen tahtotila sekä budjettien saamisen muuttuminen asiakkaan lakisääteiseksi oikeudeksi vuonna 2014. Ennen tätä, esimerkiksi vuoden 2011 arvion mukaan, 83 yhteensä 152:sta paikallisviranomaisesta tarjosi henkilökohtaista budjettia vähintään noin kolmasosalle niihin oikeutetuista asiakkaista. (Hatton ja Walters 2013, Jerome 2011.) Keskeisin ristiriita on liittynyt joidenkin paikallisviranomaisten haluun kontrolloida budjetteja suorien maksujen suosimisen sijaan sekä niiden tuomaan byrokratiaan suunnitelmia hyväksyttäessä (Boyle 2013, Community Care 2012). Useilla paikallishallinnon alueilla yhteiskunnan maksaman tuen kriteereitä on nykypäivän kustannuspaineiden vuoksi tiukennettu ja sosiaalihuollon resurssit asiakkaiden tarpeiden arviointiin ja suunnitteluun ovat niukentuneet (Gregory ym. 2012).

Terveyspalveluissa henkilökohtaiset budjetit otettiin käyttöön vuonna 2012 pilotteja kokeilujen perusteella (Forder ym. 2012). Kokeiluissa vahvistui käsitys budjettien kustannustehokkuudesta sekä perinteistä palveluntuotantoa korkeammista nettohyödyistä. Budjetit lisäävät asiakkaan päätösvaltaa palveluvalinnoissa sekä muuttavat palveluntuottajan toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Tulokset olivat myönteisempiä, kun asiakkaille annettiin tietoa budjetin arvosta ja tarjottiin joustavuutta sen hallintaan. Erityisesti korkeamman budjetin saaneilla sairaalan hoitojaksojen kustannukset olivat merkittävästi pienempiä ja kokonaiskustannukset matalampia. Myös omaishoitajat tunsivat elämänlaatunsa ja terveytensä parantuneen, ja he olivat tyytyväisiä budjettiin liittyviin käytäntöihin. Kipukohtina nousivat esiin rajoitteet, kuten alueen vähäinen palvelutarjonta sekä budjetin pienuus. (Hatton ja Walters 2013, Forder ym. 2012.)

Oppia Suomeen

Englannissa julkinen sektori on ohjannut voimakkaasti valinnanvapauden asteittaista kehittämistä kahden vuosikymmenen aikana. Tämä on vaatinut sekä valinnanvapauden edellytysten, lainsäädännön ja yhtenäisten pelisääntöjen jatkuvaa kehittämistä että rohkeutta tehdä päätöksiä, yrittää ja erehtyä. Nykyisen valinnanvapauskokonaisuuden aikaansaamisessa ei siis ole ollut kyse yksittäisestä nopeasta muutoksesta vaan jatkuvasta, kehittämistä painottavasta systeemitason muutoksesta, joka on vaatinut investointeja, osaamisen kasvattamista sekä alueellisesti yhtenäisten toimintamallien rakentamista. Englannissa valinnanvapaus on ollut keskeinen osa laajempaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvaa uudistusprosessia.

Neljän viimeisimmän hallituskauden aikana valinnanvapaus on säilyttänyt aseman hallituspuolueiden tahtotiloja yhdistävänä tekijänä, ja se muodostaa palvelujärjestelmässä osan niin ideologista taustaa ja lainsäädäntöä kuin käytännön toimintaakin. Valinnanvapautteen liittyvä toiminnan avoimuus ja jatkuva kehittäminen ovat muutoksia, joista on hyvin vaikea nähdä paluuta entiseen. Valinnanvapaus on ennen kaikkea luonut mahdollisuuden muokata palvelujärjestelmää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi antamalla asiakkaiden halutessaan vaikuttaa ja ottaa vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Valinnanvapauden laajentamisella tavoiteltiin terveydenhuollossa aluksi onnistuneesti hoitoyksiköiden kapasiteetin tehokkaampaa käyttöä ja jonotusaikojen lyhentämistä kiireettömässä sairaalahoitossa. Tämä ei olisi ollut mahdollista ilman yksityissektorin tuomaa lisäkapasiteettia. Toimintaedellytysten kasvaessa valinnanvapautta on lisätty vaiheittain ja tavoitteet ovat laajentuneet koskemaan laadun, tehokkuuden, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tuottajien reagoitakyvyn lisääntymistä. Terveydenhuollossa käytännöt ovat kansallisesti yhtenäisiä ja palveluntuottajia koskevat samat rekisteröinti-, hinta- ja laatukriteerit. Sosiaalihuollossa julkisesti rahoitettu palvelutarjonta vaihtelee eri paikallisviranomaisien välillä, mutta oikeus henkilökohtaiseen budjettiin on lakisääteinen ja koskee koko väestöä.

Englannissa valinnanvapausuudistuksen pelätyt uhkakuvat eivät ole toteutuneet. Uhkakuvat liittyivät tasa-arvon, laadun ja tehokkuuden heikkenemiseen sekä markkinoiden toimivuuteen ja niiden mahdollisesti rapauttavaan vaikutukseen julkisessa terveydenhuollossa. Tähän on varmaankin keskeisesti vaikuttanut yhteisten toimintamallien jatkuva kehittäminen ja pelisääntöjen selkeyttäminen, toiminnan avoimuus, asiakkaan edun asettaminen markkinoitten keskiöön sekä se, että kansallisen maksujärjestelmän mukainen korvaustaso terveydenhuollossa on ollut kaikille toimijoille sama. Tämä rajoittaa voiton tekemistä valinnanvapausmarkkinoilla ja asettaa asiakkaat tasavertaiseen asemaan valintojen näkökulmasta. Olennaista tuloksissa on se, että palveluntuottajat toimivat aiempaa avoimemmassa palvelujärjestelmässä ja ovat tietoisempia kustannuksiin, tehokkuuteen, toiminnan tuloksiin sekä asiakaslähtöisyyteen liittyvistä tekijöistä. Väestö puolestaan arvostaa valinnanvapautta, jonka kautta he voivat hankkia palveluja eri julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta.

Vaikka valinnanvapauden kehityspolku on ollut osin kivikkoisen ja vaatinut vaikeiden asioiden nostamista esiin, se on ollut tärkeä avoimen, ammatillisen ja aidosti asiakaslähtöisen toimintakulttuurin luomisessa. Se on kuitenkin myös osoittanut, että valinnanvapaus ei yksinään riitä ohjaamaan tuottajia laadun parantamiseen. Siksi valinnanvapaus on kytketty osaksi laajempaa toimintapoliittista kehittämiskokonaisuutta, jossa korostuu myös esimerkiksi johtamisosaamisen merkitys. Lisäksi erityisesti kansalliset hoitotakuutavoitteet ovat kytkettyneet tiiviisti osaksi valinnanvapausjärjestelmää. Niiden kautta pystyttiin ensin kohdentamaan valinnanvapaus

kohteisiin, joissa hoidon saatavuus oli merkittävä ongelma. Nykyisin ne tukevat valinnanvapausjärjestelmää niin, että asiakas voi saada ylimääräisiä valintaoikeuksia, jos hänen valitsemansa palveluntuottaja ei pysty takaamaan hoitoa hoitotakuutavoitteiden määräämässä minimiajassa.

Englannin kokemus korostaa, että valinnanvapautta tukevan laajemman toimintapolitiikan lisäksi valinnanvapaus vaatii toimiakseen oikeanlaiset kannusteet sekä avointa tietoa ja tukea valintaprosessin aikana. Tämä vaatii myös sen, että eri osapuolet ovat tietoisia valinnanvapauteen liittyvistä toivotuista ja ei-toivotuista käyttäytymismalleista. Suurin osa Englannin kipukohdista on liittynyt yhteisten toimintamallien toteutumiseen myös käytännössä, esimerkiksi sen suhteen, tarjotaanko valinnanvapautta aktiivisesti kaikille siihen oikeutetuille. Siksi keskeisten asioiden toteutumista tulee valvoa käytännössä ja niihin tulee liittää riittävän voimakkaita kannusteita tai sanktioita tai puuttua rikkomuksiin muilla tavoin, kun epäkohtia havaitaan. Muuten käytännöt eivät muodostu yhtenäisiksi. Merkityksellistä on myös se, että asiakasta ei jätetä yksin valintatilanteissa vaan hänelle tarjotaan ymmärrettävää tietoa ja tarpeita vastaavaa tukea.

Englannin nykyjärjestelmissä valinnanvapaus on tullut osaksi luonnollisia toimintatapoja, eikä sitä ole enää tarpeen nostaa esiin erityisenä kärkihankkeena. Valinnanvapauden toteuttamisessa tärkeäksi kokonaisuudeksi on noussut asiakkaan tarpeita vastaavan palvelutuotannon integraatio, sen suhde valinnanvapauteen ja uudet tavat toimia yli organisaatorajojen. Toiminnan tueksi on kehitetty oppaita, joista uusien on esimerkiksi laajan sidosryhmän kanssa yhdessä tuotettu opas siitä, kuinka asiakkaan valintoja voidaan tukea pitkäkestoisten sairaalahoidojen välttämiseksi. Tulvaisuudessa todennäköisesti huomio tulee kiinnittymään valinnanvapauteen ilman voimakasta tuottajien välisen kilpailun korostamista, asiakkaan ja ammattihenkilön yhteiseen päätöksentekoon sekä korvausjärjestelmien edelleen kehittämiseen. Lisäksi esiin nousevat uudentyypiset integroidut henkilökohtaiset budjetit, joiden kautta voidaan käytännössä tukea tuloksellisuutta ja hoitoa laitosten ulkopuolella sekä sijoittaa asiakkaita ja heidän lähiomaisiaan.

Seuraavassa kiteytetään keskeisiä havaintoja Englannin kokemuksista:

- Valinnanvapaus tulee hahmottaa kokonaisuutena, joka on keskeinen osa palvelujärjestelmän kehittämistä ja suunniteltu niin, että sillä tavoitellut hyödyt on mahdollista saavuttaa myös käytännössä. Se edellyttää toteutumisen seurantaan sekä nopeaa puuttumista havaittuihin epäkohtiin kehittämällä kansallisia ja alueellisia käytäntöjä ja niitä ohjaavaa lainsäädäntöä.
- Valinnanvapauden asema toimintapolitiikkatason muutoksissa on pysynyt keskeisenä, koska asiakkaat arvostavat valinnanvapautta laajasti. Asiakkaan valinnanvapauden ei kuitenkaan yksinään uskota riittävästi ohjaavan tai kehittävän palveluntuottajien toimintaa.

- Valinnanvaran turvaaminen on vaatinut palvelutuotannon monimuotoista ja pitkäjänteistä tukemista. Keskeistä muutoksessa on ollut yhteisten pelisääntöjen, kansallisen maksujärjestelmän sekä valvonnan kehittäminen.
- Asiakkaiden mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa on motivoinut palveluntuottajia pitämään yllä toiminnan laatua. Englannissa asiakkaat ovat olleet pääsääntöisesti lojaaleja julkisia lähituottajia kohtaan, mutta vaihtamista ovat lisänneet erityisesti pitkät hoitojonot ja huono aikaisempi kokemus palveluntuottajasta.
- Valinnanvapautta voidaan tukea julkaisemalla palveluntuottajien vertailun mahdollistavaa tietoa sekä tukemalla asiakasta valintatilanteissa keskustelemalla eri vaihtoehdoista. Englannin kokemusten perusteella Suomessa kannattaa lisäksi kiinnittää huomiota ammattilaisten valinnanvapausasenteisiin ja kykyyn ymmärtää yhdessä tehtyjen päätösten merkitys asiakkaalle sekä valinnanvapautteen liittyvistä oikeuksista tiedottamiseen.
- Vertailutiedon kokoamiseen ja julkaisemiseen on tarvittu voimakasta kansallista tahtotilaa sekä kansallisesti yhtenäistä tietojärjestelmäratkaisua. Vertailutiedon ilmoittamisen tulisi olla palveluntuottajille pakollista.
- Valintaoikeuksien täytyy olla selkeitä ja konkreettisia. Valintaoikeuksien avulla valinnanvapautta voidaan myös kehittää asteittain, esimerkiksi rajaamalla toteutuksen alkuvaiheessa pois haastavampia asiakasryhmiä kuten mielen-terveysasiakkaat, joiden kohdalla toimivan valinnanvapausmallin luominen voi vaatia pidempikestoista kehittämistyötä. Englannissa asteittaista lähestymistapaa on hyödynnetty lisäksi avaamalla markkinat porrastetusti yksittäisille palveluntuottajille ja toimenpiteille aloittamalla niistä palveluista, joissa saatavuuden ongelmat olivat suurimmat.
- Yhteiset palveluntuottajien hyväksymiskriteerit, pelisäännöt sekä niiden jatkuva kehittäminen ja epäkohtiin puuttuminen ovat mahdollistaneet valinnanvapausmarkkinoiden toimivuuden yli sektorirajojen. Englannissa asiakkaan etu on asetettu valinnanvapausmarkkinoita ohjaavaksi tekijäksi ja kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin, ei hintaan.
- Valvonnan rooli on ollut merkittävä avoimen tiedon kehittämisessä sekä haavittuihin epäkohtiin puuttumisessa. Se myös pienentää riskiä siitä, että asiakas voisi tehdä itselleen haitallisen valinnan.
- Sosiaalihuollon maksumekanismit ovat tarkoituksenmukaisia myös terveydenhuollossa erityisesti paljon palveluja tarvitsevien kohdalla. Englannin kokemukset painottavat erityisesti kykyä yhdistää henkilökohtaisia budjetteja yli sektorirajojen sekä erilaisia joustavia hallintajärjestelyitä riippuen asiakkaan kyvystä ja halusta ottaa vastuuta.

8 Valinnanvapaus Ruotsissa

PIA MARIA JONSSON

Potilaan aseman ja oikeuksien vahvistaminen sekä valinnanvapauden lisääminen on ollut Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän keskeinen teema jo vuosikymmenen ajan. Potilaan oikeutta valita itse hoitopaikkansa on tuettu laajentamalla ja monipuolistamalla terveydenhuollon tuottajakuntaa ja lisäämällä terveydenhuoltojärjestelmien avoimuutta ja läpinäkyvyyttä.

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon pääpiirteet

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenne, organisaatio ja rahoitus eroavat olennaisesti Suomen sote-järjestelmästä. Ruotsissa terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjäalueella tai verrannollisella alueella (Hälso och sjukvårdslag (1982: 763). Sosiaalipalveluiden järjestämisestä taas vastaavat Ruotsin 290 kuntaa (Socialtjänstlag (2001:453).

Maakäräjäalueiden väestöpohjat vaihtelevat vajaan 200 000:n ja 2 000 000:n välillä. Kukin maakäräjäalue tai aluehallinto vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä alueellaan suun terveydenhoito mukaan lukien. Kunnat vastaavat mm. kouluterveydenhuollosta ja kotisairaanhoidosta, ja sosiaali-toimi 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 alueiden ja kuntien väliset tasausjärjestelmät, joiden puitteissa tasoitetaan alueellisia eroja edellytyksissä rajoittaa ja järjestää palveluita. Valtio vastaa kuitenkin suurimalta osin tasausjärjestelmän rahoituksesta (Statistiska Centralbyrån 2015).

Maakäräjien päätehtävänä on vastata alueensa terveydenhuollon järjestämisestä. Lisäksi tehtäväkuvaan kuuluu vastuu paikallisliikenteestä ja jonkin verran kulttuuri- ja koulutustoimintaa. Toimintakuluista noin 90 prosenttia menee terveydenhuollon kustannuksiin (Sveriges Kommuner och Landsting 2015a). Toiminta rahoitetaan maakäräjäverolla, valtion avustuksilla sekä pienessä määrin asiakasmaksuilla. Maa-

käräjille maksetuista valtionavustuksista osa on väestöpohjaan suhteutettua ja siis kapitaatioperusteista; suurin yksittäinen avustussumma perustuu lääkekustannusten korvauksiin. Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määritelty suoriteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisääntyntä tarvetta ohjata hajautettua järjestelmää kohti tasaisempaa laatua ja saatavuutta.

Maakäräjäalueiden laajan itsehallinnon takia Ruotsin terveydenhuoltoa ei useinkaan ole mielekästä tarkastella yhtenä järjestelmänä. Aiemmin maakäräjät ovat tuottaneet itse suurimman osan järjestämistä vastuullaan olevista palveluista, mutta ulkopuolisten tuottajien osuus on viime vuosikymmenien aikana jatkuvasti kasvanut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Tuottajakunnan monipuolittamisen taustalla oli aluksi tuottajien väliseen kilpailuun liitetyt positiiviset odotukset tuotantokustannuksista, hinnasta ja laadusta. Sitten paljon poliittista keskustelua herättäneet ongelmat palveluiden saatavuudessa sekä pyrkimys vahvistaa potilaiden asemaa ja lisätä kansalaisten valinnanvapautta ovat tukeneet kehityskulkua, jossa markkinat on aukaistu myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän mahdollinen rakenteellinen vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman päämiehen, maakäräjien, rahoitus- ja järjestämistä vastuulla. Maakäräjät toimivat institutionaalisina rahoittajina myös silloin, kun valtio osallistuu esimerkiksi lääkekorvauksien rahoitukseen. Teoreettisista lähtökohdista voidaan odottaa, että kun rahoitusvastuu ja järjestämistä vastuu yhdistyvät mielekkäästi, järjestämistähön intressissä on seurata ja ohjata toimintaa kohti kustannus-vaikuttavuutta.

Ruotsin järjestelmäratkaisujen heikkoudeksi voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio sosiaalitoimen, kuntien vastuulla olevan terveydenhuollon ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämistä vastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä. Integraatio-ongelmat on tiedostettu vuosikymmeniä, ja ne koskevat Ruotsissakin erityisesti vanhusien hoivaa ja hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluita. Äskettäin julkaistiin taustamuistio, joka kuvaa palvelujen paremman koordinaation tarvetta ja ajankohtaisia integraatiohaasteita erityisesti monisairaiden potilaiden näkökulmasta (Vårdanalys, 2016).

Rakenneuudistuksien viipyessä Ruotsin terveydenhuollon puutteita on pyritty kompensoimaan vahvistetulla valtion ohjauksella. Esimerkkejä valtion ohjauksen vahvistumisesta ovat kansalliset toimintasuunnitelmat ja -ohjeet sekä hoitoprosessien ja saavutettujen hoitotulosten avoimet tilastovertailut (benchmarking) maakäräjäalueiden ja sairaaloiden välillä. Valtio myös tukee ja ohjaa maakäräjien toimintaa erilaisin korvamerkitäin valtionavuin (”stimulanspengar”).

Ruotsissa on pitkään ollut voimassa hoitotakuu. Se kirjattiin vuonna 2015 voimaan tulleeseen potilaslakiin, ja sen perustana on ns. 0-7-90-90-sääntö (Patientlag 2014:821). Tämän mukaan maakäräjien on tarjottava asukkaalleen perusterveydenhuollon kontakti samana päivänä, jona hän hakee hoitoa, perusterveydenhuollon lää-

kärikäynti seitsemän päivän sisällä hoidon hakemisesta, avosairaanhoidon käynti 90 päivän sisällä lähetteen kirjoittamisesta (tai jos lähetettä ei tarvita 90 päivän sisällä siitä, kun asukas hakee kyseistä hoitoa) sekä erikoissairaanhoidon hoito 90 päivän sisällä todetusta hoitotarpeesta. Hoitotakuun toteutumista seurataan ja raportoidaan kansallisella tasolla erityisen verkkopalvelun kautta (www.vantetider.se).

Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen sekä kansalaisten aseman vahvistamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta. Tämän pohjaksi Ruotsissa on 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaan kansallisten laaturekisterien tuella. Tällä hetkellä maassa toimii yli sata eri potilasryhmän hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä, jotka keräävät vertailutietoja alueellisten ja yksikköjen välisten vertailujen pohjaksi (Jacobsson ym. 2015; Sveriges Kommuner och Landsting 2015b). Niin kansallisella kuin paikallisella tasolla hoidon kehittämisen ja ohjauksen keskeinen strategia on benchmarking-tyyppinen vertailu. Tuottajille on myös alettu maksaa rekisteröityihin suoritteisiin pohjautuvia laatubonuksia.

Valinnanvapauden kansallinen lainsäädäntöpohja

Laki julkisista hankinnoista (LOU) ja laki valinnanvapausjärjestelmistä (LOV)

Ruotsin terveydenhuollon rahoituksesta ja järjestämisestä vastaavilla 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 (Lag 2007:1091). Kyseinen hankintalaki on muotoiltu vastaamaan EU-direktiivin (2004/18/EG) vaatimuksia ja muistuttaa siksi suurelta osin Suomen vastaavaa lakia.

Vuoden 2009 alussa tilanne Ruotsissa muuttui, sillä silloin tuli voimaan lainsäädäntöuudistus, joka antoi Ruotsin maakäräjille ja kunnille hankintamenettelyjen rinnalle vaihtoehtoisen mahdollisuuden laajentaa palvelujen tuottajakuntaa (Lag 2008:962). Tämä voi tapahtua järjestämällä palvelut ns. valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Valinnanvapausjärjestelmien keskeisimpiä uusia piirteitä olivat niiden soveltamiseen liittyvät tuottajien hyväksymis- ja korvausmenettelyt.

Valinnanvapausjärjestelmässä maakäräjät tai kunta määrittelee järjestelmän piirissä olevan palvelukokonaisuuden (esim. perusterveydenhuollon peruspaketti, kai-hileikkaus jne.), kyseisen palvelun tuottajiin sovellettavat hyväksymiskriteerit sekä palvelun tuottamisesta tuottajille maksettavan korvauksen. Tämä etukäteen määritelty korvaussumma seuraa asiakasta hänen valitsemalleen tuottajalle. Asiakkaan maksu palvelusta on aina sama. Kullakin maakäräjäalueella ja kunnalla voi siis olla useita valinnanvapausjärjestelmiä, joiden puitteissa eri palvelukokonaisuuksia järjestetään ja tuotetaan.

Lakiuudistuksen tarkoituksena oli antaa terveystalvuluista vastaaville maakäräjille ja sosiaalipalveluista vastaaville kunnille mahdollisuus tarjota asukkaalleen oikeus valita palvelutuottaja ja samalla laajentaa tuottajakuntaa yksityisillä palvelutuottajilla. Laajempina tavoitteina mainittiin asiakkaiden ja potilaiden aseman vahvistaminen, palvelujen saatavuuden ja laadun lisääminen sekä yhdenvertaisuusnäkökohdat. Koska raha seuraa asiakasta, asiakkaan vallan ajateltiin lisääntyvän suhteessa tuottajakuntaan.

Laissa muun muassa määrätään, että 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.

Palveluita hakeva kansalainen voi vapaasti valita itselleen sopivan palvelutuottajan hyväksytyjen tuottajien joukosta samalla kun järjestämisvastuussa olevalla kunnalla tai maakäräjillä on kokonaisvastuu toiminnasta ja siitä informoimisesta.

Valinnanvapausjärjestelmät pakollisiksi perusterveydenhuollossa

Tammikuussa 2010 valinnanvapausjärjestelmien käyttö säädettiin pakolliseksi maakäräjien järjestämässä perusterveydenhuollossa. Tämä tapahtui muuttamalla Ruotsin terveydenhuoltolaki, joka on maan terveydenhuollon rahoitusta, järjestämistä ja muita edellytyksiä säätelevä yleisluontoinen laki (Prop. 2008/09:74). Lain 5 pykälään tehdyn lisäyksen mukaan maakäräjien tulee järjestää perusterveydenhuolto siten, että kaikki maakäräjäalueen asukkaat voivat itse valita hoidon tuottajan ja kiinteän lääkärikontaktin. Maakäräjähallinto ei voi rajoittaa henkilön valintaa tiettyyn maantieteelliseen osaan alueestaan (Hälso- och sjukvårdslag (1982: 763).

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

Lainsäädäntö edellyttää, että maan maakäräjäalueet hyväksyvät halukkaat perusterveydenhuollon tuottajat – julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin tahot – neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Vaikka perusterveydenhuolto on järjestettävä valinnanvapausjärjestelmien puitteissa, kaikkien palvelujen ei edellytetä olevan yhden ja saman järjestelmän piirissä, vaan esimerkiksi neuvolapalvelut voivat muodostaa muusta perusterveydenhuollosta erillisen oman kokonaisuutensa. Käytännössä tämä menettely helpottaa pienien ja erikoistuneiden tuottajien pääsyä järjestelmien piiriin.

Valinnanvapausjärjestelmissä raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja maakäräjähallinnon maksamat korvaukset ovat kaikille tuottajille samasta palvelusta tai palvelukokonaisuudesta samansuuruiset. Näin tuottajien odotetaan kilpailevan ensisijaisesti palvelujen laadulla ja hyvien tuottajien hyötyvän hyvästä laadustaan myös taloudellisesti.

Valinnanvapausjärjestelmät ovat erikoissairaanhoidossa ja kuntien sosiaalipalveluissa vapaaehtoisia

Perusterveydenhuollon ohella maakäräjäalueet voivat, mutta niiden ei ole pakko, soveltaa valinnanvapausjärjestelmiä myös erikoissairaanhoidossa. Kunnat taas voivat päättää, soveltavatko ne valinnanvapauslainsäädäntöä vanhusten palveluissa ja muissa sosiaalipalveluissa.

Valtio on kannustanut kehittämään valinnanvapausjärjestelmiä ja laajentamaan niitä erikoissairaanhoidon mm. korvamerkityin tukitoimin. Erikoissairaanhoidon valinnanvapausjärjestelmiä on lähdetty kehittämään erityisesti suurimmilla maakäräjäalueilla. Vuoteen 2013 mennessä noin puolet näistä järjestelmistä oli Tukholman läänin maakäräjäalueella ja yli 80 prosenttia Tukholman, Uppsalan ja Skånen alueilla (Sveriges Kommuner och Landsting 2013). Erikoissairaanhoidon järjestelmille on ollut tyypillistä mm. se, että tuottajille maksettavat korvaukset perustuvat suoritteisiin, toisin kuin perusterveydenhuollossa, jossa käytetään pääsääntöisesti kapitaatiopainotteista sekakorvausmallia. Erikoissairaanhoidossa on myös lähdetty kehittämään erilaisia rekisteri- ja muihin tietoihin perustuvia laatubonuksia ja hoitoketjuihin liitettyjä korvauksia (”bundled payment”).

Sosiaalipalveluissa kunnat ovat varsin laajasti ulkoistaneet palveluja jo ennen valinnanvapauslainsäädännön toimeenpanoa ja yksityisten tuottajien toiminta on viime vuosina edelleen lisääntynyt. Vuoden 2013 tilastotietojen mukaan yksityiset järjestivät 25 prosenttia kotipalveluista ja 21 prosenttia vanhusten asumispalveluista.

Valtionkonttori (Statskontoret) sai keväällä 2011 hallitukselta tehtäväksi tutkia valinnanvapauslainsäädännön merkitystä ja vaikutuksia kuntien toimintaan vanhusten hoito- ja hoivapalveluissa (Statskontoret, 2012). Selvityksen tulokset viittasivat asiakastyytyväisyyden lisääntymiseen vanhusten kotipalveluissa siellä, missä nämä oli järjestetty valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Samalla selvitys viittasi mahdolliseen kustannusten nousuun kunnissa, jotka sovelsivat valinnanvapausjärjestelmiä, vaikkakin palveluiden tuotantokustannukset olivat niissä jonkin verran alhaisemmat. Valtionkonttori katsoi valinnanvapausjärjestelmien antavan entistä paremmat edellytykset kuntien kustannusten hallintaan, mutta alleviivasi samalla tarvetta valita harvituksi ne palvelut, joihin valinnanvapautta sovelletaan.

Vuonna 2014 julkaistiin Ruotsin edellisen hallituksen toimeksiannosta tehty laaja selvitystyö, jonka aiheena oli valinnanvapausjärjestelmät kunnallisessa toiminnassa (Statens Offentliga Utredningar, SOU 2014:2). Tukholman Äldrecentrum teki samoihin aikoihin selvityksen, joka kohdistui vanhusten kotipalvelujen tilaan asiakasnäkökulmaa painottaen (Hjalmarson ja Wånell, 2013). Vuoden 2013 lokakuuhun mennessä 181 Ruotsin 290 kunnasta oli alkanut soveltaa tai tehnyt päätöksen valinnanvapauslainsäädännön soveltamisesta osassa toimintaansa. Tavallisinta tämä oli vanhusten kotipalveluissa. Valinnanvapauden piirissä olevat vanhuksat olivat tyytyväisiä saamaansa valinnanoikeuteen, ja kansallisen selvityksen asiakastutkimuksessa

45 prosenttia ilmoitti hyödyntäneensä tätä kotipalveluissa aktiivisesti. Yleisessä asiakastytyväisyydessä ei havaittu eroja niiden kuntien välillä, jotka sovelsivat valinnanvapausjärjestelmiä vanhuspalveluissa verrattuna niihin, jotka eivät näin toimineet.

Erillisselvityksessä verrattiin vanhuspalvelujen kustannuksia, laatua ja vaikuttavuutta kunnissa, jotka sovelsivat toiminnassaan lakia valinnanvapausjärjestelmistä, ja muissa kunnissa. Ryhmien välillä ei havaittu eroja laadussa tai vaikuttavuudessa, mutta kustannuskehitys oli maltillisempaa valinnanvapausjärjestelmiä hyödyntävässä kuntaryhmässä. Selvitysryhmä päätyi ehdottamaan sosiaalihuoltolakiin lisäystä, joka olisi edellyttänyt kuntien lisäävän valinnanvapautta vanhusten kotipalveluissa. Se katsoi myös, että kunnille tulisi myöntää tukirahoitusta valinnanvapauden kehittämiseksi vanhusten asumispalveluissa.

Uudistuksen toteuttamisen keskeisiä kysymyksiä

Valinnanvapausuudistuksen toteutumista voidaan tarkastella toisaalta asiakkaan ja toisaalta palvelujärjestelmän näkökulmasta. Jälkimmäinenkin näkökulma on asiakkaan kannalta tärkeä, sillä ilman hyvin toimivaa järjestelmää asiakas ei todennäköisesti saa tarvitsemiaan palveluita parhaalla mahdollisella tavalla. Järjestämisenäkökulmasta yhdeksi keskeiseksi kysymykseksi on Ruotsissa noussut tuottajien hyväksyminen kunnan järjestelmän piiriin maakäräjäalueen tai kunnan ennalta määrittelemien yhtenäisin ehdoin. Neutraalien hyväksymiskriteerien määrittely ja uusien tuottajien jatkuva hyväksyminen perusterveydenhuollon piiriin ovat olleet maakäräjille uusia, osaamista vaativia haasteita (Jonsson ja Virtanen 2013a).

Palveluiden siirtämisestä valinnanvapausjärjestelmien piiriin on olemassa ohjeistuksia sekä kansallinen tietokanta, johon kuntien ja maakäräjien tulee ilmoittaa avoimet valinnanvapausjärjestelmät (Konkurrensverket, 2011; www.valfrihetswebben.se). Internetsivua seuraamalla tuottajat voivat etsiä itselleen sopivia tehtäviä ja ilmoittautua haluamalleen järjestäjätaholle. Tämä tarkistaa ja hyväksyy tuottajan, minkä jälkeen tehdään sopimus ja asiakkaita tai potilaita informoidaan tuottajan liittymisestä tuottajakuntaan. Vaikka perusterveydenhuollon tuottajalle saatetaan taata pieni minimikorvaus, tuottajan toiminta on taloudellisesti täysin riippuvaista siitä, että potilaat hakeutuvat vastaanotolle ja tuovat mukanaan järjestävän maakäräjäalueen kanssa sovitun korvauksen.

Tuottajille maksettavat korvaukset ja korvauserusteet vaihtelevat jossain määrin maakäräjäalueittain, ja niistä käydään jatkuvasti niin teoreettista kuin käytäntöön suuntautuvaa keskustelua (Anell 2009; Lindgren 2014). Luodakseen kannusteita ja parantaakseen korvausjärjestelmän ohjausvaikutuksia useat maakäräjäalueet ovat ajan myötä kehittäneet ja muuttaneet korvauserusteitaan (Häkansson ja Högberg 2009). Kapitaatiopohjainen korvaus vastaa eri alueilla 45–86:ta prosenttia kokonaiskorvauksesta. Jotkut alueet modifioivat korvausta esimerkiksi potilaan iän ja etnisen

taustan perusteella. Myös sairastavuuteen liittyvää ACG-indeksiä (Adjusted Clinical Groups) on käytetty kapitaatiokorvauksen määrittelyssä, samoin sosioekonomista statusta heijastelevaa CNI-indeksiä (Care Need Index) (Anell ym. 2012). Kapitaatiokorvauksen ohella pienempi osa korvauksesta määräytyy suoritepohjaisesti (yleensä käyntien lukumäärästä) ja laatubonusten tai -vähennysten perusteella (2–5 % kokonaiskorvauksesta). Myös alueellisia lisä sovelletaan joillain maakäräjäalueilla etenkin harvaan asutuilla seuduilla.

Tuottajan, joka toimii valinnanvapausjärjestelmän piirissä, edellytetään toimittavan laajaa seurantatietoa järjestäjätaholle. Toiminnan laatu pyritään siis takaamaan niin hyväksymiskriteerein kuin järjestelmällisen seurannan ja tähän pohjautuvan taloudellisen ja muun ohjauksen avulla.

Potilaiden ja asiakkaiden kannalta valinnanvapauden toteutukseen yleisesti liittyvä ongelma on tiedonpuute tarjolla olevista palveluista ja niiden laadusta (Jonsson ja Virtanen 2013b). Jos vertailutietoa ei ole, kuluttajien valintojen ei voida odottaa suuntautuvan järkipäisesti ja tukevan laadukkaita palveluja. Tiedonpuutetta ollaan Ruotsissa korjaamassa mm. kansalaisille suunnitellulla riippumattomalla tiedontuotannolla ja verkkopalveluilla. Tässä työssä Ruotsin satakunta kansallista laaturekisteriä muodostavat yhden keskeisistä lähtökohdista. Myös potilaan omaa sähköistä sairaskertomusta pyritään kehittämään.

Seuranta- ja arviointituloksia

Ruotsin perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistuksesta on käynnissä monita-hoinen kansallinen seuranta sekä viranomaistaholla (sosiaalhallitus, kilpailuvirasto, Vårdanalys) että yliopistoissa (Karolinska Institutet, Lundin ja Uppsalan yliopistot). Tulokset vahvistavat maakäräjäalueilta saatuja tilastotietoja, joiden mukaan palvelutuotanto on lisääntynyt ja monipuolistunut.

Kilpailuviraston vuoden 2012 alussa julkaisemasta aineistosta ilmeni, että terveyskeskusten määrä oli uudistuksen jälkeen lisääntynyt 19 prosentilla (190:llä) (Konkurrensverket 2012). 267 uutta terveyskeskusta oli aloittanut toimintansa ja 77 oli lakkautettu. Terveyskeskusten lukumäärä oli lisääntynyt 19 maakäräjäalueella. Kaiken kaikkiaan Ruotsissa oli vuoden 2012 alussa 247 perusterveydenhuollon tuottajaa, joista 22 julkista. Kymmenen suurimman tuottajan joukossa oli kolme yksityistä yritystä, joista yksi on osuuskunta. Lievää markkinoiden keskittymistä oli siis tapahtunut, mutta tämä ei ollut mennyt kovin pitkälle. Uudessa seurannassa, joka perustui syksyllä 2014 kerättyihin tietoihin, kilpailuvirasto totesi tuottajakunnan säilyneen edelleen monipuolisena eikä kilpailun kannalta kohtuutonta keskittymistä suuriin tuottajiin ollut tapahtunut (Konkurrensverket, 2014).

Väestötutkimuksissa suuri enemmistö on ilmoittanut olevansa tietoinen valinnanmahdollisuuksista perusterveydenhuollossa. Vuonna 2014 useimmilla maakärä-

jäalueilla vaihtoehtoiset terveyskeskukset sijaitsivat maantieteellisesti varsin lähellä potilasta; 80 prosentilla väestöstä etäisyys lähimpään vaihtoehtoiseen terveyskeskukseen oli autolla vähemmän kuin viisi minuuttia pitempi kuin lähimpään terveyskeskukseen. Kuusi kymmenestä henkilöstä katsoi saaneensa tarpeeksi informaatiota valinnanvaihtoehdoista. Kaksi kolmesta henkilöstä katsoi aktiivisesti valinneensa terveyskeskuksen, vaikka vain vajaa kolmannes oli katsonut aiheelliseksi vaihtaa terveyskeskusta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää erityisesti asiakasnäkökulmasta tarkasteleva laitos, Vårdanalys, on julkaissut useita yhteenvertaamattomia potilaiden näkemyksistä ja kokemuksista valinnanvapaudesta (Winblad ym. 2012). Nämä vahvistavat potilaiden yleensä arvostavan valinnanvapautta. Eri tutkimuksissa potilastyytyväisyys on lisääntynyt tai pysynyt ennallaan. Aktiivisen valinnan tehneet potilaat ovat olleet tyytyväisempiä kuin ne, jotka eivät ole aktiivista valintaa tehneet. Huolta on jossain määrin herättänyt huomio siitä, että hyvin koulutetut henkilöt näyttävät lähteneen hyödyntämään valinnanvapautta jonkin verran aktiivisemmin kuin väestö keskimäärin.

Karoliinisen instituutin tutkimustulokset Tukholman alueelta, missä valinnanvapautta alettiin soveltaa jo vuonna 2008, osoittavat että perusterveydenhuollon kokonaisuudessa esiintyi vuosina 2006–2010 hienoista nousua (Rehnberg ym. 2010). Suhteutettuna kasvavaan väestöpohjaan menot kuitenkin pienenevät hiukan. Samalla perusterveydenhuollon käyntimäärät lisääntyivät selvästi ja perusterveydenhuollon tuottavuus parani. Tuottajakunta runsastui, ja painopiste siirtyi selvästi yksityisten tuottajien suuntaan. Yksityiset tuottajat vastasivat vuonna 2010 lähes 60 prosentista perusterveydenhuollon markkinoista Tukholman alueella. Huomattavaa nousua yksityisten markkinaosuudessa oli kuitenkin tapahtunut jo ennen valinnanvapauslain säädännön voimaantuloa (Nyström 2012).

Vuonna 2014 perusterveydenhuollon tuottajien kokonaismäärä Ruotsissa oli lisääntynyt noin 20 prosentilla verrattuna tilanteeseen ennen valinnanvapausuudistusta, ja noin 43 prosenttia perusterveydenhuollon käynneistä oli tehty yksityisille tuottajille (Nyström 2012; Vårdföretagarna, 2015). Perusterveydenhuollon haasteena on kuitenkin edelleen harvaanasuttujen alueiden lääkäripalveluiden saatavuus, joka ei kaikkialla ole lisääntynyt toivotussa mittakaavassa.

Ennen uudistuksen toteuttamista tuotiin esiin pelkoja siitä, että valinnanvapausjärjestelmä voisi johtaa palvelujen epäoikeudenmukaiseen jakautumiseen eri väestöryhmien kesken (Burström 2008; Burström 2009). Tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia. Tukholman alueen ensimmäisessä laajassa arviointitutkimuksessa havaittiin, että palvelutuotantoa siirtyi jossain määrin ylemmän tulotason alueille eli etenkin keskikaupunkialueella toimintansa aloittaneisiin tai jo aiemmin toimineisiin terveyskeskuksiin (Rehnberg ym. 2010). 20 Palvelujen käytössä kuitenkin nähtiin tasa-arvoa tukevaa kehitystä, sillä käyttö lisääntyi erityisesti alempien tuloluokkien alueiden väestössä.

Uudistuksen viisivuotisseurannassa havaittiin palvelujen käytön lisääntyneen enemmän vanhusväestössä kuin nuoremmassa ikäryhmissä ja hyvätuloisten lisänneen palvelujen käyttöä prosentuaalisesti jonkin verran enemmän kuin matalatuloisten. Kun sosioekonomisen statuksen indikaattorina käytettiin tulotason sijasta koulutustasoa, erot olivat pieniä ja päinvastaisen suuntaisia; alemman koulutuksen suorittaneet olivat lisänneet palvelujen käyttöä enemmän kuin korkeasti koulutetut (Dahlgren ym. 2013). Kun väestö ryhmiteltiin syntymämaan mukaan, analyysissa ei havaittu eroja etnisten ryhmien välillä.

Vårdanalys kartoitti palvelujärjestelmän tasavertaisuutta kolmella maakäräjäalueella (Tukholma, Skåne, Östergötland) raskaiden, monisairaiden potilasryhmien näkökulmasta (Janlöv ym. 2013). Tutkimuksessa kaikki potilasryhmät, ml. paljon hoitoa ja palveluja tarvitsevat, lisäsivät perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden käyttöä. Koko väestön lääkäriiskäynnit olivat kuitenkin lisääntyneet enemmän kuin paljon palveluja tarvitsevien potilaiden käynnit. Toisaalta paljon palveluja tarvitsevien potilasryhmien kotikäyntien määrä lisääntyi. Yleisesti ottaen hyvätuloiset olivat tyytyväisempiä palveluiden saatavuuden kehitykseen. Erot eri ryhmien välillä olivat suurimpia Skånessa, jonka valinnanvapausjärjestelmä poikkeaa jonkin verran Ruotsin muista alueista.

Tukholman alueen tutkimuksessa, jossa linkitettiin rekisteritietoja terveystieteiden tuloksiin, huomattiin, että kaikkien ryhmien perusterveydenhuollon lääkäriiskäynnit eivät olleet lisääntyneet yhtä paljon kuin väestössä keskimäärin. Näitä olivat esimerkiksi miehet, jotka raportoivat terveydentilansa huonoksi ja jotka asuivat sosioekonomisesti heikoilla alueilla, sekä naiset, joilla oli toimintakykyä rajoittava pitkäaikainen sairaus (Agerholm ym. 2015). Tämän, kuten edellä mainitun tutkimuksenkin tulosten, tulkintaa vaikeuttaa se, että tasa-arvon perusteena on käytetty ainoastaan perusterveydenhuollon lääkäriiskäyntien lukumäärää. Muiden henkilöstöryhmien ja kotikäyntien määrät sekä erikoissairaanhoidon käyntimäärät voivat kuitenkin muodostaa olennaisen osan potilaan hoitoa.

Ruotsin valtion tarkastusvirasto julkaisi syksyllä raportin, jossa perusterveydenhuollon maakäräjäalueille pakollisia valinnanvapausjärjestelmiä kritisoitiin alueellisen ja sosioekonomisen tasa-arvon näkökulmasta (Riksrevisionen, 2014). Tarkastusviraston näkemyksen mukaan pakollinen valinnanvapauslainsäädäntö on siirtänyt Ruotsin terveydenhuoltoa tarvelähtöisestä järjestelmästä kysyntälähtöiseen suuntaan. Tätä tarkastusvirasto pitää tasa-arvon kannalta negatiivisena kehityksenä. Raportti sisältää jonkin verran empiiristä näyttöä epätasa-arvoistavasta vaikutuksesta, mutta näyttö ei raporttia kritisoineiden mukaan ole yksiselitteistä.

Järjestelmän kehittämiseksi tarkastusvirasto ehdotti voimakkaiden keinojen käyttöä harvaan asuttujen seutujen tuotannon lisäämiseksi. Kansalaisten tasa-arvon näkökulmasta virasto toisaalta katsoi maakäräjäalueiden ohjaus- ja korvausmenettelyiden kehittyneen keskenään liian erilaisiksi. Maakäräjien korvausjärjestelmien yhtenäistämistarpeista on keskusteltu myös siitä syystä, että Ruotsin vuoden 2015 alus-

ta voimaan tullut potilaslaki laajensi avoterveydenhuollon valinnanvapauden koko maata koskevaksi (Patientlag 2014:821).

Tarkastusviraston raportin menetelmistä ja tuloksista on käyty Ruotsissa vilkasta keskustelua (Anell ja Rehnberg 2014).Yksi raportin tarkastelun kohteena olleista suurista maakäräjäalueista, Västra Götaland, teki sen seurauksena oman raporttinsa, jossa pyrittiin toistamaan ja verifioimaan tarkastusviraston analyysit (Västra Götalandsregionen 2014). Alueraportin tulokset ja aluehallinnon johtopäätökset eivät vastanneet tarkastusviraston esittämiä tuloksia ja johtopäätöksiä.

Valtion tarkastusviraston näkemyksiä ei myöskään tukenut syksyllä 2014 julkaistu Vårdanalys-raportti hoitotakuu- ja valinnanvapausuudistusten vaikutuksista siihen, kuinka eri potilasryhmät pääsevät hoitoon (Vårdanalys 2014a). Raportissa kuitenkin todettiin, että useimmat uudet terveyskeskukset ovat syntyneet taajaan asuttujen alueiden lähistölle. Samalla alueelliset vaihtelut johtuvat myös siitä, että maakäräjäalueet ovat muotoilleet valinnanvapausjärjestelmiä ja esimerkiksi korvausmenettelyjä vaihtelevin periaattein. Väestön luottamus perusterveydenhuoltoon on lisääntynyt uudistuksen jälkeen, mikä voi tarkoittaa sitä, että perusterveydenhuolto on alueellisesti muovautunut väestön arvostusten mukaisesti.

Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvonäkökulmat ovat joka tapauksessa nousseet Ruotsin uudistuksen ja sen kehittämisyökkimysten keskiöön. Myös erikoissairanhoidossa on tarkasteltu palvelujen jakautumisen oikeudenmukaisuutta valinnanvapausjärjestelmissä (Vårdanalys 2014b). Valinnanvapausjärjestelmän ei havaittu tuoneen epä-tasa-arvoa esimerkiksi implantti- ja kaihileikkauspötilaiden hoitoon.

Valinnanvapaus osana kansallista terveyspolitiikkaa

Ruotsissa on suhteellisen helppo tehdä alueellisia kokeiluja, koska maakäräjäalueilla on laaja autonomia. Kansallista perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistusta edelsivätkin vuosista 2007–2008 lähtien useat alueelliset kokeilut, joissa sovellettiin erilaisia valinnanvapausmalleja.

Valinnanvapauslainsäädännön tuominen valtiopäiville ja sen pakollinen soveltaminen perusterveydenhuollossa olivat keskeisiä osia vuosina 2007–2014 vallassa olleen keskusta-oikeistoallianssin terveyspolitiikkaa, johon kuului myös mm. apteekki-monopolin purkaminen ja muutokset sairausvakuutuslainsäädännössä.

Vallan vaihduttua syksyllä 2014 uusi vasemmiston ja vihreiden muodostama vähemmistöhallitus ilmoitti pyrkivänsä purkamaan valinnanvapausjärjestelmien pakollisuuden perusterveydenhuollossa. Tämän sisältöinen lakiehdotus lähetettiin pikaisesti valtiopäiville, mistä se toimitettiin lakineuvoston (Lagrådet) analysoitavaksi (Prop. 2014/15:15). Neuvosto katsoi, että ehdotus oli puutteellisesti valmisteltu eikä mm. otanut tarpeeksi huomioon lausunnoissa annettua kritiikkiä. Neuvoston mukaan ehdotusta ei voinut käyttää uuden lainsäädännön pohjana, minkä seurauksena hallitus veti

ehdotuksensa takaisin (Regeringskansliet 2014; Regeringens skrivelse 2014).

Valinnanvapauteen liittyvä kriittinen poliittinen keskustelu on pääosin kohdistunut yksityisten tuottajien asemaan ja toimintaehtoihin. Erityisesti on nostettu esiin suurten kansainvälisten yhtiöiden Ruotsista saamien voittojen verotus. Tätä taustaa vasten hallitus asetti maaliskuussa 2015 selvitysmiehen (Ilmar Reepalu, Välfärdsutredningen), jonka tehtävänä on tutkia, kuinka julkisesti rahoitetun yksityisen palvelutuotannon sääntelyä tulisi kehittää (Regeringskansliet 2015a). Selvitystyö liittyy myös EU:n hankintadirektiivien implementointiin Ruotsin kansalliseen lainsäädäntöön.

Selvityksestä oli alun perin määrä julkaista loppuraportti marraskuussa 2016. Sittemmin selvitystyö on kahteen otteeseen saanut lisädirektiivejä, ja tällä hetkellä työn loppupäivämääräksi on asetettu 2. toukokuuta 2017. Selvitysmiehen artikkelien ja kannanottojen pohjalta tulevien ehdotusten odotetaan kiristävän voittoa tuottavien yritysten toimintaehtoja Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollossa ja mm. rajoittavan tuottajien vapaata maantieteellistä sijoittumista (”fri etableringsrätt”) (Reepalu 2016).

Jatkossa valinnanvapauden muotoutumiseen voi myös vaikuttaa äskettäin julkaistu kansallinen selvitys terveydenhuollon toiminnan tehostamisesta (Statens Offentliga Utredningar 2014). Mietinnössään selvitysmies Göran Stiernstedt esittää mm. kroonisesti sairaiden ja monisairaiden potilaiden hoidon parempaa organisointia jakamalla perusterveydenhuolto kahteen osaan: yleiseen perusterveydenhuoltoon ja paljon palveluja tarvitseville potilaille suunnattuun perusterveydenhuoltoon, joka olisi vastuussa runsaasti hoitoa tarvitsevien vanhusten hoidosta ja toimisi läheisessä yhteistyössä kuntien vanhuspalvelujen kanssa. Tavoitteena olisi toiminnallisen integraation vahvistaminen näiden potilaiden kohdalla.

Lähitulevaisuudessa Ruotsin terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusvastuu saattaa siirtyä entistä leveämmille harteille. Valtiollinen komitea sai vuonna 2015 tehtäväkseen selvittää siirtymistä uuteen aluejakoon (Regeringskansliet 2015b). Asiaa harkittiin Ruotsissa jo kymmenen vuotta sitten, jolloin parlamentaarinen vastuukomitea (Ansvarskommittén) esitti siirtymistä lääninjaon sijasta 5–9 aluekuntaan (Regeringskansliet 2007). Esityksestä oltiin poliittisesti suhteellisen yksimielisiä, mutta se ei lähtenyt etenemään hallituksen vaihdoksen jälkeen. Nykyinen hallitus näyttäisi olevan valmis toteuttamaan alueuudistuksen. Alustavan, maaliskuussa 2016 julkaistun välitiedotteen mukaan tulevia alueita olisi kuusi, mutta lopullista ehdotusta työstehtään edelleen (Statens Offentliga Utredningar 2016). Uudistus tasoittaisi epäilemättä maakäräjäalueiden eroja järjestämisosaamisessa ja valinnanvapausjärjestelmien toteutuksessa.

Alueuudistuksen ohella Ruotsissa suunnitellaan muutosta, jolla voi olla merkittävä vaikutus palvelujen järjestämis- ja tuotantorakenteeseen. Tavoitteena on keskitää erikoissairaanhoidon hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantamiseksi. Tätä koskeva selvitystyö ja siitä kumpuavat ehdotukset julkaistiin vuoden 2015 lopulla (Statens Offentliga Utredningar 2015).

Oppia Suomeen

THL:n vuonna 2013 julkaisemassa Jonottamatta hoitoon -aloitteessa listattiin, silloiseen tietoon ja pohjoismaisiin kokemuksiin pohjaten, valinnanvapausuudistuksen mahdollisia seurannaisvaikutuksia (Erhola ym. 2013). Raportissa todettiin, että valinnanvapausuudistuksiin on yleisesti liitetty monia positiivisia odotuksia, mutta myös pelkoja negatiivisista seuraamuksista. Ruotsin valinnanvapausuudistuksesta todettiin, että se oli johtanut perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden paranemiseen ja tuottajien lukumäärän lisääntymiseen. Lääkäreitä oli siirtynyt perusterveydenhuoltoon muilta terveydenhuollon osa-alueilta. Kuten edellä on kuvattu, tämänsuuntaiset tulokset pitävät Ruotsissa edelleen paikkansa.

Toivotusta palvelutuotannon monipuolistumisesta esimerkiksi eri kieli- tai kulttuuriryhmien tarpeista lähtien ei tuolloin ollut systemaattista näyttöä, vaikkakin yksittäisiä esimerkkejä eri ryhmille suunnatuista palveluista oli olemassa. Joillakin Ruotsin alueilla ja esimerkiksi maahanmuuttajien suosimissa lähiöissä jotkin uudet tuottajat ovat suuntautuneet etnisten vähemmistöjen palvelemiseen. Esimerkit ovat kuitenkin edelleen vain yksittäisiä.

Potilaiden kannalta keskeinen valinnanvapauden tuoma parannus on ollut palveluiden saatavuuden paraneminen. Perusterveydenhuollon Suomea parempaa saatavuutta heijastelevat syksyn 2015 hoitotakuuseurannan luvut, joiden mukaan 89 prosenttia potilaista sai kontaktin perusterveydenhuollon ammattilaiseen samana päivänä kuin hän sitä haki ja 90 prosenttia hoitoa tarvinneista potilaista pääsi lääkäriin seitsemän päivän sisällä (www.vantetider.se).

Kyselytutkimuksissa potilaat ovat kertoneet arvostavansa valinnanvapautta myös silloin, kun eivät henkilökohtaisesti ole lähteneet sitä hyödyntämään tai hoitopaikkaa vaihtamaan. Potilastyytyväisyysmittaukset ovat osoittaneet positiivisia tai neutraaleja tuloksia. Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon lääketieteelliseen laatuun ei kuitenkaan ole selkeitä seurantatuloksia. Tämä johtuu suurelta osin perusterveydenhuollon seurantajärjestelmien puutteellisuudesta, jota on jo pitkään oltu korjaamassa. Potilaiden valinnat ovat vaikuttaneet myös palvelurakenteeseen, mistä on osoituksena joidenkin tuottajien, niin julkisten kuin yksityisten, toiminnan lopettaminen.

Ruotsin kuntien ja maakäräjien kustannustilastojen mukaan perusterveydenhuolto on viime vuosina lisännyt osuuttaan terveydenhuollon kokonaismenoista 1–2 prosenttiyksikköä. Voidaan keskustella siitä, onko kehityskulku ollut toivottava vai epätoivottava. Uudistuksen keskeisiä tavoitteita olivat palvelujen saatavuuden ja laadun parantaminen. Alitarjontatilanteessa tavoitteet eivät ole yhteneväisiä kustannussäästöjen kanssa, eivätkä kustannussäästöt ole kuuluneet valinnanvapausuudistuksen keskeisiin tavoitteisiin.

Kuten Ruotsin valtionkonttori on todennut, kustannuskehitystä voidaan valinnanvapausjärjestelmissä säännellä esimerkiksi painottamalla tuottajille maksettavan kapitaatiokorvauksen osuutta ja asettamalla suoritepohjaisille korvauksille rajoituk-

sia. Pitemmällä aikavälillä mahdollinen tuottavuuden paraneminen voi myös hillitä kustannuskehitystä, mistä on olemassa viitteitä Tukholman läänin alueelta. Tuottavuusmittaukset ovat kuitenkin tähän asti olleet metodologisesti ongelmallisia. Suomessa käytössä oleva erikoissairaanhoidon lähetepakko on lisäksi omiaan pitämään kustannuskehitystä kurissa. Jos lähetepakkoa ei ole ja markkinat avataan uusille tuottajille tilanteessa, jossa historiallisesti on vallinnut alitarjonta, seurauksena voi olla palvelujen kysynnän ja käytön merkittävä lisääntyminen. Tämä voi terveystaloudellisesti olla toivottava kehitys, mutta voi samalla johtaa menojen kasvuun.

Kustannustasoon voidaan pyrkiä vaikuttamaan esimerkiksi ohjeistamalla suurten potilasryhmien hoidon sisältöä. Hyväksymismenettely tarjoaa osavalle järjestäjätaholle suuret mahdollisuudet ohjata palvelutuotannon sisältöä ja laatua. Ruotsissa niin korvausmenettelyt kuin hyväksymiskriteerit ovat pikkuhiljaa muokkautuneet maakäräjäalueiden kokemusten pohjalta. Suomessakin kannattaa huomioda, että hyvien menettelyjen kehittäminen vie aikansa ja vaatii runsaasti asiantuntemusta.

Pelätystä sosioekonomisen epätasa-arvon lisääntymisestä on Ruotsissa ollut viitteitä, mutta ei yksiselitteistä empiiristä näyttöä. Tutkimusten valossa tilanne ei lähitökohtaisesti ollut tyydyttävä Ruotsissa niin kuin ei ole Suomessakaan. Vähemmän suosituilla maantieteellisillä reuna-alueilla on periaatteessa ollut mahdollista soveltaa poikkeavia korvausmenettelyjä tai järjestää palvelut järjestäjätahon omana tuotantona. Tästä huolimatta reuna-alueiden palvelujen saatavuus ei ole kehittynyt kaikkien toivomalla tavalla. Tämä johtunee etenkin siitä, että pienillä väestöpohjilla toimivaa tuotantoa on vaikea kehittää kustannusvaikuttavaksi toiminnaksi, ellei pystytä luomaan aivan uudentyyppejä liikkuvia ja/tai sähköisiä palveluratkaisuja. Ainakaan Ruotsissa julkiset järjestäjätahot eivät ole nykyisessä rahoitustilanteessa katsoneet voivansa pitää yllä omaa tuotantoa, jonka kustannusvaikuttavuus on heikko. Asiaan voivat myös vaikuttaa vaikeudet rekrytoida henkilöstöä harvaan asutuille alueille.

Ruotsin poliittinen ja hallinnollinen järjestelmä asettaa valinnanvapauslainsäädännölle ja sen toteutukselle erilaiset puitteet kuin Suomessa. Laajan itsehallinnon maakäräjäalueet ovat soveltaneet valinnanvapautta erikoissairaanhoidossa varsin vaihtelevassa mittakaavassa. Keskusta-oikeistoenemmistöiset maakäräjät ovat implementoineet erikoissairaanhoidon valinnanvapausjärjestelmiä huomattavasti laajemmin kuin vasemmistovetoiset maakäräjät. Äskettäin julkaistussa tutkimuksessa tämä ilmiö tuotiin esiin yhdenvertaisuuden näkökulmasta ongelmallisempina kuin mahdolliset tasa-arvoon liittyvät kysymykset perusterveydenhuollossa (Ekman ja Wilkens 2015).

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjätahot (151) ovat huomattavasti pienempiä ja epäitsenäisempiä kuin Ruotsin maakäräjäalueet. Ero maiden välillä tulee edelleen kasvamaan, jos Ruotsissa meneillään oleva selvitystyö johtaa siellä ehdotettuun kuuteen lääniin pohjautuvaan aluejakoon. Suomen hallituksen huhtikuisten linjausten mukaiset 18 maakunnallista järjestäjätahoa eivät vielä takaa kovin leveitä hartioita talouteen ja osaamiseen (STM – VM 2016). Tässä tilanteessa voi olla aiheel-

lista jättää valinnanvapausmallin keskeisten periaatteiden luominen kansallisen ja/tai alueellisen kehittämisen ja sopimisen piiriin. Jonkinasteinen alueellinen ja paikallinen vapaus ja joustavuus esimerkiksi haja-asutusalueiden korvausmenettelyjen suhteen on kuitenkin aiheellista sisällyttää malliin.

Tarjolla olevia palveluja ja niiden laatua koskeva vertailutieto on monissa tutkimuksissa todettu valinnanvapauden toimivuuden kannalta keskeiseksi. Ruotsi on avoimen vertailutiedon tuotannossa ja järjestelmällisessä raportoinnissa huomattavasti Suomea edellä. Asiakasryhmille, jotka eivät itse kykene autonomiseen päätöksentekoon, on samalla pyritty luomaan tukitoimia ja mekanismeja, jotta asiakkaan etujen mukaisten mielekkäiden valintojen teko mahdollistuisi. Suomen laajan sote-uudistuksen yhteydessä vastaavan yhtenäisen seuranta- ja vertailutiedon kehittäminen on erittäin keskeistä paitsi kansalaisten valintojen tueksi, myös ammattihenkilöiden, tuottajien, järjestäjätahojen ja kansallisen päätöksenteon tueksi.

A microscopic view of plant cells, showing several large, roughly circular cells with thick, light-colored cell walls and a granular, yellowish interior. The cells are arranged in a somewhat regular pattern, with some overlapping. The background is a uniform yellow color.

III

Valinnanvapauden muotoutuminen sote-palveluissa

9 Valinnanvapauden toteutuminen tutkimusalueilla

MAIJALIISA JUNNILA JA ANNE WHELLAMS

Hankkeen kumppaneina ja tutkimusalueina ovat olleet Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri (Eksote), Jyväskylän kaupunki, Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä (Kainuun sote) ja Oulun kaupunki. Tässä luvussa kuvataan ensinnä tutkimusalueiden avainhenkilöiden käsityksiä valinnanvapaudesta sekä tapaa toteuttaa ja kehittää valinnanvapautta sosiaali- ja terveydenhuollossa niin kuin haastateltavat sen näkivät vuoden 2014 loppupuolella. Avainhenkilöiksi kutsumme tässä keskeisiä poliittisia päättäjiä ja toimialueiden johtajia, jotka voivat päätöksillään vaikuttaa valinnanvapauden toteutumiseen organisaatiossa ja asiakastasolla. Toisessa alaluvussa kuvataan valinnanvapauden toteutuminen tutkimusalueilla vuoden 2016 keväällä. Kuvaus on laadittu yhdessä tutkimusalueiden yhdyshenkilöiden kanssa.

Valinnanvapaus haastattelujen valossa

Haastattelujen käytännön toteutus

Haastattelujen tarkoituksena oli kartoittaa ja koota tietoa siitä, miten tutkimusalueiden avainhenkilöt suhtautuvat valinnanvapauteen ja sen toteuttamisen edellytyksiin haastatteluhetkellä ja miten he näkivät asioiden kehittyvän tulevaisuudessa. Tässä alaluvussa kuvattuja näkemyksiä haluttiin myös verrata tutkimuksessa kerättyihin, alueiden julkisen ja yksityisen sektorin työntekijöiden sekä kansalaisten näkemyksiin (ks. tämän raportin luvut 10–12). Laajemmin taustalla oli ajatus, että näiltä Suomen valinnanvapauden kehittämisen ”pioneerialueilta” saadut kokemukset voisivat hyödyttää valinnanvapauden kehittämistä myös kansallisella tasolla.

Tutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin puolistrukturoituina teemahaastatteluina. Haastatteluteemoilla kartoitettiin haastateltavien näkemyksiä valinnanvapaudesta yhtäältä asiakkaiden ja toisaalta organisaation näkökulmasta. Lisäksi haastateltavia pyydettiin pohtimaan valinnanvapautta puoltavia ja estäviä tekijöitä nykyhetkellä ja miettimään, muuttaako valinnanvapaus tulevaisuuden palvelujärjestelmää.

Haastattelut tehtiin marras-joulukuussa 2014. Tavoitteena oli haastatella 6–10:tä poliittista päätöksentekijää tai johtavaa virkamiestä kultakin alueelta. Haastateltavista henkilöistä ja haastattelujen järjestelyistä sovittiin alueiden yhdyshenkilöiden kanssa. Yhteensä tehtiin 33 haastattelua, joista Eksotessa yhdeksän, Jyväskylässä kuusi, Kainuussa kymmenen ja Oulussa kahdeksan. Jyväskylässä ja Oulussa peruuntui yksi suunniteltu poliittisen päätöksentekijän haastattelu. Yksi Kainuun haastatteluista tehtiin puhelimitse. Poliittisia päätöksentekijöitä haastatelluissa oli yhteensä 12 ja johtavia virkamiehiä 21.

Haastattelut kestivät noin tunnin, ja ne nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella. Kussakin haastattelussa oli paikalla useimmiten kolme tutkijaa, jotka kaikki tekivät haastattelun aikana myös muistiinpanoja. Haastattelijoiden roolit pyrittiin pitämään mahdollisimman muuttumattomina esimerkiksi siten, että sama tutkija kuvasi kaikkien haastattelujen alussa tutkimuksen sisällön haastateltavalle. Nauhoituksia ja niistä tehtyjä litterointeja käytettiin analysointivaiheessa muistiinpanojen tukena. Haastattelujen sisältöjä tarkasteltiin laadullisesti luokittelemalla aineisto haastattelu-teemojen mukaisesti.

Seuraavassa kaikkien tutkimusalueiden haastatteluissa esille nousseet pääteemat kuvataan yhteisesti. Aluksi kuvataan, mitä haastatellut ajattelevat valinnanvapauden merkitsevän asiakkaan kannalta. Seuraavaksi kuvataan, miten valinnanvapaus on ohjannut palvelujärjestelmän kehittämistä ja asennoitumista valinnanvapauden vaikutuksiin sekä annetaan kouluarvosana valinnanvapauden toteutumisesta haastatteluhetkellä. Toisessa osassa kuvataan, millaisessa asemassa haastateltavat ajattelevat valinnanvapauden olevan tulevaisuuden palvelujärjestelmässä.

Valinnanvapauden toteutumisesta haastatteluajankohtana

Asiakkaan oikeudet, vastuu ja kyky tehdä valintoja

Useissa haastatteluissa valinnanvapaus määriteltiin perusoikeudeksi, ja joku kutsui sitä myös veronmaksajan oikeudeksi. Pidettiin hyvänä, että tarvittaessa palveluihin tyytymättömällä asiakkaalla oli mahdollisuus ”äänestää jaloillaan”.

Samalla kun valinnanvapautta pidettiin oikeutena, osa korosti asiakkaan omaa vastuuta terveydestään, hyvinvoinnistaan ja sairauksien ehkäisystä. Osa haastatelluista katsoi valinnanvapauden parantavan asiakkaiden sitoutumista omaan hoitoonsa ja lisäävän heidän omaa aktiivisuuttaan esimerkiksi tukiryhmätoiminnassa. Tämän myös uskottiin tuottavan lopulta säästöjä. Muutamat katsoivat, että valinnanvapaus tuki asiakkaan hyvinvointia ja oman elämän hallintaa. Jotkut uskoivat myös tyytymättömyyden palveluihin vähenevän, kun asiakkaat olivat itse vastuussa hoitovai-
noistaan.

Huolta kannettiin kuitenkin siitä, osasivatko ja pystyivätkö kaikki valitsemaan palveluja ja tekemään rationaalisia päätöksiä. Kaikki asiakkaat eivät välttämättä kykene toimimaan kuluttaja-asiakkaina. Etenkin iäkkäiden ja muistisairaiden asiakkaiden

katsottiin tarvitsevan niin työntekijän kuin omaisten tukea valintoja tehdäkseen. On myös mahdollista, että asiakas joutuu päättämään asiasta, jota hän ei ymmärrä tai josta hänellä ei ole riittävästi tietoa. Liian laaja valinnanvapaus saattaa myös johtaa väärin, potilaan kannalta vaarallisiin valintoihin. Useampi katsoikin, että ammattilaisten tulee valvoa valintoja ja viime kädessä varmistaa, ettei kukaan jää hoidotta. Useimmat kuitenkin uskoivat, että tuettuna kaikki ihmiset kykenevät tekemään valintoja.

