



Anne Whellams

Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 2/2016

Anne Whellams

Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-605-6 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-605-6>

Helsinki, 2016

ESIPUHE

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) käynnisti vuoden 2014 alussa yhdessä ajatushautomo Demos Helsingin kanssa Tekesin rahoitustuella kaksivuotisen tutkimushankkeen valinnanvapaudesta: ”Hallintoalamaisesta aktiiviseksi valitsijaksi – Valinnanvapauden muotoutuminen sosiaali- ja terveyspalveluissa - VALVA”. Hankkeessa valinnanvapauden toteutumista tutkitaan yhteiskunnan muutoksessa ja tuotetaan uutta tietoa valinnanvapaudesta palvelujärjestelmäämme muuttavana ilmiönä. Hankkeen tavoitteena on tuottaa tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnanvapauden edistämiseksi ja siihen liittyvien päätösten tukemiseksi Suomessa.

Hanke ajoittuu suomalaisen valinnanvapauskehityksen murrosaikaan. Vuodesta 2004 kunnat ovat voineet tarjota asiakkaalle mahdollisuuden hoitopaikan valintaan palveluseteliä hyödyntäen. Oikeus koski aluksi joitakin sosiaalihuollon palveluja, mutta vuodesta 2009 kunnat ovat voineet hyödyntää palveluseteliä myös terveyspalveluissa. Vuoden 2014 alusta asiakkailla on ollut mahdollisuus valita kiireettömän hoidon hoitopaikka julkisessa terveydenhuollossa kaikkialta Suomessa.

Suomessa valinnanvapaus on toistaiseksi, kansainväliseen kehitykseen verrattuna, edennyt varovaisin askelin. Hallitus on vuoden 2015 hallitusohjelmassa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta koskevissa linjauksissaan (7.11.2015) päättänyt, että osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta säädetään *valinnanvapauslainsäädäntö*. Sen myötä asiakas voi itse valita julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Jatkossa valinnanvapaus on pääsääntö perustason palveluissa ja se on soveltuvien osin käytössä myös erityistason sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Englanti on Suomen valinnanvapauskäytäntöjen kehittämisen näkökulmasta kiinnostava tarkastelukohde, sillä maa on läpikäynyt viimeisten hallituskausiansa aikana kaksi merkittävää rakenteellista reformia, joiden yhtenä keskeisenä tavoitteena on ollut valinnanvapauden takaaminen tasapuolisesti koko väestölle. Valinnanvapaus näkyy Englannissa sekä lainsäädännössä että organisaatioiden toiminnassa, jotka ohjautuvat nykyisin pitkälti asiakkaiden tarpeista.

Tässä VALVA-hankkeen erillisraportissa kuvataan miten valinnanvapautta on kehitetty Englannissa ja analysoidaan 2000-luvun kehitysprosessia ja oppimiskokemuksia suomalaisen kehitystyön tueksi. Englannin valinnanvapausjärjestelmän kehittämistä raportoidaan myös myöhemmin ilmestyvässä hankkeen tutkimusraportissa. Työpaperin on kirjoittanut erityisasiantuntija Anne Whellams ja kirjoittamista ovat tukeneet johtava asiantuntija Maijaliisa Junnila sekä tutkija Laura Hietapakka.

Maijaliisa Junnila

Johtava asiantuntija, THL

VALVA-hankkeen johtaja

TIIVISTELMÄ

Anne Whellams. Valinnanvapaus Englannin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 2/2016. 36 sivua. Helsinki 2016. ISBN 978-952-302-605-6 (verkkojulkaisu).

Tässä työpaperissa tarkastellaan Englannin sosiaali- ja terveydenhuollon valinnanvapauskäytäntöjen kehittymistä. Englannissa valinnanvapauden laajenemisella terveydenhuollossa tavoiteltiin aluksi onnistuneesti hoidotyksiköiden kapasiteetin tehokkaampaa käyttöä ja jonotusaikojen lyhentämistä kiireettömässä sairaalahoidossa. Järjestelmätason toimintaedellytysten kasvaessa valinnanvapautta on lisätty vaiheittain ja tavoitteet ovat kohdentuneet myös laadun, tehokkuuden, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tuottajien reagoitavuuden lisääntymiseen. Englannista saadut kokemukset ovat Suomen kannalta kiinnostavia erityisesti siksi, että siellä valinnanvapaus on asetettu osaksi julkisen sektorin kehittämiskokonaisuutta, valinnanvapauteen liittyviä oikeuksia on laajennettu asteittain järjestelmätason edellytysten kasvaessa ja oikeudet on pyritty turvaamaan tasapuolisesti koko väestölle.

Valinnanvapauden laajentaminen on ollut Englannissa yksi keskeisistä hallituspuolueita yhdistävistä sosiaali- ja terveystaloudellisista linjauksista viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Nykyisin lakisääteiset valinnanvapauden muodot ovat kattavia ja valinnanvapaus on nähty yhtenä julkisen sektorin kehittämiskokonaisuuden keskeisenä osatekijänä. Valinnanvapaus on ennen kaikkea luonut mahdollisuuden muokata palvelujärjestelmää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi antamalla myös heikommille kuluttajille mahdollisuuden halutessaan vaikuttaa ja ottaa vastuuta omasta hyvinvoinnistaan. Valinnanvapauden kehittymistä on tuettu merkittävästi kansallisilla toimenpiteillä ja investoinneilla. Muutoksia on valmisteltu laajoilla väestö- ja henkilöstökyselyillä sekä alueellisilla kokeiluilla. Uudistuksiin on myös kytketty seurantatutkimuksia, joista saadaan tietoa jatkuvan kehittämisen tueksi.

Julkisessa terveydenhuollossa valinnanvapauteen liittyvät käytännöt ovat yhtenäisiä. Lähetteen saanut asiakas voi valita palveluntuottajan myös julkisen sektorin ulkopuolelta, mikäli kyseinen yksityinen tai kolmannen sektorin palveluntuottaja täyttää toimijoilta vaaditut rekisteröinti-, hinta- ja laatukriteerit. Nämä ovat kaikille samat, ja kriteerien jatkuvaa toteutumista valvotaan myös käytännössä. Koska palvelusta saatu korvaus on kaikille palveluntuottajille sama, kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin, eivätkä palveluntuottajat voi kohdistaa ylimääräisiä kustannuksia asiakkaalle. Terveydenhuollossa asiakkaan valinnanvapautta pyritään aina tukemaan, mutta siitä voidaan poiketa, jos se on asiakkaan etujen mukaista. Poikkeamat kohdistuvat esimerkiksi tilanteisiin, joissa monisairaalan potilaan hoito vaatii organisaatioiden välistä yhteistyötä. Valinnanvapausoikeudet on kirjattu osaksi julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ”perustuslakijulistusta” (NHS Constitution). Lisäksi vuonna 2012 uudistettua sosiaali- ja terveydenhuoltolakia täsmentää asetus palveluiden hankinnoista, valinnanvapaudesta sekä kilpailusta, lainsäädännöt yksittäisten organisaatioiden vastuista sekä valintaoikeuksia selkeyttävä ohjeistus. Terveydenhuollossa asiakkaat ovat toistaiseksi suosineet valinnoillaan julkisia lähituottajia, ja muutokset tuottajakunnan rakenteessa ovat olleet hyvin maltillisia.

Sosiaalihuollossa palvelut ovat tarveharkintaisia, ja niihin saattaa liittyä asiakkaan varallisuudesta riippuvia maksuja. Valinnanvapaus toteutuu pitkälti henkilökohtaisten budjettien kautta, joilla asiakas voi myös itse ostaa tarvitsemiinsa palveluita haluamaltaan palveluntuottajalta. Näiden käyttö on määritetty vuonna 2014 julkaistussa hoivalaissa sekä valintaoikeuksia täsmentävässä ohjeistuksessa. Käytännössä on kuitenkin alueellista vaihtelua, jota on pyritty vähentämään lainsäädännöllä. Sosiaalihuollossa valinnanvapauden kautta on pyritty tietoisesti purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasemaa.

Vaikka valinnanvapauden vaikutuksia on vaikea irrottaa muista systeemitason muutoksista, se ei ole johtanut pelättyjen uhkakuvien tai kielteisten vaikutusten toteutumiseen suhteessa tasa-arvoon, tehokkuuteen tai markkinoiden yleiseen toimivuuteen. Asiakkaat arvostavat valinnanvapauden olemassaoloa, ja tämä on edistänyt valinnanvapauden vakiintumista osaksi nykyjärjestelmää. Julkisten palveluntuottajien osalta merkittävää on se, että he toimivat avoimemmassa palvelujärjestelmässä ja ovat aiempaa tietoisempia palveluiden kustannuksiin, tehokkuuteen, toiminnan tuloksiin sekä asiakaslähtöisyyteen liittyvistä tekijöistä. Merkittävää viimekädessä on kuitenkin se, että asiakkaan valinnanvapauteen ei yksinään luoteta palveluntuottajien toimintaa ohjaavana tai kehittäväksi tekijänä.

Avainsanat: Valinnanvapaus, palvelujärjestelmä, sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, asiakaslähtöisyys, reformi

SISÄLLYS

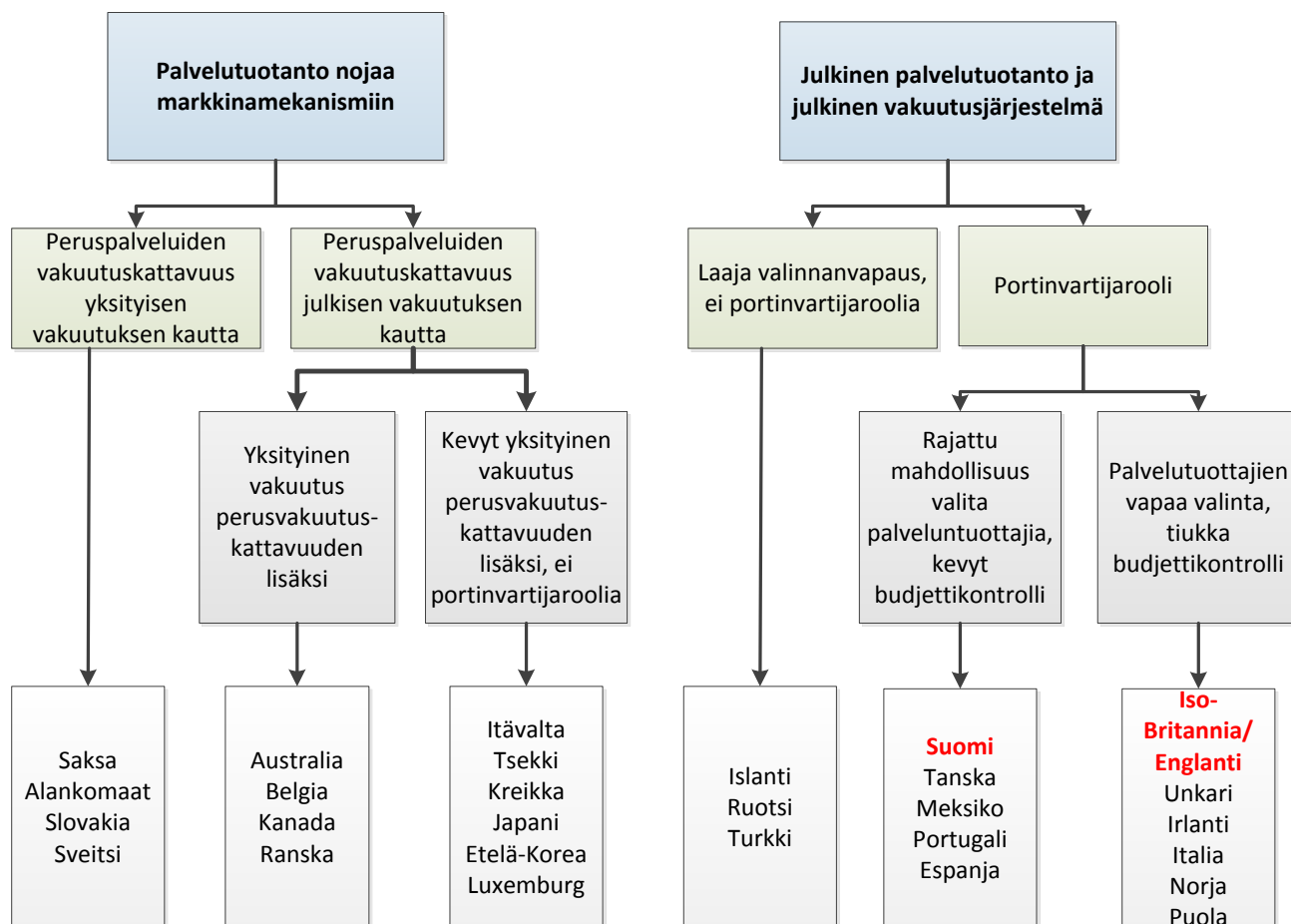
Esipuhe.....	3
Tiivistelmä.....	4
1 Johdanto.....	6
2 Englannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmät.....	7
3 Valinnanvapauden kehittyminen Englannissa.....	9
3.1 Valinnanvapauden kehittyminen terveydenhuollossa.....	10
3.2 Valinnanvapauden kehittyminen sosiaalihuollossa.....	11
3.3 Yhteenveto systeemiin kohdistuneen muutoksen päämääristä.....	12
4 Valintaoikeudet nykyjärjestelmässä.....	14
4.1 Valinnanvapaus sairaalahoidossa.....	14
4.2 Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa.....	15
4.3 Valinnanvapaus sosiaalihuollossa.....	16
5 Valinnanvapauden yleiset periaatteet.....	17
5.1 Kansalaisten yhtäläiset mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapautta.....	17
5.2 Valinnanvapausmarkkinat ja kilpailuneutraliteetti.....	17
5.3 palveluntuottajien hyväksymismenettelyt ja valvonta.....	18
5.4 palveluntuottajille maksettavat korvaukset.....	18
6 Valinnanvapauden vaikutukset.....	20
6.1 Valinnanvapauden vaikutukset väestön näkökulmasta.....	20
6.2 Valinnanvapauden vaikutukset tuottajien toimintaan.....	22
6.3 Valinnanvapauden vaikutukset tuotantorakenteeseen ja kustannuksiin.....	23
6.4 Henkilökohtaisten budjettien vaikutukset.....	24
7 Yhteenveto ja keskeiset oppimiskokemukset.....	25
7.1 Valinnanvapauden edellytykset.....	26
7.2 Toimintapoliittisia ratkaisuja valinnanvapauden tukemiseksi.....	27
Lähteet.....	30
Liitteet.....	34
Liite 1: Valinnanvapauden kehittyminen terveydenhuollossa.....	34
Liite 2: Valinnanvapauden muototutuminen sosiaalihuollossa.....	35
Liite 3: Keskeisiä valinnanvapautta tukevia sivustoja.....	36

1 JOHDANTO

Useat maat kuten Hollanti, Ruotsi, Englanti ja Tanska, ovat toteuttaneet markkinalähtöisiä uudistuksia julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta ja tuottajien välistä kilpailua. Näissä on tavoiteltu laadun, tehokkuuden, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden, osallisuuden sekä autonomian lisääntymistä. Markkinoiden ja niitä ympäröivien järjestelmien muotoutuminen vaihtelee kuitenkin eri maissa, eikä yksiselitteistä vastausta sille, minkälainen järjestelmä tai markkina-asetelma parhaiten tukee valinnanvapautavoitteiden toteutumista, ole olemassa.

Kuva 1 osoittaa miksi Englannin terveydenhuoltojärjestelmä on hyvä vertailukohde Suomelle. Englannissa palvelut on Suomen tavoin pääosin tuotettu julkisen palvelujärjestelmän kautta, joka ei ole vakuutus pohjainen kuten vaikka Alankomaissa. Lisäksi hoidon eri tasojen välillä portinvartijoina toimivat pitkälti perusterveydenhuollon lääkärit. Siksi asiakas ei voi käyttää esimerkiksi erikoissairaanhoidon palveluita ilman lähetettä. Keskeinen ero maiden välillä on se, että Englannissa asiakas voi vapaammin valita palveluntuottajan monimuotoisemman tuottajakunnan joukosta ja palveluntuottajien toimintaan kohdistuu tiukempi taloudellinen ohjaus kuin Suomessa. Käytännössä Englannissa julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin palveluntuottajat voivat tuottaa verorahoin rahoitettuja palveluita, jos he täyttävät toiminnalle ja palveluiden laadulle asetetut yhteiset kriteerit sekä hyväksyvät julkisille palveluille asetetut korvauserusteet.

Kuva 1: Terveydenhuoltojärjestelmien luokittelu OECD:n jaottelua mukaillen



(Joumard ym. 2010, mukaillen THL 2015)

Tässä työpaperissa keskitytään valinnanvapauden kehittymiseen Englannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmissä. Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin käytännöt poikkeavat osittain Englannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmistä. Englannin järjestelmät kattavat yli 53 miljoonaa asukasta Iso-Britannian yli 63 miljoonasta asukkaasta. (Esim. NHS England 2014a.)

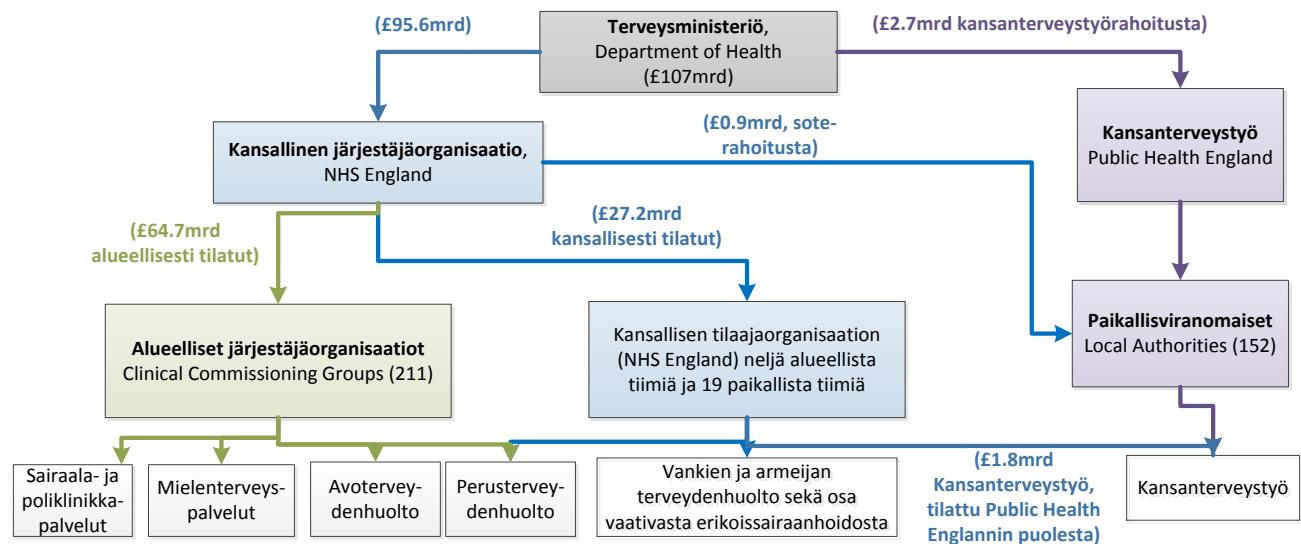
Työpaperissa kuvataan ensin Englannin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien rakenne, yleiset toimintaperiaatteet sekä valinnanvapauden kehittyminen osana järjestelmiin kohdistunutta uudistustyötä. Tämän jälkeen kuvataan, minkälaisista valintaoikeuksista valinnanvapaus nykypäivänä koostuu, minkälaiset periaatteet ohjaavat valinnanvapausjärjestelmien toimintaa sekä minkälaisia vaikutuksia valinnanvapaudella on ollut. Lopuksi nostetaan esiin keskeisiä oppimiskokemuksia Suomen lainsäädännön ja käytäntöjen kehittämisen tueksi. Työpaperin liitteissä (1-3) kuvataan kaavioina valinnanvapauden muotoutuminen Englannin sosiaali- ja terveyspalveluissa ja kootaan yhteen linkkejä keskeisille valinnanvapautta tukeville internet-sivustoille.

2 ENGLANNIN SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄT

Englannin julkinen terveydenhuoltojärjestelmä, National Health Service (NHS), perustettiin vuonna 1948 kattamaan koko väestön terveyspalvelut. Järjestelmä on verorahoitteinen, ja miltei kaikki palvelut ovat käyttäjille ilmaisia, eikä niihin liity asiakasmaksuja. Perusterveydenhuollosta vastaava lääkäri (General Practitioner, GP) toimii myös sairaalapalvelujen portinvartijana. NHS:n perustamisesta lähtien asiakkailla on ollut oikeus valita, mille perusterveydenhuollon lääkäriasemalle he asuinalueellansa rekisteröityvät. Valinnan myötä lääkäri ottaa vastuun asiakkaasta. (Department of Health 2006a.) Miltei puolet NHS:n kokonaisrahoituksesta kuluu sairaalahoitoon sekä akuuttiin toimintaan. Perusterveydenhuollon lääkäripalvelut, muu perusterveydenhuolto, avoterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut sekä lääkkeet muodostavat kukin noin 10 % kokonaismenoista. (Marshall ym. 2014.) Ennaltaehkäisyyn, terveystieteiden ja tartuntatautiin osalta keskeisessä asemassa toimivat kansallinen organisaatio Public Health England sekä paikallishallintoalueiden alaisuudessa toimivat Health and Wellbeing Boards -yhteistyöorganisaatiot (NHS England 2014a).

