

LUONNOS 3.10.2013

Marina Erhola, Pia Maria Jonsson,
Markku Pekurinen, Juha Teperi

Jonottamatta hoitoon

THL:n aloite perusterveydenhuollon
vahvistamiseksi



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Tammerprint Oy
Tampere 2013

Esipuhe

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta (THL) säädetyn lain mukaan laitoksen tehtäviin kuuluu harjoittaa alansa tutkimus- ja kehittämistoimintaa, edistää innovaatioita sekä tehdä aloitteita ja esityksiä sosiaali- ja terveydenhuollon ja sen palvelujen kehittämiseksi ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

THL katsoo aiheelliseksi tehdä tällaisia aloitteita ja esityksiä silloin, kun ongelmat väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa ja/tai sosiaali- ja terveystalouden toimivuudessa ovat merkittäviä ja vaativat pikaista asiantuntijapanosta. Ongelmat perusterveydenhuollon toimivuudessa ja lääkäripalveluiden saatavuudessa ja laadussa ovat niin merkittäviä, että tarvitaan uusia avauksia.

Tätä taustaa vasten THL tekee nyt aloitteen toimenpiteistä ja linjoista perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseksi. Tavoitteena on tuoda kansalliseen keskusteluun ja päätöksentekijöiden ulottuville tietoa ratkaistavien kysymysten sisällöstä ja luonteesta sekä mahdollisista ratkaisuperiaatteista.

Koska merkittävä osa maamme terveydenhuollon resursseista ohjautuu kunnallisen perusterveydenhuollon ohella työterveyshuoltoon, tarkastellaan myös työterveyshuollon asemaa ja tehtäviä. Aloitteessa pyritään myös hyödyntämään niitä kokemuksia, joita on kertynyt perusterveydenhuollon uudistuksista Tanskassa, Norjassa ja Ruotsissa.

Työn valmisteluvaiheessa THL:n edustajat ovat perehtyneet muiden Pohjoismaiden terveydenhuollon malleihin yhdessä muiden keskeisten kansallisten tahojen edustajien kanssa. Nämä ovat myös ystävällisesti osallistuneet valmisteluvaiheessa käytyihin keskusteluihin. Haluamme kiittää seuraavia henkilöitä heidän antamastaan panoksesta valmistelutyöhön: professori Heikki Hiilamo, ylilääkäri Tapani Hämäläinen, hallintoylilääkäri Päivi Koivuranta-Vaara, teemajohtaja Kari-Pekka Martimo, lääkintöneuvos Jukka Mattila, terveysturvan tutkimuksen päällikkö Hennamari Mikkola, osaamiskeskuksen johtaja Jorma Mäkitalo, terveysjohtaja Sirkku Pikkujämsä, toiminnanjohtaja Heikki Pälve, johtaja Heikki Pärnänen, apulaiskaupunginjohtaja Sinikka Salo, tulosaluejohtaja Anne Santalahti, ylilääkäri Kimmo Tarvainen ja lääkintöneuvos Helena Vormaa.

THL vastaa kuitenkin yksin aloitteen lopullisesta sisällöstä.

Tämän raportin keskeisimpänä kohderyhmänä ovat sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijät niin kansallisella kuin kunnallisella tasolla. Raportissa sivutaan vah-

vasti terveydenhuollon ammattihenkilöiden asemaa ja työehtoja, mistä syystä myös henkilöstöryhmät ovat keskeisiä kohderyhmiä. Ehdotusten perimmäisenä tarkoituksena on palvella kansalaisia ja potilaita, jotta heille pystyttäisiin tarjoamaan nopeaa hoitoon pääsyä ja tasavertaisia ja laadukkaita palveluita. Toivomme siis aloitteen joltavan myös vilkkaaseen kansalaiskeskusteluun suomalaisesta perusterveydenhuollon mallista.

Helsingissä 3.10.2013

Pekka Puska
pääjohtaja

Marina Erhola
ylijohtaja

Kommentoi aloitetta
www.thl.fi/vaikuttajaseminaari/2013

Sisällysluettelo

Esipuhe	3
Johdanto	7
1 Suomen perusterveydenhuollon kehitys ja nykytila	9
Määrä	10
Saatavuus	11
Kohdentuminen	11
Laatu ja vaikuttavuus	12
Asiakaslähtöisyys	12
Henkilöstö	13
Palveluista aiheutuneet kustannukset	13
Mitä luvut kertovat?	14
2 Työterveyshuollon kehitys ja nykytila	15
Työterveyshuollon huomio muuttuvaan työelämään	16
3 Palveluintegraatio sosiaali- ja terveydenhuollossa	18
Integraatiota tarvitaan eri tasoilla	19
4 Rahoitus- ja järjestämisvastuun uudistukset Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmissä	21
Terveydenhuoltojärjestelmät pääpiirteittäin	21
Terveydenhuollon rakenneuudistukset	23
Tanska	23
Norja	25
Ruotsi	26
Palveluiden integraation ongelmat	28
Kansallinen ohjaus hajautetuissa järjestelmissä	29
5 Valinnanvapaisuudistukset Pohjoismaiden perusterveydenhuollossa	33
Tanska	33
Norja	34
Ruotsi	36
Oppia Suomeen?	39

6 Aloite Suomen perusterveydenhuollon vahvistamiseksi 42

Ongelma	42
Kaikki voimavarat käyttöön	44
Perusterveydenhuollon tuottajakuntaa laajennetaan ja moni- puolistetaan	45
Valinnanvapaus toimii kehityksen käyttövoimana	45
Ammattilaiset työskentelevät oikeissa rooleissa	47
Työterveyshuolto keskittyy perustehtäväänsä	47
Palveluilla on vahvat järjestäjät	48
Aloitteen vaatimat rahoitusjärjestelyt	49
Kansallinen ohjaus toimii aktiivisesti	50

Johdanto

Suuret yhteiskunnalliset muutokset koettelevat terveydenhuoltojärjestelmien kestävyttä kaikkialla maailmassa. Väestön ikääntyminen mainitaan usein näistä kehityskuluista ensimmäisenä. Suomessa ikääntyminen on tulevina vuosina poikkeuksellisen nopeaa. Lisääntyvä sosiaali- ja terveystalouden tarve on vain osa ikääntymisen luomasta kestävyysvajeesta. Pienenevät ikäluokat tarkoittavat jo tällä vuosikymmenellä sitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon ammattitaitoisesta työvoimasta on pulaa.

Viime vuosisadan puoliväliin asti tarttuvat taudit olivat terveydenhuollon merkittävin haaste. Nyt arviolta 80 prosenttia terveydenhuollon toiminnasta liittyy pitkäaikaissairauksiin. Hyvinvointiongelmien ei enää rajaudu yksittäisiin diagnooseihin ja niiden parantavaan hoitoon. Monesta sairaudesta kärsivien lisäksi yhä suurempi joukko kansalaisista joutuu elämään monimuotoisten ja hankalien hyvinvointiongelmiensa kanssa. Mielenterveysongelmien kietoutuvat yhteen päihderiippuvuuksien kanssa, ja lasten viivästyneen kehityksen taustalla saattaa olla koko perheen syrjäytyminen.

Yhä kiihtyvä tekninen kehitys vaikuttaa ihmisten elämään usealla tavalla. Teknologia muokkaa elinoloja ja elintapoja, ja teknologia toimii näin terveyden ja hyvinvoinnin keskeisenä määrittäjänä. Lääketieteellinen teknologia eri muodoissaan luo jatkuvasti uusia hoitomahdollisuuksia. Kun nämä mahdollisuudet löytävät vastinparin kansalaisten kasvavista odotuksista, syntyy jatkuva kustannusten kasvun kierre. Viime vuosikymmenten ajan terveydenhuollon kustannusten kasvu on ollut paljon kansantalouden kasvua nopeampaa. Nykyinen pitkittynyt lama ja globalisaation luoma epävarmuus talouskasvusta kärjistyvät epäsuhtaa käytettävissä olevien voimavarojen ja kustannuskehityksen välillä.

Edellä mainittuja kehityskulkuja yhdistää se, että ilman vahvoja peruspalveluja kehitys on kestävämmällä pohjalla. Perusterveydenhuollolla ja sosiaalipalveluilla on ratkaiseva merkitys haasteisiin vastaamisessa. Ikääntyneitä on kyettävä tukemaan osana heidän arkeaan niin, että myös heidän omat ja lähipiirinsä voimavarat ovat käytössä. Pitkäaikaissairauksien kanssa eletään onnistuneesti silloin, kun niiden kanssa tullaan toimeen jokapäiväisessä elämässä ilman tilan kriisiytymistä. Yhteen kietoutuneita monimuotoisia hyvinvointiongelmia ei ratkaista teknisillä toimenpiteillä sairaalassa, vaan ne on saatava hallintaan lähiyhteisössä eletävässä arjessa.

Peruspalvelujen toimivuus ratkaisee siis pitkälti sen, kykenemmekö tarjoamaan kokonaisuutena kestävä sosiaali- ja terveystaloudet. Tämän raportin tarkoitus on luoda tiivis katsaus perusterveydenhuollon kehitykseen meillä ja muualla ja tehdä ehdotus suomalaisen perusterveydenhuollon tulevaisuuden varmistamiseksi. Lähtökohdaksi on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2012 julkaisema raportti ”Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa”. Nyt asiaa tarkastellaan korostetusti peruspalvelujen nä-

kökulmasta. Ensimmäisen luvun yleisen, perusterveydenhuollon kehitystä kuvaavan katsauksen jälkeen otetaan esiin tulevaisuuden kannalta keskeisiä erityiskysymyksiä. Luku 2 luo tiiviin katsauksen perusterveydenhuollon erityiseen osaan, työterveyshuoltoon. Luvussa 3 kuvataan uudenlaisen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen yhteensovittamisen merkitystä asiakaslähtöisten ja taloudellisesti kestävien palvelukokonaisuuksien luomisessa.

Luvuissa 4 ja 5 tarkastellaan viime vuosien kehitystä muissa Pohjoismaissa toisaalta palvelujen järjestämis- ja rahoitusvastuun, toisaalta asiakkaan valinnanvapauden näkökulmasta. Raportin yhteenvetona luvussa 6 esitellään THL:n aloite perusterveydenhuollon myönteisen kehityksen turvaamiseksi. Aloitteen tarkoituksena ei ole luoda yksityiskohtiin menevää, tarkkaa toteutussuunnitelmaa tuleville toimenpiteille, vaan hahmottaa uudenlaista kokonaisarkkitehtuuria, joka tukee aktiivisesti myönteistä kehitystä. Jos aloite onnistuu laajentamaan ja syventämään peruspalvelujen kehittämisestä käytävää keskustelua, se on saavuttanut tavoitteensa. Toteutuksen yksityiskohdista on aika keskustella sen jälkeen, kun on olemassa laajasti jaettu yhteinen arvio perusterveydenhuollon kehittämistarpeista ja toimenpiteiden yleisistä linjauksista.

1 Suomen perusterveydenhuollon kehitys ja nykytila

Ennen vuonna 1972 säädettyä Kansanterveyslakia Suomen terveydenhuolto oli voimavaroiltaan heikko ja sairaalapäinotteen. Lain säätämistä seuranneina kahtena vuosikymmenenä rakennettiin vahva ja monipuolinen terveyskeskusjärjestelmä, joka toi avosairaanhoidon ja ehkäisevän terveydenhuollon palvelut kattavasti koko väestön ulottuville. Jo 1990-luvulta lähtien terveyskeskusten asema osana terveydenhuollon kokonaisuutena on vähitellen heikentynyt. Nykyään pääsy terveyskeskuksen vastaanotoille on epätydyttävällä tasolla, ja eniten terveydenhuollon palveluita tarvitsevat eivät saa niitä riittävästi.

Ennen vuoden 1972 Kansanterveyslakia suomalaisten ehkäisevät ja avosairaanhoidon palvelut perustuivat lähinnä kunnanlääkäri- ja neuvolajärjestelmiin ja niitä täydentäviin ohjelmiin, kuten tuberkuloosiseulontoihin. Kokonaisuutena järjestelmän palvelukyky oli nykypäivään verrattuna huono. Lääkäreiden määrä oli erittäin pieni, ja potilaat maksoivat suurimman osan lääkarissäkäynnin kustannuksista itse.

Väestölähtöistä terveyden edistämistä, ehkäisevää toimintaa ja sairaanhoitoa on 1970-luvulta lähtien kutsuttu kansanterveystyöksi. Kansanterveislain laatimisen ponttimena oli suuri epäsuhta väestön terveydentilan ja palvelujärjestelmän toiminnan välillä. Aikuisväestön elinajanodotteet olivat vielä 1960-luvun loppupuolella Euroopan matalimpien joukossa, suurimpana yksittäisenä selittäjänä sydän- ja verisuonitaudit. Niukasta lääkäri työvoimasta noin 90 prosenttia työskenteli sairaaloissa. Terveydenhuollolta puuttuivat rakenteet ja voimavarat väestölähtöiseen ennaltaehkäisevään toimintaan.

Kansanterveislain myötä kunnanlääkärijärjestelmä purettiin, ja jokainen kunta veloitettiin perustamaan terveyskeskus yksin tai yhdessä naapurikuntien kanssa. Terveyskeskukseen koottiin yhteen yleislääkäreiden vastaanotot, neuvolat, hammashuolto, kouluterveydenhuolto ja myös pitkäaikainen vuodeosastohoito.

Seuraavat vuodet olivat terveyskeskusjärjestelmän kasvun aikaa. Jo muutamassa vuodessa kansanterveystyön lääkäreiden määrä kolminkertaistui. Reilussa kymmenesä vuodessa kansanterveystyön osuus terveydenhuollon voimavaroista kasvoi runsaasta 10 prosentista yli 40 prosenttiin. 1980-luvulla kasvu jatkui myös siten, että uusia toimintoja liitettiin osaksi terveyskeskusten palvelukirjoa.

Vaikka suurimmat työnantajat olivat tarjonneet työterveyspalveluja jo 1900-luvun alkupuolelta lähtien, työterveyshuollon laaja-alainen kehittyminen alkoi 1970-luvulla. Jo 1960-luvulla osa kustannuksista korvattiin yrityksille sairausvakuutuksen kautta, mutta työmarkkinajärjestöjen väliset sopimukset ja Työterveyslaki (1978) loivat pohjan kattavamman järjestelmän luomiselle.

Perusterveydenhuollon nopean kehittymisen mahdollisti sen toteutus valtion ja kuntien yhteisenä ponnistuksena. Vaikka terveyskeskukset ovatkin kuntien toimintaa, valtio osallistui korvamerkityillä valtionosuuksilla niiden kehittämiseen. Valtionosuuden saamisen edellytys oli Lääkintöhallituksen hyväksymä viisi vuotta kattava suunnitelma, jossa määriteltiin yksityiskohtaisesti terveyskeskuksen investointeihin ja henkilöstöön liittyvät voimavarat. Näin valtiovalta varmisti muun muassa sen, että voimavarojen tasapaino maan eri osien ja myös terveydenhuollon tasojen välillä säilyi.

Uusi jakso suomalaisen perusterveydenhuollon kehityksessä alkoi vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen myötä. Lääkintöhallitusta seurannut Sosiaali- ja terveyshallitus lakkautettiin, ja kaikki valtionosuudet ryhdyttiin maksamaan kunnalle ilman korvamerkintää. Kunnat jäivät entistä enemmän omilleen myös siksi, että 1990-luvun alun lamaa seuranneina vuosina valtionosuuksien osuus terveydenhuollon kustannusten kattamisessa pieneni merkittävästi.

Kunnallisen perusterveydenhuollon asema osana terveydenhuollon kokonaisuutta on vähitellen heikentynyt 1990-luvulta lähtien. Vuosituhannen vaihteen jälkeen terveyskeskukset ovat esimerkiksi turvautuneet vuokralääkäreihin ja palvelujen ulkoistuksiin samaan aikaan kun työterveyshuolto on vahvistunut ja laajentunut voimakkaasti.

Seuraavassa tarkastellaan tutkimus- ja tilastotiedon valossa sitä, kuinka perusterveydenhuolto on parin viime vuosikymmenen aikana kehittynyt ja mikä sen tila on 2010-luvun alkupuolella. Tarkastelu luo osaltaan pohjaa niille johtopäätöksille, joita esitellään tämän raportin viimeisessä luvussa.

Määrä

Kaikki lääkärikäynnit yhteen laskien Suomessa asuvat käyvät lääkärissä keskimäärin runsaat neljä kertaa vuodessa eli noin kolmanneksen harvemmin kuin OECD-maissa keskimäärin. Perusterveydenhuollon lääkärikäyntejä ei tilastoida erikseen kansainvälisissä tietokannoissa.

Vuodesta 2001 vuoteen 2010 terveyskeskusten lääkärikäynnit vähenivät 10 miljoonasta noin kahdeksaan miljoonaan. Samaan aikaan käynnit terveyskeskusten muiden ammattihenkilöiden luona lisääntyivät 15 miljoonasta 19 miljoonaan. Vastaavat luvut työterveyshuollossa olivat kolmesta miljoonasta lähes neljään miljoonaan (lääkärikäynnit) sekä kahdesta ja puolesta runsaaseen kahteen miljoonaan (muut ammattihenkilöt).

Suuret muutokset terveyskeskusten tarjoamien palveluiden kokonaismäärissä eivät jakautuneet tasaisesti palvelumuodoittain. Lääkärikäyntien määrän lasku kohdistui yksinomaan avosairaanhoidon päivä- ja päivystyskäynteihin. Ehkäisevien palvelujen ja muiden erityispalvelujen yhteenlaskettu määrä säilyi siis ennallaan. Suuri lisäys käynneissä muiden ammattihenkilöiden luona koostuu lähes kokonaan tarkemmin luokittelemattomista käynneistä, joihin luettiin avosairaanhoidon asiakaskontaktit (45 % muutoksesta) sekä kotisairaanhoidon käynnit (41 %).

Saatavuus

Odotusaika on palvelujen saatavuuden luonteva konkreettinen osoitin. Suomalainen hoidon saatavuuden vähimmäistaso on asetettu lainsäädännön tasolla niin sanottuna hoitotakuuna. Sen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön on arvioitava hoidon tarve viimeistään kolmen päivän kuluttua.