Monet haastatelluista pitivät ongelmana sitä, että joissakin palveluissa vain varakkailla oli varaa valita. Huolta kannettiin esimerkiksi palvelusetelin korvausosuuden riittävydestä. Haastatellut totesivatkin, ettei mitään palvelua pitäisi jättää vain palvelusetelin varaan, vaan tarjolla tulisi olla aidosti eri vaihtoehtoja.

Vaikka asiakkaan valinnanvapautta haluttiin kunnioittaa, osa mainitsi huolen siitä, että palveluntuottajaa vaihdettaisiin liian kevyin perustein. Vaihtamisen mainittiin myös hankaloittavan asiakastyötä, jos hoitosuhteet katkeavat. Toisaalta asiakkaiden katsottiin olevan haluttomia muuttamaan totuttuja palvelunkäyttötapoja. Osa arveli kuntalaisten olevan liian kilttejä ryhtyäkseen vaihtamaan palveluntuottajaa.

Enemmistö haastatelluista arvioi, että terveydenhuoltolain mahdollistamat valintaoikeudet eli oikeus valita terveysasema, sairaala ja hoitava ammattihenkilö, olivat asiakkaille melko tärkeitä oikeuksia. Lähes neljäsosa haastatelluista uskoi, että oikeus valita sairaala ja ammattihenkilö on asiakkaille jopa erittäin tärkeä. Sen sijaan kukaan haastatelluista ei ollut sitä mieltä, että terveysaseman valitseminen olisi asiakkaille erittäin tärkeä oikeus. Osa haastatelluista piti merkittävänä sitä, että ihmisillä on mahdollisuus tehdä sellaisia elämäntapavalintoja, jotka tukevat terveyttä. Osa piti tätä tärkeämpänä kuin hoitopaikan ja työntekijän valitsemisen oikeutta. Tärkeänä pidettiin myös asiakkaan oikeutta valita asiointitapansa ja mahdollisuutta käyttää sähköisiä palveluita.

Asiakkaan valintojen tukeminen

Haastatellut toivat useammalla alueella esiin, ettei asiakkaita ollut erityisen aktiivisesti kannustettu käyttämään valinnanvapauttaan. Väestölle oli kuitenkin jaettu tietoa valinnanvapaudesta: Kainuussa kotitalouksiin oli lähetetty palveluopas, joka sisälsi tietoa alueen palveluntuottajista. Oulussa asukkaiden koteihin oli lähetetty kirje, jossa oli kerrottu valinnanvapauskokeilun tuomista muutoksista palvelujen käyttöön. Useat myös totesivat, että tietoa valinnanvapaudesta löytyi kunnan tai alueen internetsivuilta. Lisäksi haastatelluissa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, etteivät kaikki kuntalaiset osaa tai halua asioida sähköisesti. Tämän vuoksi tarjolla oli myös puhelinneuvontaa ja neuvontapiste.

Keskeisenä ongelmana mainittiin usein se, ettei asiakkailla tai työntekijöillä ollut riittävästi tietoa eri palveluntuottajista valintojen tueksi. Valintojen tekemistä kuulo-
puheiden perusteella pidettiin huonona muun muassa siksi, että tällöin pienemmät ja harvinaisemmat palveluntuottajat jäivät ulkopuolelle. Alueilla oli käytössä joitakin internetpohjaisia tietopankkeja palveluista, ja tällaisten kehittämistä pidettiin tär-

keänä. Lisäksi katsottiin, että asiakkaille tulisi tarjota myös sähköisiä palveluja itse toteutettavaa palvelutarpeen arviointia varten. Internetsovellusten lisäksi haastatellut pitivät tärkeänä, että tietoa olisi saatavilla myös paperimuodossa, sillä monet asiakkaat tarvitsevat sellaista.

Monet korostivat palveluohjaajien keskeistä roolia valinnanvapauden tukemisessa. Heitä, samoin kuin muutakin henkilökuntaa, olisi kuitenkin koulutettava valinnanvapaudesta. Työntekijöille tulisi myös antaa riittävästi aikaa uuden roolin omaksumiseen ja uusien asioiden oppimiseen. Lisäksi organisaatiossa on luotava yhtenäisiä toimintamalleja alkaen siitä, millaisia lomakkeita, määräaikoja ja ohjeita valintojen tekemiseen käytännössä liittyy.

Myös palvelusuunnitelmilla katsottiin olevan keskeinen asema valinnanvapauden tukemisessa. Niiden laatimisella voitiin lisätä asiakkaan osallisuutta, selkiyttää kokonaiskuvaa palvelutarpeesta ja tukea asiakasta palveluja hankittaessa. Samaan tapaan henkilökohtaisten budjettien mainittiin lisäävän asiakkaan valtaa päättää siitä, mihin hänen saamansa tuki käytännössä kohdennettiin.

Valinnanvapaus organisaatioiden strategiassa ja kehittämisessä

Ainoastaan Oulussa valinnanvapaus oli kirjattu strategiseksi periaatteeksi, mutta kaikilla alueilla valinnanvapautta oli toteutettu ja pyritty edistämään eri tavoin. Haastateltujen mukaan keskustelua tai ideologista pohdintaa valinnanvapaudesta ei kunnan toimielimissä ole juurikaan käyty.

Valinnanvapautta oli eri alueilla toteutettu eri tavoin. Jyväskylässä sitä oli toteutettu lähinnä hyödyntäen erilaisia palveluseteleitä erityisesti sosiaalihuollossa. Kainuussa ja Eksotessa valinnanvapaus on otettu käyttöön ennen kaikkea terveydenhuollossa muun muassa mahdollistamalla kuntalaisille hoitopaikan vapaa valinta ja vapaa ajanvaraus kiireettömään hoitoon. Pisimmälle valinnanvapausajattelu oli viety Oulussa, jossa se oli liitetty sote-palveluja laajemmin syrjäytymisen ennaltaehkäisyyn yhteistyössä kulttuuri- ja sivistystoimen kanssa. Oululaiset haastatellut pitivätkin puhtaasti terveydenhuoltoon kytkettyä valinnanvapauden ideaa liian suppeana. Esimerkiksi nuoria oli saatu palvelujen piiriin valinnanvapautta lisäämällä. Tavoitteena oli myös, että ihmiset saivat asumispalveluita käyttäessään valita asuinpaikan.

Osa haastatelluista toi esiin, että valinnanvapaus oli poliittisesti väritynyt kysymys, ja sen oli pelätty johtavan palvelujen yksityistämiseen. Toiset pitivätkin strategisesti tärkeänä, että vaikka valinnanvapauden myötä ulkoinen palvelutarjonta kasvaa, kunta pitää riittävästi yllä myös omaa palvelutuotantoa riskien minimoimiseksi.

Monet haastatelluista pitivät valinnanvapautta osana laajempaa palvelujärjestelmän uudistamista ja kehittämistä, ja alueilla olikin käynnissä useampia valinnanvapauteen liittyviä hankkeita, joissa kehitettiin muun muassa sähköisiä itsehoitoon, ajanvaraukseen ja palveluntuottajien valitsemiseen liittyviä portaaleja ja järjestelmiä. Eksotessa ja Oulussa oli myös kokeiltu henkilökohtaista budjetointia, jota pidettiin palveluseteliin verrattuna askeleena kohti laajempaa valinnanvapautta. Oulussa ta-

voitteena oli tarjota valinnanvapautta mahdollisimman laajasti, ja tarvittaessa oltiin valmiita venyttämään muita sääntöjä valinnanvapauden edistämiseksi.

Osa haastatelluista luokitteli valinnanvapauteen kuuluvaksi myös muita sote-järjestelmän parantamiseksi tehtyjä uudistuksia. Esimerkiksi Oulussa oli perustettu ns. hyvinvointikeskuksia, joissa perustason sosiaali- ja terveyspalvelut oli integroitu horisontaalisesti samaan yksikköön. Sen katsottiin kiteyttävän valinnanvapauden idean. Toiset kuitenkin totesivat, että tällainen yhdistäminen vähentää valinnanvapautta, kun asiakasta ohjattiin asioimaan yhdessä paikassa sen sijaan, että hän voisi valita eri palveluja eri toimipisteistä vapaammin.

Organisaatioiden kehittämishaasteiden ja muutosajurien suhde valinnanvapauteen

Monissa haastateluissa nostettiin esiin kunnan tai alueen heikko taloudellinen tilanne, joka heijastui henkilöstön määrään – etenkin perusterveydenhuollon lääkäreistä oli pulaa. Riittämätön henkilöstö puolestaan vähensi valinnanmahdollisuuksia, sillä potilaat eivät välttämättä voineet asioida haluamassaan toimipisteessä, jos aikoja ei ollut saatavilla. Hoitopaikan vapaa valinta ei ollut myöskään odotetusti tasoittanut terveysasemien välisiä eroja: potilaat eivät olleet siirtyneet käyttämään paremmin resursoituja terveysasemia. Osa katsoikin, että henkilöstöasiat olisi pitänyt ratkaista ennen valinnanvapauden mahdollistamista.

Taloudellisen tilanteen mainittiin vaikeuttaneen myös palvelusetelien käyttöönottoa Jyväskylässä. Oulussa taloudelliset haasteet puolestaan liitettiin tilaaja-tuottajamalliin, jonka katsottiin lisänneen kustannuksia ja jättäneen ylikapasiteettia omaan palvelutuotantoon. Ostopalvelusta oli tämän johdosta päätetty luopua. Huolimatta valinnanvapauden tärkeydestä, osasyynä ylikapasiteetista johtuviin talousvaikeuksiin pidettiin sitä, että palveluja oli ostettu puhtaasti asiakkaiden näkökulmasta.

Haasteena mainittiin myös se, että osa ammattihenkilöstöstä suhtautui valinnanvapauteen kielteisesti. Kyseessä saattoi olla myös haluttomuus uudistua ja vaikeus päästää irti vanhoista toimintatavoista. Haastatellut näkivätkin, että henkilöstö tarvitsee koulutusta ja tukea valinnanvapauden myötä muuttuvissa rooleissaan. Osa haastatelluista katsoi, että valinnanvapauden edistäminen saattoi myös luoda kehittämismyönteistä ilmapiiriä.

Jotkut pitivät alueensa haasteena pitkiä välimatkoja ja vähäistä yksityistä palveluntarjontaa. Haastatellut arvioivat, että etäisyydet hoitopaikkoihin määrittivät valintoja. Ihmiset suosivat paikkoja, joihin pääsee helposti, eivätkä he halua lähteä kovin kauas palvelujen perässä. Matkustushalukkuutta vähentävät haastateltujen mukaan myös kalliit kustannukset ja huonot julkiset liikenneyhteydet. Myös tiedonpuute ja huonosti toimivat it-järjestelmät mainittiin valinnanvapauden esteinä.

Toisaalta valinnanvapauden nähtiin myös mahdollistavan aiempaa monipuolisemman paikallisen palvelutuotannon. Nyt myös niillä toimijoilla, jotka eivät olleet saaneet neuvoteltua isompia puitesopimuksia, olisi mahdollisuus tuottaa palveluja. Samalla useampi haastatelluista näki riskinä sen, että pienet paikalliset toimijat

päätyvät suurten toimijoiden alaisuuteen, mikä kutistaa paikallista yritystoimintaa. Suurten yritysten pelättiin harjoittavan kermankuorintaa ja kapeuttavan asiantunte-
musta. Myös rahoituksen sirpaleisuutta pidettiin valinnanvapauden esteenä, sillä se esti työntekijöitä seuraamasta asiakkaalle tarjottuja palveluja kokonaisuutena. Myös asiakkaat kärsivät siitä, kun heidän asioitaan hoitivat liian monet tahot yhtä aikaa.

Eräät pitivät aluehallintovirastojen valvontakäytäntöjä liian normittavina, mikä esti palvelujen yksilöllisen räätälöinnin ja tätä kautta heikensi valinnanvapautta. Lisäksi asiakkaan näkökulmasta esteeksi mainittiin palveluseleiden omavastuuosuuk-
sien suuruus, mikä pienensi pienituloisten valinnanmahdollisuuksia.

Sähköisten palvelujen kehittämissyrkimykset ja haasteet nousivat esiin useissa haastatteluissa. Eksotessa oli jo rakennettu uusia tietojärjestelmiä, joiden kautta asi-
akkaat voivat mm. itse varata kiireettömässä tapauksissa ajan hoitajalle. Suunnitelmissa oli tulevaisuudessa kehittää sähköistä hoidon tarpeen arviointia. Monet kuitenkin katsoivat, että sähköinen asiointi toimi omalla alueella vielä liian hankalasti ja hitaasti. Ylipäänsä it-kysymykset nousivat toistuvasti esiin keskeisinä kehittämishaasteina ja toisaalta potentiaalisina ratkaisuinä moniin nykyisiin ja tuleviin ongelmiin.

Asennoituminen valinnanvapauden mahdollisiin vaikutuksiin

Haastatteluissa kaikkia pyydettiin arvioimaan samoja asenneväittämiä valinnanva-
pauden vaikutuksista ja tärkeydestä asiakkaalle, joita kysyttiin myös hankkeen muissa kyselyissä (ks. tämän raportin luvut 11 ja 12).

Kaikissa organisaatioissa valinnanvapauden suhtauduttiin pääsääntöisesti myönteisesti. Kysyttäessä näkemyksiä väittämiin valinnanvapauden oletetuista vaiku-
tuksista enemmistö haastatelluista uskoi, että valinnanvapaus lisää terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä ja tulee parantamaan hoidon laatua. Myös siihen uskottiin, että sosiaali- ja terveystalvet tehostuvat asiakkaiden valintojen seurauksena.

Valinnanvapauden katsottiin tukevan myös asiakkaiden itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta. Asiakkaan aseman katsottiin paranevan monella tapaa. Ensinnäkin asia-
kas voi valita toisen palveluntuottajan, jos luottamus yhteen menetetään. Tämä toimii eräänlaisena turvaverkkona: palveluun tyytymätön asiakas saa vaihtaa palveluntuot-
tajaa sen sijaan, että jäisi kokonaan vaille palvelua. Valinnanvapaus myös vähentäisi asiakkaiden pompottelua, kun valinnan voisi tehdä vähemmällä byrokratialla ilman ennakkoon hankittavia maksusitoumuksia. Osa uskoi valinnanvapauden myös pa-
rantavan palvelujen saatavuutta esimerkiksi siten, että asiakkaat ohjautuvat niille terveystalveille, joissa on lyhyimmät jonot. Käytännössä näin ei kuitenkaan välttämättä ollut toistaiseksi käynyt.

Valinnanvapauden oletettujen kielteisten vaikutusten osalta haastateltujen näke-
mykset hajaantuivat. Noin puolet haastatelluista ei uskonut väitteitä siitä, että valin-
nanvapaus nostaisi terveydenhuollon kustannuksia tai lisäisi kansalaisten eriarvoi-
suutta. Viidesosa oli epävarma suhtautumisestaan eriarvoisuuteen.

Valinnanvapauden nähtiin lisäävän kilpailua asiakkaista. Monet haastatelluista pitivät hyvänä, että asiakas voi tarvittaessa vaihtaa palveluntuottajaa, jos luottamus rikkoutuu. Monet myös uskoivat tämän johtavan siihen, että kaikilla palveluntuottajilla oli motiivi kehittää omaa toimintaansa. Ylipäänsä monet ajattelivat pienen kilpailun palveluntuottajien välillä tekevän hyvää ja vahvistavan kunkin omaa kehittämistoimintaa.

Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä pidettiin tärkeänä. Samalla useimmat haastatelluista kuitenkin katsoivat, että yksityinen sektori pikemminkin vain täydensi julkisia palveluja sen sijaan, että olisi suoranaisesti toiminut sen kilpailijana. Monien mielestä oli myös tärkeää, että palvelutuotannosta riittävän suuri osa (erään haastatellun mukaan puolet) tuotetaan edelleen julkisesti. Näin estetään yksityisten monopolien muodostuminen ja turvataan palveluiden tarjonta.

Yksityiseen palvelutuotantoon suhtauduttiin myös osin kriittisesti. Ensinnäkin sillä katsottiin olevan motiivi tuottaa myös sellaista palvelua, jolle ei ollut aitoa tarvetta, esimerkiksi terveydenhuollossa määrätä turhia ja kalliita tutkimuksia. Tätä tuli suitsia. Toisena ongelmana pidettiin sitä, että asiakkaiden valinnanvapauden mahdollistaminen edellytti useampien palveluntuottajien toiminnan tukemista, mikä saattoi käytännössä tarkoittaa keinotekoisia markkinoita ja palvelutarjonnan ylläpitämistä yli tosiasiallisesti tarvittavan määrän. Ylikapasiteetti tulisi siis kalliiksi, mutta toisaalta ilman sitä asiakkaan ei ollut mahdollista valita haluamaansa hoitopaikkaa vaan hän joutuisi tyytymään siihen, missä oli tilaa.

Osa haastatelluista toi esiin, että hoitoketjujen tuli olla kokonaisvaltaisia, minä vuoksi perus- ja erikoissairaanhoidon hakemista eri paikoista tulisi rajoittaa. Osa puolestaan pelkäsi, että valinnanvapaus saattaisi alentaa oman toiminnan käyttöastetta ja vaarantaa toiminnan jatkuvuutta, jos asiakkaat ryhtyisivät hakemaan palvelua muualta.

Kouluarvosana valinnanvapauden toteutumisesta tutkimusalueilla vuoden 2014 lopulla

Haastattelussa jokaista haastateltavaa pyydettiin antamaan kouluarvosana (4–10) sille, miten valinnanvapaus toteutuu hänen organisaatiossaan tällä hetkellä ja miten arvosana suhteutuu hänen mielestään koko Suomen tilanteeseen.

Kouluarvosanalla mitaten kaikki haastatellut arvioivat valinnanvapauden toteutuneen alueellaan kohtuullisesti (keskiarvot 7–8). Jyväskylässä, Kainuussa ja Oulussa poliitikot arvioivat valinnanvapauden toteutuneen alueellaan paremmin kuin virkamiesjohtajat, Eksotessa päinvastoin. Useimmat pitivät omaa aluettaan edelläkävijänä valinnanvapauden toteutumisessa muuhun Suomeen verrattuna.

Haastateltujen arviot valinnanvapauden tulevaisuudesta

Kansalaisten rooli tulevaisuuden palvelujärjestelmässä

Haastatellut pitivät valintojen ohjaamisen kannalta tärkeänä asiakkaan roolin ja arvo-
maailman vahvistamista.

Monet nostivat esiin uuden sukupolven erilaiset kyvyt ja tarpeet. Seuraavan sukupolven ajateltiin haluavan laajempia aukioloaikoja, sähköisiä palveluja, verkostotyyppejä ratkaisuja ja virastokeskeisyyden purkamista. Heidän myös uskottiin olevan aiempaa osaavampia, tietoisempia ja halukkaampia vaikuttamaan ja ottamaan asioista selvää. Toisaalta osa haastatelluista näki nuoremmassa polvessa paljon uusavuttomuutta ja taipumusta hakeutua palveluihin turhaan kohdatessaan tavanomaisia, kielteisiä elämäntapahtumia.

Valinnanvapauden katsottiin kuitenkin lisäävän kansalaisten osallisuutta ja vaikuttamismahdollisuuksia sekä palvelujen asiakaslähtöisyyttä. Tulevaisuudessa asiakkaat ovat yhä aktiivisempia ja tietoisempia kuluttajia. Tätä kautta puolestaan hyvä maine ja palvelun laatu ovat palveluntuottajille aiempaa tärkeämpiä. Monet pitivät tärkeänä, että vapauden ohella lisättiin ihmisten omaa vastuuta terveydestä ja valinnoista.

Joidenkin mielestä kansalaiset joutuvat myös kantamaan yhä enemmän vastuuta palvelumaksuista. Julkisella sektorilla tulee jatkossakin olla edellytykset kantaa vastuu kiireellisestä hoidosta ja heikommassa asemassa olevien henkilöiden palvelujen turvaamisesta.

Valinnanvapauden vaikutukset tulevaan palvelujärjestelmään

Haastatellut nostivat esiin, että tulevassa palvelujärjestelmässä tarvitaan yhtenäiset menettelyt muun muassa palvelutarpeen arviointiin, hoitoon pääsyyn ja palveluntuottajaksi hyväksymistä varten. Myös asiakasmaksujen tulee olla kaikille samat ja toiminnan laatua tulee seurata. Raha seuraa potilasta -mallin pilotointia kannatettiin. Mallissa yksityisiä ja julkisia toimijoita kohdellaan yhtenäisin perustein. Palvelujen toimivuus on lopulta tärkeämpää kuin se, kuka palvelut tuottaa. Toimiva kokonaisuus kuitenkin edellyttää, että myös yksityisellä sektorilla olisi kokonaisvastuuta asiakkaita. Kaiken kaikkiaan uuden palvelujärjestelmän ei uskottu tulevan kerralla valmiiksi, vaan toimintaa tulee kehittää ja puutteita korjata jatkuvasti.

Riskejäkin nähtiin. Eräs haastateltu pohti sitä, kuka tulisi tuottamaan ja millä hinnalla palvelut heikompiosaisille kansalaisille. Lainsäädännöllä tulisi turvata myös heikompien ja köyhempien ihmisten mahdollisuudet valintoihin. Toinen riskitekijä liittyi palvelujen yli- ja alitarjontaan. Palvelujärjestäjän olisi varauduttava siihen, että palveluntuottajia saattoi poistua markkinoilta, eli omaa palvelutuotantoa oli aina oltava. Toisaalta myös palvelujen ylitarjonta nähtiin ongelmallisena. Riskinä pidettiin myös sitä, että mikäli markkinavoimat saisivat liikaa valtaa palvelutuotannossa, asi-

akkaille voitaisiin tarjota kaupallisessa tarkoituksessa myös sellaisia palveluja, joita he eivät tarvitse. Ongelmallisena pidettiin myös mahdollisuutta, että suuret yritykset ostavat pienet pois markkinoilta.

Asiakkaan valinnanvapaus lisääisi asiakkaiden osallisuutta palveluista ja sisällöistä päätettäessä. Tulevassa järjestelmässä olisi otettava huomioon ihmisten muuttuneet tarpeet, tarvitaan esimerkiksi iltavastaanottoja ja nykyistä parempia sähköisiä palveluja.

Valinnanvapauden toteutumisen edellytykset

Valinnanvapauden toteutumisen kannalta pidettiin tärkeänä, että organisaatioissa on yhteinen tahtotila ja rohkeutta toiminnan kehittämiseen. Valinnanvapauden toteutumista edistävinä tekijöinä pidettiin alueiden pitkää historiaa valinnanvapauden kehittämässä ja valinnanvapauden kytkemistä alueen strategiaan, toimintaohjelmaan ja arvoihin.

Asiakkaan kannalta valinnanvapauden toteutumisessa tärkeiksi mainittiin tiedon saatavuus, vertailukelpoisuus ja läpinäkyvyys. Haastatellut näkivät, että asiakas tarvitsee tietoa tarjolla olevista palveluista, toimipisteistä, jonotilanteesta ja laadusta. Muita tärkeitä asioita asiakkaan kannalta olivat matkakustannusten korvaaminen, hyvä julkinen liikenne, palveluohjaus ja neuvonta sekä hyvin laadittu palvelusuunnitelma.

Saatavilla oleva tieto ei haastateltujen mukaan kuitenkaan poista sitä ongelmaa, ettei vaihtoehtoja välttämättä ole aina tarjolla. Toisaalta kun palveluja oli mahdollisuus valita kauempaakin, se mahdollistaa potilaalle oikean hoidon silloin, kun omalla asuinalueella ei tarvittavaa erityisosaamista ole saatavilla.

Järjestelmän tasolla tarvitaan yhtenäisiä käytäntöjä mm. kirjaamiseen, valvontaan ja muutoksenhakuun. Toimijoiden hyväksymismenettelyn tulee olla yhtenäinen, ja tuotantohintojen tulee olla vertailukelpoisia.

Henkilöstöä tulee olla riittävästi, ja heidän osaamistaan on vahvistettava. Kaiken kaikkiaan valinnanvapauden toimivuuden ja onnistumisen edellytyksenä pidettiin palveluohjausta. Ammattihenkilöltä saatavaa ohjausta, tukea ja tietoa pidettiin siis tärkeänä, vaikkakin osa haastatelluista katsoi, että työntekijät ohjasivat asiakkaiden valintoja vielä liikaa.

Nykyisissä rakenteissa nähtiin myös esteitä valinnanvapauden toteutumiselle. Tällainen oli mm. omalääkärimalli. Myös tietoteknisiä ratkaisuja tulisi kehittää monin tavoin. Lisäksi pidettiin tärkeänä, että eri toimijoiden välillä vallitsee keskinäinen luottamus, vuoropuhelu ja toimiva yhteistyö.

Konkreettisten työvälineiden ja mallien lisäksi pidettiin tärkeänä asiakkaiden voimaannuttamista, kannustamista ja rohkaisemista tekemään valintoja.

Valinnanvapauden puitteet tutkimusalueilla keväällä 2016

Tässä alaluvussa kuvataan lyhyesti valinnanvapauden puitteita tutkimusalueilla vuoden 2016 keväällä.

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden

Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) perustettiin vuonna 2009 laajentamalla alueen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän toimintaa siten, että se järjestää kuntien puolesta sosiaali- ja perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palvelut. Eksote syntyi Etelä-Karjalan maakunnan kuntien yhteistyönä vapaaehtoisesti. Valmistelu ja selvitystyö käynnistyivät jo vuonna 2005. Koko palvelutuotanto siirtyi kuntayhtymälle 1.1.2010. Eksotteen kuuluu yhdeksän kuntaa: Lappeenranta, Lemi, Luumäki, Imatra, Parikkala, Rautjärvi, Ruokolahti, Savitaipale ja Taipalsaari. Asukkaita alueella on noin 132 000. Imatra oli aluksi mukana Eksotessa vain erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisten erityishuollon osalta, mutta siirsi koko palvelutuotantonsa Eksotteen järjestettäväksi 1.1.2016 alkaen.

Eksotteen käynnistyessä alueella tuli käyttöön yhteinen potilas- ja asiakastietojärjestelmä ja Eksote toimi rekisterin pitäjänä. Tietojen reaaliaikainen näkyminen eri asiointipisteissä, kotona avopalveluissa ja sairaalassa tai muissa laitoksissa edistää valinnanvapauden toteuttamista. Maakunnan asukkailla on ollut alusta lähtien mahdollisuus valita hoito- tai asiointipaikkansa maakunnan sisällä olevista toimipisteistä. Heillä on myös mahdollisuus vaihtaa hoito- tai asiointipaikkaa joustavasti esimerkiksi siten, että laboratorioissa käydään toisen kunnan alueella, neuvolapalveluja tai lääkäripalveluja käytetään toisen kunnan alueella. Terveysasemaa ei tarvitse valita vuodeksi kerrallaan, vaan sitä voi vaihtaa tilanteen mukaisesti. Pitkäaikaissairauksien hoidossa toivotaan pidempiaikaisia hoitosuhteita, mutta silloinkin esimerkiksi laboratorioasioinnin voi hoitaa muissa toimipisteissä.

Sähköisen asioinnin mahdollisuuksia lisäämällä on voitu tukea ajasta ja paikasta riippumatonta asiointia ja palvelujen vertailujen tekemistä (Hyvis-palvelu osoitteessa hyvis.fi). Sähköinen ajanvaraus esimerkiksi hoitajavastaanotolle tai laboratorioon auttaa saamaan sopivan ajankohdan ja asiointipaikan, ja sähköinen asiointi ammattilaisten kanssa voi korvata asioinnin toimipisteessä. Sosiaalipalvelujen (esim. kuljetustuen) ja avustusten (esim. toimeentulotuen) hakeminen sähköisesti tukee ajasta ja paikasta riippumatonta toimintaa. Joissakin palveluissa palvelupaikaksi on mahdollisuus valita myös asiointi ammattilaisten kanssa etäyhteyden kautta tai asiointi liikkuvissa palveluissa. Palveluja viedään myös arjen ympäristöihin, esimerkiksi kouluihin, päiväkoteihin ja koteihin.

Palvelujen digitalisaatio mahdollistaa palvelujen hajauttamista keskittämisen sijaan. Palveluneuvonnan ja -ohjauksen tueksi on kehitetty maakunnallista palveluhakemistoa, johon on koottu tietoja yritysten ja kolmannen sektorin sekä kuntien muiden sektoreiden palvelutarjonnasta. Asukkaat voivat myös itse tehdä sähköisesti

riskiarviointia esimerkiksi valtakunnallisen www.omahoitopolu.fi -sivun kautta, ja jos riskipisteet ovat keskitasoa tai korkeat, he ohjautuvat nettihoitajalle, joka voi ohjata heitä ja auttaa valitsemaan tarjolla olevista palveluista sopivan.

Valinnanvapautta ovat lisänneet myös palvelusetelien käytön laajentaminen ja henkilökohtaisen budjetoinnin käyttöönotto. Palveluseteliportaalissa (<https://palse.eksote.fi/>) asiakas voi mm. tarkastella saamansa palvelusetelin tietoja, seurata käytettävissä olevan palvelun euromäärää ja vertailla hyväksytyjä palveluntuottajia. Portaalissa on ajantasaiset tiedot Eksoten hyväksymistä palveluseteli-palveluntuottajista. Palveluluettelosta löytyy hinta- ja laatuvertailuja.

Jyväskylän kaupunki

Jyvässeudulla tehtiin kuntaliitoksia vuonna 2009, jolloin Jyväskylän maalaiskunta ja Korpilahden kunta yhdistettiin Jyväskylän kaupunkiin. Vuonna 2010 purettiin entisten kuntien terveydenhuollon organisaatiot, ja 1.1.2011 perustettiin Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskus Jyte. Jyteen kuuluvat Jyväskylän kaupungin lisäksi Hankasalmen, Muuramen ja Uuraisten kunnat. Jyte palvelee noin 152 000:ta asukasta.

Jyväskylässä sosiaali- ja terveydenhuolto ovat toistaiseksi toimineet omissa organisaatioissaan. Jyväskylässä toteutetaan parhaillaan integraatioselvitystä osana Keski-Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenneselvitystä. Keväällä 2014 alkaneessa ja 30:nteen lokakuuta 2016 kestävässä hankkeessa ovat mukana kaikki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin jäsenkunnat. Jyväskylän kaupunki hallinnoi hanketta.

Jyten perustamisen aikaan Keski-Suomessa otettiin käyttöön kolmen rekisterinpitäjän yhteinen potilastietojärjestelmä. Yhteistä potilastietojärjestelmää käyttävät Jyte, Keski-Suomen keskussairaala ja Keski-Suomen seututerveyskeskus. Yhteisessä potilastietojärjestelmässä on mukana erikoissairaanhoidon lisäksi yksitoista kuntaa. Tämä luo turvallisen ja helpon mahdollisuuden valinnanvapauden käyttämiseen, sillä potilastiedot ovat tarvittaessa käytettävissä Keski-Suomen alueella laaja-alaisesti.

Jyten alueella terveysaseman vaihtomahdollisuus koskee lähes kaikkia kiireettömiä perusterveydenhuollon palveluita. Valinnanvapaus ei koske kouluterveydenhuoltoa, opiskelijaterveydenhuoltoa, pitkäaikaista laitoshoidtoa, kotisairaanhoidtoa eikä työterveyshuoltoa. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisesti aikaisintaan vuoden kuluttua edellisestä valinnasta.

Jyväskylässä on pitkät perinteet palvelusetelien käytöstä. Ensimmäiset palvelusetelit otettiin käyttöön jo vuonna 2004 vanhus- ja vammaispalveluiden tilapäisessä kotihoidossa. Päivähoidon palveluseteli on ollut käytössä vuodesta 2010. Sitä ennen käytettiin päivähoidon palvelurahaa.

Sosiaalipalveluissa lapsiperheiden tilapäisen kotipalvelun palveluseteli on ollut käytössä vuodesta 2009 ja neuvonta- ja terapiapalveluiden palveluseteli vuodesta 2010 lähtien. Vanhus- ja vammaispalveluissa ovat nykyisin käytössä tilapäisen kotihoidon, omaishoitajien sijaispalvelun, tuetun kotona asumisen ja ympärivuorokautisen palveluasumisen palvelusetelit.

Terveydenhuollossa suun terveydenhuollon palveluseteli ja seteli lasten infekti-
osairauden lääkäripalveluun oli käytössä vuodesta 2011 vuoden 2015 loppuun. Vuon-
na 2015 Jyväskylä käytti palvelusetelitoimintaan 11 715 590 euroa.

Lisäksi Jyten alueella oli käytössä terapiapalveluiden palveluseteli, mikä on kehi-
tetty yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä

Kainuussa perustettiin erillisellä lailla (laki Kainuun hallintokokeilusta L343/2003)
maakunnallinen yhteistoiminta-alue, Kainuun maakunta -kuntayhtymä, joka toimi
vuosina 2005–2012. Maakunnan toiminta sisälsi sote-toimintojen lisäksi maakuntali-
iton ja toisen asteen koulutuksen. Hallintokokeilu päättyi 2012, koska yksi kunnista ei
halunnut jatkaa yhteistoimintaa kokeiluajan jälkeen. Kainuun sosiaali- ja terveyden-
huollon kuntayhtymän jäsenkuntien välinen perussopimus allekirjoitettiin syksyllä
2012, ja Kainuun sote aloitti toimintansa vuoden 2013 alusta. Kuntayhtymä tuottaa
Hyrnsalmen, Kajaanin, Kuhmon, Paltamon, Ristijärven, Sotkamon ja Suomussal-
men kuntien kaikki sosiaali- ja terveystalvet lasten päivähoitoa lukuun ottamatta.
Puolangalla Kainuun sote vastaa erikoissairaanhoitosta ja ympäristöterveydenhuol-
lost (mm. eläinlääkäri- ja terveystalvet). Kainuun sote järjestää hallinnon
tukipalvelut (talous-, henkilöstö- ja tietohallinnon palvelut) myös Kainuun liitolle,
Kainuun kaikille kunnille ja kuntien liikelaitoksille.

Kainuussa toimintajärjestelmää on rakennettu sähköisenä yhteistyössä kuntien
kanssa jo vuodesta 2000 alkaen, ja siihen kuuluu erikoissairaanhoito, perustervey-
denhuolto ja sosiaalihuolto. Rekisterinpitäjänä on Kainuun sote. Kaikissa kunnissa
ja erikoissairaanhoitossa on käytössä samat tietojärjestelmät, ja näin potilastiedot
ovat joustavasti nähtävissä asiointipaikasta riippumatta. Jo vuodesta 2005 alkaen Kai-
nuussa asiakkailla on ollut mahdollisuus valita vapaasti palveluita tuottava yksikkö tai
terveysasema kuntayhtymän toiminta-alueelta. Laboratorio- ja röntgentutkimuksissa
voi käydä joustavasti alueen sisällä missä tahansa toimipisteessä. Kiireellisissä päivä-
ystapauksissa avun saa aina lähimmästä päivystyspisteestä.

Kainuun sote on myös kehittänyt ”hyvinvoinnin palvelutarjottimen”, jonka avulla
kainuulaiset saavat tietoja ja voivat verrata ja arvioida arkipäivän lähipalveluja. Sivus-
tolta löytyvät tiedot julkisista palveluista, yritysten tai järjestöjen tuottamista julkisesti
tuetuista palveluista sekä kokonaan itse maksettavista palveluista.

Kainuun ”Omasote” on henkilökohtainen kainuulaisille tarkoitettu sähköinen
palvelukanava. Sen kautta asukkaat voivat lähettää viestejä ja kysymyksiä sosiaali- ja
terveydenhuollon ammattilaisille ja pyytää lääkemääräyksen uudistamista. Omaso-
tessa voi myös kirjata henkilökohtaisia hyvinvointi- ja terveystietoja, tehdä sähköisen
terveystarkastuksen ja saada terveystalvemmusta. Omasote tarjoaa myös ajantasaisista
hyvinvointiin ja terveyteen liittyvää tietoa.

Oulun kaupunki

Oulun kaupungissa (väestöpohja n. 200 000 asukasta vuonna 2016) on vuoden 2010 terveydenhuoltolain muutoksesta alkaen panostettu terveysaseman vastaanottopalveluiden valinnanvapauden kehittämiseen hanke- ja virkatyönä. Valinnanvapauden toteuttamiseksi luotiin sähköinen järjestelmä, jolla kuntalaiset voivat ilmoittaa valinnastaan kaupungin sisällä. Lisäksi järjestelmän avulla voidaan seurata ja analysoida valintojen määrää, kohdistumista ja kuntalaisten ilmoittamaa valinnan syytä.

Nykyisin hyvinvointikeskukset ovat kattavan palveluvalikoiman toiminnallisia kokonaisuuksia, joissa toteutetaan vahvaa hallinnon rajat ylittävää ja monialaista työotetta. Väestö asioi ensisijaisesti valitsemassaan hyvinvointikeskuksessa tarvitessaan sosiaali- ja terveyspalveluja. Oulussa toimii myös hyvinvointikeskuksiin tukeutuvia matalan kynnyksen palvelupisteitä, joista osassa on lisäksi kohdennettuja terveydenhuollon ammattilaisten palveluita. Terveydenhuoltolain mukainen terveysaseman valinta kohdistuu hyvinvointikeskuksiin, joissa on saatavilla monipuoliset, lain tarkoittamat terveyspalvelut keskuksen valinneelle väestölle.

Oululaisten valinnanvapautta on laajennettu vuonna 2015 mahdollistamalla vapaa terveysaseman tai hyvinvointikeskuksen valinta milloin vain eli ilman terveydenhuoltolaissa määriteltä ”kerran vuodessa” -rajoitusta. Niiden asukkaiden määrä, jotka olisivat vaihtaneet hyvinvointikeskusta tiheämmin kuin kerran vuodessa, on toistaiseksi vähäinen. Paljon palveluita tarvitsevien kuntalaisten hoidon jatkuvuutta varmistetaan hyvällä tiedonkululla ja hoito- ja palvelusuunnitelmillä, vaikka kuntalainen vaihtaisi hyvinvointikeskusta.

Järjestämisen ja tuottamisen eriyttämisestä, erilaisista sopimusmalleista, kannustimista ja muista valinnanvapauden tärkeistä elementeistä saatiin kokemusta vuosina 2007–2014 käytetystä Oulun tilaaja-tuottajamallista. Mallista kuitenkin luovuttiin keväällä 2014, koska sen arvioitiin tuottavan ylikapasiteettia ja lisäävän kustannuksia. Oulun kaupungissa on järjestetty viime vuosina monia seurantoja, kehittämishankkeita ja tutkimuksia valinnanvapauden toteuttamisen tueksi.

Oulun ”Omahoito” on oululaisen oma hyvinvointipalvelu, jossa voi ajasta ja paikasta riippumatta lähettää viestejä terveys- ja sosiaalipalveluiden henkilökunnalle, varata ajan ompeleiden tai hakasten poistoon, aikuisten rokotukseen, lääkeinjektioon, lapsen vuosittaiseen neuvolatarkastukseen, ensi- ja viidesluokkalaisten terveystarkastukseen, liikuntaneuvontaan, hammashoitolaan ja röntgeniin, katsoa laboratoriotuloksia ja kysyä niistä lisätietoja, tehdä terveystarkastuksen ja aloittaa terveysvalmennuksen sekä hakea toimeentulotuelle jatkoa.

Pohdinta

Kaikilla tutkimusalueilla asiakkaan valinnanvapautta on pyritty edistämään erilaisin tavoin. Etelä-Karjalassa ja Kainuussa asiakkaat ovat voineet jo vuosien ajan valita terveysasemansa vapaasti sote-alueen sisältä ilman erillistä ilmoitusta, joka vaaditaan useissa muissa kunnissa Suomessa. Jyväskylän kaupunki puolestaan on ottanut palvelusetelit muita alueita laajemmin käyttöön jo vuonna 2004. Oulun kaupunki on kokeillut tuottamisen vapauttamista ja seurannut asiakkaan valintojen vaikutuksia Ruotsin esimerkin mukaisesti (ks. Pikkujämsä ym. 2014).

Haastatellut tutkimusalueiden avainhenkilöt suhtautuivat valinnanvapauteen myönteisesti, ja alueilla oli tehty erilaisia toimia ja kehittämishankkeita asiakkaan valinnanvapauden edistämiseksi. Kuitenkaan suurimmalla osalla tutkimusalueista valinnanvapautta ei ollut nimetty erikseen palvelujen kehittämistä ohjaavaksi periaatteeksi. Osin haastatteluista syntyykin vaikutelma, että valinnanvapaus on alueilla edistynyt osana muuta alueellisten palvelujen ja käytäntöjen kehittämistä, jossa ensisijainen tavoite on voinut olla esimerkiksi palvelujen sujuvoittaminen.

Kiinnostavan tarkastelunäkökulman haastatteluihin luo myös se, että tutkimusalueilla palvelut oli integroitu hyvin erilaisin tavoin. Jyväskylässä sosiaalipalvelut, perusterveydenhuollon palvelut ja erikoissairaanhoidon palvelut toimivat erillään toisistaan, Oulussa sosiaali- ja terveyspalvelut toimivat yhdessä hyvinvointipalveluina (horisontaalinen integraatio) mutta erillään erikoissairaanhoidon palveluista. Kainuussa ja Eksotessa kaikki kolme palvelutyyppiä toimivat yhdessä (horisontaalinen ja vertikaalinen integraatio). Palvelujen integroinnin taso selitti osittain valinnanvapauden kehittämistä alueilla. Alueilla, joilla erilaiset palvelut oli integroitu, oli myös valinnanvapautta mahdollista tarkastella yhdessä kaikkien palvelujen ja eri toimijoiden näkökulmasta. Erillään toimivissa palveluissa valinnanvapauden kehittäminen ja siihen liittyvät tulkinnat näyttivät tapahtuvan erillisinä ikään kuin omissa ”loke-roissaan”. Viimeksi mainitussa tilanteessa on yleisesti haasteena, että valinnanvapaus saatetaan nähdä liian kapeasti vain oman palvelusektorin näkökulmasta eikä palvelujen kehittäminen yli sektorirajojen ole välttämättä edes mahdollista, kun sitä tukevat rakenteet puuttuvat.

Valinnanvapauden edellytysten toteutuminen mietitytti haastateltavia. Monet pohtivat asiakkaiden valmiuksia tehdä valintoja ja miettivät keinoja, joilla valintojen tekemistä voitaisiin tukea. Haastatellut olivat tyytyväisiä siitä, että asiakkaan valinnanvapautta oli lisätty, mutta painottivat tarvetta sujuvaan palveluohjaukseen ja tiedonkulkuun. Vastuusta ja valvonnasta oli erilaisia näkemyksiä: osan mielestä laajentuneen valintojen tekemisen myötä myös vastuu valinnoista oli yhä enemmän asiakkaalla, kun taas osa painotti, että valintoja tulee rajoittaa ja valvoa.

Myös palvelujen tuottamisen alueelliset haasteet, kuten vähäinen palveluntarjonta ja pitkät välimatkat, sekä julkisen ja yksityisen sektorin roolit tulevaisuudessa

herättivät erilaisia ajatuksia. Julkisen sektorin toivottiin jatkossakin huolehtivan palvelujen kokonaisuudesta. Haastatteluissa toivottiin, että pienten yritysten olisi myös jatkossa mahdollista tarjota palveluja. Huolta oli siitä, ovatko yksityisen sektorin palveluntuottajat valmiita tarjoamaan palveluja myös haasteellisimmille asiakasryhmille. Myös organisaatioiden taloudelliset haasteet ja tietynlainen valmistautumattomuus valinnanvapauden liittyviin kysymyksiin korostuivat pohdinnoissa. Monia lisääntyvään valinnanvapauden liittyviä tekijöitä, kuten henkilöstöresursseja, olisi haastattelujen mukaan pitänyt linjata jo aiemmin.

Kullakin tutkimusalueella asiakkaan valinnanvapautta oli kehitetty alueen kannalta oleellisimmiksi nähdyllä tavoilla, ja alueilla olikin niistä sekä hyviä että huonoja kokemuksia. Haastatellut arvelivat aktiivisten ja oikeuksistaan tietoisten asiakkaiden määrän lisääntyvän tulevaisuudessa entisestään. Useilla alueilla olikin panostettu internetpohjaisten palvelujen ja tietopankkien kehittämiseen. Sähköisillä palveluilla oli pyritty esimerkiksi tukemaan ajasta ja paikasta riippumatonta asiointia ja palvelujen vertailua. Samalla haastatellut kuitenkin korostivat, että edelleen tarvitaan myös kasvokkain tapahtuvaa kommunikointia ja tietoa tulisi olla tarjolla erilaisissa muodoissa asiakkaiden erilaisiin tarpeisiin.

Tässä tutkimuksessa halusimme kartoittaa tutkimusalueiden johtajien näkemyksiä valinnanvapaudesta noin vuosi terveydenhuoltolakiin tehtyjen muutosten voimaantulon jälkeen. Tulevissa tutkimuksissa olisi kiinnostavaa tarkastella, onko johtajien suhtautumisessa valinnanvapauden tapahtunut muutoksia tutkimusalueillemme tai laajemminkin Suomessa.

10 Väestön kokemuksia valinnanvapaudesta

RISTO KAIKKONEN, LAURA HIETAPAKKA, OONA PENTALA,
ANNE WHELLAMS JA MAIJALIISA JUNNILA

Yksi valinnanvapauden tavoitteista on ollut potilaan roolin vahvistaminen terveyspalveluissa. Valinnanvapaus on yksilön mahdollisuus ja oikeus tehdä valintoja, mutta se on myös keino ohjata palvelujärjestelmän kehittämistä. Hoitopaikan vaihtaminen voi olla palveluihin tyytymättömälle potilaalle erittäin tärkeä oikeus. Jos potilaat tekevät valintoja hoidon laadun perusteella, voidaan resursseja lisäksi ohjata siten, että laadukkaat palvelut säilyvät myös jatkossa (esim. Winblad ym. 2012). Väestön tekemien valintojen seuraaminen antaa samalla mahdollisuuden arvioida laajemmin valinnanvapauden vaikutuksia ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaistoimivuutta.

Asiantuntijat ovat korostaneet, että esimerkiksi terveydenhuoltolaissa kuvatulla valinnanvapaudella on merkitystä potilaalle ja sitä kautta palvelujärjestelmälle vain, jos tietyt valinnanvapauden edellytykset toteutuvat (esim. Jonsson ja Virtanen 2013a). Lähtökohtana valintojen tekemiselle on, että väestö tietää, millaisia valintaoikeuksia heillä on. Valintojen tekeminen edellyttää myös kykyä ja halua tehdä valintoja. Näiden lisäksi tarvitaan konkreettisia vaihtoehtoja, joiden väliltä valita, sekä riittävästi niihin liittyvää luotettavaa ja ymmärrettävää tietoa käytettäväksi valintatilanteissa tai niitä ennen.

Tässä luvussa kuvataan ensin valinnanvapauden edellytysten toteutumista kansainvälisen kirjallisuuden perusteella. Sen jälkeen tarkastellaan, millaisia kokemuksia suomalaisilla on valinnanvapaudesta hankkeemme aineistojen valossa. Kirjallisuudessa väestön ja potilaiden valinnanvapaus on yhdistetty hoitomuodon, hoidon ajankohdan, hoitopaikan ja hoitavan ammattihenkilön valintaan (Dixon ym. 2010). Tässä tutkimuksessa valinnanvapaudella viitataan hoitopaikan, hoitavan henkilön ja palvelusetelin valintaan ja niihin liittyviin tekijöihin. Lopuksi verrataan tuloksia muissa maissa saatuihin havaintoihin ja pohditaan, kuinka hyvin valinnanvapauden edellytykset toteutuvat Suomessa tällä hetkellä.

Valinnanvapauden edellytysten toteutuminen kansainvälisen kirjallisuuden mukaan

Eri maissa tehdyissä tutkimuksissa on selvitetty erityisesti väestön ja potilaiden tietoja valinnanvapaudesta, halua ja kykyä tehdä valintoja, vaihtoehtojen määrää sekä saatavilla olevaa tietoa. Lisäksi on tarkasteltu, millaiset tekijät ovat vaikuttaneet väestön ja potilaiden valintoihin.

Ovatko väestö ja potilaat tietoisia valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksistaan?

Valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksista tiedottamista on lisätty eri maissa. Ainakin Englannissa ja Tanskassa valinnanvapaudesta tiedottaminen on myös terveydenhuollon toimijoiden lakisääteinen velvollisuus. Tuoreen suomalaisen selvityksen mukaan kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat Suomessa tiedottaneet valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksista kohtuullisen hyvin erityisesti verkkosivuillaan (Tuorila 2016). Selvityksen mukaan ongelma ei ole niinkään tiedon puute, vaan sen vaikea löydettävyys ja hajanaisuus, sillä organisaatiot ovat sijoittaneet tietoa verkkosivuilleen hyvin erilaisin tavoin.

Sekä Skandinaviassa että Englannissa on havaittu, että potilaiden tietoisuus valinnan oikeuksista on lisääntynyt vuosien kuluessa huomattavasti (esim. Dixon 2010, Vrangbæk ym. 2007). Tuoreiden tutkimusten mukaan erityisesti Ruotsissa valtaosa väestöstä tietää, että he saavat valita terveysasemansa (Konkurrensverket 2014, Vårdanalys 2013). Myös Suomessa on havaittu, että väestö tietävät yhä paremmin hoitopaikan vaihtamisen mahdollisuudesta (Aalto ym. 2015, Ketola ja Tapalinen 2015, Lääkäriliitto 2014). Toisaalta monissa viimeaikaisissakin tutkimuksissa on raportoitu tuloksia, joiden mukaan vain alle puolet potilaista tunsivat oikeutensa valita sairaalansa ennen kuin kuuluivat siitä lääkäriltään (esim. NHS England ja Monitor 2015, Birk ym. 2011, Dixon ym. 2010).

Parhaiten oikeutensa tehdä valintoja ovat tunteneet iäkkäät ihmiset (Aalto ym. 2015, NHS England ja Monitor 2015, Lääkäriliitto 2014, Dixon ym. 2010). Korkeammin koulutetut potilaat ovat tunteneet oikeutensa alemmin koulutettuja paremmin (Birk ym. 2011, Dixon ym. 2010) ja maaseudulla asuvat kaupunkilaisia paremmin (NHS England ja Monitor 2015). Sukupuolen ja työtilanteen yhteydestä valinta-oikeuden tuntemiseen on saatu eri maissa keskenään vastakkaisia tuloksia. Englantilais tutkimuksissa miehet ja palkkatyön ulkopuolella olevat tunsivat oikeutensa muita paremmin (NHS England ja Monitor 2015, Dixon ym. 2010), kun taas tanskalais tutkimuksessa oikeutensa tunsivat paremmin naiset ja palkkatyössä olevat (Birk ym. 2011). Potilasryhmistä erityisesti kirurgiset potilaat ovat tunteneet hyvin oikeutensa tehdä valintoja (Birk ym. 2011).

Haluavatko väestö ja potilaat tehdä valintoja?

Useissa tutkimuksissa suuri osa väestöstä ja potilaista on ilmaissut arvostavansa oikeutta valita ja kertonut haluavansa valita terveysasemansa tai sairaalansa (Vehko ym. 2016, Statens Offentliga Utredningar 2014, Vårdanalys 2013, Socialstyrelsen 2012, Winblad ym. 2012, Glengård ym. 2011, Dixon ym. 2010, Barnett ym. 2008, Anell ym. 1997). Myös hoitavan lääkärin valitsemisen mahdollisuutta on pidetty tärkeänä (Peytremann-Bridevaux ym. 2011, Rosén ym. 2001, Anell ym. 1997). Lisäksi suhtautuminen palveluseteliin on ollut pääosin myönteistä (Linnosmaa 2012, Volk ja Laukkanen 2007). Mahdollisuus valintojen tekemiseen on osalle tärkeää periaatteen tasolla, vaikka he eivät haluaisikaan todellisuudessa tehdä valintoja itse (Barnett ym. 2008).

Väestön ja potilaiden halu tehdä valintoja lisääntyy tutkimusten mukaan erityisesti silloin, kun oman hoitoyksikön palvelut on koettu huonoksi tai hoitoon on ollut pitkät jonotusajat (Robertson ja Burke 2011, Fotaki ym. 2008). Myös Suomessa iso osa väestöstä on ilmoittanut olevansa valmis vaihtamaan toisen kunnan terveyskeskukseen, jos siellä olisi tarjolla laadukkaampaa hoitoa tai lyhyemmät jonot hoitoon (Lääkäriliitto 2014). Aktiivisen hoitopaikka- tai lääkäri­valinnan tehneet ovat olleet muita tyytyväisempiä hoitoon tai samaansa palveluun (Statens Offentliga Utredningar 2014, Winblad ym. 2012, Kalda ym. 2003).

Erityisen tärkeää valintojen tekeminen on aiemmissa tutkimuksissa ollut iäkkäille henkilöille (Aalto ym. 2015, Robertson ja Burke 2011, Dixon ym. 2010, Rosén ym. 2001, Anell ym. 1997). Lisäksi valinnanvapautta ovat arvostaneet erityisesti etniseltä taustaltaan valtaväestöstä poikkeavat sekä vähemmän koulutetut ihmiset (Robertson ja Burke 2011, Dixon ym. 2010), naiset (Peytremann-Bridevaux ym. 2011, Robertson ja Burke 2011) ja paljon palveluja käyttävät henkilöt (Aalto ym. 2015).

Ovatko väestö ja potilaat kykeneviä tekemään valintoja?

Nyky­päivän palvelujen käyttäjää on pidetty aiempaa osaavampana ja aktiivisempänä toimijana, joka on valmis kyseenalaistamaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten näkemykset (Tuorila 2012). Samalla kuitenkin on tuotu esille huoli heikompien ja hauraiden väestön tai potilaiden mahdollisuuksista toimia aktiivisena kuluttajana tai valitsijana (esim. Kalliomaa-Puha 2015, Meinow ym. 2011, Palola 2011).

Erityisesti terveyteen ja terveyspalveluihin liittyvissä valinnoissa korostuu nykyisin tarve moniulotteiseen osaamiseen. Pystyäkseen valitsemaan väestön ja potilaiden pitää tuntea teknisiä, lääketieteellisiä ja oikeustieteellisiä asioita (ks. esim. Kalliomaa-Puha 2015, Fotaki ym. 2008). Tällaisen tiedon etsiminen ja hyödyntäminen eivät onnistu kaikilta, eikä kaikilla ole myöskään läheisiä tukemassa valintojen tekemistä. On myös arvioitu, että tarjolla olevia neuvontapalveluja ja potilas­asiamiehen palveluja käyttävät sellaiset potilaat, jotka ovat jo valmiiksi valvutuneita toimijoita (Kalliomaa-Puha 2015).

Valinnanvapauden käynnistysvaiheessa Englannissa selvitettiin, kuinka paljon väestö luottivat kykyynsä tehdä hoitopaikkavalintoja erilaisissa tilanteissa, esimerkiksi kun tarvitsivat hoitoa pitkäaikaissairauteen tai akuuttiin huolestuttavaan terveysongelmaan (Ipsos MORI 2005). Valtaosa vastaajista ilmoitti osaavansa tehdä valintoja kaikissa kysytyissä terveysongelmatilanteissa. Pitkäaikaissairaat (joiden joukossa erityisesti yli 65-vuotiaat ja työssä olevat) ja naiset luottivat taitoihinsa muita enemmän.

Ruotsalaistutkimuksessa selvitettiin iäkkään väestön (yli 77-vuotiaiden) kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä ja arvioitiin heidän kykyään etsiä tietoa ja tehdä valintoja sosiaali- ja terveystalouksissa (Meinow ym. 2011). Kolmasosalla kognitiiviset kyvyt olivat heikentyneet, eikä osaa heistä ollut mahdollista haastatella suoraan. Kolmasosalla kognitiiviset kyvyt olivat hyvät, mutta heillä oli sen sijaan kuulo- tai näköongelmia tai mielialaan liittyviä ongelmia tai he eivät pystyneet poistumaan kodistaan ilman apua. Tiedon etsimistä ja prosessointia kuvaavasta testistä 22 prosenttia suoriutui huonosti. Iäkkään väestön todettiin tarvitsevan erityistä tukea voidakseen tehdä tietoon perustuvia päätöksiä kuluttajana (Meinow ym. 2011, ks. myös Goodwin 2011).

Suomessa vanhusväestön kykyä tehdä valintoja on tarkasteltu palveluseteliin liittyvien valintojen näkökulmasta (Kuusinen-James ja Seppänen 2013, Kuusinen-James 2012). Tutkimuksissa havaittiin, että tiedon omaksumiseen liittyvien vaikeuksien vuoksi palvelusetelivalinnat teki usein palveluntarvitsijan omainen (ks. myös Volk ja Laukkanen 2007). Joissakin tapauksissa myös palveluohjaajan tai palveluntuottajan vaikutus oli ollut voimakas.

Tiedonkäsittelyn ja toimintakyvyn rajoitteiden lisäksi osalla kykenemättömyys tehdä valintoja voi liittyä myös heikompaan taloudelliseen tilanteeseen (esim. Kuusinen-James 2012). Esimerkiksi palvelusetelin vastaanottaminen ei ole aina mahdollista pienituloiselle ja paljon palveluja tarvitsevalle henkilölle, koska se ei kerrytä asiakasmaksukattoa ja omavastuusuudet voivat kasvaa henkilölle liian suuriksi (Kalliomaa-Puha 2015, Kuusinen-James 2012). Potilaan tulotason onkin havaittu olevan yksi merkittävimmistä palvelusetelin valintaan vaikuttavista tekijöistä (Linnosmaa 2012). Myös hoitopaikan vaihtamiseen voi käytännössä liittyä taloudellisia esteitä, sillä Kela ei korvaa matkakustannuksia, jotka koskevat omaa lähintä hoitopaikkaa kauempana sijaitsevia hoitopaikkoja.

Onko väestöllä ja potilailla aidosti vaihtoehtoja mistä valita?

Terveydenhuoltolaki ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta ovat mahdollistaneet suomalaisille esimerkiksi terveysaseman valinnan mistä päin Suomea tahansa ja terveystalouksien hakemisen Suomen rajojen ulkopuolelta EU:n alueelta. Näin ollen teoriassa Suomessa asuvalla henkilöllä on lukuisia vaihtoehtoja, joiden väliltä valita. Tarkasteltaessa väestön tai potilaan aitoja valinnanmahdollisuuksia on kuitenkin otettava huomioon, kuinka lähellä vaihtoehtoiset palveluntarjoajat ovat verrattuna henkilön lähimpään hoitopaikkaan.

Ruotsin kilpailuviraston selvityksessä havaittiin, että kahdeksalla kymmenestä ruotsalaisesta on valittavanaan vähintään kaksi terveysasemaa järkevällä etäisyydellä toisistaan. Auton ajomatalla mitattuna siirtyminen lähimmästä terveysasemasta toiseksi lähimpään vei heiltä alle viisi minuuttia. (Konkurrensverket 2014.) Etäisyydet vaihtoehtoisten terveysasemien välillä kuitenkin vaihtelivat alueittain. Muissa selvitetyksissä Tukholman, Skånen ja Itä-Götanmaan asukkaista valtaosa (75 %) koki, että mahdollisuudet vaihtaa palveluntarjoajaa ovat hyvät (Janlöv ym. 2013). Taalainmaan ja Jämtlandin alueilla eri terveysasemien väliset matkat olivat pidempiä, ja näiden alueiden asukkaista joka kolmas ilmoittikin, ettei ole vaihtanut terveysasemaansa, koska valinnanvaraa ei ole (Vårdanalys 2013).

Onko väestön ja potilaiden käytettävissä riittävästi tietoa valintojen tekemiseen?

Voidakseen tehdä aktiivisen valinnan väestö ja potilaat tarvitsevat luotettavaa, vertailukelpoista ja ajantasaista tietoa palveluista. Riittävän tietomäärän on myös havaittu lisäävän valintojen tekemistä (Glenngård ym. 2011). Tuoreiden tutkimusten mukaan suurimmalla osalla väestöstä ja potilaista Ruotsissa ja Englannissa on omasta mielestään riittävästi tietoa aktiivisen valinnan tekemistä varten (NHS England ja Monitor 2015, Konkurrensverket 2014). Ruotsissa erityisesti iäkkäät ja kroonista sairautta sairastavat potilaat ovat kertoneet, että tietoa lääkärin valitsemisesta on ollut riittävästi (Rosén ym. 2001).

Monissa maissa, kuten myös Englannissa ja Ruotsissa, seurataan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden laatua ja tehokkuutta erilaisilla indikaattoreilla, joita väestö pääsee internetin kautta vapaasti katsomaan. Tietomäärään ja sen hyödyntämiseen on kuitenkin liittynyt erilaisia ongelmia. Tutkimuksissa on havaittu, että laatutietoihin tutustutaan harvoin (Dixon ym. 2010). Yhdeksi syyksi on esitetty, että ihmiset olettavat hoidon laadun olevan samalla hyvällä tasolla eri hoitopaikoissa, eivätkä sen vuoksi näe tarpeelliseksi etsiä tietoa siitä (Viktoor ym. 2012). Toisaalta iso osa potilaista ei edes tiedä, että tietoa on saatavilla (Baier ym. 2015, Lako ja Dortant 2014), ja monet niistä, jotka ovat etsineet laatutietoa, eivät useinkaan ole sitä löytäneet (Vårdanalys 2013). Lisäksi on havaittu, että laatutietoa ei osata tulkita tai siihen ei luoteta (Vrangbæk ym. 2007, Marshall ym. 2000). Esteenä hyödyntää laatutietoa ovat olleet myös ajanpuute, tiedon ylikuormitus, saatavilla olevan tiedon ja yksilön tiedontarpeen välinen epäsuhta ja tiedon epäselvä esitysmuoto (Viktoor ym. 2012).

Palveluntarjoajista saatavilla oleva tieto vaihtelee myös paljon maittain ja alueittain, ja sen sisältö on usein ollut informaatioarvoltaan melko suppeaa (Vrangbæk ym. 2007). Esimerkiksi Ruotsissa terveysasemista saatavilla olevan tiedon on havaittu vaihtelevan jonkin verran maakäräjäalueittain (Vårdanalys 2013, Ranerup ym. 2012). Joillakin alueilla palveluntuottajista on tarjolla muita alueita tarkempia tietoja, kuten tietoa palveluntarjoajien osaamisesta. Lisäksi subjektiiviset potilastyytyväisyysarvi-

ot on joillakin alueilla liitetty nettiportaaleihin jonotustietojen yhteyteen. Ruotsissa väestölle suunnatut nettiportaalit eivät yleisesti mahdollista yksittäisten terveydenhuollon ammattilaisten välistä vertailua, sillä tietojen tarkastelu tehdään kaikissa portaaleissa terveysasemien tasolla. (Ranerup ym. 2012.) Ruotsalaisessa selvityksessä enemmistö koki, että he eivät pysty kunnolla vertailemaan eroja ja yhtäläisyyksiä terveysasemien välillä. Monet terveysaseman vaihtamista harkinneet eivät päätyneet toteuttamaan vaihtoa, koska eri terveysasemiin liittyvä tieto oli ollut niin puutteellista. (Vårdanalys 2013.)

Tiedon puute on tullut esille myös Suomessa. Tuoreen tutkimuksen mukaan terveysaseman valitsemista oli hankaloittanut se, että tietoa palvelujen laadusta, valikoimasta ja saatavuudesta oli tarjolla vähän (Vehko ym. 2016). Myös palvelusetelin valitseminen oli erään tutkimuksen mukaan koettu hankalaksi, koska monista palvelusetelituottajista oli saatavilla vain nimi ja palveluhinnasto (Kuusinen-James 2012, ks. myös Tuorila 2016). Lisäksi suomalaiset ja ruotsalaiset asiantuntijat ovat esittäneet väestön tiedonsaannin eriarvoisuuden voivan lisääntyä, jos tietoa on tarjolla vain maan pääkielellä (Miani ym. 2013, Socialstyrelsen 2012).

Mahdollisesti edellä kuvatuista syistä väestö ja potilaat ovat etsineet tietoa ensisijaisesti omien sosiaalisten verkostojensa kautta. Merkittäviä tiedonlähteitä ovat olleet omat aiemmat kokemukset hoitopaikasta tai hoitavasta henkilöstä, perusterveydenhuollon lääkärin näkemykset sekä ystävien ja tuttavien kokemukset (Lavery ym. 2015, NHS England ja Monitor 2015, Viktoori ym. 2012, Dixon 2010, Dixon ym. 2010). Ihmisten on myös todettu olevan tiedonhaussa passiivisia ja taipuvaisia suosimaan tuttua palveluntuottajaa (Glenngård ym. 2011).

Millä perusteella väestö ja potilaat tekevät valintoja?

Valintojen tekemisen on havaittu olevan yksilöllinen ja moniulotteinen prosessi, jossa lopulliseen valintaan voivat vaikuttaa monet potilaaseen ja palveluntarjoajaan liittyvät ominaisuudet (Viktoori ym. 2012). Palveluntarjoajaan liittyviä syitä on ryhmitelty esimerkiksi rakenteen, prosessin ja hoidon lopputuloksen mukaan. Näistä erityisesti rakennetekijät, kuten hoitopaikan läheinen sijainti ja nopea hoitoon pääsy (lyhyet jonotusajat), ovat olleet tutkimuksissa usein mainittuja syitä väestön tai potilaan tekemään valintaan sekä Suomessa että muualla (Ketola ja Tapalinen 2015, Lääkäriliitto 2014, Pikkujämsä ym. 2014, Janlöv ym. 2013, Viktoori ym. 2012, Birk ym. 2011, Dixon 2010, Hjelmgren ja Anell 2007, Coulter ym. 2005).

Muita valinnan kannalta tärkeitä rakennetekijöitä ovat olleet esimerkiksi kulku-yhteydet (Ketola ja Tapalinen 2015, Coulter ym. 2005), potilasmaksut tai vakuutukset (Mosadeghrad 2014, Hjelmgren ja Anell 2007), aukioloajat (Janlöv ym. 2013), hoitoyksikön siisteys (Lavery ym. 2015), yhteyden saaminen (Ketola ja Tapalinen 2015), ammattitaitoiset lääkärit (Mosadeghrad 2014), lääkärin määrä (Konkurrensverket 2014) sekä hoitopaikan kattava palvelutarjonta (Lavery ym. 2015, Tai ym. 2004).