Terveydenhuoltoa ohjaa terveysministeriö (Department of Health), joka vastaa myös sosiaalihuollon johtamisesta sekä kansanterveystyöhön erikoistuneen organisaation (Public Health England) rahoittamisesta (Kuva 2). Terveysministeriön alaisuudessa toimii kansallinen järjestäjäorganisaatio NHS England, joka vastaa NHS:n johtamisesta, budjetista, kansallisesti keskitettyjen palveluiden tilaamisesta sekä alueellisten järjestäjäorganisaatioiden toiminnasta. NHS Englannin toiminta nojaa vuosittain hallitukselta saatuaan ”Mandaattiin”, jossa määritellään toiminnan tavoitteet (Department of Health 2014a). Tavoitteiden toteutumista seurataan tuloksellisuus- ja terveyshyötymittareilla (Outcomes Framework, Department of Health 2014b). NHS Englannille kohdennetun rahoituksen suuruus on noin 90 % NHS:n kokonaisrahoituksesta. Tästä noin kolmasosalla se rahoittaa perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sekä kansallisesti tilatut palvelut, kuten vankien ja armeijan terveydenhuollon. (NHS England 2014a.)

Kuva 2: Terveydenhuollon rakenne ja budjetoitu rahoitus (rahoitus 2013/2014)



(Mukailen, Marshall ym. 2014 ja NHS England 2014a)

Loput kaksi kolmasosaa rahoituksesta siirtyy lääkärikeskusten muodostamille alueellisille järjestäjäorganisaatioille (Clinical Commissioning Groups, CCG). Näitä on yhteensä 211 ja ne huolehtivat muiden perus- ja erikoissairaanhoidon palveluiden tilaamisesta. Niiden asukasmäärät vaihtelevat 61 000 ja 860 000 välillä, mediaanin ollessa 250 000. Alueellisten järjestäjäorganisaatioiden rahoitus jakautuu kapitaatiokorvauksen mukaan, jossa huomioidaan väestömäärä, ikä, sairastavuus sekä maantieteellinen sijainti. Alueellisesti rahoitettuja palveluita ovat esimerkiksi akuuttihoito, kiireetön sairaalahoido, perusterveydenhuolto, lukuun ottamatta lääkärinpalveluita, sekä mielenterveys- ja kuntoutuspalvelut. Alueelliset järjestäjäorganisaatiot tilaavat nämä palvelut sellaisilta julkisilta, yksityisiltä ja kolmannen sektorin palveluntuottajilta, jotka täyttävät NHS:n asettamat rekisteröinti-, hinta- ja laatuvaatimukset. (NHS England 2014a ja National Audit Office 2015.)

Perusterveydenhuollossa 25 % rahoituksesta on kapitaatiokorvauksen rinnalla sidottu vapaaehtoiseen, laatua ja toiminnan tuloksia mittaavaan viitekehukseen (Quality and Outcomes Framework, QOF) ja tämä osuus kasvaa jatkuvasti. Sen avulla voidaan tukea hyviä käytäntöjä, alueellisia innovaatioita sekä alueellisten ja kansallisten tavoitteiden toteutumista, kuten sitä, että perusterveydenhuollon lääkärit tarjoavat valinnanvapautta kaikille siihen oikeutetuille. Lisäksi NHS England voi palkita alueellisia järjestäjäorganisaatioita hyvän laadun ja tuloksellisuuden perusteella (Quality Premium). (NHS England 2014a, Marshall ym. 2014.)

Muiden palveluiden osalta käytössä on hyvin pitkälti kansallinen maksujärjestelmä (National Tariff Payment System). Sen kautta kaikki hyväksytyt palveluntuottajat saavat tuottamistaan palveluista saman korvauksen ja kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin (Monitor & NHS England 2014). Laatu myös vaikuttaa kansallisiin hinnoitteluperusteisiin. Esimerkiksi palveluntuottajan saamia korvauksia rajoitetaan, jos potilas joudutaan ottamaan suunnittelemttomasti uudelle hoitajaksolle (re-admission) 30 päivän kuluessa kiireettömästä toimenpiteestä. Lisäksi sairaaloissa, vammais- ja mielenterveyspalveluissa sekä ambulanssi palveluissa noin 2,5 % rahoituksesta on sidottu laadullisiin mittareihin Commissioning for Quality and Innovation, CQUIN –viitekehysten kautta. Tällä hetkellä kokeillaan myös erityyppisiä parhaisiin käytäntöihin nojaavia kansallisia maksuluokkia. Yleisesti NHS pyrkii siirtymään rahoitusmalliin, joka painottaa enemmän laadullisia ja toiminnan tuloksellisuuteen liittyviä tekijöitä. (NHS England 2014a, Marshall ym. 2014, National Audit Office 2015, Monitor & NHS England 2014.)

Englannissa valtaosa väestöstä tosiasiaassa käyttää julkista terveydenhuoltoa, eikä käytössä ole laajamittaista tai perusterveydenhuollon lääkäriasemien palveluita korvaavaa erillistä työterveyshuoltojärjestelmää. Vuonna 2012 noin kymmenesosalla väestöstä oli jonkinasteinen täydentävä, yksityinen terveysvakuutus, joista suurin osa oli työnantajan rahoittamia. Henkilön itsensä rahoittamia vakuutuksia oli vain muutamalla prosentilla väestöstä. Vakuutukset eivät kuitenkaan kata kiireellistä hoitoa tai perusterveydenhuollon lääkäreiden vastaanottopalveluita. Itse maksavien asiakkaiden osuus on ollut vain muutama prosenttia. (Arora ym. 2013, The King's Fund 2014, Krachler & Greer 2015.) Vaikka perusterveydenhuollon lääkärit ovat keskeinen osa julkista terveydenhoitojärjestelmää, teknisesti he ovat yksityisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimussuhde NHS:n kanssa (Department of Health 2011).

Vuodesta 1948 sosiaalihuolto on järjestetty 152 paikallishallintoalueen alaisuudessa (Councils with Adult Social Care Responsibilities). Sosiaalihuolto kattaa vanhuksille, lapsille ja heidän perheille, vammaisille sekä mielenterveysasiakkaille suunnatut palvelut. Ne voidaan tarjota joko asiakkaan kotona, tuetussa asumisympäristössä tai päivätoimintana. Sosiaalihuollon palvelujen rahoitus jakaantuu valtionrahoitukseen, alueen omaan rahoitukseen ja asiakasmaksuihin. Suurin osa rahoituksesta 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. Sosiaalihuollon palvelut ovat tarveharkintaisia ja niihin liittyy usein maksuja, jotka vaihtelevat riippuen asiakkaan tuloista ja omaisuudesta. Vaikka sosiaalihuollon käytännöt eivät ole kansallisesti yhtä yhtenäisiä kuin terveydenhuollossa, niitä on pyritty viime vuosien aikana yhtenäistämään eri paikallisviranomaisten välillä lainsäädännön kautta (Care Act 2014). Esimerkiksi on pyritty kehittämään kansallisia kriteereitä tuen myöntämiseen (eligibility criteria). Sosiaalihuollon palveluista asiakkaan maksettavaksi jäävälle kokonaismäärälle on myös 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 2015, National Audit Office 2015.) Myös sosiaalihuollossa asiakas voi hankkia palveluita toiveensa mukaan yksityisiltä, julki-

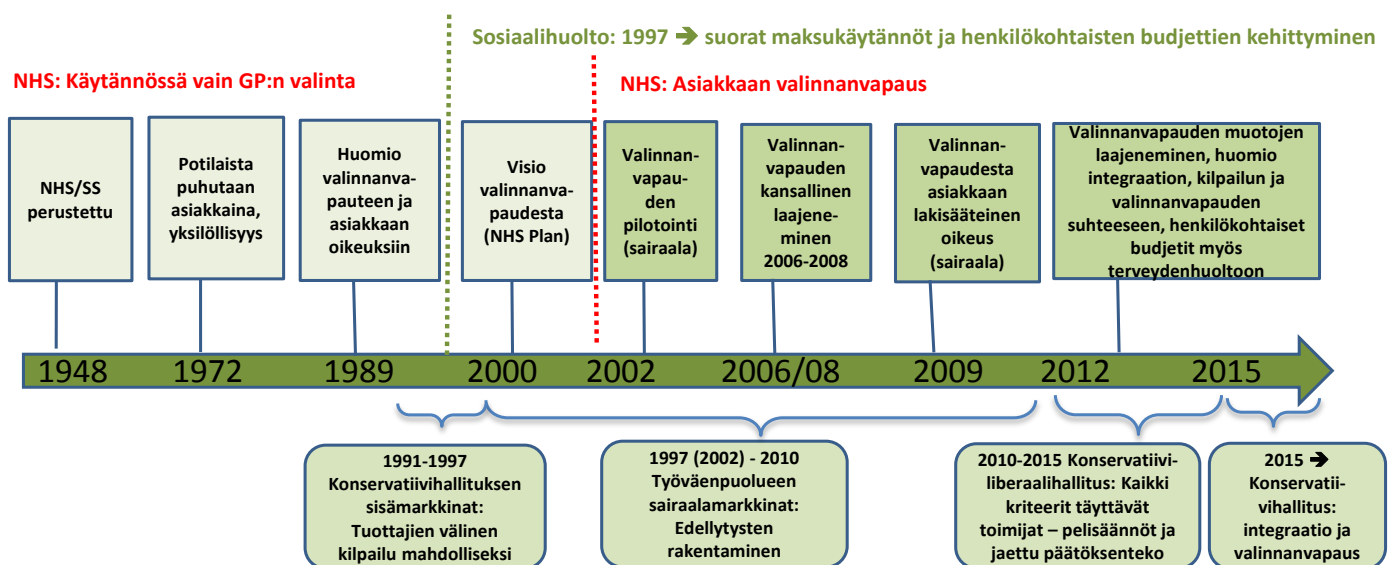
silta tai kolmannen sektorin palveluntuottajilta myös silloin, kun paikallisviranomaisen rahoittaa palvelut. Lisäksi toiminnan tuloksia mittaava viitekehys on laadittu koskemaan myös aikuisten sosiaalihuoltoa (Adult Social Care Outcomes Framework, Department of Health 2014d).

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat edelleen eri viranomaistahot, 1990-luvun loppupuolelta lähtien on kiinnitetty huomiota horisontaaliseen integraatioon mahdollistamalla eri viranomaisten budjettien yhdistäminen sekä palveluiden yhteistuotanto (The Health Act 1999). Tämän lisäksi erityisesti vaativat hoitotakuutavoitteet ovat kannustaneet vertikaaliseen integraatioon. Tänä päivänä horisontaalisen ja vertikaalisen integraation kasvattaminen on yksi keskeisimmistä tavoitteista, joiden saavuttamiseksi on käynnistetty uudenlaisia organisaatiomuotoja testaavia alueellisia kokeiluita (NHS England 2014b).

3 VALINNAVAPAUDEN KEHITTYMINEN ENGLANNISSA

Englannissa asiakkaan valinnanvapauden laajentaminen on ollut yksi keskeisistä hallituspuolueita yhdistävistä sosiaali- ja terveystaloudellisista linjauksista viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana (Kuva 3). Kokemukset 1990-luvun loppupuolelta ovat luoneet pohjan nykykäytäntöjen muotoutumiselle, 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 tulivat mahdollisiksi.

Kuva 3: Asiakkaan valinnanvapauden lisääntyminen palvelujärjestelmässä



Valinnanvapaussäädännön näkökulmasta 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 terveydenhuollossa valinnanvapauteen liittyvät oikeudet on kirjattu osaksi NHS:n ”perustuslakijulistusta” (NHS Constitution), joka vuonna 2009 määrittä ensi kertaa asiakkaiden ja ammattihenkilöiden oikeudet ja velvollisuudet järjestelmässä (Department of Health 2015d). Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuoltolakia (2012) täsmentää erillinen, hankintoja, valinnanvapautta ja kilpailua koskeva ohjeistus (Procurement, Patient Choice and Competition Regulations 2013 ja Monitor 2013b, ks. kehittämishistoriasta myös Department of Health 2012d, 2012h ja 2010d), kansallisen ja alueellisten tilaajajärjestöjen velvollisuuksiin liittyvät lainsäädännölliset ohjeistukset (NHS Commissioning Board and CCG Standing Rules 2012 ja 2013) sekä yksityiskohtainen ohjeistus, joka selkeyttää, mitä oikeudet kattavat ja minkälaisia rajoitteita niihin kohdistuu (Department of Health 2015b, NHS England 2014c).

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

3.1 VALINNANVAPAUDEN KEHITTYMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Terveydenhuollon valinnanvapauden voidaan katsoa syntyneen Margaret Thatcherin hallituskauden aikana (Kuva 3, *konservatiivihallituksen sisämarkkinat, 1991–1997*), jolloin palveluntuottajien välinen kilpailu tuli mahdolliseksi. Tällöin alueellisia terveydenhuoltopiirejä sekä perusterveydenhuollon lääkäreitä kannustettiin ostamaan palvelut suoraan julkisilta toimijoilta tai pienemmältä yksityissektorilta. Muutoksen oletettiin tarjoavan kannusteita palveluiden laadun ja tehokkuuden kasvattamiseksi. (Propper ym. 2004, 2008, Gaynor ym. 2006.) Systeemitason hyödyt jäivät kuitenkin vähäisiksi (Lacey 1997) ja asiakkaan näkökulmasta valinnanvapaus oli pienimuotoista. Vaikka hinnat pienenivät ja jonotusajat lyhenivät, hoidon laadun havaittiin huonontuneen. Mallin heikkous liittyi siihen, että palveluntuottajat kilpailivat sekä palveluiden hinnoilla että laadulla systeemissä, jossa laadusta oli vähän tietoa ja valvonta oli kehittymätöntä. (Propper ym. 2004 ja 2008, Gaynor ym. 2006, Bewan & Skellern 2011.) Saadut oppimiskokemukset vaikuttavat nykyisin niin, että tuottajat voivat asiakkaan valinnanvapauden yhteydessä kilpailla vain laadullisilla tekijöillä, eivät palvelujen hinnoilla (Charlesworth & Cooper 2011).

Asiakkaan näkökulmasta valinnanvapauden kehittymisen keskeisin ajanjakso alkoi vuoden 2002 jälkeen (*Työväenpuolueen aikakausi, 1997–2010*), osana Tony Blairin laajaa uudistusohjelmaa (The NHS Plan). Tällöin valinnanvapaudelle luotiin visio sekä rakenteelliset edellytykset osana laajaa systeemitason reformia (Department of Health 2000). Keskeistä muutoksessa oli tuottajien kilpailun kohdistaminen laadullisiin tekijöihin, joiden toteutumista valvottiin ja joiden tuloksena saatu laadullinen ja toiminnallinen tieto julkaistiin tukemaan valinnanvapautta liittyvää päätöksentekoa (Bewan & Skellern 2011). Ajanjakson aikana huomattiin, että asiakkaat arvostavat valinnanvapautta. Asiakkaan oikeudet tehdä tietoon nojaavia valintoja kirjattiin vuonna 2009 laadittuun NHS:n perustuslakijulistukseen (NHS Constitution). Muutoksen aikana otettiin vaiheittain käyttöön kansalliseen hinnoitteluun nojaava tulosperusteinen, raha seuraa tulosta -malli (Payment by Results, vuodesta 2014 eteenpäin National Tariff Payment System). Malli mahdollisti yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien osallistumisen julkisen sektorin markkinoille kaikille palveluntuottajille yhteisten korvausperusteiden kautta. Lisäksi kehitettiin elektroninen läheteiden monitorointi ja ajanvarausjärjestelmä Choose and Book (2006, korvattu vuonna 2015 NHS e-Referral Servicellä) ja vuodesta 2007 NHS Choices internetsivustolle on koottu laadullinen ja toiminnallinen vertailutieto yli sektorirajojen.

Työväenpuolueen aikana valinnanvapautta laajennettiin aluksi kiireettömässä sairaalahoidossa. Vuonna 2002 käynnistyneet pilotit kohdentuivat aluksi rajattuihin toimenpiteisiin, kuten kaihileikkauksiin. Kokeilussa yli kuusi kuukautta leikkausta jonottaneille asiakkaille annettiin oikeus valita hoitopaikka sekä hoitoajankohta aiempaa laajemman tuottajakunnan piiristä. Tällä pyrittiin ensisijaisesti lyhentämään pitkiä jonotusaikoja, jotka olivat tuolloin systeemitason ongelmana. Onnistuneiden kokeilujen myötä valinnanvapaus laajeni asteittain ensin kaikille pitkään jonottaneille. (Le Maistre ym. 2003, Coultier ym. 2005, Dixon ym. 2010.) Kuitenkin jo vuonna 2006 perusterveydenhuollon lääkärit veloitettiin tarjoamaan läheteentekohetkellä kaikille kiireettömille leikkauspotilaille mahdollisuutta valita hoitopaikka. Asiakkaat pystyivät aluksi valitsemaan neljästä viiteen alueellisesti valitun tuottajan joukosta, joista yksi oli yksityinen palveluntuottaja (Department of Health 2006a). Vuonna 2008 tuottajakunta kattoi kansallisesti kaikki yksityiset ja julkiset toimijat, jotka täyttivät asetetut rekisteröintikriteerit ja olivat sitoutuneita yhteisiin hintoihin. Tämän myötä huomio siirtyi hoitojonojen lyhentämisestä laajempiin tavoitteisiin, kuten tehokkuuden ja tuottajien reagointikyvyn kasvattamiseen, asiakaslähtöisyyteen, hoidon laatuun sekä tasa-arvoisuuteen (Dixon & Robertson 2011).

Perusterveydenhuollossa huomio kohdentui erityisesti lääkäreiden, lääkäriasemien sekä pitkäaikaissairaiden palveluiden 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 2006a). Samalla varmistettiin, että raha seurasi asiakkaan valintoja myös perusterveydenhuollossa ja uusien asiakkaiden listoille hyväksyminen ja hyviin käytäntöihin perustuva hoito sekä valinnanvapauden tarjoaminen kaikille siihen oikeutetuille oli kannustavaa. Lisäksi huomiota kiinnitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon integraatioon, josta on tullut tämän hetken keskeinen tavoite (Dixon ym. 2010, NHS England 2014b).

Konservatiivi-liberaalihallituksen aikana (2010-2015) esiin nostettiin voimakkaasti tavoite siitä, että asiakkaat ovat mukana kaikessa hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ("No decisions about me, without me", Department of Health 2012d-h). Samalla valinnanvapautta laajennettiin äitiyshuoltoon, mielenterveyspalveluihin, lääketieteellisiin tutkimuksiin ja tutkimukseen sekä kirjoon alueellisesti sovittuja muita avoterveydenhuollon palve-

luita esiin nousseen ”Any qualified provider” -mallin kautta (Department of Health 2014c). Alueellisten sopimuskäytäntöjen mukaan asiakkaat voivat myös mainituissa palveluissa valita haluamansa palveluntuottajan, joka täyttää NHS:n asettamat laadulliset, toiminnalliset ja sopimukselliset velvoitteet (NHS Standard Contract, NHS England 2015). Lisäksi huomio kiinnittyi lainsäädännön selkeyttämiseen suhteessa kilpailuun, asiakkaan valinnanvapautteen sekä sektorin sisällä tarvittavaan ja sen rajat ylittävään integraatioon (Monitor 2013b, NHS Future Forum 2011). Myös asiakkaan ja ammattihenkilökunnan vuorovaikutussuhdetta haluttiin tukea kehittämällä jaetun päätöksenteon käytäntöjä (shared decision-making). Tällä viitataan asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisiin keskusteluihin, jotka johtavat ihannetapauksessa yhdessä tehtyyn valintaan. Ne tukevat myös niiden asiakkaiden valintoja, jotka eivät ole halukkaita tai kykeneviä tekemään päätöksiä itsenäisesti. (Department of Health 2012d). Tämän lisäksi myös terveydenhuollossa on avautunut mahdollisuus hyödyntää henkilökohtaista terveystbudjettia (Forder ym. 2012).

Tänä päivänä (*Konservatiivihallitus 2015-*) keskeisin huomio kohdistuu hallituksen viiden vuoden suunnitelman jatkotyöstöön (Five Year Forward View, NHS England 2014b). Linjaus tunnustaa lupauksen tasapuolisesta mahdollisuudesta laadukkaaseen hoitoon mutta nostaa esiin tarpeen hallita kasvavaa palvelujen kysyntää, terveyseroja, laadun vaihtelua sekä rahoituksen riittävyyttä. Suunnitelma linjaa uudenlaisia palvelutuotannon malleja, joissa korostuvat erityyppiset ratkaisut horisontaaliseen ja vertikaaliseen hoidon integraatioon. Lisäksi nostetaan esiin yli 30 miljardin punnan arvioitu rahoitusvaje vuosiin 2020/2021 mennessä, mitä pyritään hillitsemään muokkaamalla kysyntää, tehokkuutta sekä kokonaisrahoituksen tasoa. Valinnanvapauden kannalta linjaus tunnustaa sitoumuksen lupaukseen valinnanvapauden olemassaolosta, ja nostaa esiin erityisesti puutteet valinnanvapauden systemaattisessa tarjoamisessa asiakkaille.