Perusterveydenhuollon odotusaikoja on seurattu järjestelmällisesti hoitotakuun voimaan tulon jälkeen. Keväällä 2013 vain 15 prosenttia suomalaisista asui kunnassa, jossa lääkärin vastaanotolle pääsi alle kahden viikon odotusajalla. Peräti kolmanneksella odotusaika oli viisi viikkoa tai enemmän. Verrattuna aiempiin vuosiin tilanne oli entisestään huonontunut.

Kaksi kolmasosaa suomalaisista pääsi terveyskeskuksen hoitajan vastaanotolle keväällä 2013 kolmen päivän kuluessa. Myös hoitajan vastaanotolle pääsy on vaikeutunut aiempaan verrattuna.

Työterveyshuolto ei tilastoi odotusaikoja. Tilastointi olisikin käytännössä tarpeetonta, sillä merkittäviä odotusaikoja ei ole, ja lääkärin vastaanotolle pääsee usein samana päivänä.

Kohdentuminen

Riittävät terveyspalvelut on määritelty Suomessa perusoikeudeksi. Koska voimavarat ovat rajalliset, on terveyspolitiikan tavoitteena kohdentaa palvelut oikeudenmukaisesti eli kunkin henkilön tarpeen mukaisesti. Sen sijaan jakautuminen esimerkiksi tulotason mukaisesti on perustuslain vastaista.

OECD on julkaissut vuoden 2000 tietoihin perustuvan tutkimuksen lääkärikäyntien kohdentumisesta 26 maassa. Tutkimuksessa todettiin lääkärikäyntien jakautuvan epäoikeudenmukaisimmin kolmessa maassa, jotka olivat USA, Portugali ja Suomi. Sen jälkeen Suomessa on tehty samalla menetelmällä tutkimus, joka kattaa aikavälin 1987–2009. Sen mukaan tuloluokkien väliset erot lääkärikäyntien määrissä olivat 1980- ja 1990-luvuilla vielä suuremmat kuin OECD-tutkimuksen vuonna 2000, jonka jälkeen tilanne on pysynyt ennallaan.

Laatu ja vaikuttavuus

Kansainvälisissä vertailuissa käytettävissä olevia perusterveydenhuollon laatumittareita on vähän, ja ne kattavat hyvin kapeat alueet. Lähinnä tietoja on julkaistu seulontojen ja rokotusohjelmien kattavuudesta, ja näissä vertailuissa Suomi pärjää yleensä hyvin. OECD:n julkaisemassa rintasyöpäseulonnan kattavuusvertailussa Suomi on paras 26 maasta.

Kansallinen, systemaattinen tapa seurata perusterveydenhuollon laatua puuttuu. Kuntakohtaisesti tai kuntien yhteistyönä keräämät erillisaineistot viittaavat vahvasti siihen, että merkittävät laatuvaheet ovat yleisiä. Esimerkiksi pitkäaikaisten kansansairauksien hoitotulosten kannalta tärkeitä oheissairauksia tai lääkehoitoja kirjataan potilastietojärjestelmiin hyvin puutteellisesti. Tämä viittaa siihen, että myös tarpeellisten hoitojen todellinen toteutus ei ole kattavaa.

Vaikuttavuuden eli saavutetun terveyshyödyn mittaaminen perusterveydenhuollossa on menetelmällisesti hyvin vaativaa eikä sitä palvelevia tilastoja tuoteta. Yksi uusi tutkimusmenetelmä on analysoida perusterveydenhuollon keinoin vältettävissä olevaa kuolleisuutta kuolinsyyrekisterin pohjalta. Tässä tarkastelussa on tehty kaksi löydöstä: perusterveydenhuollon tuloksena estettävissä oleva kuolleisuus on koko väestöä tarkasteltaessa laskenut viime vuosina melko nopeasti, mikä viittaa vaikuttavuuden paranemiseen. Toisaalta suhteelliset erot eri sosioekonomisten ryhmien välillä ovat kasvaneet nopeasti, eli korkeammassa tuloluokissa tulokset paranevat muita paljon nopeammin. Näyttää siis ilmeiseltä, että hoitomuotojen kehityksen tuomat paremmat hoitotulokset eivät saavuta yhtäläisesti koko kansaa.

Kokonaisuutena arvioiden perusterveydenhuollon palvelujen laatua koskeva tietopohja on liian suppea. Ihmisten elämään voimakkaasti vaikuttavan ja miljardeja euroja maksavan järjestelmän seurantatiedot on tuotava kuluvan vuosisadan edellyttämälle tasolle.

Asiakaslähtöisyys

Yksi asiakaslähtöisyyden ulottuvuuksista on tyytyväisyys saatuihin palveluihin. Perinteisesti suomalaiset ovat olleet terveydenhuollon palveluihin tyytyväisempiä kuin useimpien muiden maiden asukkaat. Tämä kuva alkoi muuttua viimeistään vuonna 2007 kerätyn koko EU:n kattavan vertailuaineiston myötä. Erikoissairaanhoidon palvelujen laatua arvioidessa suomalaiset olivat tyytyväisimpien eurooppalaisten joukossa, vaikka suhtautuivatkin sen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin muita kriittisemmin. Yleislääkäripalvelujen laatuun oltiin Suomessa hieman tyytymättömämpiä kuin muualla. Kustannuksiin oltiin keskimääräistä tyytymättömämpiä, ja yleislääkäripalvelujen saatavuutta arvioitaessa Suomi sijoittui 24:ksi 27 EU-maan joukossa.

Henkilöstö

Terveyspalveluiden henkilöstön kokonaismäärä oli vuonna 2010 noin 180 000. Määrä oli kasvanut edellisten kymmenen vuoden aikana 15 prosenttia. Lääkäreiden määrä kasvoi 24 prosenttia, kokonaismäärän ylittäessä 20 000 lääkärin rajan. Noin 60 prosenttia kasvusta kohdentui yksityispalveluihin (mukaan luettuna yksityinen työterveyshuolto ja työvoiman vuokraus), noin kolmanneksen suuntautuessa sairaaloihin. Samana ajanjaksona lääkäreiden määrä kunnallisissa terveyskeskuksissa väheni kolme prosenttia.

Sairaanhoitajien (mukaan luettuna terveydenhoitajat ja kättilöt) kokonaismäärä kasvoi samaan aikaan 28 prosentilla saavuttaen 75 000 rajan. Kasvusta runsas puolet kohdentui sairaaloihin ja neljännes sosiaalipalveluihin. Terveyskeskusten sairaanhoitajamäärä kasvoi vajaalla tuhannella henkilöllä, mikä vastasi kuutta prosenttia kokonaismäärän nettokasvusta. Lähihoitajien/perushoitajien määrä kasvoi peräti yli 30 000 henkilöllä. Tämä kasvu kohdentui lähinnä sosiaalipalveluihin.

Palveluista aiheutuneet kustannukset

Vuonna 2011 kunnallisen perusterveydenhuollon kokonaiskustannukset (pois lukien työterveys-, opiskelija- ja hammashuolto) olivat 3 174 miljoonaa euroa, josta avohoidon osuus oli 1 914 miljoonaa euroa. Työterveyshuollon kustannukset olivat 689 miljoonaa euroa.

Vuoden 2011 hinnoin vertaillen kustannusten nousu vuosina 1995–2011 oli kunnallisen perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa 17 prosenttia ja avohoidossa 39 prosenttia. Koko työterveyshuollossa kustannukset nousivat samana ajanjaksona 106 prosenttia. Vertailukohdan tarjoaa erikoissairaanhoidon kustannusten nousu, joka oli 52 prosenttia.

Kustannusten kasvu ei jakautunut tasaisesti terveyskeskusten eri toimintoihin. Mielenterveyshoidon kustannukset lähes nelinkertaistuivat, mutta tämä selittyi lähinnä organisaatiomuutoksilla, joissa erikoissairaanhoidon toimintaa siirrettiin osaksi perusterveydenhuoltoa. Suurinta kasvu oli hoitajien vastaanotto toiminnassa (128 %). Myös laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kustannukset kaksinkertaistuivat. Kotisairaanhoito kasvoi kustannuksilla mitaten noin 70 prosenttia. Neuvoloiden kasvu oli 21 prosenttia ja kouluterveydenhuollon 5 prosenttia.

Ainoa terveyskeskusten toiminto, jonka kustannuksissa ei nähty lainkaan kasvua oli lääkäreiden ajanvarausvastaanotot. Nämä muodostivat vuonna 1995 yli puolet (53 %) terveyskeskusten avohoidon kustannuksista, kun niiden osuus vuonna 2011 oli enää 39 prosenttia.

Mitä luvut kertovat?

Määrälliset tilastotiedot osoittavat selvästi, kuinka eri tahdissa perusterveydenhuollon eri osat ovat kehittyneet. Samalla kun kunnalliset terveyskeskukset ovat kehittyneet hitaasti, työterveyshuolto on kasvanut voimakkaasti. Myös terveyskeskusten sisällä eri palvelumuodot ovat kehittyneet eri tavoin. Hoitohenkilökunnan vastaanottoiminta ja kotisairaanhoido ovat kasvaneet, ehkäisevien palvelujen määrä on pysynyt karkeasti ennallaan ja avosairaanhoidokäynnit lääkäreiden vastaanotolla ovat vähentyneet. Kuva on yhtäläinen niin palveluiden määrien kuin voimavarojen kohdentumisen pohjalta arvioituna.

Osittain kehitys on ollut kansallisten tavoitteiden suuntaista. Niukkojen voimavarojen tilanteessa on kyetty priorisoimaan ehkäiseviä palveluja, ja hoitohenkilöstön osaamista on hyödynnetty huomattavasti aiempaa enemmän. Myös kotiin annettavien palvelujen lisääntyminen on ollut asetettujen tavoitteiden mukaista. Kuntalaisten laajasti kokema ongelma liittyy kiireettömien syiden vuoksi tarjottaviin lääkärin vastaanottopalveluihin, jotka jäävät selvästi alle vakiintuneiden standardien. Tämä johtaa käytännössä kohonneisiin kustannuksiin ja vaillinaiseen laatuun, kun päivystysvastaanottojen aikapaineissa ratkotaan sinne kuulumattomia ongelmia.

Toinen kipukohta liittyy palvelujen kohdentumiseen. Suurin osa palveluja eniten tarvitsevista on työvoiman ja siksi myös työterveyshuollon palvelujen ulkopuolella. Työterveyshuollon erittäin hyvä palvelukyky tarjoaa terveimmälle kansanosalle peruspalvelujen lisäksi nopean reitin kunnalliseen erikoissairaanhoidon.

Kokonaisuutena arvioiden perusterveydenhuollon palveluja koskeva laatu on liian puutteellista. Saatavissa oleva tieto kansalaisten tyytyväisyydestä ja hoitotulosten eroista viittaa vahvasti siihen, että laatu voisi olla selvästi nykyistä korkeampi.

Peruspalveluja ja terveyskeskuksia korostavista julistuksista huolimatta kunnallisen perusterveydenhuollon henkilöstökehitys on ollut heikkoa. Terveyskeskusten henkilöstön määrä on kasvanut runsaan kymmenen viime vuoden aikana huomattavasti, mutta vain murto-osa kasvusta on kohdistunut terveyskeskuksiin, joissa lääkäreiden määrä on jopa hiukan pienentynyt.

Kirjallisuutta

Health and long-term care in the European Union. Special Eurobarometer 283 /Wave 67.3 – TNS Opinion & Social. European Commission 2007.

Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2012. Suomen virallinen tilasto 2012 / Sosiaaliturva. Terveys ja hyvinvoinnin laitos 2013. ISSN 1799-6430.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2010. Tilastoraportti 10/2013, Terveys ja hyvinvoinnin laitos. ISSN 1798-0887.

Terveyskeskusten menot ja rahoitus 2011. Tilastoraportti 6/2013, Terveys ja hyvinvoinnin laitos. ISSN 1798-0887.

2 Työterveyshuollon kehitys ja nykytila

Työterveyslain säätäminen 1970-luvun lopulla, sairausvakuutuksesta työnantajalle maksetut korvaukset sekä työmarkkinajärjestöjen tuki ovat luoneet työterveyshuollosta yhä suuremman osan suomalaista terveydenhuoltoa. Työterveyshuollon ydintehtäviä ovat olleet ennaltaehkäisy ja työstä johtuvien riskien ehkäisy, mutta käytännössä avosairaanhoito on muodostanut yhä suuremman osuuden sen toiminnasta. Työterveyshuollon suurimmat haasteet liittyvät työelämän jatkuvaan muutokseen sekä toiminnan sovittamiseen yhteen muun perusterveydenhuollon kanssa.

Työterveyshuolto syntyi Suomessa samalla tavalla kuin monissa muissa länsimaissa. Jo 1900-luvun alussa suuret teollisuusyritykset halusivat varmistaa työvoimansa työkykyä tarjoamalla ensin sairaanhoitoa ja esimerkiksi rokotuksia ja myöhemmin työhön liittyvien terveysriskien ennaltaehkäisyä. Vuosikymmenten mittaan työterveyspalveluja tarjoavien työpaikkojen määrä kasvoi, mutta koska palvelu perustui vapaaehtoisuuteen, sen kattavuus vaihteli suuresti toimialoittain ja työnantajan koon mukaan.

Suurin yksittäinen nykyiseen työterveyshuoltoon johtanut uudistus oli vuonna 1978 säädetty Työterveyshuoltolaki. Sen yleisinä tavoitteina oli varmistaa työterveyshuollon kattavuus toimialasta riippumatta sekä ennaltaehkäisyn ja työstä johtuvien riskien torjunnan ensisijaisuus. Viime mainittujen lisäksi työnantajille annettiin vapaaehtoinen mahdollisuus myös jatkaa sairaanhoidon peruspalvelujen tarjoamista työntekijöille. Yksi tähän vaikuttaneista tekijöistä oli se, että jo laajaa tehtaanlääkärijärjestelmää ei haluttu lakkauttaa.

Työterveyshuollon kehitys mittavaksi osaksi suomalaista perusterveydenhuoltoa on kunnianhimoisen lainsäädännön lisäksi perustunut Kelan työtulovakuutuksen kautta maksettuihin korvauksiin työnantajalle aiheutuneista kustannuksista sekä työmarkkinajärjestöjen vankkaan tukeen järjestelmän kehittämiseksi. Työterveyslaitos on samalla kehittynyt vahvaksi kansalliseksi osaamisen keskittymäksi, mikä on ollut merkittävä lisätuki järjestelmän kehitystyölle.

Kelan korvaustilastojen mukaan työterveyshuollon piirissä oli vuonna 2011 ennakkotietojen mukaan 1 847 000 toisen palveluksessa toimivaa työntekijää, mikä vastaa 86 prosenttia palkansaajista. Valtaosalla (94 %) näistä työntekijöistä palveluihin kuului myös avosairaanhoito. Edellisten lisäksi runsaat 40 000 yrittäjää on järjestänyt

itselleen työterveyshuollon. Heikoimmin palvelu kattaa yrittäjät sekä maa- ja metsätalouden työntekijät. Myös työpaikan koko on voimakkaassa yhteydessä kattavuuteen: vähintään 50 hengen organisaatioissa työskentelevistä työterveyshuolto on järjestetty 97 prosentille, kun alle 10 hengen työpaikoissa vastaava osuus on vain 63 prosenttia.

Lääkärikeskukset ovat pitkään kasvattaneet markkinaosuuttaan niin, että lähes puolet työterveyshuollon piirissä olevista käyttää niiden palveluja. Terveyskeskusten markkinaosuus on pienentynyt kunnallisten liikelaitosten lisääntymisen myötä. Yritysten itsensä omistamien työterveysasemien osuus on viime vuosina pienentynyt.

Työterveyshuollon henkilöstöä koskeva tilastotieto on monimuotoisen tuottajakunnan takia jonkin verran epätarkkaa. Päätoimisesti työterveyshuollossa toimii noin 1 800 lääkäriä niin, että henkilötyövuosina laskettuna voimavarat ovat noin 1 350 henkilötyövuotta. Karkeasti arvioiden puolet tästä panoksesta on työterveyshuollon erikoislääkäreiden ja toinen puoli (useissa tapauksissa työterveyshuollon pätevyyskoulutuksen saaneiden) yleislääkäreiden työaika.

Työterveyshuollon huomio muuttuvaan työelämään

Työterveyshuoltolakia on uudistettu 1990- ja 2000-lukujen alkuvuosina, sairausvakuutuksen korvauserusteita on muutettu toistuvasti ja työterveyshuollon sisältöä on linjattu päätösten ja oppaiden avulla. Työterveyshuollon jatko- ja täydennyskoulutukseen on myös panostettu merkittävästi. Kaikissa toimenpiteissä on ollut punaisena lankana työhön liittyvien sairauksien ja työkyvyttömyyden ennaltaehkäisyn ensisijaisuus. Samalla on pyritty huomioimaan työelämän laaja-alaiset muutokset. Jälkiteollisessa yhteiskunnassa työn fyysisten riskitekijöiden merkitys on vähentynyt, kun taas työn psyykkiset riskitekijät sekä työpaikkojen sosiaalisiin suhteisiin liittyvät tekijät ovat korostuneet. Työhyvinvoinnin nähdään hahmottuvan yksilön, hänen ympäristönsä sekä työhön liittyvän moniulotteisen yhteisön vuorovaikutuksena.

Strategisista ohjaustoimenpiteistä huolimatta sairaanhoito on ollut viime vuosina nopeimmin kasvava työterveyshuollon osa-alue. Vuodesta 1995 vuoteen 2010 kaikkien sairaanhoitokäyntien määrä kasvoi noin 3,5 miljoonasta noin 5 miljoonaan. Lääkärikäyntien kasvu oli vielä jonkin verran nopeampaa niin, että vuonna 2010 työterveyshuollossa tehtiin yli 3,3 miljoonaa sairaanhoitokäyntiä lääkärille. Tämä vastasi karkeasti noin puolta kokonaiskäyntimäärästä terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkärin vastaanotoilla. Työelämän uusista haasteista huolimatta esimerkiksi psykologien tai fysioterapeuttien määrä työterveyshuollossa ei ole merkittävästi lisääntynyt.