Tyytymättömyys aiempaan hoitopaikkaan tai hoitosuhteeseen ja toisaalta halu säilyttää hyvä hoitosuhde ovat viime vuosina nousseet tärkeiksi syiksi vaihtaa hoitopaikkaa (esim. Konkurrensverket 2014, Pikkujämsä ym. 2014). Tällöin tarkemmat vaihdon syyt ovat liittyneet prosessitekijöihin, kuten henkilön omaan (tai hänen läheisensä) kokemukseen hoitopaikassa saadusta kohtelusta, ammattilaisten kommunikaatiotavoista, hoitosuhteen laadusta, hoitopaikan maineesta, tiedonsaannista ja hoidon jatkuvuudesta (Ketola ja Tapalinen 2015, Konkurrensverket 2014, Pikkujämsä ym. 2014, Janlöv ym. 2013, Vårdanalys 2013, Viktoor ym. 2012, Robertson ja Burke 2011). Hyvää vuorovaikutus- ja kommunikaatiosuhdetta lääkärin ja potilaan välillä ovat arvostaneet erityisesti iäkkäät potilaat sekä potilaat, joilla on monitahoisia tai vakavia sairauksia (Viktoor ym. 2012).

Toisin kuin valinnanvapausuudistuksissa on yleisesti oletettu, hoidon lääketieteellisen lopputuloksen kannalta tärkeät asiat (laatuindikaattorit, outcome indicators) ovat harvemmin olleet tärkein potilaan valintoja ohjaava tekijä (Viktoor ym. 2012). Hoidon laatua on kyllä arvostettu (Dixon ym. 2010), ja hypoteettisissa valintatilanteissa väestö ja potilaat ovat ilmoittaneet olevansa kiinnostuneita hyödyntämään laatutietoa valinnoissaan (esim. Harris ja Mayberry 2014, Cheng ja Song 2004). Käytännössä kuitenkin muut mainitut tekijät ovat olleet ratkaisevia valintatilanteissa (esim. Viktoor ym. 2012, Winblad ym. 2012). Syinä tähän ovat voineet olla edellisessä alaluvussa kuvatut puutteet laatutiedon sisällöissä tai erilaiset ongelmat tiedon hyödyntämisessä. Eri hoitopaikkoja vertailevaa tietoa ovat yleisesti hyödyntäneet vähiten iäkkäämmät ja alemmin koulutetut potilaat (Viktoor ym. 2012).

Palvelutarjoajaan liittyvien tekijöiden lisäksi valintaan ovat vaikuttaneet monet yksilön ja valintatilanteen ominaisuudet. Valintapäätös perustuu harvoin systemaattiseen tai rationaalisesti tehtyyn eri vaihtoehtojen punnintaan (Viktoor ym. 2012). Sen sijaan valintoihin ovat vaikuttaneet ikä ja koulutus, elämäntapahtumat ja asuinpaikka. Konkreettisin hoitopaikan vaihtamisen syy on ollut muuttaminen toiselle paikkakunnalle (esim. Konkurrensverket 2014, Vårdanalys 2013). Lähintä hoitopaikkaa kauemmaksi ovat hakeutuneet muita harvemmin iäkkäät ja ne, joilla on liikuntavaikeuksia (Lagarde ym. 2015, Tai ym. 2004). Korkeammin koulutetut ovat tehneet valintoja muita todennäköisemmin (Fotaki ym. 2008), ja vanhemmat henkilöt ovat olleet nuorempia aktiivisempia valitsijoita (Konkurrensverket 2014). Heikommin koulutetut ja kaupungissa asuvat valitsivat muita todennäköisemmin paikallisen sairaalan (Robertson ja Burke 2011). Myös aiemman valintakäyttäytymisen ja siihen liittyvien kokemusten on havaittu vaikuttavan uusien valintojen tekemiseen (Viktoor ym. 2012).

Hoitavalla lääkärillä on edelleen merkittävä rooli potilaan valintojen tarjoajana ja mahdollistajana (esim. Dixon ym. 2010). Tutkimusten mukaan monet ovat tehneet valinnan lääkärin suositusten perusteella (Mosadeghrad 2014, Birk ym. 2011) tai toivoneet, että lääkäri tekisi valinnan heidän puolestaan (Harris ja Mayberry 2014, Berendsen ym. 2010.). Viktoorin ja työtovereiden (2012) kirjallisuuskatsauksen mu-

kaan iäkkäämmät ja heikommin koulutetut noudattavat lääkärin neuvoja muita todennäköisemmin. Toisaalta potilaiden kiinnostus tehdä hoitoonsa liittyviä päätöksiä ja valintoja yhdessä lääkärin kanssa on selvästi lisääntynyt 2000-luvulla (Chewning ym. 2012, Fotaki ym. 2008, Rosén ym. 2001). Erityisesti nuoret ja koulutetut ovat olleet kiinnostuneita osallistumaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon aktiivisesti (Anell ym. 1997).

Aineisto

Suomalaisten valinnanvapauskokemuksia kuvaava aineisto kerättiin syksyllä 2014 osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta (ATH). ATH:ssa kartoitetaan vastaajan näkemyksiä terveydestään ja hyvinvoinnistaan, toiminta- ja työkyvystään sekä elintavoistaan ja palvelujen käytöstä. Näiden kysymysten lisäksi syksyn 2014 kyselylomakkeeseen liitettiin Valva-tutkimushankkeen ja ATH-tutkimuksen yhteistyössä muodostetut valinnanvapautta koskevat kysymykset.

Aineisto koostui valtakunnallisesta väestökyselystä, jonka otos oli 19 000 henkilöä, sekä kahdesta erillisestä alueellisesta otoksesta, jotka toteutettiin Oulussa (otos 2 985) ja Kainuussa (otos 995). Vastaajien osoitetiedot poimittiin väestörekisteristä 20 vuotta täyttäneiden, Suomessa asuvien Suomen kansalaisten joukosta (tästä eteenpäin vastaajiin viitattaessa puhutaan yksinkertaisuuden vuoksi suomalaisista). Kysely tehtiin postikyselynä, mutta siihen oli mahdollista vastata myös sähköisesti. Kyselyyn sai vastata suomen lisäksi myös ruotsiksi, venäjäksi tai englanniksi. Vastaajille lähetettiin kyselylomakkeen lähettämisen jälkeen kaksi karhukirjettä ja yksi postikortti, jossa oli nettivastaamisen tunnukset. Kaikkien ATH-tutkimukseen osallistuneiden kesken arvottiin myös elokuvalippuja ja muutama Ipad.

Vastausaktiivisuus otokseen poimituilla oli koko maan osalta 53 prosenttia, Oulun kaupungissa 50 prosenttia ja Kainuun maakunnassa 57 prosenttia. Koko maan aineistossa vanhemmat vastasivat kyselyyn nuorempia aktiivisemmin (65 % ja 40 %). Hieman yli puolet vastaajista kaikissa otoksissa oli naisia, avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa eläviä ja työssä olevia (taulukko 10.1).

TAULUKKO 10.1. Vastaajien taustatiedot ATH-aineiston erillisotoksissa (%)

	Suomi	Oulu	Kainuu
Sukupuoli			
Mies	42	45	45
Nainen	58	55	55
Ikäryhmät			
20–54 vuotta	39	51	32
55–74 vuotta	37	32	43
75 vuotta täyttäneet	24	17	25
Koulutus			
Perustason koulutus	42	30	51
Keskiasteen koulutus	30	34	30
Korkeakoulutus	28	35	19
Asuinalue*			
Harvaan asuttu maaseutu	6	2	36
Kaupungin kehysalue	10	17	4
Kaupungin läheinen maaseutu	7	3	3
Maaseudun paikalliskeskukset	6	0	15
Sisempi kaupunkialue	34	42	20
Ulompi kaupunkialue	25	36	17
Ydinmaaseutu	12	0	5
Siviilisääty**			
Naimaton	22	26	19
Avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	54	55	58
Eronnut tai asumuserossa	12	12	12
Leski	11	7	10
Pääasiallinen toiminta			
Kokopäivätyö	46	46	41
Osa-aikatyö tai osa-aikaeläke	5	5	5
Eläkkeellä iän perusteella	27	22	30
Työkyvyttömyyseläke tai kuntoutustuki	5	5	8
Työtön tai lomautettu	5	7	6
Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä	3	3	2
Opiskelija	5	8	3
Muu, esim. pitkällä sairauslomalla olevat	4	5	6

*Kaupunki–maaseutu-luokitus (Helminen ym. 2014)

**Tieto peräisin Väestörekisterikeskuksesta

Menetelmät ja käytetyt muuttujat

Valinnanvapauskysymyksillä kartoitettiin vastaajan tietoja terveydenhuoltolaissa kuvatuista oikeuksista, oikeuksien tärkeyttä ja valintoihin vaikuttavia asioita. Lisäksi kysyttiin, oliko vastaaja käyttänyt mahdollisuuttaan valita terveysasema tai sairaala ja jos ei, niin miksi. Myös kokemuksia palvelusetelin käytöstä kysyttiin. Tässä luvussa kuvataan valinnanvapauskysymyksiin saatujen vastausten prosentuaaliset jakaumat kaikissa kolmessa ATH:n erillisotoksessa eli koko Suomen aineistossa sekä Oulun ja Kainuun otoksissa.

Koko Suomen otoksessa suhtautumista valinnanvapauteen tarkasteltiin myös muuttujittain, jotka kuvasivat ATH-kyselylomakkeesta saatuja vastaajan taustatekijöitä. Näitä olivat sukupuoli, ikä (käytetty kolmiluokkaisena: 20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat), koulutus (kolmiluokkaisena, muodostettu sukupuolittain kymmenvuotisikäluokittain itseilmoitettujen koulutusvuosien tertiilien mukaan) ja vastaajan pääasiallinen tilanne (kaksiluokkaisena: kokopäivätyössä, osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä olevat ja muut).

Lisäksi koko Suomen otoksessa tarkasteltiin, erosiko valinnanvapauteen suhtautuminen palvelujen käytön tai vastaajan asuinalueen mukaan. Oletuksena oli, että esimerkiksi terveysaseman vaihtaminen on terveysaseman palveluja käyttäneille tärkeämpää kuin henkilöille, jotka eivät ole käyttäneet julkisen terveydenhuollon palveluja lainkaan. Vastaavasti valinnanvapauteen suhtautumisessa voi olla eroja riippuen siitä, millaisella alueella Suomessa vastaaja asuu. Esimerkiksi harvaan asutuilla alueilla on lähtökohtaisesti vähemmän valinnanvaraa palveluissa, mikä voi osaltaan vaikuttaa vastaajan suhtautumiseen valinnanvapauteen.

Vastaajan palvelujen käytön määrittelemisessä hyödynnettiin ATH-kyselylomakkeesta löytyviä kysymyksiä. Vastaaja luokiteltiin perusterveydenhuollon palvelujen käyttäjäksi, jos hän oli käyttänyt terveyskeskuksen palveluja (kuten ollut lääkärin tai hoitajan vastaanotolla mistä tahansa syystä) vähintään kerran 12 edeltävän kuukauden aikana. Erikoissairaanhoidon palvelujen käyttäjäksi vastaaja luokiteltiin, jos hän oli ollut sairaalan poliklinikalla tai esimerkiksi psykiatrisessa sairaalassa mielenterveydellisten tai päihteiden käytön takia vähintään kerran 12 edeltävän kuukauden aikana. Palvelujen käyttö perustui molemmissa kohdissa vastaajan omaan arvioon.

Mahdollisia alueellisia eroja valinnanvapauteen suhtautumisessa tarkasteltiin luokittelemalla vastaajan asuinalue Suomen ympäristökeskuksen kehittämän kaupunki–maaseutu-luokituksen (Helminen ym. 2014) mukaisesti. Luokitus kuvaa alueita kuntarajoja tarkemmin, sillä se perustuu väestö-, työvoima-, työmatka- ja rakennustietoaineistoihin. Luokitus jaottelee Suomen alueet yhteensä seitsemään luokkaan, jotka voidaan edelleen jakaa kahtia kaupunkiluokkaan (alueina sisempi ja ulompi kaupunkialue sekä kaupungin kehysalue) sekä maaseutulokkaan (maaseudun paikalliskeskukset, kaupungin läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu). Vastaajien asuinpaikan jakautuminen maaseutu–kaupunki-luokituksen mukaisille

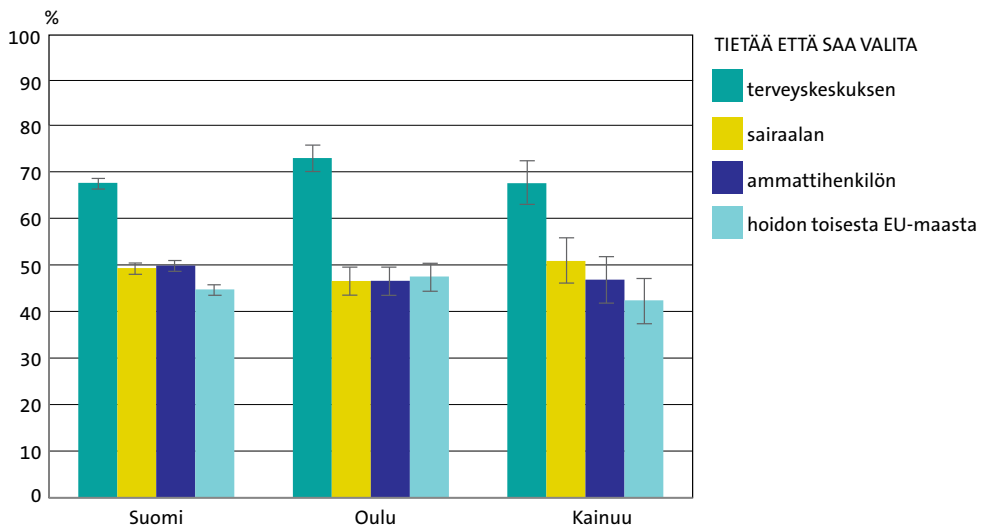
alueille esitetään taulukossa yksi. Aineiston analyyseissä aluemuuttujaa käytettiin edellä kuvatun jaottelun mukaisesti kaksiluokkaisena (kaupunki ja maaseutu).

Aineiston katoa korjattiin muodostamalla painokertoimet, joissa huomioitiin alkuperäisen 75 vuotta täyttäneiden kaksinkertaisen poimintatodennäköisyyden lisäksi ikä, sukupuoli, siviilisäätty ja koulutus. Tulokset esitetään katoa korjaavin painokertoimin, ja ne edustavat koko Suomea tai tarkastelun kohteena olevan alueen, Kainuun maakunnan tai Oulun kaupungin väestöä (Härkänen ym. 2014). Tässä luvussa esitetään aineiston perusjakaumia ja niille laskettuja 95 prosentin luottamusvälejä. Analyysijä ei ole erikseen vakioitu iän, sukupuolen tai muiden taustatekijöiden suhteen.

Tulokset

Tieto valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksista

Suomalaiset tunsivat parhaiten oikeutensa valita terveysasema. Huonoiten tunnettiin oikeus hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan. (Kuvio 10.1.) Naiset tunsivat miehiä paremmin oikeutensa valita terveysasema (70 % ja 65 %), ja vanhemmat ikäryhmät tunsivat oikeutensa nuorempia paremmin (73 % ja 60 %). Korkeasti koulutetut tunsivat muita paremmin oikeutensa hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan (korkeakoulutetut 51 %, muut 46 % ja 39 %). Terveysaseman palveluita käyttäneet olivat muuta väestöä tietoisempia oikeudestaan valita heitä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilön.



KUVIO 10.1. Tietoisuus terveydenhuoltolaissa esitetyistä oikeuksista koko Suomen, Oulun ja Kainuun otoksissa (% , 95 %:n luottamusvälit).

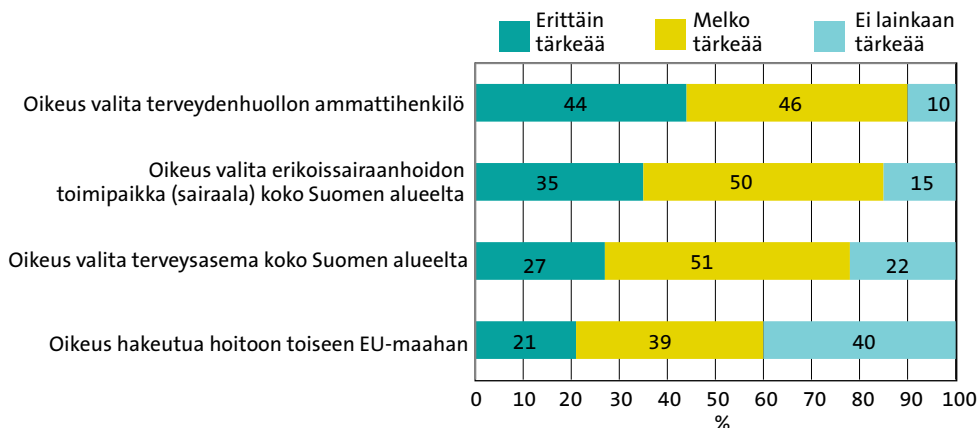
kilö (53 % ja 47 %), ja vastaava tulos oli ylipäätään perus- ja/tai erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneillä. Työterveyshuollon piirissä olevat vastaajat tunsivat oikeutensa tehdä valintoja heikommin kuin pelkkien julkisten palvelujen piirissä olevat vastaajat. Kaupunkimaisten ja maaseutumaisten alueiden välillä ei havaittu eroja lainmukaisten oikeuksien tuntemisessa.

Oululaiset tunsivat oikeutensa valita terveysasema hieman muuta Suomea ja kainuulaisia paremmin (kuvio 10.1). Muilta osin erot eivät olleet erillisotosten välillä merkittäviä.

Valinnanvapautta kuvaavien oikeuksien tärkeys

Suomalaiset pitivät tärkeimpänä oikeuttaan valita heitä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö ja sairaala (erikoissairaanhoidon hoitopaikka). Oikeutta hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan piti erittäin tärkeänä vain joka viides. (Kuvio 10.2.) Naisille oli miehiä tärkeämpää saada valita terveysasema, sairaala ja terveydenhuollon ammattihenkilö (melko tai erittäin tärkeää: naiset 28 % ja miehet 25 %). Ikäryhmistä 75 vuotta täyttäneet vastaajat pitivät selvästi muita vähemmän tärkeänä oikeutta valita sairaala ja hakeutua toiseen EU-maahan hoidettavaksi (75 vuotta täyttäneet 58 %, 55–74-vuotiaat 41 % ja 20–54-vuotiaat 37 %).

Koulutustason mukaan ei havaittu suuria eroja. Terveysaseman palveluita käyttäneet, kuten myös palveluita ylipäätään käyttäneet, pitivät oikeutta valita terveysasema, sairaala ja terveydenhuollon ammattihenkilö yleisesti hieman tärkeämpänä kuin muu väestö. Julkisen terveydenhuollon palvelujen piirissä olevien ero työterveyspalvelujen piirissä oleviin oli tässä tarkastelussa verrattain pieni. Maaseudulla asuvat eivät nähneet oikeutta hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan yhtä tärkeänä kuin kaupungissa asuvat (16 % ja 22 %).

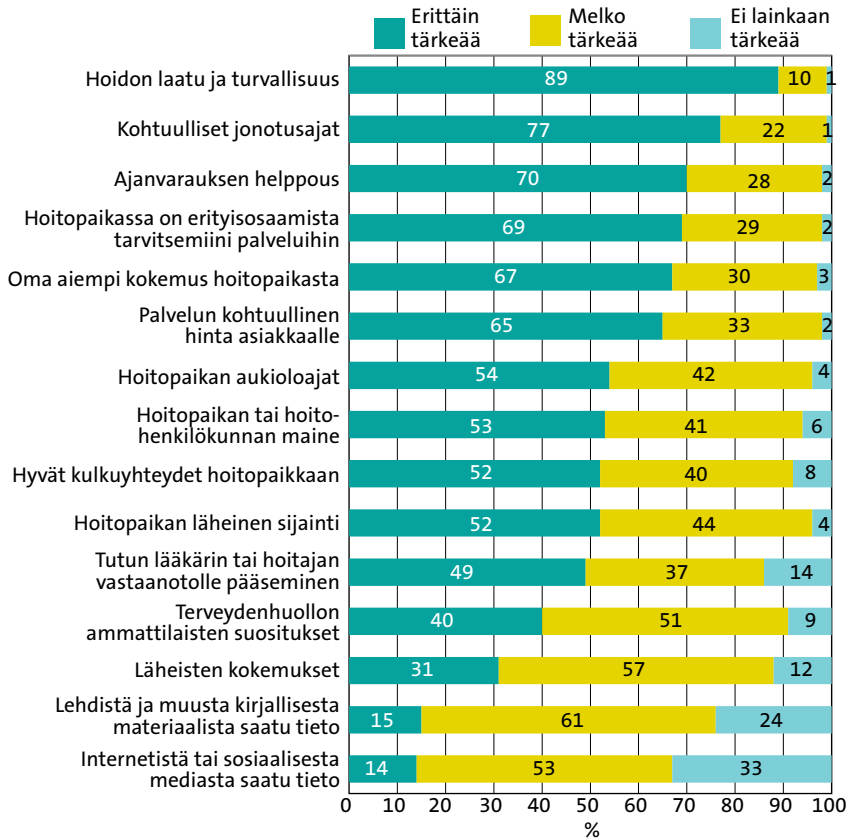


KUVIO 10.2. Vastaajien näkemykset siitä, kuinka tärkeinä he pitävät terveydenhuoltolaissa esitettyjä valintaoikeuksia (% , koko Suomen otos).

Myös oululaiset ja kainuulaiset pitivät tärkeimpänä oikeutta valita heitä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö (erittäin tärkeinä oikeutta pitävien osuudet oululaisista 41 % ja kainuulaisista 38 %) ja sairaala (molemmista 31 %). Oikeutta valita terveysasema piti erittäin tärkeinä 24 prosenttia sekä oululaisista että kainuulaisista. Oikeus hakeutua hoitoon toiseen EU-maahan oli erittäin tärkeää 19 prosentille oululaisista ja 17 prosentille kainuulaisista.

Valintojen tekemisen kannalta tärkeitä asioita

Hoito paikan valinnassa kolme tärkeintä asiaa olivat hoidon laatu ja turvallisuus, kohtuulliset jonotusajat ja ajanvarauksen helppous. Omat aiemmat kokemukset koettiin tärkeämmiksi kuin läheisten tai terveydenhuollon ammattilaisten suositukset. Vähiten valintojen kannalta oli merkitystä lehdistä ja internetistä tai sosiaalisesta mediasta saadulla tiedolla. (Kuvio 10.3.)



KUVIO 10.3. Vastaajien näkemykset siitä, kuinka tärkeitä erilaiset asiat ovat heidän tehdessään hoito paikkoihin liittyviä valintoja (% , koko Suomen otos; vastaajia pyydettiin arvioimaan jokaista tekijää erikseen).

Naiset kokivat miehiä yleisemmin esitetyt asiat erittäin tärkeiksi. Myös ikäryhmien välillä havaittiin joitakin eroja. Nuoremmat arvostivat kohtuullisia jonotusajkoja iäkkäämpiä yleisemmin (erittäin tärkeänä niitä pitivät 20–54-vuotiaista 80 %, 55–74-vuotiaista 75 % ja 75 vuotta täyttäneistä 66 %). Iäkkäimmät arvostivat nuoria yleisemmin hoitopaikan läheistä sijaintia, hyviä kulkuyhteyksiä, tuttua hoitohenkilökuntaa, terveydenhuollon ammattilaisten suosituksia sekä lehdistä ja muusta kirjallisesta materiaalista saatua tietoa. Iäkkäille internetistä tai sosiaalisesta mediasta saatu tieto ei ollut yhtä tärkeää kuin nuorille.

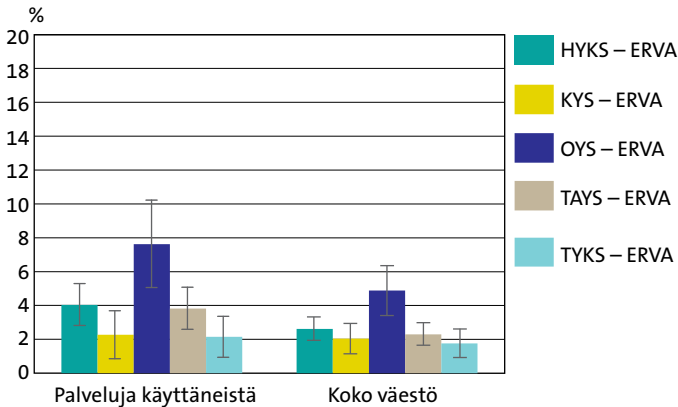
Koulutustason mukaiset erot olivat selvästi pienempiä kuin sukupuolten ja ikäryhmien väliset erot tärkeinä pidetyissä asioissa. Alemmin koulutetut pitivät hoitohenkilökunnan tuttuutta sekä hoitopaikan tai hoitohenkilökunnan mainetta tärkeämpinä kuin korkeasti koulutetut. Kaupungissa asuvat arvostivat kulkuyhteyksiä selkeästi maaseudulla asuvia yleisemmin. Julkisen terveydenhuollon piirissä olevat pitivät työterveys- huollon piirissä olevia tärkeämpinä hyviä julkisia kulkuyhteyksiä (59 % ja 46 %), tutun lääkärin tai hoitajan vastaanotolle pääsyä (56 % ja 42 %), palvelun kohtuullista hintaa (69 % ja 60 %), hoitopaikan tai henkilökunnan mainetta (58 % ja 47 %) sekä terveydenhuollon ammattilaisten suosituksia (44 % ja 35 %). Maaseudulla asuvat arvostivat puolestaan omaa aiempaa kokemustaan kaupungissa asuvia yleisemmin.

Oululaiset ja kainuulaiset pitivät muun Suomen tavoin tärkeimpänä tekijänä valintoja tehtäessä hoidon laatua ja turvallisuutta (Oulun otoksessa erittäin tärkeää -vastausten osuudet 88 % ja Kainuun otoksessa 85 %). Oululaiset pitivät kuitenkin kainuulaisia tärkeämpinä kohtuullisia jonotusaikoja (81 % ja 73 %), ajanvarauksen helppoutta (76 % ja 65 %), hyviä kulkuyhteyksiä hoitopaikkaan (52 % ja 47 %) sekä omaa aiempaa kokemusta hoitopaikasta (70 % ja 64 %). Kainuulaiset puolestaan arvostivat oululaisia enemmän hoitopaikan erityisosaamista (71 % ja 67 %) ja palvelun kohtuullista hintaa (70 % ja 67 %).

Terveysaseman vaihtaminen

Terveysasemaansa vuoden aikana vaihtaneita suomalaisia oli 2,6 prosenttia. Yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueittain tarkasteltuna terveysasemaa oli vaihdettu eniten OYKS-ervan (4,9 %) ja vähiten TYKS-ervan (1,8 %) alueella. Vuoden aikana palveluja käyttäneistä suomalaisista 3,9 prosenttia oli vaihtanut terveysasemaa. Eniten vaihtoja oli tehty OYKS-ervan (7,6 %) ja vähiten TYKS-ervan (2,2 %) alueella. Tulos antaa viitteitä siitä, että OYKS-ervan alueella terveysaseman vaihtaminen on ollut hieman muita alueita vilkkaampaa. (Kuvio 10.4.)

Työssä olevat olivat vaihtaneet julkista terveysasemaansa muita harvemmin. Terveysaseman vaihtamisessa ei ollut eroja sukupuolten, ikäryhmien, vastaajien koulutustason tai asuinalueen välillä. Kolmannes suomalaisista ei ollut käyttänyt julkisen terveysaseman palveluja lainkaan vuoden aikana. Iäkkäämmät olivat käyttäneet terveysaseman palveluja nuorempia enemmän.



KUVIO 10.4. Terveysaseman vaihtaminen yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueittain (ERVA) koko väestössä ja terveysaseman palveluja käyttäneillä (%), koko Suomen otos, 95 %:n luottamusvälit).

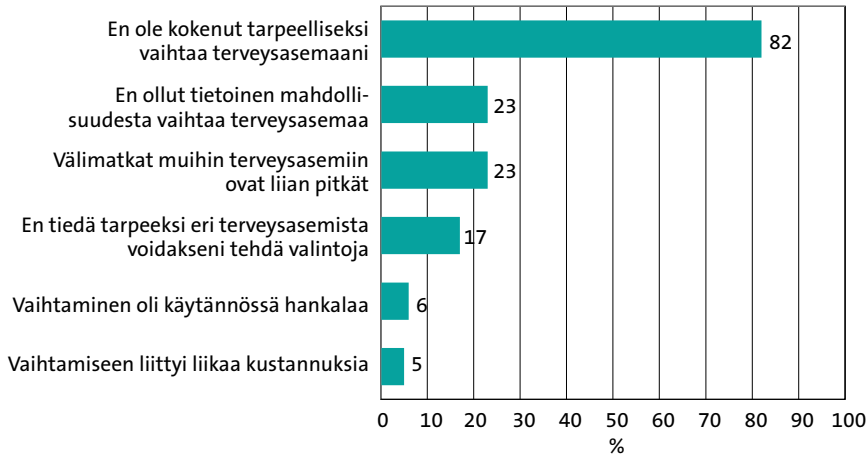
Terveysasemaa vaihtaneista suomalaisista suurin osa (66 %) oli vaihtanut toiseen saman kunnan alueella toimivaan terveysasemaan. Lähes kolmasosa oli valinnut toisen kunnan alueella sijaitsevan terveysaseman. Vain muutama yksittäinen vastaaja oli vaihtanut terveysasemaan toisessa EU-maassa.

Oulun erillisotoksissa terveysasemaa vaihtaneita oli keskimäärin enemmän kuin Kainuun erillisotoksessa ja koko Suomen otoksessa (7,9 %, 1,6 % ja 2,6 %). Valtaosa terveysasemaa vaihtaneista oululaisista (91 %) oli vaihtanut toiseen kunnan alueella sijaitsevaan terveysasemaan. Seitsemän prosenttia oululaisista oli valinnut toisen kunnan alueella sijaitsevan terveysaseman, ja vain prosentti oli hakenut terveysaseman palveluja toisesta EU-maasta. Oululaisista ja kainuulaisista kolmannes ei ollut käyttänyt lainkaan julkisen terveysaseman palveluja vuoden aikana.

Kokemuksia terveysaseman vaihtamisen esteistä

Suurin osa suomalaisista ei ollut vaihtanut terveysasemaansa siksi, ettei vaihtaminen ollut tuntunut tarpeelliselta. Vaihtamista sanottiin hankaloittaneen erityisesti pitkät välimatkat muille terveysasemille ja vaihtamiseen liittyvän tiedon puute. (Kuvio 10.5.) Iäkkäämmillä vastaajilla pitkät välimatkat, vaihtamiseen liittyvät kustannukset ja vaihtamisen hankaluus käytännössä painottuivat nuorempia vastaajia enemmän. Työssä oleville muita merkittävämpiä esteitä olivat tiedon puute ja vaihtamisen hankaluus käytännössä. Myös kaupungissa asuvat pitivät näitä asioita vaihtamisen esteenä enemmän kuin maaseudulla asuvat.

Myöskään Oulun ja Kainuun erillisotoksissa suurin osa vastaajista ei ollut vaihtanut terveysasemaansa, koska ei ollut kokenut sitä tarpeelliseksi (86 % ja 79 %). Kainuussa välimatkat mainittiin Oulua useammin vaihtamisen esteeksi (39 % ja 20 %).

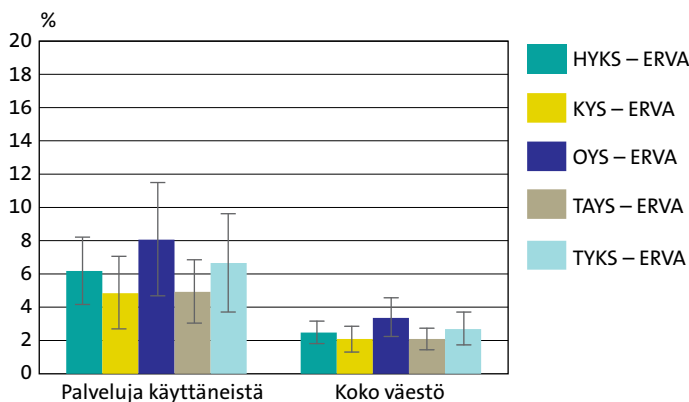


KUVIO 10.5. Vastaajien esittämiä syitä siihen, miksi he eivät olleet vaihtaneet terveysasemaa (% , koko Suomen otos; vastaajat saivat valita useita syitä).

Kainuulaisilla oli oululaisia vähemmän tietoa eri terveysasemista (15 % ja 20 %). Kainuulaiset myös pitivät vaihtamista käytännössä hankalampana kuin oululaiset (11 % ja 4 %) ja näkivät vaihtamiseen liittyvän liikaa kustannuksia (9 % ja 3 %).

Sairaalan vaihtaminen

Erikoissairaanhoidon hoitopaikkaa eli sairaalaa oli vaihtanut vuoden aikana 2,5 prosenttia suomalaisista. Erityisvastuualuiden välillä ei havaittu tilastollisesti merkitseviä eroja vaihtaneiden määrissä. (Kuvio 10.6.) Sairaalaa vaihtaneista suomalaisista valtaosa (81 %) oli valinnut lähimmän sairaalan, jossa heidän tarvitsemaansa hoitoa annettiin. Vajaa viidesosa (18 %) oli valinnut sairaalan muualta Suomesta, ja vain



KUVIO 10.6. Sairaalan vaihtaminen yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueittain (ERVA) koko väestössä ja sairaalapalveluja käyttäneillä (% , koko Suomen otos, 95 %:n luottamusvälit).

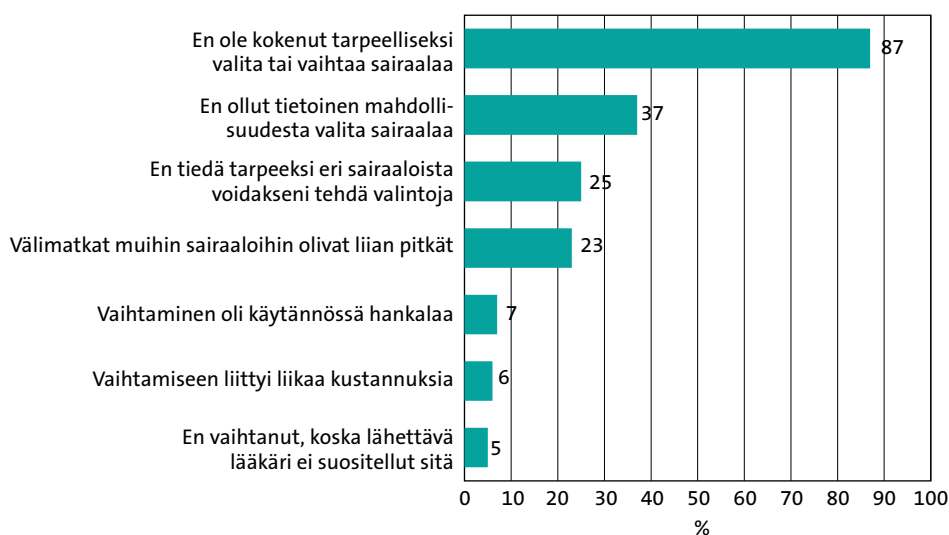
muutama yksittäinen vastaaja oli valinnut sairaalan toisesta EU-maasta. Valtaosa vastaajista ei ollut tarvinnut lainkaan hoitoa tai tutkimuksia erikoissairaanhoidossa vuoden aikana.

Oululaisista vastaajista sairaalaa ilmoitti vaihtaneensa prosentti ja kainuulaisista kolme prosenttia. Valtaosa sairaalaa vaihtaneista oululaisista (90 %) ja kainuulaisista (85 %) oli valinnut lähimmän sairaalan, jossa hoitoa oli saatavilla. Toisesta EU-maasta hoitoa oli hakenut 2,7 prosenttia oululaisista, kainuulaisista ei kukaan. Valtaosa oululaisista ja kainuulaisista vastaajista ei ollut tarvinnut lainkaan hoitoa tai tutkimuksia erikoissairaanhoidossa vuoden aikana.

Kokemuksia sairaalan vaihtamisen esteistä

Valtaosa vastaajista ei ollut pitänyt sairaalan valitsemista tai vaihtamista tarpeellisenä. Moni ei myöskään tiennyt mahdollisuudesta vaihtaa sairaalaa tai ei kokenut tuntevansa eri sairaaloita niin hyvin, että voisi tehdä valintoja. Myös välimatkoja muihin sairaaloihin pidettiin tärkeänä esteenä sairaalan valitsemisessa tai vaihtamisessa. Sen sijaan vaihtamisen käytäntöjä, kustannuksia ja lääkärin suosituksen saamista ei nähty yleisesti kovin suurina esteinä sairaalan valitsemiselle. (Kuvio 10.7.)

Yli 75-vuotiailla vastaajilla sairaaloita koskevan tiedon puute, vaihtamiseen liittyvät kustannukset ja vaihtamiseen liittyvät käytännön hankaluudet painoutuivat esteinä enemmän kuin nuoremmilla ikäryhmillä. Sukupuolten ja koulutustasojen välillä ei havaittu suuria eroja sairaalan vaihtamisen esteissä. Kaupungissa asuvilla esteinä oli maaseudulla asuvia useammin sairaaloita koskevan tiedon puute ja vaihtamiseen liit-



KUVIO 10.7. Vastaajien esittämiä syitä siihen, miksi he eivät olleet vaihtaneet sairaalaa (% , koko Suomen otos; vastaajat saivat valita useita syitä).

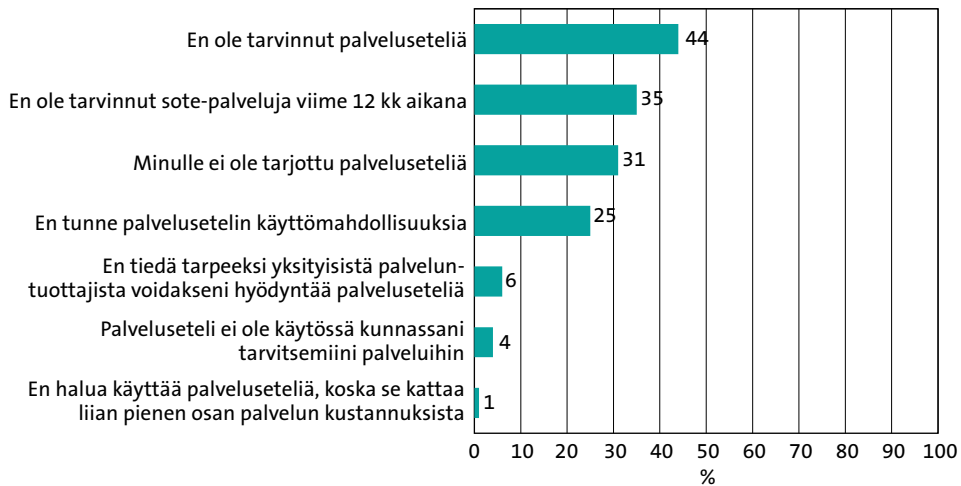
tyvät kustannukset. Maaseudulla asuvat puolestaan ajattelivat kaupunkilaisia useammin, että sairaalan vaihtamisessa on käytännön hankaluuksia.

Myös Oulun ja Kainuun erillisotoksissa valtaosa vastaajista ei ollut vaihtanut sairaalaansa, koska ei ollut pitänyt sitä tarpeelliseksi (90 % ja 84 %). Oululaisista 30 prosenttia ja kainuulaisista 40 prosenttia eivät tienneet, että heidän on mahdollista vaihtaa sairaalaa. Kainuulaiset kokivat oululaisia suurempina esteinä välimatkat muihin sairaaloihin (41 % ja 23 %). Oululaisista 16 prosenttia ja kainuulaisista 29 prosenttia ei tiennyt tarpeeksi eri sairaaloista voidakseen tehdä valintoja. Kustannuksia piti esteenä oululaisista kolme prosenttia ja kainuulaisista seitsemän prosenttia. Vaihtamista piti käytännössä hankalana neljä prosenttia oululaisista ja yksi prosentti kainuulaisista. Oululaisista kolme prosenttia ja kainuulaisista kahdeksan prosenttia ei ollut vaihtanut sairaalaa, koska lähettävä lääkäri ei ollut suositellut sitä tai ei ollut halukas kirjoittamaan lähetettä.

Kokemuksia palvelusetelin käytöstä ja sen esteistä

Suomalaisista 1,7 prosenttia oli käyttänyt palveluseteliä 12 edeltävän kuukauden aikana. Yleisimmin mainitut palvelusetelin käyttökohteet olivat lastenhoito, kodinhoito tai siivous, hammashoito ja silmälääkärin palvelut. Yli 75-vuotiaat vastaajat olivat käyttäneet palveluseteliä nuorempia useammin (yli 75-vuotiaat 4 %, 55–74-vuotiaat 1 % ja 20–54-vuotiaat 1,6 %). Sukupuolten ja koulutustason välisiä eroja palvelusetelin käytössä ei havaittu.

Suuri osa vastaajista ei ollut tarvinnut palveluseteliä tai sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita lainkaan 12 edeltävän kuukauden aikana. Palvelusetelin käytön esteenä



KUVIO 10.8. Vastaajien esittämiä syitä siihen, miksi he eivät olleet käyttäneet palveluseteliä (% , koko Suomen otos; vastaajat saivat valita useita syitä).

oli erityisesti se, ettei palveluseteliä ollut tarjottu vastaajalle tai hän ei tuntenut palvelusetelin käyttömahdollisuuksia. (Kuvio 10.8.) Kuviossa mainittujen kahdeksan syyn lisäksi vastaajat saivat kuvata omin sanoin, miksi he eivät olleet voineet tai halunneet käyttää palveluseteliä. Muutamat vastaajat kuvasivat, että omat rahat ovat toistaiseksi riittäneet palveluihin. Osa oli halunnut mieluummin suosia valinnoillaan julkista sektoria, osalle taas palveluseteliä ei ollut myönnetty, vaikka he olisivat sitä halunneet käyttää. Vastauksissa näkyi myös se, että monella ei ollut mitään tietoa siitä, mikä palveluseteli on.

Oulun erillisotoksessa palveluseteliä ilmoitti käyttäneensä 2,5 prosenttia vastaajista. Kainuun otoksessa palvelusetelin käyttäjiä oli 0,8 prosenttia. Niistä oululaisista ja kainuulaisista, jotka eivät olleet käyttäneet palveluseteliä, suurin osa ei ollut tarvinnut palveluseteliä eikä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita 12 kuukauden aikana. Lähes joka kolmannelle oululaiselle ja kainuulaiselle ei ollut tarjottu palveluseteliä (30 % ja 31 %). Oululaisista 24 prosenttia ja kainuulaisista 22 prosenttia ilmoitti, ettei tunne palvelusetelin käyttömahdollisuuksia. Lisäksi oululaisista viisi prosenttia ja kainuulaisista kuusi prosenttia ilmoitti, etteivät he tiedä tarpeeksi yksityisistä palveluntuottajista voidakseen hyödyntää palveluseteliä. Oululaisista prosentti ja kainuulaisista kuusi prosenttia ilmoitti, ettei kunnassa ollut tarjolla palveluseteliä heidän tarvitsemiinsa palveluihin. Kustannusten kattamisen suhteen oululaisten ja kainuulaisten kokemukset eivät poikenneet koko Suomen keskiarvosta.

Pohdinta

Tässä luvussa tarkasteltiin valinnanvapauden toteutumisen edellytyksiä suomalaisten kokemusten näkökulmasta. Tulosten perusteella valintaoikeuksista tiedetään, valinnanvapautta pidetään tärkeänä, mutta valinnanvapauden toteutumisen keskeiset esteet ovat tiedon puute ja vaihtoehtojen vähäisyys. Vaihtoehtojen hoitopaikkojen välillä on usein liian pitkä matka.

Valintaoikeudet tunnetaan kohtuullisesti

Tulostemme mukaan keskimäärin puolet suomalaisista tunsivat terveydenhuoltolain mahdollistamat valintaoikeudet. Tätä voidaan pitää kohtuullisen hyvänä siihen nähden, että terveydenhuoltolain valintaoikeudet laajentuivat valtakunnallisiksi samana vuonna (2014), jolloin aineistomme kerättiin. Tähän on voinut vaikuttaa se, että väestön valintaoikeuksista on kirjoitettu viime vuosina tiedotusvälineissä paljon ja myös kuntien on havaittu tiedottavan kiireettömän hoitopaikan valinnasta kohtalaisen hyvin internetsivuillaan (Tuorila 2016). Tutkimuksemme mukaan oikeutensa tunsivat parhaiten henkilöt, jotka palveluja todennäköisesti eniten tarvitsevat, eli julkisten palvelujen piirissä olevat, palveluita käyttäneet ja iäkkäämmät henkilöt. Nämä ha-

vainnot ovat osin samoja kuin aiemmissa tutkimuksissa (esim. Aalto ym. 2015, Dixon ym. 2010). Tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan sanoa, onko juuri palvelujen käyttö ohjannut väestöä etsimään tietoa valintaoikeuksistaan vai onko palvelujen käyttäjille vain tietoa tarjolla muita paremmin.

Hoitavan ammattilaisen valinnan mahdollisuutta arvostetaan eniten

Valtaosa suomalaisista piti tärkeinä kaikkia terveydenhuoltolaissa esitettyjä valintaoikeuksia. Oikeus valita hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö nousi vastauksissa tärkeimmäksi yksittäiseksi valintaoikeudeksi. Tulos on kiinnostava, sillä julkisessa keskustelussa valinnanvapaudesta puhuttaessa on useimmiten viitattu vain oikeuksiin valita terveysasema tai sairaala ja pohdittu niiden tärkeyttä väestölle. Tutkimuksemme perusteella hoitoyksikön ”seinien” valitseminen on väestölle vähemmän tärkeää kuin hoitopaikassa työskentelevän ammattilaisen valinnan mahdollisuus. Nykyisen terveydenhuoltolain mukaan hoitoyksiköt voivat kuitenkin olla toteuttamatta potilaan toivetta valita häntä hoitava ammattihenkilö, jos se on yksikön tilanteessa mahdotonta järjestää. Käytännössä näin voi tapahtua esimerkiksi, jos tietyn terveysaseman lääkärin vastaanotolle on halukkaita enemmän kuin lääkärin on mahdollista hoitaa hoitotakuun puitteissa. (Kalliomaa-Puha 2015.) Toistaiseksi on kerätty vasta vähän tietoa siitä, kuinka hyvin hoitavan ammattilaisen valitseminen on käytännössä toteutunut Suomessa. Eräessä kotimaisessa tutkimuksessa viidesosa terveysasemaa vaihtaneista ilmoitti kokeneensa vaikeuksia päästä haluamansa lääkärin hoidettavaksi (Vehko ym. 2016).

Hoidon laatu ja hoitoon pääsy ovat tärkeitä, mutta niistä on saatavilla huonosti tietoa

Tässä tutkimuksessa tärkein valintoihin vaikuttava asia väestölle oli hoidon laatu ja turvallisuus. Hoidon hyvää laatua varmasti arvostavat kaikki, mutta käytännössä valinnan tekeminen saatavilla olevien laatutietojen valossa on hankalaa, sillä Suomessa ei kerätä hoitoyksiköistä tietoja systemaattisesti eikä yhdenmukaisella tavalla. Tuoreessa tutkimuksessa erityisesti paljon palveluja tarvitsevat ja kroonisia sairauksia sairastavat potilaat olivat tyytymättömiä vaihtamista tukevan tiedon määrään (Aalto ym. 2015). Suomessa olisikin akuutti tarve muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden laadusta kertovia ja avoimesti saatavilla olevia indikaattoreita, joita on kehitetty potilaiden valintojen tueksi esimerkiksi Englannissa ja Ruotsissa (ks. tarkemmin luvut Valinnanvapaus Englannissa ja Valinnanvapaus Ruotsissa). Hoitoyksiköistä kerättävän tiedon tarpeellisuutta on pidetty tärkeänä monissa muissakin tutkimuksissa ja selvityksissä (esim. Tuorila 2016, Aalto ym. 2015).

Hoidon laadun lisäksi valintojen tekemisessä tärkeimpiä asioita suomalaisille olivat tutkimuksemme mukaan kohtuulliset jonotusajat ja ajanvarauksen helppous. Nämä asiat ovat korostuneet kiinnostavalla tavalla myös muissa tutkimuksissa, esimerkiksi tuoreessa väestötutkimuksessa suomalaiset nostivat palvelujen saatavuuden ja sujuvuuden valinnanvapauden lisäämistä tärkeämmiksi tavoitteiksi sote-uudistuksessa (Aalto ym. 2016). Tämän voidaan tulkita kuvaavan, että suomalaiset toivovat ensisijaisesti helppoa ja nopeaa hoitoon pääsemistä apua tarvitessaan ja valinnanvapauden lisääminen on ajankohtaista vasta tämän tavoitteen toteutumisen jälkeen. Toisaalta kuten Aalto työtovereineen (2016) toteaa, valinnanvapauden lisääminen voi myös parhaimmillaan olla keino helpottaa hoitoon pääsyä, jolloin tavoitteet eivät ole vaihtoehtoisia tai keskenään ristiriitaisia.

Tiedon puute ja välimatkat ovat esteitä valintojen tekemisen lisääntymiselle

Terveysasemaa tai sairaalaa vaihtaneiden määrät ovat toistaiseksi olleet maltillisia. Valtaosa suomalaisista ilmoitti, ettei hoitopaikan vaihtamiselle ollut ollut mitään tarvetta ja suurin osa vaihdon tehneistä oli siirtynyt toiseen oman kuntansa alueella sijaitsevaan terveysasemaan tai lähimpään sairaalaan, josta sai tarvitsemansa palvelut. Mainituimpia esteitä hoitopaikan valitsemiselle olivat puutteelliset tiedot valintaoikeuksista tai vaihtoehtoisista hoitopaikoista. Lisäksi liian pitkiksi koetut välimatkat seuraavaksi lähimpään hoitopaikkaan tuotiin esille konkreettisenä esteenä hoitopaikan vaihtamiselle. Välimatkojen merkitys korostuukin Suomessa valinnanvapauden toteutumisen esteenä huomattavasti voimakkaammin, kuin esimerkiksi Englannissa ja Ruotsissa.

Hoitopaikan vaihtamisen esteinä eivät tässä tutkimuksessa juurikaan näkyneet vaihtamiseen liittyvät mahdolliset käytännön esteet tai vaihtamiseen liittyvät kustannukset. Myöskään ammattilaiset eivät tulosten perusteella ole olleet valintojen tekemisen esteenä, sillä vain viisi prosenttia suomalaisista ilmoitti lääkärin olleen haluton kirjoittamaan lähetettä hänen toivomaansa hoitopaikkaan.

Palvelusetelin käytön osalta koetut esteet olivat samansuuntaisia kuin hoitopaikan valitsemiseen liittyvät esteet. Hyvin harva oli käyttänyt palveluseteliä ja moni ilmoitti, ettei sille ollut tarvetta. Monet toivat esille, että eivät tunne palvelusetelin käyttötarkoituksia eikä heille ollut tarjottu seteliä. Palveluseteliin liittyvää tiedottamista olisikin hyvä lisätä kunnissa, sillä setelin käyttäjille suunnatun markkinoinnin on todettu olleen vähäistä (Tuorila 2016). Palvelusetelillä saatavia palveluja on myös monissa kunnissa tarjolla toistaiseksi vähän, mutta suomalaiset eivät tutkimuksemme mukaan pitäneet tarjonnan vähäisyyttä tai palveluseteliin liittyviä kustannuksia kovinkaan suurena esteenä palvelusetelin käytölle.

Lopuksi

Väestön ja potilaiden kokemuksia valinnanvapaudesta ja sen esteistä on tärkeää kerätä jatkossakin säännöllisesti, jotta havaittuihin valinnanvapauden esteisiin voidaan kunnissa etsiä parannuskeinoja. Erityisen tärkeää on selvittää, kokevatko väestö saavansa riittävästi tietoa valinnanvapaudesta ja eri hoitopaikoista ja onko tietoa tarjolla erilaisissa muodoissa erilaisten ihmisten tarpeisiin. Myös valintojen tekemisen ja valintaperusteiden seuranta valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla edistäisi osaltaan valinnanvapauden kehittämistä Suomessa. Poliittisen päätöksenteon haasteeksi jää turvata alueille riittävät palvelut, jotta väestöllä on jotain mistä valita.

11 Julkisella sektorilla työskentelevien terveydenhuollon ammattilaisten asenteet valinnanvapautta kohtaan

LAURA HIETAPAKKA, ANNE WHELLAMS JA MAIJALIISA JUNNILA

Valinnanvapauden edistäminen lainsäädännössä ei yksinään takaa valinnanvapauden toimeenpanon onnistumista. Asiakkaan valinnanvapauden toteutumisen kannalta keskeisin hetki on sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välinen kohtaaminen. Tällöin ammattilaisen suhtautuminen asiakkaan valinnanvapauteen saattaa käytännössä vaikuttaa siihen, pystyykö potilas osallistumaan esimerkiksi hoitopaikkansa valintaan tai tekemään itse valintoja saamansa tiedon perusteella.

Valinnanvapauden toteutuminen käytännön potilastilanteissa vaikuttaa myös siihen, hyötyykö palvelujärjestelmä valinnanvapaudesta oletetulla tavalla. Esimerkiksi jos ammattilaisten suhtautuminen valinnanvapauteen on hyvin kielteistä ja se rajoittaa asiakkaan valintoja, eivät valinnat ohjaa hoidon laadun parantumista tai palvelujen tehostumista kuten on oletettu. Ruotsissa ja Englannissa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että vaikka ammattilaisten suhtautuminen asiakkaan valinnanvapauteen ja sen edistämiseen on ollut yleisesti myönteistä, ei valinnanvapauden implementointia käytäntöön voida kyseisissä maissa vielä useiden vuosienkaan jälkeen pitää täysin onnistuneena (Dixon ym. 2010, Winblad 2008 ja 2010).

Tässä luvussa kuvataan tutkimusalueidemme julkisen terveydenhuollon työntekijöiden asennoitumista asiakkaan valinnanvapauteen ja analysoidaan asenteisiin yhteydessä olevia tekijöitä aineistomme ja aiemman kansainvälisen kirjallisuuden valossa.

Aiempi kirjallisuus terveydenhuollon ammattilaisten valinnanvapausasenteista

Kansainvälisessä kirjallisuudessa on tuotu esille useita erilaisia tekijöitä, jotka ovat olleet yhteydessä terveydenhuollon ammattilaisten valinnanvapausasenteisiin sekä siihen, ovatko ammattilaiset ottaneet valintojen tekemisen mahdollisuuden esille käytännön potilastyössä. Eniten tutkimusta on tehty lääkärin työn näkökulmasta. Lääkäri on usein keskeisimmässä portinvartijan roolissa potilaan valinnanvapaudessa, sillä potilas ei voi tehdä kaikkia valintoja ilman keskustelua ja päätöksiä hoitoon lähettävän lääkärin kanssa.

Näkemykset terveydenhuollon ammattilaisen roolista

Englannin ja Ruotsin valinnanvapausreformien tavoitteena on ollut parantaa hoidon saatavuutta ja potilaan osallistumista hoitopaikan valintaan liittyvään päätöksentekoon. Lääkärin on toivottu ottavan valintojen tekemisen mahdollisuuden esille potilaan kanssa aina, kun potilas tarvitsee jatkohoitoa (Dixon ym. 2010). Myös muun hoitohenkilökunnan on toivottu ohjaavan potilasta erityisesti valintoihin liittyvissä käytännön asioissa. Potilaan ottaminen mukaan päätöksentekoon ja vaihtoehtoisia ohjaaminen ovat laajentaneet terveydenhuollon ammattilaisten työnkuvaa ja asettaneet haasteita perinteisille työtavoille ja käsityksille ammattilaisen roolista potilastyössä.

Perinteisen käsityksen mukaan lääkärin tehtävä on ollut lääketieteellisen osaamisensa perusteella vastata potilaan hoidosta ja siihen liittyvistä valinnoista, usein kysymättä niistä erikseen potilaan mielipidettä (esim. Calne ym. 2009). Kliinistä autonomiaa haastavaan ja uuteen rooliinsa potilaan valintojen tukijana lääkärit ovatkin suhtautuneet tutkimuksissa hyvin erilaisin tavoin. Myönteisesti uuteen rooliinsa suhtautuneet lääkärit ovat olleet valmiita keskustelemaan potilaan kanssa sekä kliinisistä että ei-kliinisistä näkökulmista valintojen tekemisessä. Toiset kuitenkin kokivat, että lääkärin tulisi ottaa kantaa vain kliinisen hoidontarpeen osalta tai tehdä jatkossakin suoraan päätökset potilaan puolesta. Nämä lääkärin erilaiset tavat suhtautua omaan ammattirooliinsa vaikuttivat osaltaan siihen, tarjosivatko lääkärit valinnanvapautta potilaalle vai eivät. (Rosen ym. 2007.)

Englannissa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin lisäksi, että lääkärit antoivat potilaalle päätösvallan lähinnä rutiinityyppiseen hoitoon liittyvissä valinnoissa, mutta ohjasivat potilasta oman näkemyksensä mukaan silloin, kun potilas tarvitsi tiettyä erityishoitoa (Dixon ym. 2010). Myös ruotsalaistutkimuksessa lääkärit ohjasivat potilaiden valintoja pääosin lääketieteellisen hoidontarpeen näkökulmasta ja pitivät potilaan toiveita vähemmän oleellisina (Winblad 2008). Suurin osa tutkimukseen osallistuneista oli myös sitä mieltä, että lääkärillä pitäisi olla lopullinen päätösvalta siitä, mihin potilas ohjataan jatkohoitoon. Syynä tällaisiin näkemyksiin on oletettavasti se,

että lääkäri tuntee, että hänellä itsellään on potilasta enemmän tietoa erityishoitoa tarjoavista lääkäreistä ja hoitopaikoista, ja haluaa sen vuoksi ohjata potilasta hoitovaihtoihin (Dixon ym. 2010).

Näkemykset potilaan roolista ja kyvystä tehdä valintoja

Viime vuosina potilaiden toiminnassa on havaittu muutoksia, jotka eivät aina ole lääkärin työn näkökulmasta myönteisiä. Erilaista tietoa on nykyisin helposti ja laajalti saatavilla internetissä, ja lääkärit ovatkin havainneet, että potilaat ilmoittavat yhä enenevässä määrin jo vastaanotolle tullessaan haluavansa tiettyjä hoitoja tai tutkimuksia (Toiviainen 2007). Lääkärit saattavat pelätä, että saadessaan päätösvallan potilas päätyy tekemään valintoja, jotka ovat hänen tarvitsemansa hoidon kannalta huonoja. Osa lääkäreistä piti myös ongelmallisena havaintoaan, että valinnanvapauden mahdollistumisen myötä osa potilaista oli jättänyt jo alkaneen hoitonsa kesken ja lähtenyt hakemaan toisen lääkärin mielipidettä tarvittavasta hoidosta. (Winblad 2008.)

Lääkärin näkemykset potilaan kyvystä tai halusta tehdä valintoja hoitopaikastaan voivat myös vaikuttaa potilaan valinnanvapauden toteutumiseen käytännössä. Calne kollegoineen (2009) kuvaa, että valinnoista keskusteleminen potilaan kanssa edellyttää luottamuksellista suhdetta lääkärin ja potilaan välillä. Kaikki potilaat eivät halua valintojen tekemiseen liittyvää vastuuta tai eivät kykene tekemään valintoja edes tuetuna. Potilaan tilassa saattaa myös tapahtua muutoksia, jolloin aiemmin päätöksiin kyennyt potilas ei enää pystykään niitä tekemään.

Erilaisissa julkaisuissa ja tutkimuksissa on ollut vastakkaisia näkemyksiä siitä, pitäisikö lääkärin ottaa valinnanvapaus puheeksi harkinnanvaraisesti vai systemaattisesti kaikkien potilaidensa kanssa. Englantilaisessa tutkimuksessa lääkärit olivat sitä mieltä, että valinnanvapautta ei tule tarjota kaikille potilaille automaattisesti. Valinnan tekemisen mahdollisuutta oli myös tarjottu muita todennäköisemmin potilaille, jotka olivat jo valmiiksi tietoisia valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksistaan (Dixon ym. 2010.) Käytännössä osa lääkäreistä oli tarjonnut potilaalle mahdollisuutta valintojen tekemiseen hyvin monotonisesti eli ilman merkityksellistä keskustelua vaihtoehtoja, ellei potilas sellaista erikseen vaatinut. Potilaat ovat kuitenkin eriarvoisessa asemassa, jos valinnanvapaudesta saavat tietoa vain ne potilaat, jotka osaavat vaatia sitä (Dixon ym. 2010, Winblad 2010).

Näkemykset valinnanvapauden tärkeydestä potilaalle

Terveystieteiden ammattilaisen näkemykset siitä, mitä asioita potilas pitää tärkeinä, voivat vaikuttaa siihen, ottaako ammattilainen valinnanmahdollisuuden esille potilaan kanssa vai ei. Englannissa tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että lääkärit eivät uskoneet potilaiden tietävän mahdollisuuksistaan valita. Lääkärit myös olettivat virheellisesti, ettei valintojen tekeminen ole potilaille tärkeää (Dixon ym. 2010). Tutki-

muksissa onkin esitetty, että jos lääkäreille kerrottaisiin valinnanvapauden olevan potilaille tärkeää, voisi potilaan valinnanvapaus toteutua terveydenhuollossa paremmin.

Lisäksi lääkärille ja potilaalle voivat hyvin erilaiset asiat olla valintatilanteissa tärkeitä. Ne asiat, joiden lääkärit olettivat olevan tärkeimpiä potilaille heidän tehdessään valintoja, eivät olleet samoja, joita potilaat itse sanoivat pitävänsä tärkeimpinä (Dixon ym. 2010). Lääkäriin ymmärrys potilaan näkemyksistä ja tarpeista voi vaikuttaa siihen, pääseekö potilas tekemään valintoja itselleen tärkeistä lähtökohdista käsin.

Näkemykset valinnanvapauslainsäädännön sisällöstä ja tavoitteista

Tutkimuksissa on oletettu, että mitä vähemmän ymmärrystä terveydenhuollon ammattilaisilla on valinnanvapauteen liittyvän lainsäädännön taustalla olevista tavoitteista ja sisällöstä, sitä epätodennäköisempää on, että he korostavat potilaille heidän oikeuttaan tehdä valintoja. Vastaavasti on esitetty, että jos lääkärit eivät hyväksy uutta toimintatapaa, he eivät ole halukkaita auttamaan potilasta valintojen tekemisessä. (Winblad 2008.)

Ruotsalaistutkimuksessa vain puolet tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä tiesi, että valinnanvapaustoimintapolitiikan tavoitteena on lisätä potilaiden osallistumista valintojen tekemiseen (Winblad 2008). Valinnanvapauteen kuuluvat säännöt he osasivat paremmin, joskin vain harva tiesi, että potilas voi valita hoitopaikkansa maanlaajuisesti. Ruotsalaiset lääkärit eivät yleisesti kokeneet toimintapolitiikkaa erityisen uhkaavana. Ne lääkärit, jotka tunsivat valinnanvapauteen liittyvät säännöt ja tavoitteet, olivat muita alttiimpia ohjaamaan potilasta hoitopaikan valinnassa. Toisaalta ne, jotka pitivät toimintapolitiikkaa jollakin tavalla uhkaavana, eivät olleet halukkaita informoimaan potilaita valinnanvapaudesta.

Näkemykset valinnanvapauden vaikutuksista

Terveydenhuollon ammattilaisen näkemykset ja oletukset siitä, miten valinnanvapaus vaikuttaa palvelujen käyttäjiin tai palvelujärjestelmään, muokkaavat hänen suhtautumistaan valinnanvapauteen ja samalla sitä, miten hän tuo valinnanvapauden esille potilastyössä. Englannissa lääkärit suhtautuivat valinnanvapauteen joko myönteisesti tai ristiriitaisesti. Vain vähemmistö heistä kuitenkin ajatteli, että valinnanvapaus antaa lääkärille mahdollisuuden parantaa palveluja (Rosen ym. 2007).

Valinnanvapauden mahdollisista kielteisistä vaikutuksista ehkä eniten on pohdittu eriarvoisuuden lisääntymistä. Esimerkiksi Englannissa 45 prosenttia tutkimukseen osallistuneista lääkäreistä uskoi eriarvoisuuden lisääntyvän (Department of Health 2005). Osa oli huolissaan, että valinnanvapaudesta hyötyvät eniten rikkaat ja koulutetut potilaat, joiden on mahdollista käyttää laadukkaimpia palveluja (Dixon ym. 2010, ks. myös Winblad 2010). Monikulttuurisilla asuinalueilla työskentelevät lääkärit olivat myös huolissaan siitä, että englantia osaamattomien potilaiden mahdollisuudet

päästä tekemään valintoja olisivat muita heikompia (Dixon ym. 2010).

Terveysthuollon kustannusten nouseminen on tuotu esille yhtenä mahdollisena valinnanvapauden haitallisena seurauksena, mutta aiemmissa tutkimuksissa lääkärit eivät ole olleet siitä kovin huolissaan. Esimerkiksi ruotsalaistutkimuksessa vain hyvin harva uskoi, että valinnanvapaustoimintapolitiikka tulisi heidän sairaaloilleen liian kalliiksi (Winblad 2008). Osa englantilaisista lääkäreistä oli kuitenkin huolissaan siitä, että valinnanvapauteen tarvittavat lisäresurssit käytettäisiin tehottomasti (Dixon ym. 2010).

Ammattilaisen osaaminen ja potilaan ohjaamista varten saatavilla olevat laatu-tiedot

Valinnanvapauden toteutumisen perusajatus on, että potilas saa terveydenhuollon ammattilaiselta tietoa valinnan mahdollisuuksista niin kattavasti, että hän pystyy valitsemaan itselleen sopivimman hoitopaikan. Erilaisten vaihtoehtojen tarjoaminen potilaalle ja niistä keskusteleminen edellyttävät ammattilaiselta erittäin suurta tietomäärää, kokemusta sekä ammatti- ja vuorovaikutustaitoja (Calne ym. 2009).