3.2 VALINNAVAPAUDEN KEHITYMINEN SOSIAALIHUOLLOSSA

Valinnanvapauden kehitys sosiaalihuollossa on poikennut terveydenhuollon vastaavasta kehityksestä, koska alueelliset hallinnot päättävät itse rahoittamistaan palveluista kansallisen lainsäädännön ja lakisääteisten velvoitteiden puitteissa. Sosiaalihuollon palvelut eivät myöskään ole lähtökohtaisesti ilmaisia käyttäjälle. 1980-luvulta lähtien huomiota on kuitenkin kiinnitetty maksumekanismiin, joilla on mahdollistettu yksilöllisempiä ja joustavampia tukipäätöksiä (Glendinning ym. 2008). Samalla on pyritty purkamaan paikallisviranomaisten palvelutuotannon monopoliasetelmaa, koska heidän palvelunsa koettiin usein jäykkänä ja niiden nähtiin luovan riippuvuutta sen sijaan, että ne tukisivat itsenäistä pärjäämistä (Parliament 2010). Kehityssuunta käynnistyi Margaret 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 18-65-vuotiaille (suoramaksut), jotka olivat halukkaita ja kykeneviä tekemään päätöksiä tarvitsemastaan palvelusta. (Glendinning ym. 2008.)

Työväenpuolueen aikana (1997-2010) huomio kiinnittyi viranomaisten ja organisaatioiden väliseen yhteistyöhön sekä asiakkaiden ja omaishoitajien roolin vahvistamiseen (Department of Health 2008b). Tämä näkyi ensin lainsäädännön muutoksina, jotka mahdollistivat budjettien yhdistämisen eri viranomaisten välillä ja palveluiden yhteistuotannon (The Health Act 1999). Jo vuonna 2003 suoramaksujen käyttömahdollisuudesta tuli paikallisviranomaisille lainsäädännöllinen velvoite ja niiden käyttökohteet ovat jatkuvasti laajentuneet. Ajanjakso leimasivat kuitenkin kiistat siitä, mitä sosiaalihuollon palveluita yhteiskunnan tulisi rahoittaa. Ristiriitaisena koettiin, että NHS:n rahoittamalla pitkäaikaishoidon osastoilla päivittäisiin toimintoihin saatu hoito oli ilmaista, ja sosiaalihuollon puolella vastaavasti maksullista. (Parliament 2005.) Siksi nykypäivänä asiakkaan maksamiin kokonaiskustannuksiin kohdistuu edellä kuvattuja enimmäisrajoja.

Suoramaksut kasvattivat suosiotaan nopeasti. Niiden heikkoutena oli kuitenkin 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^A. Yksilöllisten budjettien ideana oli se, että asiakas pystyi käyttämään hänelle varatun rahan joko suoramaksu-periaatteen mukaan ostamalla sillä itse palveluita, tai budjetti voitiin siirtää suoraan palveluntuottajalle, kolmannen osapuolen hallintaan tai näiden yhdistelmällä. (Department of Health 2006a.) Yksilöllisten budjettien arvioinnissa nousivat esiin myönteiset kokemukset sekä kus-

^A*Social Care, community equipment, Access to Work, Independent Living Funds, Disability Facilities, Grants ja Supporting People.*

tannustehokkuus. Toisaalta havaittiin erityisesti iäkkäillä asiakkailla vaikeuksia niiden hyödyntämisessä. (Glendinning ym. 2008.) Jatkokehitystyön kautta budjeteista muodostettiin nykypäivän henkilökohtaiset budjetit (Personal Budgets), ja niiden kokeilut levisivät myös NHS:n puolelle (Forder ym. 2012).

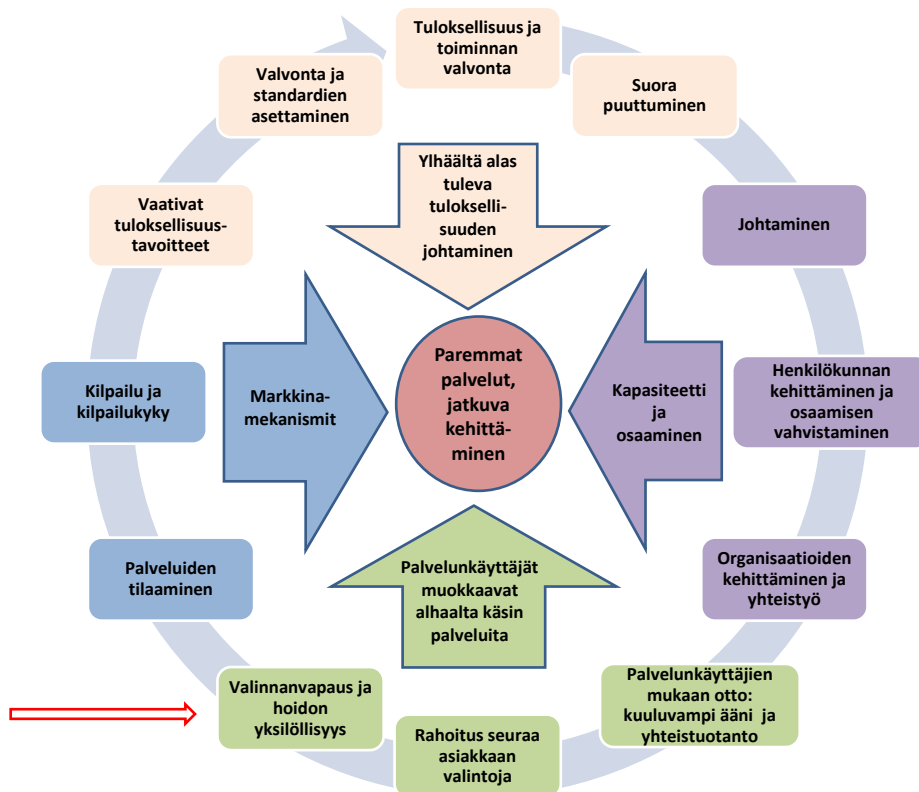
Konservatiivi-liberaalihallituksen aikana (2010-2015) tuki henkilökohtaisille budjeteille jatkui vahvana ja niissä tuettiin ensisijaisesti suoramaksukäytäntöjä (Department of Health 2010a). Lisäksi pyrittiin kehittämään avointa vertailutietoa päätöksenteon tueksi. Henkilökohtaisten budjettien ohella esiin nousi myös ideologinen ajatus yksilöiden ja yhteisöjen tärkeästä roolista järjestelmältä saadun tuen rinnalla (Big Society, suuri yhteiskunta -ajattelu, Department of Health 2010a). Vuonna 2014 voimaan tullut Hoitolaki (Care Act) kokosi yhteen vuosien varrella kertyneen hajanaisen sosiaalihuollon lainsäädännön. Laki turvasi henkilökohtaiset budjetit asiakkaan oikeutena ja määritteli sosiaalihuollon palveluihin oikeutetut sekä rahoitusta koskevat uudistukset, joilla rajattiin sosiaalihuollon palveluiden kokonaismäärään kohdistuvat asiakaskohtaiset omakustannusosuuksien enimmäismäärät.

Tänä päivänä konservatiivihallitus jatkaa henkilökohtaisten budjettien tukemista sekä yhteisöjen, vapaaehtoistyön ja omaishoitajien tärkeän roolin esiin nostamista. Lisäksi hallituksen vuonna 2014 tekemä viiden vuoden linjaus tunnistaa uudenlaisen palveluiden järjestämisimuodon, integroidun henkilökohtaisen järjestämisen (Integrated Personal Commissioning), jossa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus voidaan yhdistää vuotuiseksi budjetiksi, jonka avulla erityisesti monisairaiden hoito voidaan järjestää joustavammin ja he voivat halutessaan toimia järjestämisvastuussa, kuten henkilökohtaisten budjettien osalta jo tapahtuu. (NHS England 2014b.)

3.3 YHTENVETO SYSTEEMIIN KOHDISTUNEEN MUUTOKSEN PÄÄMÄÄRISTÄ

Kuten yllä on kuvattu, valinnanvapaus on muotoutunut Englannissa 2000-luvulla osana laajoja systeemitason uudistuksia ja tänä päivänä se on vakiintunut osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Valinnanvapauteen ei kuitenkaan koskaan yksinään nojattu järjestelmän uudistamistyössä, vaan se asettui osaksi palveluiden laajempaa kehittämistä (Kuva 4).

Kuva 4: Julkisen sektorin uudistamiskokonaisuus ja valinnanvapaus



(Mukailen, Cabinet Office, 2006)

Muutoksen syntyyn vaikutti keskeisesti väestön voimakas vaatimus julkisen terveydenhuollon uudistamiseen, jolla viitattiin erityisesti pitkien hoitajonon purkamiseen ja palveluiden saatavuuden ja laadun suurien alueellisten vaihteluiden vähentämiseen. Työväenpuolue vastasi 2000-luvulla tähän uudistamalla koko palvelujärjestelmää ja investoimalla siihen. Vaikka valinnanvapauden kasvattamista ei suoraan vaadittu, väestökyseilyssä oli noussut esiin, että asiakkaat arvostivat valinnanvapautta.

Erityisesti Tony Blair näki valinnanvapauden ja siihen liittyvän kilpailun julkisen sektorin uudistamisen käyttövoimana. Tämä liittyi sekä kykyyn kasvattaa asiakkaiden ääntä suhteessa palvelujärjestelmään (voice), että mahdollisuutena hankkiutua eroon palveluista jotka eivät kyenneet vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin (exit, Le Grand 2007). Alueellisten toimijoiden näkökulmasta muutoksia vaadittiin toiminnan tuloksellisuuteen, purkamalla käytännöt joissa toiminnan rahoitus on sama tuloksista riippumatta. Palveluntuottajille ei näin jätetty mahdollisuutta olla vastaamatta valinnanvapauden ja siihen liittyvän toiminnan avoimuuden vaatimuksiin. Nykyään tuottajien on esitettävä näkyvässä paikassa valvontaviranomaiselta saatu laatuluokitus (Department of Health 2015c) ja julkaistava vuosittainen laatutilinpäätös, ”Quality Accounts”, joka kokoaa yhteen tietoa potilasturvallisuudesta, toiminnan tuloksellisuudesta ja asiakaspalautteesta (Department of Health 2015a).

Vaikka rakenteelliset ratkaisut ovat vaihdelleet eri hallituspuolueiden aikana, yhteistä muutoksille on ollut 2000-luvulta lähtien vahva tahtotila valinnanvapauden laajentamiseen (Kuva 5). Uudistuksilla on pyritty vaikuttamaan sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta ja osallisuutta sekä tuomalla päätöksenteko lähelle asiakasta. Palveluntuotannon monimuotoisuutta on tuettu pitkäjänteisesti luomalla kilpailuneutraalit olosuhteet yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajille ja kannustamalla julkisia organisaatioita toimimaan tavoitteellisesti, jolloin ne voivat ansaita muita toimijoita autonomisemman aseman ja tiettyjä vapauksia toiminnassaan (Foundation Trust-status). Lisäksi erityisesti järjestämisaamasta sekä ammattihenkilöstön valmiuksia toiminnan jatkuvaan kehittämiseen on vahvistettu.

Kuva 5: Systeemitason reformin päämäärät ja niiden edellyttämät toimenpiteet 2000-luvulla



Valinnanvapauden liittyvät muutokset on mahdollistettu luomalla rahoitusjärjestelmä, jossa raha seuraa asiakkaan valintoja kansallisen maksujärjestelmän mukaisesti, palkitsee parhaita palveluntuottajia ja tukee niiden toiminnan jatkuvaa kehittämistä. Keskeisessä asemassa ovat myös avoin vertailutieto sekä toimintamallit, joilla tuetaan asiakkaan päätöksentekoa. Valinnanvapauden kannalta rahoitusjärjestelmistä merkittävimmät ovat terveydenhuollossa käytössä oleva ”Payment by Result”, joka on nykyisellään muotoutunut kansalliseksi maksujärjestelmäksi (National Tariff). Sosiaalihuollossa merkittäviä ovat suoramaksut osana henkilökohtaisia budjettejä. NHS Choices -internetsivusto mahdollistaa kattavasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajien laadullisen vertailun yli sektorirajojen ja kokoaa keskitetysti muun muassa valvontaviranomaisilta sekä laatutilinpäätöksistä saadun tiedon. Myös johtamisen näkökulmasta muutos on vaatinut osaamisen kasvattamista sekä valvonnan, päätöksenteon ja tuloksellisuuden viitekehysten luomista yhteisten pelisääntöjen varmistamiseksi. Kokonaisuudessaan valinnanvapautta tukevan palvelujärjestelmän rakentaminen on vienyt aikaa, vaatinut kykyä jatkuvasti oppia virheistä sekä edellyttänyt lainsäädännön uudistamista, teknisiä ratkaisuja, yhteisen pelisääntöjen rakentamista ja henkilökunnan asenteisiin vaikuttamista.

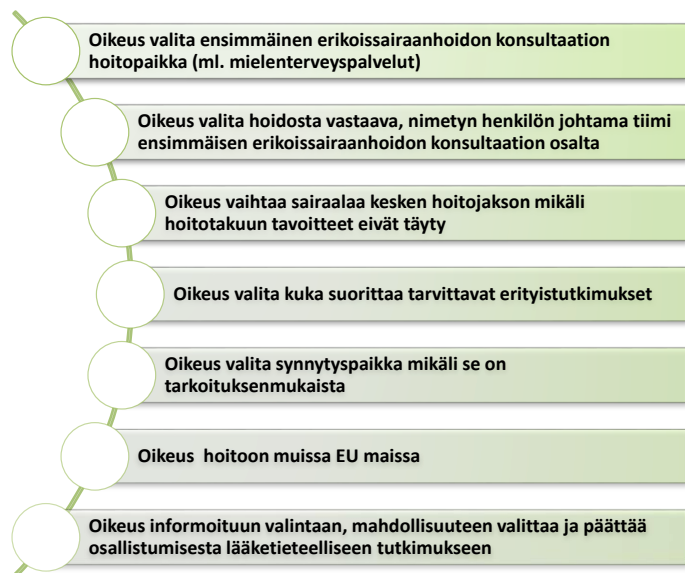
4 VALINTAOIKEUDET NYKYJÄRJESTELMÄSSÄ

Asiakkaiden informoimiseksi ja yhteisten pelisääntöjen varmistamiseksi väestön oikeudet tehdä valintoja on pyritty kuvaamaan tarkasti sekä terveydenhuollossa (Department of Health 2012d, 2015b, NHS England 2014c) että sosiaalihuollossa (Department of Health 2013, NHS England 2014c, Jarrett 2015). Englannin lähestymistavassa korostuu se, että keskeiset valinnanvapauden muodot ovat lakisääteisiä ja koskevat yhtäläillä koko väestöä. Näiden rinnalla, alueellisten olosuhteiden sekä tavoitteiden mukaan alueellisesti on mahdollista laajentaa valinnanvapautteen liittyviä oikeuksia, jotka liittyvät erityisesti perusterveydenhuollossa lääkärin ja hoitajan välittömiä vastaanottopalveluita tukevaan, laajempaan avoterveydenhuollon palvelutuotantoon.

4.1 VALINNANVAPAAUS SAIRAALAHOIDOSSA

Sairaalahoidossa keskeisin lakisääteinen valintaoikeus liittyy edelleen oikeuteen valita ensimmäiseen poliklinikakäyntiin liittyvä hoitopaikka, jonka kautta sairaalan valinta määräytyy (Kuva 6). Tämä pitää nykyisin sisälleen myös mielenterveyspalvelut sekä hoidosta vastaavan nimetyn ammattihenkilön johtaman tiimin valinnan. Lainsäädännöllinen valintaoikeus ei koske esimerkiksi kiireellistä hoitoa, jo aloitettua hoitoa, syöpäepäilyjä, vankeja, armeijan henkilökuntaa, suljetulla osastolla hoidettavia potilaita (high secure) tai paikallisviranomaisien tilaamia tai tuottamia palveluita. Lähettävä lääkäri (GP), silmälääkäri tai hammaslääkäri on lakisääteisessä vastuussa valinnanvapauden tarjoamisesta. (Department of Health 2015b, NHS England 2014c.)

Kuva 6: Valinnanvapauden nykymuodot sairaalahoidossa



Asiakkaalla on lakisääteinen oikeus vaihtaa sairaalaa, mikäli hänelle ei voida tarjota hoitoa hoitotakuun sallimissa rajoissa (18 viikkoa), mikä koskee myös kahden viikon aikarajaa mahdollisille syöpäepäilyille. Asiakas menettää valintaoikeutensa, jos hän esimerkiksi jättää saapumatta valitsemalleen poliklinikakäynnille tai kieltäytyy hoidosta. Asiakkaalla on myös lakisääteinen oikeus valita kuka tekee hänelle tarvittavat erityistutkimukset, jotka on määrätty osana lähettävän lääkärin tutkimusta. Tämän jälkeen oikeus ei enää ole lakisääteinen, mutta alueelliset käytännöt voivat antaa mahdollisuuden lisävalintoihin. Äitiyshuollossa asiakkaalla on oikeus valita synnytyspaikka synnytystä hoitavien sairaaloiden joukosta koko Englannissa, tai valita muu alueellinen kättilöjohtoinen hoitoyksikkö tai kotisyntyys kättilön avustuksella. Nämä valinnat ovat poissuljettuja, jos hoidon tarve on akuutti tai valinta voisi vaarantaa äidin tai lapsen terveyden. (Department of Health 2015b.)

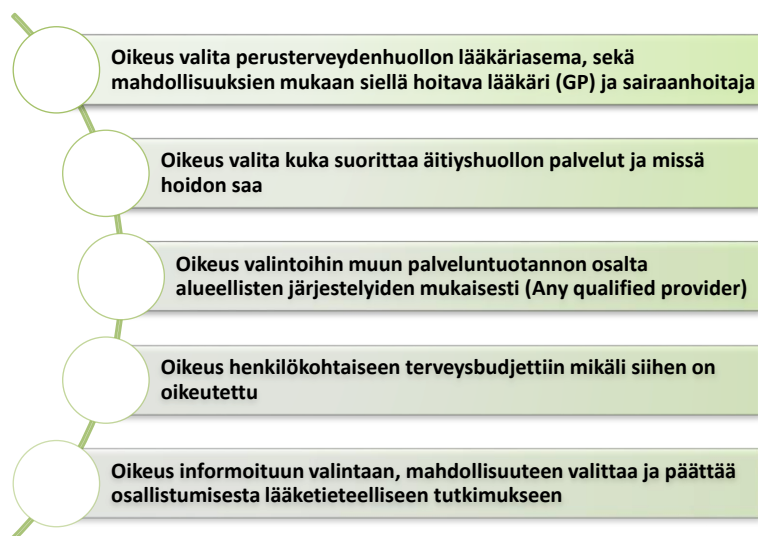
Lisäksi vuoden 2014 alusta asiakkaalla on ollut oikeus NHS:n tarjoamaan hoitoon ETA-alueella NHS:n perustuslain sekä EC:n lainsäädännön mukaisesti niiltä osin, kun hoito vastaa NHS:n palveluvalikoimaa. Hoito korvataan tällöin NHS:n kansallisen maksujärjestelmän mukaisesti. Ilman ennakkosopimusta asiakkaan tulee maksaa hoidon kustannukset ensin itse ja anoa korvausta jälkikäteen. Oikeudet hakea hoitoa NHS:n ulkopuolelta eivät koske elinsiirtoja, sosiaalipuolen pitkäaikaishoitoa tai rokotushoitoja. (Department of Health 2015b.)

4.2 VALINNANVAPAAUS PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Perusterveydenhuollossa asiakkaan lainmukaiset valinnanvapausoikeudet koskevat perusterveydenhuollon lääkäriaseman sekä mahdollisuuksien mukaan siellä hoitavan lääkärin (GP) tai hoitajan valintaa (Kuva 7). Lääkäriasema voi kuitenkin kieltäytyä uusista asiakkaista, jos se on julkisesti ilmoittanut, ettei se sillä hetkellä ota vastaan uusia asiakkaita, asiakas ei asu lääkäriaseman maantieteellisellä alueella tai rekisteröityminen ei olisi asiallista esimerkiksi pitkän välimatkan takia. (Department of Health 2015b.) Pilotoinnin tuloksena (Department of Health 2012c) muodostui käytäntö, jossa alueen ulkopuolisten asiakkaiden mahdollisesta kotikäynnin järjestämisestä vastaa NHS England, jolloin lääkärikeskuksilla ei ole kotikäynnin velvoitetta.

Äitiyshuollossa asiakkaalla on oikeus joko pyytää lääkäriltä lähetettä äitiyshuollon palveluihin tai mennä valitsemaansa palveluun ilman lähetettä. Jälkihoidon voi valita joko kotiin tai avoterveydenhuoltoon (esim. Sure Start Children's Centre, Department of Health 2015b.)