Työterveyshuollon kaksi suurta tulevaisuuden haastetta liittyvät toisaalta työelämän jatkuvaan muutokseen, toisaalta toiminnan yhteen sovittamiseen muun perusterveydenhuollon kanssa. Globaalissa talousjärjestelmässä tuotannollinen toiminta siirtyy yhä enemmän halvemmän työvoiman maihin. Tuottavuuden ja koko kansan-

talouden kestävä kehityksen on silloin perustuttava korkean osaamisen tuotteisiin ja palveluihin. Työvoiman kriittinen merkitys korostuu myös siksi, että työvoima ikään-tyy. Hitaan talouskehityksen, korkean nuorisotyöttömyyden ja epätyypillisten työsuh- teiden yleistymisen olosuhteissa työkyvyn ylläpito ja mahdollisimman varhainen pa- louttaminen ovat vaikeita mutta ensiarvoisen tärkeitä toimintoja.

Työterveyshuollon ja muun perusterveydenhuollon yhteensovittamisen haasteet näkyvät erityisesti kunnallisten terveyskeskusten palvelujen rapautumisena. Niukan voimavarakehityksen puitteissa terveyskeskukset ovat keskimäärin kyenneet melko hyvin turvaamaan tärkeimmät ehkäisevät palvelut, esimerkkeinä neuvolat sekä koulu- lais- ja opiskelijaterveydenhuolto. Kuten tämän raportin luvussa 1 todettiin, suurim- mat ongelmat näkyvät terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkärikäyntien kohtuut- tomina odotusaikoina. Epäsuhta pääsyssä työnantajan järjestämään sairaanhoitoon verrattuna pääsyyn terveyskeskusten vastaaviin palveluihin on johtanut terveysto- litiikan tavoitteiden kannalta kestävämmään tilanteeseen. Suomessa lääkäripalvelut kohdentuvat poikkeuksellisen paljon tulotason ja työmarkkina-aseman mukaan.

Kirjallisuutta

- Kelan työterveyshuoltotilasto 2010. Suomen vi- rallinen tilasto 2012 / Sosiaaliturva. Kan- saneläkelaitos, Tilastoryhmä Helsinki 2012. ISSN 1795-8660.
- Räsänen, Kimmo. Työterveyshuolto. Kirjas- sa: Aromaa, Huttunen, Koskinen, Teperi (toim.). Suomalaisen terveys, Kustannus Oy Duodecim, Saarijärvi 2005. ISBN 951- 656-073-3.
- Työ – ja terveyshaastattelututkimus 2009. [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_ suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_ haastattelututkimus_2009.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_ haastattelututkimus_2009.pdf) Työterveys- laitos, Helsinki 2010.
- Virtanen, Pekka. Työterveyshuolto: sairaanhoi- tovaltaisuutta ja liikelaitostumista. Kirjas- sa Sihto, Palosuo, Topo, Vuorenkoski, Lep- po. Terveystoiminnan perusta ja käytännöt. Terveystoiminnan ja hyvinvoinnin laitos, Tampere 2013. ISBN 978-952-815-5.

3 Palveluintegraatio sosiaali- ja terveydenhuollossa

Integraatio eli yhteensovittaminen on sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämisen kansainvälinen valtasuuntaus. Yhteensovittamisella viitataan sekä hallinnolliseen ja organisaatioiden että palveluprosessien integraatioon. Nykyisin hyvinvointiongelmat ovat valtaosaltaan pitkäaikaisia, monimuotoisia ja vaikeasti hoidettavia. Siksi asiakaslähtöinen palvelujen yhteensovittaminen on edellytys sekä laadukkaille että kustannuskehitykseltään kestäville palveluille. Aitoon palvelujen integraatioon kykenevät riittävän vahvat palvelujen järjestäjät, jotka ohjaavat kaikkia voimavaroja samojen tavoitteiden suuntaan.

Sosiaali- ja terveydenhuollon aiemmin erillisinä toimineiden osien yhteensovittaminen, palveluintegraatio, on noussut palvelujärjestelmän kehittämisen keskeiseksi teemaksi lukuisissa maissa. Ilmiön taustalla on epäsuhta ihmisten tarpeiden ja järjestelmän toimintamallien välillä. Hoitoja tuottavan järjestelmän toimintamallit eivät ole merkittäväällä tavalla uudistuneet, vaikka lääketieteellinen teknologia on edennyt nopeasti tuottaen yhä uusia hoitomenetelmiä

Vielä toisen maailmansodan jälkeen tarttuvat taudit olivat yksi merkittävimpiä väestön terveysongelmia. Monien pitkäaikaissairauksien hoito rajoittui myöhäisten vaiheiden oireenmukaiseen hoitoon ilman todellisia mahdollisuuksia puuttua sairauden kulkuun.

Samalla kun aiemmin vakavasti vammauttavia ja ennenaikaiseen kuolemaan johtavia sairauksia on opittu hoitamaan aivan uusilla tavoilla, väestön hyvinvointitarpeet ovat muuttaneet muotoaan. Valtaosa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeista liittyy monimuotoisiin ongelmiin, jotka eivät ole määritettävissä yksittäisinä diagnoosina. Väestön vanhetessa yhä useampi kansalainen elää arkeaan usean pitkäaikaisen sairauden kanssa. Näissä tilanteissa yleinen elämänhallinta, elinympäristön toimivuus ja lähiverkostojen tuki ovat tärkeimpiä avaimia hyvinvointiin. Mielen terveyden, päihteenkäytön ja sosiaalisten suhteiden ongelmat kietoutuvat vyyhdeiksi, joita ei voi lähestyä kapeiden erityispalveluiden avulla. Jos haavoittuvia lapsia ja heidän perheitään ei kyetä tukemaan ajoissa laaja-alaisesti, uhkana on inhimillisesti ja taloudellisesti hyvin raskas syrjäytymisen sekä kalleimpien palvelujen pitkäaikainen käyttö.

On monta syytä, miksi paikallisissa yhteisöissä toimivat palvelut ovat ainoa kestävä ratkaisu edellä kuvatun kaltaisiin hankaliin hyvinvointiongelmiin. Ne ovat riittävän lähellä kansalaisen arkea kyetäkseen ehkäisemään ongelmien syntyä tai niiden pahenemista. Samalla ne voivat välttää hyvinvointiongelmiin tarpeettoman lääketieteellistämisen, joka voi johtaa yhtä aikaa huonoihin kokonaistuloksiin ja korkeisiin kustannuksiin. Asiakkaan elämään sovitetuilla täsmätoimilla, joissa hyödynnetään asiakkaan ja hänen lähiyhteisönsä sosiaalisia verkostoja, voidaan antaa tärkeää tukea kohtuullisin kustannuksin.

Samalla kun uudelleen suuntautuneet peruspalvelut kykenevät ehkäisemään kansalaisen hyvinvointiongelmiä ja niiden pahenemista ennalta, niiden täytyy kyetä tarjoamaan tarvittaessa välitön pääsy korkean osaamisen erityispalveluihin. Jos hallinnolliset rakenteet, taloudelliset kannustimet tai toimintakulttuurin vanhanaikaisuus nostavat kynnyksen peruspalvelujen ja erityispalvelujen välillä korkeaksi, palvelujen kokonaisuus ei muodosta kansalaisen kannalta eheästi toimivaa kokonaisuutta.

Integraatiota tarvitaan eri tasoilla

Palveluintegraatiota edistettäessä on tunnistettava yhteensovittamisen eri tasot. Pelkkä hallinnollinen yhteensovitus, kuten sosiaali- ja terveystieteiden saattaminen yhden lautakunnan alaisuuteen, ei yksin tuota lisäarvoa. Myös organisaatioiden rakenteiden on edistettävä palvelujen yhteensovittamista. Yhteen sovitettu rakennekin on vasta väline, jonka turvin varsinainen palveluprosessien integrointi voidaan toteuttaa.

Jos palveluintegraatiota edistetään vain organisatorisesta näkökulmasta, päädytään usein keskusteluun kahdesta kilpailevasta yhteensovittamisen suunnasta. Vertikaalisella integraatiolla viitataan yleensä erityistason ja perustason palvelujen yhteensovittamiseen (esim. erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon), ja horisontaalisella integraatiolla viitataan puolestaan rinnakkaisten sektoreiden (esim. perusterveydenhuolto ja sosiaalipalvelut) yhteensovittamiseen. Organisatorisesta näkökulmasta katsottaessa näitä suuntia pidetään usein toisensa pois sulkevinä vaihtoehtoina.

Jos palveluintegraatiota edistetään vain prosessien näkökulmasta, päädytään usein yhtä sairautta tai muuta yksittäistä hyvinvointiongelmaa koskevaan malliin. Useiden ongelmien kanssa elävien tehtäväksi jää silloin itse koota erilaisista palvelujärjestelmän tuottamista väliintuloista yhteen sovitettu kokonaisuus.

Uusi tapa jäsentää palvelujen yhteen sovittamista yhdistää organisaatio- ja prosessinäkökulmat. Asiakaslähtöisessä integraatiossa kunkin asiakkaan yksilölliset tarpeet ovat palvelukokonaisuuden lähtökohta. Asiakkaan, hänen sosiaalisen verkostonsa ja paikallisen yhteisön voimavarat nähdään keskeisenä osana ratkaisua. Huolellisen tilannekuvan luomiseen osallistuu aina tarvittaessa lääkäri, mutta pitkäaikaisen palvelusuunnitelman toteuttajina toimii tarpeiden mukaan valittu ammattilainen tai ammattilaisten ryhmä. Palvelusuunnitelman mukaisessa tuessa hyödynnetään moni-

muotoista palveluvalikkoo, johon kuuluvat esimerkiksi tietoverkon kautta annettavat palvelut, ryhmävalmennukset ja tarpeen mukaan kohdennetut ammattilaisten antamat yksilölliset palvelut.

Sekä Suomessa että muualla saatujen kokemusten mukaan asiakaskohtaisesti räätälöidyt palvelut voivat sekä parantaa palvelujen laatua että säästää kustannuksia. Kun tarkastellaan koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa kokonaisuutena nähdään, että noin 10 prosenttia asiakkaista käyttää yli 80 prosenttia voimavaroista. Kohdentamalla voimavaroja mahdollisimman aikaisessa vaiheessa juuri näiden asiakkaiden palvelukokonaisuuden räätälöintiin, voidaan tämä sijoitus voittaa pitemmällä aikajänteellä moninkertaisesti takaisin.

Kun eniten palveluita tarvitsevan ryhmän palvelut suunnitellaan huolella ja toteutetaan uudella tavalla palvelumallein, usein niukinta voimavaraa, eli lääkäriyövoimaa, säästyy välttämättömiin tehtäviin. Lääkärin työpanosta tarvitaan toisaalta edellä mainitussa intensiivisen tuen tarpeen kartoittamisessa, toisaalta erilaisten kertaluontoisten ja usein ripeää puuttumista edellyttävien ennakoimattomien ongelmien hoidossa.

Suomella on jo kokemusta asiakaslähtöisestä palveluintegraatiosta. Suomalainen terveyskeskus on perinteisesti yhdistänyt samaan organisaatioon laajan joukon eri ammattiryhmien osaajia tavalla, johon useimmissa muissa maissa vasta pyritään. Usein samaan organisaatioon on myös liitetty sosiaalipalvelut. Tätä mahdollisuutta tulisi kyetä hyödyntämään asiakkaiden kannalta paljon nykyistä tehokkaammin. Samalla Suomessa tulee irtautua terveydenhuollon jaetusta järjestämisvastuusta kuntien ja sairaanhoitopiirien välillä ja kaataa näin erikoissairaanhoidon ja peruspalveluiden välinen raja-aita.

Palveluintegraatio on edellytys sille, että järjestelmä kykenee vastaamaan tulevien vuosien palvelutarpeisiin kestäväällä tavalla. Aivan uudet palvelumallit ja niiden ketterät tuotantomallit tarvitsevat perustakseen kunnianhimoiset organisatoriset uudistukset. Kaikki voimavarat tulee ohjata samaan, asiakkaan kannalta mielekkäitä kokonaisuuksia luovaan suuntaan. Kannustimet ja muut ohjauksen välineet tulee valjastaa tukemaan palveluiden aitoa integraatiota.

Kirjallisuutta

- Analyyysi: 10 % oululaisista saa aikaan 81 % kaupungin sote-kustannuksista. Nordic Health Care Group 2013. <http://nhg.fi/uutiset.php?aid=16414>
- Incentivising Integrated Care. Eurohealth Vol 19(2), 2013 (Teemanumero).
- Lillrank, Paul. Integration and coordination in healthcare: an operations management view, *Journal of Integrated Care*, Vol. 20 (2012) Iss: 1, pp.6 – 12.
- Van Houdt Sabine, Heyrman Jan, Vanhaecht Kris, Sermeus Walter, De Lepeleire Jan. An in-depth analysis of theoretical frameworks for the study of care coordination. *Int J Integr Care* 2013; Apr–Jun, URN:NBN:NL:UI:10-1-114598.

4 Rahoitus- ja järjestämisvastuun uudistukset Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmissä

Pohjoismaiden terveydenhuollossa on viime vuosina nähtävissä useita yhteisiä kehityskulkuja. Palvelujen järjestämisvastuu on siirtymässä väestöltään suuremmille järjestäjätahoille, joiden taloudellinen kantokyky ja osaaminen ovat aiempaa parempia. Palvelujen järjestäminen ja tuottaminen eriytyvät ja palvelujen tuottajakunta laajenee ja monipuolistuu. Potilaiden asemaa ja hoidon asiakaslähtöisyyttä parannetaan lisäämällä asiakkaan valinnanvapautta. Läpinäkyvyyttä lisätään tuottamalla aiempaa enemmän vertailukelpoista tietoa palvelujen laadusta, saatavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. Laadusta ja potilasturvallisuudesta on muodostumassa keskeinen kilpailutekijä.

Seuraavassa kuvataan terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuuta ja näihin liittyviä viimeaikaisia uudistuksia Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa sekä arvioidaan niiden hyödyllisyyttä Suomen terveydenhuoltoa kehitettäessä. Islanti on jätetty tarkastelun ulkopuolelle, sillä väestön ja terveydenhuoltojärjestelmän pienuuden takia sen järjestelmäratkaisuja ei voida helposti vertailla ja soveltaa Suomen olosuhteisiin.

Terveydenhuoltojärjestelmät pääpiirteittäin

Terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta oli OECD:n raportoimien vuoden 2011 lukujen mukaan Tanskassa 10,9 %, Norjassa 9,3 %, Ruotsissa 9,5 % ja Suomessa 9,0 %. Terveydenhuollon kokonaiskustannuksista katettiin julkisin varoin Tanskassa 85,3 %, Norjassa 84,9 % ja Ruotsissa 81,6 %. Vastaava julkisen rahoituksen osuus oli Suomessa vertailumaita pienempi, 75,4 %.

Kansainvälisissä vertailuissa Pohjoismaat ovat terveydenhuollon vaikuttavuudessa kärkipäässä, etenkin jos mittareina käytetään yleisluontoisia terveysindikaattoreita kuten eliniän ennustetta, lapsikuolleisuutta, jne. Jos tarkastelu kavennetaan terveiden elinvuosien odotteeseen, Suomi poikkeaa muista Pohjoismaista heikommalla terveysennusteella.

Pohjoismaisissa sairaaloiden tuottavuusvertailuissa Tanska, Norja ja Ruotsi ovat jääneet Suomen taakse. Eroja on selitetty muun muassa Suomen matalammilla henkilöstökustannuksilla, erilaisilla kustannusten laskentaperiaatteilla sekä mahdollisilla eroilla tutkimustoiminnassa. Siitä eroavatko tuotetut sairaalapalvelut sisällöllisesti tai laadullisesti toisistaan ei ole selkeää näyttöä.

Terveydenhuollon järjestämisvastuu on Pohjoismaissa perinteisesti ollut samoissa käsissä kuin vastuu palveluiden rahoituksesta ja suuri osa palvelutuotantoa. Suomessa pääasiallinen järjestämisvastuu on kunnilla ja Ruotsissa 20 maakäräjäalueella (landsting) tai näiden yhteenliittymällä (regioner). Samankaltaisia periaatteita noudattaen Tanskassa vastuu oli aiemmin 14 maakunnalla (amter) ja Norjassa 19 läänillä (fylken). 2000-luvulla toteutettujen uudistusten yhteydessä niin rahoitus- kuin järjestämisvastuita on kuitenkin huomattavasti muutettu (Taulukko 1).

Tanskan rakenneuudistuksessa vuosina 2005–2007 terveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi viidelle uudelle alueelliselle toimijalle (regioner). Rahoitusvastuu on eriytetty pääasiassa valtiolle, mutta pienemmässä määrin myös kunnille.

Norjan perusterveydenhuollon uudistuksen (2001) ja sairaalauudistuksen (2002) seurauksena terveydenhuollon järjestämisvastuu on jaettu valtion ja kuntien kesken. Valtio rahoittaa ja järjestää erikoissairaanhoidon palvelut neljän alueellisen toimijan (Regionale Helseforetak) kautta. Kunnilla on perusterveydenhuollon palveluiden järjestämisvastuu. Näiden palveluiden rahoitus on jaettu kuntien ja valtion kesken.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmä ei ole käynyt läpi samanlaista rakenteellisia uudistuksia kuin Tanskan ja Norjan järjestelmät. Vaikka Ruotsissa terveystalot tuotetaan jo nyt huomattavasti suuremmilla väestöpohjilla kuin Suomessa, aluetason uudistusta selviteltiin laajasti muutama vuosi sitten, ja siitä keskustellaan edelleen ajoittain. Samanaikaisesti väestöpohjaisessa ajattelussa on tapahtunut muutoksia vuonna 2010 voimaan tulleen perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistuksen seurauksena. Uudistuksen levitessä erikoissairaanhoidon muutosvaikutukset vahvistunevat entisestään.

Taulukko 1. Terveydenhuollon uudistuksia Pohjoismaissa 2000-luvulla.