Ruotsissa tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että lääkäreillä oli hyvät perustiedot valinnanvapausreformista, mutta tietoa puuttui yksityiskohdista, kuten potilaan matkakustannusten korvaamisesta ja yksityisten palveluntuottajien valitsemisesta (Winblad 2010). Lääkäreiltä puuttui lisäksi tietoa muiden sairaaloiden jonotustilanteista.

Englannissa tehdyissä tutkimuksissa havaittiin, että lääkärin tiedot eri palveluista ja palvelunantajista vaikuttivat heidän potilaille antamiinsa suosituksiin. Lääkärit perustivat suosituksensa hyvin usein epäviralliseen tietoon, jolloin he esimerkiksi ohjasivat potilaat tuntemilleen spesialisteille tai lähiseudun palveluihin (Sanderson ym. 2013, Dixon ym. 2010, Rosen ym. 2007). Muista kuin lähiseudun palveluista lääkäreillä oli hyvin vähän tietoa, joten he eivät osanneet kertoa niistä potilaalle. Osa lääkäreistä ei myöskään tiennyt, mistä voisi saada tietoa eri palveluntuottajista.

Potilaiden ohjaaminen valinnoissa perustuu toimintapolitiikan mukaan siihen, että lääkärillä ja muilla terveydenhuollon ammattilaisilla on käytössään tietoa hoidon laadusta. Vaikka laatu-tietoa on esimerkiksi Englannissa kerätty huomattavasti enemmän kuin Suomessa, eivät englantilaiset lääkärit silti kokeneet, että heillä olisi sitä tarpeeksi, niin että he voisivat ohjata sen perusteella potilaita. Esimerkiksi yhdessä englantilaistutkimuksessa vain puolet tutkimukseen osallistuneista sisäelinsairauksiin erikoistuneista lääkäreistä tiesi, että yksittäisten kirurgien potilaiden kuolleisuusluvusta kerättävä tieto on julkista (Harris ja Mayberry 2014). Samassa tutkimuksessa 20 prosenttia lääkäreistä tiesi, mistä kyseiset tiedot löytyvät ja vain 10 prosenttia oli käynyt tutustumassa niihin.

Potilaille välitettävä laatu-tieto on myös tutkimuksissa ymmärretty hyvin eri tavoin; eräässä tutkimuksessa lääkärit viittasivat usein subjektiivisiin hoitoon pääsy- ja jonotusaikoihin, potilaiden kokemuksiin sekä hoidon prosesseihin ja ympäristöön ei-

vätkä niinkään kliiniseen tehokkuuteen tai lopputuloksiin (Dixon ym. 2010). Osa lääkäreistä ei luottanut virallisiin tietolähteisiin, kuten jonotustietoihin, sillä he arvelivat, että tiedot eivät välttämättä ole luotettavia esimerkiksi poliittisista tai metodologisista syistä (Dixon ym. 2010, Rosen ym. 2007).

Organisaation ja työyhteisön tuki ja resurssit

Terveydenhuollon organisaatioiden tehtävä on huolehtia siitä, että työntekijöillä on työn tekemiseen tarvittavat taidot, tuki ja resurssit. Havaitut lääkärien puutteelliset tiedot valinnanvapausreformin käytännöistä ja yksityiskohdista voivat osaltaan johtua siitä, ettei heidän organisaatioissaan ole asetettu suurta painoarvoa valinnanvapaudelle tai käyty keskustelua reformin merkityksestä ja ammattilaisten roolista siinä (Winblad 2010).

Lääkärit ovat eri tutkimuksissa olleet sitä mieltä, että organisaatiotekijät eivät estä heitä ohjaamasta potilasta erilaisiin hoitopaikkoihin, mutta valinnanvapauteen liittyvää tietoa ja koulutusta on ollut tarjolla varsin vähän. Ruotsalaistutkimuksessa yli 60 prosenttia lääkäreistä piti olemassa olevaa tietoa toimintapolitiikasta erittäin huonona (Winblad 2008). Lisäksi vain 10 prosentille vastaajista oli tarjottu mahdollisuutta osallistua valinnanvapautta ja potilaan osallistumista koskevaan koulutukseen. Myös englantilaiset lääkärit kokivat, että tietoa koulutuksista sekä koulutusten organisoinnista ja maksajista oli tarjolla niukasti (Department of Health 2005).

Toistaiseksi ei ole juurikaan selvitetty, millä tavoin organisaatiot ja työyhteisöt vaikuttavat ammattilaisten suhtautumiseen valinnanvapauteen. Näyttöä organisaation ja työyhteisön merkityksestä on kuitenkin saatu tutkimuksista, joissa on selvitetty terveydenhuollon ammattilaisten asennoitumista kansallisiin hoitosuosituksiin¹. Niiden mukaan kokemukset sosiaalisen tuen puutteesta työssä ovat olleet yhteydessä kielteisempään asennoitumiseen hoitosuosituksia kohtaan (Korhonen ym. 2010). Ammattilaisten myönteistä suhtautumista hoitosuosituksiin ovat puolestaan edistäneet erityisesti myönteinen organisaatiokulttuuri ja hoitosuositusten käyttöönottoa tukeva työyhteisö (Alanen ym. 2009, Aarons & Sawitzky 2006).

Hoitosuositukset rinnastuvat monessa mielessä valinnanvapaudesta annettuun ohjeistukseen (lainsäädäntöön), sillä nämä molemmat ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työtä ja molemmilla tavoitellaan hoidon laadun parantumista ja hoitokäytäntöjen vaihtelun vähenemistä. Näin ollen voidaan olettaa, että organisaation ja työyhteisön tuella on merkitystä myös terveydenhuollon ammattilaisten asennoitumisessa valinnanvapauteen.

1 Hoitosuosituksilla viitataan Suomessa Lääkäriseura Duodecimin yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa laatimiin, suomalaiseseen terveydenhuoltoon soveltuviin Käypä hoito -suosituksiin, jotka on tarkoitettu terveydenhuollon ammattilaisten käytännön työn tueksi ja hoitopäätösten pohjaksi (www.kaypahoito.fi).

Käytännön potilastyön realiteetit

Voidakseen tehdä aidosti tietoon perustuvia valintoja potilas tarvitsee tukea ja tietoa terveydenhuollon ammattilaiselta erilaisista hoitopaikoista ja niihin liittyvistä asioista. Tiedon antaminen ja erilaisista vaihtoehdoista keskusteleminen potilaan kanssa edellyttää, että terveydenhuollon ammattilaisella on potilaskohtamisissa riittävästi aikaa. Tutkimuksissa ammattilaisten näkemykset ajan riittämisestä ovat vaihdelleet, osa lääkäreistä on kokenut vahvasti, että työssä ei ole aikaa auttaa potilasta valintojen tekemisessä, kun taas toiset eivät ole pitäneet ajan riittämistä ongelmana (Winblad 2008).

Kuitenkin erityisesti perusterveydenhuollon lääkärit ovat olleet huolissaan valinnanvapauden myötä lisääntyvästä työmäärästään ja konsultaatioaikojen piteneemisestä (Dixon ym. 2010, Winblad 2008, Department of Health 2005). Englannissa nämä kielteiset käsitykset liittyivät hyvin usein siihen, että käytössä olevan sähköisen lähetejärjestelmän koettiin toimivan käytännössä huonosti (Dixon ym. 2010). Kielteisimminkin asiaan suhtautuvat lääkärit arvioivat, että valinnanvapaus ei ole helpottanut lääkärin työtä eikä parantanut heidän työtyytyväisyyttään (Department of Health 2005). Nämä seikat voivat osaltaan selittää tutkimustuloksia, joiden mukaan suuri osa lääkäreistä kertoi valinnan mahdollisuuksista potilaalle vain silloin, kun potilas otti itse asian esille (Sanderson ym. 2013, Winblad 2008 ja 2010).

Paikallisen palvelutarjonnan realiteetit

Paikallisten palvelujen määrä ja laatu voivat osaltaan vaikuttaa terveydenhuollon ammattilaisen haluun tarjota valinnanvapautta potilaalle. Englantilaisissa tutkimuksissa lääkärit, jotka työskentelivät alueella, jossa oli ainoastaan yksi paikallinen sairaala, uskoivat, että välimatkat ja vaikeudet matkustaa etäämmällä oleviin palveluihin rajoittavat potilaiden tekemiä valintoja (Dixon ym. 2010, Rosen ym. 2007). On mahdollista, että myös Suomen haja-asutusalueilla lääkärit eivät pidä mainituista syistä valintojen tekemisen tarjoamista potilaalle niin tärkeänä kuin isoissa kaupungeissa asuvat lääkärit saattavat pitää.

Aiemmissa tutkimuksissa on myös havaittu, että alueen paikalliset käytännöt tai paikallispoliittiset päätökset saattavat vaikuttaa siihen, mihin jatkohoitopaikkoihin lääkärin on mahdollista ohjata potilaita (Rosen ym. 2007, ks. myös Winblad 2008). Esimerkiksi on voitu päättää, että tiettyä kroonista sairautta sairastavat potilaat ohjataan alueelta keskitetysti tiettyyn sairaalaan. Toisaalta joillakin alueilla on mahdollista käyttää valinnanvapautta huomattavasti laajemminkin kuin laki edellyttää.

Valinnanvapauden tarjoaminen kansallisesti voi joillakin alueilla olla ristiriidassa sen kanssa, että palvelut halutaan säilyttää asukkaita lähellä (Rosen ym. 2007). Lääkäristä voi tuntua ristiriitaiselta markkinoida potilaalle hoitopaikaksi kauempana sijaitsevaa sairaalaa, vaikka myös lähempänä olevalla oman alueen sairaalalla olisi

mahdollisuuksia hoitaa enemmän potilaita. Ruotsalaistutkimuksen mukaan kuitenkin vain noin viidesosa lääkäreistä koki, että heille on annettu alueellisia rajoituksia sen suhteen, mihin he voivat potilaita ohjata (Winblad 2008).

Ammattilaisten saamat kannusteet valinnanvapauden tarjoamisesta potilaalle

Aiemmissä tutkimuksissa on tuotu esille, että perusterveydenhuollon lääkäreiden sopimukset ja palkkausjärjestelmä voivat vaikuttaa siihen, miten palveluntuottajat suhtautuvat reformeihin ja sitä kautta potilaan valinnan mahdollisuuksiin (Miani ym. 2013). Lääkäreiden toimintaa onkin yritetty ohjata toimintapolitiikan mukaiseen suuntaan tarjoamalla heille henkilökohtaisia kannusteita valinnanvapauden tarjoamisesta potilaalle. Englannissa tarjottiin valinnanvapauden implementoinnin alkuvaiheessa lääkäriasemille lisäkorvaus, jos he ottivat valinnanvapauden puheeksi potilaan kanssa, ja toinen samansuuruinen lisäkorvaus, jos he tekivät potilaalle keskusteluun pohjautuvan varauksen hoitoyksikköön sähköisellä lähetejärjestelmällä. Lääkärit pitivät korvauksen saamista tärkeänä, ja osa heistä kertoi, että ilman korvauksia he lakkaisivat käyttämästä sähköistä lähetejärjestelmää. Toisaalta korvaukset vahvistivat lääkäreiden tunnetta siitä, että kyseinen toiminta on heidän velvollisuutensa eikä jotain, mitä he haluaisivat tehdä muutenkin (Dixon ym. 2010).

Suomessa ja Ruotsissa ei ole ollut käytössä lisäkorvausta eikä toisaalta myöskään velvoitetta ainakaan julkisessa terveydenhuollossa työskenteleville lääkäreille valinnanvapauden tarjoamisesta. Toisaalta potilaiden ohjaamiseen valinnoissa voi Suomessa lääkärin kannalta liittyä eturistiriitoja esimerkiksi tilanteessa, jossa julkisella sektorilla työskentelevä lääkäri toimii myös yksityisenä palveluntuottajana.

Aineisto

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella syksyllä 2014. Kysely lähetettiin kaikille Eksoten, Jyväskylän, Kainuun ja Oulun alueen terveys- tai hyvinvointiasemilla työskennelleille lääkäreille ja hoitotyöntekijöille. Vastaajajoukon rajaamisen lähtökohtana oli ajatus, että valinnanvapauden liittyvät asiat ja potilaan ohjaaminen korostuvat erityisesti perusterveydenhuollossa, josta potilas ohjataan tarvittaessa eteenpäin jatkohoitopaikkaan. Lisäksi oletettiin, että myös erikoissairaanhoidon lääkärit voivat olla tekemisissä valinnanvapausasioiden kanssa, sillä he vastaanottavat potilaita heidän tekemiensä valintojen perusteella ja voivat myös osaltaan ohjata potilaan kulkua eri hoitopaikoissa. Tästä syystä kysely lähetettiin perusterveydenhuollon lisäksi Etelä-Karjalan keskussairaalan (osa Eksotea), Keski-Suomen keskussairaalan, Kainuun keskussairaalan (osa Kainuun sotea) ja Oulun yliopistollisen sairaalan erikoislääkäreille. Tutkimushankkeen alueelliset yhdyshenkilöt välittivät saatekirjeen ja linkin

kyselyyn työntekijöiden työ sähköposteihin. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä kyselyssä kysytty vastaajien henkilötietoja. Kysely oli avoinna vastattavaksi aluksi kahden viikon ajan, jonka jälkeen lähetettiin vielä muistutus osallistua tutkimukseen.

Vastauksia saatiin yhteensä 713. Vastanneista suurin osa työskenteli Jyväskylässä tai Oulussa. Valtaosa oli naisia. Vastaajien ikä vaihteli 19:n ja 66 vuoden välillä (keskiarvo 47 vuotta). Eniten vastauksia saatiin sairaanhoitajilta ja muilta hoitotyöntekijöiltä. Suurin osa vastaajista oli työskennellyt sosiaali- ja terveystieteiden alalla yhteensä yli kymmenen vuotta. Enemmistö työskenteli vakituudessa kokopäivätyössä. (Taulukko 11.1.)

Päätyönsä ohella kuusi prosenttia vastaajista työskenteli yksityisellä sektorilla. Esimiesasemassa työskenteli 15 prosenttia vastaajista. Lähes kaikki vastaajat (98 %) ilmoittivat olevansa työssään suorassa kontaktissa asiakkaisiin joko toisinaan tai jatkuvasti. Terveystieteiden valinnanvapautta liittyvää koulutusta tai ohjausta oli saanut 37 prosenttia vastaajista. Eniten koulutusta tai ohjausta olivat saaneet yli 51-vuotiaat sekä oululaiset vastaajat.

Kyselylomakkeen muodostaminen ja käytetyt tilastolliset menetelmät

Kyselylomakkeessa kysyttiin sosiodemografisista tekijöistä (ks. taulukko 11.1.), työtilanteesta, valinnanvapauskoulutuksesta, valinnanvapautta liittyvistä asenteista, valinnanvapautta tärkeydestä asiakkaalle ja valinnanvapautta vaikutuksesta työyksikön potilasmääriin. Lisäksi lomakkeen lopussa vastaajan oli mahdollista kuvata omin sanoin valinnanvapautta etuja ja haittoja sekä arvioida, mitkä asiat edistäisivät valinnanvapautta kehittymistä Suomessa.

Tässä kyselyssä oltiin kiinnostuneita erityisesti terveydenhuoltohenkilöstön suhtautumisesta terveydenhuoltoalalla esitettyihin valinnanvapautta muotoihin, joten kyselyllä ei kartoitettu palveluseteliin tai Suomen rajat ylittävään terveydenhuoltoon suhtautumista. Pääpaino lomakkeessa oli valinnanvapautta liittyvillä asenneväittämällä, jotka muodostettiin edellä kuvatun kirjallisuuden ja aiempien tutkimustulosten perusteella. Oletuksena oli, että terveydenhuollon ammattilaisten valinnanvapautta-asetteet jakautuvat useampaan ulottuvuuteen, ja sen vuoksi lomakkeeseen kehitettiin useita eri ulottuvuuksia kuvaavia väittämiä.

Tulosten kuvaamista ja valinnanvapautta kuvaavan asennemittarin muodostamista varten lomakkeen 41 väittämää seuloitiin eksploratiivisen ja konfirmatorisen faktorianalyysin avulla jäljelle 23 väittämää, jotka jakautuivat seuraaviin kahdeksaan terveydenhuollon ammattilaisten valinnanvapautta-asetteita kuvaavaan ulottuvuuteen: 1) terveydenhuoltolain selkeys ja toimivuus (kaksi väittämää), 2) valinnanvapautta myönteiset vaikutukset (kolme väittämää), 3) valinnanvapautta kielteiset vaikutukset (kaksi väittämää), 4) organisaation resurssit ja osaaminen (neljä väittämää), 5) työyksikön tuki (neljä väittämää), 6) oma osaaminen (neljä väittämää), 7) valinnan-

TAULUKKO 11.1. Vastaaajien taustatiedot (N = 697–712)

Muuttuja	Luokat	n	%
Sukupuoli	Mies	93	13
	Nainen	614	87
Ikä	30 vuotta tai alle	83	10
	31–40 vuotta	129	18
	41–50 vuotta	159	22
	51–60 vuotta	286	40
	61 vuotta tai yli	50	10
Alue, jossa työskentelee	Eksote	62	10
	Jyväskylä	311	44
	Kainuu	104	15
	Oulu	220	31
Virkanimike tai työtehtävä	Johtava lääkäri tms.	65	9
	Erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri tms.	57	8
	Terveyskeskuslääkäri	33	5
	Hammaslääkäri, erikoishammaslääkäri tms.	52	8
	Johtava hoitaja tms.	29	4
	Sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tms.	205	29
	Lähihoitaja, perushoitaja tms.	59	8
	Fysioterapeutti tms.	44	6
	Suuhygienisti tai hammashoitaja	116	16
Muu hoitotyön nimike tai tehtävä	47	7	
Työskennellyt omassa työyksikössä	Alle vuoden	97	14
	1–2 vuotta	82	11
	3–5 vuotta	142	20
	6–10 vuotta	96	14
	yli 10 vuotta	289	41
Työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla	Alle vuoden	13	2
	1–2 vuotta	31	4
	3–5 vuotta	71	10
	6–10 vuotta	57	8
	yli 10 vuotta	537	76
Työtilanne	Vakituisessa kokopäivätyössä	529	74
	Vakituisessa osa-aikatyössä	57	8
	Määräaikaisessa kokopäivätyössä	91	13
	Määräaikaisessa osa-aikatyössä	20	3
	Muu (mm. opiskelijat ja osa-aikaeläkkeellä, äitiys- tai hoitovapaalla olevat)	15	2

vapaudesta tiedottaminen potilastyössä (kaksi väittämää) ja 8) alueellinen tilanne valinnanvapauden suhteen (kaksi väittämää). Väittämät ovat nähtävissä tulososassa. Valinnanvapausmittarin ulottuvuuksista muodostettiin keskiarvomuuttujat, jotta saataisiin selville asenteita selittäviä tekijöitä sekä asenteiden yhteys valinnanvapauden toteutumiseen käytännössä.

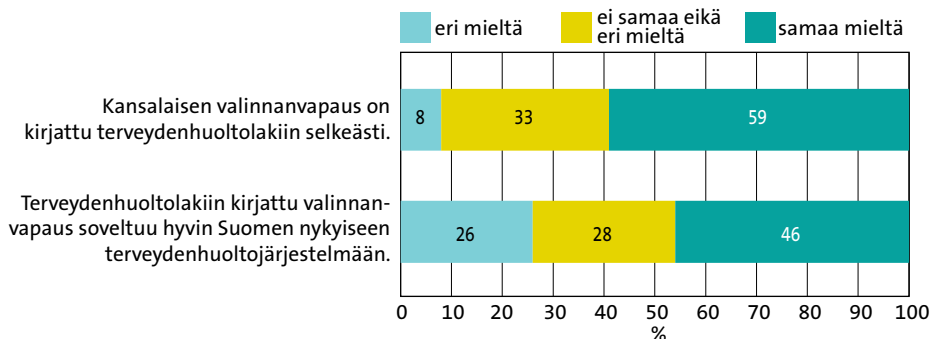
Valinnanvapauden toteutumista käytännössä kysyttiin lomakkeessa erillisellä väittämällä: ”Kerron asiakkaalle valinnan mahdollisuuksista vain, jos hän kysyy niistä.” Kaikkien väittämien arviointiasteikko oli 5-portainen (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä, osin jakaumat on kuvattu kolmiluokkaisina, jolloin 1 = eri mieltä, 2 = ei samaa eikä eri mieltä, 3 = samaa mieltä).

Seuraavassa raportoidaan ensin väittämien jakaumat koko aineiston tasolla. Sen jälkeen kuvataan tekijät, jotka selittivät valinnanvapausasenteita, ja esitetään valinnanvapausasenteiden yhteydet valinnanvapauden tarjoamiseen asiakkaalle. Lopuksi esitetään jakaumat muihin kysymyksiin saaduista vastauksista (mukaan lukien avokysymys) sekä pohditaan tuloksia kokonaisuutena.

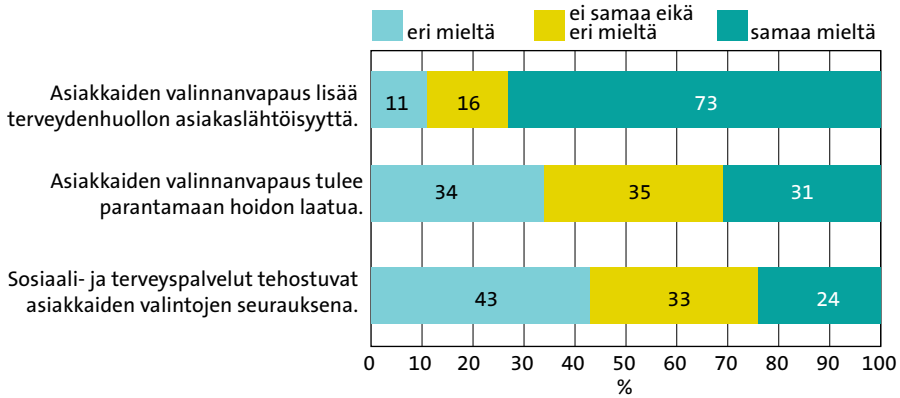
Tulokset

Valinnanvapauden ulottuvuudet koko aineiston tasolla

Hieman yli puolet vastaajista näki, että kansalaisen valinnanvapaus on kirjattu terveydenhuoltolakiin selkeästi. Lähes puolet vastaajista myös ajatteli, että lainmukainen valinnanvapaus soveltuu hyvin Suomen nykyiseen terveydenhuoltojärjestelmään. (Kuvio 11.1.) Lisäksi lakiin kirjatun valinnanvapauden uskottiin tukevan kansalaisen mahdollisuutta tehdä yksilöllisiä valintoja. Vastaajat jakautuivat näkemyksiltään kuitenkin melko tasaisesti kielteisiin, myönteisiin ja kannastaan epävarmoihin sen suhteen, pitäisikö kansalaisen valinnanmahdollisuuksia edelleen laajentaa nykytilanteesta vai ei.



KUVIO 11.1. Terveydenhuoltolain selkeys ja toimivuus (% , n = 710–711).

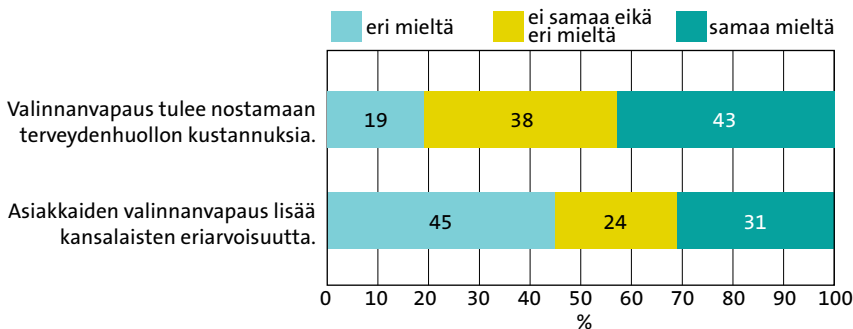


KUVIO 11.2. Valinnanvapauden myönteiset vaikutukset (% , n = 709–713).

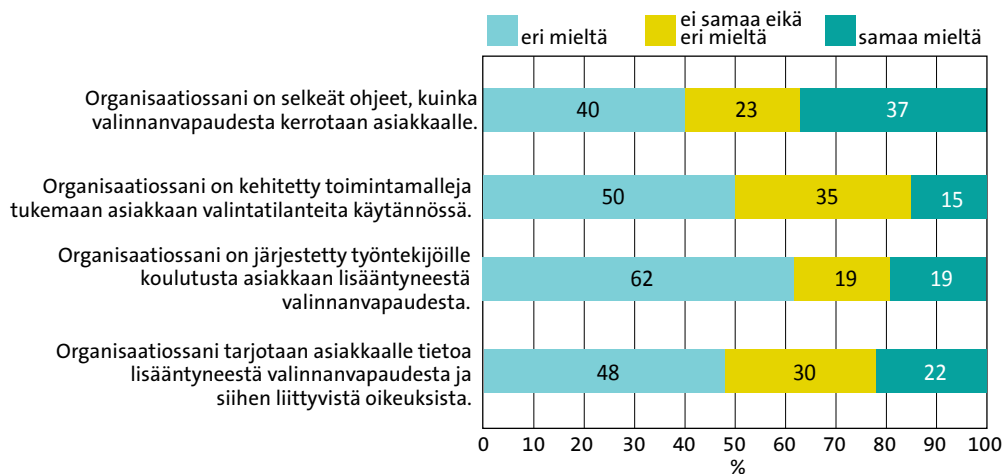
Valinnanvapauden oletetuista myönteisistä vaikutuksista uskottiin eniten siihen, että asiakkaiden valinnanvapaus lisää terveydenhuollon potilaslähtöisyyttä. Sen sijaan näkemykset jakautuivat sen suhteen, tuleeko valinnanvapaus parantamaan hoidon laatua tai tehostuvatko sosiaali- ja terveyspalvelut asiakkaiden valintojen seurauksena. (Kuvio 11.2.)

Myös näkemykset valinnanvapauden oletetuista kielteisistä vaikutuksista jakoivat vastaajien näkemykset. Vastajat uskoivat hieman enemmän siihen, että valinnanvapaus tulee nostamaan terveydenhuollon kustannuksia kuin siihen, että valinnanvapaus lisää kansalaisten eriarvoisuutta. (Kuvio 11.3.)

Enemmistö vastaajista koki, ettei heidän organisaatioissaan työntekijöille ollut juuri järjestetty koulutusta asiakkaan lisääntyneestä valinnanvapaudesta. Puolet vastaajista oli samoin sitä mieltä, ettei organisaatiossa ollut kehitetty toimintamalleja, joilla potilasta voi tukea valintatilanteissa. Myöskään ohjeet valinnanvapaudesta kertomisesta ja tiedon tarjoaminen asiakkaalle eivät kaikkien vastaajien mukaan toteutuneet organisaatioissa. (Kuvio 11.4.)



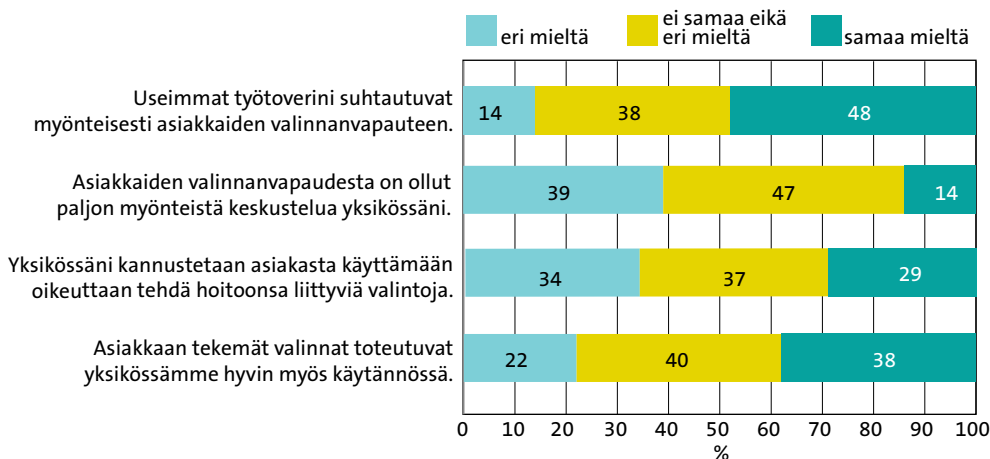
KUVIO 11.3. Valinnanvapauden kielteiset vaikutukset (% , n = 709–711).



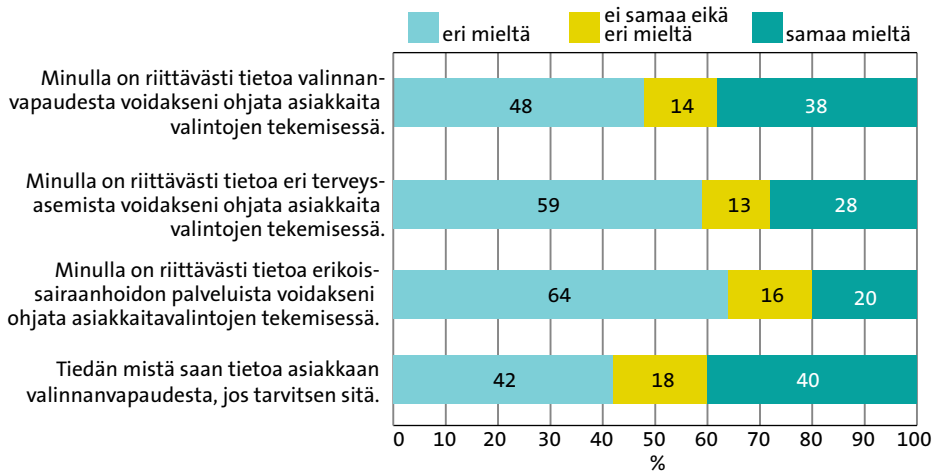
KUVIO 11.4. Organisaation resurssit ja osaaminen (% , n = 709–712)

Suuren osan mielestä oli hankala arvioida yksiköiden toimintaa ja suhtautumista asiakkaan valinnanvapauteen. Lähes puolet arvioi kuitenkin, että useimmat heidän työtovereistaan suhtautuvat asiakkaiden valinnanvapauteen myönteisesti. Yli kolmasosa vastaajista arvioi myös asiakkaiden tekemien valintojen toteutuvan yksikössään käytännössä hyvin. (Kuvio 11.5.)

Suurin osa vastaajista tunsivat omien valinnanvapauteen liittyvien tietojensa olevan puutteellisia. Vähiten tietoa vastaajilla oli erikoissairaanhoidon palveluista sekä eri terveysasemista. Suurta vaihtelua oli siinä, tietääkö vastaaja, mistä hän saa tarvitse-



Kuvio 11.5. Työyksikön tuki (% , n = 709–713).

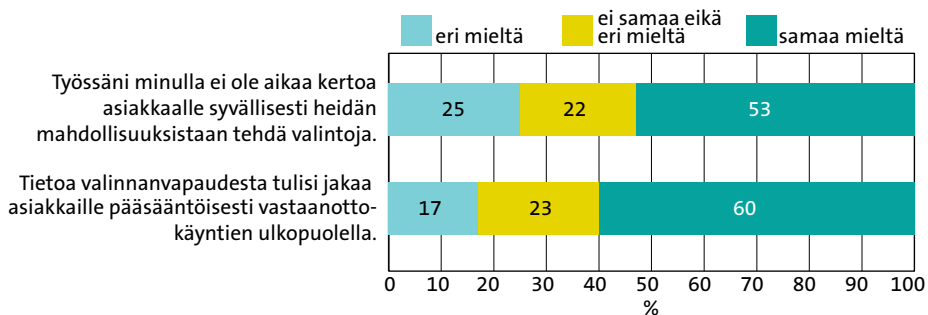


KUVIO 11.6. Oma osaaminen (% , n = 704–711).

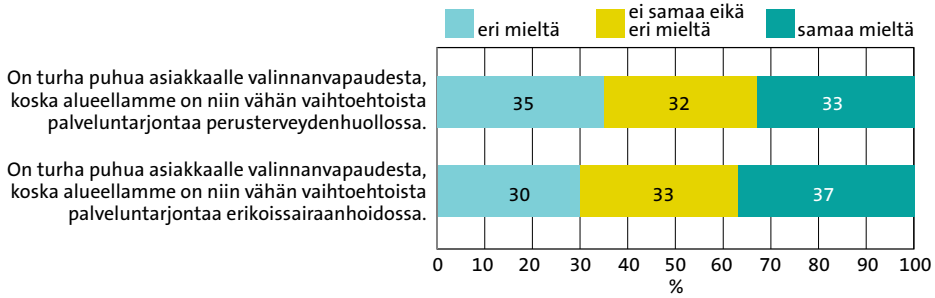
saan tietoa asiakkaan valinnanvapaudesta: 40 prosenttia vastaajista tiesi, mistä tietoa saa, mutta 42 prosenttia ei. (Kuvio 11.6.)

Yli puolet vastaajista sanoi, ettei heillä ole työssään aikaa kertoa asiakkaille syvällisesti heidän mahdollisuuksistaan tehdä valintoja. Enemmistö vastaajista oli myös sitä mieltä, että tietoa valinnanvapaudesta tulisi jakaa asiakkaille pääsääntöisesti vastaanottokäyntien ulkopuolella. (Kuvio 11.7.)

Näkemykset siitä, kannattaako asiakkaalle puhua valinnanvapaudesta vai ei, jakautuivat aineistossa tasaisesti (kuvio 11.8). Kolmasosa vastaajista ajatteli, että heidän alueellaan on niin vähän palvelutarjontaa, ettei valinnanvapaudesta puhuminen kannata, kun taas kolmasosa vastaajista oli päinvastaista mieltä.



KUVIO 11.7. Valinnanvapaudesta tiedottaminen potilastyössä (% , n = 710–712).

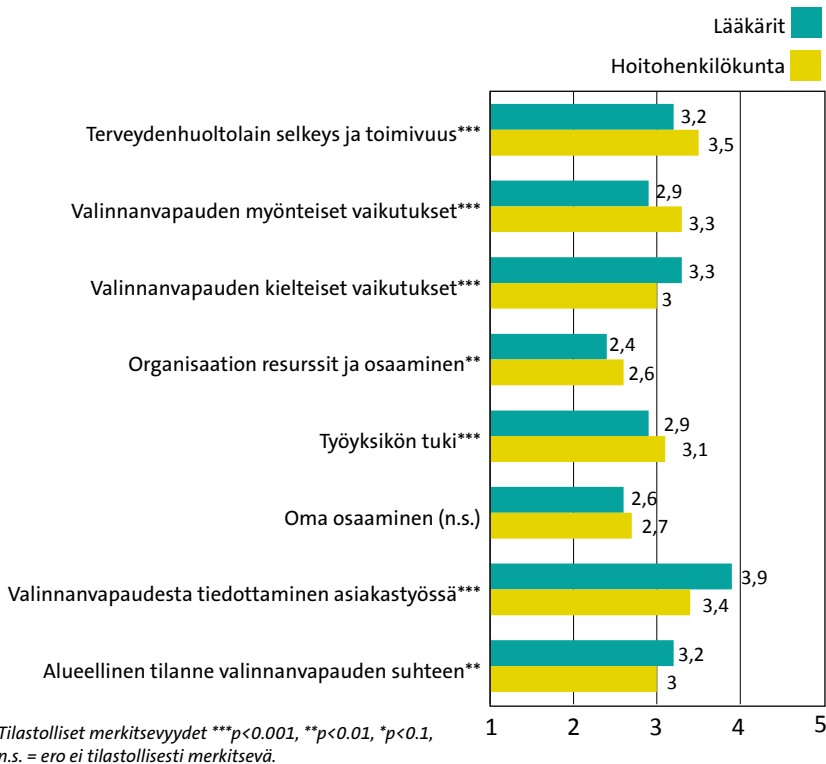


KUVIO 11.8. Alueellinen tilanne valinnanvapauden suhteen (% , n = 709–711).

Valinnanvapausasenteita selittäviä tekijöitä

Erot lääkärin ja hoitohenkilökunnan asenteissa

Lääkärit suhtautuivat valinnanvapauteen kokonaisuudessaan kielteisemmin kuin hoitohenkilökunta (kuvio 11.9). Lääkärit eivät esimerkiksi ajatelleet yhtä vahvasti kuin hoitohenkilökunta, että terveydenhuoltolakiin kirjattu valinnanvapaus soveltuisi Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. He uskoivat hoitohenkilökuntaa vähem-



KUVIO 11.9. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien keskiarvot ammattiryhmittäin. Asteikko 1–5.

män, että valinnanvapaus parantaisi hoidon laatua, ja enemmän siihen, että valinnanvapaus nostaa terveydenhuollon kustannuksia. Lääkärit myös pitivät organisaation resursseja ja osaamista sekä työyksikön tukea huonompana kuin hoitohenkilökunta. Lääkärit kokivat hoitohenkilökuntaa useammin, että tietoa valinnanvapaudesta tulisi jakaa pääsääntöisesti vastaanottokäyntien ulkopuolella.

Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa työskentelevien välillä oli merkitseviä eroja valinnanvapauteen suhtautumisessa, mutta ne kaikki selittyivät lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan välisillä eroilla. Sen sijaan sukupuoli ei selittänyt ammattiryhmien välisiä eroja valinnanvapauteen suhtautumisessa.

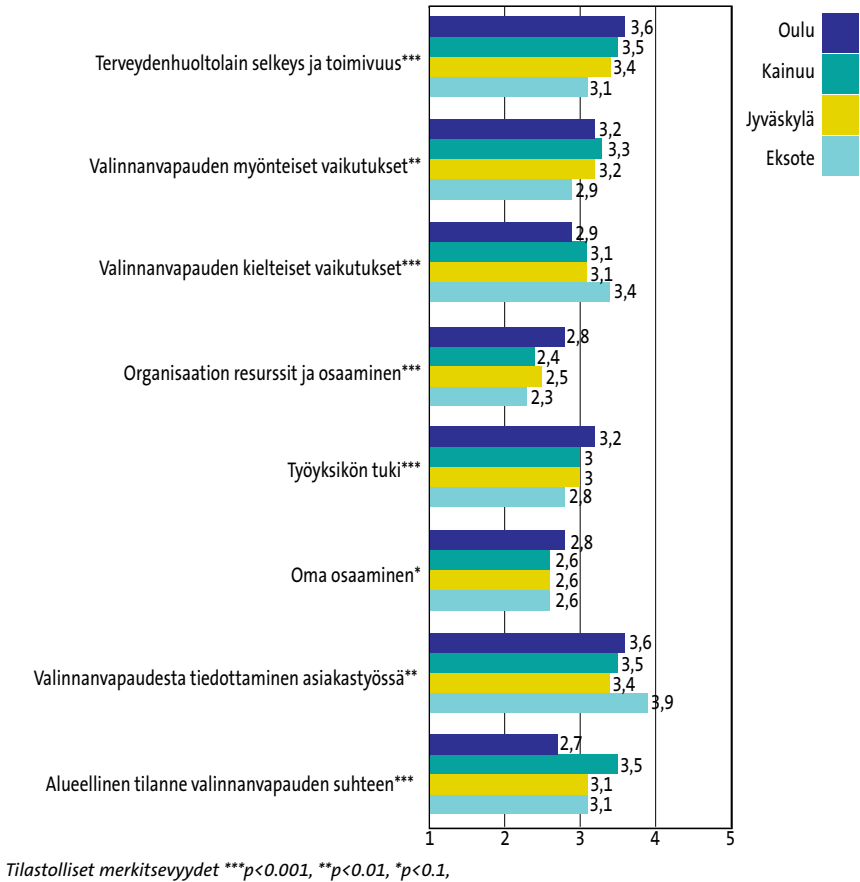
Erot tutkimusalueiden välillä

Yleinen suhtautuminen asiakkaan valinnanvapauteen oli kielteisempää Eksotessa työskentelevillä vastaajilla kuin muiden alueiden vastaajilla (kuvio 11.10). Eksotelaiset näkivät valinnanvapaudessa muita vähemmän myönteisiä vaikutuksia ja enemmän kielteisiä vaikutuksia. He myös uskoivat vähiten terveydenhuoltolain selkeyteen ja sen soveltumiseen Suomen nykyiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Valinnanvapauden myönteisiin vaikutuksiin uskottiin eniten Kainuussa. Alueelliset erot näkemyksissä valinnanvapauden myönteisistä vaikutuksista selittyivät kuitenkin osin lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan välisillä eroilla. Oululaiset vastaajat näkivät valinnanvapaudella vähiten kielteisiä vaikutuksia ja kokivat muita useammin, että valinnanvapaus on kirjattu selkeästi terveydenhuoltolakiin ja että valinnanvapaus soveltuu Suomen terveydenhuoltojärjestelmään.

Oululaisten arviot omasta ja organisaationsa osaamisesta valinnanvapauden osalta olivat parempia kuin muiden alueiden vastaajien arviot. Alueellinen ero omassa osaamisessa selittyi sillä, että oululaiset olivat saaneet muita enemmän koulutusta tai ohjausta valinnanvapaudesta. Myös työyksiköltään oululaiset olivat saaneet muita enemmän tukea valinnanvapausasioissa. Heikoimmiksi organisaation osaamisen, työyksikön tuen ja oman osaamisensa arvioivat Eksoten vastaajat.

Eksoten vastaajat olivat muita useammin sitä mieltä, että heillä ei ole työssään aikaa kertoa asiakkaalle syvällisesti valintojen tekemisestä ja että tietoa valinnanvapaudesta tulisi jakaa asiakkaille pääsääntöisesti vastaanottokäyntien ulkopuolella. Alueelliset erot valinnanvapauden tarjoamisesta potilastyössä selittyivät kuitenkin osin lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan välisillä eroilla.

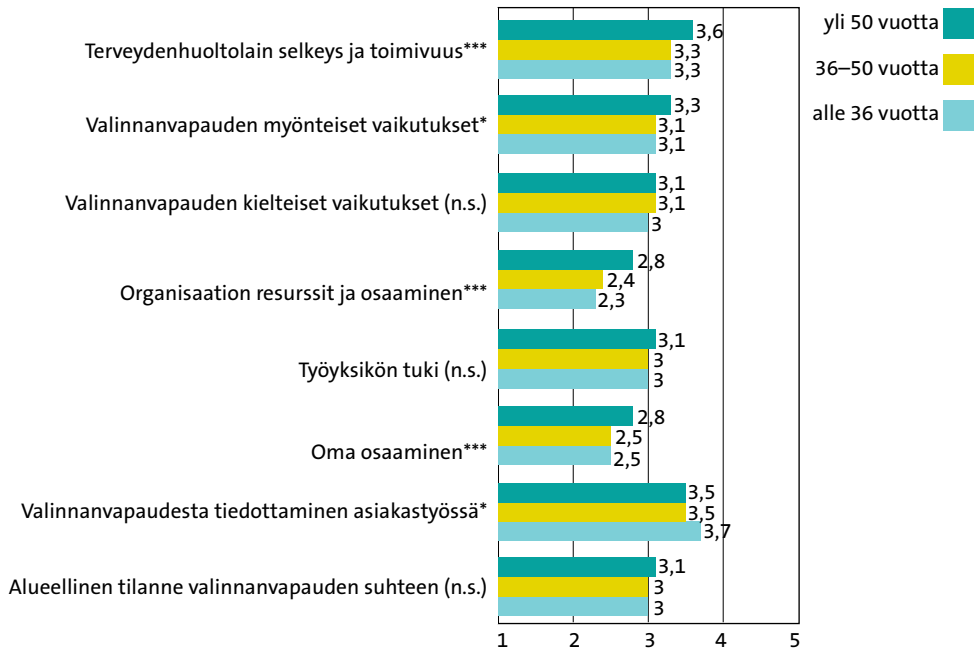
Etäisyydet hoitoyksiköiden välillä puolestaan näkyivät eniten kainuulaisten vastauksissa. He näkivät muita useammin, että valinnanvapaudesta on turha puhua asiakkaalle, koska heidän alueellaan on niin vähän vaihtoehtoja palveluntarjontaa josta valita.



KUVIO 11.10. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien alueittaiset keskiarvot. Asteikko 1–5.

Eröt ikäryhmien välillä

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa vanhimmat vastaajat (yli 50-vuotiaat) näkivät valinnanvapaudella olevan nuorempia enemmän myönteisiä vaikutuksia ja pitivät myös terveydenhuoltolakiin kirjattua valinnanvapautta selkeämpänä ja soveltuvampana Suomen terveydenhuoltojärjestelmään (kuvio 11.11). Lisäksi vanhimmat vastaajat arvioivat oman ja organisaationsa resurssit ja osaamisen paremmaksi kuin nuoremmat vastaajat. Nuorimmat vastaajat ajattelivat vanhempia useammin, että heillä ei ole työssään aikaa kertoa asiakkaalle valinnanvapaudesta ja että tietoa tulisi jakaa pääsääntöisesti vastaanottokäytien ulkopuolella.



Tilastolliset merkitsevyydet *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.1$,
n.s. = ero ei tilastollisesti merkitsevä.

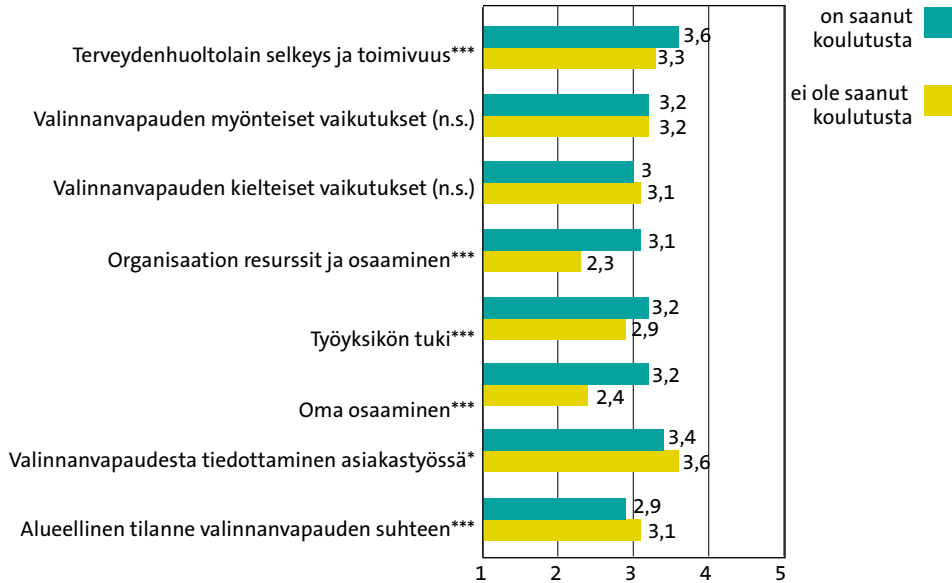
KUVIO 11.11. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien keskiarvot ikäryhmittäin. Asteikko 1–5.

Ikäryhmien väliset erot eivät miltään osin selittyneet lääkäreiden ja muun hoitohenkilökunnan välisillä eroilla. Vanhimmat vastaajat olivat saaneet nuorempia useammin koulutusta valinnanvapaudesta ($p < 0,001$), ja tämä selitti osan ikäryhmien välisistä eroista suhtautumisessa valinnanvapaudesta tiedottamiseen potilastyössä.

Erot valinnanvapauskoulutusta saaneiden ja muiden välillä

Ne, jotka olivat saaneet koulutusta tai ohjausta terveydenhuollon valinnanvapaudesta, arvioivat organisaationsa resurssit ja osaamisen, työyksiköltä saadun tuen ja oman osaamisensa muita paremmaksi (kuvio 11.12). He myös näkivät terveydenhuoltolaikiin kirjatun valinnanvapauden selkeämpänä ja soveltuvampana Suomen terveydenhuoltojärjestelmään. Koulutusta saaneet arvioivat myös muita useammin, että heillä on aikaa kertoa valinnanvapaudesta asiakkaalle, eivätkä he pitäneet valinnanvapaudesta puhumista turhana.

Erot suhtautumisessa valinnanvapauteen koulutusta saaneiden ja muiden välillä eivät selittyneet ammattiryhmien eivätkä alueiden välisillä eroilla.



Tilastolliset merkitsevyydet *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.1$, n.s. = ero ei tilastollisesti merkitsevä.

KUVIO 11.12. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien keskiarvot sen mukaan, onko vastaaja saanut terveydenhuollon valinnanvapauteen liittyvää koulutusta tai ohjausta vai ei. Asteikko 1–5.

Valinnanvapausasenteiden yhteys valinnanvapaudesta kertomiseen asiakkaalle

Suurin osa vastaajista (65 %) ilmoitti kertovansa asiakkaalle valinnanmahdollisuuksista vain, jos hän kysyy niistä. Valinnanvapausmittarin eri osatekijöihin suhtautuminen oli yhteydessä valinnan mahdollisuuksista kertomiseen asiakkaalle. Kertominen oli yleisempää silloin, kun vastaaja uskoi valinnanvapaudella olevan myönteisiä seurauksia ja tunsikin organisaation resurssit, työyksikön tuen ja oman osaamisensa riittäväksi.

Vastaajien kokemukset siitä, ettei heillä ole potilastyössä aikaa kertoa asiakkaalle valinnan mahdollisuuksista, olivat puolestaan yhteydessä siihen, että vastaajat kertoivat mahdollisuuksista vain asiakkaan kysyessä niistä. Vastaavasti myös ne, joiden mukaan heidän alueellaan on vain vähän palvelutarjontaa perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, kertoivat asiakkaalle valinnan mahdollisuuksista vain kysyttäessä.

Kun kaikkia valinnanvapausmittarin osatekijöitä tarkasteltiin yhtä aikaa, riittäväksi koetut organisaation resurssit sekä se, että vastaaja tunsikin työssä olevan aikaa

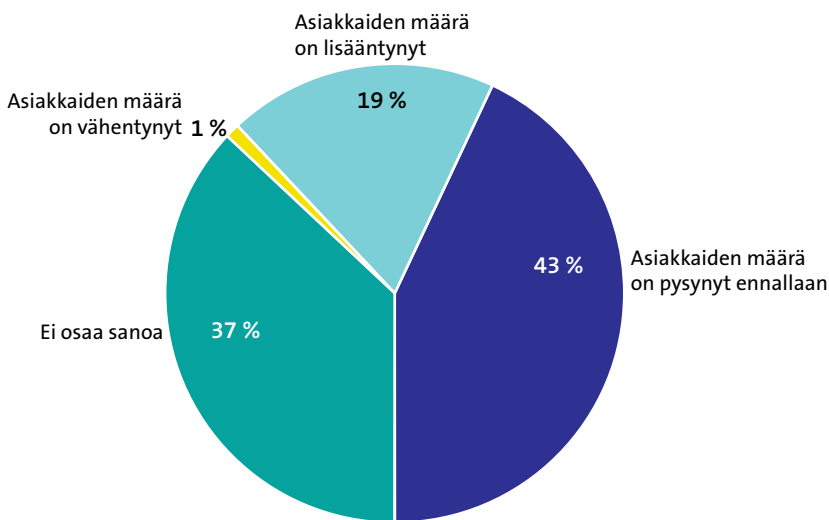
kertoa asiakkaalle valinnan mahdollisuuksista, olivat merkitsevästi yhteydessä valinnanvapaudesta kertomiseen. Vaikka vastaajiin liittyvät tekijät, kuten sukupuoli, ikä ja työskentelyalue, huomioitiin, nämä yhteydet säilyivät samanlaisina.

Valinnanvapauden näkyminen organisaation potilasmäärissä

Suurin osa vastaajista arvioi, että heidän työyksikkönsä potilasmäärät olivat pysyneet ennallaan lisääntyneestä valinnanvapaudesta huolimatta (kuvio 11.13). Eksotessa ja Oulussa työskentelevät vastaajat uskoivat muita useammin, että asiakkaiden määrä oli lisääntynyt valinnanvapauden seurauksena. Yli kolmaosa vastaajista ei kuitenkaan osannut sanoa, oliko asiakkaiden määrä muuttunut suuntaan tai toiseen. Vastaajilla ei ollut juurikaan pelkoa siitä, että heidän työyksikkönsä määrät tulisivat vähenemään merkittävästi asiakkaiden tekemien valintojen myötä.

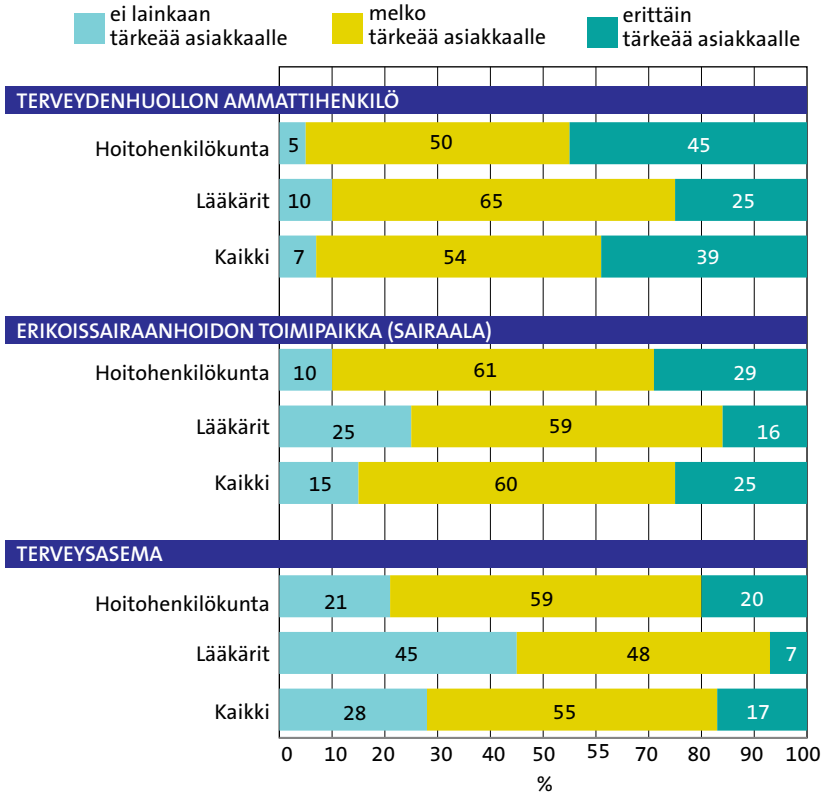
Kokemukset valinnanvapauden tärkeydestä asiakkaille

Hoitohenkilökunta ajatteli lääkäreitä useammin, että oikeus valita terveysasema, sairaala ja terveydenhuollon ammattihenkilö on asiakkaille tärkeää (kaikkien kohtien osalta $p < 0,001$). Mitä tärkeämpää ammattilainen uskoivat terveysaseman valitsemisen olevan asiakkaalle, sitä todennäköisemmin hän kertoi potilaalle valinnan mahdollisuuksista. (Kuvio 11.14.)



KUVIO 11.13. Näkemykset valinnanvapauden vaikutuksista oman työyksikön potilasmääriin (% , n = 712).

OIKEUS VALITA KOKO SUOMEN ALUELTA



KUVIO 11.14. Näkemykset terveydenhuoltolaissa esitettyjen asioiden tärkeydestä asiakkaille (% , n = 709–712).

Vastaajat kokivat valinnanvapauden myös tärkeänä asiana heille itselleen palvelujen käyttäjänä. Suurin osa vastaajista ei pitänyt ikävänä sitä, että joutuu terveydenhuollon ammattilaisena olemaan asiakkaiden valintojen kohteena.

Vastaajien näkemyksiä asiakkaan valinnanvapauden esteistä

Osana kyselyä vastaajat saivat nostaa vapaasti esille valinnanvapautta edistäviä seikkoja ja kuvata valinnanvapauden etuja ja haittoja. Lähes 180 vastaajaa esitti näkemyksiä, joissa painottuivat valinnanvapauden mahdolliset tai havaitut ongelmat. Ongelmat liittyivät kansallisella tasolla tai organisaation toiminnassa havaittuihin puutteisiin, huoliin ammattilaisten työmäärän lisääntymisestä ja kuormittumisen epätasaisesti jakautumisesta sekä potilaiden toiminnassa tai tiedoissa havaittuihin puutteisiin (taulukko 11.2).

TAULUKKO 11.2. Vastaajien näkemyksiä valinnanvapauden mahdollisista tai havaituista ongelmista ja niiden seurauksista

Ongelma	Ongelman kuvaus	Ongelman seuraus
Väestövastuujärjestelmä tai pitkät jonot hoitoon, vaje henkilökuntamäärissä	Yksittäisen ammattilaisen ”vastuulla” on liikaa potilaita, tai jonot hoitoon ovat hallitsemattomat	Potilaan valinnanvapaus ei toteudu, koska ko. lääkäri tai yksikkö ei voi ottaa uusia potilaita nykyisten lisäksi tai alueelta puuttuu vastuulääkäri
Puutteet valintojen kirjautumisessa	Valintojen kirjautuminen on epäselvää tai jäänyt tekemättä	Käynnit eivät tilastoidu, potilaan terveysaseman selvittäminen lisää työntekijöiden työtä
Kankea lainsäädäntö	Terveysaseman vaihtaminen on mahdollista vain kerran vuodessa ja vaatii kirjallisen ilmoituksen, jonka käsittely kestää kolmekin viikkoa	Hidastaa valintojen tekemistä ja lisää byrokratiaa ja ammattilaisten työmäärää
Laatutietojen puute	Hoidon laadusta ei ole saatavilla kansallista vertailutietoa, tai tieto on hankalasti löydettävissä	Potilaan valintojen tekeminen ja hänen ohjaamisensa valinnoissa hoidon laadun perusteella on vaikeaa tai mahdotonta
Terveyshoppailu ja epäterve mainonta	Asiakkaat etsivät hoitoa eri hoitopaikkoja vaihdellen, hoitopaikat houkuttelevat asiakkaita mainostamalla	Hoitokäyntien määrät, turhat tutkimukset ja hoitopaikan vaihtamiset lisääntyvät ilman terveys-hyötyä potilaalle
Tiettyjen ammattihenkilöiden kuormittuminen valintojen seurauksena	Suosittujen lääkärin vastaanotot ruuhkautuvat, kun potilaan on mahdollista valita hoitava ammattihenkilö	Epätasapaino resurssien käytössä, vakanssien määrää tai suuntaamista ei voida organisaatioissa säädellä valintojen mukaisesti, koska linjaukset puuttuvat
Hoidon tai hoitosuhteen jatkuvuus heikentyy	Potilas vaihtaa hoitopaikkaa tai hoitavaa henkilöä usein tai kesken hoidon	Ammattihenkilön ja asiakkaan välinen suhde kärsii, asiakkaiden erityistarpeet voivat jäädä huomaamatta
Potilaiden puutteelliset tiedot valinnanvapaudesta	Potilaat eivät tunne oikeuksiaan tai valinnanvapauden rajoja ja käytäntöjä	Potilas tekee tietämättömydessään huonoja valintoja, ammattilaisilta menee aikaa potilaiden väärinkäsitysten korjaamiseen
Organisaatioissa ei ole ohjeita valinnanvapaudesta	Organisaatioilla ei ole ohjeita, miten valinnanvapaudesta tiedotetaan eikä konkreettisia käytäntöjä ja tarvittavia välineitä (esim. lomakkeiden puute)	Puutteet lisäävät hoitohenkilökunnan työtä, kirjavat käytännöt hankaloittavat ja eriarvoistavat väestöä
Palveluntarjoajien määrä ja etäisyydet palveluntarjoajien välillä	Palveluntarjoajien määrä vaihtelee suuresti alueittain, välimatkat eri hoitopaikkojen välillä ovat joillakin seuduilla suuria	Potilaat ovat valintamahdollisuuksien osalta eriarvoisessa asemassa, syrjäisemmät keskussairaalat näivettyvät asiakkaiden siirtyessä kasvukeskuksiin ja isoihin kaupunkeihin

Kansallisesti suurimpana esteenä terveydenhuollon valinnanvapaudelle nähtiin hoitoon liittyvien laatu- ja tiedotietojen puute. Näitä tietoja tarvitsisivat sekä hoitohenkilökunta ohjatessaan potilaita että potilaat voidakseen vertailla erilaisia hoitopaikkoja. Yksi vastaaja kuvasi tiedontarpeita seuraavasti:

Toimintayksiköiden laatua pitäisi asiakkaan voida vertailla helpommin. Tarvitaan helposti löytyvää tietoa jonotusajoista, toimenpidemääristä, komplikaatioista, henkilöstön kokeneisuudesta, valitusten yms. reklamaatioiden määrästä per toimintayksikkö. Myös henkilöstön työtyytyväisyys /viihtyvyyden vaikuttavat toiminnan laatuun, siitähän pitäisi olla helpommin saatavaa tietoa.

Organisaatioiden näkökulmasta monet vastaajat kertoivat, että selkeät ohjeet valinnanvapauden tarjoamisesta potilaalle ja erityisesti vaihdon toteutuksen hoitamisesta käytännössä puuttuivat. Yksi vastaajista kuvasi organisaationsa hämmentävää tilannetta seuraavasti:

Valinnanvapaus pitäisi ainakin olla mutkaton organisaation kannalta eli kirjaukset mahdollisimman helpot, nopeat ja selkeät. Itse asiassa emme ole saaneet kunnon koulutusta, ainoastaan sähköpostilla viestiä ajanvaraajille, miten tulee toimia. Nyt en edes muista miten kirjaus tapahtuu ja minne. Missä on lomake ja mikä ja kuka täyttää? Minne lähetetään? Selkeät ohjeet??

Vastaajat olivat huomanneet myös, että usein potilaat eivät tunteneet valinnanvapauteen liittyviä oikeuksia ja rajoitteita tai hoitopaikan vaihtamisen edellyttämiä toimintatapoja:

Potilailla ei ole riittävästi tietoa siitä mitä valinnanvapaus tarkoittaa. – – Potilailta on jäänyt pimementoon se prosessi, miten esim. terveysaseman vaihtaminen menee, ei voi vaan kävellä tänään tänne ja huomenna toisaalle. Ja myös se että kun vaihtaa terveysaseman niin myös muu hoito siirtyy sinne. – – Potilaat haluavat vaikka leikkauksen TAYS:ssa, mutta eivät ymmärrä sitä että koko prosessi hoidetaan siellä, ei pelkästään itse leikkaus.

Ongelmia oli paikoin ollut myös asiakkaan tekemien vaihtojen kirjautumisessa potilastietojärjestelmiin. Toisinaan tieto terveysaseman vaihtamisesta oli vaikeasti löydettävissä tai ilmoitusta ei ollut tehty lainkaan. Yksittäisenä, mutta merkittävänä alueellisenä ongelmana monet oululaiset hoitajat toivat esille kummallisuuden, jossa tietojen siirtyminen riippui vauvaikäisen vanhemman toiminnasta:

Oulussa vastasyntynyt lapsi ei kuulu automaattisesti minnekään terveysasemalle vaan vanhempien on tehtävä valinta mieluiten verkossa. Tämä jää monelta vanhemmalta tekemättä vaikka siitä usein muistutetaan. Näin vauvan käynnit/rahat käynnistä eivät kirjaudu minnekään ja tilastoissa näyttää, että asiakkaita on vähemmän mitä onkaan. Parempi olisi, että vauva kirjautuisi automaattisesti samaan missä vanhempi on!

Terveydenhuoltolaissa kuvattu potilaan oikeus valita häntä hoitava ammattihenkilö herätti vastaajissa ristiriitaisia tunteita. Osin pidettiin hyvänä, että hoitosuhteeseen tyytymättömällä asiakkaalla oli mahdollisuus pyytää vaihtamista toisen ammattilaisen tai toisen hoitopaikan hoidettavaksi. Vaihtamisessa nähtiin kuitenkin monia ammattilaisen työtä haittaavia ja lisääviä tekijöitä. Monet vastaajat pohdiskelivat, mi-

ten töiden jakaminen käytännössä toteutetaan, jos joidenkin ammattilaisten vastaanotoille on tunkua ja toisille ei riitä töitä. Ammattilaisten jakautumista asiakkaiden mielissä ”suosittuihin ja inhottuihin” pidettiin käytännön työn kannalta hankalana ja osin pelottavanakin asiana.

Valinnan vapaus voi johtaa siihen, että osan lääkäreiden ja hoitajien vastaanotolle on halukkaita enemmän, kuin mitä ehtii hoitaa. Osa lääkäreistä taas voi jäädä vähemmälle työlle, etenkin huonosti suomea puhuvat lääkärit. Työpaikallamme ei ole selkeää linjaa mitä potilaille valinnan vapaudesta kerrotaan. Tällä hetkellä on määräys, ettei valinnan vapautta ammattihenkilön suhteen saa erityisesti mainostaa, koska pelätään osan henkilökunnan potilasmäärän kasvavan ja osan laskevan.

Ammattihenkilön valintaan liittyvänä ongelmana nähtiin myös keskeisesti se, että henkilöstöresurssit (ja muutkaan resurssit) eivät ainakaan toistaiseksi siirtyneet potilaiden valintojen mukaisesti, joten myöskään työmäärää ei ollut mahdollista kontrolloida vaihtojen perusteella. Eräs esimies pohti tilannetta oman työnsä näkökulmasta seuraavasti:

Näin hoitohenkilöstön esimiehenä nousee ajatus, että mitä teen sille työntekijälle, jonka palveluja haluavat vain muutamat henkilöt tai ei juuri kukaan – Voiko irtisanomisen perusta olla se, että riittävä määrä asiakkaita ei halua ko. työntekijän palveluita?

Hoitavan henkilön vaihtamiseen liitettiin myös muita ongelmia. Erityisesti vastaajat olivat huolissaan potilaan hoidon ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymisestä ja ylläpitämisestä tilanteessa, jossa potilaat vaihtoivat ammattilaiselta toiselle.

Vaihtuva hoitava lääkäri tuottaa runsaasti uudelle lääkärille työtä. Menee yleensä yli vuosi, kunnes hoitosuhde on saatu toimivaksi. Vastaanottoajat pitenevät, kun potilasta ei tunne vuosien takaa. – Päivystysasioissa potilas on tullut edelleenkin lähimmälle terveysasemalle ja hoitosuhde on katkeillut eikä samalla käynnillä ole voitu hoitaa pitkäaikaisia sairauksia, kuten nykyisessä omalääkärisysteemissä on voitu tehdä; käynnit siis kokonaisuudessaan ovat lisääntyneet. Kun hoitava taho vaihtuu, syntyy aina ’ylimääräisiä’ käyntejä, kunnes luottamus on saavutettu. Erityisesti psyykkisesti oireilevat potilaat eivät aina ymmärrä vaihdon merkitystä.