Kuva 7: Valinnanvapauden nykymuodot perusterveydenhuollossa



Muun avo- ja perusterveydenhuollon palveluntuotannon kohdalla valintaoikeudet rinnastuvat "Any qualified – provider" –malliin, jolloin lähetteen saanut asiakas voi valita minkä tahansa alueellisesti hyväksytyn palveluntuottajan, joka täyttää NHS:n asettamat kriteerit. Valintaoikeuksien laajuudet vaihtelevat alueen toimintamahdollisuuksien ja painopisteiden mukaan ja siksi nämä oikeudet eivät ole lakisääteisiä. Alueellisten palvelusopimusten puitteissa asiakkaalla voi olla oikeus valita esimerkiksi fysioterapiaan, kuulohuoltoon tai jalkahoitoon liittyvä palveluntarjoaja. Alueen päätöksen mukaan valintaoikeudet voivat kuitenkin rajoittua alueen sisäisiin palveluntuottajiin (Department of Health 2015b.)

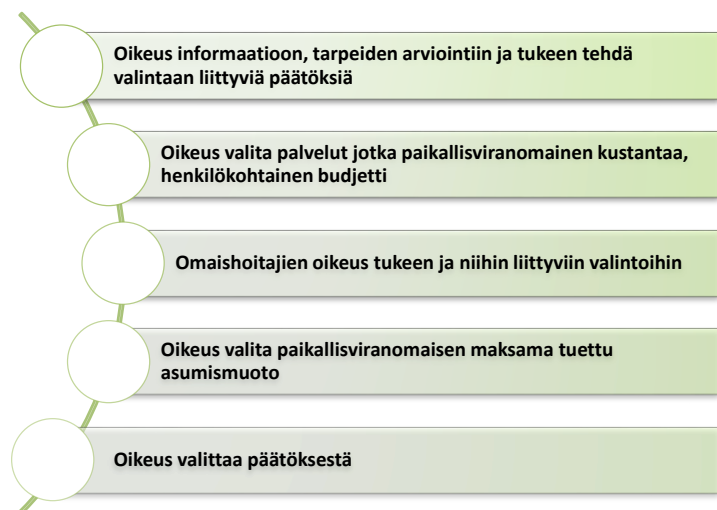
Vuodesta 2014 lähtien myös terveydenhuollossa on ollut mahdollista hyödyntää henkilökohtaisia terveysbudjetteja. Tämä koskee henkilöitä, joilla on jatkuvia hoidon tarpeita (Powell 2014). He voivat budjetin avulla hankkia esimerkiksi terapiapalveluita, henkilökohtaista tukea tai apuvälineitä. Oikeus ei koske akuuttia hoitoa eikä perusterveydenhuollon lääkärikäyntejä ja siitä voi kieltäytyä (Department of Health 2015b.). Terveysbudjetin tarkoituksena on edesauttaa erityisesti pitkäaikaissairaita ja vammaisia lisäämään vastuunottoa ja osallisuutta hoidostaan sekä lisätä valinnoilla palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja kustannustehokkuutta (Barnett ym. 2008). Erityistä huomiota on kiinnitetty mahdollisuuteen yhdistää erityyppisiä budjetteja, kykyyn hallita niitä asiakkaalle sopivimmalla tavalla sekä tuen kokoamamiseen NHS Choices sivuston lisäksi Peoplehub -sivustolle.

Valinnanvapauden katsotaan myös liittyvän oikeuden osallistua tai olla osallistumatta lääketieteelliseen tutkimukseen, kuten kliinisiin lääkekokeiluihin. Osallistumisesta vastaa hoitoa antava kliininen ammattihenkilö ja tietoa on saatavilla NHS Choices -sivustolta. Asiakkaalle tarjotaan myös tietoa ja tukea terveyttä ja hyvinvointia tukeviin elämäntapavalintoihin. Esimerkiksi NHS Choices -sivusto tarjoaa paljon tietoa eri teema-alueista sekä erityyppisiä interaktiivisia työkaluja. Hoitomuotoihin kohdistuvat valintaoikeudet ovat tapauskohtaisia ja näiden kohdalla korostuu jaettava päätöksentekoa tukevien työvälineiden kehittäminen. Tällaisia ovat esimerkiksi asiakkaan ja ammattilaisen välistä keskustelua tukevat kysymyslistat ja digitaaliset päätöksenteon apuvälineet. (Department of Health 2012d.)

4.3 VALINNANVAPAAUS SOSIAALIHUOLLOSSA

Sosiaalihuollon valinnanvapaudessa korostuu asiakkaan oikeus saada tietoa tarjolla olevista tukimuodoista sekä oikeudesta palvelutarpeiden arviointiin (Kuva 8). Vuoden 2014 lainsäädäntömuutokset (Care Act) vahvistivat oikeudet myös omaishoitajille. Tarpeiden arvioinnissa asiakkaalla on oikeus tulla kuulluksi, jolloin paikallisviranomaisen täytyy pyrkiä huomioimaan asiakkaan taloudellisen tilanteen lisäksi hänen muut toivomuksensa. (Department of Health 2013.) Tiedon tarjonnasta ja tarpeiden arvioinnista vastaa paikallisviranomainen. Tietoa on NHS Choices -sivuston lisäksi tarjolla ”Health & Social Care Information Center” -sivustolla tai lukuisien järjestöjen sivuilla, kuten ”carehome.co.uk”, ”Age UK” sekä ”Carers UK”. Myös puhelinpalvelulinjat, kuten ”Carers Direct Helpline” ja ”The Money Advice Service” tukevat erilaisissa ongelmatilanteissa.

Kuva 8: Valinnanvapaus nykypäivänä sosiaalihuollossa



Jos asiakas on oikeutettu paikallisviranomaisen tarjoamaan taloudelliseen tukeen, sen suuruus riippuu asiakkaan taloudellisesta tilanteesta. Tuki perustuu hoito- ja tukisuunnitelmaan (”care and support plan”). Asiakkaan saaman tuen tulee vastata paikallisviranomaisen tuottaman palvelun hintaa. Paikallisviranomaisen tulee kuitenkin huomioida suoramaksuissa esimerkiksi lakisääteiset velvollisuudet liittyen työntekijän palkkaamiseen. Maksumekanismeista keskeisin on henkilökohtainen budjetti, jossa kannustetaan suoramaksukäytäntöihin. Rahan voi kuitenkin jättää myös paikallisviranomaisen hallintaan, antaa se kolmannen osapuolen kuten omaishoitajan hallintaan tai näiden yhdistelmään. Budjettien käyttöön liittyy kuitenkin joitakin rajoitteita. Esimerkiksi niitä ei voi yleensä käyttää pitkäaikaiseen laitoshoitoon ja lähisukulaisen palkkaamiseen liittyy rajoitteita. (Department of Health 2010a, 2013, Jarrett 2015.) Seurantatilastot ovat osoittaneet, että vanhempi väestö valitsee useimmiten paikallisviranomaisen hallitseman budjetin suoramaksun sijaan (esim. Community Care 2012). Siksi erilaista tukea ja hyviin käytäntöihin perustuvia oppaita on kehitetty erityisesti vanhuusväestölle sekä mielenterveysasiakkaille.

Vuonna 2014 hyväksytty hoitolaki toi mukanaan uuden käsitteen ”Independent personal budget”. Tämä on suunnattu niille henkilöille, jotka esimerkiksi varallisuutensa vuoksi eivät saa paikallisviranomaisen maksamaa tukea, mutta joiden tarpeet nähdään oikeutettuina tukeen. Budjetissa linjataan, mitä tuki tulisi asiakkaalle maksamaan jos paikallisviranomainen kustantaisi sen. Budjettiin oikeutetut voivat saada paikallishallinnon rahoituksen sen jälkeen, kun ovat itse maksaneet kokonaiskustannuksiin kohdistuneen omavastuuosuuden maksimimäärän. Tähän liittyy termi ”care accounts”, joka tarkoittaa kirjanpitoa kertyneistä kustannuksista suhteessa maksimirajaan. Lisäksi vuonna 2014 on aloitettu kokeilu liittyen integroituun henkilökohtaiseen palveluiden järjestämiseen (Integrated personal Commissioning), jonka kautta tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden integraatiota erityisesti niiden henkilöiden osalta, joilla on paljon sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeita (NHS England 2014b).

Lisäksi hoivalaki (2014) antoi kriteerit täyttävälle asiakkaalle oikeuden pyytää tietyn tyyppistä asumispalvelua, joka paikallisviranomaisen tulee järjestää. Asiakas voi kuitenkin joutua maksamaan erotuksen, jos hän valitsee paikallisviranomaisen määrittämää hintatasoa kalliimman palveluntuottajan. Lisäksi valintaoikeuteen liittyy ehtoja, kuten se, että palveluntuottajan tulee hyväksyä yleiset sopimusehdot.

5 VALINNANVAPAUDEN YLEISET PERIAATTEET

Englannin valinnanvapauskäytäntöihin liittyy yleisiä periaatteita, kuten kansalaisten yhtäläiset mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapautta, kilpailuneutraliteetti, palveluntuottajien hyväksymismenettelyt, valvonta ja palveluntuottajille maksetut korvaukset.

5.1 KANSALAISTEN YHTÄLÄISET MAHDOLLISUUDET HYÖDYNTÄÄ VALINNANVAPAUTTA

Englannin valinnanvapauden kehityksessä korostuu tavoite siitä, että kaikilla kansalaisilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet hyödyntää valinnanvapautta liittyviä oikeuksia. Valinnanvapausoikeuksia on myös laajennettu järjestelmätason edellytysten kasvaessa. Asiakkaille valinnanvapauden toteutuminen edellyttää, että he ovat tietoisia valinnanvapautta liittyvistä oikeuksistaan, heille on olemassa riittävästi valinnanvaihtoehtoja, he saavat tarvitsemaansa tietoa ja tukea päätöksentekoon ja valinnat toteutuvat myös käytännössä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työssä monet valinnanvapautta liittyvät oikeudet näkyvät lainsäädännöllisinä velvoitteina, jolloin oikeutta valintoihin tulee tarjota aktiivisesti eikä vain, jos niitä osataan vaatia. Asiakkaalle valintojen tekeminen on vapaaehtoista, ja esimerkiksi sosiaalihuollossa asiakkaan kieltäytyessä henkilökohtaisesta budjetista, paikallisviranomaiselle jää palvelun järjestämismvastuu. Valinnanvapautta liittyvät myös valitusoikeus, mikäli asiakas kokee, ettei hänelle ole tarjottu valinnanvapautta tai ammattilaisten kanssa käydyt keskustelut eivät ole johtaneet toivottuun tulokseen (Department of Health 2013 ja 2015b).

Terveydenhuollossa palvelut ovat ilmaisia käyttäjille, myös heidän valitessaan muun kuin julkisen palveluntuottajan. Tällä on estetty se, ettei yksityinen toimija voi kohdistaa asiakkaalle ylimääräisiä maksuja ja että koko väestöllä on lähtökohtaisesti mahdollisuus hyödyntää valinnanvapautta liittyviä oikeuksia. Matkakustannuksiin pienituloiset voivat hakea korvausta lähetteen kautta tapahtuviin erikoissairaanhoidon sairaala- ja poliklinikkakäynteihin. Rajat ylittävässä terveydenhuollossa ilman ennakkolupaa tapahtuvassa hoidossa kustannukset korvataan lähimmälle lentokentälle tai satamaan, josta matkanteko ulkomaille alkaa. (Department of Health 2010b.)

Sosiaalihuollossa eri paikallisviranomaiset painottavat toimintaansa eri tavoin ja siksi myös valinnanvapautta liittyvät käytännöt vaihtelevat. Erityisesti lakisääteisen toiminnan ulkopuolella olevien palvelujen asiakasmaksujen suuruudet vaihtelevat. Koska oikeus henkilökohtaiseen budjettiin on lakisääteinen, tulee kaikkien paikallisviranomaisien lähtökohtaisesti tarjota sitä asiakkaalle. Lisäksi lainsäädännön muutoksilla on pyritty turvaamaan yhtenäisemmät palveluun oikeuttavat kriteerit koko maassa, ja palvelut pyrkivät ennaltaehkäisemään kriisitilanteiden syntymistä ja tukemaan itsenäistä pärjäämistä (Department of Health 2012b).

Valinnanvapautta liittyvä lisäksi hyvin keskeisesti asiakkaan lainsäädännöllinen oikeus tuettuun päätöksentekoon (Department of Health 2012d-h). Tukea valintoihin saa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilta ja erityisesti NHS Choices -sivustolta, jolle on koottu tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajista, ja sen kautta pystyy vertailemaan tuottajia helposti tulkittavien laadullisten ja toiminnallisten indikaattoreiden avulla. Sivuston kehittämistyötä tukee kansallinen avoimen tiedon strategia (Department of Health 2012a). Erikoissairaanhoidossa hoitoajankohdan voi varata itse NHS e-Referral Service -järjestelmän avulla (aiemmin Choose & Book -järjestelmä). Erityisesti viime vuosien aikana huomiota on kiinnitetty myös asiakkaan ja ammattihenkilökunnan väliseen vuorovaikutussuhteeseen kehittämällä jaetun päätöksenteon käytäntöjä ja niihin liittyviä digitaalisia päätöksenteon apuvälineitä. Lisäksi kansallisesti on otettu käyttöön 111-puhelinpalvelu, joka tarjoaa apua ja neuvontaa silloin, kun kyse ei ole akuutista hätätilanteesta. (Department of Health 2015a.)

5.2 VALINNANVAPAUSMARKKINAT JA KILPAILUNEUTRALITEETTI

Terveydenhuollossa tuottajien välinen kilpailu voi liittyä joko asiakkaan valinnanvapautta tai palvelusopimuksista kilpailuun. Palvelujen järjestäjä voi palvelusopimusten kilpailutuksessa hyväksyä yhden tai useamman palveluntuottajan tuottamaan tiettyä palvelua alueen väestölle. Asiakkaan näkökulmasta valinnanvapaus voi näin joko puuttua tai olla pienimuotoista, ja siksi nykyisin pyritään hyväksymään useampia palveluntuottajia myös näissä tilanteissa. EC:n lainsäädännön lisäksi^B ne säännöt, jotka toimivat viitekehyksenä kilpailulle ovat määritettyinä NHS tuottajalisenssissä (Monitor 2013a), kilpailulainsäädännössä (The Competition Act

^B Treaty of the Functioning of the European Union, TFEU

1998 ja Monitor 2013c) sekä sosiaali- ja terveydenhuoltolakia täsmentävässä asetuksessa palveluiden tilaamisesta, valinnanvapaudesta ja kilpailusta (Procurement, Patient Choice and Competition Regulations 2013 ja Monitor 2013b ja e). Oman tuotannon lisäksi kilpailulainsäädäntö koskee kaikkia NHS:n käyttämiä palveluita.

Englannissa sosiaali- ja terveydenhuollon markkinat ovat valinnanvapauden laajentuessa avautuneet myös yksityisille ja kolmannen sektorin toimijoille. Tämä on edellyttänyt kilpailuneutraliteetin ja muiden yhteisten pelisääntöjen kehittämistä sekä niiden toteutumisen seuranta. Vaikka valinnanvapauden edellytykset nykypäivän järjestelmässä ovat hyvät, yhteisten pelisääntöjen varmistaminen vaatii jatkuvaa kehittämistyötä (esim. Monitor 2013b-f, 2014a, 2015a). Viimeaikoina esille ovat nousseet erityisesti terveydenhuollossa vaikeat kysymykset siitä, milloin tulisi hyödyntää palvelusopimuksiin liittyvää kilpailua, milloin valinnanvapautta ja kuinka kilpailu- ja valinnanvapauslainsäädäntöä voidaan soveltaa horisontaalisen ja vertikaalisen integraation edellyttämässä yhteistyössä. Englannissa tilannekohtaisten ratkaisujen tulee olla asiakkaan edun mukaisia ja näin ollen asiakkaan edun nimissä myös kilpailun vastainen toiminta on sallittua (Monitor 2013b). Englannissa NHS:n rahoittamia palveluita koskevat yhteiset markkinointiohjeistukset (Department of Health 2008a).

5.3 PALVELUNTUOTTAJIEN HYVÄKSYMISMENETTELYT JA VALVONTA

Kaikkia NHS:n rahoittamia palveluntuottajia yli sektorirajojen koskee yhtenäinen hyväksymismenettely (Health and Social Care Act 2012). Palveluntuottajien laatu- ja potilasturvallisuuden rekisteröinnistä vastaa valvontaviranomainen Care Quality Commission (CQC). Rekisteröityminen on myös Monitor-valvontaviranomaisen lisenssivaatimusten edellytys. Monitorin toiminnalliset lisenssivaatimukset edellyttävät mm. organisaation johdon sekä johtokunnan tai hallituksen pätevyyttä sekä vaatimusten täyttymistä suhteessa valinnanvapauteen, kilpailuun, hinnoitteluun ja integraatioon. Itse lisenssiä ei kuitenkaan vaadita kaikkein pienimmiltä palveluntuottajilta, mutta heiltä vaaditaan kuitenkin lisenssin vaatimusten mukaista käyttäytymistä. Monitorin vastuulla on myös toiminnan jatkuvuus, jos tuottaja ajautuu toiminnallisiin vaikeuksiin. (Monitor 2013a ja b.)

Palveluntuottajien lisenssivaatimukset edellyttävät, että organisaatio tukee ensisijaisesti asiakkaan valinnanvapautta, kun se on asiakkaan etujen mukaista (Monitor 2013b). Monitorin tehtävänä on valvoa, että kilpailu ja valinnanvapaus toimivat asiakkaan etujen mukaisesti, ja se puuttuu tarvittaessa kilpailunvastaiseen toimintaan yhdessä kilpailuviranomaisen kanssa (Competition and Markets Authority CMA, Enterprise Act 2002). NHS England ja Monitor ovatkin ottaneet aktiivisen roolin markkinoihin liittyvän, yhteisiä pelisääntöjä selkeyttävän ohjeistuksen tuottamisessa (esim. Monitor 2013b-f, 2014, 2015). CQC puolestaan vastaa yli sektorirajojen terveydenhuollon ja aikuisten sosiaalihuollon laadun ja potilasturvallisuuden valvonnasta niin, että valinnat voivat kohdistua vain asiakkaalle turvallisiin palveluntuottajiin (CQC 2015). Valvontaviranomaisilla on myös merkittävä rooli kehittää avointa vertailutietoa, joka on saatavilla NHS Choices -sivustolta. Tämän lisäksi palvelujen saatavuutta varmistetaan terveydenhuollossa hoitotakuutavoitteilla, joiden kautta asiakas voi saada uuden valintaoikeuden myöhemmin hoidon edetessä, jos valittu palveluntuottaja ei kykene saavuttamaan asetettuja määräaikoja. (Department of Health 2015b.)

5.4 PALVELUNTUOTTAJILLE MAKSETTAVAT KORVAUKSET

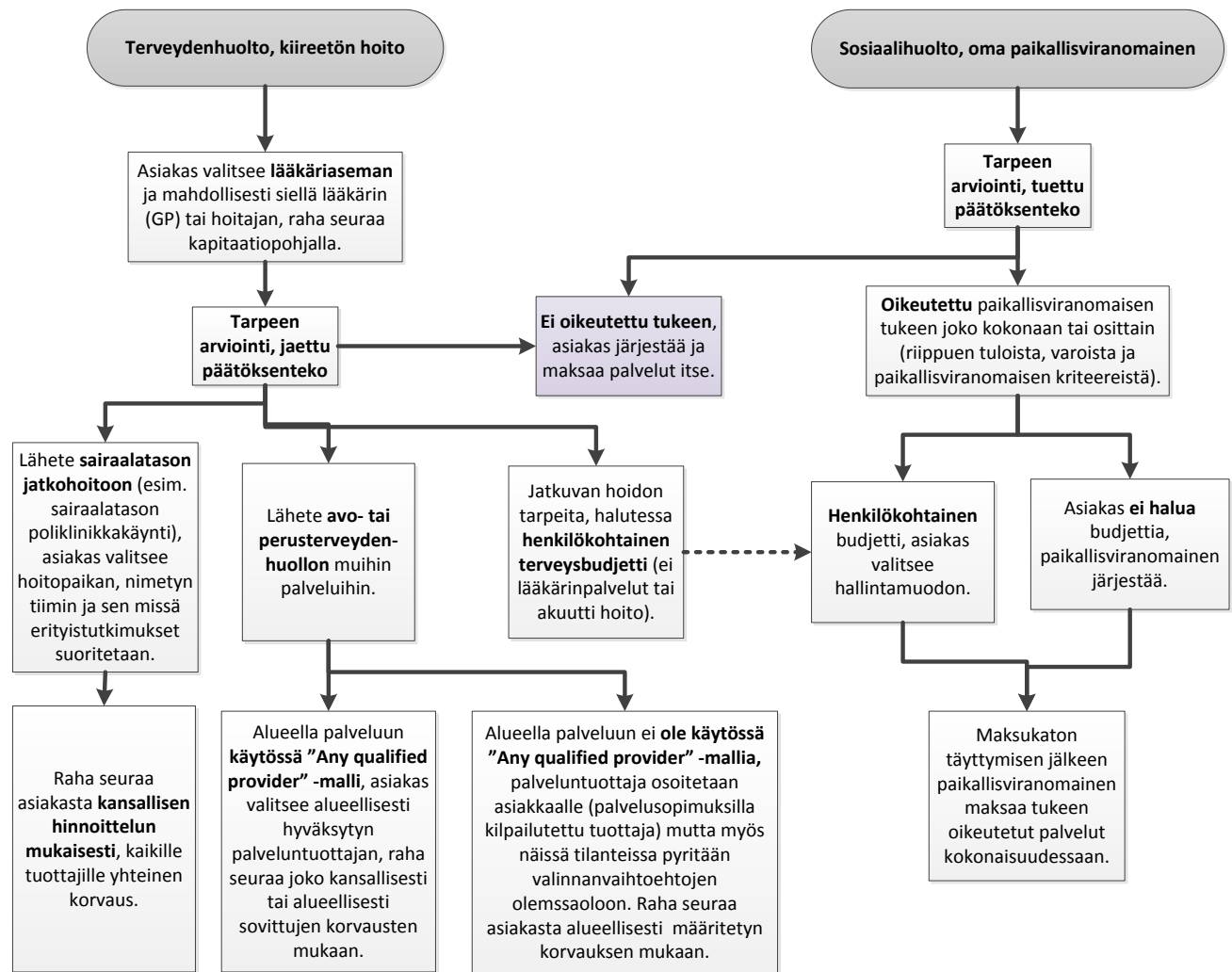
1990-luvun kokemukset ovat vaikuttaneet siihen, että nykyisin terveydenhuollon tuottajille valinnanvapauden yhteydessä maksettu korvaus on vakioitu ja kilpailu tapahtuu laadullisin perustein. Korvausmenettelyjen hallinta siirtyi terveysministeriöltä Monitorille ja NHS Englannille vuoden 2012 sosiaali- ja terveydenhuoltolain uudistuksessa, jossa myös ensi kertaa määriteltiin hinnoittelu. Sen mukaan NHS England päättää, mitä palveluja kansallinen maksujärjestelmä koskee, ja tämän jälkeen Monitor asettaa vuosittain korvaustasojen suuruuden. Maksujärjestelmän sisällä olevat maksuluokat on pyritty rakentamaan hoitajaksoittain, jotta ei synny kannustetta tarjota turhia käyntejä tai hoitotoimenpiteitä. (Monitor ja NHS England 2014, Monitor 2014a.)