Norja	Listalääkäriuudistus 2001, Sairaalariformi 2002, Yhteistoimintareformi 2012 Fastlegeordningen, Sykehusreformen, Samhandlingsreformen
Tanska	Rakenneuudistus 2005–2007 Strukturreformen
Ruotsi	Laki valinnanvapausjärjestelmistä 2009, Valinnanvapaus perusterveydenhuollossa 2010 Lagen om valfrietssystem (LOV), Vårdval i primärvården

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu Pohjoismaissa.

	Ruotsi	Norja	Tanska	Suomi
Erikois-sairaanhoito	20 maakäräjä- aluetta (+ 1 kunta)	4 aluetta	5 aluetta	320 kuntaa (21 shp)
Perus- terveydenhuolto	20 maakäräjä- aluetta (+ 1 kunta)	428 kuntaa	5 aluetta	320 kuntaa
Sosiaalihuolto	290 kuntaa	428 kuntaa	98 kuntaa	320 kuntaa

Pohjoismaisessa vertailussa terveydenhuollon järjestämisvastuu on Suomessa hajautettu poikkeuksellisen monelle pienelle toimijalle (Taulukko 2). Tämä koskee erityisesti erikoissairaanhoidon palveluita. Suomen lisäksi Norjassa kunnat ovat järjestämisvastuussa perusterveydenhuollon palveluista. Kaikissa Pohjoismaissa kunnilla on keskeinen vastuu sosiaalipalveluiden järjestämisestä. Kuntakoko Tanskassa ja Ruotsissa on kuitenkin merkittävästi suurempi kuin Suomessa.

Terveydenhuollon rakenneuudistukset

Tanska

Tanskassa toteutettiin vuosina 2005–2007 terveydenhuoltojärjestelmän perusteellinen rakenneuudistus, jonka seurauksena terveydenhuollon pääasiallinen järjestämisvastuu siirtyi 14 maakunnalta (amter) viidelle alueelliselle toimijalle (regioner). Vaikka näillä on alueellisesti valittu poliittinen johto, niillä ei ole verotusoikeutta, ja terveydenhuollon rahoituksesta vastaa suurimmaksi osaksi valtio.

Uudistetun tehtäväjaon myötä Tanskan viisi aluetta ovat järjestämisvastuussa sekä perusterveydenhuollosta että erikoissairaanhoidosta ja psykiatrisesta sairaanhoidosta. Alueet huolehtivat myös aikuisten hammashoidosta ja fysioterapiasta. Kuntien tehtäviin kuuluu ehkäisevä hoito, terveyden edistäminen, lasten hammashoito, koulu-terveydenhuolto ja kotisairaanhoito. Myös kroonisten sairauksien komplikaatioiden ehkäisy katsotaan osittain kuntien tehtäväksi. Kuntoututuksesta huolehtivat pääasiassa kunnat, vaativa kuntoutus hoidetaan kuitenkin alueiden toimesta.

Uudistuksen läpivientä edelsi Tanskassa mittava selvitystyö, jonka tulokset viittasivat julkishallinnon uudistustarpeisiin sekä taloudellisista että laatu- ja köyhyysnäkökohdista lähtien. Tanskan hallitus argumentoi uudistuspaketin puolesta muun muassa lupamalla korkeampaa palvelulaatua ilman veronkorotuksia. Erikoissairaanhoidossa enustettiin — suurempien alueiden ja palveluiden keskittämisen myötä — vahvempaa kansainvälisen huipputaso-osaamista ja lyhyempiä hoitojonoja. Tärkeäksi mainittiin

myös paikallisdemokratian lisääminen kuntia vahvistamalla sekä selkeiden vastuualueiden määrittäminen eri tason toimijoille, jotta varsinkin heikommassa asemassa olevat väestöryhmät saisivat entistä paremmin koordinoituja sosiaali- ja terveystalvveluja.

Keskeinen strategia kuntien vahvistamiseksi oli suurentaa kuntien koko vähintään 30 000 asukkaaseen tai vaihtoehtoisesti yhteistoiminnan luominen naapurikuntien välillä. Kuntien yhdistyminen käynnistyiikin vuonna 2006 hyvin nopeasti, ja kuntien lukumäärä laski 275:stä 98:aan. Yksittäisen kunnan keskimääräinen asukasluvu on tällä hetkellä noin 55 000.

Perusterveydenhuolto säilyi olennaisimmilta piirteiltään ennallaan, mutta joitakin muutoksia tehtiin. Tanska on jo pitkään soveltanut perusterveydenhuollon mallia, jossa lääkärit toimivat yksityisinä ammatinharjoittajina. Uudistuksen jälkeen ammatinharjoittajat tekevät sopimuksensa viiden alueellisen toimijan kanssa. Kuntien vastuulla on terveyden ylläpitämiseksi tarjottavat palvelut niin yksilö- kuin väestötasolakin sekä kuntoutuspalvelut. Näitä tarkoituksia varten kuntien odotetaan ylläpitävän ”terveyskeskuksia” (sundhedscentra), joissa siis keskitytään terveyden edistämiseen ja ylläpitoon sekä kuntoutukseen ja sairauksien (tai kroonikoilla niiden komplikaatioiden) ehkäisemiseen.

Aluehallinnon uudistuksen yhteydessä tehtiin merkittäviä periaatteellisia muutoksia rahoitusjärjestelmään ja verotukseen. Syntyneille viidelle alueelle ei annettu itsenäistä verotusoikeutta, vaan alueiden toiminnan rahoittavat valtio ja kunnat. Alueet saavat budjetistaan noin 80 prosenttia valtiolta ja 20 prosenttia kunnilta. Myös jälkimmäiset 20 prosenttia ovat alun perin valtion budjetista kunnille osoitettuja varoja. Suorasta valtionrahoituksesta suurin osa lasketaan kunkin alueen väestöpohjan perusteella, kun taas pienempi osa tulee aktiviteettisidonnaisesta korvauksesta.

Rahoitusmallin loogisuudesta ja toimivuudesta on keskusteltu uudistuksen alusta saakka. Kuntien rahoitusosuus alueen menoista voi vaihdella sen mukaan, miten paljon kunkin kunnan asukkaat kuormittavat erikoissairaanhoidon vuodepaikkoja. Järjestelmässä kuntia siis ”rangaistaan” erikoissairaanhoidon osarahoituksella, jotta niillä olisi selkeä motivaatio pitää väestönsä niin terveenä kuin mahdollista. Asiantuntevalta taholta on kuitenkin asetettu kyseenalaiseksi se, missä määrin kuntien ja perusterveydenhuollon toiminnalla pystytään vaikuttamaan erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeeseen lyhyellä tai edes keskipitkällä aikavälillä.

Poliittisessa keskustelussa ennakoitiin, että toteutettu kokonaisuudistus säästää rahaa. Odotettuja säästöjä ei kuitenkaan ole juuri pystytty osoittamaan. Toisaalta hallintorakenneuudistuksen tuomat muutokset ovat todennäköisesti nähtävissä paremmin vasta muutaman vuoden kuluttua.

Keväällä 2013 julkaistussa seurantaraportissa todettiin tarve muokata terveydenhuollon korvausjärjestelmää siten, että se tukee paremmin integroituja palveluita. Sopimuskäytäntöjä alueiden ja kuntien sekä ammatinharjoittajien välillä ehdotettiin uudistettaviksi. Lisäksi ehdotettiin perusterveydenhuollon ammatinharjoittajien tar-

kempaa seurantaa, laajempaa laatuindikaattorien käyttöä, jne. Toteutuksesta on sittemmin käyty kiivasta keskustelua, joka on myös lainehtinut ammatinharjoittajien etujärjestön eri ryhmien välillä. Lainsäädäntöä onkin kesällä 2013 tarkistettu, ja muutokset tulivat voimaan jo alkusyksystä 2013.

Tanskassa on tehty myös näkyviä erikoissairaanhoidon uudistuspäätöksiä. Eri-tyistä osaamista vaativat toiminnot on päätetty keskittää kansallisesti harvempiin ja suurempiin yksiköihin. Valtio on varannut huomattavan määrärahan (n. 5,4 mrd EUR) vanhojen sairaaloiden muuttamiseksi moderneiksi ns. supersairaaloiksi. Supersairaaloiden optimaalinen alueellinen sijoittaminen herätti sekin keskustelua, mutta viimeiset sijoituspäätökset on nyt tehty.

Norja

Norjassa toteutettiin vuosina 2001–2002 kaksi mittavaa terveydenhuoltoreformia, joista ensimmäinen, ns. Norjan listalääkärimalli (Fastlegeordningen), koski perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen rahoitus- ja järjestämisvastuuta ja jälkimmäinen, Norjan sairaalareformi (Sykehusreform, Helseforetaksloven), käsitti maan erikoissairaanhoidon valtiollistamisen.

Perusterveydenhuollon uudistuksen päämääräksi määriteltiin lääkäripalvelujen parempi ja tasaisempi laatu, saatavuus ja jatkuvuus sekä potilaan valinnanvapauden lisääminen ja aseman vahvistaminen. Maan lääkäriresurssien järkipäisempi käyttö mainittiin myös eräänä keskeisenä päämääränä. Reformin seurauksena Norjan kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Aiemmin lääkärit olivat olleet julkisen työnantajan, läänin (fylken) palveluksessa, mutta siirtyivät uudistuksen myötä ammatinharjoittajiksi. Listalääkäriuudistuksen vaikutuksia käsitellään luvussa Valinnanvapausuudistukset pohjoismaiden terveydenhuollossa, s. 33.

Vuoden 2002 sairaalauudistuksessa somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon rahoitus- ja järjestämisvastuu siirtyi Norjan lääneiltä (fylken) valtiolle. Uudistuksen yhteydessä Norja jaettiin viiteen – sittemmin vuonna 2007 neljään – alueeseen, joilla vastuuta kantavat valtion alueelliset toimijat (Regionale Helseforetak). Nämä ovat vastuussa siitä, että kunkin alueen väestö saa tarvitsemansa erikoissairaanhoidon palvelut. Sairaalat ovat alueellisten toimijoiden ”tytäryhtiöitä” (Lokale Helseforetak), joihin kuhunkin voi kuulua yksi tai useampia sairaaloita.

Alueelliset toimijat saivat periaatteessa suuren vapauden järjestää vastuullaan olevat palvelut, mutta valtio omistajana pidätti itsellään mahdollisuudet ohjata niiden toimintaa paitsi lainsäädännön ja budjetin välityksellä myös erilaisin ohjausdokumenteilla sekä hallitusvaikuttajien kautta. Valtion rahoituksen jakamisessa alueille oli etenkin aluksi ongelmia sopivien ja oikeudenmukaisten laskentaperusteiden määrittelyssä. Rahoitus koostuu väestöpohjaisesta kapitaatiokorvauksesta ja suoritepohjaisesta kor-

vauksesta. Somaattisesta erikoissairaanhoidosta noin 40 prosenttia korvataan suoriteperusteisesti. Psykiatrinen hoito korvataan pääasiallisesti kapitaatiopohjaisesti. Vaikka sairaaloilla on itsenäinen vastuu henkilöstöstä, toiminnasta ja taloudesta ja ne voivat periaatteessa tehdä suuriakin taloudellisia ratkaisuja, ne eivät kuitenkaan voi mennä konkurssiin.

Sairaala uudistuksen tultua voimaan erikoissairaanhoidon menot kasvoivat ensi vuosina Norjassa noin kolmen prosentin vuosivauhtia. Samanaikaisesti sairaalahoitojaksot, päiväkirurgia mukaan luettuna, lisääntyivät yli neljä prosenttia vuodessa, mikä viittasi erikoissairaanhoidon tuottavuuden paranemiseen. Palveluiden saatavuus parani ja jonot lyhenivät ensi vuosina reformin astuttua voimaan. Saatavuudessa olleet alueelliset erot entisten 19 läänin välillä pienenivät uusien alueiden rajojen sisällä, mutta eivät tasoittuneet yhtä olennaisesti alueiden välillä.

Syntyneessä kaksitahoisessa järjestelmässä, jossa valtio järjestää erikoissairaanhoidon ja kunnat perusterveydenhuollon, havaittiin vähitellen ongelmia. Tämän seurauksena lähdettiin valmistelemaan seuraavaa lainsäädäntöpohjaista uudistusta, yhteistoimintareformia (Samhandlingsreform), joka tuli voimaan vuoden 2012 alusta. Tästä lisää kohdassa Palveluiden integraation ongelmat, s. 28.

Ruotsi

Ruotsin terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon pääasiallinen rahoitus- ja järjestämisvastuu on 20 maakäräjällä tai verrannollisella alueella, joiden väestöpohja vaihtelee vajaan 200 000 ja 2 000 000 välillä. Lisäksi palveluiden järjestäjänä toimii Gotlannin kunta (asukasmäärä 57 000). Kukin maakäräjä-/aluehallinto vastaa sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon järjestämisestä suun terveydenhoito mukaan lukien. Kuntien vastuulla ovat muun muassa kouluterveydenhuolto ja kotisairaanhoidon sekä sosiaalitoimi kokonaisuudessaan. Kunnat järjestävät vanhustenhuollon ja palveluasumisen, mutta eivät itsenäisesti järjestä vanhusten lääkäripalveluja, vaan niistä tulee sopia maakäräjien kanssa.

Ruotsin maakäräjien asema on varsin itsenäinen. Suhteellinen autonomia perustuu, paitsi terveydenhuoltolakiin, perustuslain (Regeringsformen) ja kunnallislain (Kommunallag) säädöksiin kunnallisesta itsemääräämisoikeudesta (kommunal självstyrelse). Näiden säädösten piiriin kuuluvat siis sekä Ruotsin kunnat että maakäräjät. EU:n subsidiariteettiperiaatteen mukaan päätöksenteon tulee tapahtua lähellä kansalaista ja tämän lainsäädännön katsotaan tukevan kunnallisen itsemääräämisoikeuden periaatetta.

Maakäräjillä samoin kuin kunnilla on itsenäinen verotusoikeus. Maakäräjävero veronmaksajille on keskimäärin 10 prosenttia ja kunnallisvero noin 20 prosenttia. Ruotsissa on käytössä tasausjärjestelmä, jonka perusteella rikkaammat alueet tukevat köyhempien alueiden taloutta. Järjestelmä on aika ajoin herättänyt arvostelua, esimer-

kiksi niinä vuosina, jolloin Tukholman maakäräjien taloudellinen tulos oli positiivinen oman maakäräjäalueen osalta, mutta muuttui tappiolliseksi, kun mukaan luettiin tämä ns. Robin Hood -vero.

Maakäräjien päätehtävänä on vastata alueensa terveydenhuollon järjestämisestä. Lisäksi tehtävänkuvaaan kuuluu vastuu paikallisliikenteestä ja jonkin verran kulttuuri- ja koulutustoimintaa. Toimintakuluista yli 90 prosenttia menee terveydenhuollon kustannuksiin. Toiminta rahoitetaan maakäräjäverolla, valtion avustuksilla sekä pienessä määrin asiakasmaksuilla. Maakäräjille maksetuista valtionavustuksista osa on väestöpohjaan suhteutettua ja siis kapitaatioperusteista, suurin yksittäinen avustussumma perustuu lääkekustannusten korvauksiin. Viime vuosina valtionosuuksista kasvava osa on määritelty suoriteperusteiseksi, mikä heijastelee valtion lisääntynyttä tarvetta ohjata hajautettua järjestelmää kohti tasaisempaa laatua ja saatavuutta.

Maakäräjäalueiden autonomian takia Ruotsin terveydenhuoltoa ei useinkaan ole mielekäästä tarkastella yhtenä järjestelmänä. Aiemmin maakäräjät tuottivat itse suurimman osan järjestämisvastuullaan olevista palveluista, mutta ulkopuolisten tuottajien osuus on viime vuosikymmeninä jatkuvasti kasvanut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Tuottajakunnan monipuolistumisen taustalla oli aluksi erityyppisten tuottajien väliseen kilpailuun liitetyt positiiviset odotukset tuotantokustannusten, hinnan ja laadun suhteen. Sitten paljon poliittista keskustelua herättäneet ongelmat palveluiden saatavuudessa sekä pyrkimys vahvistaa potilaiden asemaa ja lisätä kansalaisten valinnanvapautta ovat tukeneet kehityskulkua, jossa markkinat on avattu myös yksityisille ja kolmannen sektorin tuottajille.

Terveyspolitiikan kannalta itsenäisten maakäräjien välisillä eroilla on merkitystä etenkin silloin, kun suurten maakäräjäalueiden (Tukholma, Skåne, Västra Götaland) poliittinen enemmistö on toinen kuin valtiopäivillä. Näillä alueilla on käytännössä osoittautunut olevan resursseja ja osaamista kehittää omia toimintamalleja, jotka ovat sitten vaikuttaneet terveydenhuollon kehitykseen muissakin osissa maata.

Monilla maakäräjäalueilla on jo 1980-luvulta lähtien kokemusta tilaaja-tuottajamallien soveltamisesta etenkin erikoissairaanhoidossa. Tämän seurauksena myös palveluiden tuotteistaminen ja erilaisille periaatteille rakennettujen korvausmenettelyjen kehittäminen ovat varsin pitkällä. Monet maakäräjistä, etunenässä Tukholma, ovat täysin eriyttäneet tilaaja- ja tuottajatoiminnot toisistaan. Tilaajan roolia on pyritty aktiivisesti kehittämään ja vahvistamaan ja siihen kuuluu myös rahoitusvastuu, vastuu hoidon riittävydestä sekä aktiivinen seuranta. Tukholman alueella 30 prosenttia toiminnasta on ulkopuolisen tahon vastuulla, ja terveyskeskuksista lähes 60 prosenttia on yksityisiä. Potilaiden valinnanvapauden piiriin kuuluvien palvelujen valikoimaa pyritään laajentamaan yhä useammille hoidon alueille. Hoitoa tarjoavien tahojen hyväksymismenettely (auktorisointi) perustui aluksi suhteellisiin yksinkertaisiin kriteereihin, mutta etenkin laatuvaatimuksia on jatkuvasti tarkennettu.

Ruotsin terveyspolitiikan keskiössä on viime vuosina ollut vuoden 2010 alusta lakisääteisesti voimaan tullut perusterveydenhuollon valinnanvapaisuudistus. Valinnanvapauslainsäädäntö edellyttää, että maakäräjäalueet hyväksyvät perusterveydenhuollon tuottajat neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja korvaukset ovat kaikille tuottajille samat. Lainsäädäntö mahdollistaa vastaavien valinnanvapausjärjestelmien käytön myös erikoissairaanhoidossa ja sosiaalipalveluissa, mutta näissä menettely ei ole pakollista.