Potilaan hoidon jatkuvuuden esteenä pidettiin myös sitä, jos ammattihenkilön vaihtumisesta seuraa tietokatkoksia hoidossa tärkeistä erityisasioista. Osa vastaajista pelkäsi myös, että jotkut potilaat saattavat alkaa käyttää valinnanvapauttaan kyseenalaisesti. Esimerkiksi ”terveysshoppailun”, erilaisten hoitojen ja lääkkeiden väärinkäytön, ajateltiin voivan lisääntyä, jos potilaan on mahdollista vaihtaa hoitopaikkaa ja hoitavaa henkilöä jatkuvasti.

Ratkaisuiksi valinnanvapautteen liittyviin ongelmiin vastaajat esittivät useita erilaisia asioita. Moni vastaajista toivoi, että pidentyneet hoitojonot saataisiin kuriin ja hoitoonpääsystä tulisi sujuvampaa ennen valinnanvapauden laajempaa edistämistä. Kansallisella tasolla pidettiin tarpeellisenä laatutietojen keräämistä keskitettyyn rekisteriin, jonka ylläpitäjän toivottiin olevan puolueeton ja voittoa tavoittelematon taho. Organisaatioissa toivottiin lisää ohjeistusta, koulutusta ja valintaprosessien sujuvoitta-

mista, kuten valintojen ajantasaista, sähköistä tallentumista potilastietojärjestelmiin. Erityisesti median välityksellä jaettavaa yleistä tietoa valinnanvapaudesta toivottiin, sillä monet pitivät terveysasemien perustyötä niin kiireisenä, ettei valinnanvapaudesta ehdi työssä aina kertomaan asiakkaalle. Resurssien ja rahoituksen selkeämpää ohjautumista toivottiin myös. Muina yksittäisinä toiveina esitettiin eri osapuolten avointa suhtautumista valinnanvapauteen ja panostamista henkilöstöjohtamiseen.

Pohdinta

Noin puolet kaikista tutkimukseemme osallistuneista terveydenhuollon ammattilaisista piti terveydenhuoltolakia selkeänä ja toimivana. Vastajat uskoivat selkeästi eniten siihen, että valinnanvapaus vahvistaa potilaslähtöisyyttä. Muiden valinnanvapauden mahdollisten vaikutusten osalta näkemykset jakautuivat aineistossa enemmän. Kielteisistä vaikutuksista vastajat uskoivat useammin valinnanvapauden nostavan terveydenhuollon kustannuksia kuin lisäävän kansalaisten eriarvoisuutta. Pelko kustannusten nousemisesta näyttäisi huolestuttavan ammattilaisia hieman enemmän Suomessa kuin Englannissa ja Ruotsissa, joissa pelko eriarvoisuuden lisääntymisestä on ollut korostuneempi.

Valinnanvapauteen asennoituminen oli yhteydessä valinnan mahdollisuuksista kertomiseen asiakkaalle. Keskeisimmin valinnan mahdollisuuksista kertomista edistävistä organisaation riittävät resurssit ja se, että työssä olisi kertomiseen riittävästi aikaa.

Ammatti- ja ikäryhmät, alueet sekä koulutus erottelivat valinnanvapausasenteita eniten

Aineiston tarkemmassa tarkastelussa ammattilaisten valinnanvapausasenteita selittivät ja erottelivat parhaiten ammatti- ja ikäryhmien väliset erot, tutkimusalueiden väliset erot sekä se, oliko vastaaja saanut koulutusta tai ohjausta asiakkaan valinnanvapauteen vai ei. Selkein ero oli lääkärin ja muun hoitohenkilökunnan välisissä asenteissa. Lääkärit suhtautuivat kaikkiin valinnanvapausmittarimme ulottuvuuksiin hoitohenkilökuntaa kielteisemmin. Lisäksi lääkärit olettivat hoitohenkilökuntaa useammin, että erilaisten valintojen tekeminen ei ole tärkeää asiakkaalle. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin englantilaisissa tutkimuksissa, joissa erityisesti perusterveydenhuollon lääkärit ovat monista syistä suhtautuneet valinnanvapauteen kielteisesti ja olettaneet usein virheellisesti, että potilaat eivät yleensä ole kiinnostuneita valintojen tekemisestä (Dixon ym. 2010).

Keinojen löytäminen lääkärin asenteisiin vaikuttamiseksi on tärkeä tehtävä jatkossa erityisesti organisaatioissa. Koska lääkärit suhtautuivat tutkimuksessaamme kielteisimmin ajan riittämiseen valinnanvapaudesta kertomiseen, voisi työajan ku-

lumiseen liittyvistä asioista ja niiden kehittämisestä keskusteleminen olla yksi hyvä lähtökohta käytäntöjen ja sitä kautta asenteiden kehittämiseksi. Organisaatioissa voitaisiin miettiä, miten potilaan ohjaaminen valinnanvapausasioissa olisi kokonaisuutena järkevintä tehdä (esimerkiksi parantaa potilaiden mahdollisuuksia etsiä ja löytää tietoa itsenäisesti), ja olisi hyvä myös selvittää, olisiko lääkäreiden ja hoitajien välistä työnjakoa tai työtapoja kenties mahdollista tai hyödyllistä muuttaa siten, ettei kummankaan ammattiryhmän työmäärä kasvaisi kohtuuttomaksi.

Merkitseviä eroja valinnanvapauteen asennoitumisessa löytyi myös eri-ikäisten vastaajien välillä. Vanhin ikäluokka, yli 50-vuotiaat vastaajat, suhtautuivat valinnanvapauteen kokonaisuudessaan nuorempia myönteisemmin. Vanhemmat vastaajat arvioivat erityisesti terveydenhuoltolain selkeyden ja toimivuuden sekä omat ja organisaationsa resurssit ja osaamisen paremmiksi kuin nuoremmat. On mahdollista, että ikäryhmien välinen ero selittyy vanhempien vastaajien työkokemuksella, joka on voinut lisätä heidän osaamistaan ja myönteisiä kokemuksia erilaisista uudistuksista.

Tutkimusalueidemme välillä löytyi myös eroja valinnanvapauteen asennoitumisessa. Eksotessa työskentelevät vastaajat suhtautuivat asiakkaan valinnanvapauteen muita kielteisemmin. Eksoten vastaajien kielteinen suhtautuminen selittyi vain osin aineiston ammattiryhmien välisillä eroilla. Kirjallisuuskatsauksen perusteella oletimme olevan mahdollista, että palvelutarjonnaltaan syrjäisemmillä seuduilla ei valinnanvapauden tarjoamista asiakkaalle pidettäisi niin tärkeänä kuin tiiviimmin asutuilla seuduilla. Tämä näkyi aineistossamme kainuulaisten vastauksissa. He kokivat muita enemmän alueellisen palveluntarjonnan olevan niin vähäistä, että valinnanvapaudesta on turha puhua asiakkaalle.

Tutkimuksessamme havaittuja alueellisia eroja valinnanvapauteen suhtautumisessa on mahdollista hyödyntää valinnanvapauden kehittämisen lähtökohtina kyseisillä alueilla. Joiltakin osin alue-erot voivat heijastaa myös tutkimusalueilla tehtyjä toimia valinnanvapauden edistämiseksi. Esimerkiksi oululaisten muita paremmat arviot omasta ja organisaationsa valinnanvapausosaamisesta voivat selittyä sillä, että valinnanvapausasiat ovat olleet siellä viime vuosina kehittämisen kohteena ehkä muita alueita voimakkaammin.

Neljäs valinnanvapausasenteita selittävä tekijä liittyi siihen, oliko vastaaja saanut valinnanvapauteen liittyvää koulutusta tai ohjausta. Yhteys valinnanvapauteen liittyvän koulutuksen ja myönteisten valinnanvapausasenteiden välillä on tutkimuksemme mukaan varsin lupaava. Koulutusta saaneet vastaajat pitivät muun muassa terveydenhuoltolakia selkeämpänä ja toimivampana sekä omia ja organisaationsa resursseja ja työyhteisön tukea muita parempana. Tulokset antavat aihetta lisätä valinnanvapauteen liittyvää koulutusta ja ohjausta. Jatkossa olisi myös tarpeen selvittää, kenen olisi järkevintä tarjota koulutus (esimerkiksi kansallisesti vai organisaatioissa) ja mitä asioita koulutukseen tulisi sisällyttää, sillä näitä asioita emme kysyneet tässä tutkimuksessa.

Potilaan valinnanvapauden toteutumisen esteet ovat ensisijaisesti kansallisia ja organisatorisia

Tulostemme perusteella näyttää siltä, että asiakkaan valinnanvapauden toteutumisen esteet eivät tällä hetkellä riipu ensisijaisesti yksittäisten työntekijöiden asenteista tai toiminnasta. Sekä kyselyn valinnanvapausväittämät että avoimet vastaukset tuovat esille, että terveydenhuollon ammattilainen joutuu toimimaan toimintaympäristössä, jossa valinnanvapauteen liittyvät käytännöt ovat vielä monilta osin sekavia, puutteellisia tai kankeita.

Kansallisesti asiakkaan ohjaamista valintojen tekemisessä hankaloittavat hoidon laatuun liittyvien seurantatietojen puute sekä joidenkin vastaajiemme mukaan myös terveydenhuoltolain määrittämät rajoitukset valintojen tekemisessä. Kuntatasolla asiakkaan ohjaamiseen vaikuttavat palvelujen järjestämisen tapa (esimerkiksi väestövastuuseen perustuva järjestelmä) ja se, miten asiakkaan valinnat merkitään potilastietojärjestelmiin. Jos hoitojonoja ei hallita ja potilaan valintojen kirjaamisessa on epäselvyyttä, ei lääkäri tai hoitaja välttämättä pidä valinnanvapauden edistämistä mahdollisena.

Organisaatioissa on vastaajiemme mukaan vielä liian vähän ohjeita, koulutusta ja toimintamalleja siihen, miten työntekijöiden pitäisi tarjota asiakkaille valinnanvapautta. Lisäksi ammattilaisia mietityttävät mahdolliset tulevat, potilaiden tekemiin valintoihin perustuvat linjaukset. Esimerkiksi vastaajat pohtivat, tullaanko terveydenhuollon resursseja jatkossa ohjaamaan valintojen mukaisiin suuntiin toisaalta organisaatioiden sisällä (esimerkiksi hoitavan henkilön valinnan suhteen) ja toisaalta organisaatioiden välillä (esimerkiksi siirtämällä henkilöstö- tai muita resursseja niille terveysasemille, joihin hakeutuu muita enemmän potilaita). Suositujen lääkärin ja hoitajien kuormittuminen tulevaisuudessa ja toisaalta vähemmän suositujen lääkärin ja hoitajien tilanne näkyivät monissa avovastauksissa emotionaalisesti ahdistavina tai muuten mietityttävinä kysymyksinä. Vastaajat toivat esille tarpeen saada näihin liittyvä selkeä linjaus organisaatioidensa johdolta.

Aineistostamme saa yleisvaikutelman siitä, että useimmat terveydenhuollon ammattilaiset eivät vastusta asiakkaan valinnanvapauden lisääntymistä sinänsä eivätkä myöskään tunne valinnanvapauden uhkaavan omaa ammatillista rooliaan. Monet vastaajat kantoivat kuitenkin suurta huolta seurauksista, joita asiakkaan valintoikeuksien lisääminen voi aiheuttaa terveydenhuoltojärjestelmälle, ammattilaisen työlle tai potilaalle, jonka kannettavaksi tulee lisää vastuuta. Näihin asioihin suhtautumiseen vaikutti useissa kommentteissa edellä kuvattu valinnanvapauteen valmistautumisen keskeneräisyys Suomessa sekä valtakunnallisesti että organisaatioissa. Jotkut vastaajat esimerkiksi pelkäsivät, että osa potilaista saattaa käyttää palveluja väärin joko tarkoituksellisesti tai hakeutua tarpeettomasti hoitoon seuratessaan vaikkapa hoitopaikkojen houkuttelevaa mainontaa tai epäillessään oman lääkärinsä esittämiä näkemyksiä.

Ammattilaiset pitivät sekä oman työnsä että potilaan kannalta erityisenä vaarana hoitosuhteen jatkuvuuden heikentymistä, jos potilaat alkavat vaihtaa hoitavaa tahoa tai henkilöä tiheästi. Lisäksi potilaiden puutteelliset tiedot valinnanvapaudesta olivat lisänneet ammattilaisten työtä ja vaikuttaneet osaltaan heidänkin käsityksiinsä valinnanvapaudesta.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointia ja jatkotutkimuksen tarpeet

Tutkimuksemme tuloksia arvioitaessa on tarpeen huomioida muutamia tuloksiin mahdollisesti vaikuttaneita asioita. Ensinnäkin kyselyaineisto kerättiin ajankohtana, jolloin terveydenhuoltolaissa määritelty kansallisen tason valinnanvapaus oli ollut voimassa Suomessa vasta vajaan vuoden. Tästä syystä on ymmärrettävää, että valinnanvapausmittarimme ulottuvuuksista erityisesti vastaajien oma osaaminen (tietämys valinnanvapaudesta) ja heidän organisaationsa osaaminen ja resurssit nähtiin tutkimuksessa heikoimpina. On mahdollista, että monissa työyksiköissä tai organisaatioissa ollaan vasta käynnistämässä valinnanvapauden liittyvää keskustelua ja mahdollisia toimintatapoja ja koulutusta. Asenteet myös tyypillisesti muodostuvat pysyvämmiksi vasta pidemmän ajan kuluessa. Onkin toivottavaa, että tietoa terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumisesta valinnanvapauteen kerätään uudelleen muutaman vuoden kuluttua, jolloin voidaan saada kuvaavaa tietoa siitä, pysyvätkö asenteet tämän tutkimuksen havaitsemassa suunnassa vai muuttuvatko ne.

Toiseksi, tutkimusaineisto kerättiin vain neljältä alueelta Suomesta ja ainoastaan terveydenhuollon organisaatioiden työntekijöiltä. Kuten edellä luvussa 9 on kuvattu, tutkittavat alueet olivat Suomen mittakaavassa hieman poikkeuksellisia siten, että tutkimuskunnissa on jo viime vuosien aikana tehty joitakin erityisiä toimia valinnanvapauden edistämiseksi. Ainakin osin valinnanvapauden liittyvät toimintatavat ja järjestelmät poikkeavat tutkimusalueillamme muun Suomen toiminnasta, joten saamamme tulokset eivät ole yleistettävissä koko Suomeen. Tulosten varmistamiseksi (tai kumoamiseksi) tarvitaan lisää tutkimusta valinnanvapauden suhtautumisesta sekä muilta maantieteellisiltä alueilta Suomessa että eri sektoreiden työntekijöiltä, esimerkiksi sosiaalihuollosta ja terveydenhuollon organisaatioiden eri hierarkiatasoilta (kuten organisaation johdolta ja eri alojen ammattilaisilta).

Kolmanneksi, Suomessa on toistaiseksi tehty vasta hyvin vähän valinnanvapauden, saati terveydenhuollon ammattilaisten valinnanvapausasenteisiin liittyvää tutkimusta. Näin ollen myöskään toimivia asennemittareita tai muita mahdollisimman luotettavia tapoja kerätä tietoa valinnanvapausasioista ei ole vielä kehitetty. Tässä tutkimuksessa otimme askelen tämän puutteen korjaamiseksi laatimalla terveydenhuollon työntekijöiden valinnanvapausasenteita kuvaavan mittarin. Toivomme, että mittaria käytettäisiin jatkotutkimuksessa sekä kotimaassa että muualla. Tämä on tarpeen myös mittarin kehittämiseksi ja sen validiteetin varmistamiseksi.

12 Yksityisten terveys- ja vanhuspalvelujen tuottajien kokemuksia valinnanvapaudesta

LAURA HIETAPAKKA, ANNE WHELLAMS JA MAIJALIISA JUNNILA

Suomessa yksityisten palveluntuottajien rooli sosiaali- ja terveyspalveluissa on perinteisesti ollut täydentää julkisia palveluja. Asiakkaat voivat käyttää yksityisiä palveluja vapaasti omalla kustannuksellaan, Kelan tukemana tai yksityisen vakuutuksen turvin. Joitakin palveluja voi käyttää palvelusetelillä. Näiden lisäksi on erilaisia alueellisia toimintatapoja, joissa julkinen sektori ostaa tietyt ulkoistetut palvelut, kuten terveysaseman palvelut, yksityiseltä palveluntuottajalta.

Yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotanto on kasvanut erityisesti terveyspalveluissa 2010-luvulla (Lith 2013). Samalla yksityisten palvelujen henkilöstömäärä on noussut julkisia palveluita nopeammin, ja erityisesti sosiaalipalveluissa yritysten ja järjestöjen osuus on henkilöstömäärillä mitattuna merkittävä (THL 2015). Monet tahot ovat toivoneet, että yksityistä palveluntuotantoa hyödynnettäisiin tulevaisuudessa sosiaali- ja terveyspalveluissa entistä enemmän (esim. TEM 2015a, Erhola ym. 2013).

Asiakkaan valinnanvapauden lisääminen on nähty yhtenä hyvänä keinona edistää yksityisten toimijoiden tasavertaista asemaa julkisen palveluntuottajan rinnalla. Sipilän hallituksen tuoreiden linjausten mukaan tulevan valinnanvapauslainsäädännön myötä palvelunkäyttäjä voi itse valita nykyistä vapaammin palvelujen julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapauden on esitetty olevan jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Valtioneuvoston tiedote 591/2015.)

Yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä pidetään kuitenkin osin toimimattomana. Esimerkiksi hoito- ja hoiva-alan päättäjät ja asiantuntijat ovat erään selvityksen mukaan olleet tyytymättömiä kuntien hankintaosaamiseen sekä julkisen ja yksityisen sektorin vastakkainasetteluun (TEM 2015a). Haastateltavat toivat esille, että sektoreiden välillä on kumppanuuden sijaan kilpailua ja eturistiriitoja. Toisaalta julkista ja yksityistä sektoria kiiteltiin erityisesti rohkeista ja innovatiivisista yhteistyökokeiluista. Yhteistyömalleista toimivimpana pidettiin sitä, että yksityinen sektori toimii osana asiakkaan hoitoketjua.

Yksityisten palveluntuottajien näkemyksistä tarvitaan tietoa tulevaisuuden uudistusten valmisteluun. Tässä luvussa kuvataan tutkimusalueillamme toimivien yksityisten terveys- ja vanhushpalveluntuottajien asennoitumista asiakkaan valinnanvapauteen ja omaan rooliinsa palvelujen tuottajana ja analysoidaan asenteisiin yhteydessä olevia tekijöitä aineistomme valossa.

Aineisto

Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella keväällä 2015. Kysely lähetettiin Ek-soten, Jyväskylän, Kainuun ja Oulun alueella terveys- ja vanhushpalveluja tarjoaville yksityisille palveluntuottajille. Koska valinnanvapaus toimii laajalti terveyspalveluissa, otettiin kyselyn kohdejoukkoon mukaan kaikki palvelualat lukuun ottamatta kuvantamistutkimuksia, laboratoriopalveluita ja sairaankuljetuspalveluita, joissa valinnanvapaus toistaiseksi oletettavasti näkyy vähemmän kuin muissa terveyspalveluissa. Sosiaalipalvelujen osalta kysely rajattiin vanhuksille ja muistisairaille tarjottaviin palveluihin, sillä erityisesti ikääntyneiden yksityiset asumispalvelut ovat olleet yksi ripeimmin kasvaneista sosiaalipalveluista 2000-luvulla (Lith 2013). Lisäksi vanhushpalveluihin on sekä tutkimusalueillamme (ks. luku 9) että muutoinkin Suomessa (ks. Volk ja Laukkanen 2007) tarjolla laajalti palvelusetelillä saatavia palveluja. Oletuksena oli, että erityisesti vanhushpalveluyrittäjillä olisi näkemyksiä valinnanvapaudesta palveluseteliin liittyvien käytäntöjen ja kokemusten vuoksi.

Palveluntuottajien yhteystiedot saatiin Pohjois-Suomen, Länsi- ja Sisä-Suomen sekä Etelä-Suomen aluehallintovirastoilta (Valviran ja aluehallintovirastojen yhteisestä Valveri-rekisteristä). Yhteystiedot pyydettiin sekä alueiden ilmoituksenvaraisilta että luvanvaraisilta toimijoilta, jolloin kyselyn saivat niin yksinyrittäjät ja ammatinharjoittajat kuin isojen kansallisten yritystenkin edustajat (jatkossa käytetään yrittäjä-sanaa puhuessamme sekä yksinyrittäjistä että suurissa yrityksissä toimivista vastaajista). Kyselyyn pyydettiin yhtä vastausta kustakin organisaatiosta, ja vastaajan toivottiin olevan yrityksen toiminnasta vastaava henkilö tai muu sellainen, joka tuntee organisaation toiminnan hyvin. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, eikä kyselyssä kysytty vastaajien henkilötietoja. Kysely oli avoinna vastattavaksi aluksi kahden viikon ajan, jonka jälkeen lähetettiin vielä muistutus osallistua tutkimukseen.

Vastauksia saatiin yhteensä 497. Eniten vastauksia saatiin Oulun alueella työskenteleviltä yrittäjiltä. Yleisimpiä palvelun tuottamisen tapoja olivat itse maksaville asiakkaille, palveluseteliasiakkaille tai vakuutusyhtiön asiakkaille tarjotut palvelut. Yli kolmasosa yrityksistä ilmoitti toimivansa julkisen organisaation hyväksymänä palveluntuottajana puitesopimuksella (sopimuspalveluntuottajana). Eniten vastauksia saatiin terveyspalveluja tarjoavilta yrityksiltä. Näistä suurin osa oli psykoterapia- tai fysioterapiapalveluja tarjoavia ammattilaisia tai yrityksiä. (Taulukko 12.1.) Palveluntuottajien enemmistö (63 %) oli yksin toimivia sosiaali- ja terveydenhuollon ammat-

tilaisia. Pienissä, 2–19 työntekijän yrityksissä työskenteli 26 prosenttia vastaajista, ja loput 11 prosenttia työskentelivät vähintään 20 hengen yrityksissä.

Palvelutarjonnan ja yritysten koon osalta vastaajien jakaumat noudattavat kutakuinkin valtakunnallista tilannetta, josta on saatu tietoja Tilastokeskuksen Yritys- ja toimipaikkarekisteristä (Lith 2013). Sen mukaan pääosa yksityisten terveyspalvelujen henkilöstöstä työllistyy yksityisillä lääkäri- tai hammaslääkäriasemilla, fysioterapiapalveluissa ja niin sanotuissa muissa terveyspalveluissa, kuten psykologipalveluissa. Sosiaalihuollossa henkilöstö on valtakunnallisesti sijoittunut pääosin palvelutalo- ja asumispalvelutoimintaan. Rekisterin mukaan terveyspalveluja tarjoavista yrityksistä 84 prosenttia työllisti alle kaksi henkilöä vuonna 2011. Myös sosiaalipalvelu on Suomessa vahvasti pienyritysvaltaista toimintaa. (Lith 2013.)

Kyselyyn vastanneista suurin osa (70 %) oli naisia. Vastaajien ikä vaihteli 24:n ja 78 vuoden välillä (keskiarvo 52 vuotta). Suurimmalla osalla (64 %) vastanneista oli hoitotyöhön liittyvä tai siihen rinnastuva koulutus tai tutkinto. Lääkärin tai hammaslääkärin tutkinto oli 22 prosentilla, ja sosiaalialan koulutus tai tutkinto oli seitsemällä prosentilla. Kuusi prosenttia ilmoitti, ettei heillä ole lainkaan sosiaali- ja terveysalan koulutusta tai tutkintoa, ja he toimivatkin yrityksessään esimerkiksi toimitusjohtajana tai hallituksen puheenjohtajana. Lähes puolet vastanneista ilmoitti työskennelleensä nykyisessä yrityksessään yli kymmenen vuotta. Viidesosa vastaajista työskenteli yksityisen sektorin lisäksi myös julkisessa sosiaali- tai terveydenhuollossa.

Lähes kaikki vastaajat (98 %) ilmoittivat olevansa työssään suorassa kontaktissa asiakkaisiin joko toisinaan tai jatkuvasti. Terveydenhuollon valinnanvapauteen liittyvää koulutusta tai ohjausta oli saanut 15 prosenttia vastaajista ja palveluseteliin liittyvää koulutusta 24 prosenttia. Palveluseteliin liittyvää ohjausta vastaajat ilmoittivat saaneensa erityisesti julkisen sektorin ohjeistuksista. Terveydenhuollon valinnanvapauteen liittyvää koulutusta puolestaan oli saatu erityisesti erilaisilla koulutuspäivillä, julkisen sektorin ohjeistusten kautta sekä erilaisista valinnanvapautta koskevista julkaisuista, kuten lehdistä, internetistä ja uutiskirjeistä.

Kyselylomakkeen muodostaminen ja käytetyt tilastolliset menetelmät

Kyselylomakkeessa kysyttiin yrityksen tietoja (taulukko 12.1), vastaajien sosiodemografisia tekijöitä ja kysymyksiä, joilla selvitettiin, onko vastaaja saanut valinnanvapauteen ja palveluseteliin liittyvää koulutusta. Näiden lisäksi lomakkeessa oli valinnanvapauteen ja palveluseteliin liittyviä asenneväittämiä sekä kysymyksiä valinnanvapautta estävistä ja edistävästä tekijöistä, valinnanvapauden tärkeydestä asiakkaalle ja valinnanvapauden vaikutuksesta yrityksen asiakasmääriin.

Kyselyn asenneväittämät ja niistä muodostetut ulottuvuudet (asennemittari) olivat samat, joita kysyttiin julkisen sektorin työntekijöiltä (ks. luku 11). Näin pys-

TAULUKKO 12.1. Kyselyyn vastanneiden yritysten taustatiedot*

Muuttuja	Luokat	n	%
Alue, jossa yritys tarjoaa palveluja	Eksote	120	24
	Jyväskylä	144	29
	Kainuu	78	16
	Oulu	202	41
Palvelun tuottamisen tapa	Itse maksaville asiakkaille tai maksumääräsasiakkaille	415	84
	Palveluseteliasiakkaille	134	27
	Vakuutusyhtiön asiakkaille	173	35
	Julkisen organisaation puitesopimuksella hyväksymänä palveluntuottajana	192	39
	Vuokratyöntekijöiden tarjoaminen julkiselle organisaatiolle	13	3
	Julkisen organisaation osittain ulkoistamat palvelut	46	9
	Julkisen organisaation kokonaan ulkoistamat palvelut	21	4
	Muu tapa (esim. erilaiset kuntoutuspalvelut)	58	12
Yrityksen tarjoamat terveyspalvelut	Lääkäripalvelut	99	20
	Sairaaloiminta laitoksessa tai kotisairaaloiminta	6	1
	Hammaslääkäripalvelut tai muut hammashuollon palvelut	50	10
	Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja/tai kättilön palvelut	64	13
	Työterveyshuoltolain mukaiset palvelut	27	5
	Ravitsemusterapiapalvelut	7	1
	Puheterapiapalvelut	25	5
	Psykoterapiapalvelut tai psykologin palvelut	148	30
	Fysioterapiapalvelut tai toimintaterapiapalvelut	121	24
	Jalkaterapiapalvelut	12	2
	Naprapaatin, kiropäätikon tai osteopaatin palvelut	7	1,4
	Kuntoutuslaitostoiminta	8	2
	Muu terveyspalvelu (esim. kuntouttavat palvelut)	78	16
Yrityksen tarjoamat vanhuspalvelut	Ympärivuorokautinen laitoshoido	6	1
	Tehostettu palveluasuminen	54	11
	Muu palveluasuminen tai tukiasuminen	30	6
	Päiväkeskus, palvelukeskus tai aikuisten päivähoito	21	4
	Sosiaalityöntekijän palvelut tai muu sosiaalihuollon asiantuntijatoiminta	6	1
	Kodinhoitoapu, kotipalvelu tai kotisairaanhoido	85	17
	Muu vanhuksille tarjottava palvelu (esim. terveyspalvelut)	105	21

*Vastaajia oli yhteensä 497. Muuttujakohdissa vastaajien määrät ja prosentuaaliset osuudet ovat kuitenkin tätä suurempia, koska osa yrityksistä tarjosi useita erilaisia palveluja ja toimi useammalla kuin yhdellä mainituista alueista.

tyimme väittämien avulla vertailemaan julkisen ja yksityisen sektorin työntekijöiden valinnanvapausasenteita.

Seuraavassa raportoidaan ensin, millaisena yrittäjät pitävät yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyötä ja millaisia kokemuksia heillä on palvelusetelistä. Sen jälkeen kuvataan valinnanvapausväittämien jakaumat koko aineiston tasolla ja tekijät, jotka

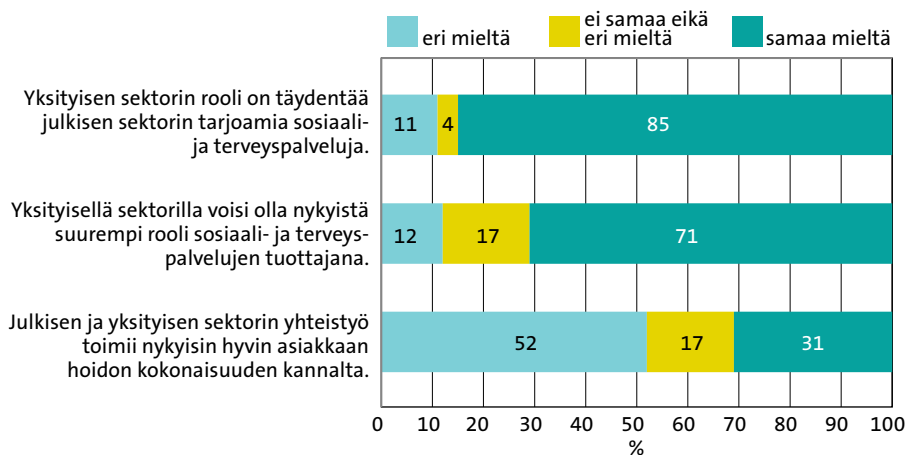
selittivät valinnanvapausasenteita ja asenteiden yhteydet valinnanvapauden tarjoamiseen asiakkaalle. Lopuksi esitetään jakaumat muihin kysymyksiin saaduista vastauksista sekä pohditaan tuloksia kokonaisuutena.

Tulokset

Kokemukset yksityisen ja julkisen sektorin rooleista ja yhteistyöstä

Suurin osa yrittäjistä näki, että yksityissektorin rooli on täydentää julkisen sektorin tarjoamia sosiaali- ja terveystalvveluja. Samalla valtaosan mielestä yksityisellä sektorilla voisi olla nykyistä suurempi rooli sosiaali- ja terveystalvvelujen tuottamisessa. Yli puolet vastanneista yrittäjistä kertoi, ettei julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyö toimi nykyisin hyvin asiakkaan hoidon kokonaisuuden kannalta. (Kuvio 12.1.)

Yrittäjiltä kysyttiin, olisiko heidän yrityksensä kiinnostunut tuottamaan julkiselle organisaatiolle jotain sosiaali- ja terveystalvvelua nykyisten palvelujensa lisäksi. Lähes 30 prosenttia yrittäjistä ilmoitti olevansa kiinnostunut näin tekemään. Mainittuja palveluja olivat esimerkiksi psykologi- tai psykoterapiapalvelut, lääkäripalvelut, työhohjaus, kuntoutus- tai fysioterapiapalvelut, asumis- tai kotihoidon palvelut sekä hammashoidon palvelut. Useimmin mainittuna esteenä palvelujen tuottamiselle oli se, että kunta ei erilaisista syistä osta kyseisiä palveluja yksityiseltä sektorilta. Lähes yhtä moni yrittäjä toi myös esille vaikeudet päästä tuottamaan palveluja julkiselle organisaatiolle. Kommentteissa todettiin muun muassa, että kuntien palveluntuottajille järjestämä kilpailutus on hankala ja pienen tai keskisuuren yrityksen on käytännössä mahdotonta osallistua tai pärjätä kilpailutuksessa monikansallisia yrityksiä vastaan.



KUVIO 12.1. Näkemykset julkisen ja yksityisen sektorin roolista ja yhteistyöstä (%), N = 494–496).

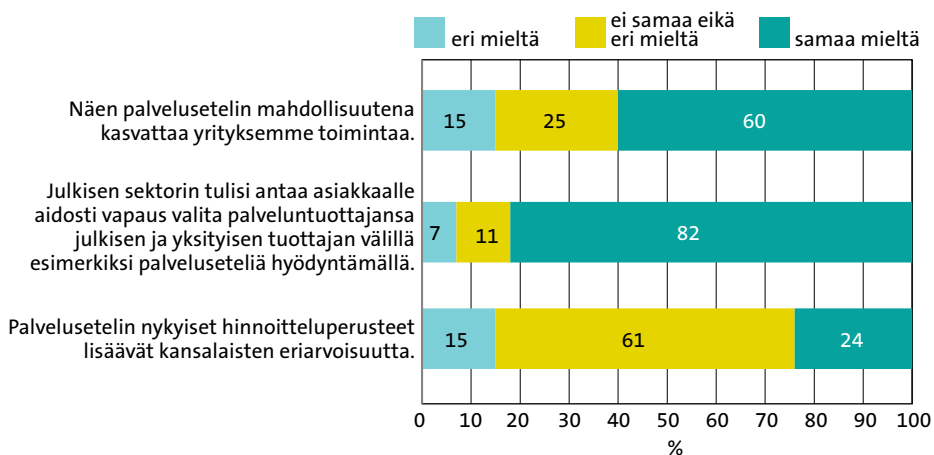
Muutama totesi, että puitesopimuksella palveluntuottajaksi ei voi päästä ennen kuin edellinen puitesopimuskausi päättyy, sillä kunnan palveluntuottajat ovat sovittuina sopimuskauden ajan. Palvelusetelitoiminnan aloittamisen esteenä oli muutamassa tapauksessa ollut se, ettei kunnassa käytetä palveluseteliä kyseiseen palveluun. Osa kertoi, ettei heidän yrityksensä toimintaa ollut laajennettu yrittäjän ajan riittämättömyyden tai muiden resurssien rajallisuuden vuoksi.

Valtaosa yrittäjistä piti tärkeänä, että hankintakäytännöt mahdollistaisivat myös pienten palveluntuottajien osallistumisen tarjouskilpailuihin. Heidän mukaansa julkisella ja yksityisellä sektorilla tulisi olla selkeät ja yhtenäiset kriteerit palvelujen laadun mittaamiseksi. Reilusti yli puolet yrittäjistä (68 %) oli sitä mieltä, että järjestelmän tulisi olla sellainen, jossa raha seuraisi asiakkaiden valintoja.

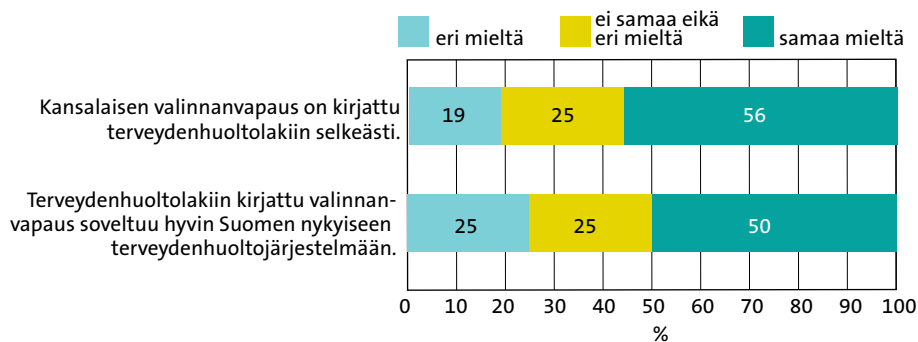
Kokemukset palvelusetelistä

Suurin osa yrittäjistä näki palvelusetelin mahdollisuutena kasvattaa yrityksen toimintaa ja oli sitä mieltä, että julkisen sektorin tulisi antaa asiakkaalle aidosti vapaus valita palveluntuottajansa julkisen ja yksityisen tuottajan välillä. Suurin osa yrittäjistä ei osannut arvioida, lisäävätkö palvelusetelin nykyiset hinnoitteluperusteet kansalaisten eriarvoisuutta vai eivät. (Kuvio 12.2.)

Palvelusetelituottajat näkivät muita useammin palvelusetelin mahdollisuutena kasvattaa yrityksen toimintaa. He myös kokivat vielä muita vahvemmin, että julkisen sektorin tulisi antaa asiakkaalle aidosti vapaus valita palveluntuottajansa esimerkiksi palveluseteliä hyödyntämällä. Palvelusetelituottajat olivat muita useammin sitä mieltä, että palvelusetelin nykyiset hinnoitteluperusteet lisäävät kansalaisten eriarvoisuutta.



KUVIO 12.2. Näkemykset palvelusetelin mahdollisuuksista ja vaikutuksista (% , N = 478–481).



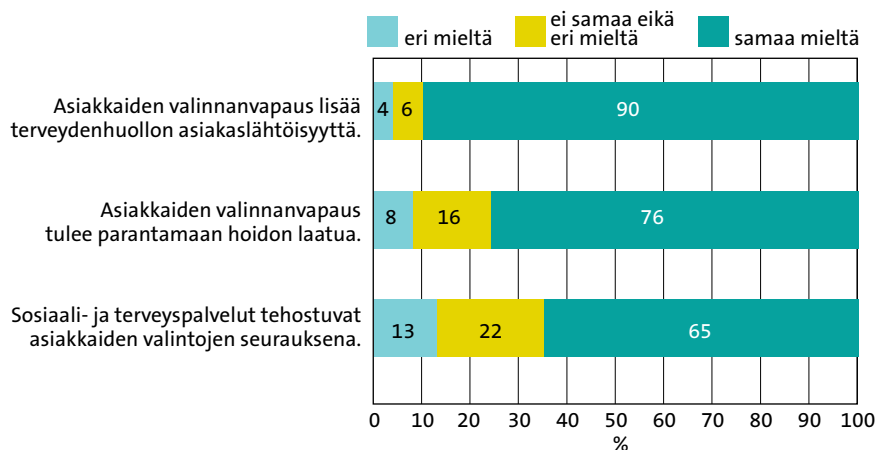
KUVIO 12.3. Terveydenhuoltolain selkeys ja toimivuus (% , n = 494–495).

Valinnanvapauden ulottuvuudet koko aineiston tasolla

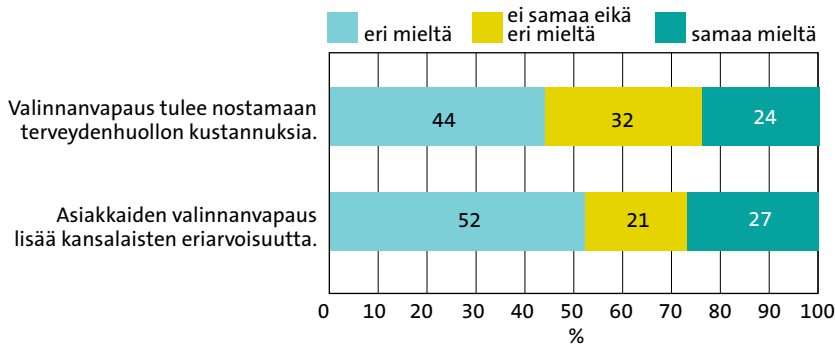
Hieman yli puolet yrittäjistä näki, että kansalaisen valinnanvapaus on kirjattu terveydenhuoltolakiin selkeästi. Puolet yrittäjistä ajatteli lainmukaisen valinnanvapauden soveltuvan hyvin Suomen nykyiseen terveydenhuoltojärjestelmään. (Kuvio 12.3.) Enemmistö yrittäjistä (77 %) sanoi, että kansalaisten valinnanmahdollisuuksia pitäisi edelleen laajentaa nykytilanteesta.

Valtaosa yrittäjistä uskoi valinnanvapauden myönteisiin vaikutuksiin. Selkeä enemmistö uskoi erityisesti, että asiakkaiden valinnanvapaus lisää terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä. (Kuvio 12.4.)

Yrittäjien arviot valinnanvapauden kielteisistä vaikutuksista jakaantuivat tasaisemmin kuin arviot myönteisistä vaikutuksista (kuvio 12.5). Yrittäjistä 42 prosenttia uskoi, että palvelut tulevat jakautumaan alueellisesti entistä epätasaisemmin lisääntyneen valinnanvapauden myötä.



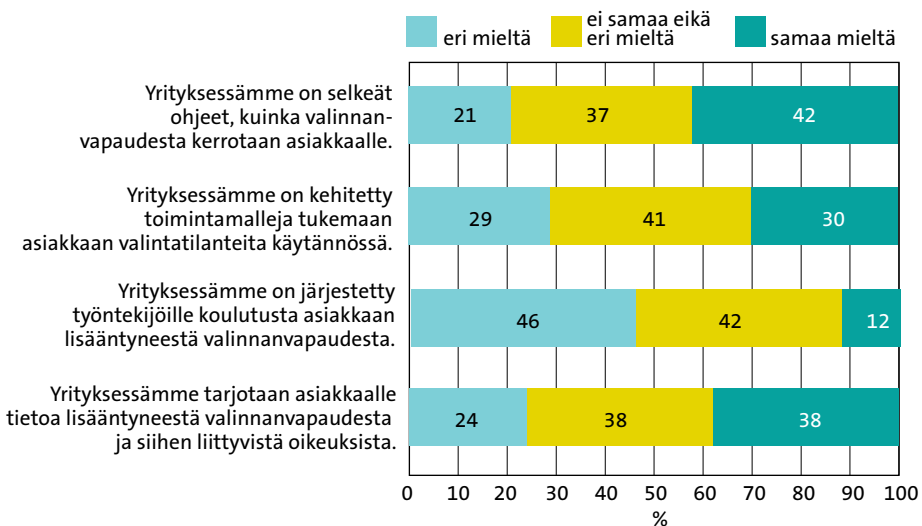
KUVIO 12.4. Valinnanvapauden myönteiset vaikutukset (% , n = 495).



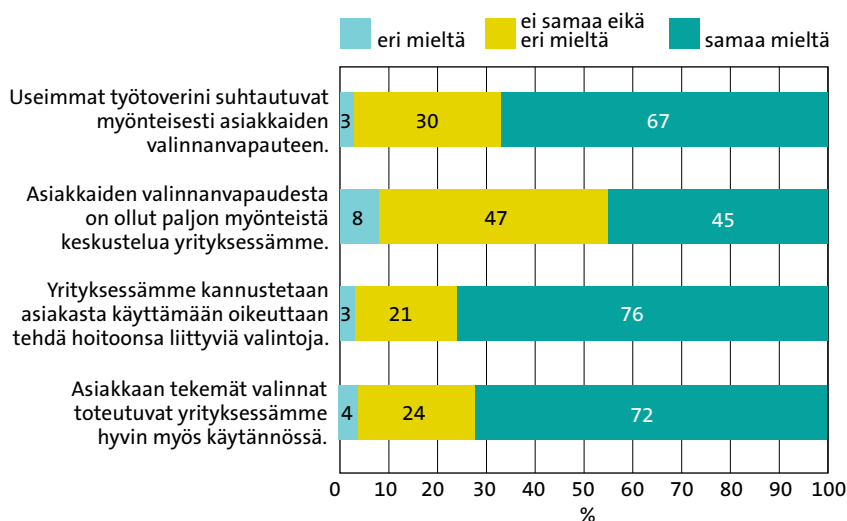
KUVIO 12.5. Valinnanvapauden kielteiset vaikutukset (% , n = 493).

Suuri osa yrittäjistä koki hankalaksi arvioida yrityksen resursseja ja osaamista valinnanvapauden suhteen. Lähes puolet vastaajista kuitenkin ilmoitti, ettei heidän yrityksessään ollut järjestetty työntekijöille koulutusta asiakkaan lisääntyneestä valinnanvapaudesta. Lähes kolmasosa vastaajista kertoi myös, ettei heidän yrityksessään ollut kehitetty toimintamalleja tukemaan asiakkaan valintatilanteita käytännössä. (Kuvio 12.6.)

Enemmistö yrittäjistä ilmoitti, että heidän yrityksessään kannustetaan asiakasta käyttämään oikeuttaan tehdä hoitoonsa liittyviä valintoja. Valintojen todettiin myös toteutuvan hyvin käytännössä. Suurin osa koki, että heidän työtoverinsa suhtautuivat



KUVIO 12.6. Yrityksen resurssit ja osaaminen (% , n = 457–469).



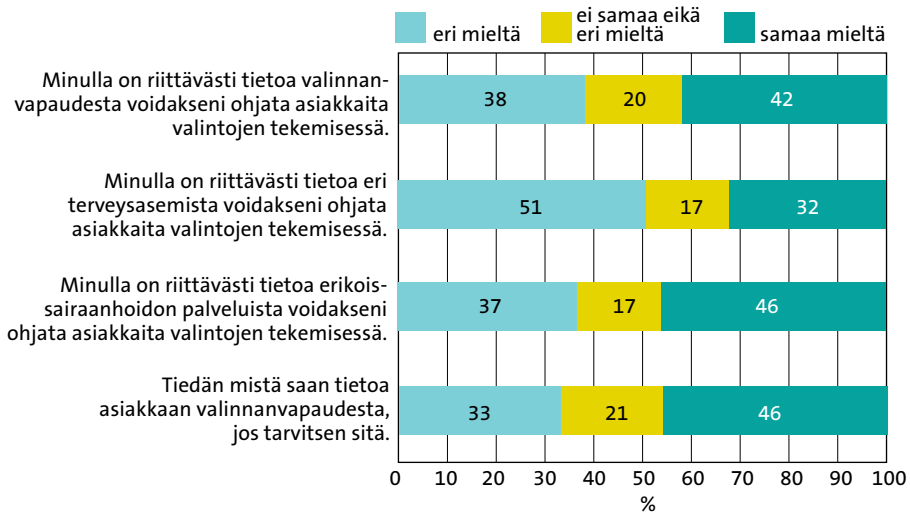
KUVIO 12.7. Työyksikön tuki (% , n = 460–474).

myönteisesti asiakkaiden valinnanvapauteen, ja hieman alle puolet yrittäjistä ilmoitti, että valinnanvapaudesta on ollut paljon myönteistä keskustelua yrityksessä. (Kuvio 12.7.)

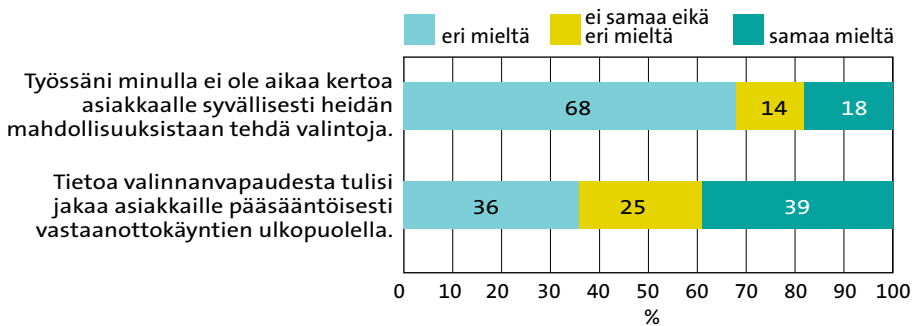
Vajaa puolet yrittäjistä arvioi itsellään olevan riittävästi tietoa valinnanvapaudesta voidakseen ohjata asiakkaita valintojen tekemisessä. Suurempi osa yrittäjistä ilmoitti tuntevansa riittävän hyvin niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuollonkin palvelut. (Kuvio 12.8.) Yrittäjät tunsivat yksityiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjoajat paremmin kuin julkisen sektorin tarjoamat palvelut.

Suurin osa yrittäjistä koki, että heillä on työssään aikaa kertoa asiakkaalle syvällisesti heidän mahdollisuuksistaan tehdä valintoja. Sen sijaan yrittäjien mielipiteet jakautuivat tasaisemmin erilaisiin näkemyksiin sen suhteen, tulisiko tietoa valinnanvapaudesta jakaa asiakkaille pääsääntöisesti vastaanottokäyntien ulkopuolella vai ei. (Kuvio 12.9.)

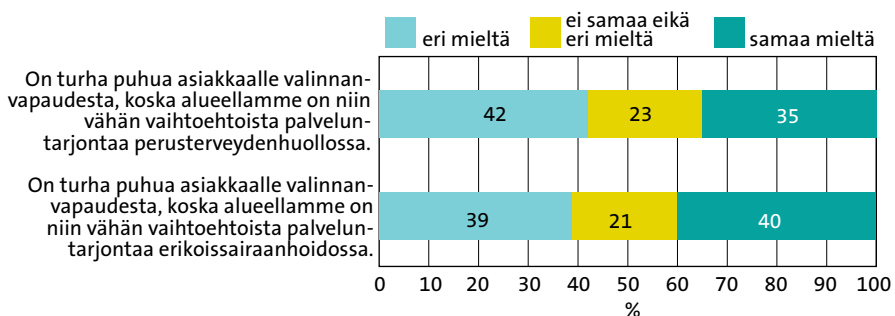
Näkemykset siitä, kannattaako asiakkaalle puhua valinnanvapaudesta vai ei, jakautuivat aineistossa melko tasaisesti (kuvio 12.10). Yksityisen palvelutarjonnan näkökulmasta vastaukset olivat kuitenkin voimakkaampia. Vain kuudesosa vastaajista piti turhana puhua asiakkaalle valinnanvapaudesta alueen vähäisen yksityisen terveys- tai vanhushuollon tarjonnan vuoksi.



KUVIO 12.8. Oma osaaminen (% , n = 487–488).



KUVIO 12.9. Valinnanvapaudesta tiedottaminen asiakastyössä (% , n = 484–488).

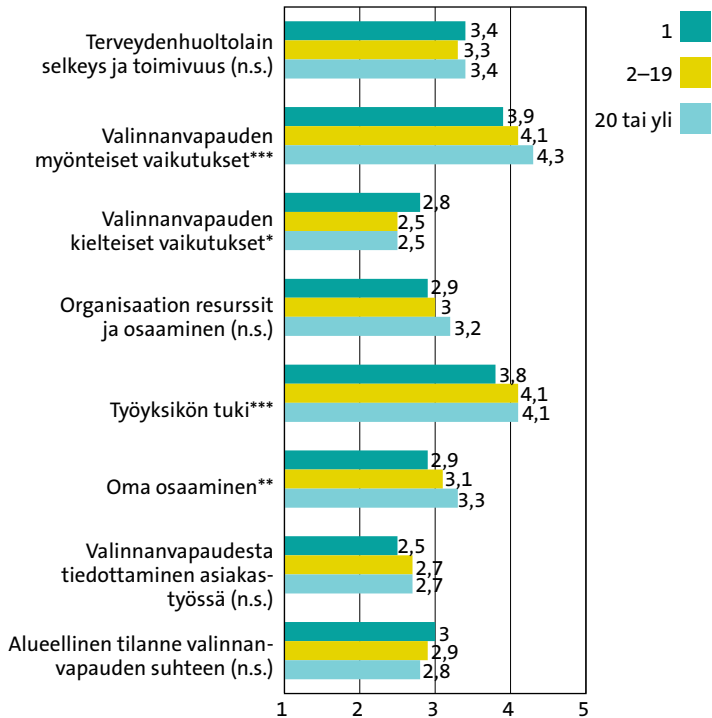


KUVIO 12.10. Alueellinen tilanne valinnanvapauden suhteen (% , n = 490.)

Valinnanvapausasenteita selittäviä tekijöitä

Erot yrityksen työntekijöiden määrän mukaan

Isot yritykset suhtautuivat valinnanvapauteen myönteisemmin kuin pienemmät yritykset. Erityisesti yli 20 työntekijän yrityksissä valinnanvapaudella nähtiin enemmän myönteisiä vaikutuksia. Myös työyksiköistä saatu tuki ja oma osaaminen koettiin paremmaksi isoissa yrityksissä. (Kuvio 12.11.)

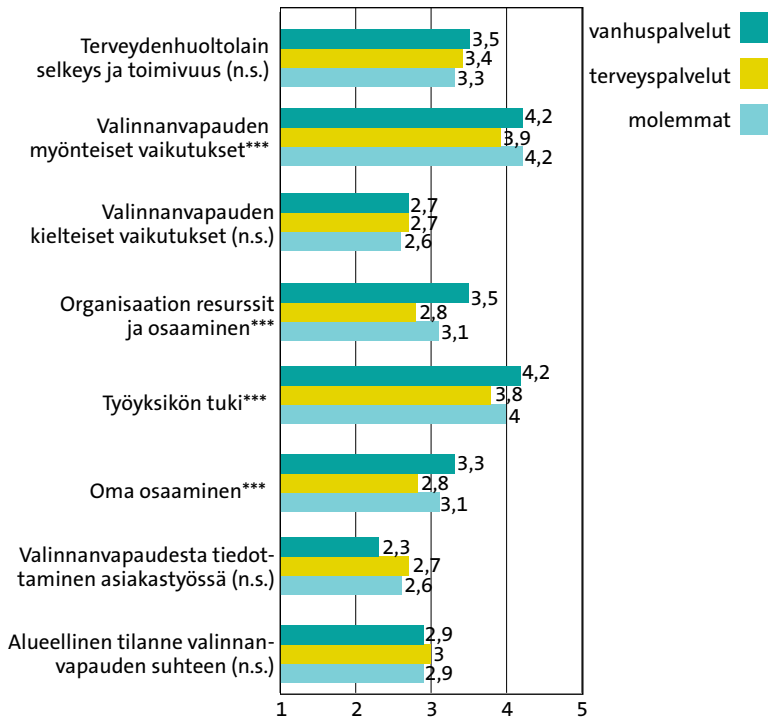


Tilastolliset merkitsevyydet *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.1$, n.s. = ero ei tilastollisesti merkitsevä.

KUVIO 12.11. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien keskiarvot yrityksen työntekijämäärän mukaan. Asteikko 1–5.

Erot yrityksen tarjoamien palvelujen mukaan

Valinnanvapauteen suhtautuminen oli monilta osin myönteisempää vanhuspalveluja ja sekä terveys- että vanhuspalveluja tarjoavilla yrittäjillä kuin pelkkiä terveyspalveluja tarjoavilla yrittäjillä. Erityisesti vanhuspalveluja tarjoavat yrittäjät kokivat, että heidän yrityksissään resurssit ja osaaminen, työyksikön tuki ja yrittäjän oma osaaminen olivat hyvällä tasolla. (Kuvio 12.12.)

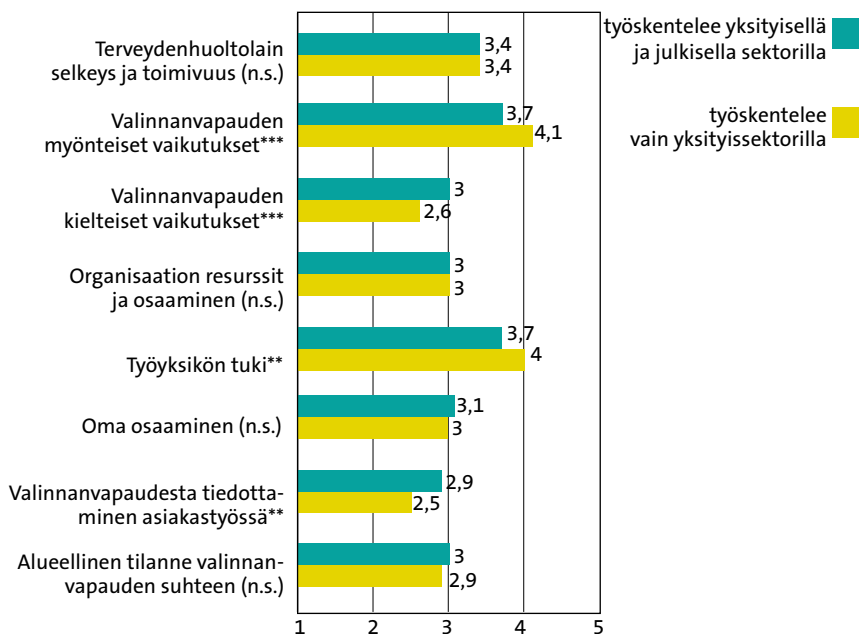


Tilastolliset merkitsevyydet *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.1$,
n.s. = ero ei tilastollisesti merkitsevä.

KUVIO 12.12. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien keskiarvot palvelutyypeittäin. Asteikko 1–5.

Eröt yrittäjän työskentelysektorin mukaan

Ne yrittäjät, jotka ilmoittivat työskentelevänsä yrittäjänä tai yrityksessä toimimisen lisäksi julkisella sektorilla sosiaali- ja terveydenhuollossa, kokivat valinnanvapauden kielteisempänä kuin pelkästään yksityisellä sektorilla työskentelevät yrittäjät. Vain yksityissektorilla työskentelevät yrittäjät kokivat työyksikkönsä tuen paremmaksi kuin ne, jotka työskentelivät yksityissektorin lisäksi julkisella sektorilla. Vain yksityissektorilla työskentelevät kertoivat lisäksi, että asiakastyössä on aikaa tiedottaa valinnanvapaudesta. (Kuvio 12.13.)



Tilastolliset merkitsevyydet *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.1$, n.s. = ero ei tilastollisesti merkitsevä.

KUVIO 12.13. Valinnanvapautta kuvaavien keskiarvomuuttujien keskiarvot sen mukaan, työskentelekö vastaaja yrityksensä lisäksi julkisella sektorilla sosiaali- ja terveydenhuollossa. Asteikko 1–5.

Valinnanvapausasenteiden yhteys valinnanvapaudesta kertomiseen asiakkaalle

Viidesosa (21 %) yrittäjistä ilmoitti kertovansa asiakkaalle valinnanmahdollisuuksista vain, jos asiakas kysyy niistä. Valinnanvapausmittarin eri osatekijöihin suhtautuminen oli yhteydessä valinnanmahdollisuuksista kertomiseen asiakkaalle. Valinnanmahdollisuuksista kertominen lisääntyi silloin, kun yrittäjä koki organisaationsa resurssit, työyksikön tuen ja oman osaamisensa riittäväksi.

Yrittäjien kokemukset siitä, ettei heillä ole asiakastyössä aikaa kertoa asiakkaalle valinnanmahdollisuuksista, olivat puolestaan yhteydessä siihen, että vastaajat kertoivat valinnanmahdollisuuksista vain kysyttäessä. Vastaavasti myös ne yrittäjät, jotka kertoivat alueellaan olevan vain vähän palveluntarjontaa perusterveydenhuollossa tai erikoissairanhoidossa, kertoivat asiakkaalle valinnanmahdollisuuksista vain heidän kysyessään niistä.

Kun kaikkia valinnanvapausmittarin osatekijöitä tarkasteltiin yhtä aikaa, nähtiin, että valinnanvapaudesta kertomiseen oli merkitsevästi yhteydessä vastaajan käsitykset

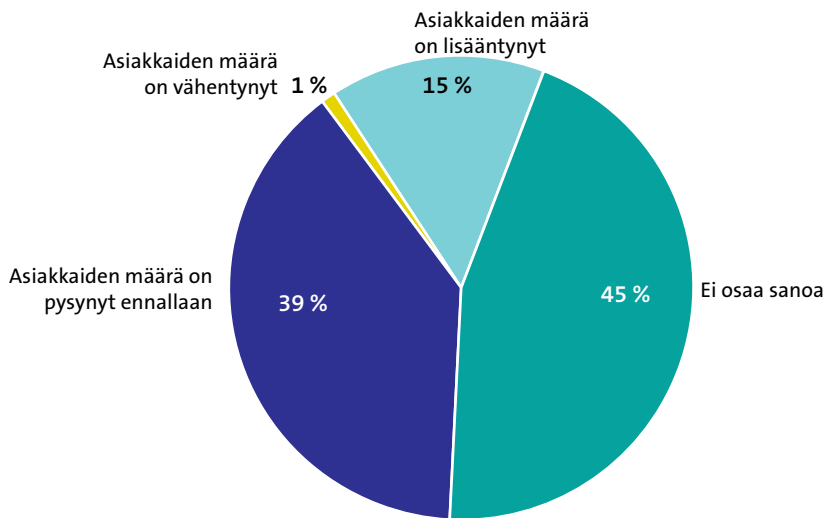
kolmesta asiasta: organisaation resurssien riittävydestä, asiakastyöhön käytettävästä ajasta sekä alueen palvelutarjonnasta. Nämä yhteydet säilyivät samanlaisina, vaikka yrityksen koko, palvelutyyppi ja se, työskentelikö yrittäjä yksityisen sektorin lisäksi myös julkisella sektorilla, huomioitiin.

Valinnanvapauden näkyminen yrityksen asiakasmäärissä

Suurin osa vastaajista ei osannut arvioida asiakasmäärää tai arvioi sen pysyneen yrityksessään ennallaan lisääntyneestä valinnanvapaudesta huolimatta (kuvio 12.14). Suuret, vähintään 20 työntekijän yritykset arvioivat pieniä yrityksiä useammin, että asiakkaiden määrä on lisääntynyt. Pelkästään terveyspalveluja tarjoavissa yrityksissä asiakasmäärien sanottiin lisääntyneen vain maltillisesti. Alueittain asiakasmääriin liitetyissä näkemyksissä ei ollut merkitsevää eroa.

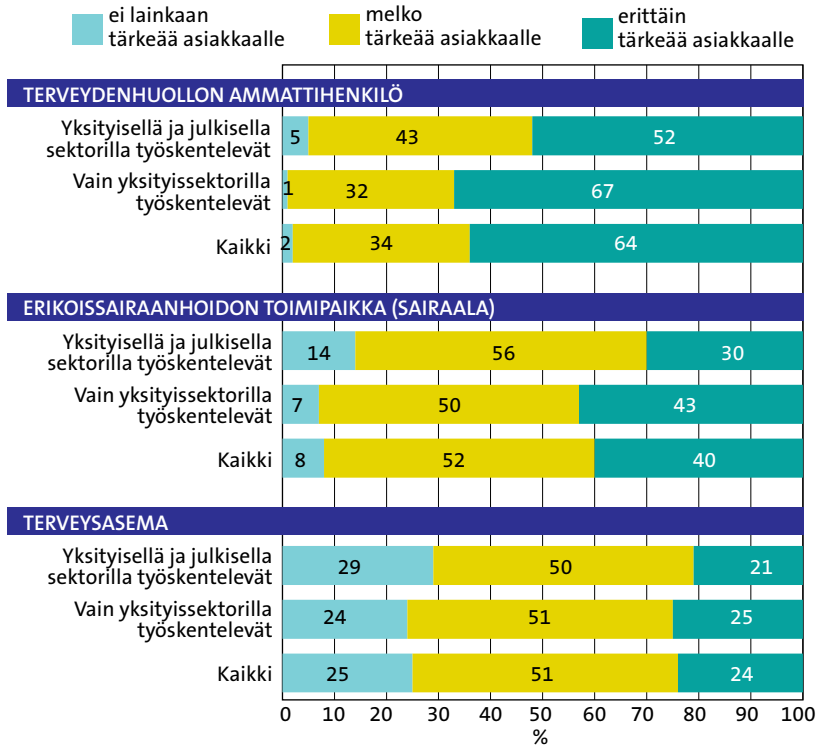
Kokemukset valinnanvapauden tärkeydestä asiakkaille

Suurin osa yrittäjistä vastasi, että erityisesti oikeus valita terveydenhuollon ammattihenkilö on asiakkaille tärkeää. Näkemykset erosivat hieman sen mukaan, työskentelikö yrittäjä vain yksityissektorilla vai sen lisäksi myös julkisella sektorilla. Vain yksityissektorilla työskentelevät pitivät sairaalan ja terveydenhuollon ammattihenkilön valintamahdollisuutta asiakkaille tärkeämpänä kuin myös julkisella sektorilla työskentelevät yrittäjät ($p < 0,01$). (Kuvio 12.15.)



KUVIO 12.14. Näkemykset valinnanvapauden vaikutuksista yrityksen asiakasmääriin (% , n = 483).

OIKEUS VALITA KOKO SUOMEN ALUEELTA



KUVIO 12.15. Näkemykset terveydenhuoltolaissa esitettyjen asioiden tärkeydestä asiakkaille (% , n = 488-490).

Erot erikokoisten ja eri palveluja tarjoavien yritysten välillä eivät olleet merkitsevästi yhteydessä siihen, kuinka tärkeänä valinnanvapautta pidettiin.

Asiakkaan valinnanvapautta edistävät tekijät

Yrittäjiä pyydettiin arvioimaan lueteltujen asioiden merkitystä asiakkaan valinnanvapauden lisääntymisen kannalta (kuvio 12.16). Käytännössä kaikkia kuviossa mainittuja tekijöitä pidettiin yleisesti tärkeinä. Kolme vastausten keskiarvojen perusteella tärkeimmäksi noussutta asiaa olivat hoidon laatuun liittyvien tietojen ja jonotusajkojen seuranta ja julkinen saatavuus sekä valinnanvapauteen liittyvien pelisääntöjen kehittäminen ja selkeyttäminen kansallisesti. Sen sijaan hieman vähemmän tärkeänä pidettiin terveydenhuoltolain rajoitusten poistamista, kuten terveysaseman vaihtamiseen liittyvän ilmoitusvelvollisuuden poistamista ja sitä, että asiakas saisi vaihtaa terveysasemaa useammin kuin kerran vuodessa.



KUVIO 12.16. Asiakkaiden valintojen tekemistä edistäviä asioita (keskiarvot, N = 477–487). Asteikko 1–5.

Asiakkaan valinnanvapautta estävät tekijät

Osana kyselyä yrittäjiä pyydettiin kuvaamaan, mitkä asiat heidän mielestään estävät asiakkaan valinnanvapauden toteutumista tällä hetkellä. Kysymykseen saatiin reilut 250 vastausta, joista suurimmassa osassa esteenä mainittiin eri tahojen tiedon puute (taulukko 12.2). Yrittäjät myös toivat esille, että kunnat ja julkinen sektori eivät aina

TAULUKKO 12.2. Yrittäjien näkemyksiä asiakkaan valinnanvapauden toteutumisen esteistä tällä hetkellä.