Alun perin kansalliseen hinnoitteluun nojaavia maksuluokkia, joiden kautta rahoitus ohjautuu tuottajille, lähdettiin kehittämään vuoden 2002 sairaalan valintaa koskevien pilotointien yhteydessä. Tällöin ne kulkivat raha seuraa tulosta -mallin nimellä. Mallin kipupisteet liittyivät erityisesti sen joustamattomuuteen, joka vaikeutti yhteisten maksuluokkien käyttöä esimerkiksi integroidun hoidon tai palveluinnovaatioiden yhteydessä. Siksi rahoitusta on uudistettu maltillisesti lisäämällä alueellista joustavuutta. Vuodesta 2014/15 käytössä onkin ollut uusi kansallinen maksujärjestelmä (National Tariff Payment System), jonka arvioidaan kattavan noin 64 % NHS:n rahoituksesta. Tästä 43 % suuntautuu kansallisesti hinnoiteltuihin palveluihin, kuten sairaalahoitoon ja

57 % alueellisesti hinnoiteltuihin palveluihin, kuten ambulanssipalveluihin, mielenterveyspalveluihin ja perusterveydenhuollon oheispalveluihin. (Monitor & NHS England 2014, Monitor 2014a.)

Kansallisen maksujärjestelmäsystemin yhteyteen on linjattu ne periaatteet, joiden kautta 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 palveluntuotto kansallisilla hinnoilla ei ole kannattavaa. Ääritapauksissa niistä päättää Monitor. Olennaista on myös se, että vaikka alueellisella hinnoittelulla pyritään joustavuuteen, on hinnoittelu rakennettu mahdollisimman pitkälti yhtäläiseksi kansallisten hintojen kanssa. Tulevaisuudessa tavoitteena on USA:n tavoin kohdentaa korvaukset koskemaan koko hoitopolkua (bundled payment). Lisäksi tänä päivänä käytäntöjä kokeillaan hyviin käytäntöihin pohjautuvien kansallisten maksuluokkien osalta (Best Practice Tariffs) sen sijaan, että hinnoittelussa tarkasteltaisiin tuottajien keskekustannuksia. (Monitor & NHS England 2014.) Kuva 9 kiteyttää yllä kuvatut valinnanvapauteen liittyvät keskeiset periaatteet yleisimpien valinnanvapausmuotojen osalta.

Kuva 9: Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset valintaoikeudet ja niihin liittyvät periaatteet



6 VALINNANVAPAUDEN VAIKUTUKSET

Valinnanvapauden muotoutumista ovat tukeneet erilaisiin toimintamalleihin liittyvät kokeilut, seuranta- ja arviointitutkimukset (esim. Dixon ym. 2010, Boyle 2013, Department of Health 2010c). Myös väestö ja ammattilaiset ovat osoittaneet tukensa valinnanvapaudelle erilaisissa kyselyissä (esim. Department of Health 2012d ja e). Koska valinnanvapaus on muodostunut osana laajaa systeemitason uudistusta, sen suoria vaikutuksia on hyvin vaikea erottaa muista järjestelmään kohdistuneista uudistuksista ja niiden vaikutuksista, kuten rahoitusjärjestelmän uudistuksista sekä hoitotakuutavoitteista. Valinnanvapauden vaikutusten tarkastelua hankaloittavat myös vaikeudet kontrolloida sosioekonomisia muuttujia sekä määrittää hoidon laatua. Tästä johtuen tutkimuksiin liittyy usein menetelmällisiä haasteita. (Dixon & Robertson 2011.)

Tutkimustuloksia tarkasteltaessa on myös tärkeää ymmärtää valinnanvapausjärjestelmän tavoitteet. Englannissa terveydenhuollossa tavoiteltiin aluksi hoitoyksiköiden kapasiteetin tehokkaampaa käyttöä ja jonotusaikojen lyhentämistä kiireettömässä sairaalahoidossa. Järjestelmätason toimintaedellytysten kasvaessa valinnanvapautta on lisätty vaiheittain ja tavoitteet ovat kohdentuneet myös hoidon laadun, tehokkuuden, tasa-arvoisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tuottajien reagointikyvyn lisääntymiseen. Kokonaisarvioinneissa (esim. Gregory ym. 2012, Dixon & Mays 2011) on kuitenkin havaittu, että valinnanvapauden suorat vaikutukset ovat toistaiseksi olleet vielä pieniä. Näyttää kuitenkin siltä, että valinnanvapauden yhdistetyt kielteiset uskomukset liittyen esimerkiksi eriarvoisuuden lisääntymiseen eivät ole toteutuneet. Sosiaalihuollossa erilaisten maksujärjestelmien kautta on pyritty onnistuneesti purkamaan paikallisviranomaisien palvelutuotannon monopoliasemaa. Markkinoiden kehittymistä ja toimintaa ei kuitenkaan ole ohjattu yhtä systemaattisesti kuin terveydenhuollossa. Paikallisviranomaisille on kuitenkin tarjolla yhä enemmän tukea markkinoiden kehittämiseen (esim. Institute for Public Care).

6.1 VALINNANVAPAUDEN VAIKUTUKSET VÄESTÖN NÄKÖKULMASTA

Englannissa kansalaiset ovat arvostaneet valinnan mahdollisuutta, mikä on ollut tärkeä tekijä turvaamaan valinnanvapauden asemaa toimintapolitiikatason muutoksissa. Laajat väestölle ja potilaille tehdyt tutkimukset osoittavat systemaattisesti, että asiakkaat pitävät valinnanvapautta tärkeänä (esim. Mori 2005, Coultier ym. 2005, Dixon ym. 2010, Ipsos Mori 2012). Myös tietoisuus valinnanvapauden liittyvistä oikeuksista on kasvanut. Esimerkiksi tietoisuus oikeudesta valita sairaala kasvoi tasaisesti vuodesta 2006 vuoteen 2010 (29 % vs. 54 %) (Department of Health 2010c). Viimeisimmässä tutkimuksessa kuitenkin vain 47 % potilaista tiesi oikeudestaan valita sairaala ennen kuin kuulivat siitä lääkäriltään (NHS England & Monitor 2015), ja kasvu näyttää pysähtyneen noin 50 % kohdalle. Siksi tietoisuuden kasvattaminen on yksi nykypäivän keskeisimmistä valinnanvapauden liittyvistä terveystavoitteista (NHS England 2014b).

Oletukset siitä, että rikkaat, nuoret, koulutetut tai kaupungissa asuvat hyötyisivät enemmän valinnanvapaudesta, ovat osoittautuneet pitkälti vääriksi. Tutkimuksissa on havaittu, että maaseudulla asuvat, palkkatyön ulkopuolella olevat, kuten kotiäidit sekä iäkkäämmät, ovat olleet muita tietoisempia oikeuksistaan (esim. NHS England & Monitor 2015, Dixon ym. 2010^c), ja vanhemmat vastaajat, valtaväestöstä poikkeavan etnisen taustan omaavat ja kouluttamattomat ovat erityisesti arvostaneet oikeuttaan valita. Merkittävää on myös, että osa asiakkaista arvostaa oikeutta valintaan enemmän kuin itse valintaa, eivätkä halua luopua näistä oikeuksistaan (Barnett ym. 2008).

Asiakkaiden valinnat ovat käytännössä toteutuneet hyvin, ja suuri osa on päässyt haluamaansa hoitopaikkaan (NHS England & Monitor 2015). Tutkimuksissa näkyy kuitenkin se, että ne asiakkaat joille valinnanvapautta ei ole tarjottu, kokevat huomattavasti harvemmin päässeensä haluamaansa hoitopaikkaan. (esim. NHS England & Monitor 2015, Dixon ym. 2010.) Lisäksi on havaittu, että valinnanvapaudesta tietoisemmille asiakkaille on käytännössä tarjottu valintamahdollisuuksia huomattavasti muita useammin (esim. Department of Health 2010c, Dixon & Robinson 2009). Myös siksi tietoisuuden kasvattaminen valinnanvapaudesta on tärkeää.

^c Tässä tutkimuksessa lisäksi tietoisempia olivat miehet sekä koulutetumpi väestö.

Tässä yhteydessä esiin nousevat erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreiden osittain kielteiset asenteet, jotka ovat merkittäviä, koska kyseiset lääkärit toimivat hoitovalintojen tarjoamisen osalta keskeisessä roolissa. Tutkimuksissa on esimerkiksi huomattu, että lääkärit periaatteessa tukevat ajatusta valinnanvapauden kasvatamisesta, mutta he eivät usko asiakkaiden arvostavan tai toivovan lisää valinnanvapautta. Lääkärit ovat myös tarjonneet valinnanvapautta helpommin rutiininomaisiin toimenpiteisiin. (esim. Dixon ym. 2010.) Syynä haluttomuuteen tukea asiakkaiden valintoja voi kuitenkin myös olla osaamisen puute tai lyhyet vastaanottoajat (Ellins & McIver 2009). Valinnanvapauden tarjoamista ei ole pystytty yhdistämään sosioekonomisiin tekijöihin, mutta näyttöä on siitä, että maaseudulla asuville oli tarjottu enemmän valinnanvapautta kuin kaupungissa asuville (NHS England & Monitor 2014b, Dixon ym. 2010).

Merkittävältä vaikuttaa myös tapa, jolla valinnanvapaudesta keskustellaan, ja siksi huomio on kiinnittynyt voimakkaasti jaetun päätöksenteon tukemiseen koko asiakastyötä ohjaavana periaatteena (Department of Health 2012d). Erään tutkimuksen mukaan lääkärit ilmoittivat tarjonneensa valinnanvapautta kaikille siihen oikeutetuille. Kuitenkin vain 49 % asiakkaista muisti jälkikäteen kysyttäessä, että heille oli sitä tarjottu. (Dixon ym. 2010.) Laadullisissa tutkimuksissa on noussut esiin, että valinnanvapaus voidaan kokea nimellisenä, jos vaihtoehtojen tueksi ei ole riittävästi vertailutietoa ja jos lääkäri ei ole halukas keskustelemaan vaihtoehtoista (Barnett ym. 2008). Näyttöä on myös siitä, että valinnanvapauden tarjoaminen ja siitä keskusteleminen edesauttaa valintojen tekemistä ja lisää asiakastytyväisyyttä (esim. Department of Health 2010c, Dixon & Mays 2011). Esimerkiksi aktiivisen sairaalavalinnan tehneet asiakkaat ovat olleet tyytyväisempiä sairaalakokemuksensa (esim. LeMaistre ym. 2003) ja jonotusaikoihin (Department of Health 2010c). Vaikka suurimmalle osalle asiakkaista valinnanvapautta tarjoaa lääkäri, on asiakas voinut saada tietoa valinnanvapaudesta myös muualta terveydenhuollosta, kuten puhelinneuvonnan kautta tai kirjeitse (Dixon ym. 2010). Alkuvaiheen pilotointien yhteydessä tukea valintoihin oli saatavilla myös sitoutumattomilta ja usein hoitohenkilökuntataustaisilta potilasohjaajilta (Patient Care Adviser). Vaikka asiakkaat olivat erittäin tyytyväisiä heiltä saatuuun tukeen (Coulter ym. 2005), tätä mallia ei vielä ole otettu kansallisesti käytäntöön.

Vertailutiedon tuottamisessa Englanti on kansainvälisesti korkealla tasolla. Huomiota on kiinnitetty erityisesti kykyyn ymmärtää asiakkaiden tapoja tehdä päätöksiä ja muokata tieto helposti omaksuttavaan muotoon. Asiakkaan apuna valintojen tekemisessä ovat esimerkiksi CQC:n hoitoyksiköiden laadusta kertovat tähtiluokitukset, evästeet ja erityyppiset suodattimet, jotka auttavat kaventamaan mahdollisten vaihtoehtojen ja niihin liittyvän tiedon määrää. On myös huomattu, että asiakkailla on harvoin vakiintuneita mielipiteitä siitä, mitkä tekijät ovat heille tärkeitä, mikä luo mahdollisuuden vahvistaa esimerkiksi laadun ja potilasturvallisuuden tärkeyttä valintoja tehtäessä. Lisäksi on huomattu olevan merkitystä, missä järjestyksessä tieto esitetään. Osa asiakkaista saattaa kuitenkin ahdistua huomattessaan, että sairaaloiden välillä on laadunvaihtelua, ja siksi on pidetty tärkeänä painottaa, että kaikki tuottajat täyttävät heiltä edellytetyt vähimmäisvaatimukset. (Boyce ym. 2010.) Englannissa suurin osa asiakkaista onkin ollut tyytyväisiä saamaansa tiedon määrään (esim. NHS England & Monitor 2015, Department of Health 2010c, Dixon ym. 2010) eivätkä ole kokeneet tietomäärää ahdistavana. Vuonna 2010 NHS Choices -sivustolla oli yli 80 000 sivua informaatiota ja vuotuinen kävijämäärä oli yli 100 miljoonaa (Boyce ym. 2010). Tästä huolimatta sekä asiakkaat että ammattilaiset käyttävät vertailutietoa vielä vähän päätöksenteon tukena, ja moni asiakas luottaa päätöksissä enemmän lääkärin mielipiteeseen sekä omaan tai läheisensä kokemukseen (NHS England & Monitor 2015).

Valinnanvapauden lisääntymisen myötä asiakastytyväisyys NHS:ä kohtaan nousi jatkuvasti vuodesta 2002 (39 %), saavuttaen huippulukeman vuonna 2009 (65 %) (Appleby & Robertson 2010). Huolimatta mittavista säästötoimenpiteistä väestö on yhä tänä päivänä osoittanut vahvan tukensa NHS:n palveluille ja vuonna 2014 tyytyväisyys säilytti 65 % tason. Tyytyväisimpiä asiakkaat olivat perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin (71 %) sekä poliklinikkapalveluihin (69 %). (King's Fund 2015.) Sosiaalihuollon osalta tulokset ovat vaihtelevampia. Esimerkiksi samassa kyselyssä vuonna 2014 vain 30 % oli tyytyväisiä saamiinsa sosiaalihuollon palveluihin. Aikuisten sosiaalihuollon kyselyn kautta saadut vastaukset kuitenkin osoittivat, että suurin osa (65 %) vastaajista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin. Yli puolet vastaajista myös koki oman päätösvaltansa riittäväksi. (Health and Social Care Information Centre 2014.)

6.2 VALINNANVAPAUDEN VAIKUTUKSET TUOTTAJIEN TOIMINTAAN

Asiakkaiden tekemien valintojen on oletettu toimivan markkinoilta tulevana signaaleina, joihin tuottajien on toivottu reagoivan toimintaansa kehittämällä. Tämä ei kuitenkaan ole toistaiseksi toiminut odotetusti. Yhdessä tutkimuksessa havaittiin, että vain 5-14 % asiakkaista matkusti hoitoon lähisairaalan ulkopuolelle, kun heille tarjottiin valinnanvapautta (Dixon ym. 2010). Tämän joukon arviointiin kuitenkin olevan juuri niitä asiakkaita, jotka valinnoillaan lähettävät signaaleja palveluntuottajille. Asiakkaiden todellisia valintoja enemmän tuottajien toimintaa on kuitenkin ohjannut pelko siitä, että asiakkaat voivat hakeutua hoitoon toisaalle. Tuottajat ovatkin painottaneet, että hoitoyksiköiden ongelmia tulisi seurata ja niihin pitäisi puuttua ennen kuin ne vaikuttavat asiakkaan valintapäätöksiin tai palveluntuottajan maineeseen. (Dixon ym. 2010.)

Englannissa on huomattu, että asiakkaat ovat valmiita käyttämään valinnanvapauteen liittyviä oikeuksiaan erityisesti, jos heillä on huono kokemus läheisestä tuottajasta. Lähtökohtaisesti asiakkaat ovat kuitenkin olleet hyvin 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. (esim. NHS England & Monitor 2015, Dixon ym. 2010.) Perusterveydenhuollossa läheinen sijainti on ollut merkittävin valintaan vaikuttava tekijä (Ipsos Mori 2012). Sairaalan valinnan osalta oletus oli, että hoidon laatu olisi tärkein asiakkaiden päätöksiä ohjaava kriteeri. Seurantatutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että vaikka laatu koetaan tärkeänä, se on harvoin merkittävin valintaperuste. Seurantatutkimuksissa tärkeimpiä tekijöitä valinnoille ovat olleet läheinen sijainti, aikaisempi hyvä kokemus palveluntuottajasta sekä lyhyet jonotusajat hoitoon (Department of Health 2010c). Eri asiakasryhmien tärkeinä pitämät asiat kuitenkin vaihtelevat. Esimerkiksi vähävaraiset asiakkaat saattavat painottaa enemmän käytännöllisiä näkökulmia, kuten sujuvia liikennejärjestelyjä (Coultier ym. 2005, LeMaistre ym. 2003). Yksityissairaalan valinneiden joukossa tärkeitä valintaan liittyviä tekijöitä ovat olleet jonotusajat ja hoitopaikan sijainti, kun taas julkisen sektorin valinneet ovat arvostaneet sijainnin lisäksi omaa kokemustaan hoitopaikasta (Department of Health 2010c). Vaikka asiakkaat käyttävät vertailutietoa vielä vähän päätöksenteon tukena, näyttöä on siitä, että valvontaviranomaisen hyvät laatuluokitukset voivat nostaa palveluntuottajan kysyntää ja lisääntyneet kuolleisuusluvut, odotusajat ja sairaalainfektioiden määrät puolestaan voivat laskea sitä (Beckert ym. 2012).

Laadullisiin tekijöihin kohdistunut kilpailu voi nostaa hoidon laatua lisäämättä kustannuksia (Cooper ym. 2011, Gaynor ym. 2011). Esimerkiksi Gaynor työtovereineen (2011) havaitsivat, että lisääntyneen kilpailun myötä johtajat keskittyivät toimintoihin, joilla hoidon laatua saatiin parannettua, ja jo muutamassa vuodessa kuolleisuuden nähtiin laskeneen ja hoitajaksojen lyhentyneen ilman kustannusten nousua. Bloom työtovereineen (2010) puolestaan havaitsivat, että lisääntynyt kilpailu on parantanut johtamisen laatua ja sitä kautta myös kliinisiä tuloksia. Näistä näkökulmista on kuitenkin ikävää, että lähetteitä kirjoittavien lääkäreiden on havaittu harvoin ohjaavan potilaita laatutekijöiden perusteella parhaisiin hoitopaikkoihin (Dixon ym. 2010).