Palveluiden integraation ongelmat

Jokaisella pohjoismaisella rahoitus- ja järjestämismallilla on omat integraatio-ongelmansa – joko erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon tai perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen välillä. Erityisesti monisairaat vanhukset sekä mielenterveyspotilaat ja päihdeongelmaiset ovat ryhmiä, joiden kohdalla palveluiden puutteellinen integraatio on aiheuttanut suuria ongelmia. Myös terveyden edistämisen integroiminen muuhun toimintaan on ollut haasteellista.

Norjassa ja Tanskassa ongelmana on ollut terveyden edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon eriytyminen kaksitahoisen rahoitus- ja järjestämisvastuun seurauksena. Tilanteen korjaamiseksi Norjassa tuli vuoden 2012 alusta voimaan laaja lainsäädäntöpohjainen uudistus, yhteistoimintareformi (Samhandlingsreform). Uudistus sisälsi muutoksia kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön sekä Norjan kansanterveyslakiin. Näillä pyritään parantamaan terveydenhuollon toimivuutta lisäämällä kuntien koordinaatiovastuuta ja kehittämällä perusterveydenhuollon yhteistyötä niin sosiaalipalveluiden kuin erikoissairaanhoidon suuntaan.

Yhteistoiminnan pohjaksi kuntien ja alueellisten toimijoiden tuli tehdä erityiset yhteistyösopimukset. Kunnille annettiin uudistuksessa myös valtion lisärahoitusta ja samalla (Tanskan tapaan) osarahoitusvastuu erikoissairaanhoidon käytöstä. Uudistuksen varhaiset seurantatulokset olivat lupaavia. Vaikka sairaalasta kotiutuksen viivästysmaksujärjestelmä valmistui myöhässä, kotiutusta odottavien potilaiden määrä laski puolessa vuodessa lähes puoleen. Uudistusta seurataan nyt Norjan Tiedeneuvoston tutkimusohjelmassa.

Tanskassa vanhustenpalveluiden järjestämiseen on viime aikoina kiinnitetty huomiota. Vastuujärjestäjänä toimii paikallistaso eli kunnat. Kunnat määrittelevät vanhusten palvelujen tarpeen yksilöllisesti. Vanhustenhuollon laatureformin myötä vanhusten hoidon laatua on pyritty parantamaan ja korostettu hoidon yksilöllisen tarpeen arviointia. Keskeisenä tavoitteena on myös sairaanhoidon ja kotihoidon yhteistyön kehittäminen, jotta vanhusten kotiuttaminen sairaalahoidosta sujuisi entistä paremmin.

Perusterveydenhuollon osalta suurta keskustelua on herättänyt ammatinharjoittajalääkäreihin kohdistuvat sopimusmenettelyt ja niiden ehdot. Alueiden kanssa sopi-

mussuhteessa olleita ammatinharjoittajia on pyritty käyttämään myös (kuntien) terveyden edistämisessä, kuntoutuksessa ja vanhustenhoidossa. Toiminnan ehdoista ja korvauksista on jouduttu pitkään etsimään yksimielisyyttä.

Ruotsin terveydenhuoltojärjestelmän mahdollinen vahvuus on siinä, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon palvelut ovat saman päämiehen, maakäräjien, rahoitus- ja järjestämistä vastuulla. Ruotsin järjestelmäratkaisujen heikkoudeksi taas voidaan lukea palveluiden puutteellinen integraatio kuntien vastuulla olevan sosiaalitoimen ja maakäräjien terveydenhuollon välillä. Tämä on suoraa seurausta siitä, että rahoitus- ja järjestämistä vastuu ovat eri päämiehillä – kunnilla ja maakäräjillä.

Integraatio-ongelmat on tiedostettu vuosikymmeniä, ja ne koskevat Ruotsissakin erityisesti vanhusten hoivaa ja hoitoa sekä mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palveluita. Lukemattomat tutkimukset ja kartoitukset ovat viitanneet asiakkaiden ja potilaiden pallotteluun sosiaali- ja terveystoimen välillä, jolloin palveluiden tarpeessa olevat ovat myös saattaneet jäädä kokonaan ilman tarvitsemaansa apua. Ongelmia ei kuitenkaan ole koettu niin suuriksi, että Ruotsissa olisi vakavasti keskusteltu rahoitus- ja järjestämistä vastuun siirtämisestä yhdelle ja samalle järjestäjätaholle. Siirryttäessä valinnanvapausjärjestelmiin terveydenhuollossa pyritään palvelujen korvausmenettelyjä samalla kehittämään niin, että ne tukisivat mahdollisimman hyvin toimivia palveluketjuja.

Kansallinen ohjaus hajautetuissa järjestelmissä

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

Valtio on osoittanut korvamerkittyjä varoja hoitojonojen purkuun, kirjoitettujen sairauslomien vähentämiseen ja vanhustenhuoltoon sekä kuntoutukseen. Myös potilasturvallisuuden edistämiseksi jaetaan suoriteperusteista lisärahoitusta. Niin jonojen hallinnasta kuin potilasturvallisuuden kehittämistä maksettujen korvauksien kriteereitä on tarkoitus ajan myötä kiristää.

Järjestelmän kehittämisen ja ohjaamisen sekä kansalaisten aseman vahvistamisen katsotaan edellyttävän kattavaa kansallista vertailutietoa palveluiden laadusta ja vaikuttavuudesta. Tämän pohjaksi Ruotsissa on 1970-luvulta lähtien kehitetty järjestelmällistä hoidon laadun seurantaan kansallisten laaturekisterien tuella. Tällä hetkellä maassa toimii noin sata eri potilasryhmien hoidon seurantaan tarkoitettua rekisteriä. Keskeisessä asemassa rekisterien kehittämisessä ovat olleet maan erikoislääkäriyhdistykset.

Maakäräjäalueiden ja sairaaloiden välisen avoimen vertailutiedon (Öppna Jämförelser) tuottamisesta vastaavat yhteistyössä Sosiaalhallitus ja Ruotsin kunta- ja maakäräjäliitto (SKL). Myös muut tahot, kuten yksityiset palvelutuottajat (Vårdföretagarna) ja lääketeollisuusyhdistys (LIF), ovat tukeneet vertailutietojen keräämistä, analysointia ja raportointia. Hoidon kehittämisen ja ohjauksen keskeinen strategia on benchmarking-tyyppinen vertailu ja nyttemmin myös suoritepohjaiset laatubonukset. Näihin verrattuna valvonnan ja erilaisten rangaistusmenettelyjen merkitystä pidetään rajallisena. Vuoden 2011 alusta toimintansa aloitti uusi valtion laitos (Vårdanalys), joka tähtää erityisesti potilaiden, asiakkaiden ja veronmaksajien tietotarpeiden tyydyttämiseen. Tältä pohjalta pyritään mahdollistamaan kuluttajien valintojen – ja tätä kautta myös rahoituksen – kohdistuminen hyvälaatuisiin palveluihin.

Terveydenhuollon kehittäminen keskittyy Ruotsissa potilaan valinnanvapauden liittyvien kysymysten lisäksi hoitotuloksiin ja hoidon laatuun. Kansallisen syöpästrategiakomitean mietinnön pohjalta syövän hoitoa on ryhdytty keskittämään alueellisiin keskuksiin. Suuremmissa yksiköissä annetun hoidon uskotaan parantavan hoidon laatua, tasoittavan eriarvoisuutta eri alueiden väestön välillä ja kohdistavan resursseja optimaalisemmin. Jatkossa myös osan muusta erikoissairaanhoidosta arvellaan seuraavan perässä.

Valtio on puuttunut sosiaali- ja terveydenhuollon välisiin integraatio-ongelmiin muun muassa uudistamalla valvontaviranomaisten toimintaa. Vuoden 2010 alusta lääninhallitusten sosiaalilainsäädäntöön pohjautuva sosiaalitoimen valvonta siirrettiin Sosiaalihuutukselle, jolla oli jo ennestään vastuu terveydenhuollon valvonnasta.

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollossa toimii monia eri viranomaisia, joiden välinen työnjako ei aina ole selkeä (esim. Sosiaalihuutuksen, Lääkeviraston ja SBU:n teknologian arvioinnit ja hoitosuosituksot). Lisäksi yhdellä ja samalla taholla (esim. Sosiaalihuutus), on voinut olla monia eri vastuita ja toimintoja – normitus, kehittäminen, seuranta, arviointi, valvonta. Tämän on katsottu voivan johtaa viranomaistoiminnassa vaikeasti määriteltäviin jääviystilanteisiin. Tätä taustaa vasten hallitus teetti selvityksen eri viranomaistahojen tehtävistä ja toiminnasta terveydenhuollossa.

Selvitystyön tuloksena valmistui vuonna 2012 ehdotus valtionhallinnon rakenteiden huomattavaksi yksinkertaistamiseksi (”Gör det enklare”). Ehdotuksen mukaan 10 aiempaa viranomaistahoa tulisi yhdistää perustehtävänsä luonteen mukaan neljäksi tahoksi; tieto-ohjaus-, valvonta-, infrastruktuuri- ja ns. strategiaviranomainen. Ehdotusta ei ole lähdetty toteuttamaan kokonaisuudessaan, mutta se on johtanut muun muassa aiemman kansanterveyslaitoksen (Folkhälsoinstitutet) ja tartuntatautiviranomaisen (Smittskyddsinstitutet) yhdistämiseen. Tehtävien erilaisen luonteen takia taas sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta erotettiin kesällä 2013 sosiaalihuutuksen muusta toiminnasta omaksi laitoksekseen (Inspektionen för vård och omsorg, IVO).

Kuten Ruotsissa myös Tanskassa seuranta-, arviointi- ja raportointijärjestelmien kehittäminen on nähty tarpeelliseksi kansallisen kehittämisen ja ohjauksen näkö-

kulmasta. Vastuu terveyspalvelujen seurannasta on Tanskassa jakaantunut terveydenhuollon eri tasojen välille. Kansallisella tasolla sosiaalivaltio (Sundhedsstyrelsen) on vastuussa mm. potilasrekisterin ja DRG-luokituksen ylläpidosta. Tanskan viisi aluetta kantavat vastuuta kansallisista laaturekistereistä ja potilaskyselyistä, vaikka valtiovalta vastaa rahoituksesta.

Hoidon laatua kuvaavia tietoja kehitetään ja käytetään hyväksi muun muassa Tanskan kansallisessa indikaattoriprojektissa ja kansalaisinformaation levittämiseen tarkoitettussa verkkopalvelussa Sundhedskvalitet. Terveydenhuollon laatu- ja akkreditointi-instituutti IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet) on vastuussa Tanskan terveydenhuollon laatujärjestelmästä (Den Danske Kvalitesmodel) ja määrittelee laatuksiteerejä ja -standardeja akkreditoinnin pohjaksi.

Terveydenhuollon laadun ja vaikuttavuuden kansallinen seuranta ja ohjaus ovat olleet myös Norjassa kehittämistyön kohteena. Kansallinen laaturekisteritoiminta ei ole yhtä pitkällä kuin Tanskassa ja Ruotsissa, mutta kymmenen viime vuoden aikana toimintansa on aloittanut kymmenkunta rekisteriä. Uusien rekisterien perustamista ja olemassa olevien tietojen hyödyntämistä varten Tromssassa sijaitseva rekisterikeskus, Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering, SKDE, sai vuonna 2009 tehtäväkseen koordinoita laaturekisteritoimintaa. Valtio on jo aiemmin investoinut informaatio-ohjaukseen vuonna 2004 toimintansa aloittaneen kansallisen osaamiskeskuksen (Nasjonalt Kunnskapscenter for Helsetjenesten) kautta. Keskus vaikuttaa erityisesti terveydenhuollon ammattihenkilöstölle suunnatun tiedon välityksellä.

Voidaankin ajatella, että Norjan keskitetyssä valtiollisessa erikoissairaanhoidossa alueelliset ja sairaalakohtaiset vaihtelut palveluiden saatavuudessa ja laadussa ovat helpommin hallittavia kuin esimerkiksi Tanskan ja Ruotsin järjestelmissä. Sikäli kuin suurta vaihtelua esiintyy, valtiolla on paremmat mahdollisuudet puuttua palvelutuotantoon kuin hajautetummissa järjestelmissä. Vastaavasti voidaan ajatella, että kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen pirstaleisessa suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on varsin suuri tarve luoda yhtenäinen kansallinen seuranta ja tähän pohjautuva ohjaus, jotta kohtuuttomilta eroilta palveluiden saatavuudessa ja laadussa vältyttäisiin.

Kirjallisuutta

- Aftale om strukturreform. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet, April 2004.
- Evaluering af kommunalreformen. Marts 2013. Afrapportering fra udvalget om evaluering af kommunalreformen. København: Økonomi- og indenrigsministeriet, 2013.
- Helsedirektoratet. Status for samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med rapport fra Helsedirektoratet november 2012. Oslo 2012.
- Jonsson PM, Agardh E, Brommels M. Hälso- och sjukvårdens strukturreformer: Lärdomar från Norge, Danmark, Finland och Storbritannien. Ansvarskommitténs skriftserie. Statens offentliga utredningar. Stockholm 2006.
- Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Vedtaget af Folketinget ved 3. behandling den 27. juni 2013.
- Magnussen J, Vrangbæk K, Saltman RB (eds.). Nordic health care systems. Recent reforms and current policy challenges. Maidenhead, UK: Open University Press, 2009.
- Møller Pedersen K. Reforming decentralized integrated health care systems: Theory and the case of the Norwegian reform. Health Economics Research Programme at the University of Oslo, HERO, Oslo 2002.
- Møller Pedersen K, Christiansen T, Bech M. The Danish health care system: evolution - not revolution - in a decentralized system. Health Economics 2005;14:S41-S57.
- Norges forskningsråd. Resultatevaluering av sykehusreformen. Tilgjengelighet, prioritering, effektivitet, brukermedvirkning og medbestemmelse. Oslo 2007.
- OECD Health Data 2013 - Frequently Requested Data.
- Ot.prp. nr. 66 (2000-2001) Om lov om helseforetak m.m. (helseforetaksloven).
- Saltman RB, Vrangbæk K, Lehto J, Winblad U. Consolodating national authority in Nordic health systems. Eurohealth 2012;18(3):21-24.
- Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Stortingsmelding nr 47 (2008–2009).
- Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet - Jämförelser mellan landsting 2012. Stockholm: SKL och Socialstyrelsen 2012.

5 Valinnanvapausuudistukset Pohjoismaiden perusterveydenhuollossa

Norjan listalääkäri uudistuksen (2001) ja Ruotsin perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistuksen (2010) keskeisimpinä tavoitteina oli vahvistaa potilaan asemaa ja parantaa palvelujen saatavuutta ja laatua. Uudistusten toteuttaminen edellytti palvelujen tuottajakunnan laajentamista ja monipuolistamista. Norjassa otettiin mallia Tanskan pitkään toimineesta listalääkärimallista, ja Ruotsissa perusterveydenhuolto avattiin yksityisille ja kolmannen sektorin palvelun tuottajille. Molemmat uudistukset lisäsivät perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarjontaa ja paransivat palvelujen saatavuutta. Potilaan kannalta toimiva valinnanvapaus edellyttää riittävää valinnanvaraa ja ajantasaista vertailutietoa palveluista.

Pohjoismaiset perusterveydenhuollon valinnanvapausuudistukset ovat Suomen kannalta kiinnostavia, koska ne on tehty maattamme ja maamme terveydenhuoltojärjestelmää muistuttavissa olosuhteissa. Valinnanvapauden piirissä on periaatteessa koko väestö eikä vain esimerkiksi tietyn vakuutuksen omaavat henkilöt. Lisäksi uudistusten seurantaan ja arviointiin on käytetty merkittäviä kansallisia resursseja.

Tanska

Tanskan terveydenhuollossa peruspalvelut voidaan jakaa kahteen osaan: yksityisten ammatinharjoittajien tuottamiin palveluihin, kuten lääkäri-, hammaslääkäri- ja fysioterapeuttipalveluihin, sekä kunnallisiin terveyspalveluihin, joihin lukeutuvat esimerkiksi terveydenhoitajat, kotisairaanhoidajat ja kodinhoitajat.

Perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon ja osaan kunnallisia palveluita. Järjestelmä pohjautuu potilaan aktiiviseen listautumiseen haluamalleen lääkärille. Potilas voi vaihtaa lääkäriä korkeintaan joka kolmas kuukausi. Seurantojen mukaan 85–90 prosenttia väestöstä on yhteydessä lääkäriinsä ainakin kerran vuoden aikana.

Korvausjärjestelmä, jota on sovellettu suuressa osassa maata yli 50 vuoden ajan, pohjautuu potilaiden lukumäärään, kapitaatioon (n. 30–35 %) ja suoritepohjaiseen osuuteen. Kapitaatiokorvauksen suuruuteen ei vaikuta potilaiden sairastavuus tai demograafiset ominaisuudet, vaan se on aina samansuuruinen (flat capitation). Kokonaiskorvaussummalle ei ole asetettu kattoa, mutta jatkuvan vertaiskehittämisen, kuten lääkekustannusten jatkuvan seurannan, oletetaan estävän palveluiden ylitarjontaa. Erilaisia diagnoosikohtaisia vuosikorvauksia kokeillaan esimerkiksi diabetespotilaiden hoidossa. Korvauksia säätelevään kansalliseen sopimukseen sisältyy myös erilaisia alueellisia lisäjä.

Tanskan rakenneuudistuksen yhteydessä keskusteluun nousi perusterveydenhuollon lääkärien osuus kuntien kansanterveysyhteistyössä. Alueiden, kuntien ja ammatinharjoittajien edustajien välillä on käyty koviakin neuvotteluja lääkärien velvollisuudesta käyttää työaikaan yleiseen terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn. Vuoden 2012 loppupuolelta neuvottelut lääkärien sopimuksista ja palkkioista ovat tulehtuneet, ja myös lääkärinkunnan sisällä on esiintynyt erilaisia käsityksiä sopimusmenettelyistä ja korvauksista. Tilanne heijastelee suoraan niitä vaikeuksia, joita liittyy vastuiden jakoon ja palveluiden integraatioon eri päämiesten – alueiden ja kuntien – välillä.