Este	Esteen kuvaus
Kansallisen tason esteitä	Lainsäädäntö, esim. ilmoitusvelvollisuudet Raha ei seuraa potilasta
Kuntaan (palvelujen järjestäjiin) liittyviä esteitä	Rahoituksen puute, säästöt Kunnan monopoliasema palvelujen järjestämisessä Jämähtäneet toimintatavat, jäykät toimintamallit Julkisten palvelujen suosiminen, ei ohjata asiakkaita yksityissektorille Palvelusetelit: valikoiman puute, ei käytössä kaikissa palveluissa, ohjaus palveluihin heikkoa, kaupunki päättää palveluseteliasiakkuuksista
Henkilöstöön liittyviä esteitä	Liian vähän henkilökuntaa, lääkäripula Julkisen sektorin varauksellinen suhtautuminen yksityiseen sektoriin Henkilöstöllä ei ole riittävästi tietoa valinnanvapaudesta tai yksityisistä palveluista Ei tarjota valinnanvapautta, puutteellinen asiakasohjaus
Alueellisia esteitä	Pitkät välimatkat hoitopaikkojen välillä Vähäinen alueellinen palveluntarjonta tietyillä alueilla
Asiakkaaseen liittyviä esteitä	Asiakkaan tiedon puute: <ul style="list-style-type: none"> • valinnanvapaudesta ja valintaoikeuksista • valinnan vaihtoehtoista • valitsemisen käytännöistä • hoidon laadusta ja tehokkuudesta Asiakkaan kyvyttömyys tehdä valintoja: <ul style="list-style-type: none"> • sairauden vuoksi kykenemättömyys arvioida omaa parastaan (esim. muistisairaus) • voimavarojen tai sosiaalisen tuen puute • liikuntakyvyn puute (voi estää kauempana sijaisevan hoitopaikan valitsemista) • ei osaa tai uskalla kysyä vaihtoehtoista • ei mahdollisuutta tai taitoa käyttää internetiä Taloudelliset esteet: <ul style="list-style-type: none"> • yksityiset palvelut kalliita • matkakorvaukset, omavastuut liian suuria

suhtaudu yksityissektoriin tasa-arvoisena palveluntuottajana, mikä näkyy esimerkiksi rahoitusten ohjaamisessa, asiakkaiden palveluihin ohjaamisessa ja yleisissä asenteissa tai toimintakäytännöissä.

Pohdinta

Yrittäjät toivovat yksityisen sektorin hyödyntämistä nykyistä laajemmin

Valtaosa yrittäjistä oli tyytyväisiä rooliinsa julkisen sektorin tarjoamien palvelujen täydentäjänä. Yrittäjät toivat kuitenkin esille, että yksityisellä sektorilla voisi olla nykyistä suurempikin rooli sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa. Lisäksi yli puolet yrittäjistä koki, että asiakkaan hoidon kokonaisuuden kannalta julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyössä on parantamisen varaa.

Palveluseteli nähtiin mahdollisuutena kasvattaa yrityksen toimintaa, ja erityisesti ajateltiin, että julkisen sektorin tulisi antaa asiakkaalle aidosti vapaus valita palveluntuottajansa esimerkiksi palveluseteliä hyödyntämällä. Vastaavia tuloksia on saatu eräässä aiemmassa selvityksessä (TEM 2015a).

Yrittäjät ovat julkista sektoria valmistautuneempia valinnanvapauteen

Yrittäjien suhtautuminen asiakkaan valinnanvapauteen oli pääosin myönteistä. Noin puolet yrittäjistä näki, että valinnanvapaus on kirjattu terveydenhuoltolakiin selkeästi ja että se soveltuu hyvin Suomen nykyiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Yrittäjien näkemyksiä oli mahdollista verrata julkisen sektorin työntekijöiden näkemyksiin (ks. luku 11). Yrittäjät uskoivat julkisen sektorin terveydenhuollon työntekijöitä voimakkaammin valinnanvapauden oletettuihin myönteisiin vaikutuksiin, kuten asiakaslähtöisyyden lisääntymiseen ja hoidon laadun parantumiseen. Lisäksi yritykset näyttivät olevan julkista sektoria valmistautuneempia toteuttamaan valinnanvapautta käytännössä. Yrittäjien arviot organisaatioidensa resursseista ja osaamisesta sekä työyksiköltään saamastaan tuesta olivat keskimäärin parempia kuin julkisen sektorin työntekijöiden arviot kyseisistä asioista. Yrittäjät myös kokivat julkisen sektorin työntekijöitä useammin, että heillä on aikaa kertoa asiakkaalle valintojen tekemisen mahdollisuudesta.

Yrityksen koko, palvelutarjonta ja yrittäjän työskentelysektori erottelivat valinnanvapausasenteita eniten

Aineiston tarkemmassa tarkastelussa yrittäjien valinnanvapausasenteita selittivät ja erottelivat parhaiten yrityksen koko, yrityksen tarjoamat palvelut ja se, työskentelikö yrittäjä yksityissektorin lisäksi myös julkisella sektorilla vai ei. Henkilökuntamäärältään suuret yritykset näkivät valinnanvapaudella enemmän myönteisiä vaikutuksia ja arvioivat valmiutensa, kuten työyksikön tuen ja osaamisensa, paremmaksi kuin pienet yritykset. Pelkästään vanhuspalveluja ja sekä vanhus- että terveyspalveluja tarjoavat yritykset suhtautuivat valinnanvapauteen keskimäärin myönteisemmin kuin

pelkkiä terveystalvaeluja tarjoavat yritykset. Pelkätään terveystalvaeluja tarjoavat yritykset näkivät organisaationsa ja oman osaamisen sekä työyksiköltä saatavan tuen heikompana kuin muita palveluja tarjoavat yritykset. Lisäksi pelkätään yksityissektorilla työskentelevät vastaajat suhtautuivat valinnanvapauden vaikutuksiin myönteisemmin kuin yksityissektorin lisäksi julkisella sektorilla työskentelevät vastaajat.

Lopuksi

Tulevien sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusten toteuttamisen kannalta tarvitaan lisää tietoa, millaisena yksityiset sosiaali- ja terveystalvaelujen toimijat näkevät valinnanvapauden, oman roolinsa ja yhteistyön julkisen sektorin kanssa nyt ja tulevaisuudessa.

Koska Suomessa valtaosa sosiaali- ja terveydenhuollon yksityisistä palveluntuottajista on pieniä, yhden hengen yrityksiä, on huolestuttavaa, että he eivät suhtaudu asiakkaan valinnanvapauteen yhtä myönteisesti kuin suuret yritykset. Pienten yritysten toimintaedellytysten ja valinnanvapauteen liittyvän osaamisen turvaaminen on valinnanvapauden laajentamisessa tärkeää.

13 Yksityisten hammaslääkärien näkemyksiä palvelusetelistä

RIIKKA LAURILA, MIIKKA VÄHÄNEN, TIMO SEPPÄLÄ JA EEVA WIDSTRÖM

Valinnanvapauden näkökulmasta suun terveydenhuollon tarkastelu on tärkeää, koska palvelu on osa perusterveydenhuollon toimintaa, josta kuitenkin suuri osa tuotetaan yksityisesti ostopalveluna, palvelusetelillä tai asiakkaan itse maksamana, nykyisin pienehkön sairausvakuutuskorvauksen tukemana. Monet asiakkaat ovat tottuneet rahoittamaan valtaosan suun terveydenhuollon palveluistaan itse ja siksi myös yksityisen sektorin merkitys suun terveydenhuollon palvelujen tuottajana on varsin suuri. Tässä luvussa suun terveydenhuollon palveluja valotetaan yhdestä näkökulmasta tarkastelemalla yksityisten hammaslääkäreiden näkemyksiä palvelusetelin käytöstä suun terveydenhuollossa.

Johdanto

Palveluseteli otettiin ensimmäisen kerran käyttöön sosiaalihuollon kotipalveluissa vuonna 2004. Vuonna 2009 säädettiin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelilaki, jonka mukaan kunnat voivat käyttää palveluseteliä vastuullaan olevien palvelujen järjestämisessä. Viime vuosina palvelusetelin käyttö on yleistynyt kunnissa myös suun terveydenhuollon palveluissa. Kuntaliiton vuonna 2012 tekemän selvityksen mukaan palveluseteli oli käytössä hammaslääkäriin/suuhygienistin vastaanotolla kuudessa kunnassa (Nemlander ja Sjöholm 2012). Kuntaliiton kyselyyn vastasi yhteensä 155 kuntaa sekä 17 kuntayhtymää eli hieman yli puolet kaikista Suomen kunnista ja kuntayhtymistä.

Palvelusetelilain tavoitteena on lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa sekä edistää kuntien ja yksityisten harjoittajien yhteistyötä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä 569/2009). Vaikka palveluseteli on ollut jo suhteellisen pitkään käytössä sosiaalipalveluissa, palvelusetelin vaikutuksia asiakkaisiin, palvelujen markkinoihin ja palveluntuottajiin ryhdyttiin tutkimaan vasta keväällä 2010 Terveyden ja hyvinvoinnin

laitoksen (THL), Helsingin sosiaaliviraston ja Valtion taloudellisen tutkimuslaitoksen (VATT) yhteishankkeessa (Linnosmaa ym. 2012). Kelan ja THL:n tuoreessa tutkimuksessa (Pekola ym. 2016) tutkittiin palvelusetelin vaikutusta kilpailuun ja laatuun lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapiassa.

Pelkästään suun terveydenhuoltoon keskittyvää palvelusetelien selvitystä ei ole aiemmin tehty. Yksityisten hammaslääkäreiden näkemyksiä palvelusetelistä on kiinnostava tarkastella, koska yksityisen sektorin merkitys palveluiden tuottajana suun terveydenhuollossa on varsin suuri. Työ- ja elinkeinoministeriön Terveyspalvelut-raportin (Hartman 2011) mukaan yksityinen sektori tuottaa Suomessa noin puolet aikuisten suun terveydenhuollon palveluista.

Tässä luvussa selvitetään palvelusetelin merkitystä yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta ja kartoitetaan, millaisia mahdollisia vaikutuksia palvelusetelin käyttöönotolla on ollut hammaslääkäriyritysten markkinoihin. Luvussa kuvataan myös yksityisten palveluntuottajien näkemyksiä palvelusetelille vaihtoehtoisista rahoitusmuodoista.

Esittelemme ensiksi tutkimuksen aineiston ja sen keruuprosessin. Tämän jälkeen käymme lävitse kyselylomakkeen vastaukset, jotka on jäsenneilty kyselyn teemojen mukaan. Lopuksi käymme keskustelua ja pohdintaa raportin päähuomioista.

Aineisto

Aineisto kerättiin sähköisen Webropol-kyselyn avulla. Kyselylomake lähetettiin sähköpostilla kaikille Suomessa toimiville yksityishammaslääkäreille kesän 2015 aikana. Sähköpostiosoitteet saatiin Suomen Hammaslääkäriliitosta, jonka mukaan osoitteisto kattoi noin 85 prosenttia Suomen kaikista yksityistä hammaslääkäritointa harjoittavista yrittäjistä. Maantieteellistä peittoa voitiin tarkastella ainoastaan vastanneiden osalta, sillä pelkän sähköpostiosoitteen perusteella ei voitu päätellä missä yrittäjä työskenteli. Suomen Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen mukaan vuonna 2015 työelämässä oli noin 4 600 hammaslääkärinä. Päätoimisia yksityishammaslääkäreitä oli noin 1 750 ja sivutoimisia noin 640.

Kyselylomakkeella selvitettiin palveluntuottajien yritystoimintaan liittyviä taustatietoja. Tämän lisäksi kysyttiin palveluntuottajien arvioita markkinatilanteesta, palveluseteliasiakkaiden roolista ja vaikutuksesta markkinoihin sekä yrittäjien asenteita palveluseteliä kohtaan.

Kysely lähetettiin 2 017 palveluntuottajalle, ja siihen oli mahdollista vastata aluksi kahden viikon ajan. Tämän jälkeen lähetettiin kaksi muistutusviestiä, joiden aikana oli vielä mahdollista osallistua tutkimukseen. Kyselyyn vastasi yhteensä 355 palveluntuottajaa. Kyselyn vastausaktiivisuus jäi näin varsin pieneksi. Kolme kyselyyn vastannutta ilmoitti olevansa eläkkeellä tai lopettaneensa aktiivisen ammatinharjoittamisen, eivätkä he vastanneet kyselylomakkeen kysymyksiin. Nämä poistettiin lopullisesta aineistosta.

Vastauksia saatiin yhteensä 89 eri kunnasta. Helsingistä (19 %), Turusta (6 %) ja Tampereelta (6 %) saatiin eniten vastauksia. Muiden kuntien osuus vastauksista jäi alle 5 prosentin. Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisterin mukaan vuonna 2015 Suomessa yksityishammaslääkärinä työskennelleistä liiton jäsenistä 38 prosenttia työskenteli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella. HUS:n jälkeen seuraavaksi eniten yksityishammaslääkäreitä työskenteli Varsinais-Suomen (11 %), Pirkanmaan (10 %) ja Pohjois-Pohjanmaan (7 %) sairaanhoitopiirien alueilla. Muissa sairaanhoitopiireissä yksityishammaslääkäreiden osuus suhteessa koko Suomeen jäi alle 3,5 prosentin.

Selvityksessä tarkasteltiin sekä laadullisesti että määrällisesti palvelusetelituottajien ja ei-palvelusetelituottajien näkemyksiä suun terveydenhuollon palvelusetelistä. Analyysi on laadultaan kuvailevaa. Palveluntuottajien välisten erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin t- tai z-testillä. Riskitasoksi valittiin 5 %:n luottamustaso.

Tulokset

Palveluntuottajien yritystaustatietoja

Lomakkeessa kysyttiin palveluntuottajien yritysasemaan liittyviä kysymyksiä (N = 338). Suurin osa vastanneista palveluntuottajista (70 %) työskenteli yrityksen operatiivisessa johdossa päättävässä asemassa (toimitusjohtajana, yrittäjänä tai vastaavana). Palveluntuottajien yritysmuotoa selvittävään kysymykseen vastanneista 65 prosenttia ilmoitti yhtiömuodokseen osakeyhtiön (N = 340). Toiminimellä puolestaan ilmoitti toimivansa 24 prosenttia vastaajista. Loput vastaajat jakautuivat ammatinharjoittajiin, kommandiittiyhtiöihin tai muihin yritysmuotoihin. Suomen Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimuksen tietojen perusteella vuonna 2015 kaikista yksityishammaslääkäreistä 60 prosenttia työskenteli joko itsenäisenä ammatinharjoittajana (33 %) tai vuokralaisena toimivan ammatinharjoittajana (27 %). Noin joka viides yksityishammaslääkäreistä työskenteli työsuhteessa yksityisellä sektorilla itsenäisessä asemassa. Loput työskentelivät työsuhteessa yksityisellä sektorilla (12 %) tai työvoimaa vuokraavan yrityksen palveluksessa (10 %).

Työaikaa koskevaan kysymykseen vastanneista 71 prosenttia työskenteli koko-aikaisesti ja loput osa-aikaisesti (N = 343). Palvelusetelituottajien ja ei-palvelusetelituottajien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa työajoissa. Kokoaikaiset työntekijät työskentelivät keskimäärin 33,7 tuntia viikossa, osa-aikaiset puolestaan 14,4 tuntia. Lomakkeessa kysyttiin myös praktiikoiden työntekijöiden lukumääriä. Vastauksissa hammaslääkäreiden lukumäärän mediaani oli kaksi, erikoishammaslääkäreiden ja suuhygienistien yksi ja muiden työntekijöiden kaksi.

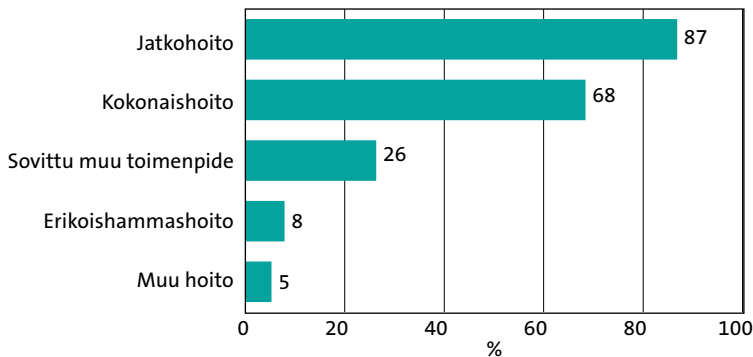
Palveluntuottajilta kysyttiin myös, työskentelevätkö he yksityisen yrityksen ohella jollakin toisella vastaanotolla pää- tai sivutoimisesti. Palvelusetelituottajista noin 40

prosenttia ilmoitti työskentelevänsä pää- tai sivutoimisesti yrityksensä ulkopuolella. Näistä suurin osa työskenteli sivutoimisesti yksityisellä sektorilla. Ei-palvelusetelituottajista 25 prosenttia työskenteli myös yrityksensä ulkopuolella. Ei-palvelusetelituottajien tapauksessa vastaajat työskentelivät praktiikkansa ohella suhteellisen tasaisesti sekä yksityisen sektorin että julkisen sektorin puolella. Ero palvelusetelituottajien ja ei-palvelusetelituottajien työskentelysektorien välillä ei ole kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Kyselyyn vastanneista suurin osa ei toiminut palvelusetelituottajana. Vastaajista 41 ilmoitti olevansa kunnan hyväksymä palvelusetelituottaja ja toimineensa keskimäärin 3,8 vuotta tuottajana. Kyselyyn vastanneista siis vain noin 12 prosenttia ilmoitti olevansa palvelusetelituottajia. Yli 60 prosenttia kyselyyn vastanneista palvelusetelituottajista toimi Helsingissä. Muut kyselyyn vastanneet palvelusetelituottajat toimivat kahdessatoista eri kunnassa. Pääkaupunkiseudun ulkopuoliset palvelusetelituottajat olivat Jyväskylästä, Kuopiosta, Vantaalta, Vihdistä, Iisalmesta, Kajaanista, Keravalta, Kotkasta, Lappeenrannasta, Lohjalta, Seinäjoelta ja Tampereelta.

Palvelusetelituottajilta kysyttiin, mihin palveluihin palveluseteliä yleensä käytetään. Palvelusetelin käyttö eri toimenpiteisiin on esitetty kuviossa 13.1. Suurin osa palveluseteleistä käytettiin aikuisten päivystysluonteisten hoitojen jatkohoitoihin (87 %) sekä aikuisten kokonaisuhoitoihin (68 %). Erikoishammaslääkärin palveluihin käytettiin 8 prosenttia seteleistä ja tiettyihin aikuisten toimenpiteisiin 26 prosenttia. Jatkohoito tarkoitti lähinnä hampaan juurikanavien avaamista ja laajentamista sekä juuren täyttöä (toimenpideluokat SGA ja SGB). Kokonaisuhoidoissa yleisimmät toimenpiteet olivat paikkaushoitoja (SFA).

Palveluntuottajille esitettiin kyselylomakkeessa yhdeksän erilaista, yleistä hammaslääkäripraktiikassa suoritettua toimenpidettä. Vastaajia pyydettiin valitsemaan vaihtoehtoista kaikki ne toimenpiteet, joissa heillä oli ollut palveluseteliasiakkaita. Yksittäinen röntgenkuva (SBB20) oli vastausten mukaan yleisin palvelusetelillä han-



KUVIO 13.1. Palvelusetelien käytön jakautuminen toimenpiteiden mukaan, osuus vastanneista prosentteina.

kittu toimenpide (92 % vastanneista). Yli 80 prosenttia kyselyyn vastanneista palvelusetelituottajista ilmoitti palveluseteliasiakkaita olleen lisäksi seuraavissa toimenpideluokissa puolen vuoden sisällä: hampaan juurikanavien avaus ja laajennus (SGA), paikkaushoito suoralla menetelmällä (SFA) sekä hampaiden poistot (EBA).

Ostopalvelujen tuottamista koskevaan kysymykseen vastanneista palvelusetelituottajista yli 40 prosenttia toimi vastaushetkellä myös ostopalvelutuottajana (N = 333). Ei-palvelusetelituottajista vain yhdeksän prosenttia ilmoitti olevansa ostopalvelutuottajia. Ero ryhmien välillä oli myös tilastollisesti merkitsevä. Tämän lisäksi viisi prosenttia kyselyyn vastanneista ilmoitti myös tekevänsä muunlaista yhteistyötä kunnallisen terveystieteiden kanssa, kuten yhteispäivystystä tai lähetepotilaiden hoitoa.

Markkinatilanne

Palveluntuottajilta pyydettiin lukumääräinen arvio toimialalla toimivista kilpailevista tuottajista. Palveluntuottajien vastaukset erosivat varsin paljon toisistaan. Vastausten perusteella näyttääkin siltä, että palveluseteli- ja ei-palvelusetelituottajilla ei ole yksiselitteistä käsitystä markkinoilla vallitsevasta kilpailutilanteesta. Kyselylomakkeessa kysyttiin myös palveluntuottajien toimenpiteiden hintoja. Palvelusetelituottajien ja ei-palvelusetelituottajien toimenpiteiden hinnat olivat varsin samansuuntaisia, eikä niistä löytynyt suuria eroavaisuuksia.

Vuonna 2015 suun terveydenhuollon Kela-korvauksia leikattiin 30 miljoonaa euroa. Lähes puolet palveluntuottajista oli sitä mieltä, että Kela-korvausten leikkausten myötä aikuisten hoidon kysyntä on vähentynyt tai asiakkaat ovat pyrkineet rajoittamaan hoitoja (N = 346). Toisaalta reilu kolmannes vastaajista katsoi kysynnän pysyneen ennallaan. Palvelusetelituottajien ja ei-palvelusetelituottajien vastaukset erosivat myös tilastollisesti merkitsevästi toisistaan. Palvelusetelituottajista 73 prosenttia arvioi, että leikkausten myötä kysyntä on vähentynyt tai että asiakkaat ovat pyrkineet rajoittamaan hoitoja. Ei-palvelusetelituottajista vastaava osuus oli 46 prosenttia.

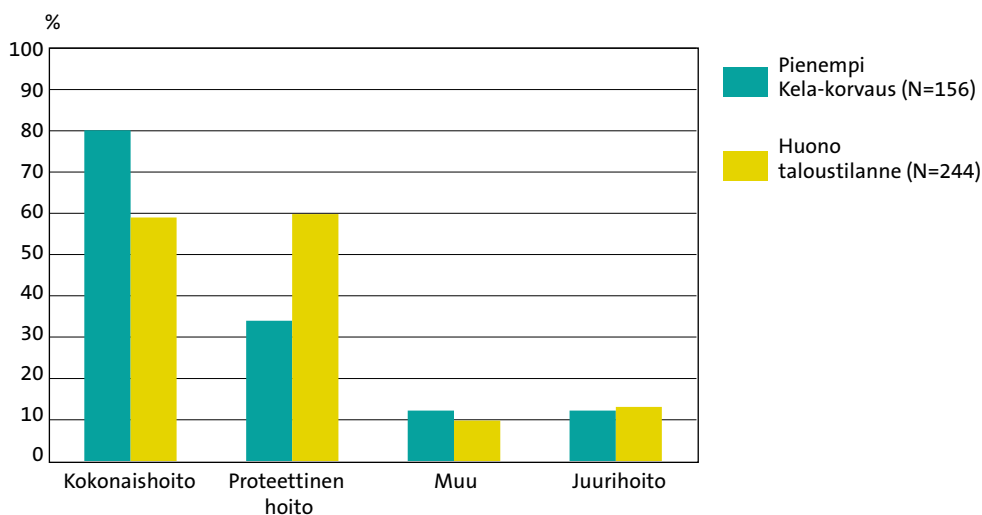
Palveluntuottajilta kysyttiin arvioita huonontuneen taloudellisen tilan vaikutuksesta hammaslääkäripalveluiden kysyntään ja asiakkaiden hoitokäyttäytymiseen (N = 344). Kaikista palveluntuottajista yli 65 prosenttia arvioi, että kysyntä on laskenut tai asiakkaat ovat pyrkineet rajoittamaan hoitajensa sisältöä huonontuneen taloudellisen tilanteen vuoksi. Vastaavasti 25 prosenttia vastaajista arvioi, että huonontuneella taloudellisella tilalla ei ole ollut vaikutusta kysyntään.

Palvelusetelituottajista yli 90 prosenttia arvioi, että asiakkaat ovat joko rajoittaneet hoitoja tai kysyntä on yleisesti vähentynyt huonon taloudellisen tilanteen vuoksi. Ei-palvelusetelituottajista tätä mieltä oli vain 64 prosenttia. Ei-palvelusetelituottajista lähes 30 prosenttia arvioi, että huonontunut taloudellinen tilanne ei ole näkynyt palveluiden kysynnässä, kun taas palvelusetelituottajien ryhmästä näin arvioi ainoastaan viisi prosenttia vastaajista. Ryhmien väliset erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä.

Kuviossa 13.2 (Alla) on ilmoitettu annetuista vaihtoehdoista ne hoidot, joita on vastaajien mukaan vähennetty Kela-korvauksen pienemisen tai huonontuneen taloudellisen tilanteen takia. Osuuksia laskettaessa on poistettu ne vastaajat, jotka kertoivat, että asiakkaat eivät ole rajoittaneet hoitoja. Vastaajista noin 80 prosenttia arvioi, että Kela-korvauksen pienentäminen on vähentänyt kokonaishoidon palveluiden kysyntää. Noin kolmannes vastaajista puolestaan arvioi, että Kela-korvausten pienentäminen on vähentänyt proteettisen hoidon kysyntää. Huonon taloudellisen tilanteen arvioitiin vaikuttaneen jokseenkin samalla tavalla proteettisen hoidon ja kokonaishoidon kysyntään. Molemmista vaihtoehdoissa noin 60 prosenttia vastaajista arvioi, että hoitojen kysyntä on vähentynyt huonon taloudellisen tilanteen takia.

Vastaajille annettiin mahdollisuus kommentoida ja antaa ehdotuksia Kela-korvausten suuntaamisesta ja kehittämisestä jatkossa. Mielipiteissä ei havaittu merkittäviä eroja palvelusetelituottajien ja muiden vastaajien välillä. Vastaajat antoivat runsaasti vapaata palautetta (206 avointa vastausta). Suurin osa oli sitä mieltä, että korvaukset tulisi säilyttää vähintään ennallaan tai palauttaa vuoden 2014 tasolle. Lähes yhtä moni vastaaja mainitsi suoraan, että korvausta tulisi lisätä ja loput antoivat nykyiselle järjestelmälle parannus- tai laajennusehdotuksia. Parikymmentä vastaajaa oli valmiita luopumaan Kela-korvauksesta kokonaan palvelusetelin vaihtoehtona tai toisinpäin. Tätä perusteltiin mm. yksikanavaisella rahoitusjärjestelmällä sekä turhan byrokratian ja käsittelykulujen poistumisella.

Muutosehdotuksia antaneista parikymmentä vastaajaa laajentaisi Kela-korvausta koskemaan myös proteettisia hoitoja ja infektiohoitoja. Tämän lisäksi kannatettiin



KUVIO 13.2. Palveluntuottajien arviot siitä, missä hoidoissa Kela-korvauksen väheneminen tai huono taloudellinen tilanne on vähentänyt kysyntää, osuus vastanneista prosentteina.

korvauksen laajentamista ennaltaehkäisevään työhön. Epäsuhtaa yksityisten ja julkisten palvelujen hintojen välillä haluttiin myös korjata, ja vastauksissa esiintyi muutama kertaan ehdotuksia hintakaton tai kiinteän korvaussumman asettamisesta. Yksittäiset vastaajat kritisoivat uudistusta, jossa korvattavaksi tuli vain yksi tarkastus kahdessa vuodessa. Heidän mielestään tarpeen mukaan pitäisi korvata kaikki toimenpiteet ja korjaavat hoidot.

Asiakkaat ja asiakkaiden rooli

Palveluntuottajilta kysyttiin, minkä erityisryhmien tulisi kuulua jatkossakin julkisen suun terveydenhuollon piiriin, jos kaikki eivät pääsisi terveyskeskushoitoon (N = 341). Kysymykseen sai valita useita eri vastausvaihtoehtoja. Vastanneista 90 prosenttia valitsi kehitysvammaiset ja 72 prosenttia tietyt yleissairaat, joiden perussairaus edellyttää suun tehostettua hoitoa. Tämän lisäksi reilut puolet vastaajista valitsivat työttömät, odottavat äidit ja pakolaiset. Erityisryhmistä eläkeläiset valitsi vain 20 prosenttia vastanneista. Annettujen vastausvaihtoehtojen lisäksi tärkeinä ryhminä mainittiin lapset ja nuoret sekä opiskelijat.

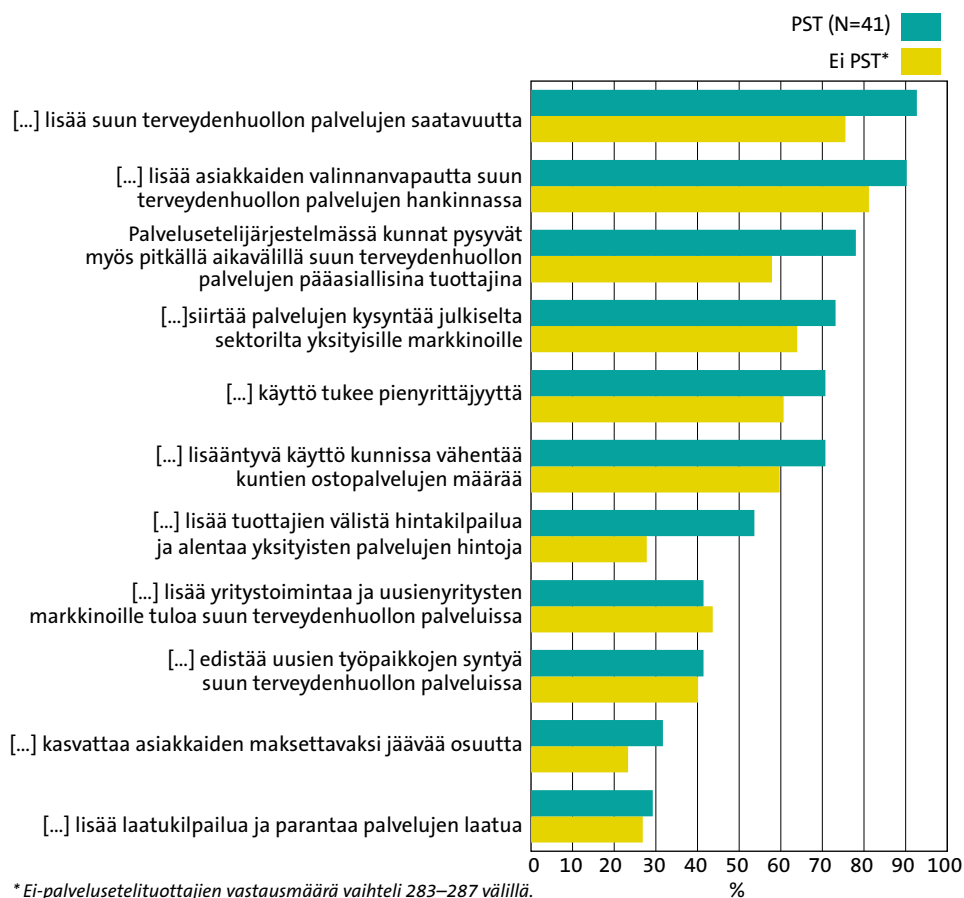
Vastaava kysymys on esitetty aiemmin myös terveyskeskuksissa työskenteleville ylihammaslääkäreille (Terveyskeskusten johtaville hammaslääkäreille suunnattu ajankohtaiskysely 07/2015, Eeva Widström). Julkisen sektorin ylihammaslääkärit painottivat yksityisiä hammaslääkäreitä enemmän odottavia äitejä sekä eläkeläisiä.

Isolla osalla yrityksistä (97 %) oli käytössään Recall-kutsujärjestelmä, jossa potilaille lähetetään vuositarkastus- ja kontrollikutsut automaattisesti kotiin käyntien välillä (N = 346). Vastausten perusteella palveluntuottajat lähettävät Recall-kutsun keskimäärin yli 75 prosentille asiakkaista. Huomattavan suuri osa (keskimäärin 84 %) kutsutuista myös tulee kutsun myötä hoitoon. Yksityisten hammaslääkärien asiakasvirta koostuu siis näiden tulosten mukaan suurelta osin vakioasiakkaista, jotka kutsutaan säännöllisesti hoitoon ja uusintakäynneille. Nämä asiakkaat ovat merkityksellisiä yrityksen toiminnalle ja muodostavatkin suurimman osan yrityksen asiakaskunnasta sekä liikevaihdosta.

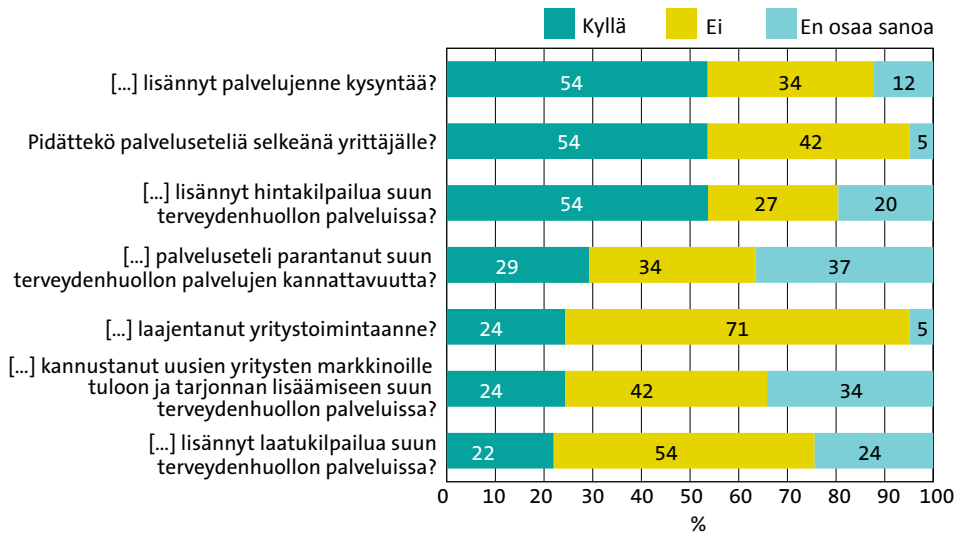
Palvelusetelituottajilta kysyttiin arvioita siitä, kuinka suuri osuus praktiikan asiakkaista on palveluseteliasiakkaita, ostopalveluasiakkaita tai muita asiakkaita (N = 40). Tämän lisäksi pyydettiin arvioita siitä, kuinka monta prosenttia praktiikan liikevaihdosta tulee normaalista hammaslääkäritoiminnasta, osto- tai palveluseteliasiakkaista tai muista asiakkaista. Muut asiakkaat ja muu normaali yksityishammaslääkäritoiminta kattoivat vastausten mukaan valtaosan palvelusetelituottajien asiakkaista ja liikevaihdosta. Osto- ja palveluseteliasiakkaiden osuus palvelusetelituottajien asiakkaista arvioitiin pieneksi. Palvelusetelituottajien asiakkaista keskimäärin hieman yli neljä prosenttia maksoi palvelusetelillä, ja he muodostivat arvioiden mukaan keskimäärin noin 11 prosenttia yrityksen liikevaihdosta. Ostopalveluasiakkaita on arvioiden mukaan keskimäärin noin kolme prosenttia, joiden arvioidaan vastaavan noin prosenttia palvelusetelituottajien liikevaihdosta.

Palvelusetelin markkinavaikutuksia

Kyselyssä kartoitettiin vastaajien mielipiteitä ja asenteita palvelusetelilaista. Kyselylomakkeessa esitettiin 11 väittämää palvelusetelilaista, joihin vastaajilla oli mahdollisuus vastata ”täysin eri mieltä”, ”jokseenkin eri mieltä”, ”ei eri eikä samaa mieltä”, ”jokseenkin samaa mieltä” tai ”täysin samaa mieltä”. Pienen vastausprosentin vuoksi täysin eri mieltä- ja jokseenkin eri mieltä -vastaukset yhdistettiin keskenään, samoin täysin ja jokseenkin samaa mieltä -vastaukset. Alla olevassa kuviossa 13.3 on esitetty palveluntuottajien täysin samaa mieltä ja samaa mieltä olevien vastausten prosentuaaliset jakaumat esitetyistä väittämistä.



Kuvio 13.3. Palvelusetelituottajien täysin samaa mieltä ja samaa mieltä olevien vastausten jakaumat palvelusetelilaista esitetyistä väittämistä, osuus vastanneista prosentteina.



KUVIO 13.4. Palvelusetelituottajien arvioita palvelusetelin vaikutuksesta omaan toimintaan ja markkinoihin, osuus vastanneista prosentteina.

Palvelusetelituottajat ja ei-palvelusetelituottajat erosivat tilastollisesti merkittävästi toisistaan ainoastaan väittämässä, jossa selvitettiin palvelusetelin vaikutusta tuottajien väliseen hintakilpailuun. Yli puolet palvelusetelituottajista katsoi, että palveluseteli on lisännyt hintakilpailua tuottajien kesken. Ei-palvelusetelituottajilla vastaava luku oli 28 prosenttia.

Suurelta osin palvelusetelituottajat ja ei-palvelusetelituottajat arvioivat väittämiä samansuuntaisesti. Molemmat ryhmät katsoivat esimerkiksi, että palveluseteli lisää asiakkaiden valinnanvapautta ja vähentää kuntien ostopalveluiden määrää. Yli 60 prosenttia kyselyyn vastanneista palveluntuottajista arvioi myös, että palvelusetelin käyttö tukee pienyrittäjyyttä ja että palveluseteli siirtää palveluiden kysyntää julkiselta sektorilta yksityiselle. Vastausten vertailuun vaikuttaa kuitenkin ei-palvelusetelituottajina toimivien yritysten todennäköisesti heikompi tietämys palvelusetelijärjestelmästä.

Palvelusetelituottajilta pyydettiin arvioita palvelusetelin vaikutuksesta omaan liiketoimintaan ja toimintaympäristöön. Yllä olevassa kuviossa 13.4 on esitetty kyselylomakkeessa esitetyt väittämät ja niiden vastausprosentit. Suurin osa palvelusetelituottajista on sitä mieltä, että palveluseteli on lisännyt hintakilpailua enemmän kuin laatukilpailua. Yli kolmannes vastanneista palvelusetelituottajista ei osaa ottaa kantaa, onko palveluseteli lisännyt suun terveydenhuollon kannattavuutta, mutta pieni enemmistö on kuitenkin eri mieltä väitteen kanssa. Samansuuruinen osuus (34 %) vastaajista on myös sitä mieltä, että palvelujen kysyntä ei ole lisääntynyt palvelusetelin myötä, kun taas reilut puolet palveluseteliyrityksistä kertoo kysynnän kasvaneen. Lisäksi 70 prosenttia ilmoittaa, että yritystoiminta ei ole laajentunut palvelusetelin ansiosta.

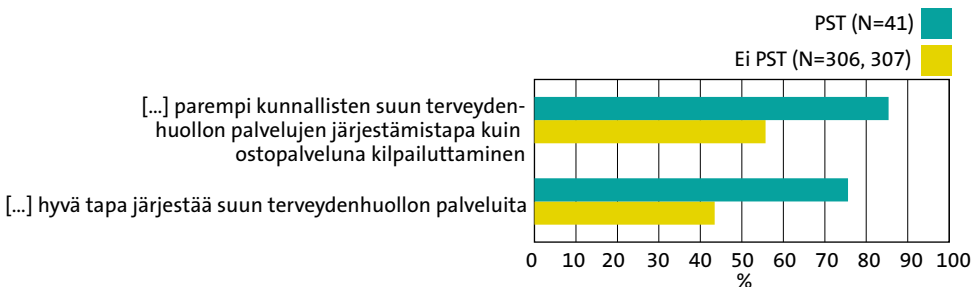
Hieman vajaat puolet palvelusetelituottajista ei pidä palveluseteliä selkeänä yrittäjälle. Tätä perusteltiin avoimissa vastauksissa muun muassa sillä, että kokonaisuodot ovat ongelmallisia järjestää yksityisellä hammaslääkärillä, kun terveyskeskuksen hammaslääkäri tekee tarkastuksen. Eräs palvelusetelituottaja kommentoi seuraavasti: ”Jokaisen hammaslääkärin tekemän hoitotyön tulee kuitenkin perustua omakohtaiseen tarkastukseen, arvioon ja hoitosuunnitelmaan. Työtä ei voi vain lähteä tekemään siksi, että joku osoittaa sinulle, mistä porata.” Ongelmaksi palvelusetelijärjestelmässä näyttää vastausten perusteella muodostuvan potilaan hoitoprosessin jatkuvuus sekä tehoton ajankäyttö, jos hoitokuvioon osallistuu monta tekijää.

Väitettä siitä, että palvelusetelijärjestelmä kannustaisi uusia yrityksiä tulemaan markkinoille, vastustettiin enemmän kuin kannatettiin. Palvelusetelituottajat kommentoivat suurten yritysten markkinoilletulon kiristävän hintakilpailua ja täten vähentävän pienten yritysten mahdollisuuksia. Pienten yritysten ei koettu voivan ryhtyä palvelujentuottajaksi vain palveluseteliassiakkaiden toivossa, sillä potilaat etsivät halvimmat palveluhinnat ja asiakkaiden määrä ja tulovirta (varsinkin pienille) yrityksille ovat täten hyvin epävarmoja. Toisaalta jossain yrityksessä palvelusetelin käyttöönotto oli mahdollistanut ylimääräisen hammaslääkärin työskentelyn.

Suhtautuminen palveluseteliin

Palveluntuottajilta kysyttiin myös suhtautumisesta palveluseteliin. Väittämät ja kyllä-vastausten vastausprosentit on esitetty alla olevassa kuviossa 13.5. Palvelusetelituottajaksi ryhtyminen on täysin vapaaehtoista. Ei ole mitenkään yllättävää, että valtaosa palvelusetelituottajista piti palveluseteliä hyvänä tapana järjestää suun terveydenhuollon palveluita. Ei-palvelusetelituottajista näin ajatteli hieman yli 40 prosenttia. Ryhmien välinen ero on myös tilastollisesti merkitsevä.

Molempien palveluntuottajaryhmien enemmistö piti palveluseteliä parempana tapana järjestää suun terveydenhuollon palveluita kuin ostopalveluna kilpailuttaminen. Myös tässä kysymyksessä palvelusetelituottajat suhtautuivat varsin odotetusti ei-palvelusetelituottajia myönteisemmin väittämään. Ryhmien välillä on myös tilastollisesti merkitsevä ero.

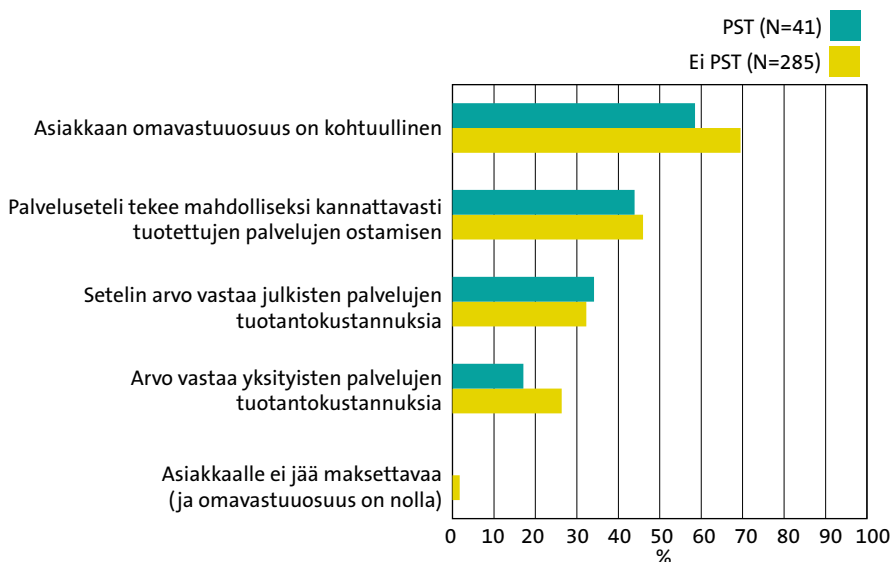


KUVIO 13.5. Suhtautuminen palveluseteliin, osuus vastanneista prosentteina.

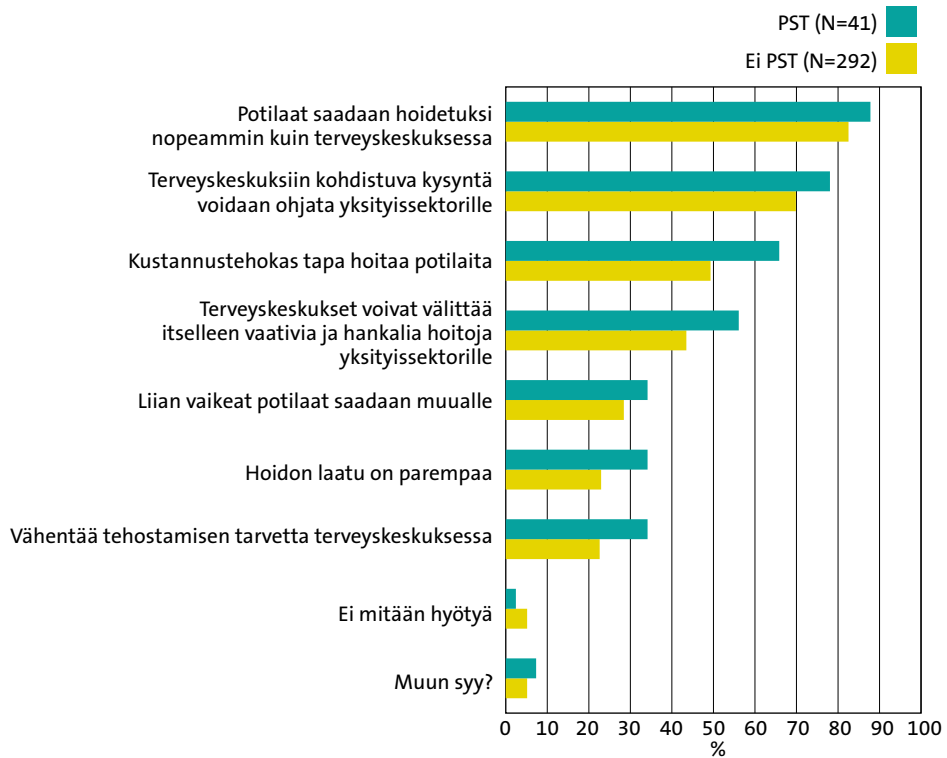
Ei-palvelusetelituottajien myönteinen suhtautuminen palveluseteliin saattaa kertoa halukkuudesta siirtyä palvelusetelituottajaksi. Vastaajilla oli myös mahdollisuus perustella vastauksia. Palvelusetelin paremmuutta ostopalveluun verrattuna perusteltiin asiakkaan valinnanvapauden lisääntymisellä. Ostopalvelujen kilpailutuksen poistumisen ansiosta pienyritysten nähtiin myös pystyvän pärjäämään ja osallistumaan markkinoille aiempaa paremmin. Lisäksi byrokratian koettiin vähenevän palvelusetelijärjestelmän myötä, koska asiakas tekee valintatyön.

Kyselylomakkeessa kysyttiin myös palvelusetelin arvoon liittyviä kysymyksiä (kuvio 13.6). Palveluntuottajilta kysyttiin, miten palvelusetelin arvo tulisi asettaa, jotta se kannustaisi palvelujen tarjonnan lisäämiseen tai uuden yritystoiminnan aloittamiseen? Palvelusetelituottajien ja ei-palvelusetelituottajien näkemykset palvelusetelin arvosta olivat annettujen vaihtoehtojen välillä melko samanlaiset. Suurin osa kaikista kysymykseen vastanneista asettaisi palvelusetelin arvon niin, että asiakkaan omavastuuosuus on kohtuullinen. Kysymyslomakkeessa käsitettä kohtuullinen ei määritelty, mikä on hyvä pitää mielessä vastausta tulkitessa.

Ei yksikään palvelusetelituottajista ja vain kaksi prosenttia ei-palvelusetelituottajista oli sitä mieltä, että asiakkaalle ei tulisi jäädä mitään maksettavaa. Suurempi osa sekä palvelusetelituottajista että ei-palvelusetelituottajista kannatti palvelusetelin arvon asettamista enemmän julkisten palvelujen tuotantokustannusten suuruiseksi kuin yksityisten palvelujen. Hieman suurempi osuus ei-palvelusetelituottajista (26 %) kuin palvelusetelituottajista (17 %) valitsisi kuitenkin arvon vastaamaan yksityisten palvelujen tuotantokustannuksia.



KUVIO 13.6. Palvelusetelin arvon asettaminen, osuus vastanneista prosentteina.



KUVIO 13.7. Terveyskeskuksille koituvat hyödyt palvelusetelien jakamisesta yksityishammaslääkäreiden mielestä, osuus vastanneista prosentteina.

Palveluntuottajilta kysyttiin, mitä hyötyä palvelusetelistä koituu terveyskeskuksille. Tulokset on esitetty yllä olevassa kuviossa 13.7. Palvelusetelituottajista lähes 90 prosenttia ja ei-palvelusetelituottajista reilut 80 prosenttia oli sitä mieltä, että potilaat saadaan hoidetuksi nopeammin yksityisellä puolella palvelusetelin ansiosta. Palvelusetelituottajista 66 prosenttia näki palvelusetelien jakamisen olevan kustannustehokas tapa terveyskeskuksille hoitaa potilaita. Ei-palvelusetelituottajista tätä kannatti hieman pienempi osa, mutta kuitenkin lähes puolet vastaajista. Ero ryhmien välillä oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevä.

Yli puolet palvelusetelituottajista oli sitä mieltä, että terveyskeskukset hyötyvät palvelusetelijärjestelmästä pystyessään välittämään vaativia ja hankalia hoitoja yksityissektorille. Terveyskeskukset pystyvät valikoimaan, mille hoidoille ja keille potilaille palveluseteleitä annetaan. Näin ollen vaativat erikoishoidot saatetaan siirtää yksityiselle puolelle siksi, että asiakkaat pääsisivät hoitoon nopeammin. Yksityishammaslääkärit saattavat kokea, että palvelusetelijärjestelmä antaa terveyskeskuksille kuitenkin mahdollisuuden kermankuorintaan eli asiakkaiden valikointiin niin, että helpot potilaat hoidetaan terveyskeskuksissa ja hankalammat siirretään yksityisille.

Näkemyksiä palvelusetelijärjestelmän kehittämiseksi

Kyselyssä vastaajat saivat omin sanoin antaa palautetta palveluseteli- sekä Kela-korvausjärjestelmästä ja esittää niihin liittyviä kehitysehdotuksia. Yhtenä ongelmana palvelusetelijärjestelmässä pidettiin sitä, että kunnan myöntämä palveluseteli koskee vain tiettyä toimenpidettä. Jos hoidossa on tarvetta lisätoimenpiteille, seteli ei korvaa niitä. Siksi toivomuksena olikin saada vapaat kädet, niin että terveyskeskusten ei olisi tarpeen arvioida tarvittavia yksittäisiä hoitoja etukäteen niin tarkasti, vaan potilas voisi saada kokonaisvaltaista hoitoa. Tällä hetkellä jatkuva hoitoprosessi ei toteudu, vaikka yksityissektorilla olisi mahdollisuus pitkään ja hyvään hoitosuhteeseen.

Palvelusetelijärjestelmässä koettiin olevan myös liikaa byrokratiaa ja turhia ylläpitokustannuksia. Toisaalta vastauksista tuli ilmi, että ostopalvelujärjestelmään verrattuna byrokratiaa oli vähemmän. Yritykselle koitua paperityö nähtiin myös ongelmallisena.

Avoimissa vastauksissa julkisen sektorin suun terveydenhuollon katsottiin olevan ylikuormitettu. Yksityisen puolen Kela-korvausten katsottiin olevan liian pieniä, jotta julkisen sektorin ylikuormaa saataisiin purettua. Vastauksissa korostettiin sitä, että yksityinen vapaa kapasiteetti pitäisi ottaa käyttöön ja purkaa näin jonoja terveyskeskuksilta. Erään kommentin mukaan yksityisellä tehdään nyt paljon turhia ja ylimääräisiä hoitoja niille potilaille, joilla on tähän varaa.

Useammassa vastauksessa ehdotettiin, että terveet aikuiset potilaat olisivat vasta toissijainen potilasryhmä terveyskeskuksissa ja ensisijaisesti hoitoa tarjottaisiin lapsille, nuorille ja niille muille erityisryhmille, jotka vaativat erityistä hoitoa. Aikuisen hoito voisi siirtyä palvelusetelijärjestelmän kautta kokonaan yksityiselle puolelle. Tämän lisäksi tulevaisuuden hoitotyötä ja kustannuksia silmällä pitäen painotettiin ennaltaehkäisevää työtä ja tärkeänä kohderyhmänä pidettiin jälleen lapsia ja nuoria.

Vaikka moni vastaaja kirjoittikin yksityisen ja julkisen tasavertaisesta tuesta ja hinnoista, kalliimmilla hinnoilla ja omavastuulla nähtiin myös positiivisia vaikutuksia. Esimerkiksi yhden vastauksen mukaan yksityisen puolen kallis hinta motivoi potilasta hoitamaan suutaan hyvin.

Yksikanavainen rahoitusjärjestelmä sai kannatusta useassa vastauksessa. Rahan haluttaisiin seuraavan potilasta, ja rahoitusjärjestelmän toivottiin olevan samantyyppinen kuin Ruotsissa. Yksi vastaaja kommentoi seuraavasti: ”Mielestäni rahan pitäisi seurata potilasta. Yksityisten ja julkisten palveluiden pitäisi tukea toisiansa, jotta koko hammaslääkäripotentiaali saataisiin käyttöön. Julkisen palvelun hintoja pitäisi nostaa vastaamaan reaalikustannuksia.” Toinen vastaaja kirjoitti: ”Pitää siirtyä yksikanavaisen rahoitusjärjestelmään. Pitää vihdoin saada kaikki alalla toimivat samaan järjestelmään ja yhtenäisiin hoitokäytäntöihin. Asiakas valitkoon, missä hoitonsa haluaa. Laatu varmasti nousee, hinnatkin voivat elää. Subvention pitää olla sama joka paikassa. Sen ulkopuolelle voi jäädä kalliimpi proteettinen ja kosmeettinen hoito. On sama, minkä organisaation kautta raha kulkee, Kela tai joku muu.”

Toisaalta myös nykyinen järjestelmä sai kannatusta. Erään kommentin mukaan ”Kela-korvausjärjestelmässä raha seuraa potilasta aina tarpeen mukaan ja aito valinnanvapaus hoitopaikan suhteen säilyy. Miksi ihmeessä tätä yritetään nyt keksiä uudelleen? Potilaat eivät tarvitse palveluseleitä vaan palvelua!”

Suuhygienistien määrän ja koulutuksen lisääminen sai avoimissa vastauksissa kannatusta. Vastausten mukaan suuhygienistit pystyisivät tehokkaasti hoitamaan suuren osan hammaslääkäreiden tehtävistä, mikä vähentäisi jonoja ja pienentäisi kalliiden hammaslääkäreiden kustannuksia. Tätä tukevat myös terveyskeskuksille suunnatun kyselyn ylihammaslääkäreiden vastaukset (Ajankohtaiskysely 2015, Widström) suuhygienistien määrästä ja tehtävänkuvasta. Heidän mielestään suuhygienistit tai hammashoitajat sopisivat hyvin esimerkiksi ehkäisevään hoitoon ja omahoidon neuvontatyöhön ja voisivat tehdä näitä entistä enemmän. Noin 69 prosenttia oli sitä mieltä, että suuhygienistien työtä voisi tehostaa, ja noin 71 prosenttia vastaajista katsoi, että suuhygienisteiltä voisi siirtää tehtäviä edelleen hammashoitajille, mikä taas mahdollistaisi hammaslääkäreiden työtehtävien jakoa suuhygienisteille.

Pohdinta

Suun terveydenhuollon palveluseleitä koskeva kysely käsitteli nykyistä markkina-tilannetta, palvelusetelin vaikutuksia asiakkaisiin, tuottajiin ja markkinoihin sekä yleistä suhtautumista uuteen järjestelmään. Hammaslääkäreiden runsas sanallinen palaute kyselyssä kertoi heidän kiinnostuksestaan aiheeseen, ja usea hammaslääkäri mainitsikin aihepiirien olevan tärkeitä ja ajankohtaisia. Tästä huolimatta vastausaktiivisuus jäi suhteellisen vähäiseksi. Laajan sähköpostijakelun seurauksena vastausprosentti olisi voinut olla korkeampi. Vastausten suhteellisen vähäinen määrä on huomioitava vastausten tulkinnessa. Vastausten määrää vähensi todennäköisesti myös se, ettei sähköpostilista ollut ajan tasalla ja että kysely tehtiin kesälomien kynnyksellä.

Palvelusetelituottajina toimivat yksityishammaslääkärit työskentelivät ei-palvelusetelituottajina toimivia kollegoitaan aktiivisemmin praktiikkansa ulkopuolella. Palvelusetelituottajista suhteellisesti suurempi osa toimi myös ostopalvelutuottajina verrattuna ei-palvelusetelituottajiin. Vastausten perusteella näyttää siltä, että ei-palvelusetelituottajilla on suhteellisen vähän kilpailua eivätkä he koe tarvitsevansa uusia asiakkaita palveluseleillä. Suurin osa kyselyyn vastanneiden yksityishammaslääkäreiden asiakkaista on vakituisia potilaita, jotka tulevat yrityksessä käytettävän kutsujärjestelmän puitteissa aina uudelleen vastaanotolle. Ei-palvelusetelituottajien vastauksissa korostui huoli siitä, että palvelusetelijärjestelmä antaa terveyskeskuksille mahdollisuuden potilaiden kermankuorintaan, jolloin ainoastaan ”vaikeat ja hankalat” potilaat siirretään yksityiselle puolelle. Näyttää siltä, että nykyisessä palvelusetelijärjestelmässä monilla palveluntuottajilla ei ole suurta kannustinta siirtyä palvelusetelituottajaksi.

Palveluseteliasiakkaiden osuus yksityisten palvelusetelituottajien asiakkaiden kokonaismäärästä arvioitiin suhteellisen pieneksi (4 %), mutta heidän arvioitiin muodostavan kuitenkin yli kymmenyksen liikevaihdosta. Vastaavasti ostopalveluasiakkaiden määrä ja vaikutus liikevaihtoon arvioitiin hyvin vähäisiksi. Tästä mielessä palveluseteliasiakkaiden hankkiminen voisi olla taloudellisesti kannattavaa ja tuoda lisäliikevaihtoa praktiikoiden liiketoimintaan.

Palvelusetelituottajat arvioivat, että palveluseteli lisäsi yleisesti enemmän hintakilpailua kuin laatukilpailua. Yli puolet palvelusetelituottajista arvioi, että palveluseteli lisää tuottajien välistä hintakilpailua ja alentaa näin yksityisten hammaslääkäripalveluiden hintoja. Ei-palvelusetelituottajista vain hieman yli neljännes oli tätä mieltä. Palveluseteli on järjestelmänä melko uusi, joten mielenkiintoista on seurata, vaikuttaako valinnanvapaus hintakilpailun kautta hintoihin entistä enemmän tulevaisuudessa. Useissa kunnissa on käytössä hintalaskuri, jolla eri palvelusetelituottajien hintoja on helppo verrata netissä ja valita näin halvin hoito.

Palvelusetelijärjestelmää kritisoitiin vastauksissa liiallisesta byrokraattisuudesta, joka estää potilaan kokonaihoidon toteutumisen. Vastausten mukaan terveyskeskusten antama toimenpidemääräys siitä, mihin seteli oikeuttaa, ei toimi potilaan kokonaihoidon ajatellen. Lisähoidon tarve muodostuu ongelmaksi, kun palveluseteli ei kata kaikkia potilaan tarvitsemia toimenpiteitä, joita ilmaantuu hoidon yhteydessä. Palveluntuottajat korostivatkin vapautta hoitosuunnitelmien laatimiseen ja toteuttamiseen, jotta potilaan kokonaihoidon toteutuu parhaalla mahdollisella tavalla.

Uuden järjestelmän myötä terveyskeskuksella on myös mahdollisuus valita asiakkaansa. Vaikeat toimenpiteet ja potilaat pystytään periaatteessa siirtämään yksityiselle puolelle palvelusetelin avulla. Yksityiset palveluntuottajat katsoivat, että tämä mahdollistaa julkisen sektorin hoitojonojen purkamista. Vastausten perusteella näyttää siltä, että yksityisillä hammaslääkäreillä on siis mahdollisesti vapaata kapasiteettia ja siten nopeampaa hoitoa saatavilla, erityisesti sellaisissa kunnissa, joissa toimii useita palveluntuottajia. Tämä olisi yksi tapa purkaa julkisella puolella olevia pitkiä hoitojonoja ja tasata hammaslääkäripalveluiden julkisen sektorin kysyntää.



IV

Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuudet 2050

14 Ihmislähtöisyys korvaa palvelukeskeisyyden

SATU KORHONEN,
Demos Helsinki

Johdanto

Demos Helsingin toteuttaman terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuutta käsittelevän osahankkeen tavoitteena oli tarkastella, miten tulevaisuuden palvelujärjestelmät tukevat ihmisten terveyteen liittyviä valintoja. Osahankkeen lähtökohtana oli, että ihmisen terveys ja hyvinvointi eivät riipu ainoastaan tarjotuista sosiaali- ja terveystalv palveluista ja niiden laadusta, vaan kytkeytyvät myös ihmisten omiin valintoihin, elämäntapoihin, elinoloihin sekä yksilöä ympäröivään palvelurakenteeseen, toimintamahdollisuuksiin ja elinympäristöön (ks. esim. Dahlgren ja Whitehead 1991, WHO 2008, Mikkonen ja Raphael 2010).

Tulevaisuustyöskentelyyn tuotiin laaja-alainen terveyden ja hyvinvoinnin sekä palvelujärjestelmän asiantuntemus tiiviin kumppanuustyön kautta. Kumppaneina toimivat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lisäksi Kela, sosiaali- ja terveysalan järjestöjen kattojärjestö Soste ry, lääkeyhtiö Novartis, vakuutusyhtiö LähiTapiola, asumispalvelujen asiantuntija Validia Asuminen sekä liikunta-, kulttuuri- ja palvelusetelien asiantuntija Smartum.

Osahankkeessa terveyteen liittyviä valinnanmahdollisuuksia tutkittiin työstämällä neljä skenaariota terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuuksista vuoteen 2050. Tutkimusasetelma on innovatiivinen, sillä se lähtee liikkeelle a) terveydestä, ei palvelujärjestelmästä ja b) sosiaali- ja terveystalv palvelualan ulkopuolisista muutoksista ja epäjatkvuuksista.

Päätutkimuskysymyksenä on

”Miten tulevaisuuden palvelujärjestelmät tukevat ihmisten terveyteen liittyviä valintoja?”

Alatutkimuskysymyksiä on lisäksi kolme:

- 1) Miten yhteiskunta muuttuu vuoteen 2050, ja miten se vaikuttaa valintoihin ja valinnanvapauteen terveys- ja hyvinvointipalveluissa?
- 2) Mitä hyvinvointia ja terveyttä edistävät palvelut ovat vuonna 2050? Millä tavoin ne tukevat ihmisten terveyttä ja hyvinvointia?
- 3) Miten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät mahdollisuudet ja valinnat toteutuvat eri kuluttajaryhmille?

Metodit

Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuutta kartoitettiin kaksi vaihetta sisältävän kokonaisuuden avulla. Kaksi vaihetta sisälsivät useita tulevaisuustutkimuksen piirissä tunnettuja menetelmiä ja lähestymistapoja. Keskeisin menetelmä oli backcasting-työskentely, jonka lisäksi käytettiin Delfoi-tutkimusta, toimintaympäristön skannausta, vision määrittämistä, tulevaisuuskuvia, skenaarioita ja skenaarioihin perustuvaa analyysia.

Ensimmäinen vaihe: Toimintaympäristön skannaus ja Delfoi-kysely

Ensimmäisessä vaiheessa kevään ja kesän 2014 aikana tehtiin toimintaympäristön skannaus ja Delfoi-kysely. Selvitys perustui aiempaan tutkimukseen suomalaisten terveyden nykytilasta ja siihen vaikuttavista globaaleista muutosilmiöistä. Ensimmäisen vaiheen lopputuloksena julkaistiin raportti *Terveyden tulevaisuudet. Pohjaselvitys suomalaisten terveyteen vaikuttavista ilmiöistä* (Demos Helsinki 2014). Raportti toimi taustatyönä skenaariotyöskentelylle ja neljän eri skenaarion oletusten muodostamiselle. Pohjaselvityksen yhteydessä toteutettiin Delfoi-kysely, jossa tiedusteltiin skenaariotyöpajojen lähtökohtien avulla näkökulmia, laajempia havaintoja ja kritiikkiä asiantuntijajoukolta. Delfoi on iteratiivinen ja pseudoanonyymi survey-menetelmä, joka yleensä suunnataan asiantuntijoille (ks. menetelmästä lisää esim. Kamppinen ym. [toim.] 2003).

Toinen vaihe: vision valinta, skenaariomuuttajat, backcasting-työpajat

Toisessa vaiheessa syksyllä 2014 järjestettiin kuusi backcasting-tulevaisuustyöpajaa, joihin kutsuttiin laajasti terveysalan toimijoita, asiantuntijoita ja kokemusasiantuntijoita. Backcasting on menetelmä, jonka avulla tunnistetaan loogisia reittejä jostakin oletetusta tulevaisuuden tilanteesta takaisin nykyhetkeen. Backcasting-menetelmä soveltuu erityisesti tilanteisiin, joissa tulevaisuuteen voidaan asettaa tietty tavoite, joka pysyy vakiona, mutta muut muuttajat voivat vaihdella suurestikin (ks. menetelmän käytöstä esim. Neuvonen ym. 2014, Leppänen ym. 2012).

Jokaisessa työpajassa osallistujat työskentelivät neljässä ryhmässä. Työpajoista viisi järjestettiin Helsingissä ja yksi Kajaanissa. Osallistujat tulivat työpajoihin kutsuttuna. Kutsumisprosessia ohjasi kolme periaatetta: 1) Mukana on oltava julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin edustajia. 2) Kaikkien merkittävien ikäryhmien, etnisten taustojen sekä toimintakyvyltään erilaisten ryhmien on oltava edustettuina. 3) Kutsu voidaan lähettää joko henkilökohtaisen osaamisen tai henkilön edustaman organisaation perusteella. Työpajoihin ilmoittautui yhteensä 148 henkilöä, ja heidän joukossaan oli tutkijoita, poliitikkoja, kuntatoimijoita, terveysalan yrittäjiä, hyvinvoinnin edistäjiä ja järjestöjen ja liittojen edustajia.