Tuottajien poistuminen kokonaan markkinoilta on ollut harvinaista, ja tuottajat ovat kokeneet markkinaosuuk-sien muutokset pieninä (Bloom ym. 2010, Dixon ym. 2010.) Tähän on myös liittynyt poliittista painetta, koska esimerkiksi lähisairaalan sulkeminen on poliittisesti vaikea päätös (Le Grand 2007). Siksi politiikka on pyrittä erottamaan organisaatioiden toimintaedellytyksiin liittyvistä kysymyksistä ja päätöksenteosta. Sitoutumattoman valvontaviranomaisen, Monitorin, käytäntöjä ohjaavat myös tarkoin sovitut toiminnan rajaehdot. Nykyhallituksen aikana tuottajiin kohdistuvat paineet ovat kuitenkin kasvaneet. Sen lisäksi, että julkisille NHS:n tuottajille on valunut erityisesti vanhusten sosiaalihuollon kustannuksia, heidän omalle toiminnalleen on asetettu tiukkoja tuottavuustavoitteita, jotka on huomioitu kansallisen hinnoittelun tasossa (esim. Lancet, editorial 2015). King's Fund (ks. Gregory ym. 2012) toteaaakin, että jo noin 20 toimijaa on ilmoittanut, etteivät he tule saavuttamaan Foundation Trusteille asetettuja tavoitteita. Kilpailuviranomainen on pitänyt huonosti pärjäävien organisaatioiden fuusioitumisia osittain huolestuttavina, sillä ne voivat vähentää organisaatioiden välistä kilpailua, mikä voi edelleen heikentää kannusteita toiminnan kehittämiseksi. Organisaatiot voidaan myös saattaa erityisjärjestelyiden alaisuuteen (special measures). Vuonna 2015 13 sairaalaa oli erityisjärjestelyiden alaisuudessa verrattuna 11 sairaalaa vuonna 2013. Suurin osa näistä on kuitenkin onnistunut tekemään tarvittavat korjaustoimenpiteet. (National Audit Office 2015, Hunt 2014.)

Kriittisimmät pelkäsivät, että sairaalapalvelujen valinnanvapaus lisäisi väestöryhmien välistä eriarvoisuutta (Dixon ja Robertson 2011), mutta näin ei tapahtunut (esim. Cookson & Laudicella 2011). Näyttöä on siitä, että sosioekonomiset erot olisivat päinvastoin kaventuneet. Esimerkiksi vuosien 2002–2007 aikana jonotusajat lyhenivät kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä. (Cooper ym. 2009.) Tänä päivänä yllä mainitut kustannuspaineet

kuitenkin näkyvät erityisesti perusterveydenhuollossa. Ongelma on erityisen vaikea suurissa kaupungeissa, kuten Lontoossa ja Birminghamissa (Royal College of General Practitioners 2014).

”Any qualified provider” -mallin ensimmäinen arviointi on valmistunut, ja siinä tarkasteltiin kuulohuoltopalveluja. Perinteisesti nämä palvelut on tuotettu sairaaloissa, mutta vuoden 2012 jälkeen myös muita alueellisen tilaajan kriteerit täyttäviä toimijoita on ilmestynyt markkinoille. Noin puolet alueellisista tilaajajärjestöistä on vienyt mallia eteenpäin, ja arvioinnin mukaan tämä on toiminut kimmokkeena palveluiden räätälöintiin asiakkaiden toivomusten mukaisesti. Myös asiakkaat olivat tyytyväisiä mahdollisuuteen valita. Keskeinen kipukynnys kuitenkin liittyi myös näiden palveluiden kohdalla siihen, että kaikille oikeutetuille ei ollut tarjottu mahdollisuutta valintoihin. Järjestäjän näkökulmasta toiminta on ollut kustannustehokasta ja nostanut palveluiden laatua. Esimerkiksi osa järjestäjistä oli alueellisen hinnoittelun kautta määrittänyt hinnat 20–25 % alhaisemmaksi kuin mitä kansallinen, ei-pakollinen maksuluokka ehdottaa. Koska alueelliseen hyväksymismenettelyyn liittyy luonnollisesti kustannuksia, arviointi painottaa saavutettavia hyötyjä pidemmällä tähtäimellä. (Monitor 2015b.)

6.3 VALINNANVAPAUDEN VAIKUTUKSET TUOTANTORAKENTEeseen JA KUSTANNUKSIIN

Englannissa valtion rahoituksen osuus on suuri, noin 83 % terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta (Krachler & Greer 2015). Vuosina 1997–2011 julkinen rahoitus kasvoi noin viisi prosenttia vuodessa inflaatio huomioiden, verrattuna noin kolmen prosentin nousuun vuosien 1975–1997 aikana. Viimevuosina taloudellinen ympäristö on ollut haasteellisempi, ja vuoden 2010 jälkeen rahoitus on kasvanut vain noin prosentin vuodessa, kysynnän kasvaessa 3,6 % (Hunt 2014, Arora ym. 2013). Huolimatta kokonaisrahoituksen kasvusta vuosien 1997–2011 aikana, yksityisen terveydenhuollon rahoituksen kasvun osuus on kuitenkin hidastunut. Valinnanvapauden osalta muutokset rahoituksen jakautumisessa ovat mielenkiintoisia. Vuosina 2005–2012 NHS:n rahoitus yksityissektorin tulolähteenä kasvoi 14 %:sta 25 %:iin. 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.)

Suurin osa yksityissektoriin liittyvästä kysynnästä kanavoitui sairaalan valinnanvapauden lisäämisen myötä 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 laskenut sen jälkeen, kun leikkauksia on ollut mahdollista saada NHS:n rahoittamana yksityissektorin hyväksytyistä hoitopaikoista. Tuloksissa täytyy kuitenkin myös huomioida erityisesti talouskriisin ja NHS:n lyhentyneiden hoitojonojen vaikutukset, jotka ovat vähentäneet yksityissektorin hoidon tarvetta. (Arora ym. 2013.) Käytännön tasolla nämä muutokset tuotantorakenteissa ovat kuitenkin pieniä, vaikka ne osoittavat rakenteiden laajentuneen. Myös perusterveydenhuollon lääkäreiden lähetekäytännöissä on havaittu muutoksia. Nuffield Trustin tutkimuksen mukaan vuonna 2010/2011 yksityissektorin ISTC keskuksissa tuotettiin vain noin 3.5 % NHS:n rahoittamista poliklinikkakäynneistä, ja suurin osa asiakkaista käytti edelleen lähintä julkista sairaalaa. Yksityissektorin ISTC keskusten kävijämäärät ovat kuitenkin kasvaneet. On myös havaittu, että asiakkaiden halukkuus matkustaa lähisairaalaa kauemmaksi vaihtelee toimenpiteestä riippuen. Yleisesti tulokset kuitenkin tukevat johtopäätöstä siitä, että valinnanvapaus ja markkinoiden avaaminen monimuotoiselle tuottajakunnalle on lisännyt kilpailua. (Kelly & 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 kaupunkien ulkopuolelle, joissa asiakkaalla voi olla esimerkiksi lyhempi välimatka toiselle alueen palvelutuottajalle. Joissakin tapauksissa tuottajat ovat pyrkineet välttämään kilpailua, mikä on vaatinut Monitorin puuttumista sekä pelisääntöjen selkeyttämistä. Myös organisaation koko ja mahdollinen ylikapasiteetti ovat vaikuttaneet kilpailuhalukkuuteen. Erityisesti keskikokoiset toimijat, joiden olisi mahdollista tarjota enemmän palveluita, ovat olleet kiinnostuneita kilpailusta. Julkinen sektori kuitenkin näkee yksityissektorin enemmänkin kumppanina, jonka avulla on tuettu hoitotakuutavoitteiden saavuttamista, ja kilpailu on tapahtunut pääosin toisiaan lähellä sijaitsevien julkisten sairaaloiden välillä. (Dixon 2010.) Yksityisten yritysten mukanaolo palveluntuottajina on ollut kuitenkin tärkeä, koska ne loivat julkisille toimijoille uhan markkinavoimien vaikutuksista ja kimmokkeen tehostaa omaa toimintaansa. Yksityisten palveluntuottajien osalta suuri osa toimijoista on pieniä tai keskisuuria yrityksiä, ja 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 sekä hinnat, joita ei saa kompensoida asiakasmaksuilla. Tämän toimintaperiaatteen myötä kaikilla

kansalaisilla on aidosti mahdollisuus valintoihin, ja myös suurien voittojen tekeminen veronmaksajien kustannuksella on tehty hyvin vaikeaksi.

Terveysministeriö ei ole kerännyt tietoa valinnanvapauden kokonaiskustannuksista. Selvää on kuitenkin se, että erityisesti suuret järjestelmäinvestoinnit, kuten Choose & Book –ajanvarausjärjestelmä, eivät ole saavuttaneet kaikkia toivottuja tehokkuushyötyjä. Teknisten puutteiden vuoksi moni lääkäri oli haluton käyttämään järjestelmää huolimatta sen käyttöä tukevista rahallisista kannusteista, ja lopulta järjestelmä jouduttiin korvaamaan uudella, teknisesti paremmalla järjestelmällä. Aiemman järjestelmän kuitenkin huomattiin erityisesti vähentäneen perumatta jääneitä ajanvarauksia, koska asiakkaat pystyivät sivuston avulla helposti vaikuttamaan hoitoajankohtaansa. (Esim. Dixon ym. 2010.)

On siis olemassa näyttöä siitä, että terveydenhuollon valinnanvapaus on lisännyt tuottajien välistä kilpailua ja saanut aikaan muutoksia tuotantorakenteissa, vaikkakin maltillisesti. Kilpailu puolestaan on ollut yhteydessä johtamisen laatuun ja lisäksi sillä on kyetty parantamaan hoidon laatua lisäämättä kustannuksia. Keskeistä vaikutusten osalta on ollut se, että kaikille asiakkaille on turvattu yhtäläiset mahdollisuudet valintoihin poistamalla hintakilpailu sekä mahdollisuus kohdistaa lisäkustannuksia asiakkaille. Tällä on turvattu myös se, että verorahoituksella ei ole ollut mahdollisuutta tehdä rajattomasti voittoa. Vuonna 2012 voimaan tulleen sosiaali- ja terveydenhuoltolain yhteydessä käytiin kiivasta keskustelua siitä, tulisiko palveluntuottajien hintakilpailu sallia. Tähän ei kuitenkaan päädytty 1990-luvulla saatujen kokemusten vuoksi (esim. Timmins 2011). Monet eivät niinkään vastustaneet itse hintakilpailua vaan näkivät sen osana tulevaisuutta (esim. Charlesworth & Cooper 2011) mutta he esittivät kielteisten vaikutusten voivan lisääntyä niin kauan kuin hoidon laatua ei pystytä tarkoin määrittämään ja tuottajat joutuvat toimimaan kustannuspaineiden alaisina (esim. Gaynor 2006).

6.4 HENKILÖKOHTAISTEN BUDJETTIEH VAIKUTUKSET

Sosiaalihuollon maksukäytäntöjen kehittäminen kohti henkilökohtaisia budjetteja on kestänyt kauan ja painottanut jatkuvaa puuttumista havaittuihin epäkohtiin (esim. Glendinning 2008, Boyle 2013). Henkilökohtaisten budjettien osalta asiakkaiden valintoihin ovat erityisesti vaikuttaneet hoidon ja hoivan jatkuvuuteen liittyvät tekijät, kuten tuttu ammattihenkilö, läheinen sijainti sekä 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. (Jerome 2011, Hatton & Walters 2013.) Keskeisin ristiiriita on liittynyt joidenkin paikallisviranomaisten haluun kontrolloida budjetteja suorien maksujen suosimisen sijaan sekä niiden tuomaan byrokratian lisääntymiseen suunnitelmia hyväksyessä (Community Care 2012, Boyle 2013). Sosiaalihuollossa nykypäivän kustannuspaineet ovat aiheuttaneet yhteiskunnan maksaman tuen kriteerien tiukentumisen useilla paikallishallinnon alueilla sekä vähentäneet resurssien riittävyyttä asiakkaan tarpeiden arviointi- ja suunnitteluprosessissa (Gregory ym. 2012).

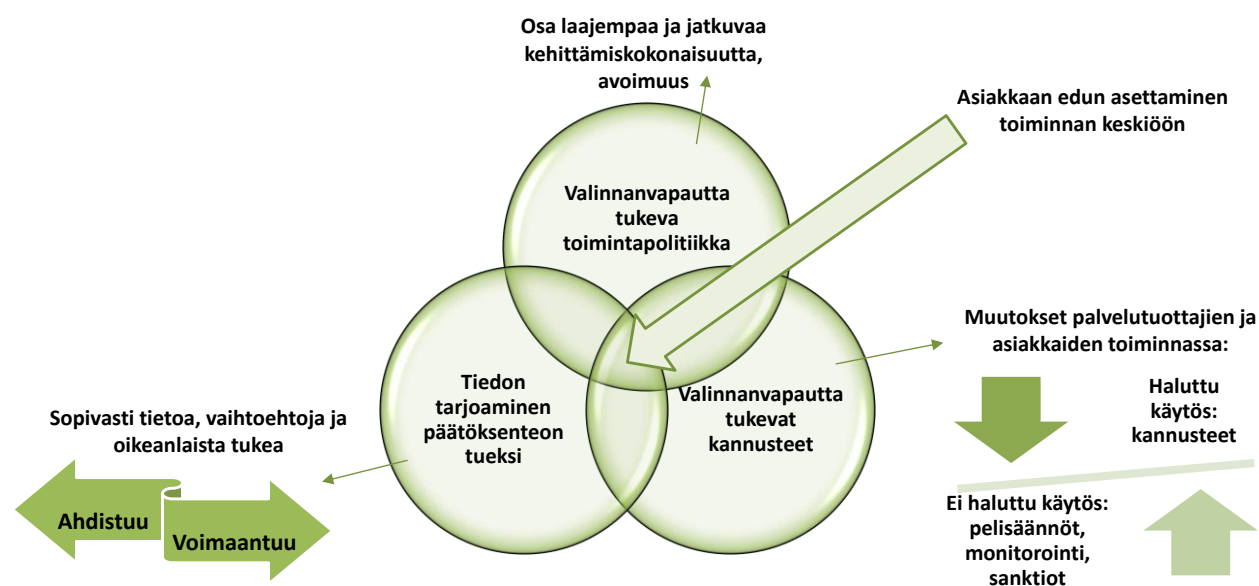
Terveydenhuollossa henkilökohtaiset budjetit otettiin käyttöön vuonna 2012 vuosina 2009–2012 toteutettujen pilottikokeilujen perusteella (Forder ym. 2012). Näiden kautta vahvistui käsitys budjettien kustannustehokkuudesta sekä perinteistä palveluntuotantoa korkeammista nettohyödyistä. Arvioinneissa nostettiin esiin, että budjetit lisäävät asiakkaan päätösvaltaa palveluvalinnoissa sekä muuttavat palveluntuottajan toimintaa asiakaslähtöisemmäksi. Merkittäviä muutoksia olivat asiakkaan kokemana elämänlaadun parantuminen sekä psyykkisen hyvinvoinnin lisääntyminen erityisesti niiden henkilöiden kohdalla, jotka saivat korkeamman budjetin ja jotka sairastivat kroonista keuhkohtaumatautia. Tulokset olivat myönteisempiä, kun asiakkaille annettiin tietoa budjetin arvosta ja tarjottiin joustavuutta sen hallintaan. Erityisesti korkeamman budjetin saaneilla sairaalan hoitajaksojen kustannukset olivat merkittävästi pienempiä ja kokonaiskustannukset matalampia. Terveysbudjetin saaneet käyttivät enemmän palveluita perinteisen NHS:n palveluntuotannon ulkopuolella. Myös omaishoitajat kokivat myönteisiä muutoksia omassa elämänlaadussa ja terveydessä sekä olivat tyytyväisiä budjettiin liittyviin käytäntöihin. Kipukohtina nousivat esiin budjettien rajoitteet, kuten joillakin alueilla vähäisen palvelutarjonnan määrä sekä budjetin pieni arvo. (Forder ym. 2012, Hatton & Walters 2013.)

7 YHTEENVETO JA KESKEISET OPPIMISKOKEMUKSET

Englannissa asiakkaan valinnanvapaus on nähty keskeisenä osana laajaa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvaa uudistusprosessia. Viimeisten neljän hallituskauden aikana valinnanvapaus on säilyttänyt aseman hallituspuolueiden tahtotiloja yhdistävänä tekijänä, ja valinnanvapaus muodostaa osan niin palvelujärjestelmän ideologista taustaa kuin käytännön toimintamalleja. Valinnanvapautteen liittyvän toiminnan avoimuuden ja jatkuvan kehittämisen vaatimukset ovat muutoksia, joista on hyvin vaikea nähdä paluuta entiseen.

Vaikka valinnanvapauden kehityspolku on ollut osin kivikkoisen ja vaatinut vaikeiden asioiden esiin nostoa, se on ollut tärkeä avoimen, ammatillisen ja aidosti asiakaslähtöisen toimintakulttuurin luomisessa (Kuva 10). Se on kuitenkin myös osoittanut, että valinnanvapaus ei yksinään riitä esimerkiksi tuottajien laadun parantamisen ohjaamiseen. Siksi valinnanvapaus on kytketty osaksi laajempaa toimintapoliittista kehittämiskokonaisuutta, jossa korostuu myös esimerkiksi johtamisosaamisen merkitys. Englannissa on havaittu, että valinnanvapautteen liittyvät toimintamallit paranevat jatkuvasti ja vaativat käytännön innovaatioiden lisäksi toimintapoliittisia muutoksia sekä lainsäädännöllisiä linjauksia. Tähän tarvitaan rohkeutta sekä halua yrittää ja erehtyä. Valinnanvapaus on ennen kaikkea luonut mahdollisuuden muokata palvelujärjestelmää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi antamalla heille mahdollisuus halutessaan vaikuttaa ja ottaa vastuuta hyvinvoinnistaan.

Kuva 10: Toimintapoliittikatason kokonaisuus



Englannin kokemus korostaa, että valinnanvapautta tukevan laajemman toimintapoliittikan lisäksi valinnanvapaus vaatii toimiakseen oikeanlaiset kannusteet ja avointa tietoa sekä tukea valintaprosessin aikana (Kuva 10). Tämä vaatii myös sen, että eri osapuolet ovat tietoisia valinnanvapautteen liittyvistä toivotuista ja ei-toivotuista käyttäytymismalleista. Suurin osa Englannin kipukohdista on liittynyt yhteisten toimintamallien toteutumiseen myös käytännössä. Siksi keskeisten asioiden toteutumista tulee valvoa käytännössä, ja niihin tulee liittää riittävän voimakkaita kannusteita tai sanktioita tai puuttua rikkomuksiin muilla tavoin. 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 muotoutunut osaksi luonnollisia toimintatapoja, eikä sitä ole enää tarpeen nostaa esiin erityisenä kärkihankkeena. Tästä huolimatta edelleen korostuu tarve valvoa valinnanvapauden eri osa-alueiden toteutumista käytännössä ja kehittää jatkuvasti siihen liittyviä käytäntöjä ja puuttumista epäkohtiin, kun niitä havaitaan. Nykyjärjestelmässä valinnanvapauden osalta tärkeäksi kokonaisuudeksi on noussut asiakkaan tarpeita vastaavan palvelutuotannon integraatio, sen suhde valinnanvapautteen ja uudet tavat toimia yli organisaatorajojen. Tulevaisuudessa todennäköisesti huomio tulee kiinnittymään valinnanvapautteen ilman voimakasta tuottajien välisen kilpailun korostamista, asiakkaan ja ammattihenkilön välisen yhteisen päätöksenteon korostamiseen sekä korvausjärjestelmien edelleen kehittämiseen.

Lisäksi esiin nousevat uudentyypiset integroidut henkilökohtaiset budjetit, joiden kautta voidaan käytännössä tukea tuloksellisuutta, hoitoa laitosten ulkopuolella sekä sitouttaa asiakkaita ja heidän lähiomaisiaan.

Seuraavassa tiivistetään keskeisiä Englannin oppimiskokemuksia, joita voidaan hyödyntää Suomen käytäntöjen ja lainsäädännön kehittämisessä. Näissä nostetaan esille erityisesti onnistumistekijöitä ja keskeisiä kipukohtia liittyen valinnanvapauden edellytyksiin. Tämän jälkeen nostetaan esiin huomioita ja kokemuksia liittyen yksittäisiin toimintapoliittisiin ratkaisuihin, joita edellytysten turvaaminen on käytännössä vaatinut.

7.1 VALINNAVAPAUDEN EDELLYTYKSET

Valinnanvapaus tulee hahmottaa kokonaisuutena, joka on keskeinen osa palvelujärjestelmän kehittämistä ja joka on suunniteltu niin, että sillä tavoitellut hyödyt on mahdollista saavuttaa myös käytännössä. Valinnanvapaus ei ole irrallinen toimenpide, vaan sen toteuttaminen edellyttää muutoksia niin kansallisiin kuin alueellisiin sosiaali- ja terveydenhuollon käytäntöihin.

Englannissa julkinen sektori on ohjannut voimakkaasti valinnanvapauden kehittämistä. Tämä on vaatinut sekä valinnanvapauden edellytysten kehittämistä että kykyä tehdä päätöksiä. Englannissa valinnanvapaudella tavoitellut hyödyt kohdistuivat aluksi hoitoyksiköiden kapasiteettien tehokkaaseen käyttöön ja kiireettömään sairaanhoidon jonotusaikojen lyhentämiseen. Tämän osalta muutos oli onnistunut, ja hoitojonot saatiin hoitotakuutavoitteiden mukaisiksi. Valinnanvapauden edellytysten vahvistuessa ja kansallisten toimintamallien kehityksessä valinnanvapauden muotoja on laajennettu asteittain. Nykyisin tavoiteltuina hyötynä painottuvat asiakaslähtöisyys, hoidon saatavuus, tasa-arvoisuus, laatu ja tehokkuus.