Norja

Norjan perusterveydenhuollon listalääkäriuudistuksen yhteydessä vuonna 2001 kunnat saivat velvollisuudekseen järjestää perusterveydenhuollon lääkäripalvelut sopimuksin yksityisten ammatinharjoittajien kanssa. Aiemmin lääkärit olivat olleet julkisen työnantajan (läänin, fylken) palveluksessa, mutta siirtyivät uudistuksen yhteydessä varsin helposti ammatinharjoittajiksi. Osasy muutoksen helppouteen lienee ollut perusterveydenhuollon lääkäreille tarjotut, suhteellisen edulliset työehdot.

Kuntien järjestämistä vastuu tarkoitti velvollisuutta organisoida vähintään kaksi vaihtoehtoista avointa omalääkärilistaa kohtuullisella maantieteellisellä etäisyydellä potilaasta. Lääkäripalveluiden rahoitusvastuu jaettiin kuntien ja valtion kesken. Kuntien rahoitus tapahtuu listoilla olevien henkilöiden lukumäärän mukaan eli kapitaatiokorvauksena (ilman tarvevakiointia) ja vastaa noin 30 prosenttia kustannuksista. Valtion rahoitusosuus, joka on noin 35 prosenttia, perustuu suoritteisiin. Potilasmaksut kattavat loput. Rahoituksen paikallinen jakautuminen riippuu siis osittain lääkärin aktiivisuudesta esim. tehtyjen tutkimusten suhteen.

Potilaiden valinnanvapauden kuuluu mahdollisuus vaihtaa perusterveydenhuollon lääkäriä korkeintaan kaksi kertaa vuodessa. Tutkimusten mukaan naiset, korkeasti koulutetut ja henkilöt joiden terveydentila on huono vaihtavat lääkäriä muita useammin. Vaihtaminen on myös ollut yleisempää kunnissa, joissa lääkäritarjonta on runsasta. Halu vaihtaa lääkäriä näyttää vähenevän potilaan iän myötä.

Uudistuksen vaikutuksia seurasi sen ensi vuosina useampikin valtiollinen toimija, ja niitä arvioitiin myös tieteellisesti. Tutkimukset osoittivat, että uudistus lisäsi Norjan valtion menoja olennaisesti. Menojen lisääntyminen oli verrannollista potilas-kontaktien lisääntymiseen ja se tulkittiin suoraksi seuraukseksi palvelujen saatavuuden paranemisesta. Samalla nostettiin tietoisella päätöksellä vuosittain neuvoteltavia taksoja, jotta muun muassa tarvittavien lääkärien rekrytointi harvempaankin asutuille seuduille onnistuisi. Näin menojen kasvua ei varsinaisesti pidetty uudistuksen kielteisenä seurauksena, vaan osana sen odotettuja, yhteisillä demokraattisilla päätöksillä aikaansaatuja vaikutuksia.

Listalääkäriuudistuksen jälkeen sairaalapalvelujen käyttö Norjassa kasvoi. Tämän mahdollista syy-yhteyttä listalääkäriuudistukseen on vaikea arvioida, mutta sitä ei ole pidetty todennäköisenä. Puoli vuotta perusterveydenhuollon uudistuksen jälkeen toteutettu sairaalauudistus lisäsi erikoissairaanhoidon tuotantoa ja paransi näin luonnollisesti myös saatavuutta. Merkkejä tuotannon kasvusta oli nähty jo 1990-luvun lopulla, jolloin Norjan sairaaloissa otettiin käyttöön DRG-pohjainen korvausjärjestelmä. Asiaa tutkittaessa ei havaittu, että perusterveydenhuollon lääkärit olisivat muutaneet käytäntöjään tutkimuksiin tai hoitoon määräämisen tai läheteiden suhteen.

Kuntien menot kasvoivat uudistuksen jälkeen prosentuaalisesti jonkin verran vähemmän kuin lääkärien lukumäärä. Lääkärien keskimääräiset potilasmäärät, jotka vaikuttavat kuntien maksamiin kapitaatiopohjaisiin menoihin, vähenivät jonkin verran. Koska uudistus houkutteli lisää lääkäreitä perusterveydenhuoltoon, palveluiden saatavuus parani.

Palvelujen laadun kehitystä seurattiin niin lääkäri- kuin väestökyselyin. Lääkärit arvioivat laadun parantuneen erityisesti hoitosuhteiden jatkuvuuden ansiosta. Väestön tyytyväisyys perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin kasvoi mittauksien mukaan. Alueellista tasa-arvoa ei kuitenkaan kaikissa suhteissa saavutettu, vaan pienimmillä kunnilla oli uudistuksen jälkeenkin vaikeuksia rekrytoida lääkäreitä ja tarjota lain edellyttämiä vaihtoehtoja.

Listalääkärijärjestelmä on Norjassa edelleen suosittu, ja se on vuodesta toiseen saanut huippupisteet kansalaisten arvioissa julkisia palveluita. Noin 95 prosenttia perusterveydenhuollon yleislääkäreistä toimii yksityisinä ammatinharjoittajina, loput toimivat julkisen työnantajan palveluksessa pääasiallisesti harvaanasutuilla seuduilla, missä peruspalkan lisäksi maksetaan runsaita alueellisia lisiä.

Tutkijat ovat kiinnittäneet huomiota järjestelmään rakennettuihin kannustimiin. Kapitaatiopohjainen korvausjärjestelmä kannustaa pitkiin potilaslistoihin eli välillisesti harvempien palveluiden tuottamiseen useille potilaille. Tällainen kannustejärjestelmä on todennäköisesti edullinen silloin, kun lääkäritiheys on suhteellisen pieni. Jos taas lääkäreitä on paljon, seurauksena voi olla ei-toivottua kilpailua potilaista. Norjan perusterveydenhuollon lääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon, mutta kilpailun potilaista kiristyessä portinvartija-rooli voi heiketä. Empiirisissä tut-

kimuksissa ei kuitenkaan ole havaittu, että perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarjonnan lisäys olisi lisännyt erikoissairaanhoidon palveluiden epätarkoituksenmukaista käyttöä.

Norjan kaksitahoisessa järjestelmässä, jossa valtio järjestää erikoissairaanhoidon ja kunnat perusterveydenhuollon, on ongelmia. Tämän seurauksena lähdettiin valmistelemaan seuraavaa lainsäädäntöpohjaista uudistusta, yhteistoimintareformia (Samhandlingsreform). Sen toteutuksesta ja seurannasta enemmän kohdassa Palveluiden integraation ongelmat, s. 28.

Ruotsi

Ruotsissa tuli vuoden 2010 alusta voimaan lakisäätöinen perusterveyden valinnanvapausuudistus. Lainsäädäntö edellyttää, että maan maakäräjäalueet järjestävät perusterveydenhuollon palvelut ns. valinnanvapausjärjestelmien puitteissa. Maakäräjät hyväksyvät halukkaat perusterveydenhuollon tuottajat – julkiset, yksityiset ja kolmannen sektorin tahot – neutraalilla hyväksymismenettelyllä, jonka jälkeen potilaat voivat valita palvelujen tuottajista itselleen sopivimman. Potilaan oikeutta uuteen valintaan ei ole rajoitettu.

Järjestelmässä raha seuraa potilasta hänen valitsemalleen tuottajalle, ja maakäräjähallinnon maksamat korvaukset ovat kaikille tuottajille samasta palvelusta samansuuruiset. Näin tuottajien odotetaan kilpailevan ensisijaisesti palvelujen laadulla, jolloin houkuttelevat tuottajat hyötyvät hyvästä laadusta taloudellisesti. Perusterveydenhuollon ohella maakäräjäalueet voivat halutessaan soveltaa valinnanvapausjärjestelmiä myös erikoissairaanhoidossa. Kunnat voivat päättää soveltavatko ne valinnanvapautta vanhusten palveluissa ja muissa sosiaalipalveluissa.

Uudistuksen tavoitteina on ollut lisätä asiakkaiden valinnanvapautta, laajentaa ja monipuolistaa tuottajakuntaa, parantaa palveluiden saatavuutta ja laatua sekä vahvistaa potilaan ja tuottajan välistä suhdetta. Koska raha seuraa asiakasta tai potilasta valitulle tuottajalle, ajatellaan potilaan tai asiakkaan vallan lisääntyvän suhteessa tuottajakuntaan.

Uudistuksen toteuttamisen keskeiseksi kysymykseksi on noussut tuottajien hyväksyminen kunkin järjestelmän piiriin maakäräjäalueen tai kunnan ennalta määrittelemien yhtenäisin ehdoin. Neutraalien hyväksymiskriteerien määrittely ja uusien tuottajien jatkuva hyväksyminen perusterveydenhuollon piiriin ovat olleet maakäräjille uusia, osaamista vaativia haasteita.

Palveluiden siirtämisestä valinnanvapausjärjestelmien piiriin on olemassa ohjeistuksia sekä kansallinen tietokanta, johon kuntien ja maakäräjien tulee ilmoittaa avoimet valinnanvapausjärjestelmät. Internetsivua seuraamalla tuottajat voivat etsiä itselleen sopivia tehtäviä ja ilmoittautua järjestäjätaholle. Tämä tarkistaa ja hyväksyy tuottajan ja tekee sopimuksen. Tuottajan liittymisestä tuottajakuntaan tiedotetaan

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

Tuottajille maksettavat korvaukset ja korvausperusteet vaihtelevat maakäräjäalueittain. Kapitaatiopohjainen korvaus käsittää eri alueilla 45–86 prosenttia kokonaiskorvauksesta. Joillakin alueilla kapitaatiokorvauksen suuruuteen vaikuttavat lisäksi esimerkiksi potilaan ikä ja etninen tausta. Loput korvauksesta määräytyy suoritepohjaisesti (yleensä käyntien lukumäärästä) ja laatubonusten tai -vähennysten perusteella (2–5 % kokonaiskorvauksesta). Myös alueellisia lisä sovelletaan joillakin maakäräjäalueilla, etenkin harvaanasutuilla seuduilla.

Valinnanvapausjärjestelmän piirissä toimivan tuottajan edellytetään toimittavan kattavaa seurantatietoa järjestäjätaholle. Näin toiminnan laatu pyritään takaamaan niin hyväksymiskriteerein kuin järjestelmällisen seurannan ja tähän pohjautuvan taloudellisen ja muun ohjauksen avulla.

Valinnanvapausuudistuksesta on käynnissä monitahoinen kansallinen seuranta niin viranomaistaholla (Sosiaalhallitus, Kilpailuvirasto, Vårdanalys) kuin yliopistoissa (Karolinska institutet, Lund, Uppsala). Tulokset vahvistavat maakäräjäalueilta saatuja tilastotietoja, joiden mukaan tuotanto on lisääntynyt ja monipuolistunut. Esimerkiksi Kilpailuviraston vuoden 2012 alussa julkaisemasta aineistosta ilmeni, että terveyskeskusten määrä oli uudistuksen toteutuksen jälkeen lisääntynyt 19 prosenttia. 267 uutta terveyskeskusta oli aloittanut toimintansa ja 77 oli lakkautettu. Terveyskeskusten lukumäärä oli lisääntynyt 19 maakäräjäalueella. Kaiken kaikkiaan Ruotsissa oli vuoden 2012 alussa 247 perusterveydenhuollon tuottajaa, joista 22 julkista. Kymmenen suurimman tuottajan joukossa oli kolme yksityistä yritystä, joista yksi, Praktikerjänst, on osuuskunta.

Väestötutkimuksessa suuri enemmistö potilaista oli tietoinen valinnanmahdollisuuksista perusterveydenhuollossa. Useimmilla maakäräjäalueilla potilaalle oli tarjolla vaihtoehtoinen terveyskeskus varsin lähellä: 79 prosentilla väestöstä lähin vaihtoehtoinen terveyskeskus oli alle viisi minuuttia pidemmän automatkan päässä kuin maantieteellisesti lähin terveyskeskus. Kaksi kolmesta henkilöstä katsoi saaneensa tarpeeksi tietoa vaihtoehtoista. Kahdella maakäräjäalueella, Uppsalassa ja Örebrossa, kuitenkin vain alta puolet vastaajista oli tätä mieltä.

Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää erityisesti asiakasnäkökulmasta tarkasteleva laitos, Vårdanalys, on julkaissut useita yhteenvedoraportteja potilaiden näkemyksistä ja kokemuksista valinnanvapaudesta. Nämä vahvistavat potilaiden yleensä arvostavan valinnanvapautta. Eri tutkimuksissa potilastyytyväisyys on lisääntynyt tai pysynyt ennallaan. Aktiivisen valinnan tehneet potilaat ovat olleet muita tyytyväisempiä.

Karoliinisen instituutin tutkimustulokset Tukholman alueelta, missä valinnanvapautta alettiin soveltaa jo vuonna 2008, osoittavat että perusterveydenhuollon koko-

naismenot kasvoivat 2006–2010 vähän. Suhteutettuna kasvavaan väestöpohjaan menot kuitenkin pienenivät. Samalla perusterveydenhuollon käyntimäärät lisääntyivät selvästi ja perusterveydenhuollon tuottavuus parani. Tuottajien määrä kasvoi, ja painopiste siirtyi yksityisten tuottajien suuntaan. Yksityiset tuottajat vastaavat nyt yli 50 prosentista perusterveydenhuollon markkinoista Tukholman alueella.

Ruotsissa yli 40 prosenttia perusterveydenhuollon tuottajista on nyt yksityisiä, ja tuottajien kokonaislukumäärä on kasvanut selvästi. Perusterveydenhuollon haasteena on kuitenkin edelleen harvaanasuttujen alueiden lääkäripalveluiden saatavuus, joka ei kaikkialla ole parantunut toivotusti.

Ennen uudistusta esitettyä pelkoa palveluiden epäoikeudenmukaisesta jakautumisesta väestöryhmien välillä ei ole toistaiseksi näytetty toteen. Tukholman alueen laajassa arviointitutkimuksessa, jossa kiinnostuksen kohteena oli sosioekonominen tase-arvo, havaittiin, että palvelutuotantoa siirtyi jossain määrin ylemmän tulotason alueille eli etenkin keskikaupunkialueella toimintansa aloittaneisiin tai jo aiemmin toimineisiin terveyskeskuksiin. Palveluiden käytössä kuitenkin nähtiin tasa-arvoa tukevaa kehitystä, eli palveluiden käytön siirtymistä alempien tuloluokkien alueiden väestöön.

Vårdanalys kartoitti palvelujärjestelmän tasavertaisuutta kolmella maakäräjäalueella (Tukholma, Skåne, Östergötland) raskaiden, monisairaiden potilasryhmien näkökulmasta. Tutkimuksessa kaikki potilasryhmät, mukaan lukien paljon hoitoa vaativat potilaat, lisäsivät perusterveydenhuollon lääkäripalveluiden käyttöä. Väestö kokonaisuudessaan oli kuitenkin lisännyt lääkärikäyntejä enemmän kuin paljon hoitoa vaativat potilasryhmät. Toisaalta näillä potilasryhmillä kotikäyntien määrä lisääntyi enemmän. Yleisesti ottaen hyvätuloiset olivat muita tyytyväisempiä palveluiden saatavuuden kehitykseen.

Palvelujen käyttäjien tiedonpuute tarjoutuvista palveluista ja niiden laadusta on valinnanvapauden toteutukseen yleisesti liitetty ongelma. Vertailutiedon puuttuessa kuluttajien valintojen ei voida odottaa suuntautuvan järkipäisesti ja tukevan laadukkaita palveluja. Tiedonpuutetta ollaan Ruotsissa korjaamassa muun muassa kansalaisille suunnitellulla riippumattomalla tiedontuotannolla ja verkkopalveluilla. Tässä työssä Ruotsin noin sata kansallista laaturekisteriä muodostavat yhden keskeisistä lähtökohdista. Myös potilaan omaa sähköistä sairaskertomusta pyritään kehittämään. Valinnanvapausjärjestelmien jatkokehitystä ja laajentamista erikoissairaanhoidon kannustetaan valtion taholta mm. korvamerkitä tukitoimin.

Oppia Suomeen?

Valinnanvapaisuudistuksiin on liitetty monia positiivisia odotuksia, mutta myös pelkoja negatiivisista seuraamuksista.

Valinnanvapauden oletettuja positiivisia ja negatiivisia seuraamuksia

+ Palveluiden saatavuus paranee, koska perusterveydenhuoltoon saadaan lisää toimijoita.	– Terveystieteellisen tutkimuksen kustannukset nousevat hallitsemattomasti, koska ”piikki on auki”.
+ Palveluiden monipuolisuus lisääntyy, koska perusterveydenhuoltoon saadaan uusia ja erilaisia toimijoita.	– Sosioekonominen epätasa-arvo lisääntyy, koska tuottajat suosivat hyvinvoivia alueita.
+ Palveluiden laatu paranee, koska potilaat voivat ”äänestää jaloillaan” laadukkaita palveluita.	– Alueellinen epätasa-arvo lisääntyy, koska tuottajat välttävät harvaanasuttuja alueita.
+ Palveluiden asiakaslähtöisyys lisääntyy, koska palvelurakenne joutuu sopeutumaan potilaiden toiveisiin.	– Kansalaiset ja etenkin ”heikot ryhmät” eivät pysty täysin hyödyntämään valinnanvapautta tiedonpuutteen takia.

Tarkasteltaessa Norjan ja Ruotsin valinnanvapaisuudistuksia voidaan todeta, että molemmat johtivat perusterveydenhuollon palvelujen parempaan saatavuuteen ja tuottajien lukumäärän kasvuun. Lääkäreitä siirtyi perusterveydenhuoltoon muualta terveydenhuollosta.

Ruotsissa tuottajakunta monipuolistui kun järjestelmään tuli mukaan runsaasti uusia yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottajia. Toivotusta palvelutuotannon monipuolistumisesta, joka pohjautuisi esimerkiksi eri kieli- tai kulttuuriryhmien tarpeisiin, ei ole systemaattista näyttöä, vaikkakin yksittäisiä esimerkkejä eri ryhmille suunnatuista palveluista on olemassa.