Kussakin työpajassa työstettiin erityisesti yhtä teemaa. Teemat muodostettiin PEST-viitekehyksen PESTEL-variantin avulla (Political-Economic-Social-Technological-Environmental-Legal), jota on hyödynnetty myös tutkimuksen muissa osissa. Seuraavat terveyteen liittyvät teemat päätettiin PESTEL-mallin ja Terveyden tulevaisuudet -pohjaselvityksen pohjalta:

1. asuminen ja elinympäristö,
2. teknologia ja uudet välineet,
3. osallistuminen ja toimintakyky,
4. rahoitus ja uudet kumppanuudet,
5. käyttäytyminen, elämäntavat ja arvot ja
6. alueellinen tasa-arvo.

Neljä ensimmäistä työpajaa pidettiin kahteen otteeseen niin, että samat osallistujat osallistuivat työpajoihin 1 ja 2 ja työpajoihin 3 ja 4. Kahdessa viimeisessä työpajassa oli eri osallistujat, sillä viimeinen työpaja pidettiin Kajaanissa.

Backcasting-skenaariotyöskentelyä varten valittiin ensin tulevaisuuskuvia rajaa-vaksi visioksi ”Koettu terveys tuplaantuu kustannuksia kasvattamatta”, jonka tarkoitus oli auttaa työpajaosallistujia näkemään toisin olemisen mahdollisuuksia. Vision määrittelyn avulla haluttiin ohjata skenaariotyöskentelyä kohti positiivisia, mutta kustannuksien kannalta mahdollisia kehityskulkuja. Vision valitsi työryhmä, johon kuuluivat myös Demos Helsingin tutkijat. Työpajaosallistujille annettiin mahdollisuus kommentoida visiota työpajojen aikana, ja visiosta käytiin useita selittäviä keskusteluja, mutta visiota ei tästä huolimatta muutettu.

Toimintaympäristön kartoituksen ja Delfoi-kierroksen perusteella valittiin tulevia backcasting-työpajoja varten yhteensä seitsemän skenaariomuuttujaa, jotka saivat kahdesta neljään arvoa. Skenaariomuuttujat olivat ”Osallistumisen aste”, ”Tehokkuus terveyden aktualisoinnissa”, ”Terveystieto”, ”Arvomaailma ja periaatteet”, ”Ratkaisujen paikallisuuden aste”, ”Vastuu terveydestä” ja ”Tavoite terveydenhuollolle”. Skenaariomuuttujien pohjalta muodostettiin neljä erilaisen tulevaisuuskuvan reunaoletusta siten, että jokaista skenaariota varten määritettiin kolmesta skenaariomuuttujasta yksi arvo. Myöhemmin neljä skenaariota saivat yhden ennalta määritetyn arvon lisää niin, että viidessä työpajassa jokaisen ryhmän tulevaisuuskuva sisälsi neljä reunaehto.

Työpajatyöskentely jakautui kahteen vaiheeseen jokaisen teematyöpajan kohdalla. Työskentelyn alkuosassa osallistujille esiteltiin työn pohjana oleva metodologia sekä muuttujien arvot, joiden kautta kuvat oli muodostettu. Neljän tunnin työskentelyajasta noin puolet käytettiin vuoden 2050 pohtimiseen tulevaisuuskuvan ja päivän teeman näkökulmasta. Toisella puoliskolla edettiin backcasting-menetelmällä vuoden 2050 tilanteesta takaisin vuoteen 2014.

Tutkimustulokset perustuvat toimintaympäristön skannauksen yhteydessä nousseisiin havaintoihin, skenaariotyöpajoissa syntyneisiin oivalluksiin, skenaariotyöpajoista saatujen materiaalien ATLAS-ohjelmalla suoritettuun laadulliseen analyysiin sekä Delfoi-kyselyn tuloksiin. Työpajojen materiaaleista tuloksiksi on nostettu erityisesti toistuvat oivallukset ja näkemykset sekä backcasting-työskentelyn yhteydessä havaitut loogisesti yhteensopivat tapahtumaketjut.

Megatrendit muuttavat maailmaa

Työskentelyn aikana terveyden määritelmä vakiintui tarkoittamaan ihmisten käytettävissä olevaa sosiaalista, psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. Skenaariotyö näyttää tapoja, joilla palvelujärjestelmät ja yhteiskunnat voivat reagoida toimintaympäristön muutoksiin ja tuottaa enemmän koettua terveyttä rajallisilla resursseilla. Terveyden tulevaisuudet -hankkeen tuloksena syntyi neljä oivallusta, jotka selventävät, miten tulevaisuuden palvelujärjestelmät tukevat kuluttajan terveyteen liittyviä valintoja.

Neljä skenaariota terveyden tulevaisuudesta

Terveys 2050 -raportissa (Koponen ym. 2015) esitetyt ihmislähtöisen terveyden ja valinnanvapauden skenaariot kuvaavat kehityskulkuja, jotka johtavat lisääntyvään terveyteen. Skenaarioissa on kiinnitetty erityistä huomiota siihen, että erilaiset ihmisissä ja yhteiskunnassa olevat alihyödynnetyt resurssit on otettu käyttöön terveyden edistämiseksi, hoidon järjestämiseksi ja ihmisten toimintakyvyn tukemiseksi. Skenaarioiden avulla voi tunnistaa mielekkäitä kehityskulkuja, kuten eri toimijoille avautuvia uusia rooleja terveyden rakentajana.

Skenaariot esittelevät neljä erilaista vuoden 2050 yhteiskuntaa: kyvykkäiden demokratia, avoin terveys, uuskuuselainen yhteiskunta ja sankarilääkärit.

Kyvykkäiden demokratia -skenaariossa osallistuminen ja terveys liittyvät vahvasti toisiinsa. Tässä skenaariossa alueellisen päätöksenteon merkitys on kasvanut ja maantieteelliset alueet ovat erilaistuneet siinä, kuinka terveyttä edistetään. Kansalaiset osallistuvat vahvasti terveyttä koskevaan päätöksentekoon ja priorisointiin.

Avoin terveys -skenaarion nimi viittaa avoimen tiedon, sensoriteknologian ja mittauksen hyödyntämiseen laajasti terveyden tukemisessa. Skenaariossa kuvataan, kuinka kodeista on tullut älykoteja, jotka havainnoivat ihmisen käyttäytymistä ja ohjaavat oikeanlaisiin valintoihin. Kodin älylaitteet voivat valmistaa aterioita, joissa on paras yhdistelmä mieltymyksiä ja tarpeellista ravintokoostumusta, tai koti voi muistuttaa ottamaan yhteyttä ystäviin. Myös esimerkiksi työpaikat kokoavat avointa terveystietoa, ja työtä etsivä voi tutustua siihen jo hakeutuessaan työhön. Työyhteisön hyvä terveys on kilpailuvaltti, josta halutaan pitää huolta.

Uuskuuselainen yhteiskunta -skenaarion nimi viittaa suomalaisen sosiaalipolitiikan uranuurtajaan Pekka Kuuseen. Terve yhteiskunta on toimintakykyinen ja tuottoisa. Pekka Kuusen ajattelussa tulonsiirrot olivat kannattava tapa tasata ihmisten välisiä eroja ja saada mahdollisimman suuri joukko kansalaisia osallistumaan työmarkkinoille. Uuskuuselainen yhteiskunta -skenaario esittelee yhteiskuntaa, jossa terveys on noussut keskeiseksi yhteiskunnassa tavoiteltavaksi asiaksi. Yhteiskuntapolitiikassa terveys kaikissa toimintapolitiikoissa -tyyppinen ajattelu on normaalistunut. Sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen terveyden tukemisen keinoja haetaan innovaatiotoiminnassa, ja globaalisti Suomi on erikoistunut juuri terveyteen ja ennaltaehkäisyyn osaamiseen.

Sankarilääkärit-skenaariossa terveyden asiantuntijatiedon rooli korostuu. Tätä tietoa hyödynnetään terveydelle edullisten valintaympäristöjen muotoiluun – terveysnäkökulmat huomioidaan kaupunkisuunnittelusta kauppojen valikoimiin saakka. Käyttäytymistieteellistä tietoa hyödynnetään paljon.

Näitä neljää yhteiskuntaa erottavat painotukset terveyden edistämisessä sekä päätöksenteon jakautumisessa kansalaisten ja instituutioiden välillä. Skenaariot näyttävät, että terveyttä saadaan vahvistettua minimoimalla terveysriskejä ja lisäämällä asiantuntijatietoa ja yksilöllisen datan hyödyntämistä tai yhtä hyvin edistämällä subjektiivisen hyvinvoinnin kokemusta lisäämällä osallistumisen ja vaikuttamisen välineitä ja kytkemällä useita yhteiskunnan toimintasektoreita mukaan terveyden tuottamiseen.

Tulevaisuuden palvelujärjestelmien keinot edistää terveyttä

1. Tulevaisuudessa *ihmislähtöisen terveysajattelun tulee korvata palvelulähtöinen terveysajattelu*. Terveyden käsite on kulttuurisidonnainen ja vaihtelee eri aikoina. Sairastavuuden muutoksen seurauksena terveyspalvelut ja valistus eivät riitä terveyden edistämiseksi, vaan tarvitaan myös ihmisten arkeen ulottuvia toimia. Tulevaisuudessa ihmisten omien valintojen merkitys korostuu. Se johtuu erityisesti elämäntapojen merkityksen painottumisesta sairauksien ennaltaehkäisyssä. Sen vuoksi myös terveys tulisi nähdä psyykkisenä, fyysisenä ja sosiaalisena toimintakyknä. Ihmislähtöiseen terveysajatte-

luun siirtymistä tukee myös tosiasia, että hoito on kustannustehokasta, kun ihmiset osallistuvat siihen. Osallistuminen voi varsinaisen hoitoon osallistumisen lisäksi tarkoittaa osallistumista hoidon kehittämiseen, sosiaalisiin ryhmiin ja päätöksentekoon.

2. *Terveyden suuria haasteita ratkaisee tulevaisuudessa joukko uusia toimijoita.* Arvo-ketjujen uudistaminen ja ihmislähtöisen terveystalouden rakentuminen ovat mahdollisia usealla toimialalla, eivät ainoastaan terveystaloudessa. Skenaariotyö osoittaa, että terveysajattelussa ihmiskeskeisyys painottuu yhä enemmän palvelulähtöisyyden sijaan. Elämäntapojen merkityksen korostumisen kautta terveyden tekijöiden joukko on kasvanut. Terveyden portinvartijoina on yhä laajempi joukko myös terveydenhuollon ulkopuolisia tekijöitä, kuten esimerkiksi erilaiset yritykset, instituutit, järjestöt ja startupit.

Valinnanvapautta tulee terveydenhuollon lisäksi käsitellä myös muilla terveyteen liittyvillä elämän osa-alueilla. Tulevaisuudessa osallistumisen edistäminen, henkilökohtaisen BigDatan, terveysteknologioiden ja valintaympäristöjen muokkaamisen rooli tulee väistämättä kasvamaan terveyden edistämiseksi. Keskeinen haaste on laajan toimijajoukon motivoiminen työskentelemään yhteisen päämäärän hyväksi. Ennaltaehkäisy keinoja voidaan laajentaa kiinnittämällä huomioita kyvykkyyksien edistämiseen ja hyvinvoinnin mahdollisuuksiin. Tätä tukevat etenkin yksilöllistetty tieto, yhteiset vuorovaikutuskäytännöt ja elinympäristöjen muokkaus. Uudet toimijat tulevat ratkaisemaan terveyden viheliäisiä ongelmia, sillä terveys syntyy ennen kaikkea terveydenhuollon ulkopuolella. Tämän vuoksi *Terveys kaikissa politiikoissa* -ajattelu täytyy laajentaa ottamalla mukaan yritykset ja järjestöt.

3. *Ihmislähtöisyys tulee mullistamaan terveysalan* teknologian kehittymisen ja uusien liiketoimintamallien myötä. Tulevaisuuden terveysbisnes on ennaltaehkäisybisnestä. Applikaatiot, sensorit ja datankeruu mahdollistavat tulevan potilaan kohtaamisen jo ennen sairastumista. Toimintakykyä edistävä ja hyvinvointia lisäävä teknologia halpenee. Mittaaminen ja tiedonanalysointi tulevat yhä vankemmaksi osaksi ihmisten jokapäiväistä arkea, minkä ansiosta hoitoon astumisen hetki myöhentyy ja tuo sitä kautta kustannussäästöjä julkiselle sektorille.

4. Viimeiseksi huomaisimme, että *terveyttä tukevia valintaympäristöjä voidaan rakentaa uusilla markkinoilla ja terveyden kulttuurin avulla.* Keskeistä on, että terveyden edistäminen voi olla myös tuottavaa liiketoimintaa niin julkiselle sektorille kuin muillekin toimijoille. Terveyttä tukevia valintaympäristöjä rakennetaan kehittämällä uudenlaisia markkinoita ja tehostamalla olemassa olevia. Uusien markkinoiden rakentamisen työkaluina voivat toimia esimerkiksi yhteisen arvon malli ja vaikuttavuussijoittaminen. Terveyttä tukevia valintaympäristöjä voidaan rakentaa terveyden kulttuuria muokkaamalla. Ihmisten ja ryhmien omien voimavarojen hyödyntäminen on ensiarvoisen tärkeää terveemmän yhteiskunnan rakentamisessa.

Valinnanvapaus nyt ja tulevaisuudessa

Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuudet -skenaariotyön pääkysymyksenä oli, kuinka voidaan rakentaa terveysjärjestelmiä, jotka tukevat ihmisten terveyteen liittyviä valintoja. Jo Terveyden tulevaisuudet -pohjaselvitys (Demos Helsinki 2014) toi esille valinnanvapauden problemaattisuutta ihmislähtöisessä eli toimintakykylähtöisessä terveysajattelussa. Valinnanvapauden hyvän toteutumisen kannalta keskeistä on yksilön kyky tehdä valintoja ja se, kuinka terveysjärjestelmä tai muut yhteiskunnan sektorit tukevat sitä. Toisaalta merkittävää on se, minkälaisia valintoja terveysjärjestelmään sisältyy. Onko valinnanvapauden piirissä olevilla valinnoilla vaikutusta yksilön terveyden kannalta? Onko niillä ensisijaisesti kytkös terveyshyödyn syntymiseen, vai määrittyvätkö ne kuluttajuus-ajattelun lähtökohdista? Pohjaselvityksen johtopäätöksenä esitetään, että lisääntyvä valinnanvapaus, yksilöllisyys ja terveyden tasa-arvo eivät saa olla ristiriitaisia vaan toinen toistaan vahvistavia ilmiöitä.

Tutkimuksessa lähestyttiin valinnanvapautta pohjaselvityksen perusteella ilmiönä, joka käsittää terveysjärjestelmän lisäksi arkiset toimintaympäristöt. Terveysjärjestelmään sijoittuvan valinnanvapauden tutkiminen on ensiarvoisen tärkeää tämän päivän kannalta, mutta tulevaisuustutkimuksessa on syytä kiinnittää huomiota myös siihen, millaiseksi valinnanvapaus voi muotoutua. Valinnanvapauden käsitteen laaja-alainen ymmärtäminen on tärkeää, sillä valinnanvapaus liittyy keskeisesti ihmisten henkilökohtaiseen liikkumisvaraansa oman terveytensä suhteen ja kytkeytyy näin myös mahdollisuuteen rakentaa itselleen terveellinen ja mielekäs arki. Valinnanvapauden kannalta on olennaista erityisesti se, miten paljon ihmisillä on vapautta ja positiivista autonomian kokemusta tehdä valintoja sellaisilla elämän osa-alueilla, jotka liittyvät terveyteen. Tulevaisuudessa valinnanvapaus voi joko supistua tai laajentua eri elämän osa-alueilla, riippuen siitä minkälaisia toimia tehdään.

Skenaariotyön pohjalta voidaan nimetä *kolme valinnanvapauteen liittyvää muutosta*, jotka luovat mahdollisuuksia terveellisempään elämään. Ensimmäiseksi, ennaltaehkäisyn ekosysteemin on uudistuttava. Ennaltaehkäisy luo kokonaan uuden, globaalin markkinan, jonka toimijat ovat kodin, kaupunkien ja arjen ratkaisujen kehittäjiä ja palveluntarjoajia. Valinnanvapauden piiriin kuuluvien toimijoiden määrällä ja toimialoilla voi olla paineita kasvaa, jos valinnanvapausjärjestelmää määritetään terveyshyödyn näkökulmasta. Toiseksi, ihmislähtöinen terveysajattelu on tuotava osaksi elinkeino-, innovaatio- ja tutkimuspolitiikkaa. Tutkimuslaitosten, sijoittajien, yrityshautomoiden ja kehitysohjelmien kyvyllä tarttua terveyden muutoksiin ja luoda uutta tietoa on ratkaiseva merkitys. Kolmanneksi kuntapäätäjien ja terveydenhuollon on edistettävä terveyttä ja osallistumista, ei ainoastaan sairaanhoitoa. Myös järjestöillä on tärkeä rooli osallistumisen uudistajana.

Johtopäätökset

Terveyden ja valinnanvapauden tulevaisuudet -skenaariotyöskentelyssä katsottiin laajasti muutoksia, joita yhteiskunta kohtaa, sekä terveyttä toimintakykynä, joka rakentuu ihmisten välisissä toiminnoissa, erilaisten instituutioiden ja eri alojen toimijoiden yhteistoiminnan kautta ja yhä enemmän ihmisten arkisissa ympäristöissä. Skenaarioissa ei korostu sellaisten sairaanhoitoon painottuvien yksiköiden toiminta, joihin terveystalvvelujärjestelmä vielä tänä päivänä kiteytyy.

Toimintakyvyn tukemisen ja sairaanhoidon osaaminen on tulevaisuudessa yhtä lailla tarpeellista kuin nyt, mutta ne tavat, joilla tukea viedään osaksi ihmisten elämää, ovat muutoksessa. Skenaariot näyttävät monia mahdollisuuksia tähän aina osallisuuden vahvistamisesta ihmistä lukeviin älykkäisiin ympäristöihin. Onkin selkeästi arvovalinta, kehitetäänkö terveyden ympäristöjä sellaisiksi, että ihmisten oma, subjektiivinen kyky toimia itsensä ja sosiaalisen, psyykkisen ja fyysisen terveytensä kannalta edullisella tavalla lisääntyy. Vai onko tulevaisuuden lupaus enemmän sellainen, että hyödynnämme uusia teknologisia ratkaisuja ja lisäämme objektiivisesti määriteltyä seurantaa ja tukea?

Skenaariotyöskentely toi esille, kuinka hoidon, hoivan ja toimintakyvyn tuen kontekstit ja toimijat voivat muuttua tulevaisuudessa. Valinnanvapaus liittyy keskeisesti ihmisten henkilökohtaiseen liikkumavaraan oman terveytensä suhteen. Tutkimuksen pohjaselvityksessä (Demos Helsinki 2014) havaittiin, että suurin osa nykyajan sairauksista liittyy elämäntapoihin ja niistä muodostuviin terveyshaittoihin. Ihmisten arkisten valintaympäristöjen merkitys terveydelle on korostunut. Sisältävätkö terveystalvvelut sellaista tukea, joka auttaa ihmisiä tekemään itselleen sopivia valintoja?

Terveyden kannalta keskeisten valintojen näkökulmasta terveyden valinnanvapaudessa ei olekaan kyse yksittäisen palveluntuottajan tai hoitavan henkilön valinnasta. Valinnanvapaus on enemmänkin mahdollisuutta terveellisen ja mielekkään arjen rakentamiseen itselle ja siihen saatavaa tukea. Valinnanvapaus on kykyä ymmärtää tarjolla olevia vaihtoehtoja, niiden eroja ja merkitystä itselle ja omalle terveydelle, kykyä asettaa omaan elämään liittyviä tavoitteita ja taitoa tehdä päätöksiä useamman kuin yhden todellisen vaihtoehdon väliltä. Terveyden valinnanvapauden näkökulmasta on syytä kiinnittää lisääntyvästi huomiota siihen, ketkä saavat käyttöönsä uudet valintamahdollisuudet ja mitä voidaan tehdä erilaisten voimavarojen tasaamiseksi.

A microscopic view of plant cells, showing several large, roughly circular cells with thick, dark cell walls and lighter, granular interiors. The cells are arranged in a somewhat regular pattern, overlapping slightly. The overall color is a warm, golden-yellow.

V

Keskeiset päätelmät ja suositukset

Tässä tutkimuksessa olemme selvittäneet valinnanvapauden muotoutumista sosiaali- ja terveyspalveluissa. Valinnanvapautta olemme tarkastelleet laajasti, ensisijaisesti väestön ja asiakkaan näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastelimme valinnanvapautta myös palvelujärjestelmää muuttavana toimintamallina ja osana laajempaa yhteiskunnallista muutosta.

Julkisesti rahoitetun sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapautta on viime vuosikymmenen aikana kehitetty useissa Euroopan maissa. Suomessa valinnanvapaus on konkretisoitunut vasta vuonna 2011 voimaan tulleen terveydenhuoltolain myötä. Keskustelu valinnanvapaudesta käynnistyi kunnolla vuoden 2014 aikana, jolloin terveydenhuollon valinnanvapaus laajeni koko maata koskevaksi ja laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta astui voimaan. Laajempi valmistelu valinnanvapauden toteuttamiseksi käynnistyi sen jälkeen, kun pääministeri Juha Sipilän hallitus linjasi vuoden 2015 hallitusohjelmassaan, että valinnanvapaus tulee olemaan osa sosiaali- ja terveyspalvelujen reformia.

Tutkimuksessa on kerätty kansainvälisiä kokemuksia ja kotimaisia havaintoja valinnanvapaudesta. Tutkimus käynnistyi vuoden 2014 alussa, ja se päättyi vuoden 2016 kesäkuussa, jolloin keskustelu valinnanvapauden laajentamisesta on vilkastumassa, eikä vielä ole tiedossa, miten hallitus tulee päätöksillään valinnanvapautta toteuttamaan.

Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty pääosin vuoden 2014 aikana, joten niistä kertynyttä tietoa voidaan hyödyntää nykyjärjestelmän kehittämisen tukena tai pitää lähtötilannetietoina myöhemmin toteutettavissa arvioinneissa. Tutkimus antaa myös tietoa, jota voi hyödyntää valinnanvapauden laajentamista suunniteltaessa. Valinnanvapauskäsitteen monimuotoisuuden vuoksi päädyimme empiiristä aineistoa kerätessämme rajoittamaan tutkimuksen ensisijaisesti terveydenhuoltolaissa määritellyn valinnanvapauden toteutumisen selvittelyyn.

Tässä luvussa esitämme aluksi päätelmiä valinnanvapauden kehittämisestä Suomessa lainsäädännön kautta ja arvioimme aineistomme perusteella valinnanvapauden toteutumista nykyjärjestelmässä. Seuraavaksi arvioimme lyhyesti Sipilän hallituksen valinnanvapautta selvittäneen, professori Mats Brommelsin johtaman selvitysryhmän linjauksia valinnanvapauden laajentamiseksi Suomessa. Lopuksi esitämme tutkimuksen eri aineistojen perusteella suosituksia valinnanvapauden laajentamisessa huomioitavista asioista.

15 Miten valinnanvapautta on kehitetty lainsäädännöllä?

Suomi oli ensimmäinen maa, joka halusi vahvistaa potilaan asemaa terveydenhuollossa säätämällä potilaslain vuonna 1993. Suomen perustuslaki (731/1999) asettaa julkiselle vallalle velvollisuuden turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää terveyttä. Sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000) säädetään oikeudesta saada tietoja hoidon ja huollon vaihtoehtoisista ratkaisuista, osallistua hoidon suunnitteluun, sitä koskevaan päätöksentekoon ja sen toteuttamiseen. Valinnanvapaus liittyy läheisesti potilaan oikeuksiin, ja sen keskeinen lähtökohta on hoidon tai palvelun saatavuus.

Suomi on jäänyt jälkeen asiakkaan valinnanvapauden kehittämisessä muihin Euroopan maihin verrattuna.

Valinnan mahdollisuuksien lisääminen oli ensimmäisenä esillä yksityisen terveydenhuollon sairausvakuutusjärjestelmää kehitettäessä vuodesta 1967 lähtien ja palvelusetelilainsäädännössä (2009), jossa palvelusetelillä hankittava palvelu nostettiin julkista sosiaali- ja terveydenhuoltoa täydentäväksi vaihtoehdoksi. Palvelusetelin avulla haluttiin lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia ja parantaa palvelujen saatavuutta. Lainsäädännössä korostetaan myös kuntien elinkeinopolitiikan edistämistä tuotantoa monipuolistamalla. Kunnat ovat soveltaneet palveluseteliä kapea-alaisesti ja usein myös vastoin lain henkeä säästämismielessä asettamalla palvelusetelin arvon kunnan omaa tuotantoa alhaisemmaksi. Nykyiset palvelusetelikäytännöt ovat vaihtelevia, ja niihin saattaa liittyä korkeita omavastuuosuuksia, jolloin niiden hyödyntäminen ei käytännössä ole kaikille asiakkaille mahdollista.

Terveydenhuoltolaki (2011) oli ensimmäinen laki, jossa asiakkaan valinnanvapauden konkretisoitiin keinona vahvistaa palvelujen asiakaskeskeisyyttä ja parantaa väestön tarvitsemien palvelujen saatavuutta. Terveydenhuollossa asiakkaan valinnanvapaus on nykyisellään melko laaja, koska se kattaa kaikki julkisesti rahoitetut perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut Suomessa, myös silloin kun julkisia palveluja tuottaa yksityinen toimija. Terveydenhuoltolaissa säädetyn valinnanvapauden toteutuminen käytännössä näyttää tutkimuksemme perusteella jääneen puolitiehen. Palvelujen saatavuus vaihtelee eri puolella Suomea, mutta valinnan-

vapauden yhdenvertaista toteutumista ei ole tuettu esimerkiksi matkakorvauksilla.

Terveydenhuoltolaki sisältää säädöksiä myös hoitoon pääsyn minimiajoista, mutta hoitoon pääsy vaihtelee edelleen merkittävästi eri puolilla Suomea ja eri palveluissa. Valvontaviranomaisten asettamiin uhkasakkoihin on reagoitu sekä systemaattisilla jonojenpurkuohjelmilla että ostamalla joitakin erikoissairaanhoidon palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. Tässä olisi kuitenkin voitu mennä astetta pidemmälle. Jos hoito ei toteudu hoitotakuun asettamassa määräajassa, voitaisiin esimerkiksi matkakorvauksilla tukea hoitopaikan vaihtamista sinne, missä hoitoa on saatavilla, tai Englannin tapaan antaa asiakkaille oikeus valita palveluntuottaja laajemman tuottajakunnan piiristä.

Yksityiset palveluntuottajat voivat nykyisin olla tuottamassa julkisia, valinnanvapauden piiriin kuuluvia palveluja erityyppisten kilpailutusten kautta ostopalveluina tai palvelusetelituottajina. Yksityisten palveluntuottajien roolin vahvistaminen sosiaali- ja terveystalouden tuottamisessa on ollut Suomessa esillä jo vuosikymmeniä, ja sitä on asteittain edistetty hankinta- ja kilpailulainsäädännöllä.

Johtopäätöksemme on, että jo nykyainsäädäntö antaa hyvät puitteet toteuttaa valinnanvapautta. Suurin syy valinnanvapauden heikkoon toteuttamiseen näyttävät olevan vaihtelevat tulokset nykyainsäädännöstä ja osin puutteellinen toteuttaminen, jolla on yhteys hajanaiseen kuntajärjestäjäkenttään ja kuntien itsehallintoon. Myös valtion ohjaus ja tuki valinnanvapauden toteuttamiseksi nykyainsäädännön mahdollistamalla tavalla on ollut heikko. Näyttää myös siltä, että valinnanvapauden tavoitteiden toteuttaminen on jäänyt toissijaiseksi sosiaali- ja terveystalouden palveluja kehitettäessä.

16 Valinnanvapauden toteutumisen esteitä Suomessa

Tämän tutkimuksen havaintojen perusteella keskeisimmät valinnanvapauden toteutumisen esteet liittyvät valinnanvapauden tavoitteiden ristiriitaisuuteen, valinnanvapauden puuttumiseen organisaatioiden strategioista ja asiakkaiden puutteellisiin mahdollisuuksiin saada tietoa ja tehdä valintoja.

Valinnanvapauden tavoitteista ja vaikutuksista esiintyy vaihtelevia ja keskenään ristiriitaisia näkemyksiä.

Valinnanvapauden toteuttaminen on toistaiseksi edennyt pienin askelin käytännön tasolla.

Valinnanvapauden tarkoitus on hämärtynyt, kun siihen liittyvä julkinen keskustelu on käyty painottaen yritystoiminnan edellytysten vahvistamista. Keskustelu asiakkaan valinnanmahdollisuuksien laajentamisesta sekä paremmasta ja yhdenvertaisemmasta palveluihin pääsystä on käynnistynyt kunnolla vasta viime vuoden aikana.

Kuntien johtajat ja päättäjät sekä julkisen ja yksityisen sektorin työntekijät pitivät tutkimuksessamme asiakkaan valinnanvapauden lisäämistä pääsääntöisesti myönteisenä asiana ja uskoivat sen lisäävän erityisesti asiakaslähtöisyyttä terveydenhuollossa. Julkisen sektorin työntekijöistä hoitohenkilökunta näki valinnanvapauden vaikutukset myönteisempänä kuin lääkärit. Yksityisistä palveluntuottajista myönteisiä vaikutuksia näkivät muita enemmän isojen yritysten edustajat, vanhuspalveluja tai terveyst- ja vanhuspalveluja tarjoavat yritykset sekä vastaajat, jotka toimivat ainoastaan yksityisellä sektorilla.

Näkemykset valinnanvapauden mahdollisista kielteisistä vaikutuksista jakoivat mielipiteitä. Osa uskoi valinnanvapauden lisäävän terveydenhuollon kustannuksia ja väestön eriarvoisuutta. Julkisen sektorin työntekijöistä eniten kielteisiä vaikutuksia valinnanvapaudessa näkivät lääkärit, yksityisistä palveluntuottajista itsenäiset ammatinharjoittajat ja ne vastaajat, jotka työskentelivät yksityisen sektorin lisäksi myös julkisella sektorilla.

Johtopäätöksemme on, että valinnanvapauteen liittyvien tavoitteiden epämääräisyys ja ristiriitaisuus ovat olleet yksi syy, miksi valinnanvapaus on toistaiseksi jäänyt taka-alalle sosiaali- ja terveyspalveluja kehitettäessä sekä kansallisesti että palvelutoiminnan tasolla. Julkisesta keskustelusta on syntynyt osin käsitys, että valinnanvapaudella tavoitellaan pääasiassa yritystoiminnan vapautta. Tavoitteiden epämääräisyys on voinut antaa eri eturyhmille mahdollisuuden korostaa itselleen tärkeitä näkökulmia, esimerkiksi yritystoiminnan vahvistamista valinnanvapauden yhteydessä.

Terveydenhuollon valinnanvapaus ei toistaiseksi ole ollut strategisen kehittämisen keskiössä.

Kansallinen ohjaus terveydenhuollon valinnanvapauden toteuttamiseksi on toistaiseksi jäänyt melko ohueksi. Vuoden 2013 loppupuolella, ennen terveydenhuollon valinnanvapauden laajenemista koko maata koskevaksi, sosiaali- ja terveysministeriö järjesti useita esittely- ja keskustelutilaisuuksia eri puolilla Suomea. Lisäksi ministeriön internetsivuilla jaetaan tietoa valinnanvapaudesta. Vuoden 2015 lopulla avattiin Kelan toteuttamana väestölle ja myös ammattilaisille kohdennettu verkkopalvelu www.hoitopaikanvalinta.fi, josta saa kootusti tietoa kansallisesta terveydenhuollon valinnanvapaudesta ja rajat ylittävästä terveydenhuollosta. Keskeisenä ponttimena sivuston rakentamiselle oli maiden rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan EU-direktiivin soveltaminen Suomessa vuoden 2014 alusta.

Heikko kansallinen ohjaus on mahdollisesti ollut syynä siihen, että valinnanvapautta on kehitetty organisaatiolähtöisesti ja sitä ovat ohjanneet organisaation omat erityistarpeet sekä käytössä olevat resurssit. Yhteisten toimintamallien kehittäminen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on myös ollut puutteellista. Tästä on esimerkkinä tutkimuksen aikana monesti esiin nousseet epäselvyydet potilaan lähettämisestä erikoissairaanhoidon haluamaansa sairaalaan. Lainsäädännön huono tunteminen ja erilaiset tulkinnat saattavat aiheuttaa päällekkäistä työtä ja estää asiakkaan valinnan toteutumisen erityisesti erikoissairaanhoidossa.

Tutkimuksessamme haastatellut johtajat näkivät, että valinnanvapauden toteutumista edistää sen kytkeminen alueen strategiaan, toimintaohjelmiin ja arvoihin. Kuitenkin valinnanvapautta on useimmiten edistetty osana muuta palvelujen kehittämistä. Toteuttamassamme kyselyssä selvisi, että vain harvoissa julkisissa organisaatioissa oli järjestetty työntekijöille koulutusta valinnanvapaudesta tai kehitetty toimintamalleja tai selkeitä ohjeita valinnanvapauden tarjoamiseen asiakkaalle. Myös tietojen riittämättömyys asiakkaiden ohjaamiseksi valintatilanteissa tuli esille kyselys-

sä. Koulutusta valinnanvapauteen saaneet pitivät omia ja organisaationsa valmiuksia valinnanvapauden toteuttamisessa parempina kuin ne, jotka eivät olleet saaneet koulutusta.

Nykyisin kunnat tai palveluntuottajat eivät juuri ole kehittäneet kannusteita, joilla työntekijöitä tuettaisi toteuttamaan asiakkaan valinnanvapauden käytännössä. Osa haastatelluista johtajista kertoi, että asiakkaita ohjataan valinnanvapausasioissa aika vähän, koska pelätään suosittujen lääkärien vastaanottojen tai terveysasemien ruuhkautumista. Joillain alueilla myös asiakkaan ohjaaminen valitsemaansa erikoissairaanhoidon hoitopaikkaan koettiin pulmallisena omien resurssien vajaakäytön näkökulmasta.

Johtopäätöksemme on, että heikko kansallinen ohjaus valinnanvapauden toteuttamiseen on heijastunut myös valinnanvapauskäytäntöjen hitaaseen kehittymiseen toiminnan tasolla ja käytäntöjen erilaistumiseen eri puolella Suomea. Palveluntuottajia tai käytännön työntekijöitä ei myöskään kannusteta toteuttamaan valinnanvapautta.

Asiakkailla ei ole mahdollisuuksia tehdä tietoon pohjautuvia valintoja

Kunnat ja palvelujen tuottajat ovat tiedottaneet tarjolla olevista palveluista, valinnanvapauteen liittyvistä oikeuksista ja valintakäytännöistä asukkailleen vaihtelevasti. Useimmiten tietoa valinnan piirissä olevista palveluista ja niihin hakeutumisen periaatteista löytyy kuntien tai organisaatioiden internet-sivuilta. Kansallisella tasolla valintaa tukevaa tietoa on ollut tarjolla vuodesta 2015 lähtien (Omahoitopolut, Hoitopaikanvalinta), mutta valintaa tukevaa vertailutietoa palveluntuottajien palvelutarjonnasta, hoidon saatavuudesta ja laadusta vasta kehitetään (Palveluvaaka). Tietoa tulisi myös olla saatavilla eri hoitovaihtoehtoista ja niihin liittyvistä tekijöistä, kuten palvelujen sisällöstä, hinnoista ja odotusajoista, jotta tietoon perustuva ja harkittu valinta olisi mahdollinen. Huolimatta Suomen kansainvälisestäkin korkealaatuisista ja kattavista tietovarannoista, meillä on vain niukasti palveluyksikkökohtaista vertailutietoa palvelujen sisällöstä, hinnoista, odotusajoista ja palvelun laadusta. Tämä heikentää asiakkaan mahdollisuuksia tehdä tietoon perustuvia valintoja.

Väestö arvostaa tutkimuksemme mukaan valintoja tehdessään eniten hoidon laatua ja turvallisuutta. Myös terveydenhuollon ammattilaiset toivat esille puutteet laatutietojen saatavuudessa ja totesivat sen vaikeuttavan potilaan ohjaamista valintatilanteissa. Yksityiset palvelujen tuottajat pitivät hoidon laatuun liittyvien tietojen ja jonotusaikojen seurantaan ja saatavuutta tärkeimpinä asiakkaiden valintojen tekemistä edistävinä asioina.

Johtopäätöksemme on, että asiakkaiden on hankalaa tehdä tietoon perustuvia valintoja nykyisin tarjolla olevan, puutteellisen vertailutiedon avulla. Valinnanvapaus koskee koko maata, joten asiakkaat tarvitsevat erityisesti kansallisesti yhtenäistä tietoa valintojen tekemisen tueksi.

Valinta on asiakkaalle monella tapaa vaikeaa nykyjärjestelmässä

Asiakkaiden valinnanmahdollisuuksia rajoittavat alueelliset erot julkisten palvelujen saatavuudessa ja palveluvalikoimissa. Myös vaihtoehtoisia yksityisiä palveluja on niukasti tarjolla harvaan asutuilla alueilla. Valintaa vaikeuttavat myös pitkät etäisyydet seuraavaksi lähimpään hoitopaikkaan, jolloin matkustukseen kuluva aika tai kustannukset voivat muodostua esteeksi valinnoille. Tutkimuksessamme viidesosa vastaajista koki terveysaseman vaihtamisen esteeksi liian pitkän välimatkan muihin terveysasemiin.

Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla valinnanmahdollisuuksia voi rajoittaa joidenkin kuntien monia erilaisia palveluja samanaikaisesti tarvitsevia varten kehittämät, palveluja integroivat toimintamallit, joiden etuna on hoidon kokonaisvaltaisuus. Vaihtaminen saattaa olla tällaisissa tapauksissa ongelmallista, erityisesti jos tietojärjestelmät eivät tue tiedon siirtymistä.

Palvelusetelillä saatavien palvelujen valikoima on kuntakohtainen ja käytön perusteet vaihtelevat suuresti. Palvelusetelien mahdolliset korkeat omavastuuosuudet voivat estää niiden käyttämisen osalta asiakkaista. Tutkimuksessamme palvelusetelin käyttämisen esteenä korostui se, että asiakkaat eivät tunne palvelusetelin käyttötarkoituksia.

Terveydenhuoltolain mukaan asiakkaalla on velvollisuus ilmoittaa terveysaseman vaihtamisesta sekä vanhalle että uudelle terveysasemalle. Ilmoitus tulee tehdä kolme viikkoa etukäteen, ja vaihtamisen voi tehdä vain kerran vuodessa. Ilmoituskäytännöt kuitenkin vaihtelevat alueittain, ja joillakin alueilla ilmoituskäytäntöä ei ole lainkaan. Halutessaan erikoissairaanhoidon tiettyyn sairaalaan on potilaan neuvoteltava siitä lähettävän lääkärin kanssa. Potilaan ja järjestelmän kannalta on harmillista, että valinnanvapauteen liittyvät lähetekäytännöt on useilla alueilla vielä sopimatta. Tästä aiheutuu sekä päällekkäistä työtä eri organisaatioissa että turhaa odotusta potilaille.

Väestön mielestä terveydenhuollon ammattilaisen valinta on tärkein valinta-aikeus. Myös terveydenhuollon ammattilaiset julkisella ja yksityisellä sektorilla uskoivat, että hoitavan ammattihenkilön valitseminen on asiakkaille erittäin tärkeää. Julkisessa keskustelussa ja valinnanvapautta tarkastelevissa kirjoituksissa on kuitenkin keskitytty enemmän hoitopaikan valitsemiseen, eikä hoitavan henkilön valitsemiseen liittyviä tekijöitä ole toistaiseksi juuri pohdittu.

Eniten valinnanvaihtoehtoja on väestöllä, joka kuuluu sellaisen työterveyshuollon piiriin, joka tarjoaa myös avosairaanhoidon palveluja. Työterveyshuollossa avosairaanhoidon palvelut saa jonottamatta ilman asiakasmaksuja. Tämä antaa myös väylän nopeampaan pääsyyn erikoissairaanhoitoon. Valtosen ja kumppaneiden (2014) mukaan lääkärikäynneistä 45 prosenttia tehdään työterveyshuollon kautta. Työterveyshuollon piiriin kuuluvilla on yhtäläinen mahdollisuus käyttää julkisia ja julkisesti tuettuja yksityisiä palveluja kuin muulla väestöllä.

Johtopäätöksemme on, että terveydenhuollon sinänsä laaja valinnanvapaus on toistaiseksi toteutettu palvelujen käyttäjien kannalta hankalasti, koska valinnan toteutumiseen on rakennettu tai käytännössä muodostunut monenlaisia esteitä ja hidasteita. Palvelusetelipalvelujen hyödyntämistä vaikeuttavat kuntakohtaiset käytön perusteet ja usein korkeat omavastuut.

17 Sipilän hallituksen linjaukset

Juha Sipilän hallitusohjelmalla ja myöhemmin annetuilla linjauksilla on ohjattu aluehallinto- ja sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen sekä valinnanvapausjärjestelmän kehittämisen ja monikanavarahoituksen purkamisen valmistelua. Linjaukset korostavat vahvaa valtion ohjausta, järjestämisen siirtämistä kuntaa suuremmille alueille maakuntiin ja sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän uudistamista tuottajakuntaa laajentamalla.

Hallitusohjelman mukaan muutos oli tarkoitus toteuttaa kolmivaiheisesti niin, että ensimmäisessä vaiheessa toteutetaan julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio ja rakenneuudistus, toisessa vaiheessa siirrytään yksikanavaiseen rahoitusmalliin ja kolmannessa vaiheessa toteutetaan valinnanvapaus ja tuotannon monipuolistaminen. Nyt näyttää siltä, että uudistuksen kolmivaiheisuudesta on luovuttu ja kaikki osat on tuotu valmisteluun samanaikaisesti ja että valinnanvapaus on otettu muutoksen käyttövoimaksi hallituksen säästötavoitteiden saavuttamiseksi.

Asiakkaan valinnanvapauden ja itsemääräämisoikeuden kannalta selvityshenkilöiden linjaus siitä, että ”valinnanvapaus ei tule ulottumaan hoitavan henkilön tai annettavan hoitomuodon valitsemiseen”, tulisi toteutuessaan olemaan merkittävä. Linjaus kaventaisi nykyisessä terveydenhuoltolaissa säädettyä asiakkaan mahdollisuutta valita häntä terveydenhuollon yksikössä hoitava terveydenhuollon ammattilainen, jos se on hoitoyksikön toiminnan puitteissa mahdollista. Myös asiakkaan oikeus osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon jää linjauksen perusteella epäselväksi.

Toistaiseksi Sipilän hallituksen linjaukset siitä, miten valinnanvapautta tullaan toteuttamaan, on vielä tätä kirjoitettaessa tekemättä. Valinnanvapausmallin laajentamisen valmistelu on aloitettu paljolti kansainvälisiin malleihin nojaten ja ikään kuin ”puhtaalta pöydältä”. Toinen mahdollinen etenemistie olisi ollut valinnanvapauden asteittainen laajentaminen nykyisen lainsäädännön pohjalta laajentamalla valinnanvapautta erityisesti niissä palveluissa, joissa ongelmat hoitoon pääsyssä ovat suurimmat. Tämä vaihtoehto ei ainakaan hallituksen tai selvityshenkilöiden esityksissä ollut lainkaan esillä.

Johtopäätöksemme on, että sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen maakunnissa antaisi toteutuessaan vankan pohjan jo rakennettujen valinnanvapausmuotojen edelleen kehittämiseksi ja käytäntöön viemiselle.

Tutkimuksemme mukaan kansainväliset kokemukset puoltavat järjestelmän ja sitä kautta myös valinnanvapausjärjestelmän uudistamista askel kerrallaan ja eri kokeiluista saatuja kokemuksia hyödyntäen.

18 Suositukset valinnanvapauden kehittämiseksi Suomessa

Valinnanvapaudella tavoiteltujen hyötyjen saavuttaminen ei ole itsestään selvää, kuten Englannin ja Ruotsin kokemukset osoittavat. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan oikea-aikaisia päätöksiä ratkaistavista kysymyksistä sekä lainsäädännön, yhteisten pelisääntöjen ja toimintamallien jatkuvaa kehittämistä. Nämä vaativat aikaa, asiantuntemusta sekä kykyä ymmärtää valinnanvapauden myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia. Lisäksi tarvitaan uskallusta muuttaa nykyisiä valtasuhteita sekä tilaa kokeiluille ja alueellisille innovaatioille, jotka voivat onnistuessaan saada aikaan suuriakin muutoksia.

Valinnanvapaudelle asetettujen tavoitteiden tulee olla selkeitä.

Keskeinen edellytys toimivalle valinnanvapausjärjestelmälle on se, että on olemassa selkeä ja yhtenäinen käsitys valinnanvapaudelle asetetuista tavoitteista. Tämä mahdollistaa sen, että asiakkaiden valintaoikeudet sekä tuottajille suunnatut kannusteet voidaan linjata tukemaan tavoitteiden saavuttamista. Kansainväliset kokemukset osoittavat, että valinnanvapauteen liittyvät ratkaisut ovat erilaisia riippuen siitä, tavoitellaanko kustannusten hillintää, tuottajakunnan laajentamista, nopeampaa hoitoon pääsyä vai asiakaslähtöisyyden lisäämistä. Englannissa tavoitteena oli aluksi palvelujen saatavuuden parantaminen kiireettömässä sairaanhoidossa, ja myöhemmin saatavuuden parannuttua keskityttiin valinnanvapauden laajempiin tavoitteisiin, kuten asiakkaan aseman parantamiseen. Ruotsissa muutoksen keskiössä on ollut halu laajentaa tuottajakuntaa ja parantaa asiakaslähtöisyyttä sekä palvelujen saatavuutta. Sen sijaan kustannusten hillintä ei ole ollut Ruotsin valinnanvapausjärjestelmän tavoitteena.

Valinnanvapaudella tulee olla selkeä yhteys muihin sosiaali- ja terveystalouteen liittyviin tavoitteisiin.

Valinnanvapautta ei tulisi nähdä irrallisena toimenpiteenä, vaan osana julkisen sektorin palvelujärjestelmän laajempaa uudistamista. Suomessa valinnanvapauteen liittyviä kehittämistoimia ovat esimerkiksi rahoituksen uudistaminen, sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio sekä välttämättömien palveluiden kuten päivystyksen ja synnytysten järjestäminen kustannustehokkaasti.

Toteutuakseen valinnanvapaus vaatii muutoksia kansallisiin ja alueellisiin sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöihin sekä niitä määrittävään lainsäädäntöön. Sekä Englannissa että Ruotsissa valinnanvapautta on tuettu kokonaan uudella lainsäädännöllä ja toimintamallien tueksi on kehitetty paljon täsmentävää ohjeistusta, kuten esimerkiksi ohjeistus valinnanvapauden toteutumisesta integroiduissa palveluissa ja valinnanvapauden yhteydestä kansallisiin hoitotakuutavoitteisiin.

Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää jatkuvaa kehittämistä ja nopeaa puuttumista havaittuihin epäkohtiin.

Suomalaisen yhteiskunnan näkökulmasta siihen, että valinnanvapautta ja tuottajakuntaa laajennetaan myös yksityisten yritysten ja järjestöjen tuottamiin palveluihin, liittyy myös riskejä, ja siksi muutos tulee toteuttaa hallitusti. Englannin ja Ruotsin valinnanvapausmallien toteuttamisessa on korostunut tarve valinnanvapauskäytäntöjen jatkuvaan kehittämiseen. Nykykäytännöt ovat muotoutuneet pidemmän aikavälin kuluessa asteittain valinnanvapauden laajetessa, ja käytäntöjä kehitetään edelleen. Muutosta on tuettu asiakas- ja henkilöstökyselyillä sekä seuranta- ja arviointitutkimuksista saadulla tiedolla. Porrastetun toteutuksen hyötynä on erityisesti se, että valinnanvapauden toteuttaminen on pystytty aloittamaan niistä osa-alueista, joissa ongelmat palvelujen saatavuudessa olivat suurimmat tai joissa valinnanvapaus oli helpointa toteuttaa. Sekä Englannin että Ruotsin kokemukset painottavat, että valinnanvapauden laajentuessa esiin nousee väistämättä epäkohtia, joihin täytyy puuttua nopeasti niiden korjaamiseksi. Siksi järjestelmän seuranta- ja ohjausvastuiden täytyy olla selkeitä ja tavoitteiden toteutumista tulee seurata jatkuvasti.

Valintaoikeudet täytyy määritellä selkeästi niin palvelutuottajien, järjestäjien kuin eri asiakasryhmien kannalta.

Valinnanvapauden toteuttaminen edellyttää, että palvelujen järjestäjä on määritellyt valinnan kohteena olevat palvelukokonaisuudet selkeästi ja valinnanvapausjärjestelmälle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Sekä Englannissa että Ruotsissa on harkittu tarkkaan ne palvelut, joihin valinnanvapaus soveltuu ja joissa sitä on päätetty hyödyntää. Englannissa on tehty täsmällinen ohjeistus siitä, mitä asiakasryhmiä valintaoikeudet koskevat ja missä tilanteissa ja kenen velvollisuus on tarjota tai evätä nämä oikeudet asiakkaalle.

Valintaoikeudet ja niihin liittyvät palvelukokonaisuudet voidaan määritellä joko valtakunnallisesti tai alueellisesti. Englannissa keskeiset valintaoikeudet ovat lakisääteisiä ja koskevat yhtä lailla koko väestöä, mutta osaa valintaoikeuksista on mahdollista laajentaa alueellisten olosuhteiden mukaan. Ruotsissa erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon valinnanvapauden soveltaminen on sovittavissa aluekohtaisesti.

Suomessa valintaoikeuksien valtakunnallista määrittelyä perustelee nykylainsäädäntö, joka mahdollistaa asiakkaan valinnan koko maassa. Erikoissairanhoidossa korostuu tarve määrittellä palvelukokonaisuudet valtakunnallisesti, kun taas peruspalveluissa alueellinen vaihtelu voi olla perusteltua. Laajat palvelukokonaisuudet voivat sulkea markkinoilta erityisesti pieniä yrittäjiä, kun taas suppeasti rajatut palvelukokonaisuudet voivat pirstaloida palveluja. Lisäksi useiden eri valintojen tekeminen voi olla paljon palveluja tarvitseville asiakkaille työlästä ja palvelujen järjestäjälle hallinnollisesti ja taloudellisesti raskasta. Toisaalta pienet palvelukokonaisuudet mahdollistavat palvelujen yksilöllisemmän räätälöinnin, esimerkiksi hyödyntämällä henkilökohtaista budjetointia.

Valinnanvaran turvaaminen edellyttää pitkäjänteistä työtä palvelutuotannon monipuolistamiseksi.

Valinnanvapauden toteutumisen keskeinen edellytys on, että asiakkaalla on olemassa riittävästi todellisia ja turvallisia vaihtoehtoja valintojen tekemiseen. Suomessa tämä voi olla haasteellista harvaan asutuilla seuduilla tai jos valintaan liittyvät kustannukset (esim. matkakustannukset) muodostuvat liian korkeiksi.

Ruotsissa on kehitetty käytäntöjä, joissa harvaan asutut alueet voivat soveltaa poikkeavia korvausmenettelyjä tai palvelujen järjestämiskäytäntöjä. Englannissa palvelutuotannon monipuolistumista on tuettu pitkäjänteisesti ja palvelujen hinnoittelussa on lisätty alueellista joustavuutta. Palveluntuottajat eivät myöskään saa kieltäytyä yksittäisistä asiakkaista, jos he ovat julkisesti ilmoittaneet vastaanottavansa uusia asiakkaita. Sekä Englannissa että Ruotsissa valinnanvapautta on tuettu matkakustannusten korvauskäytännöllä.

Ruotsissa ja Englannissa yksityinen ja kolmas sektori on otettu mukaan palveluntuottajiksi riittävän valinnanvaran turvaamiseksi. Tuottajakunnan monipuolistaminen korostaa tarvetta kehittää kansallisesti tai alueellisesti yhtenäisiä valinnanvapauskäytäntöjä ja pelisääntöjä. Englannissa ja Ruotsissa näitä on tarvittu erityisesti hyväksymis-, valvonta-, sopimus- ja korvauskäytäntöihin, jotka ovat vaatineet tuekseen mm. tietoteknisiä ratkaisuja sekä muutoksia viranomaisten toimenkuviin.

Toiminnan laadun ja tehokkuuden osoittamisesta kannuste tuottajille.

Englannissa on tavoiteltu sitä, että kilpailu asiakkaista olisi mielekästä myös julkisen sektorin palveluntuottajille. Sen lisäksi, että raha seuraa asiakkaan valintoja, kilpailua on tuettu palkitsemalla sairaaloita mm. Foundation Trust -mallin avulla (ansaittu autonomia). Osoittamalla akkreditoinnissa toimintansa laadun ja tehokkuuden julkiset palveluntuottajat voivat saavuttaa Foundation Trust -statuksen, jolloin he saavat lisää toimintavapautta ja mahdollisuuden esimerkiksi investoida ylijäämän palvelutuotannon kehittämiseen. Näin myös julkisen sektorin toimijoille muodostuu kannuste tehokkaaseen toimintaan.

Henkilöstön valmiuksia valinnanvapauden edistämiseen tulee parantaa.

Valintojen tekeminen edellyttää, että asiakas on tietoinen oikeuksistaan ja kykenee halutessaan hyödyntämään niitä myös käytännössä. Englannissa huomattiin, että lainsäädännöllisestä velvoitteesta huolimatta osa perusterveydenhuollon lääkäreistä on ollut haluttomia kertomaan potilaille heidän oikeudestaan tehdä valintoja. Englannissa perusterveydenhuollon lääkäreiden asema on valinnanvapauden toteutumisessa keskeinen, koska he toimivat portinvartijana muuhun terveydenhuollon palvelutuotantoon. Ruotsissa vastaavaa ongelmaa ei ole, koska asiakkaat voivat hakeutua erikoissairaanhoidon myös ilman lähetettä.

Tässä tutkimuksessa havaittiin, että Suomessa ammattihenkilöstö tarvitsee koulutusta, ohjeita ja toimintamalleja asiakkaan valinnanvapauden edistämiseksi työsäännön. Valinnanvapausasenteiden ja organisaatioiden valmiuksien selvittämisessä voidaan hyödyntää tässä hankkeessa kehitettyä valinnanvapausmittaria.

Vertailutiedon kehittäminen vaatii kansallista tahtotilaa sekä yhtenäistä tietojärjestelmäratkaisua.

Valinnanvapaus luo arvoa, kun se mahdollistaa tietoon pohjautuvat valinnat yksilöille tärkeiden asioiden perusteella ja kannustaa palveluntuottajia kehittämään palvelun käyttäjille tärkeitä ominaisuuksia. Siksi keskeinen edellytys asiakkaan valinnanvapauden toteutumiselle on, että asiakkaalla on käytössään monipuolista, vertailun mahdollistavaa tietoa eri vaihtoehdoista. Tätä tietoa voidaan hyödyntää myös tuottajien vertaiskehittämisessä, valvonnassa ja johtamisessa sekä palvelujen ohjaamisessa niin alueellisesti kuin kansallisesti.

Ruotsin ja Englannin kokemukset osoittavat, että vertailun mahdollistavan tiedon kehittäminen vaatii kansallista tahtotilaa ja toiminnan avoimuutta. Muutoksia tarvitaan asenteissa ja toimintakulttuurissa. Vertailutiedon tuottamisen tulee olla palveluntuottajille pakollista. Englannissa vaatimukset on kytketty organisaatioiden toiminnan lisensointiin. Ruotsissa seurantatiedot on annettava järjestäjälle. Molemmissa maissa palveluntuottajien arviointi nojaa vertailun mahdollistaviin yhteisiin indikaattoreihin, jotka pyritään kokoamaan kansalliseen verkkopalveluun. Ruotsissa indikaattoreiden kehittämisessä ollaan jo pitkällä, mutta indikaattorit kokoavan verkkopalvelun kehittäminen on vasta suunnitteilla. Englannissa vertailutiedon saatavuus on kansainvälisesti korkealla tasolla NHS Choices- sekä My NHS -sivustojen kautta, jotka kokoavat ja julkaisevat tiedot hyödyntäen myös valvontaviranomaisilta saatuja laatuluokituksia.

Suomessa laadukkaista ja kattavista rekisteriaineistoista huolimatta valinnanvapauden toteuttamisessa tarvittavien indikaattoreiden kehittäminen on vasta alkuvaiheessa.

Asiakkaiden tulee saada tarvitsemansa tuki valintapäätösten tekemiseen.

Asiakkailla tulee olla mahdollisuus saada sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta yksilöllistä tukea valintapäätösten tekemiseen, sillä kaikki eivät kykene tai halua tehdä valintoja itsenäisesti. Valintatilanteessa kyse on useimmiten myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvästä tiedon epäsymmetriasta asiakkaan ja ammattihenkilön välillä.

Englannissa on kehitetty jaettua päätöksentekoa tukevia toimintamalleja ja digitaalisia työvälineitä, joiden avulla asiakas pystyy ymmärtämään hänelle valinnassa tärkeitä asioita ja valmistautumaan keskusteluun ammattihenkilön kanssa. Etukäteen hoitovaihtoehtoihin tutustuminen on vähentänyt tiedon epäsuhtaa asiakkaan ja ammattilaisen välillä. Valinnanvapauden alkuaikoina Englannissa käytettiin neuvonantajina myös tehtävään erikseen nimettyjä hoitajia. Neuvontasuhte perustuu luottamukseen, ja siksi on tärkeää varmistaa, että mahdollisesti esiin nousevat eturistiriidat on tiedostettu ja hallinnassa. Suomessa mm. palveluohjaajat ovat luontevia neuvonantajia myös valinnanvapauden liittyvissä kysymyksissä.

Yhteiskunnan rahoittamissa palveluissa tuottajien tulee kilpailla hoidon laadulla, ei palvelun hinnalla.

Valinnanvapauden yhteydessä on tärkeää päättää, millä kriteereillä palveluntuottajat kilpailevat asiakkaista. Kilpailun kohdentaminen laadullisiin tekijöihin luo kannustetta palautemekanismin, jonka voidaan olettaa parantavan palvelujen laatua.

Englannissa saatiin alkuvuosina huonoja kokemuksia palveluntuottajien välisestä hintakilpailusta, koska palvelun laatua ei ymmärretty riittävän hyvin ja palveluntuottajien valvonta oli vielä kehittymätöntä. Nykyisin Englannissa ja Ruotsissa valinnanvapauden liittyvä kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin ja palveluntuottajille maksettava korvaus, joka seuraa asiakkaan valintoja, on vakioitu. Molemmissa maissa kilpailua täsmentää erillinen lainsäädäntö, jonka tueksi on kehitetty ohjeistusta.

Englannissa yksityisten yrittäjien markkinoilletulo toimi merkittävänä laukaisijana julkisen sektorin palveluntuotannon kehittämiseksi. Valinnanvapaus on motivoinut julkisia palveluntuottajia ylläpitämään mainettaan kysynnän turvaamiseksi. Onkin huomattu, että pelkästään mahdollinen uhka asiakkaiden vähenemisestä on saanut aikaan myönteisiä muutoksia toiminnassa.

Myös Suomessa terveydenhuollon valinnanvapaus ja Sipilän hallituksen linjat tuottajakunnan laajentamisesta valinnanvapautta edelleen kehitettäessä ovat osaltaan antaneet julkiselle sektorille kimmokkeen kehittää palvelujensa laatua, kustannustehokkuutta ja johtamista sekä erikoissairaanhoidossa että perustason palveluissa. Tästä ovat osoituksena viime vuosina eri puolilla Suomea tehdyt perustason palvelujen rationalisoinnit, osaamiskeskusten perustaminen erikoissairaanhoidossa ja palvelujen kokoaminen alueellisiksi kokonaisuuksiksi (esim. Siun Sote). Julkinen

sektori on jo ilmoittanut varautuneensa kilpailuun yksityisen sektorin kanssa ja painottanut olevansa ”kovassa iskussa” siinä vaiheessa, kun valinnanvapautta laajennetaan tuottajakuntaa monipuolistamalla. (Mediuutiset 3.6.2016, THL:n toteuttamat sote-asiantuntijoiden haastattelut toukokuussa 2016.)

Palveluntuottajien markkinoilletulon ja sieltä poistumisen tulee olla hallittua.

Englannissa ja Ruotsissa julkisten, yksityisten ja kolmannen sektorin palveluntuottajien tulee rekisteröityä saadakseen hyväksytyyn palveluntuottajan asemaan ja voidakseen tuottaa yhteiskunnan rahoittamia palveluja. Hyväksymismenettelyllä varmistetaan se, että kaikki palveluntuottajat täyttävät heille asetetut minimivaatimukset. Ruotsissa maakäräjäalueet asettavat hyväksymiskriteerit terveydenhuollon palveluntuottajille. Englannissa palveluntuottajien täytyy rekisteröityessään osoittaa toimintansa laadun ja potilasturvallisuuden taso. Lisäksi toiminnallisissa lisensointivaatimuksissa on määritetty palveluntuottajiin kohdistuvat vaatimukset hyvästä hallintotavasta ja myös muista velvoitteista, kuten esimerkiksi valinnanvapauden tai palveluintegraation tukemisesta tai tietotuotannosta. Valvontaviranomainen Monitor vastaa hoidon jatkuvuudesta niissä tilanteissa, joissa palveluntuottaja ajautuu toiminnallisiin vaikeuksiin. Englannissa palveluntuottajien poistuminen markkinoilta on ollut harvinaisempaa kuin Ruotsissa.

Myös Suomen kannalta on keskeistä, että markkinoilletuloa ja sieltä poistumista ohjaavat tarkoin määritetyt pelisäännöt, joiden kautta esimerkiksi lähisairaalan sulkeminen voidaan erottaa aluepolitiikasta.

Tuottajien toimintaa valinnanvapausmarkkinoilla tulee valvoa ja epäkohtiin tulee puuttua.

Monipuolistuvat palvelumarkkinat asettavat haasteita kilpailu- ja kuluttajaviranomaisen toiminnalle sekä muille valvontaviranomaisille. On tärkeää varmistaa, että palveluntuottajat täyttävät jatkuvasti laadulle, potilasturvallisuudelle sekä toiminnalle asetetut minimivaatimukset. Lisäksi valvonnan tulee estää kilpailuvastainen toiminta sekä ns. ei-toivottu kermankuorinta eli helppohoitoisten asiakkaiden valitseminen.

Valinnanvapausmarkkinoilla palveluntuottajia tulisi kohdella neutraalisti. Tämä voi olla haasteellista esimerkiksi, jos palveluntuottajalla on valinnanvapauden piiriin kuuluvaa palvelutuotantoa sekä muuta palvelutuotantoa. Neutraliteetin valvonnan tulee ulottua myös tilanteisiin, joissa portinvartijalla voi olla intressejä tukea yksittäistä palveluntuottajaa. Neutraliteetin toteutumiseksi on kehitettävä lainsäädäntöä ja ohjeistusta, näiden toteutumista on valvottava myös käytännössä ja havaittuihin epäkohtiin tulee voida puuttua nopeasti.

Kilpailu voi sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä olla haasteellista. Esimerkiksi asiakkaan edun mukainen toiminta integroidussa palvelussa voi kilpailutilanteessa olla ongelmallista. Englannissa asia on ratkaistu niin, että kilpailuvastainen toiminta on sallittua, jos se on asiakkaan etujen mukaista. Tällöin palveluntuottajat voivat tarvittaessa tehdä yhteistyötä tuottaakseen eheitä ja koordinoituja palveluja sekä hoitoketjuja.

Valinnanvapauden toteuttamiseen tarvitaan erityyppisiä, tarkoituksenmukaisia korvauskäytäntöjä.

Erityisesti palvelukokonaisuuden laajuus ja sen luonne vaikuttavat siihen, minkälainen korvausperuste tukee parhaiten valinnanvapauden taustalla olevien tavoitteiden saavuttamista. Palveluntuottajien yhdenvertaisen kohtelun näkökulmasta on tärkeää, että sosiaali- ja terveystalouteihin mahdollisesti liittyvät asiakasmaksut ovat kaikille samat eikä oheistuotteita ole mahdollista myydä yhteiskunnan rahoittamien palveluiden yhteydessä. Tuottajille maksettavien korvausten tulee vastata kustannuksia ja kannustaa mahdollisimman laadukkaaseen ja tehokkaaseen tuotantoon.

Englannin ja Ruotsin perusterveydenhuollossa käytetty korvausperuste on väestöpohjaan tai hoitoyksikköön listautuneiden potilaiden lukumäärään perustuva kapitaatioperiaate, jonka oikeudenmukaisuutta on parannettu huomioimalla esimerkiksi väestön ikärakenne ja sosioekonomiset tekijät. Helpoimmin tuotteistettavissa palveluissa, kuten monissa kiireettömässä erikoissairaanhoidon palveluissa, tuottajien korvaukset voidaan määrittellä siten, että ne kattavat hoitotoimenpiteen lisäksi myös seurantakäynnit ja mahdollisten komplikaatioiden hoidon kustannukset. Tavoitteena on luoda kannusteet mahdollisimman laadukkaalle, kokonaisvaltaiselle ja turvalliselle hoidolle välttämällä ylimääräisiä tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä.

Englannissa kiireettömän sairaanhoidon korvausperusteet on hyvin pitkälti sidottu kokonaisuun hoitajaksoihin ja yksittäisiin käynteihin liittyviä suoritepohjaisia maksuja pyritään välttämään. Suoritepohjaiset maksut voivat kuitenkin olla perusteltuja esimerkiksi avoterveydenhuollossa, jossa palvelu voi olla myös käyntiluonteinen. Ruotsissa ja Englannissa erityyppisiä korvausperusteita on tuettu hoidon laatuun ja vaikuttavuuteen liittyvillä kannusteilla ja sanktioilla, joiden käyttö edellyttää luotettavia laadun seurantatietoja.