Nykyisen valinnanvapauskokonaisuuden aikaansaamisessa ei siis ole ollut kyse yksittäisestä nopeasta muutoksesta vaan jatkuvasta, kehittämistä painottavasta systeemitason muutoksesta, joka on vaatinut investointeja sekä alueellisesti yhtenäisten toimintamallien rakentamista. Keskeistä on ollut se, että valinnanvapauden muodot sekä markkinoiden laajentuminen ovat toteutuneet asteittain järjestelmän edellytyksien, lainsäädännön sekä yhteisten pelisääntöjen kehittymisen myötä. Englannin lähestymistavassa korostuu se, että keskeiset valinnanvapauden muodot ovat lakisääteisiä ja koskevat yhtälailla kaikkia palveluntuottajia. Näiden rinnalla, alueellisten olosuhteiden ja tavoitteen mukaan on mahdollista laajentaa valinnanvapauteen liittyviä oikeuksia, jotka liittyvät erityisesti perusterveydenhuollossa lääkärin ja hoitajan välittömiä vastaanottopalveluita tukevaan, laajempaan avoterveydenhuollon palvelutuotantoon. Kuitenkin myös näille valinnanvapauden muodoille on pyritty kehittämään toimintamalleja ja kansallisesti yhtenäisiä käytäntöjä, mutta alueellisilla järjestäjillä on liikkumavaraa sen suhteen, mitä kaikkia osa-alueita valinnanvapaus koskee.

Valinnanvapauden asema toimintapoliittikatason muutoksissa on pysynyt keskeisenä, koska asiakkaat arvostavat valinnanvapautta laajalti.

Kansalaisten valinnanvapaus toteutuu Englannissa nykypäivänä suhteellisen hyvin, ja suurin osa asiakkaan valintaoikeuksista on lakisääteisiä. Onnistumisen ehdoton edellytys on ollut kansallinen näkemys valinnanvapauden myönteisyydestä. Tässä korostuvat sekä päätösten tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa että palvelutuottajien vertailun mahdollistavan tiedon olemassaolo. Valinnanvapaus perustuu myös vapaaehtoisuuteen, jolloin asiakas voi halutessaan ottaa vastuuta päätöksenteosta, mutta se ei ole pakollista.

Valinnanvapauden toimeenpanossa haasteellisinta on ollut toteuttaa se, että kaikille valintoihin oikeutetuille käytännössä tarjotaan mahdollisuutta valintoihin ja että he saavat mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon. Siksi huomiota on kiinnitetty erityisesti jaetun päätöksenteon (shared decision-making) malleihin, joilla tuetaan asiakkaan ja ammattihenkilökunnan välistä vuorovaikutusta ja valintaan johtavaa yhteistä keskustelua. Lääkärikeskuksille tarjotuista rahallisista kannusteista ja lainsäädännön velvoituksesta huolimatta valitsemisen mahdollisuus jää monella asiakkaalla toteutumatta, koska osa lääkäreistä on haluton toimimaan valinnanvapausjärjestelmän edellyttämällä tavalla. Siksi Suomessa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti lääkäreiden valinnanvapausasenteisiin ja kykyyn ymmärtää yhdessä tehdyn päätöksenteon merkitys asiakkaalle.

Valinnanvaran turvaaminen on vaatinut monimuotoisen palvelutuotannon pitkäjänteistä tukemista. Keskeistä muutokselle on ollut yhteisten pelisääntöjen sekä kansallisen maksujärjestelmän kehittäminen.

Riittävien valinnanvaihtoehtojen turvaaminen on vaatinut pitkäjänteistä toimintapolitiikkaa, kuten yhteisiä pelisääntöjä ja korvauskäytäntöjä, joilla on tuettu uusien toimijoiden markkinoille pääsyä. Vaikka Englannissa alueelliset erot eivät lähtökohtaisesti ole olleet yhtä suuria kuin Suomessa, tutkimusnäyttöä on siitä, että valinnanvapautta ei ole koettu vain kaupungissa asuvien etuoikeutena (Dixon ym. 2010). Terveydenhuollossa muutokset tuotantorakenteissa ovat olleet hitaita, eikä valinnanvapaus ole johtanut julkisen sektorin rapistumiseen. Suuret yksityiset toimijat eivät siis ole vallanneet julkisen sektorin markkinoita. Tähän on varmaankin keskeisesti vaikuttanut se, että kansallisen maksujärjestelmän mukainen korvaustaso on ollut kaikille toimijoille sama ja kilpailu on perustunut hoidon laadulla eikä korvauksen tasolla kilpailemiseen. Tämä jo itsessään rajoittaa voiton tekemistä valinnanvapausmarkkinoilla ja asettaa asiakkaat tasavertaiseen asemaan valintojen näkökulmasta. Sen sijaan sosiaalihuollossa on pyritty systemaattisesti purkamaan paikallisviranomaisten monopoliasemaa palvelutuotannossa, ja julkisen sektorin rooli korostuu erityisesti palvelutarpeen arvioinnissa.

Lisäksi terveydenhuollossa on tuettu julkisten palveluntuottajien ansaittua itsenäisyyttä. He voivat laadukkaalla ja tehokkaalla toiminnalla osoittaa, että he pystyvät saavuttamaan asetetut tavoitteet ja ansaitsevat sitä kautta lisää toimintavapautta. Tähän Foundation Trust -statuksen saavuttamiseen liittyy Monitorin valvoma akkreditointimenettely, jossa arvioitavan sairaalan tulee täyttää kaikki NHS:n tuottajalisenssin vaatimukset.

Palveluun tyytymättömien asiakkaiden mahdollisuus vaihtaa palveluntuottajaa on ollut palveluntuottajille toiminnan laadun ylläpitämistä motivoiva tekijä. Lähtökohtaisesti asiakkaat ovat olleet lojaaleja julkisia lähipalveluita kohtaan.

Englannissa asiakkaat ovat olleet valmiita käyttämään valinnanvapauteen liittyviä oikeuksiaan, erityisesti jos heillä on ollut aiemmin huonoja kokemuksia jostakin hoitopaikasta. Lähtökohtaisesti asiakkaat ovat kuitenkin olleet lojaaleja NHS:n julkisia lähipalveluita kohtaan. Englannissa on myös huomattu, että pelkästään mahdollinen uhka asiakkaiden lähtemisestä on saanut tuottajat kehittämään omaa toimintaansa entistä myönteisempään suuntaan. Terveydenhuollossa yksityissektorin tulo markkinoille toimi myös merkittävänä laukaisijana julkisen sektorin oman palvelutuotannon kehittämiseksi ja valinnanvapaus on motivoinut myös julkisia palveluntuottajia ylläpitämään mainettaan kysynnän turvaamiseksi. Tämä korostaa jatkuvan asiakaspalautteen keräämisen ja seuraamisen merkitystä. Lisäksi huomiota on kiinnitetty johtamisen laadun kehittämiseen.

Vertailutiedon olemassaolo ja tarjoaminen on vaatinut voimakasta kansallista tahtotilaa sekä kansallisesti yhtenäistä tietojärjestelmäratkaisua vertailutiedon esittämiseksi.

Eri hoitopaikkojen vertailun mahdollistavan tiedon kehittäminen asiakkaiden päätöksentekoa tukeväksi on vaatinut voimakasta kansallista tahtotilaa, toiminnan avoimuutta sekä muutoksia näihin liittyvissä asenteissa ja toimintakulttuurissa. Vertailutiedon tuottaminen ei myöskään ole palveluntuottajille vapaaehtoista toimintaa. Valvontaorganisaatiolla on ollut merkittävä rooli tämän aikaansaamisessa. Valinnanvapauden myönteisiä vaikutuksia on tuettu parantamalla tiedon saatavuutta ja kokoamalla yhteisiä, helposti tulkittavia indikaattoreita NHS Choices -sivustolle. Vaikka tietoa hyödynnetään toistaiseksi vähän päätöksenteon tukena, se on kuitenkin valinnanvapauden edellytys ja toimii tärkeänä kannusteena toiminnan kehittämiseksi.

7.2 TOIMINTAPOLIITTISIA RATKAISUJA VALINNAVAPAUDEN TUKEMISEKSI

Valintaoikeuksien täytyy olla selkeitä ja konkreettisia.

Englannissa asiakkaan valintaoikeudet on pyritty kuvaamaan tarkasti, ja niistä julkaistaan vuosittainen ohjeistus. Valintaohjeet kattavat esimerkiksi sen, ketä valintatilanteet koskevat, missä tilanteissa ne voidaan evätä ja kenen vastuulla on tarjota valinnanvapautta asiakkaalle. Ohjeiden kautta on mahdollista ymmärtää, mitä valinnanvapaus tarkoittaa käytännössä. Selkeän ohjeistuksen kautta on ollut mahdollista seurata valinnanvapauden toteutumista, puuttua epäkohtiin ja linjata kannusteita niin, että ne tukevat toivottua käyttäytymistä.

Kuten edellä on nostettu esiin, erityisen haasteellista on ollut turvata se, että valinnanvapautta tarjotaan kaikille siihen oikeutetuille. Sosiaalipalveluissa kipupisteet ovat liittyneet paikallisviranomaisen vaihteleviin ja osin sekaviin käytäntöihin (esim. Gregory ym. 2012). Näitä on pyritty yhdenmukaistamaan lainsäädännöllä.

Yhteiset palveluntuottajien hyväksymiskriteerit ja pelisäännöt sekä niiden jatkuva kehittäminen ja epäkoh-tiin puuttuminen ovat mahdollistaneet valinnanvapausmarkkinoiden toimivuuden yli sektorirajojen.

Palveluntuotannon monimuotoisuutta on tuettu asettamalla eri sektorien toimijoille yhteiset hinta- ja laatu-kriteerit. Kaikkien halukkaiden palveluntuottajien tulee rekisteröityä sekä laadullisesta näkökulmasta (CQC) että toiminnallisesta näkökulmasta (Monitor) osoittamalla, että he täyttävät näihin liittyvät yhteiset kriteerit, joiden jatkuvaa toteutumista myös valvotaan. Valvonnan kautta kaikki toimijat saavat erimerkiksi laatuluoki-tuksen, jonka arviointiperusteet ovat julkisesti saatavilla. Englannissa valvontaviranomaisia on kritisoitu erityi-sesti siitä, että he ovat olleet liian hitaita havaitsemaan ja puuttumaan epäkohtiin (Parliament 2014). Valvon-taviranomaisilla on kuitenkin ollut keskeinen rooli avoimen kulttuurin aikaansaamisessa ja he pyrkivät jatku-vasti parantamaan reagointikykyään erityisesti luomalla käytäntöjä riskipohjaiselle valvonnalle. Myös asiak-kaita on otettu osallisiksi hyödyntämällä kokemusasiantuntijuuksia.

Lisäksi erityisesti NHS England ja Monitor tekevät tiivistä yhteistyötä tuottaakseen ohjeistusta toimijoille mark-kinoiden toimintaan liittyvissä kysymyksistä. Tämä on vaatinut useiden vaikeiden asioiden käsittelyä, kuten markkinoilta poistumista, organisaatiofuusioita sekä kilpailun ja yhteistyön tasapainon saavuttamista. On ollut tärkeää ymmärtää, kenen vastuulla nämä toiminnot ovat. Tämä ohjeistus on erityisesti se alue, jonka kehitystä kannattaa seurata.

Englannissa terveydenhuollon valinnanvapautteen liittyvä kilpailu kohdistuu laadullisiin tekijöihin, ei hin-taan. Valinnanvapauden tulee olla asiakkaan etujen mukaista, ja sitä tukee täsmäntävä lainsäädäntö.

Terveydenhuollossa palveluntuottajien välinen kilpailu voi liittyä joko asiakkaan valinnanvapautteen tai kilpai-luun palvelusopimuksista, riippuen siitä, mistä palvelusta on kyse. Toiminnassa suositaan ensisijaisesti valin-nanvapautta. Tämä koskee myös palvelusopimuksia, joihin pyritään lisääntyvästi rakentamaan valinnan vaih-toehtoja. Kilpailun vastainen toiminta on kuitenkin sallittua, jos se on asiakkaan etujen mukaista.

Yhteisten pelisääntöjen turvaamiseksi sosiaali- ja terveydenhuoltolakia on täsmennetty erillisellä säädöksellä liittyen palveluiden tilaamiseen, valinnanvapautteen ja kilpailuun (Procurement, Patient Choice and Competi-tion Regulations 2013). Englannissa 1990-luvulla saadut kokemukset johtivat siihen, että terveydenhuollon tuottajille maksettu korvaus on vakioitu. Korvaus on asetettu kohtuulliseksi, jotta se toimisi todellisena kan-nusteena ja jotta laadulliset tekijät korostuisivat pidemmällä aikavälillä. Näillä päätöksillä on kyetty välttämään valinnanvapauden mahdollisia kielteisiä vaikutuksia, ja myös muutokset tuotantorakenteessa ovat pysyneet maltillisina. Korvauksen oikeudenmukainen taso on kuitenkin tärkeää, sillä virheet voivat heijastua nopeasti tuottajien toiminnassa. Englannissa korvaustason suuruus arvioidaan säännöllisesti.

Korvaustaso sekä yhteiset pelisäännöt ovat tärkeitä, mutta myös alueellista joustavuutta tarvitaan.

Terveydenhuollossa kansallisen maksujärjestelmän kehittäminen on ollut keskeinen edellytys valinnanvapau-delle. Sen taso asetetaan vuosittain. Maksujärjestelmästä saatujen kokemusten perusteella rahoitusmallia on viime aikoina kehitetty joustavammaksi niin, että se tukee alueellisia palveluinnovaatioita sekä horisontaalisen ja vertikaalisen integraation vaatimaa yhteistyötä. Tänä päivänä kansallinen maksujärjestelmä jakaa toiminnan kansallisesti sekä alueellisesti hinnoiteltuihin palveluihin. Alueellisesti hinnoitelluissa palveluissa pyritään kui-tenkin mahdollisimman yhtenäisiin käytäntöihin kansallisten maksuluokkien kanssa.

Keskeistä on, että niissä palveluissa, joita kansalliset hinnat koskevat, tulee hinnoista poikkeamisen olla asiak-kaan etujen mukaista ja näihin liittyvien käytäntöjen avoimia. Englannissa korvauserusteet on pyritty sito-maan kokonaisuun hoitajaksoihin, jotta vältettäisiin kannusteita lisätä turhia hoitokäyntejä tai -toimenpiteitä. Lisäksi keskeisessä portinvartijan roolissa läheteiden kautta toimivat perusterveydenhuollon lääkärit (GP), joilla ei lähtökohtaisesti ole kannustetta lisätä turhia hoitotoimenpiteitä tai poliklinikkakäyntejä.

Sosiaalihuollon maksumekanismit ovat tarkoituksenmukaisia myös terveydenhuollossa.

Sosiaalihuollossa suoramaksut ja erityyppiset henkilökohtaisen budjetin hallintajärjestelyt mahdollistavat rahoituksen ohjautumisen paikallisviranomaiselta palvelun tuottajalle. Oppimiskokemukset painottavat erityisesti kykyä yhdistää budjetiteja yli sektorirajojen sekä erilaisia joustavia hallintajärjestelyitä riippuen asiakkaan kyvystä ja halusta ottaa vastuuta. Erityisesti paljon palveluita tarvitsevien henkilökohtaiset budjetit on todettu kustannustehokkaiksi myös terveydenhuollossa.

Valinnanvapautta voidaan tukea huolehtimalla palveluntuottajien vertailun mahdollistavan tiedon julkaisemisesta sekä tukemalla asiakasta valintatilanteissa keskustelemalla eri vaihtoehtoista ja tarjoamalla tieto muodossa, joka tukee valintapäätösten tekemistä.

Valinnanvapaus luo arvoa, kun se täyttää antamansa lupauksen: se mahdollistaa tietoon pohjautuvat valinnat yksilöille tärkeiden kriteerien perusteella ja kannustaa palveluntuottajia kehittämään palvelun käyttäjille tärkeitä ominaisuuksia. Valinnanvapautteen liittyy näin oleellisena kyky ymmärtää, kuinka asiakkaat tekevät valintoja ja miten niitä voidaan tukea. Englannissa on huomattu, että kliininen laatu on sen tärkeydestä huolimatta harvoin merkittävin tekijä päätöksiä tehtäessä, ja siksi on tarpeen kehittää monipuolista vertailutietoa. NHS Choices -sivuston vahvuutena on erityisesti se, että asiakas kykenee rajaamaan valinnanvaihtoehtoja itselleen tärkeiden valintakriteerien avulla ja että vertailukelpoiset mittarit ovat helposti tulkittavissa.

Englannin kokemukset ovat osoittaneet, että päätöksiä tehtäessä asiakkaat arvostavat muiden palvelunkäyttäjien kokemuksia sekä keskustelua vaihtoehtoista ammattihenkilökunnan kanssa. On osoitettu, että asiakkaat voivat kokea valinnanvapauden nimellisenä, jos keskustelua vaihtoehtoista ei käydä. Monelle nämä keskustelut sekä mahdollisuus vaikuttaa hoitoon ja hoitosuunnitelmaan ovat tärkeämpiä kuin itse valinnan tekeminen (Mays ym. 2011).

Valinnanvapaus ei itsessään takaa, että asiakas saa tarvitsemaansa tukea valintoihinsa ja siksi nykyisin painotetaan jaetun päätöksenteon käytäntöjä. Englannissa on kehitetty erilaisia digitaalisia työvälineitä tukemaan asiakkaille merkityksellisten asioiden ja arvojen ymmärtämistä, jotta ne otettaisiin huomioon päätöksiä tehtäessä. Tämän lisäksi huomiota on kiinnitetty esimerkiksi visuaalisiin symboleihin, kuten tähtiluokitukseen ja kysymyslistoihin, joilla autetaan asiakasta esittämään kysymyksiä ammattihenkilökunnalle, sekä tarinankerronnan menetelmiin, joita voidaan hyödyntää kokemusten jakamisessa. (Boyce ym. 2010.)

Valvonnan rooli on ollut merkittävä avoimen tiedon kehittämisessä sekä havaittuihin epäkohtiin puuttumisessa. Se myös pienentää riskiä siitä, että asiakas voisi tehdä itselleen haitallisen valinnan.

Valinnanvapaus nostaa esiin tuottajiin kohdistuvan valvonnan tärkeyden: palvelun tulee olla turvallista ja tuottajien tulee täyttää heille asetetut vähimmäisvaatimukset ja toimia yhteisten pelisääntöjen puitteissa. Englannissa valvontaviranomaisilla on ollut merkittävä rooli kulttuurimuutoksessa toiminnan avoimuuden lisäämiseksi. 2000-luvun alkupuolella kehitetyn yhtenäisen valvontaväitekehityksen avulla pystyttiin julkaisemaan avointa, vertailun mahdollistavaa tietoa. Vertailutiedon julkistamiseen kohdistui ensin valtavaa vastustusta ja pelkoa sekä yksittäisten ammattiryhmien että organisaatioiden taholta. Huolet liittyivät erityisesti kykyyn laatia oikeudenmukaisia ja luotettavia indikaattoreita. Käytäntöjen kehittyessä asenteet muuttuivat kuitenkin nopeasti avoimuutta tukeviksi. Tämä on näkynyt erityisesti halussa kehittää indikaattoreita oikeudenmukaisiksi ja merkityksellisiksi myös eri organisaatioiden ja ammattiryhmien näkökulmista.

Keskeisesti Englannin kokemuksissa korostuu sen tärkeys, että yhteiselle vertailutiedolle luodaan kansallisesti yhtenäiset vaatimukset ja että näiden vaatimusten toteutuminen on pakollista myös yksityisen ja kolmannen sektorin palveluntuottajien osalta. Käytännössä Englannissa kaikki toimijat pakotettiin tuottamaan avointa tietoa, joka muuttui nopeasti uhasta voimavaraksi. Erityisesti tieto on avannut kriittisen keskustelun siitä, mitä ”hyvä” tai ”huono” ominaisuus tai arvo indikaattorisella tarkoittaa, ja on mahdollistanut indikaattorien jatkuvan kehittämisen. Samalla valvontaviranomaisten toiminnassa korostuu analyyttisen toimintaotteen ja osaamisen tärkeys ja sitä kautta kyky havaita ja puuttua nopeasti epäkohtiin.