Potilaiden kannalta keskeistä on ollut palveluiden saatavuuden paraneminen. Potilaat ovat arvostaneet valinnanvapautta positiivisena ilmiönä myös silloin, kun eivät henkilökohtaisesti ole sitä hyödyntäneet. Potilastyytyväisyysmittaukset ovat osoittaneet positiivisia tai neutraaleja tuloksia.

Valinnanvapauden vaikutuksesta hoidon lääketieteelliseen laatuun ei ole selkeitä seurantatuloksia. Tämä liittyy suurelta osin puutteisiin perusterveydenhuollon seurantajärjestelmissä, mitä nyt ollaan korjaamassa. Asiakaslähtöisyydestä voidaan todeta, että Ruotsissa potilaiden valinnat ovat vaikuttaneet myös palvelurakenteeseen, mikä näkyy joidenkin tuottajien poistumisena markkinoilta.

Perusterveydenhuollon kustannukset nousivat selvästi Norjassa listalääkäriuudistuksen seurauksena. Tämä oli looginen seuraus sovitusta korvausmenettelyistä ja -perusteista sekä tuotantokapasiteetin lisääntymisestä. Ruotsissa vastaavaa meno-

jen kasvua ei ole nähty, joskin tilastojen mukaan perusterveydenhuolto on lisännyt osuuttaan terveydenhuoltomenoista 1–2 prosenttia. Periaatteessa kustannuskehitystä voidaan säännellä muun muassa pitämällä tuottajille maksettavan kapitaatiokorvauksen osuus kokonaiskorvauksesta suurena ja asettamalla suoritepohjaisille korvauksille rajoituksia. Kustannustasoon voidaan pyrkiä vaikuttamaan myös esimerkiksi ohjeistamalla suurten potilasryhmien hoidon sisältöä. Hyväksymismenettely tarjoaakin osaavalle järjestäjätaholle suuret mahdollisuudet ohjata palvelutuotannon sisältöä ja laatua. Ruotsissa niin korvausmenettelyt kuin hyväksymiskriteeristöt ovat pikkuhiljaa muokkautuneet maakäräjälueiden kokemusten pohjalta.

Pelätystä sosioekonomisen epätasa-arvon lisääntymisestä ei ole selkeää empiiristä näyttöä. Tutkimusten valossa tilanne ei lähtökohtaisesti ollu tyydyttävä Ruotsissa. Alueellisen epätasa-arvon ongelmia palvelujen saatavuudessa on pystytty valinnanvapausuudistuksilla jossain määrin vähentämään, mutta ei poistamaan. Vähemmän suosituilla maantieteellisillä reuna-alueilla on kuitenkin ollut mahdollista soveltaa poikkeavia korvausmenettelyjä tai järjestää palvelut järjestäjätahon omana tuotantona.

Tiedonpuute tarjoutuvista palveluista ja niiden laadusta on monissa tutkimuksissa todettu ongelmalliseksi valinnanvapauden toimivuuden kannalta. Ruotsi ja Norja ovat vertailutiedon tuotannossa huomattavasti Suomea edellä. Meillä tiedonkeruun ja -raportoinnin puutteita on syytä lähteä kiireellä korjaamaan, sillä paitsi kansallinen, myös EU:n potilasdirektiiviin sisällytetty valinnanvapaus edellyttää tällaisen tiedon olemassaoloa. Asiakasryhmille, jotka eivät itse kykene itsenäiseen päätöksentekoon, on lisäksi luotava erityisiä tukitoimia ja mekanismeja, jotta asiakkaan etujen mukainen, mielekkäiden valintojen teko mahdollistuisi.

Kirjallisuutta

- Dixon A, Robertson R, Appleby J, Burge P, Devlin N, Magee H. Patient choice. How patients choose and how providers respond. London: The King's Fund, 2010.
- Janlöv N, Andersson A, Beckman A, Sveréus S, Wiréhn A-B, Rehnberg C. Vem har vårdvalet gynnat. En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården. Stockholm: Vårdanalys 2013. (Rapport 2013:1)
- Jonsson, PM, Virtanen M. Miten valinnanvapaus voidaan toteuttaa terveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2013;(33):1990–93.
- Jonsson PM, Virtanen M. Valinnanvapaus potilaan näkökulmasta. Suomen Lääkärilehti 2013;(34):2070–73.
- Karolinska Institutets folkhälsoakademi. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - redovisning av de två första årens erfarenheter. (Rapport 2010:12). Stockholm 2010.
- Konkurrensverket. Uppföljning av vårdval i primärvården. Landstingens värddvalssystem och erfarenheter. Delrapport 2. (Konkurrensverkets rapportserie 2010:2) Stockholm 2010.
- Konkurrensverket. Val av värddcentral. Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i värddvalssystemen. (Konkurrensverkets rapportserie 2012:2) Stockholm 2012.
- Lagen 2008:962 om valfrihetssystem, LOV.
- Norges forskningsråd. Evaluering av fastlege-reformen 2001–2005. Sammenfatning og

- analyse av evalueringens delprosjekter. Oslo 2006.
- Ot.prp. nr. 99 (1998-99) Om lov om endringer i lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og i visse andre love (fastlegeordningen).
- Prop. 2008/09:74. Vårdval i primärvården.
- Socialstyrelsen. Valfrihetssystem ur ett befolkningsperspektiv. Slutredovisning. Stockholm, 2012.
- Winblad U, Isaksson D, Bergman P. Effekter av valfrihet inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av kunskapsläget. Stockholm: Vårdanalys 2012. (Rapport 2012:2)

6 Aloite Suomen perusterveydenhuollon vahvistamiseksi

Ongelma

Tämän raportin ensimmäisessä luvussa luotiin katsaus Suomen perusterveydenhuollon kehitykseen, nykytilaan ja ratkaistaviin ongelmiin. Kaikkein kouriintuntuvin ongelma liittyy lääkäripalvelujen saatavuuteen. Terveyskeskusten järjestelmä, ei kokonaisuutena kykene tarjoamaan riittäviä lääkärin avosairaanhoidon vastaanottopalveluja. Karkeasti yli minimistandardien paisuneet jonotusajat yleislääkärin vastaanotolle ovat näkyvin yksittäinen merkki kriisiytyneestä tilanteesta. Suomessa asuvat eivät saa riittävästi palveluja, joita heidän hoitotarpeensa perustellusti edellyttävät.

Terveysdenhuoltojärjestelmien tehtävä on kohdentaa palvelut väestöryhmien ja potilaiden tarpeen mukaan. Suomessa yksittäisen kansalaisen palvelujen saamiseen vaikuttaa poikkeuksellisen paljon se, minkä palvelujärjestelmän osan piiriin hän on oikeutettu hakeutumaan. Valtaosa työterveyshuollon piirissä olevista saa perustason lääkäripalvelunsa ilman jonotusaikoja tai asiakasmaksuja. Käytännössä tämä nopea reitti yleislääkärin vastaanotolle heijastuu myös nopeampana pääsynä julkisiin sairaaloihin ja muihin erikoislääkäreiden johdolla annettuihin palveluihin.

Palvelujen asiakaslähtöisyyttä on vaikea mitata yksiselitteisillä numeromääräisillä mittareilla. Suomalaiset ovat perinteisesti olleet tyytyväisiä terveydenhuoltoon, mutta viime vuosikymmenen aikana tilanne on muuttunut. Perusterveydenhuolto saa kansalaisilta yleisesti keskinkertaisen, mutta saatavuudesta huonon arvosanan. Palveluja ja niiden tarjoamista ei ole juuri räätälöity kunkin asiakkaan tarpeiden mukaiseksi.

Perusterveydenhuollon laatua kuvaava seurantatieto on hyvin niukkaa, kun ajatellaan sen suurta inhimillistä ja taloudellista merkitystä. Saatavissa oleva tieto viittaa siihen, että laatuvaajeita esiintyy. Hoitotulokset eivät kehity kaikissa väestöryhmissä yhtä myönteisesti, ja pitkäaikaissairauksien hoidon laadussa esiintyy puutteita.

Koko terveydenhuollon kestävämmällä tavalla kasvavaa kustannustasoa on mahdotonta hallita, jos peruspalvelut eivät kykene hoitamaan niille kuuluvia tehtäviä. Jos peruspalvelujen ratkaistavissa olevia ongelmia päädytään hoitamaan erikoissairaanhoidossa, kustannukset ovat pääsääntöisesti suuremmat. Kalliimmasta hoidosta huolimatta potilas saattaa jäädä erityissairaanhoidossa vaille eniten tarvitsemaansa apua eli tukea sairauksien kanssa selviämiseen arkielämässä. Kun hyvinvointiongelmiin ei kyetä puuttumaan ajoissa, ne vaikeutuvat ja vaativat kalliimpia ratkaisuja.

Edellä mainittujen ongelmien takana on syitä, jotka liittyvät koko palvelujärjestelmän rakenteeseen ja sen toimintaa sääteleviin voimiin. Palvelujen tuottamiseen

käytettävät voimavarat eivät suuntaudu terveyspolitiikan kokonaistavoitteiden mukaisesti. Yksi keskeinen ja usein mainittu syy on monikanavainen rahoitusjärjestelmä. Kunnat maksavat erikoissairaanhoidosta eri periaatteiden mukaan kuin perusterveydenhuollosta. Työterveyshuollon rahoitus on kokonaan irrallaan kunnallisesta palvelujärjestelmästä ja sen rahoituksesta. Terveystenhuollon eri osa-alueet kehittyvät omien rahoitusjärjestelyjensä puitteissa eritahtisesti ja yhteen sovittamatta. Käytännössä tämä on tarkoittanut sitä, että henkilöstön määrä on kasvanut erikoissairaanhoidossa selvästi perusterveydenhuoltoa nopeammin. Erityisen suurena ero näkyy työterveyshuollon nopean kasvun ja muun perusterveydenhuollon hitaan kehityksen välillä.

Yksityisten terveysvakuutusten määrä kasvaa tällä hetkellä merkittävää vauhtia. Jos tämä kehityskulku voimistuu, uhkaa syntyä yksityisen rahoituksen ja tuotannon luoma, muusta terveydenhuollon kokonaisuudesta kokonaan irrallaan toimiva osa. Tämä kärjistäisi erillisten rahoituskanavien luomia ongelmia entisestään.

Palvelutuotanto on eri kehitysvaiheittensa kautta siiloutunut erillisiin osiin. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kyky sovittaa toimintaansa yhdeksi kokonaisuudeksi on huono. Samoin perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen saumaton yhteistyö on vaikea varmistaa jopa saman kunnan sisällä. Kun vielä ammattiryhmien työ samassa organisaatiossa on eriytynyt aina erillisiin johtamisjärjestelmiin asti, on seurauksena sirpaloitunut palvelukokonaisuus.

Terveystenhuollon järjestäminen on ollut jo vuosikymmenten ajan ensisijaisesti kuntien vastuulla. Kuitenkin vuoteen 1993 asti palvelujen kehitystä ohjattiin kansallisen suunnittelujärjestelmän kautta. Lääkintöhallitus (vuoteen 1991 asti) ja sittemmin sosiaali- ja terveyshallitus hyväksyivät paikallisesti tehdyt suunnitelmat. Koska kaikkien uusien virkojen perustaminen edellytti tätä hyväksymistä, suunnittelujärjestelmä takasi tasapainon maan ja kunnallisen palvelujärjestelmän eri osien välillä. Vaikka työterveyshuolto olikin jo 1980-luvulla suurelta osin erillään kunnallisesta palvelujärjestelmästä, osallistui Lääkintöhallitus aktiivisesti myös sen kehittämiseen esimerkiksi erilaisin ohjeistuksin.

Sosiaali- ja terveyshallitus lakkautettiin vuonna 1993 osin siksi, että tarpeettoman paljon päätöksentekoa keskustasolle keskittänyt suunnittelujärjestelmä oli byrokraattisen raskas. Samalla menetettiin kuitenkin velvoittava kansallinen ohjausjärjestelmä. Samoihin aikoihin ohjausjärjestelmän purkamisen kanssa säädettiin Erikoissairaanhoitolaki, joka käytännössä siirsi merkittävän osan aiemmin kansallisella ohjausjärjestelmällä olleesta vallasta uusille sairaanhoitopiireille. Kunnille ja kuntayhtymille on toki tuotettu erilaisia laatusuosituksia ja muita ohjeita, mutta kunnilla on valta päättää niiden noudattamisesta. Lainsäädännön tasolla asetetut sitovat määräykset palvelujen järjestämisestä ovat olleet tyypillisesti väljiä linjauksia ilman tiukkoja normeja.

Valtion valvontaorganisaatioiden (aiemmin Terveystenhuollon oikeusturvakeskus, vuodesta 2009 Valvira) työkalut ja voimavarat eivät ole riittäneet kunnallisen järjestelmän vahvaan valvontaan. Yksityinen palvelutuotanto, yksittäisten ammattihen-

kilöiden valvonta sekä lukuisiin erityislakien piiriin kuuluvat tehtävät (esimerkiksi ammattioikeuksiin, tutkimukseen, elinkeinon harjoittamiseen liittyvät jne.) ovat vie-
neet valtaosan voimavaroista. Myös nykyisten Aluehallintovirastojen voimavarat ovat
olleet tehtäväkenttään nähden hyvin rajalliset. Valvonta on kyennyt vaikuttamaan sel-
vimpiin ylilyönteihin, mutta sillä ei ole ollut suurta vaikutusta palvelujärjestelmän ke-
hitykseen kokonaisuutena.

Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden seuranta ja raportointia pidetään yleisesti
tulevaisuuden tapana ohjata palvelujärjestelmän toimintaa. Toistaiseksi sekä seuran-
tajärjestelmät että kannustimet niiden osoittamien heikkouksien korjaamiseen ovat
puutteellisia. Perusterveydenhuollossa ongelma on erityisen polttava.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Suomessa asuvien perusoikeuksia, ja perustusla-
ki velvoittaa julkiset toimijat turvaamaan kaikille riittävät palvelut. Tämä on näihin
vuosiin asti järjestetty kuntien kautta niin, että niillä ja niiden omistamalla kuntayhty-
millä on ollut alueelliset monopolit palvelutuotantoon. Koska palvelutuottajien ei ole
tarvinnut kilpailla asiakkaista, niiden on ollut helppo säästää niukkoja voimavarojaan
rajoittamalla palvelujen saatavuutta. Vuonna 2011 voimaan tullut terveydenhuoltolaki
ja sen asteittain edennyt toimeenpano ovat mahdollistaneet potilaiden hakeutumisen
itse valitsemiinsa hoitopaikkoihin. Palvelutuottajilla ei kuitenkaan ole selkeitä kannus-
timia potilaiden houkuttelemiseen. Tämä rajoittaa merkittävästi potilaiden ”jaloillaan
äänestämisen” ohjausvaikutusta.

Sekä erikoissairaanhoidossa että työterveyshuollossa palvelut perustuvat tuotta-
jan ja rahoittajan välisiin sopimuksiin ja suoritekohtaisiin korvauksiin. Erikoissairaan-
hoidon kuntayhtymät jakavat palvelujen järjestämisveloitteen peruskuntien kanssa.
Samalla ne ovat suuria palvelutuottajia. Kokonsa ja erityisosaamisensa takia niillä on
vahva neuvotteluasema suhteessa yksittäisiin kuntiin. Työterveyshuollon keskittyessä
yhä enemmän suurille yksityisille lääkäriasemaketjuille tuottajavetoinen asetelma on
vahvistunut myös tällä sektorilla. Pienten ja keskisuurten yritysten osaaminen tervey-
denhuoltoon liittyvissä kysymyksissä on luonnollisesti rajallista, ja siksi suurilla tuot-
tajilla on vahva asema neuvoteltaessa palvelujen tuottamisen pelisäännöistä.

Kaikki voimavarat käyttöön

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ehdottaa, että perusterveydenhuoltoa vahvistetaan
hyödyntämällä olemassa olevia terveydenhuollon voimavaroja nykyistä paremmin.
Tämä tapahtuu laajentamalla ja monipuolistamalla perusterveydenhuollon tuottaja-
kuntaa myös yksityiseen palvelutuotantoon, kohdistamalla työterveyshuollon palve-
luja erityisesti sen ydintehtäviin sekä kehittämällä hoitohenkilökunnan, yleislääkärei-
den ja erikoislääkäreiden toimenkuvia yhtenä kokonaisuutena. THL:n ehdotuksessa
valinnanvapaus valjastetaan kehityksen käyttövoimaksi. Myönteinen kehitys edellyt-

tää palvelujen järjestäjätahojen vahvistamista ja kansallisen ohjauksen uusien muotojen käyttöönottoa.

Perusterveydenhuollon tuottajakuntaa laajennetaan ja monipuolistetaan

THL ehdottaa, että kunnallisesti rahoitetun perusterveydenhuollon tuottajiksi hyväksytään myös yksityisiä palvelutuottajia. Näin nykyisin osin vajaakäytössä oleva yksityinen palvelukapasiteetti saadaan mukaan vahvistamaan perusterveydenhuoltoa. Kansallisiin linjauksiin tukeutuen määritetään tuottajia koskevat etukäteiset hyväksymiskriteerit, joita sovelletaan yhdenmukaisesti kunnallisiin ja yksityisiin palvelutuottajiin.

Keskeisin oletettu vaikutus on palvelujen saatavuuden parantuminen. Tuotantokapasiteetin laajetessa pääsy palvelujen piiriin helpottuu ja näkyy esimerkiksi lyhyempinä jonotusaikoina. On myös oletettavaa, että palvelujen asiakaslähtöisyys ja laatu kehittyvät myönteisesti, kun palvelutuottajat alkavat kilpailla potilaista.

Perustason palvelujen parempi palvelukyky pienentää pitkällä aikavälillä palvelujärjestelmän kokonaiskustannuksia, koska palvelut saadaan ajoissa ja osana potilaan arkea. Tämä edellyttää kuitenkin palvelujen järjestäjän aktiivista roolia, jotta peruspalveluja vahvistettaessa ei synny päällekkäistä toimintaa, vaan voimavaroja siirtyy erikoissairaanhoidosta etulinjan palveluihin.