Korvausperusteita kehitettäessä on tärkeää huomioida se, että ne tukevat myös uusien palveluinnovaatioiden syntyä ja tarjoavat joustoa erityisesti niissä tilanteissa, joissa asiakas tarvitsee organisaatioiden tai sosiaali- ja terveydenhuollon rajat rikkovaa palveluintegraatiota. Englannissa on viime aikoina lisätty kansallisen hinnoittelun joustavuutta. Yhteisistä hinnoista poikkeamisen tulee kuitenkin olla asiakkaan etujen mukaista ja niihin liittyvien käytäntöjen avoimia. Väärin asetetut korvaustasot heijastuvat nopeasti palveluntuottajien toiminnan kannattavuuteen, ja siksi niitä tulisi arvioida

säännöllisesti. Ruotsissa yksittäiset maakäräjäalueet vastaavat palvelujen hinnoittelusta. Englannissa kansallinen järjestäjä NHS England päättää, mitä palveluja yhtenäiset korvauserusteet koskevat, ja valvontaviranomainen Monitor asettaa korvaustasot.

Asiakkaan valinnanvapaus muutoksen käyttövoimaksi.

Suomessa valinnanvapauden laajentaminen hallituksen linjaamalla tavalla muuttaa merkittävästi palvelujen järjestämistä, ohjaamista, rahoitusta sekä käytännön toimintamalleja asiakkaan roolin vahvistamiseksi. Tässä tutkimuksessa asiakkaan muuttuva rooli ”*hallintoalamaisesta aktiiviseksi valintoihin kykeneväksi toimijaksi*” on nähty keskeisenä tässä muutoksessa. Siirtyminen uudenlaiseen järjestelmään ja kyky hyödyntää valinnanvapautta laajemman muutoksen käyttövoimana edellyttää, että asiakas pystyy aidosti toimimaan uudessa roolissaan ja tekemään valintoja, jotka ovat hänelle itselleen tärkeitä.

Tässä tutkimuksessa on nostettu esiin keskeisiä huomioita onnistumistekijöistä sekä keskeisistä kipukohdista, jotka liittyvät valinnanvapauden toteuttamiseen sekä siihen liittyviin toimintapoliittisiin ratkaisuihin ja joita voidaan hyödyntää Suomen valinnanvapauskäytäntöjen ja lainsäädännön kehittämisessä.

Kirjallisuus

- Aalto, Anna-Mari – Chydenius, Miisa – Tynkky-
nen, Liina-Kaisa – Vehko, Tuulikki – Sinervo,
Timo 2015: Patients' attitudes toward choice
of primary care provider. *European Journal of
Public Health* 2015:25 suppl 3.
- Aalto, Anna-Mari – Manderbacka, Kristiina –
Muuri, Anu – Karvonen, Sakari – Junnila,
Maijaliisa – Pekurinen, Markku 2016: Mitä
väestö ajattelee sosiaali- ja terveystalouden
uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016.
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Aarons, Gregory A. – Sawitzky, Angelina C 2006:
Organizational culture and climate and men-
tal health provider attitudes toward eviden-
ce-based practice. *Psychological Services*, 3,
61-72. National Center for Biotechnology In-
formation, USA.
- Agerholm, Janne – Bruce, Daniel – Ponce de Leon,
A. Antonio – Burström, Bo 2015: Equity im-
pact of a choice reform and change in reim-
bursement system in primary care in Stock-
holm County Council. *BMC Health Services
Research* 15:420. Bio Med Central.
- Ahlstén, Marika – Leinonen, Elina – Palokari, Sir-
pa – Puhakka, Anneli – Rajalahti, Aarne 2014:
Tiedän mitä tahdon. Kokemuksia henkilökoh-
taisen budjetoinnin kokeilusta vammaispalve-
luissa. Kehitysvammaliitto ry Helsinki, Kehi-
tysvammaisten Palvelusäätiö Tampere.
- Ahonen, Ari – Vuorio, Liisa – Tähtinen, Tuuli 2015:
Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suo-
men sote-uudistus. Markkinoiden toimivuuden
ja taloudellisten vaikutusten näkökulma.
Kilpailu- ja kuluttajavirasto.
- Alanen, Seija – Kaila, Minna – Välimäki, Maritta
– for the ECCE Study Group 2009: Attitudes
toward guidelines in Finnish primary care
nursing: a questionnaire Survey. *Worldviews
on Evidence-Based Nursing*, 6, 229-236.
- Anell, Anders – Rosén, Per – Hjortsberg, Catharina
1997: Choice and participation in the health
services: a survey of preferences among Swe-
dish residents. *Health policy*, 40, 157-168.
- Anell, Anders 2009: Vårdval i primärvården –
Jämförelse av ersättningsprinciper och förut-
sättningar för konkurrens i sju landsting och
regioner. Skriftserie 2009:1. KEFU, Lunds uni-
versitet.
- Anell, Anders – Nylinder, Pia – Glengård, Anna
H. 2012: Vårdval i primärvården. Jämförelse
av uppdrag, ersättningsprinciper och kostand-
sansvar. Sveriges kommuner och landsting.
LTAB, Stockholm.
- Anell, Anders ja Rehnberg, Clas 2014: Riksrevisio-
nens granskning alltför selektiv. *Dagens Me-
dicin* 26.2.2014. Bonnier Business Media AB,
Stockholm.
- Appleby, John ja Robertson, Ruth 2010: A healthy
improvement? Satisfaction within the NHS
under Labour, Teoksessa Park, Alison – Cur-
tice, John – Clery, Elizabeth – Bryson, Caro-
line (toim.) *British Social Attitudes Survey
2010-2011: Exploring Labour's legacy – the
27th report*. Sage, London.
- Arora, Sandeepa – Charlesworth, Anita – Kelly,
Elaine – Stoye, George 2013: Understanding
competition and choice in the NHS. Public
payment and private provision. The changing
landscape of health care in the 2000s. Research
report. Nuffield Trusts & Institute for Fiscal
Studies, London.
- Aula Research Oy 2014a: Kuntavaikuttajien parissa
toteutetun tutkimuksen tulokset. Lasipalatsi
4.9.2014. Terveystalouden Liitto, Lääkäri-
palveluyritykset ry & Terveydenhuollon palve-
luntuottajat ry tilaama kyselytutkimus.
- Aula Research Oy 2014b: Terveystalouden tule-
vaisuus. Kansalaisten parissa toteutetun tutki-
muksen tulokset. Lasipalatsi 10.12.2014. Ter-
veystalouden Liitto, Lääkäripalveluyritykset
ry & Terveydenhuollon palveluntuottajat ry
tilaama kyselytutkimus.
- Baier, Rosa R. – Wysocki, Andrea – Gravenstein,
Stefan – Cooper, Emily – Mor, Vincent – Clark,
Melissa 2015: A Qualitative Study of Choosing
Home Health Care After Hospitalization: The
Unintended Consequences of 'Patient Choice'
Requirements. *Journal of General Internal
Medicine*, 30, 634-640.
- Barnett, Julie – Ogden, Jane – Daniells, Emma
2008: The value of choice: a qualitative study.
British Journal of General Practice 58 (554),
609-613. National Library of Medicine, USA.
- Beckert, Walter – Christiansen, Mette – Collyer,
Kate 2012: Choice of NHS funded hospital ser-
vices in England. *The Economic Journal* 122
(560), 400-417.
- Bewan, Gwyn ja Skellern, Matthew 2011: Does
competition between hospitals improve clini-
cal quality? A review of evidence from two eras
of competition in the English NHS. *British
Medical Journal* 343(2011) 6470.
- Birk, Hans O. – Gut, Rikke – Henriksen, Lars O.
2011: Patients' experience of choosing an
outpatient clinic in one county in Denmark:
results of a patient survey. Bio Med Central,

- BMC Health Services Research, 11, 262.
- Bloom, Nicholas – Propper, Carol – Seiler, Stephan – Van Reenen, John 2010: The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. The National Bureau of Economic Research Working Paper No. 16032.
- Boyce, Tammy – Dixon, Anna – Fasolo, Barbara – Reutskaja, Elena 2010: Choosing a high-quality hospital: The role of nudges, scorecard design and information. The King's Fund, London.
- Boyle, David 2013: Barriers to choice review. How are people using choice in public services? Department of Health, Independent review. London.
- British Medical Association 2013: Understanding the reforms. Choice and any qualified provider. UK.
- British Medical Association 2016: Privatisation and independent sector provision of NHS healthcare. British Medical Association, London.
- Brommels, Mats – Aronkyytö, Timo – Kananoja, Aulikki – Lillrank, Paul ja Reijula, Kari 2016a: Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:18.
- Brommels, Mats – Aronkyytö, Timo – Kananoja, Aulikki – Lillrank, Paul ja Reijula, Kari 2016b: Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37.
- Burström Bo 2008: Vårdval: evidens och effekter för ”vård på lika villkor”. Läkartidningen 43 (105),2992-94.
- Burström Bo 2009: Will Swedish healthcare reforms affect equity? British Medical Journal 2009;339:b4566.
- Calne, Roy – Calne, Jane – Calne, Suzanne 2009: Patient choice or patient abandoned? Journal of Evaluation in Clinical Practice, 15, 996-999.
- Charlesworth, Anita ja Cooper, Zack 2011: Making competition work in the English NHS: the case for maintaining regulated prices. Journal for Health Services Research & Policy 16 (4), 193-194.
- Cheng, S-H ja Song, H-Y 2004: Physician performance information and consumer choice: A survey of subjects with the freedom to choose between doctors. Quality & Safety in Health Care, 13, 98–101.
- Chewning, Betty – Bylund, Carma L. – Shah, Bupendra – Arora, Neeraj K. – Gueguen, Jennifer A. – Makoul, Gregory 2012: Patient preferences for shared decisions: A systematic review. Patient Education and Counseling, 86, 9-18.
- Community Care 2012: Direct Payments, personal budgets and individual budgets.
- Cookson, Richard ja Laucicella, Maurio 2011: Effects of Health Reform on Health Care Inequalities. Revised final report to the NIHR SDO programme and the DH health reform evaluation programme. University of York.
- Cooper, Zachary – McGuire, Alistair – Jones, Simon – Le Grand, Julian – Titmuss, Richard 2009: Equity, waiting times and NHS reforms: retrospective study. British Medical Journal 339 (2009); 3264.
- Cooper, Zachary – Gibbons, Stephen – Jones, Simon – McGuire, Alistair 2011: Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS Patient Choice reforms. Economic Journal 121 (554), 228-260.
- Coulter, Angela – Le Maistre, Naomi – Henderson, Lorna 2005: Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment: evaluation of London patient choice scheme. Picker Institute, Oxford.
- Dahlgren, Cecilia – Brorsson, Hilja – Sveréus, Sofia – Goude, Fanny – Rehnberg, Clas 2013: Fem år med hsläkarsystemet inom Vårdval Stockholm. Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting, Stockholm.
- Dahlgren, Göran – Whitehead, Margaret 1991: Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Department of Health 2000: The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform.
- Department of Health 2005: Patient choice at the point of GP referral. Report by the comptroller and auditor general.
- Department of Health 2006: Our health, our care, our say: a new direction for community services.
- Department of Health 2008a: Code of Practice for the promotion of NHS-funded services.
- Department of Health 2008b: Carers at the heart of 21st century families and communities: a caring system on your side, a life of your own.
- Department of Health 2010a: A vision for adult social care: capable communities and active citizens.
- Department of Health 2010b: Healthcare Travel Costs Scheme. Instructions and guidance for the NHS.
- Department of Health 2010c: Report on the National Patient Choice Survey – February 2010

- England.
Department of Health 2011: Operational guidance to the NHS. Extending patient choice of provider.
- Department of Health 2012a: Caring for our future: reforming care and support.
- Department of Health 2012b: Liberating the NHS: No decision about me, without me and Government response.
- Department of Health 2013: Adult Social Care: Choice Framework.
- Department of Health 2014a: The Mandate. A mandate from the Government to NHS England: April 2015 to March 2016.
- Department of Health 2014b: The NHS Outcomes Framework 2015/16.
- Department of Health 2014c: Adult social care outcomes framework 2015 to 2016.
- Department of Health 2015a: Policy paper: 2010 to 2015 government policy: choice in health and social care. Updated 8 May 2015.
- Department of Health 2015b: 2015/2016 Choice Framework.
- Department of Health 2015c: 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.
- Department of Health 2015d: The NHS Constitution for England.
- Department of Health 2016: The NHS Choice Framework: what choices are available to me in the NHS?
- Dixon, Anna ja Mays, Nicholas 2011: Understanding New Labor's Market Reforms of the English NHS. The King's Fund, London.
- Dixon, Anna – Robertson, Ruth – Appleby, John – Burge, Peter – Devlin, Nancy – Magee, Helen 2010: Patient Choice. How patients choose and how providers respond. The King's Fund, London.
- Dixon, Anna ja Robertson, Ruth 2011: Patient choice of hospital. Teoksessa Understanding New Labor's Market Reforms of the English NHS. The King's Fund, London.
- Dixon Sheila 2010: Report on the National Patient Choice Survey - February 2010 England. Department of Health.
- EK, Elinkeinoelämän keskusliitto 2016: Yrityksille turvattu reilu kilpailuasema. Yksityiset ja julkiset toimijat samoilla markkinoilla.
- Ekholm Virpi 2016: Terveyskeskukset varautuvat kisaan. Medi uutiset 3.6.2016.
- Ekman Björn ja Wilkens Jens 2015: A literature review of the regional implementation of the central Swedish government's health care reforms on choice and privatization. Health Econ Rev 2015;5:39. National Library of Medicine, USA.
- Ekroos, Vesa ja Partanen, Ismo 2006: Terveyspalvelut. Toimialaraportti ennakoi liiketoimintaympäristön muutoksia. KTM & T&E-keskus. Helsinki, Edita.
- Ekström, Bo-Erik – Haavisto, Ilkka – Pohjonen, Mika 2014: Vuosikymmenen valinta - Näin sote-uudistus pelastetaan. EVA Analyysi nro 36.
- Ekström, Bo-Erik ja Pohjonen, Mika 2014: Vain valinnanvapaus pelastaa sote-uudistuksen. Helsingin Sanomat. 11.6.2014.
- Erhola, Marina – Jonsson, Pia Maria – Pekurinen, Markku – Teperi, Juha 2013: Jonottamatta hoitoon: THL:n aloite perusterveydenhuollon vahvistamiseksi. THL 3.10.2013.
- Eriksson, Susan 2013: Laitoskulttuurista itsemääräämiseen. Tutkimus henkilökohtaisesta budjetoinnista vammaispalveluissa. Kehitysvammaliitto, Tutkimus- ja kehittämiskeskus Tutke.
- Eurostat 2013: Non-national population by group of citizenship and foreign-born population by country of birth 1 January 2013. 9.1.2016 http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Non-national_population_by_group_of_citizenship_and_foreign-born_population_by_country_of_birth,_1_January_2013_YB14_II.png
- Eurostat 2015: Population age structure by major age groups, 2004 and 2014 (% of the population). [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2004_and_2014_\(%25_of_the_total_population\)_YB15.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/File:Population_age_structure_by_major_age_groups,_2004_and_2014_(%25_of_the_total_population)_YB15.png)
- Forder, Julien – Jones, Karen – Glendinning, Caroline – Caiels, James – Welch, Elizabeth – Baxter, Kate, Davidson, Jaren – Windle, Karen – Irwine, Annie – King, D – Dolan, Paul 2012: Evaluation of the personal health budget pilot programme. Discussion paper 2840_2. Department of Health.
- Fotaki, Marianna – Roland, Martin – Boyd, Alan – McDonald, Ruth – Scheaff, Rod – Smith, Liz 2008: What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. Journal of Health Services Research & Policy, 13, 178–184. Sage journals.
- Fredriksson Sami – Junnila Maijaliisa ja Liina-Kaisa Tynkkynen 2012: Palvelujen hankinta yksityisiltä palvelujen tuottajilta. Teoksessa Junnila, Maijaliisa – Aho, Tuomas – Fredriksson, Sami – Keskimäki ym. 2012: Sitä saa mitä tilaa.

- Tilaja–tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveyspalveluissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 42/2012. Helsinki 2012.
- Gaynor, Martin 2006: What do we know about competition and quality in health care markets. Centre for Market and Public Organisation Working Paper Series No. 06/151.
- Gaynor, Martin – Moreno-Serra, Rodrigo – Proper, Carol 2011: Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. CMPO Working Paper Series No. 10/242. University of Bristol.
- Geels, Frank 2002: Technological transitions as evolutionary reconfiguration process: a multi-level perspective and a case study. *Research Policy* 31 (2002), 1257-1274.
- Geels, Frank ja Kemp, René 2007: Dynamics in sociotechnical systems: Typology of change processes and contrasting case studies. *Technology in Society* 29 (4), 441–455.
- Glendinning, Caroline – Challis, David – Fernández, Jose-Luis – Jacobs, Sally – Jones, Karen – Knapp, Martin – Manthorpe, Jill – Moran, Nicola – Netten, Ann – Stevens, Martin – Wilberforce, Mark (2008): Evaluation of the individual budgets pilot program: Final report. Individual Budgets Evaluation Network. University of York.
- Glenngård, Anna H – Anell, Anders – Beckman, Anders 2011: Choice of primary care provider: Results from a population survey in three Swedish counties. *Health policy*, 103, 31-37.
- Goodwin, Nick 2011: Can older people with cognitive impairments make effective choices about their health and social care? A commentary on Meinow, Parker and Thorslund from an English perspective. *Social Science & Medicine*, 73, 1290-1291.
- Gregory, Sarah – Dixon, Anna – Ham, Chris 2012: Health policy under the coalition government: a mid term assessment. The King's Fund, London.
- Harris, R. – Mayberry, J. 2014: The Impact of Surgeon Specific Outcome Data on Patient Choice. *Posteri. Gut*, 64.
- Hartman, Sanna 2011: Terveyspalvelut. Toimiala-raportti 10/2011. Työ- ja elinkeinoministeriö. http://www.lpy.fi/files/kumppania/lpy_doc/Toimialaraportit-Terveyspalvelut_2010-2011.pdf (luettu 19.5.2016).
- Hatton, Chris ja Walters, John 2013: The second POET survey of personal budget holders and careers 2013. Lancaster University Centre for Disability Research ja In Control.
- Health and Social Care Information Centre 2014: Personal social services adult social care survey, England.
- Helminen, Ville – Nurmio, Kimmo – Rehunen, Antti – Ristimäki, Mika – Oinonen, Kari – Tiitu, Maija ect 2014: Kaupunkimaaseutu-alueuokitus. Suomen ympäristökeskus. Paikkatietoihin perustuvan alueuokituksen muodostamisperiaatteet. Suomen ympäristökeskuksen raportteja, 25: 2014.
- Hjalmarson, Ingrid ja Wänell, Sven Erik 2013: Valfrihetens LOV. En studie om vad Lagen om valfrihet betyder för den som har hemtjänst, för kommunen och för utförarna. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2013:01), Stockholm.
- Hjelmgren, Jonas – Anell, Anders 2007: Population preferences and choice of primary care models: A discrete choice experiment in Sweden. *Health Policy*, 83, 314-322.
- Hovi, Hanna – Kämäräinen, Vesa – Lillrank, Paul 2014: Valinnanvapaus terveydenhuollossa - antaisimmeko Asiakkaan päättää? Nordic Healthcare Group.
- Häkansson Stefan ja Högberg Michael 2009: Pay for performance: resultatbaserad ersättning: en litteraturöversikt. Sveriges Kommuner och landsting, Stockholm.
- Häikiö, Liisa – Van Aerschoot, Lina – Anttonen, Anneli 2011: Vastuullinen ja valitseva kansalainen: Vanhushoivapolitiikan uusi suunta. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (3), 239–249.
- Härkänen, Tommi – Kaikkonen, Risto – Virtala, Esa – Koskinen, Seppo 2014: Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. *BMC Public Health*, 14:1150, Bio Med Central.
- Ipsos, MORI 2005: Public Opinion on Choice in Out of Hospital Care. Pfizer/MORI Health Choice Index.
- Ipsos, MORI 2012: Choice review survey. Summary report.
- Isotalo, Anne – Virolainen, Petri – Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta 2015: Potilaan ja asiakkaan valinnanvapautta on tuettava. *Näkökulma. Suomen Lääkärilehti* 10 (70), 622-623.
- Jacobsson Ekman, Gunilla – Lindahl, Bertil – Nordin, Annika (toim.) 2015: Nationella kvalitetsregister i hälso- och sjukvården. Karolinska Institutet University Press, Stockholm.
- Janlöv, Nils – Andersson, Agneta – Beckman, Anders – Sveréus, Sofia – Wiréhn, Ann-Britt – Rehnberg, Clas 2013: Vem har vårdvalet

- gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Vårdanalys. Rapport 2013:1. TMG Sthlm, Stockholm.
- Jarret, Tim 2015: Social care: Direct Payments from a local authority (England). House of Commons Library. Briefing paper number 03735, 20 May 2015.
- Jauhiainen, Ilkka 2015: Potilaat karkaavat satakunnasta. Mediuutiset, 12.6.2015, sekä Satakunnan sairaanhoitopiiri puolitti työtapatuimat. Mediuutiset 10.8.2015.
- Jauhiainen, Ilkka 2014: Coxa temmeltää Helsingissä. Mediuutiset 7.2.2014, sekä Julkiset sairaalat opettelevat mainontaa. Mediuutiset 25.4.2014.
- Jerome, Jeff 2011: Putting People First: 3rd year progress.
- Jonsson, Pia Maria ja Virtanen, Martti 2013a: Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 33/2013 (68), 1990-1993.
- Jonsson, Pia Maria ja Virtanen, Martti 2013b: Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 34/2013 (68), 2070-2073.
- Joumard, Isabelle – André, Christophe – Nicq, Chantal 2010: Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Papers No. 769. OECD Publishing.
- Junnila, Maijaliisa 2008: Toimiiko terveydenhuoltoalue. Tutkimus Mäntän seudun terveydenhuoltoalueen taustoista ja vaikutuksista. Tutkimuksia 175. Stakes, Helsinki 2008.
- Junnila, Maijaliisa – Aho, Tuomas – Fredriksson, Sami – Keskimäki, Ilmo – Lehto, Juhani – Linna, Miika, Miettinen, Sari – Tynkkynen, Liina-Kaisa 2012: Sitä saa mitä tilaa. Tilaaja-tuottaja-toimintatavan kehittyminen sosiaali- ja terveystalveissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 42/2012, Helsinki 2012.
- Junnila, Maijaliisa – Sinervo, Timo – Aalto, Anna-Mari – Jonsso, Pia Maria – Keskimäki, Ilmo – Pekurinen, Markku – Seppälä, Timo – Tynkkynen, Liina-Kaisa – Whellams, Anne 2016: Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa – Kriittiset askeleet toteuttamisessa. Päätösten tueksi 2/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Verkkojulkaisu osoitteessa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-637-7>
- Junnila, Maijaliisa 2015: Potilaan valinnanvapautta ei osata vielä tukea joka tilanteessa. Blogikirjoitus 8.9.2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kalda, Rurth – Pölluste, Kaja – Lember, Markus 2003: Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician. Health Policy, 64, 55-62.
- Kalliomaa-Puha, Laura – Kotkas, Toomas – Rajavaara, Marketta (toim.) 2014: Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen. Teemakirja 13. Kelan tutkimusosasto. Juvenes Print, Tampere.
- Kalliomaa-Puha, Laura 2015: Potilaasta aktiiviseksi ja autonomiseksi kuluttajaksi? Teoksessa Niemelä, Mikko – Kokkinen, Lauri – Pulkki, Jutta – Saarinen, Arttu – Tynkkynen, Liina-Kaisa (toim.). Terveydenhuollon muutokset (s. 133-153). Tampere University Press.
- KAKS, Kunnallisalan kehittämissäätiö 2015: Näkemyksiä valinnanvapaudesta ja yksityisten palvelutuottajien asemasta. Koonta TNS Gallupin toteuttaman haastattelututkimuksen tuloksista.
- Kamppinen, Matti (toim.) - Kuusi, Osmo. (toim.) - Söderlund, Sari (toim.) (2003): Tulevaisuudentutkimus - perusteet ja sovellukset. Suomalaisen kirjallisuuden seuran toimituksia 896. Tampere.
- Kattelus, Mervi 2014: Implementation of the Directive on the Application on Patient's Rights in Cross-border Healthcare (2011/24/EU) in Finland. European Journal of Health Law 21 (2014), 23-32.
- Kelly, Elaine ja Tetlow, Gemma 2012: Choosing the place of care. Understanding competition and choice in the NHS. The effect of patient choice on treatment location in England, 2003-2011. Nuffield Trust, Institute for Fiscal Studies.
- Kemp, Rene ja Loorbach, Derk 2006: Transition management: a reflexive governance approach. In Voß, Jan-Peter – Bauknecht, Dier – Kemp, Rene (toim.) 2006: Reflexive Governance for Sustainable Development (pp. 104-130) Edwar Elgar Publishing Limited, Cheltenham.
- Ketola Eeva ja Tapalinen Merja 2015: Potilaiden vapaan liikkuvuuden haasteet. Suomen Lääkärilehti, 40, 2632-2633.
- Konkurrensverket 2011: Lagen om valfrihetssystem – en introduktion. Stockholm.
- Konkurrensverket, 2012: Val av vårdcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalsystemen. Rapport 2012:2. EPrint AB, Stockholm.
- Konkurrensverket, 2014: Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor. Rapport 2014:2. E-print, Stockholm.
- Koponen, Johannes – Korhonen, Satu – Lahtinen, Veikka – Leppänen, Juha – Neuvonen, Aleksi

- Parkkinen, Maari – Parkkinen, Marjukka – Sandelin, Iris 2015: Terveys 2050 – Neljä skenaariota ihmislähtöisestä terveydestä ja valinnanvapaudesta. Demos Helsinki.
- Korhonen, Heidi – Kortteisto, Tiina – Kaila, Minna – Rissanen, Pekka – Elovainio, Marko 2010: Työn piirteet ja hoitosuositusasenteet terveydenhuollon ammattilaisilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 47, 3-16.
- Korhonen, Satu – Leppänen, Juha – Koponen, Johannes – Neuvonen, Aleks – Lahtinen, Veikka – Parkkinen, Maari – Parkkinen, Juuso – Sandelin, Iris. (2014) *Terveyden tulevaisuudet*. Pohjaselvitys suomalaisten terveyteen vaikuttavista ilmiöistä. Demos Helsinki.
- Krachler, Nick – Greer, Ian 2015: When does marketisation lead to privatisation? Profit making in English health service after the 2012 Health and Social Care Act. *Social Science & Medicine* 124 (2015), 215-223.
- Kuusinen-James, Kirsi 2012: Tuoko palveluseteli valinnanvapautta? Kunnallissalan kehittämissäätöön tutkimusjulkaisu -sarjan julkaisu nro 68.
- Kuusinen-James, Kirsi – Seppänen, Marjaana 2013: Ikääntyvät palvelusetelin käyttäjät valintatilanteessa: kuluttajia vai näennäiskuluttajia? *Janus*, 21, 314-329.
- Lacey, Robert 1997: Internal markets in the public sector: the case of the British National Health Service. *Public Administration & Development* 17 (1), 141-159.
- Lancet 2015: Editorial. *The Lancet*, 386 (10001), 1311.
- Lagarde, Mylene – Erens, Bob – Mays, Nicholas 2015: Determinants of the choice of GP practice registration in England: Evidence from a discrete choice experiment. *Health Policy*, 119, 427-436.
- Lako, Christiaan – Dortant, Hans 2014: Why don't the Dutch use quality information in their hospital choice? Results from a survey among 479 patients from a Dutch hospital. *Health*, 6, 1-5.
- Laverty, Anthony A. – Dixon, Anna – Millett, Christopher 2015: Do patients' information requirements for choice in health care vary with their socio-demographic characteristics? *Health Expectations*, 18, 1127-1138.
- Le Grand, J. (2007). *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services through Choice and Competition*. Oxford: Princeton University Press, Oxfordshire.
- Le Maistre, Naomi – Reeves, Rachel – Coulter, Angela 2003: CHD Choice Scheme. Picker Institute Europe.
- Leppänen, Juha - Neuvonen, Aleks - Ritola, Maria - Ahola, I., Hirvonen, S., Kauppinen, T., Kuitinen, O., Kärki, K., Lettenmeier, M. & Mokka, R. 2012. SPREAD Sustainable Lifestyles 2050. Helsinki: Demos Helsinki.
- Lindgren, Peter 2014: Ersättning i sjukvården. Modeller, effekter, rekommendationer. SNS Förlag. E-print AB, Stockholm.
- Linnosmaa, Ismo – Seppälä, Timo – Klavus, Jan – Oksanen, Tuija – Maunu, Tallamaria 2012: Palvelusetelit sosiaalipalveluissa. THL Raportti 53/2012.
- Lith, Pekka 2013: Yksityiset sosiaali- ja terveystalvet. Raportti yksityisestä palvelutarjonnasta ja yritysten kasvusta sekä julkisista hankinnoista ja toiminnan kehittämistä sosiaali- ja terveystalvetuissa. TEM, Työ- ja elinkeinoministeriö. Raportteja 34/2013.
- Marshall, Louise – Charlesworth, Anita – Hurst, Jeremy 2014: The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Research report. Nuffield Trust.
- Marshall, Martin N. – Shekelle, Paul G. – Leatherman, Sheila – Brook, Robert H. 2000: The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. *The Journal of the American Medical Association*, 283, 1866-1874.
- Mays, Nicholas – Dixon, Anna – Jones, Lorelei 2011: Return to the market: objectives and evolution of New Labour's market reforms. Teoksessa Dixon, Anna & Mays, Nicholas (toim.): *Understanding New Labour's Market Reforms of the English NHS*. The King's Fund, London.
- Meinow, Bettina – Parker, Mart G – Thorslund, Mats 2011: Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. *Social Science & Medicine*, 73, 1285-1289.
- Melin, Tuomo – Koila, Turo – Tuominen-Thuesen, Minna – Uotinen, Sami 2012: Palveluseteliöpas, käsikirja palvelusetelin käyttöönnotolle ja hinnoittelulle. Sitra 2012.
- Miani, Celine – Pitchforth, Emma – Nolte, Ellen 2013: Choice of primary care provider: a review of experiences in three countries. Policy Innovation research unit, PIRU Publication 2013-5, London.
- Mikkonen, Juha ja Raphael, Dennis. (2010). *Social Determinants of Health*. The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management. Haettu: 11.11.2014. http://www.thecanadianfacts.org/the_canadian_facts.pdf.
- Monitor 2013a: The new NHS provider licence.

- London.
Monitor 2013b: Substantive guidance on the procurement, patient choice and competition regulations. London
Monitor 2013c: Application of the Competition Act 1998 in the healthcare sector: guidance for providers. London.
Monitor 2013d: Monitor's approach to market investigation references: guidance for providers. London.
Monitor 2013e: Hypothetical case scenarios: Procurement, patient choice and competition regulations. London.
Monitor 2014: Pricing healthcare. London.
Monitor 2015: NHS adult hearing services in England: exploring how choice is working for patients. London.
Monitor and NHS England 2014: 2014/15 National Tariff Payment System. London.
Mosadeghrad A.Mohammad 2014: Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27, 152 – 164.
Mälkönen, Ville ja Seppälä, Timo 2009: Terveyspalvelusetelin hyvinvointi- ja kustannusvaikutukset jonotetuissa toimenpiteissä. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. Tutkimuksia 149.
National Audit Office 2015: A Short Guide to the Department of Health. UK.
Nemlander, Anu – Sjöholm, Mari 2012: Selvitys palvelusetelin käytöstä kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tammi-helmikuussa 2012. Suomen Kuntaliitto, Sitra.
Nemlander, Anu – Sjöholm, Mari 2015: Selvitys palvelusetelin käytöstä kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa sekä päivähoidossa – tilanne vuoden 2015 Toukokuussa. Suomen Kuntaliitto.
Neuvonen, Aleksi - Kaskinen, Tuulia - Leppänen, Juha - Lähteenoja, Satu - Mokka, Roope - Ritola, Maria (2014). Low-carbon futures and sustainable lifestyles: A backcasting scenario approach. *Futures*, Vol 58, April 2014, p. 66-76.
NHS England 2014a: Understanding the new NHS. A guide for everyone working and training within the NHS.
NHS England 2014b: Five year forward view.
NHS England 2014c: Choice in mental health care: guidance on implementing patients' legal rights to choose the provider and team for their mental health care.
NHS England & Monitor 2015: Populus Summary. Outpatient appointment referrals July 2015.
NHS England 2016: general Practice forward view.
Nieminen, Mika ja Kivisaari, Sirkku 2012: Kunnallisen toimintamallin uudistaminen systeemisnä haasteena. *Tapaustutkimus. Yhteiskuntapolitiikka* 77:4.
Nyström, Ida 2012: Vårdmarknad och företagsklimat. Stockholms läns landsting. Projektet Företagande. Stockholms läns landsting.
OECD (2003) Finland. The Role of Competition policy in Regulatory Reform. *Country studies. Competition Law & Policy*. Paris, OECD
OECD 2015a: How does Finland compare? Health at a glance 2015. 7.1.2016 <http://www.oecd.org/finland/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-FINLAND.pdf>
OECD 2015b: How does the United Kingdom compare? Health at a glance 2015 7.1.2016 <http://www.oecd.org/unitedkingdom/Health-at-a-Glance-2015-Key-Findings-UK.pdf>
OECD (2015c) Health statistics 2015c. 7.1.2016 <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
OECD (2015d) How does health spending in Sweden compare? OECD Health Statistics 2015. 16.2.2016 <http://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-SWEDEN-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>
OECD 2015e: Health at a Glance 2015. 16.2.2016 OECD indicators. http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page1
OECD 2015f: Health data 2015 (2013 or latest figures). <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, <http://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Health-Statistics-2015-Frequently-Requested-Data.xls>
OECD 2016: Population (indicator). 7.1.2016 <https://data.oecd.org/pop/population.htm>
Ollila, Eeva ja Koivusalo, Meri 2009: Hyvinvointipalvelut liiketoiminnaksi – terveydenhuollon parantamisen tärkeät valinnat. Teoksessa Koivusalo, Meri – Ollila, Eeva – Alanko, Anna (toim.): Kansalaisesta kuluttajaksi – Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä Hakapaino Oy, Helsinki.
Ollikainen, Hannu 2013: Valinnanvapaus aiheuttaa valintoja. *Suomen Lääkärilehti* 38 (68), 2335.
Paasovaara, Kirsi – Melin, Tuomo – Tuominen-Thuesen, Minna – Juntunen, Eeva 2012: Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa: kokemuksia Ruotsin ja Suomen käytännöistä. *Sitran julkaisusarja* nro. 301. KL-Kustannus, Helsinki.
Palola, Elina 2011: Valinnanvapauden problema-

- tiikasta sosiaalipolitiikassa. Teoksessa Palola, Elina –Karjalainen, Vappu (toim.): Sosiaalipolitiikka. Hukassa vai uuden jäljillä? s. 283-309. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL. Unigrafia Oy Yliopistopaino, Helsinki.
- Parliament 2005: Select Committee on Health Sixth Report.
- Parliament 2010: The present social care system. Health Committee.
- Patronen, Mari – Melin, Tuomo – Tuominen-Thuesen, Minna – Juntunen, Eeva – Laaksonen, Sirpa – Karikko, Wilhelmiina 2012: Henkilökohtainen budjetti. Asiakaslähtöinen toimintamalli omaishoidossa. Sitran julkaisusarja nro. 298. KL-Kustannus, Helsinki.
- Pekkonen, Erkki 2003: Tutkiva matematiikan oppiminen peruskoulussa. Kirjoitus perustuu esitykseen Tieteen päivillä 8.-12.1.2013 seminaarissa. Tieteen oppiminen – Tutkiva ote, innotus ja luovuus.
- Pekola, Pia – Linnosmaa, Ismo – Mikkola, Hennamari 2016: Competition and quality in a physiotherapy market with fixed prices. The European Journal of Health Economics, Vol.18 (98), 1–21.
- Pekola, Piia – Mikkola, Hennamari – Linnosmaa Ismo 2016: Competition and quality in a physiotherapy market with fixed prices. The European Journal of Health Economics, DOI 1007/s, 1098-0792.
- Pekurinen, Markku – Punkari, Mika – Pokka, Marja 1997 a: Asiakkaiden valinnanvapauden toteutuminen Suomen terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Monisteita 1997:16. Helsinki.
- Pekurinen, Markku – Pokka, Marja – Punkari, Mika 1997 b: Valinnanvapaus terveydenhuollossa. Teoksessa Rissanen, Pekka – Valtonen, Hannu (toim.): Terveystaloustiede 1997. Stakes, Aiheita 2/1997, 21-24. Helsinki 1997.
- Pesola Maija 2015: Vapaan valinnan komplikaatiot – case esimerkein. Esitys Suomen Ortopediayhdistyksen kevätkokouksessa 21.–22.5. 2015 Jyväskylä.
- Peytremann-Bridevaux, Isabelle – Ruffieux, Christiane – Burnand, Bernard 2011: Freedom of choice of specialist physicians is important to Swiss residents. A cross-sectional study. Swiss Medical Weekly, 141, w13315.
- Pihkala, Anssi 2003: Suomen kuntaliiton näkökulmia kilpailuttamiseen. Teoksessa Ollila, Eeva – Ilva, Minna – Koivusalo, Meri (toim.): Kilpailuttaminen sosiaali- ja terveyspolitiikan näkökulmasta. Raportteja 276. Stakes, Helsinki.
- Pikkujämsä, Sirkku – Ylitalo-Katajisto, Kirsti – Paasovaara, Kirsi – Koski, Keijo – Salo Sinikka 2014: Lääkärin ja hoitajan vastaanoton valinnanvapaus ja rahoitus. Havainnot Oulun kaupungissa vuosina 2012-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:20.
- Pitkänen, Visa ja Pekola, Piia 2016: Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa. Kansainväliset käytännöt, talusteoria ja empiiriset tutkimukset. Kela Työpapereita 86/2016.
- Propper, Carol – Burgess, Simon – Green, Katherine 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.
- Propper, Carol – Burgess, Simon – Gossage, Denise 2008: Competition and Quality: Evidence from the NHS internal market 1991-1999. The Economic Journal 118 (525), 138-170.
- Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma Ratkaisujen Suomi 29.5.2015.
- Pääministeri Juha Sipilän hallituksen linjaus 7.11.2015. Aluejaon perusteet ja sote-uudistuksen askelmerkit.
- Pääministeri Juha Sipilän hallituksen linjaus 5.4.2016. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset.
- Ranerup, Agneta – Norén, Lars – Sparud-Lundin, Carina 2012: Decision support systems for choosing a primary health care provider in Sweden. Patient Education and Counseling, 86, 342-347.
- Reepalu, Ilmar 2016: Vi behöver reglera vinsterna i välfärden. Dagens Nyheter. DN Debatt.
- Riksdagen 2014: Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan? 2014:22. Riksdagens Interntryckeri, Stockholm.
- Rehnberg, Clas – Janlöv, Nils – Khan, Jahangir-Lundgren, Jonatan 2010: Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - redovisning av de två första årens erfarenheter. Karolinska institutets folkhälsoakademi. Rapport 2010:12. Stockholm.
- Regeringens proposition 2014: 2014/15:15 Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården.
- Regeringens skrivelse 2014: Återkallelse av proposition 2014/15:28. Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården.
- Regeringskansliet 2007: Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén. 2007:10. Edita Svergie AB, Stockholm.
- Regeringskansliet 2014: Lagrådet. Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården.

- Utdrag ur protokoll vid sammanträde 2014-11-25.
- Regeringskansliet 2015a: Ett nytt regelverk för ofentlig finansiering av privat utförda välfärdstjänster. Kommittédirektiv. Dir. 2015:22.
- Regeringskansliet 2015b: Ny indelning av län och landsting. Kommittédirektiv, Dir. 2015:77.
- Robertson, Ruth ja Burke, Peter 2011: The Impact of patient choice of provider on equity: analysis of a patient survey. *Journal of Health Services Research & Policy*, 16 Suppl 1, 22-28. Rand corporation.
- Robertson, Ruth – Thorlby, Ruth 2008: Patient choice. Birefning. The King's Fund, London.
- Rosén, Per – Anell, Anders – Hjortsberg, Catharina 2001: Patient views on choice and participation in primary health care. *Health Policy*, 55, 121-128.
- Rosen, Rebekka – Florin, Dominique – Hutt, Ruth 2007: An anatomy of GP referral decisions. A qualitative study of GPs' views on their role in supporting patient choice. The King's Fund, London.
- Royal College of General Practitioners 2011: It's your practice: a patient guide to GP services.
- Ruuska, Kari 2014: Espoo tyytyväinen palveluiden alihankintaan. *Terveys ja Talous* 6 (2014).
- Sanderson, M. – Allen, P. – Peckham, S. – Hughes, D. – Brown, M. – Kelly, G. ect. 2013: Divergence of NHS choice policy in the UK: what difference has patient choice policy in England made? *Journal of Health Services Research & Policy*, 18, 202-208.
- Saxell, Tanja 2014: Terveystenhoitopalvelujen kilpailu voi johtaa kilpavarusteluun. VATT Policy Brief 4/2014.
- Seppälä, Timo ja Pekurinen, Markku (toim.) 2014: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahoitukset. *Terveystenhoito ja hyvinvoinnin laitokset*. Raportti 22 / 2014.
- Sipilä, Jorma 2016: Hyvinvointivaltio vahvistaa Suomen vahvuuksia. Puheenvuoro. Suomen kuvalehti 17/2016.
- Sitra 2015: Huomisen sote. Millaiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään meidän tulisi pyrkiä ja miten se tehdään. Sitran selvityksiä 92. Erweko Oy, Helsinki.
- Socialstyrelse – Sveriges kommuner och landsting 2014. Öppna jämförelser; hälso- och sjukvård 2014. Edita Bobergs Ab.
- Socialstyrelsen 2012: Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patient perspektiv. Slutredovisning.
- Soini, Helena – Hyvärinen, Susanna – Torppa, Hanna – Peiponen, Arja – Vaittinen, Marja-Leena 2013: Arjen luotauksesta räättälöityihin palvelupaketteihin – Kokemuksia henkilökohtaisen budjetin kokeilusta. Helsingin kaupungin vanhuspalvelujen Lauttasaaren asiakaskeineen palveluverkko-hanke 2010–2013. Loppuraportti. Tutkimuksia ja raportteja 1/2013. Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden keskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Asettamispäätös 17.12.2015. STM121:00/2015.
- Sosiaalialan Työnantajat ry 2016: Hyvinvointia yksityisesti. Tilastotietoa ja trendejä yksityisen sosiaalialan kehityksestä. Julkaisumoniestamo Eteläranta Oy. www.sosiaaliala.fi 2016
- Statistiska Centralbyrån 2015: Kommunalekonomisk utjämning och utjämning av LSS-kostnader. Utjämningsåret 2015. OE0115.
- Statskontoret, 2012: Lagen om valfrihetssystem. Hur påverkar den kostnader och effektivitet i kommunerna? 2012:15 . Stockholm.
- Statens Offentliga Utredningar 2014: Framtidens valfrihetssystem – inom socialtjänsten. SOU 2014:2. Elanders Sverige AB, Stockholm.
- Statens Offentliga Utredningar 2015: Träning ger färdighet. Koncentra värden för patients bästa. 2015:98. Elanders Sverige AB, Stockholm.
- Statens Offentliga Utredningar 2016: Diskussion-sunderlag i form av en kartbild. Promemoria, 2016-03-09. Indelningskommittén Fi 2015:09.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityshenkilöryhmä asiakkaan valinnanvapautta sekä monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen selvittämistä varten. Asettamispäätös 17.12.2015.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2014a: Potilaan ja asiakkaan valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE, Kannanotto 19.5.2014
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö 2014b: Kansallinen valinnanvapaus terveydenhuollossa. Terveydenhuoltolaki. STM:n koulutusmateriaalia liittyen kansallisen valinnanvapauden laajenemiseen.
- STM, Sosiaali- ja terveysministeriö – VM, Valtionvarainministeriö 2016; Sosiaali- ja terveydenhuollon ja aluehallintouudistuksen linjaukset. Neuvottelutulos 5.4.2016.
- Suomen Hammaslääkäriliitto 2015: Työssä olevat hammaslääkärit 31.12.2015.
- Suomen Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimus.
- Suomen yrittäjät 2016: Yrittäjien malli sote- ja maakuntauudistukseen. Suomen yrittäjät. Eura Print Oy, Eura 2016.
- Sveriges Kommuner och Landsting 2013: Vårdval

- i specialistvården. Utveckling och utmaningar LTAB, Stockholm.
- Sveriges Kommuner och Landsting 2015a: Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2014.
- Sveriges Kommuner och Landsting 2015b: Öppna jämförelser: hälso- och sjukvård 2014.
- Taimio, Heikki 2015: Julkinen vai yksityinen sosiaali- ja terveyspalveluiden tuotannossa. VTT seminaari 9.3.2015. Palkansaajien Tutkimuslaitos.
- TEM, Työ- ja elinkeinoministeriö 2015a: Hoito- ja hoivapalvelualan tila ja tulevaisuudennäkymät. TEM raportteja 3/2015. Verkkojulkaisu.
- TEM, Työ- ja elinkeinoministeriö 2015b: Hyvää yrittäjyydestä ja yhteistyöstä. Hyvä 2009-2015. TEM oppaat ja muut julkaisut 7/2015. Edit Prima Oy.
- TEM, Työ- ja elinkeinoministeriö. 2016: Hankintalain kokonaisuudistus – siirtymävaiheen toimenpiteet ja järjestelyt Tiedote 03.03.2016. TEM/429/03.01.01./2016.
- The Health Foundation 2010: Evidence scan: Personal health budgets. London.
- The King's Fund 2014: The UK private health market. Commission on the future of health and social care in England. London.
- The King's Fund 2015: The results and satisfaction trends relating to the NHS and health care issues from the British Social Attitudes survey 2014. London.
- THL, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2015a: Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2015. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere.
- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015b: Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa. Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Reformit-yksikkö. THL:n arviointiryhmä.
- THL:n sote-johtajien haastattelut 2013, 2014, 2016
- THL:n toteuttamat sote-johtajien haastattelut toukokuu 2016.
- THL, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013: SO-TE-uudistuksen vaikutusten alustava arviointi.
- Toiviainen, Hanna 2007: Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Stakes: Tutkimuksia 160. Helsingin yliopisto. Gummerrus kirjapaino Oy, Vaajakoski.
- Tritter, Jonathan 2009: Vallankumous vai hidas muutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista. Teoksessa Koivusalo, Meri – Ollila, Eeva – Alanko, Anna (toim.): Kansalaisesta kuluttajaksi – Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Gaudeamus Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä Hakapaino Oy, Helsinki 2009.
- Tuorila, Helena 2012: Itsepalvelun leviäminen hoivapalveluihin on konsumerismin tuotos. Yhteiskuntapolitiikka 77:5, 567–573.
- Tuorila, Helena 2015: Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa Osa 1: Sääntelykehikko kansallisessa ja rajat ylittävässä terveydenhuollossa. Kilpailu- ja kuluttajavirasto.
- Tuorila, Helena 2016: Potilaan valinnanvapaus julkisessa terveydenhuollossa. Osa 2: Valinnanvapautta tukeva tiedottaminen julkisissa terveydenhuoltopalveluissa. Kilpailu- ja kuluttajaviraston selvityksiä 3/2016.
- Valkama, Katja 2012: Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Acta Wasaensia no 267. Sosiaali- ja terveyshallintotiede 7. Vaasan yliopisto.
- Valtioneuvosto 2015: Valtioneuvoston tiedote 591/2015. Valtioneuvoston viestintäosasto.
- Valtonen, Hannu – Kemperas, Jari – Karttunen, Anna 2014: Supplementary health insurance in Finland. Consumer preferences and behavior. Kela Working Papers 65/2014.
- VATT, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus 1995. Hyvinvointipalvelut – kilpailua ja valinnanvapautta. Vastuullista kilpailua ja valinnanvapautta. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus. VATT julkaisuja 19.1995, Helsinki.
- Vehko, Tuulikki – Aalto, Anna-Mari – Sinervo, Timo 2016: Terveysaseman vaihtajat usein pitkäaikaissairaita ja kriittisiä palvelujen käyttäjiä. Tutkimuksesta tiiviisti 6/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Viktoor, Aafke – Delnoij, Diana MJ. – Friele, Ronald D. – Rademakers, Jany JDJM. 2012: Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. BMC Health Services Research, 12, 272. Bio Med Central.
- Västra Götalandsregionen 2014: VG primärvård i förhållande till Riksrevisionens rapport ”Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?” Hälso- och sjukvårdsavdelningen. Stockholm.
- Volk, Raija ja Laukkanen, Tuula 2007: Palvelusetelin käyttö kunnissa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:38.
- Vrangbæk, Karsten – Østergren, Katarina – Birk, Hans Okkel – Winblad, Ulrika 2007: Patient reactions to hospital choice in Norway, Denmark, and Sweden. Health Economics, Policy and Law, 2, 125–152.
- Vårdanalys 2013: Vad vill patienten veta för att väl-

- ja? Vårdanalys utvärdering av vårdvalsinformation. Myndigheten för vårdanalys. Rapport 2013:4. TMG Sthlm, Stockholm.
- Vårdanalys 2014a: Låt den rätte komma in – Hur har tillgängligheten påverkats av apoteksregleringen, vårdvalet samt vårdgarantin och Kömiljarden? Rapport 2014:3. TMG Sthlm, Stockholm.
- Vårdanalys 2014b: Vårdval och vårdutnyttjande. Hur fördelas vården mellan socioekonomiska grupper vid vårdval i specialistvården? PM 2014:1. TMG Sthlm, Stockholm.
- Vårdanalys 2016: Samordnad vård och omsorg. En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem. PM 2016:1. TMG Sthlm, Stockholm.
- Värdföretagarna 2015: Privat värdfakta 2015. Rolf Tryckeri, Stockholm.
- Winblad, Ulrika 2008: Do physicians care about patient choice? *Social Science & Medicine*, 67, 1502-1511.
- Winblad, Ulrika 2010: Valfrihetsreformen och vårdgarantin – vilken roll har läkarna för att förverkliga dessa reformer? *Socialmedicinsk tidskrift*, 5-6, 414-422.
- Winblad, Ulrika – Isaksson, David – Bergman, Patrik 2012: Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård: en kartläggning av kunskapsläget. Rapport 2012:2. TMG Sthlm, Stockholm.
- Whellams, Anne 2016: Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpöytäpaperi 2/2016*.
- World Health Organization (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization
- Wood, Claudia 2010: Personal best. *Demos. Lectoris, Eindhoven*.
- Yliaska, Ville 2010: Hajautuiko valtion valta? *New Public Management ja hallinnon murros (1983-1993)*. *Yhteiskuntapolitiikka* 75(4):362-376.
- Yliaska, Ville 2014: Tehokkuuden toiveuni. Uuden julkisjohtamisen historia Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle. Into, Helsinki.
- Ylikoski, Teemu 2014: Palvelusetelillä kustannussäästöjä? *Teoksessa Tuohimaa, Hanna – Pirilä, Mirikka (toim.): Askeleita hyvinvointipolulla*. Laurea Ammattikorkeakoulu, Laurea julkaisut 2014.

Internet-lähteet

<http://www.cipd.co.uk/hr-resources/factsheets/pestle-analysis.aspx>
<http://www.ptcs.fi/fi/hankintalain-uudistus> Tulostettu 7.5.2016.
<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/7485>
www.thl.fi/tilastot/hoitopaasy/pth
www.thl.fi/tilastot/hoitopaasy/esh
<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteke-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/tilastoja/terveyden-ja-vanhustenuollon-tarvevakioidut-menot>
www.vantetider.se
www.valfrihetswebben.se

Lait

Asiakaslaki (2000/812)
 Euroopan parlamentin ja neuvoston hankintadirektiivi (2004/18/EY)
 Euroopan Unionin potilasdirektiivi (2011/24/EU)
 Euroopan Unionin sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetut asetukset (883/2004 ja 987/2009).
 Hallintolaki (434/2003)
 Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi potilaan asemasta ja oikeuksista HE 185/1991 vp. s. 142
 Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain 12 § muuttaminen HE 20/2009 vp.
 Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaista annetun lain muuttamiseksi HE 90/2010 vp.
 Hankintalaki (1505/1992) ja (348/2007)
 Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)
 Kansanterveyslaki (66/1972)
 Kotikuntalaki (11.3.1994/201)
 Lag (2007:1091) om offentlig upphandling, LOU
 Lag (2008:962) om valfrihetssystem, LOV
 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009)
 Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)
 Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta (1201/2013)
 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä (569/2009)
 Laki yksityisestä sosiaalipalveluista (922/2011)
 Laki yksityisestä terveydenhuollosta (152/1990).
 Lastensuojelulaki (417/2007)
 Mielenterveyslaki (1116/1990)
 Patientlag (2014:821)
 Potilaslaki (1992/785)
 Prop. 2008/09:74. Vårdval i primärvården
 Prop. 2014/15:15. Upphävande av kravet på vårdvalssystem i primärvården
 Päihdehuoltolaki (41/1986)
 Sairausvakuutuslaki 1963; 1989 (1224/2004)
 Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
 Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetut EU asetukset (883/2004 ja 987/2009)
 Socialtjänstlag (2001:453)
 Suomen perustuslaki 11.6.1999 (731/1999)
 Terveystalolaki (1326/2010)
 Toimeentulotukilaki (1412/1997)
 Työterveyslaki (743/1978) ja (1383/2001)
 Vammaispalvelulaki (380/1987)

LIITETAULUKKO 1. Asiakkaan valinta- oikeudet Suomessa, Englannissa ja Ruotsissa (Liittyy raportin lukuihin 3 ja 6–8)

Valinta- oikeus	Suomi	Englanti	Ruotsi
Yleistä	<ul style="list-style-type: none"> Oikeus valita julkisen terveydenhuollon terveys- asema ja erikoissairaanhoi- don hoitopaikka kaikkialta Suomessa Oikeus Kela-korvauksiin korvauksen alaisista palve- luista yksityissektorilla EU-direktiivin mukainen oikeus hoitoon muissa maissa. Korvausperuste on rinnastettu yksityiseen terveydenhuoltoon 	<ul style="list-style-type: none"> Oikeus valita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat julkisista ja valinnanva- pausjärjestelmien piirissä olevista yksityisistä ja kolmannen sektorin tuottajista sekä hankin- ta- ja sopimusmenettelyin julkisen rahoituksen piiriin saatetuista tuottajista Oikeus informoituun valintaan EU-direktiivin mukainen oikeus hoitoon muissa maissa, korvauskäytännöt NHS:n palvelujen mukai- sia, johon pääosin ei liity asiakasmaksuja 	<ul style="list-style-type: none"> Oikeus valita sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat julkisista ja valinnanva- pausjärjestelmien piirissä olevista yksityisistä ja kolmannen sektorin tuottajista sekä hankin- ta- ja sopimusmenettelyin julkisen rahoituksen piiriin saatetuista tuottajista EU-direktiivin mukainen oikeus hoitoon muissa maissa, korvauskäytännöt verrannollisia Ruotsin julki- seen terveydenhuoltoon
Sairaala- hoito	<ul style="list-style-type: none"> Oikeus valita erikoissai- raanhoidon hoitopaikka yhdessä lähettävän lääkärin kanssa Oikeus hoitoyksikön mah- dollisuuksien mukaan valita nimetty ammattihenkilö Oikeus palveluseteliin niissä kunnissa ja palveluis- sa missä se on käytössä Oikeus palveluntuottajan valintaan palvelusetelillä kunnan tai sairaalan hyväk- symien palvelun tuottajien joukosta 	<ul style="list-style-type: none"> Oikeus valita ensimmäi- nen erikoissairaanhoidon konsultaation hoitopaikka (ml. mielenterveyspalvelut) jonka mukaan hoitopaikka määräytyy Oikeus valita hoidosta vastaava, nimetyn henkilön johtava tiimi, ensimmäi- sen erikoissairaanhoidon konsultaation osalta Oikeus vaihtaa sairaalaa kesken hoitojakson mikäli hoitotakuun tavoitteet eivät täyty Oikeus valita kuka suo- rittaa lähettävän lääkärin määräämät erityistutki- mukset Oikeus valita synnytys- paikka, mikäli se on tarkoi- tuksenmukaista 	<ul style="list-style-type: none"> Oikeus valita julkinen sairaalahoito omalta maa- kärjäläalueelta tai sopimus- pohjaisesti muilta alueilta Jos hoitotakuaika ylittyy sairaalassa, jossa potilas hakee hoitoa, asiakkaalla on laajennettu valinnan- oikeus omalla tai muulla maakärjäläalueella, jolloin myös matkakustannukset korvataan Oikeus vakavassa sai- raudessa hankkia ”second opinion” ilman lisäkustan- nuksia Oikeus valita valinnanva- pausjärjestelmien piirissä olevat erikoissairaanhoidon palvelut maakärjäläalueen tuottajilta ja vastaavasti avosairaanhoidon lääkäri- palvelut kautta maan

Valinta-oikeus	Suomi	Englanti	Ruotsi
Perusterveydenhuolto	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus valita terveysasema kerran vuodessa • Oikeus hoitoyksikön mahdollisuuksien mukaan valita nimetty ammattihenkilö • Oikeus valita erikoissairaanhoidon hoitopaikka yhdessä lähettävän lääkärin kanssa • Oikeus palveluseteliin niissä kunnissa ja palveluissa, missä se on käytössä • Oikeus palveluntuottajan valintaan palvelusetelillä kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta 	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus valita perusterveydenhuollon lääkäriasema sekä mahdollisuuksien mukaan siellä hoitava lääkäri ja hoitaja • Oikeus valita, kuka suorittaa äitiyshuollon palvelut ja missä hoidon saa, mikäli se on tarkoituksenmukaista • Oikeus valintoihin muun palveluntuotannon osalta alueellisten painopisteiden ja järjestelyiden mukaisesti ("Any qualified provider"-malli) • Oikeus henkilökohtaiseen terveysbudjettiin, mikäli siihen on oikeutettu 	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus valita perusterveydenhuollon palvelut kautta maan • Oikeus valita muut valinnanvapausjärjestelmien piirissä olevat palvelut maakäräjäalueelta ja sopimusperusteisesti muilta alueilta • Oikeutta uuteen valintaan ei rajoiteta lainsäädännössä
Sosiaalipalvelut	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus palveluseteliin niissä kunnissa ja palveluissa, missä se on käytössä • Oikeus palveluntuottajan valintaan palvelusetelillä kunnan hyväksymien palveluntuottajien joukosta • Omaishoitajien oikeus tukeen ja niihin liittyviin valintoihin 	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus informaatioon, tarpeiden arviointiin ja tukeen tehdä valintaan liittyviä päätöksiä • Oikeus valita palvelut, jotka paikallisviranomaisen kustantaa hyödyntämällä henkilökohtaista budjettia • Omaishoitajien oikeus tukeen ja niihin liittyviin valintoihin • Oikeus valita paikallisviranomaisen maksama tuettu asumismuoto 	<ul style="list-style-type: none"> • Oikeus valita julkinen tuottaja tai valinnanvapausjärjestelmien piirissä oleva tuottaja tai hankinta- ja sopimusmenettelyllä toimiva tuottaja. Joissain palveluissa henkilökohtainen budjetti

LIITETAULUKKO 2. Valinnanvapausjärjestelmien vertailussa huomioitavia asioita

Muuttuja	Suomi	Englanti	Ruotsi
Demografiset tekijät (OECD 2016, Eurostat 2015 ja 2013)			
Väestön koko	5,4 miljoonaa	63 miljoonaa Iso-Britanniassa, joista 53 miljoonaa Englannissa	9,6 miljoonaa
Maahanmuuttaja-taustaisten osuus	3,6 %	7,7 %	6,9 %
Yli 65-vuotiaiden osuus	19,4 %	17,5 %	19,4 %
Urbaaneilla alueilla asuvien osuus	28,7 %	70 %	22,1 %
Palvelujärjestelmät (OECD 2015a-f, STM 2015, NHS England 2014, THL 2013, Department of Health 2015d)			
Keskeiset muutospaineet	Rahoitusvaje (3 mrd €), sote integraatio, soterakenteiden reformi. Erytysongelmana palvelujen saatavuus.	Rahoitusvaje (30 mrd £) ja sote-integraatio. Erytysongelmana palvelujen laadun vaihtelu ja tuloksellisuus.	Läänijaon uudistaminen ja siirtyminen suurempiin alueisiin. Voittoa tuottavien palveluyritysten asema ja verotus.
Keskeiset järjestäjätahot	320 kuntaa vastaa sote-palvelujen järjestämisestä, 151 organisaatiota palvelujen tuottamisesta yhdessä 21 sairaanhoitopiirin kanssa. Vuonna 2019 tämä korvautuu 18 maakunnalla.	Terveystieteiden kansallinen tilaajajärjestö NHS England, jota tukee 211 alueellista tilaajaorganisaatiota. Sosiaalihuollosta vastaa 152 paikallisviranomais-ta.	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa 20 maakäräjäaluetta ja yksi kunta. Sosiaalihuollosta vastaa 290 kuntaa.
Hoitotakuutavoitteet	Perusterveydenhuollon hoidon tarpeen arviointi 3pv, hoitoon pääsy 3kk. Erikoissairaanhoidon hoidon tarpeen arviointi 3vko:a ja tutkimukset sekä erikoislääkärin arviointi 3kk läheteen saapumisesta, sairaalahoito aloitettava 6kk:n sisällä tarpeen toteamisesta.	Perusterveydenhuolto: Lainsäädännöllinen velvoite saada lääkäriä 48 tunnin sisällä on poistunut mutta ohjaa käytäntöjä. Kiireetön sairaanhoito: 18 vko:a perusterveydenhuollon läheteestä hoidon alkamiseen (sisältää tutkimukset ja konsultaatiot), 2 vko:a syöpäpäilyissä erikoislääkärin konsultaatioon. Lisäksi muita suosituksia.	Perusterveydenhuolto: Kontakti tarjottava samana päivänä, lääkärikäynti 7 pv:n sisällä ja avosairaanhoidon käynti 90 pv:n sisällä läheteen kirjoittamisesta tai hoidon hakemisesta. Erikoissairaanhoidon: 90 pv:n sisällä tarpeen toteamisesta.
Resurssit/1000 asukasta			
• lääkäreitä (OECD 3,3)	3,0	2,8	4,0
• sairaanhoitajia (OECD 9,1)	14,1	8,2	11,2
• akuuttisairaansijoja (OECD 3,3)	2,8	2,3	1,9

Muuttuja	Suomi	Englanti	Ruotsi
Rahoitus (OECD 2015c, d ja f, Valtonen ym. 2014, Arora ym. 2013, Kings Fund 2014, Karchler ja Greer 2015)			
Terveysmenojen osuus BKT:sta (OECD 8,9 %)	8,6 %	8,5 %	11 %
Terveydenhuollon kustannukset per capita, US\$ purchasing power parities (OECD 3 453)	3 442	3 235	4 904
Julkisen rahoituksen osuus (%) (OECD 72,7)	75.0	83.3	84.1
Julkisen terveydenhuollon kustannusten kasvu, per capita, todelliset			
• 2005–2013 (%) (OECD 2,2)	1,7	1,8	1,3
• 2012–2013 (%)	– 0,2	0,7	1,6
Asiakasmaksujen käyttö	Asiakasmaksut ovat korkeat ja voivat olla myös tulosidonnaisia ja niiden käyttö on yleistä.	Terveydenhuollon palvelut ovat pääosin ilmaisia. Sosiaalihuollossa palveluihin voi liittyä maksuja, mutta niitä rajataan maksukatolla.	Terveydenhuollossa asiakasmaksut ovat käytössä pienimuotoisesti.
Vapaaehtoiset vakuutukset ja työterveyshuolto	22,7 %:lla aikuisista ja 52 %:lla lapsista on vapaaehtoinen vakuutus. 90 %:lla työikäisistä on mahdollisuus työterveyshuoltoon, 45 % lääkärikäynneistä tehdään tätä kautta.	10 %:lla on pienimuotoinen, täydentävä vakuutus lähinnä työnantajan puolesta. Vain 2 % rahoittaa itse palveluita. Ei laajaa työterveyshuoltoa.	Noin 6 %:lla väestöstä on yksityinen sairaanhoitovakuutus. Suurimman osan näistä kustantaa työnantaja: 15–74 vuotiaista työssä käyvistä 10 %:lla on työnantajan tarjoama vakuutus.

Hankkeen eri osioiden vastuuhenkilöt ja tutkimusraportin kirjoittajat:

Maijaliisa Junnila, FT, johtava asiantuntija, THL,
Reformit-yksikkö, tutkimushankkeen johtaja

Laura Hietapakka, VTM, tutkija, THL, Reformit-yksikkö

Pia Maria Jonsson, LT, yksikönpäällikkö, THL, Reformit-yksikkö

Satu Korhonen, VTM, Head of Democracy and Capabilities, Demos Helsinki

Timo T. Seppälä, VTT, yksikönpäällikkö, THL, Terveys- ja sosiaalitalous-yksikkö

Anne Whellams, BSC (Hons) in Health Studies, johtava erityisasiantuntija,
f-Innova Associates Oy

Tutkimusraportin muut kirjoittajat:

Risto Kaikkonen, VTM, yksikönpäällikkö, THL, Tietovarantopalvelut-yksikkö

Riikka Laurila, KTK, tutkimusavustaja, THL, Terveys- ja sosiaalitalous-yksikkö

Eeva Nykänen, OTT, johtava asiantuntija, THL, Reformit-yksikkö

Oona Pentala, VTM, tilastotutkija, THL, Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen-yksikkö

Miikka Vähänen, YTM, VTM, tutkija, THL, Terveys- ja sosiaalitalous-yksikkö

Eeva Widström, HLT, ylilääkäri, THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus-yksikkö

Muut hankkeen toteuttamiseen tai tutkimusraportin työstämiseen eri tavoin osallistuneet:

Elina Aaltio, erityisasiantuntija, THL, Reformit-yksikkö

Maire Ahopelto, kuntayhtymän johtaja, Kainuun sote

Maaret Hilden-Rantala, korkeakouluharjoittelija, THL, Reformit-yksikkö

Pilvi Hämeenaho, FT, tutkija, THL, Poliitiikan seuranta ja vaikuttavuus-yksikkö

Saana Junttonen, yksikön assistentti, THL, Reformit-yksikkö

Satu Kapiainen, KTM, tutkija, THL, Terveys- ja sosiaalitalous -yksikkö

Eeva Liukko, erityisasiantuntija, THL, Reformit-yksikkö

Aino Närkki, johtava elinkeinoasiantuntija, Sosiaalialan Työnantajat ry

Sirkku Pikkujämsä, terveysjohtaja, Oulun kaupunki

Merja Tepponen, kehitysjohtaja, Eksote

Kirsti Ylitalo-Katajisto, apulaiskaupunginjohtaja, Oulun kaupunki

Silja Ässämäki, kehittämisjohtaja, Jyväskylä