LÄHTEET

- Appleby, J & Robertson, T (2010) A healthy improvement? Satisfaction within the NHS under Labour, *In Park, A, Phillips, M Clery, E & Curtice, J (eds). British Social Attitudes Survey 2010-2011: Exploring Labour's legacy – the 27th report*. London: Sage.
- Arora, S, Charlesworth, A, Kelly, E & Stoye, G (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.
- Barnett, J, Ogden, J & Daniells, E (2008) The value of choice: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, 58 (554), 609-613.
- Beckert, W, Christiansen, M & Collyer, K (2012) Choice of NHS funded hospital services in England. *The Economic Journal*, 122 (560), 400-417.
- Bewan, G & Skellern, M (2011) Does competition between hospitals improve clinical quality?: a review of evidence from two eras of competition in the English NHS. *British Medical Journal*, 343 (2011), 6470.
- Bloom, N, Propper, C, Seiler, S & Van Reenen, J (2010) The impact of competition on management quality: Evidence from public hospitals. NBER Working Paper No. 16032.
- Boyce, T, Dixon, A, Fasolo, B & Reutskaja, E (2010) Choosing a high-quality hospital: The role of nudges, scorecard design and information. The King's Fund.
- Boyle, D (2013) Barriers to choice review. How are people using choice in public services?
- British Medical Association (2013) Understanding the reforms. Choice and any qualified provider.
- Cabinet Office (2006) The UK Government's approach to public sector reform. The Prime Minister's Strategy Unit: London. Crown Copyright.
- Care Quality Commission (2015) Provider handbooks.
- Charlesworth, A & Cooper, Z (2011) Making competition work in the English NHS: the case for maintaining regulated prices. *Journal for Health Services Research & Policy*, 16 (4), 193-194.
- Community Care (2012) Direct Payments, personal budgets and individual budgets.
- Cookson, R & Laudicella, M (2011) Health reform evaluation programme report summary. Department of Health Health Reform Evaluation Programme. York University.
- Cooper, Z, McGuire, A, Jones, S, Le Grand, J & Titmuss, R (2009) Equity, waiting times and NHS reforms: retrospective study. *British Medical Journal*, 339 (2009); 3264.
- Cooper, Z, Gibbons, S, Jones, S & McGuire, A (2011) Does hospital competition save lives? Evidence from the English NHS Patient Choice reforms. *Economic Journal*, 121 (554), 228-260.
- Coultier, A, Le Maistre, N & Henderson, L (2005) Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment: evaluation of London patient choice scheme. Picker Institute.
- Department of Health (2000) The NHS Plan: a plan for investment, a plan for reform.
- Department of Health (2006a) Our health, our care, our say: a new direction for community services.
- Department of Health (2006b) Choice matters: increasing choice improves patients' experiences.
- 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 (2010d) Principles and rules for cooperation and competition.

Department of Health (2011) Choice and competition. Delivering real choice. A report from the NHS future forum.

Department of Health (2012a) The Power of information: Putting all of us in control of the health and care information we need.

Department of Health (2012b) Caring for our future: reforming care and support.

Department of Health (2012c) Choice of GP Practice, the patient choice scheme.

Department of Health (2012d) Liberating the NHS: No decision about me, without me and Government response.

Department of Health (2012e) Impact assessment. Response to consultation “Liberating the NHS: No decision about me, without me”.

Department of Health (2012f) Equity analysis. Government response to “Liberating the NHS - No decision about me, without me”.

Department of Health (2012g) Liberating the NHS: Greater choice and control: Choice of a named consultant-led team equality analysis.

Department of Health (2012h) Securing best value for NHS patients. Requirements for commissioners to adhere to good procurement practice and protect patient choice

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) 2014/2015 Choice Framework.

Department of Health (2014d) 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.

Dixon, A & Robertson, R (2011) Patient choice of hospital In: Understanding New Labor’s Market Reforms of the English NHS. King’s Fund.

Dixon, A, Robertson, R, Appleby, J, Burge, P, Devlin, N & Magee, H (2010) Patient choice: how patients choose and how providers respond. The King’s Fund.

Ellins, J & McIver, S (2009) Supporting patients to make informed choices in primary care: what works? University of Birmingham, Health Services Management Centre, HSMC policy paper 4.

Forder, J, Jones, K, Glendinning, C, Caiels, J, Welch, E, Baxter, K, Davidson, J, Windle, K, Irvine, A King, D & Dolan, P (2012) Evaluation of the personal health budget pilot programme. Department of Health.

Gaynor, M (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, M, Moreno-Serra, R & Propper, C (2011) Death by market power: reform, competition and patient outcomes in the National Health Service. CMPO Working Paper No. 10/242.

Glendinning, C, Challis, D, Fernández, JL, Jacobs, S, Jones, K, Knapp, M, Manthorpe, J, Moran, N, Netten, A, Stevens, M & Wilberforce, M (2008) Evaluation of the individual budgets pilot program: Final report. Individual Budgets Evaluation Network.

Government (1998) The Competition Act 1998.

Government (1999) The Health Act Chapter 8.

Government (2002) Enterprise Act 2002.

Government (2009a) The Health Act.

Government (2009b) The Primary Care Trusts (Choice of Secondary Care Provider) Directions 2009.

Government (2012a) Health and Social Care Act 2012 Chapter 7.

Government (2012b) The National Health Service Commissioning Board and Clinical Commissioning Groups (Responsibilities and Standing Rules) Regulations 2012.

Government (2013a) The National Health Service (Procurement, Patient Choice and Competition) (No.2) Regulations 2013. No. 500.

Government (2013b) The National Health Service Commissioning Board and Clinical Commissioning Groups (Responsibilities and Standing Rules) (Amendment) Regulations 2013.

Government (2014) Care Act 2014 Chapter 23.

Gregory, S, Dixon, A & Ham, C (eds.) (2012) Health policy under the coalition government: a mid term assessment.

Hatton, C,& Walters, J (2013) The second POET survey of personal budget holders and carers 2013.

Health and Social Care Information Centre (2014) Personal social services adult social care survey, England.

Hunt, J (2014) NHS waiting times: job not done (speech).

Ipsos MORI (2012) Choice review survey. Summary report.

Jarrett, T (2015) Social care: Direct Payments from a local authority (England). House of Commons Library. Briefing paper number 03735, 20 May 2015.

Jerome, J (2011) Putting People First: 3rd year progress.

Jourard, I, André, C & Nicq, C (2010) Health Care Systems: Efficiency and Institutions. OECD Economics Department Working Papers No. 769. OECD Publishing.

Kelly, E & Tetlow, G (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.

King's Fund (2015) The results and satisfaction trends relating to the NHS and health care issues from the British Social Attitudes survey 2014.

Krachler, N & Greer, I (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.

Lancet (2015) Editorial. *Lancet*, 386 (10001), 1311.

Lacey, R (1997) Internal markets in the public sector: the case of the British National Health Service. *Public Administration & Development*,. 17 (1), 141-159.

Le Grand, J (2007) *Other Invisible Hand*. Princeton University Press: Oxfordshire.

LeMaistre, N, Reeves, R & Coulter, A (2003) CHD Choice Scheme. Picker Institute Europe.

Marshall, L, Charlesworth, A & Hurst, J (2014) The NHS payment system: evolving policy and emerging evidence. Research report. Nuffield Trust.

Mays, N, Dixon, A & Jones, L (2011) Return to the market: objectives and evolution of New Labour's market reforms. In: Understanding New Labour's Market Reforms of the English NHS. London: King's Fund.

Monitor (2013a) Monitor (2013a) The new NHS provider licence.

Monitor (2013b) Substantive guidance on the procurement, patient choice and competition regulations.

Monitor (2013c) Application of the Competition Act 1998 in the healthcare sector: guidance for providers.

Monitor (2013d) Monitor's approach to market investigation references: guidance for providers.

Monitor (2013e) Hypothetical case scenarios: Procurement, patient choice and competition regulations.

Monitor (2013f) A fair playing field for the benefit of NHS patients: Monitor's independent review for the Secretary of State for Health.

Monitor (2014a) Pricing healthcare.

Monitor (2014b) Populus summary: Outpatient appointment referrals.

Monitor (2015a) Complying with Monitor's integrated care requirements

Monitor (2015b) NHS adult hearing services in England: exploring how choice is working for patients.

Monitor & NHS England (2014) 2014/15 National Tariff Payment System.

MORI (2005) Pfizer/MORI health choice index: Public opinion on choice in out of hospital care.

National Audit Office (2015) A Short Guide to the Department of Health.

NHS Future Forum (2011) Choice and competition: report from the NHS future forum.

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 (2015) NHS Standard Contract.

NHS England & Monitor (2015) Populus Summary. Outpatient appointment referrals July 2015.

Parliament (2005) Select Committee on Health Sixth Report.

Parliament (2010) The present social care system. Health Committee.

Parliament (2014) Monitor: regulating the NHS Foundation Trusts. Commons Select Committee.

Powell, T (2014) NHS continuing healthcare in England. House of Commons Library.

Propper, C, Burgess, S, & Green, K (2004) Does competition between hospitals improve the quality of care?: Hospital death rates and the NHS internal market. *Journal of Public Economics*, 88 (7/8) 1247-1272.

Propper, C, Burgess, S & Gossage, D (2008) Competition and Quality: Evidence from the NHS internal market 1991-1999. *The Economic Journal*, 118 (525), 138-170.

Royal College of General Practitioners (2014) Crisis hit GP surgeries forced to turn away millions of patients.

THL (2015) Valinnanvapaus sosiaali- ja terveystaloudessa. Kuvauksia eräistä Euroopan maista. Reformit-yksikkö.

The Health Foundation (2010) Evidence scan: Personal health budgets.

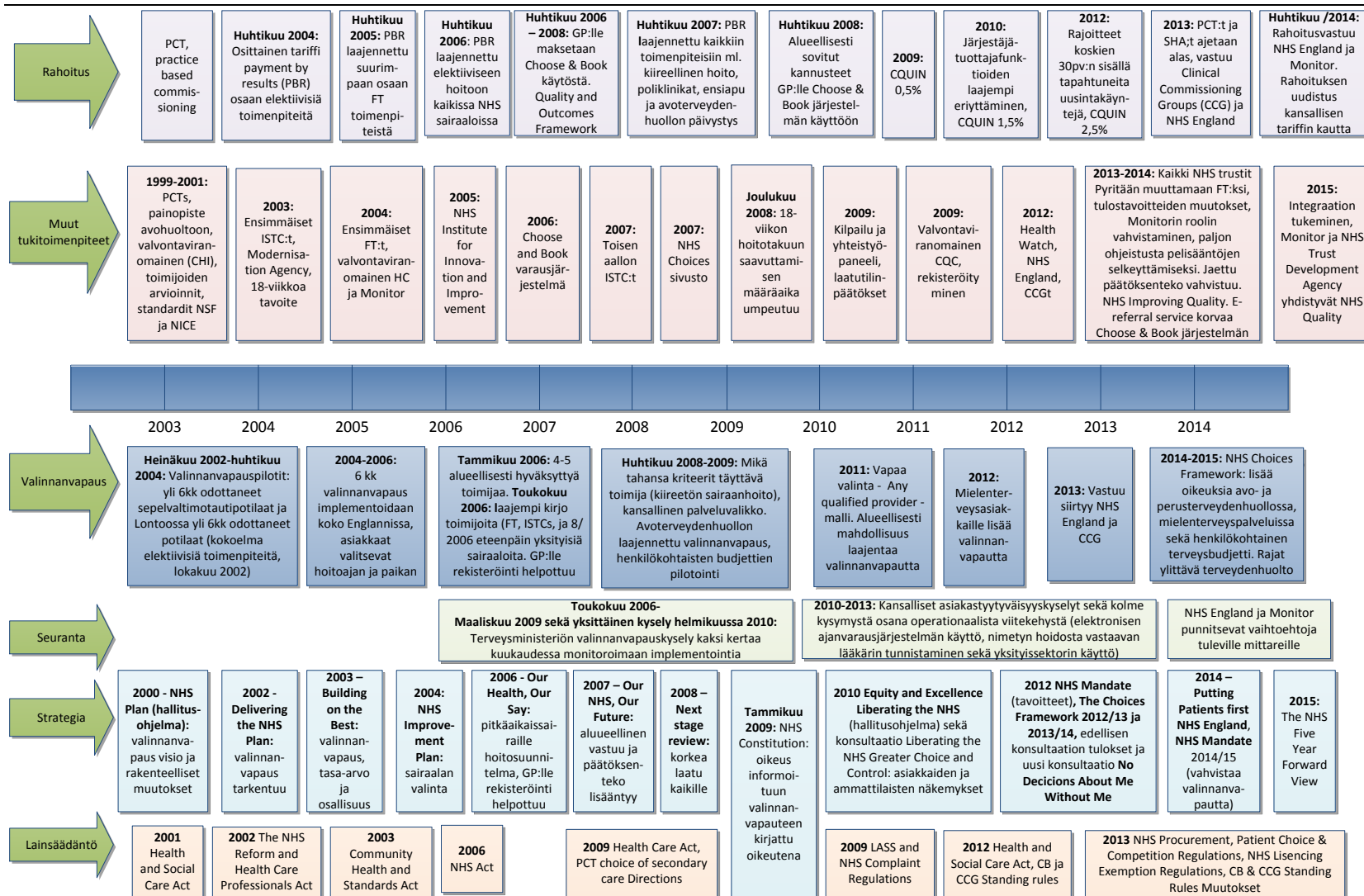
The King's Fund (2014) The UK private health market. Commission on the future of health and social care in England.

Timmins, N (2011) U-turn on NHS pricing welcomed. *Financial Times*. 4th March 2011.

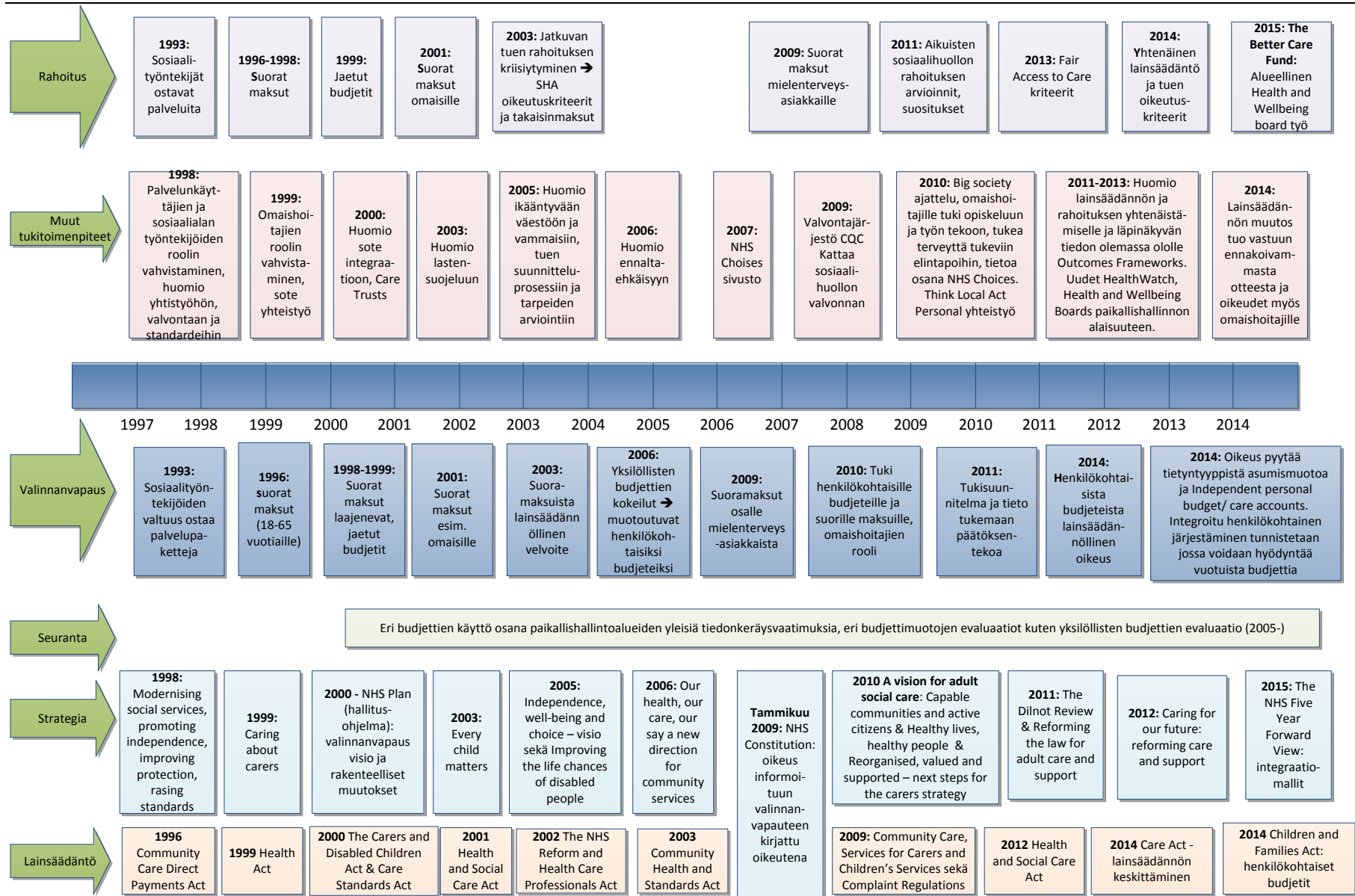
Wood, C (2010) Personal best. Demos. London.

LIITTEET

LIITE 1: VALINNANVAPAUDEN KEHITYMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA



LIITE 2: VALINNANVAPAUDEN MUOTOTUTUMINEN SOSIAALIHUOLLOSSA



LIITE 3: KESKEISIÄ VALINNANVAPAUTTA TUKEVIA SIVUSTOJA

Nimi ja verkkosivun osoite	Keskeinen sisältö
NHS Choices http://www.nhs.uk/pages/home.aspx	Sivustolla on tarjolla keskitettyä tietoa valinnanvapaudesta, sen eri muodoista sekä yksittäisistä sairauksista. Lisäksi sivuston kautta on mahdollista vertailla eri palveluntuottajia yli sektorirajojen. <ul style="list-style-type: none"> • Palveluntuottajien vertailu: http://www.nhs.uk/service-search • Laajempi indikaattoripankki: https://www.nhs.uk/Service-Search/Performance/Search • Valinnanvapaus: http://www.nhs.uk/choiceinthenhs/Pages/Choicehome.aspx • Itsehoitotyökaluja: http://www.nhs.uk/tools/pages/toolslibrary.aspx?Tag=&Page=1 • Health A to Z: http://www.nhs.uk/Conditions/Pages/hub.aspx • ”Informaatioreseptit” http://www.nhs.uk/ipg/Pages/IPStart.aspx#
Care Quality Commission, CQC http://www.cqc.org.uk/	Care Quality Commission, CQC, on itsenäinen valvontaviranomainen, jonka tehtävänä on valvoa yli sektorirajojen terveydenhuollon ja aikuisten sosiaalihuollon palveluntuottajien laatua ja potilasturvallisuutta. <ul style="list-style-type: none"> • Palveluntuottajat, käsikirjat ja rekisteröityminen: http://www.cqc.org.uk/content/guidance-providers • Lainsäädännön veloitteet: http://www.cqc.org.uk/content/regulations-service-providers-and-managers • Tarkastusraportit: http://www.cqc.org.uk/content/publications
Monitor https://www.gov.uk/government/organisations/monitor	Monitor on valvontaviranomainen, joka vastaa NHS:n rahoittamien palveluntuottajien toiminnallisesta lisensioinnista. <ul style="list-style-type: none"> • Monitorin lisenssivaatimukset: https://www.gov.uk/government/publications/the-nhs-provider-licence • Monitorin ohjeistus liittyen hankintoihin, valinnanvapauteen ja kilpailuun: https://www.gov.uk/government/publications/procurement-patient-choice-and-competition-regulations-guidance • Nykyiset hinnoittelukäytännöt: https://www.gov.uk/government/consultations/national-tariff-payment-system-201516-a-consultation-notice
NHS e-Referral Service https://www.ebs.ncrs.nhs.uk/	Palvelun kautta asiakkaat voivat myös itse varata hoitopaikan ja hoitoajankohdan. <ul style="list-style-type: none"> • Lisätietoa asiakkaille palvelun käytöstä: http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Yourchoices/appointment-booking/Pages/about-the-referral-system.aspx • Lisätietoa ammattihenkilökunnalle: http://www.hscic.gov.uk/referrals
Jaettu päätöksenteko, shared decision-making http://sdm.rightcare.nhs.uk/	Digitaaliset päätöksenteon apuvälineet (Decision Aids) on kehitetty potilaan käytettäväksi siinä vaiheessa, kun hän on saanut diagnoosin. <ul style="list-style-type: none"> • Video työkalun käytöstä: http://sdm.rightcare.nhs.uk/videos/ • Digitaaliset päätöksenteon apuvälineet: http://sdm.rightcare.nhs.uk/pda/ • Right Care ohjelman varsinaiset sivustot: http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/programme/ • Esitys jaetusta päätöksenteosta sekä digitaalisista apuvälineistä: http://www.rightcare.nhs.uk/index.php/resourcecentre/right-care-for-populations/shared-decision-making-the-patient-as-part-of-the-value-chain/
Healthwatch http://www.healthwatch.co.uk/	Tuo kuluttajien äänen kuuluviin sosiaali- ja terveyspalveluissa ja tekee yhteistyötä paikallisten viranomaisten kanssa. Jokaisella paikallisviranomaisella on oma yksikkönsä, joita tukee kansallinen Healthwatch England.
Peoplehub http://www.peoplehub.org.uk/	Tietoa ja vertaistukea pitkäaikaissairaille esimerkiksi henkilökohtaisten terveysbudjettien hallintaan. Paljon erilaisia työkaluja tukemaan budjettien käyttöä.
Patient opinion https://www.patientopinion.org.uk/	Mahdollisuus jakaa kokemustietoa.
NICE http://www.nice.org.uk/	National Institute for Health and Care Excellence, NICE, tuottaa kansalliset hoitosuosittukset sekä paljon tietoa tukemaan asiakkaiden ja ammattilaisten päätöksentekoa.