On todennäköistä, että väestön tarpeita vastaavaksi laajennettu palvelutuotanto lisää alkuvaiheessa kustannuksia. Kuntia ja niiden yhteenliittymiä ei pidä jättää yksin kohtaamaan kustannuspainetta, vaan kansallisen tason järjestelyistä (esimerkiksi valtionosuusjärjestelmään ja sairausvakuutusjärjestelmään liittyen) tulee myös sopia. Näihin järjestelyihin voidaan kytkeä myös tuottavuuteen, laatuun ja palveluintegraatioon kannustavia osioita.

Valinnanvapaus toimii kehityksen käyttövoimana

Jotta tuottajakunnan laajentamisella tavoiteltavat myönteiset vaikutukset toteutuvat, täytyy varmistaa useita keskeisiä menettelytapoja. Nykyisessä terveydenhuoltolaisessa on jo luotu pohja menettelytavoista ehkä tärkeimmälle, potilaan oikeudelle valita hoitopaikkansa. Vaikka valinnanvapaus on arvo itsessään, sitä voidaan käyttää myös palvelujärjestelmän uudistamisen käyttövoimana. Tämä edellyttää selkeää määrittelyä joukolle muita toiminnan reunaehtoja.

Kaikki julkiset ja yksityiset tuottajat tulee asettaa samalle viivalle niin, että niiden toimintaa säätelevät tekijät ovat kaikilta mahdollisilta osin samanlaiset. Tällaisia reunaehtoja ovat muun muassa sovellettavat hyväksymisehdot palvelujen tuottajaksi, potilaiden pääsy palvelujen piiriin, rahoituksen periaatteet ja tasot sekä toiminnan ja sen

laadun raportointivelvoitteet. Vain julkisten organisaatioiden tuottamiksi on rajattava lähinnä viranomaistehtävät ja hätävalmiuden ylläpito.

Valinnanvapaus johtaa myönteiseen kehitykseen silloin, kun raha seuraa potilasta. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelutuottajat saavat korvauksen potilaan tekemän hoitopaikkavalinnan mukaisesti. Tämä luo palvelutuottajille vahvan kannustimen houkutella potilaita palvelujen hyvällä saatavuudella, laadulla ja asiakaslähtöisellä toteutustavalla. Potilaan on halutessaan saatava vaihtaa hoitopaikkaa riittävän usein. Valinnanvapaus on potilaalla mutta ei palvelun tuottajalla, eli palveluyksikkö ei voi kieltäytyä toteuttamasta potilaan tekemää valintaa hyväksytyjen hoitopaikkojen välillä.

Tuottajien saaman korvauksen peruste tulee olla joko pelkästään tai valtaosaltaan ns. kapitaatiokorvaus. Kapitaatiokorvaus tarkoittaa sitä, että palvelutuottaja saa kustakin kirjautuneesta potilaasta euromääräisen kokonaiskorvauksen riippumatta siitä, kuinka paljon ja minkälaisia hoitoja hän saa. Tämä korvaus on syytä sitoa palvelujen tarvetta ennustaviin tekijöihin kuten potilaan ikään. Kapitaatiokorvaus kannustaa palvelutuottajaa hoitamaan asiat kuntoon kerralla poistaessaan houkutuksen tarpeettomien suoritteiden tuottamiseen.

”Palvelupakettien” määrittely vaikuttaa voimakkaasti siihen, kuinka valinnanvapaus vaikuttaa järjestelmän kehittymiseen kokonaisuutena. Laajin mahdollinen palvelupaketti muodostuu koko terveydenhuollon palvelukirjosta niin, että ensisijainen hoitopaikka on velvollinen joko tuottamaan itse tai ostamaan kaikki palvelut, mukaan lukien vaativaa erityisosaamista edellyttävät hoidot. Suppeimmillaan palvelupaketti voisi teoriassa koostua yhdestä palvelukontaktista. Mitä laajempi palvelupaketin määritelmä on, sitä helpompi yksittäisten tuottajien on integroida palveluprosesseja toimiviksi kokonaisuuksiksi. Toisaalta hyvin laajoihin palvelukokonaisuuksiin liittyy riski suurten tuottajaorganisaatioiden monopoliasemasta. Rajatun palvelupaketit rohkaisevat suurempaa joukkoa (ja siis myös pienempiä) organisaatioita pyrkimään osaksi kunnallisesti rahoitettua palvelujärjestelmää.

Edellä mainittujen ääripäiden väliin sijoittuu lukuisa määrä vaihtoehtoisia ja eri laajuisia palvelupakettimääritelmiä. THL:n näkemyksen mukaan määrittely on toteutettava niin, että se luo riittävät mahdollisuuden integraatioon esimerkiksi yli nykyisen perusterveydenhuolto–erikoissairaanhoidon -jaon. Parasta tapaa voitaisiin hakea paikallisin kokeiluin. Yksi innovatiivinen malli voisi olla laaja palvelutuotanto kokonaan ilman ilta- ja yöpäivystystä tai vuodeosastohoitoa. Tällöin palvelujen järjestäjä vastaisi itse näistä palvelupaketin ulkopuolelle jäävistä palveluista. Tällöin palvelutuottaja palauttaisi saamastaan kokonaishoidon kapitaatiokorvauksesta päivystyksen ja osastohoidon käyttöä vastaavan summan palvelujen järjestäjälle ennalta sovitun taksan mukaisesti. Taksan taso olisi määriteltävä niin, että se ei korvaisi järjestäjälle aiheutuneita kustannuksia täysimääräisesti. Näin korvausmenettely loisi molemmille osapuolille kannustimen ongelmien ratkaisemiseen peruspalveluja tuottavan yksikön toimintana.

Palvelutuottajalle syntyisi vahva kannustin panostaa ennalta ehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen sekä varmistaa nopea pääsy vastaanotolle.

Ammattilaiset työskentelevät oikeissa rooleissa

Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan organisaatioissa, joiden rakenne ja johtaminen tukevat palveluprosessien yhteensovittamista asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi. Tämä perustuu tiimityöhön, jossa kunkin ammattiryhmän tehtäviä kehitetään kunnianhimoisesti osana yhtä kokonaisuutta. Hoitohenkilökunnan toimenkuviin kehitetään pitkäaikaisessa hoitosuhteessa olevien potilaiden tukemista ja hoidon seuranta. Hoitosuhteen alkuvaiheessa lääkärin laatiman tilannearvion niin salliessa säännöllinen seuranta ja ensisijainen kontaktivastuu siirretään hoitajalle kuitenkin niin, että kokonaisvastuu hoidosta on lääkärillä. Samalla varmistetaan, että potilaan ja tämän lähipiirin sekä esimerkiksi vapaaehtoistoiminnan tarjolla olevat voimavarat hyödynnetään täysimääräisesti.

Perusterveydenhuollon sairaanhoidossa yleislääketieteen erikoislääkärit ja yleislääkärit keskittyvät diagnostiikkaan sekä hoidon suunnitteluun ja lääkärin ammattitaitoa edellyttävään seurantaan. Samassa organisaatiossa toimivat kliinisten erikoisalojen erikoislääkärit (esimerkiksi geriatriit, sisätautilääkärit, gynekologit ja ortopedit) laativat vaativimpien potilaiden tilannearvioita sekä konsultoivat yleislääkäreitä.

Kun osa kaikkein eniten tukea ja seuranta vaativien potilaiden rutiinihoidosta siirtyy hoitohenkilökunnalle, lääkärin työpanosta vapautuu uusien ajanvarauspotilaiden sekä päivystyspotilaiden hoitoon. Tämä merkitsee kaikkein polttavimman nykyongelman ratkaisemista, eli vastaanottoaikojen kohtuuttomien odotusaikojen lyhenemistä. Hoitoprosessi tehostuu ja sen laatu paranee, kun erikoislääkärit osallistuvat hoidon suunnitteluun ja toteutukseen samassa perusterveydenhuollon organisaatiossa.

Jotta edellä kuvattu työnjakomalli voi luontevasti kehittyä, tarvitaan vahvoja palvelujen järjestäjiä, jotka kykenevät sovittamaan yhteen perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon tehtäviä. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että samalla kun erikoislääkäreitä ”siirtyy etulinjaan”, vastaavia voimavaroja pienennetään sairaalapoliklinikoilla. Riittävän suuret järjestäjät ovat käytännössä edellytys myös sille, että nykyään hajanaisin mallein toteutettua päivystystoimintaa voidaan kehittää linjakkaaksi kokonaisuudeksi.

Työterveyshuolto keskittyy perustehtäväänsä

Työterveyshuoltolain alkuperäisenä tavoitteena oli vähentää työperäistä sairastumista. Viime vuosina työterveyshuollolta on ryhdytty lisäksi odottamaan entistä aktiivisempaa roolia työkyvyttömyyden ehkäisyssä ja sairauslomalta työhön paluun tukemis-

sa. Toiminnan painopiste on kuitenkin käytännössä siirtynyt yhä enemmän perustason sairaanhoidon tuottamiseen. Yleislääkärit tuottavat noin puolet työterveyshuollon palveluista työterveyshuollon erikoislääkäreiden sijaan.

Palaamalla kohti ennaltaehkäisevää ja työelämää kehittävää perustehtävänsä työterveyshuollon rooli sairauksien hoidossa pienenee. Tämä vapauttaa osaamisvoimavaroja (muun) perusterveydenhuollon palvelutuotantoon, kun työterveyshuollossa ei tarvita entistä määrää työikäisten sairauksia hoitavia lääkäreitä. Siksi on oletettavaa, että toimenpide lisää perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta.

Perustehtävään keskittymistä voidaan tukea monella tavalla. Työterveyshuollon ennaltaehkäisevän toiminnan (ns. Kelan korvausluokka I) vuosittaista korvauskattoa ja korvausprosenttia voidaan nostaa tuntuvasti ja pienyritysten korvaustaso voi olla selvästi muita korkeampi. Työterveyshuollon sairaanhoidon (ns. Kelan korvausluokka II) vuosittaista korvauskattoa voidaan laskea ja korvausprosenttia pienentää. Tämä kustannusten nousu vähentäisi todennäköisesti työntajien kiinnostusta tarjota yleisiä sairaanhoitopalveluja osana työterveyshuoltoaan. Toinen edelliseen yhteyteen sovitettavissa oleva tapa olisi määritellä ne työperäiset sairaudet, joiden hoito voisi edelleen kuulua työterveyshuollon piiriin.

Vaikka erilaiset toimenpiteet vaikuttaisivatkin järjestelmän toimintaperiaatteisiin merkittävästi, ei muutos palvelujen käyttäjän kannalta välttämättä olisi kovinkaan suuri. Työterveyshuollon (ehkäisevien) palvelujen tuottaja voisi, potilaan niin valitessa, olla myös sairaanhoitopalvelujen tuottaja. Vain palvelujen rahoitustapa riippuisi siitä, onko kyseessä työhön ja työkykyyn liittyvä toiminta vai muu perusterveydenhuollon toiminta.

Palveluilla on vahvat järjestäjät

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on kansainvälisesti vertaillen annettu poikkeuksellisen pienten yksiköiden, peruskuntien, tehtäväksi. Mallin hyviä puolia ovat esimerkiksi kytkös paikallisdemokratiaan ja muihin kunnan toimialoihin. Nykyiset kärjistyneet perusterveydenhuollon ongelmat ovat kuitenkin osoitus siitä, että yksittäisen keskikokoisenkaan kunnan edellytykset vastata palvelujen tasapainoisesta kokonaiskehityksestä eivät ole riittävät.

Aiemmin tässä luvussa esitettyjen toimenpiteiden toteutus ei ole mahdollista ilman riittävän vahvoja palvelujen järjestäjiä. Vahvaa järjestäjää tarvitaan sovittamaan yhteen yksityinen ja julkinen palvelutuotanto sekä poistamaan tarpeettoman jyrkkä kahtiajako perusterveydenhuollon, erikoissairanhoidon ja sosiaalipalvelujen välillä. Vahva järjestäjä kykenee siirtämään voimavaroja ja kehittämään toimintamalleja yhtenäisinä kokonaisuuksina. Se kykenee myös asettamaan laatu- ja turvallisuusvaatimuksia sekä seuraamaan palvelutuottajien toimintaa. Vahvalla järjestäjällä täytyy ol-

la osaava ja määrätietoinen johto, jotta mahdollisuus kokonaisvoimavarojen parhaasta kohdentamistavasta toteutuu.

Käynnissä olevan palvelurakennemuutoksen keskeinen tavoite on vahvojen palvelujen järjestäjien muodostaminen. THL:n arvion mukaan ihanteellinen järjestäjien määrä Suomessa olisi 12–15 tahoja. Näillä näkymin keväällä 2014 eduskunnalle annettava hallituksen esitys ns. järjestämislaita merkitsee määrän nousemista jonkin verran suuremmaksi. Kehityksen suunta on joka tapauksessa kääntymässä selkeästi kohti vahvempia palvelujen järjestäjiä niin, että aiemmin eri logiikan mukaan johdettuja perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoitoa ohjataan yhtenä kokonaisuutena.

Aloitteen vaatimat rahoitusjärjestelyt

Monikanavarahoituksen purkamisessa edetään, kuten Suomen hallitus on 29.8.2013 linjannut. Vahva järjestäjä kokoaa eri lähteistä tulevan rahoituksen ja suuntaa sen alueensa väestön sosiaali- ja terveystalouden kannalta uudella tavalla siten, että voimavarat kohdentuvat nykyistä enemmän peruspalveluihin.

Tarvittava palvelurakenne- ja rahoitusmuutos tulee vaiheistaa. Kiireettömän hoitoon pääsyn parantaminen voidaan käynnistää melko ripeästi suuntaamalla sairausvakuutuksen korvauksia väliaikaisena korvamerkittynä rahoituksena palveluiden järjestäjille, jotka kanavoivat rahoituksen perusterveydenhuollon tuottajille. Alustavasti on arvioitu, että väliaikaisena korvamerkittynä rahoituksena tarvitaan 250–350 miljoonaa euroa vuodessa. Tämä katetaan osin palkansaajilta perittävän sairaanhoitomaksun korotuksella ja samalla selvitetään muita mahdollisuuksia suunnata sairaanhoitomaksulla kerättävää rahoitusta kiireettömän hoidon järjestämiseen. Väliaikainen rahoitusjärjestely voidaan purkaa siinä tahdissa kuin laitospalveluiden keventämisen ja muun työnjaon kehittämisen kautta saavutettavat säästöt toteutuvat ja perusterveydenhuolto on kansallisena kokonaisuutena vahvistunut. Väliaikainen järjestely on välttämätön, koska laitospalveluita ei voida nopeasti purkaa parantamatta samalla kiireettömän hoidon saatavuutta, mikä on tämän aloitteen keskeisin tavoite. Koska kyseessä on merkittävä uudistus, on tarkoituksenmukaista edetä aluksi alueellisen kokeilun kautta joka voidaan käynnistää ripeästi.

Valmistelun jatkotyössä määritetään myös kansalliset tavoitteet tuotantorakenteen uudistamiseksi (Master Plan). Samalla arvioidaan tarkemmin mahdollisuus siirtää voimavaroja järjestelmän eri osien välillä. Laitospalveluita on edelleen mahdollista vähentää merkittävästi esimerkiksi sulkemalla pieniä sairaaloita. Perusterveydenhuollon vahvistamisella saavutettava taloudellinen etu voi olla hyvinkin mittava. Nykyisellä Päijät-Hämeen tuotantorakenteella koko maan terveydenhuollon menot olisivat vuositasolla 400–500 miljoonaa euroa nykyistä pienemmät. Jos tämän lisäksi eläkeikäisten laitoshoidon joutumista pystyttäisiin siirtämään vuodelle eteenpäin, hoitokuluja säästyisi vielä lisää arviolta 800 miljoonaa euroa kymmenessä vuodessa.

Kansallinen ohjaus toimii aktiivisesti

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon moniportainen lainsäädäntöuudistus luo konkreettisen perustan tulevalle palvelujärjestelmän kehittämiseksi. Tämän lisäksi tullaan tarvitsemaan sekä alemman tason säädöksiä että muita kansallisia linjauksia kehittämisen käytännön suuntaviivoista ja toteutuksen pääperiaatteista.

Palvelujen määrätietoinen kehittäminen yhtenäisesti edellyttää myös joukon luonteeltaan teknisiä määrittelyjä, jotka on sovittava kansallisella tasolla. Palvelujen laadun järjestelmälliseen seurantaan ja raportointiin liittyy tällaisia tehtäviä. Tarvitaan entistä parempia ja kansallisesti yhtenäisiä, laatua ja vaikuttavuutta raportoivia tietojärjestelmiä.

Kun potilaalla on oikeus hakeutua hoitoon mihin hyvänsä järjestäjän hyväksymään terveydenhuollon yksikköön, on sovittava niistä taksoista joiden mukaan raha seuraa potilasta. Erityisen tärkeä kansallinen tehtävä liittyy informaatioteknologian käyttöön. Kansalliselta tasolta on kyettävä kiihdyttämään kehitystä, joka mahdollistaa riittävän tiedon jakamisen eri organisaatioiden välillä, sujuvoittaa palveluprosesseja organisaatioiden sisällä sekä mahdollistaa kokonaan uudenlaiset, tietoverkon välityksellä tarjottavat tai tuettavat palvelut.

Kaksikymmentä vuotta sitten tehdyn kansallisen ohjausjärjestelmän purkamisen ja muiden valtaa hajauttaneiden muutosten jälkeen kansallisen tason linjausten ja kunnallisen palvelujärjestelmän välillä on ollut heikko yhteys. Yhteyden vahvistaminen on välttämätöntä riittävän eheän kokonaiskehityksen varmistamiseksi. Vahvistamista tulee tehdä kahdesta suunnasta. Keskeinen osa palvelurakenteen uudistamista on sen varmistaminen, että kansallisella tasolla on lakisääteinen mandaatti, riittävät voimavarat ja toimivat työkalut palvelujärjestelmän kehityksen ohjaamiseen. Toisaalta sosiaali- ja terveydenhuollon erityisvastuualueiden vahvistuminen voi luoda palvelujen järjestäjiä yhdistävän rakenteen, joka voi myös vahvistaa keskustelua kansallisen tason kanssa.