

Uusi terveydenhoidon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä

Timo Aronkytö, Aatos Hallipelto, Aki Kangasharju

Päiväys 01.06.2010

Sisällysluettelo

Sisällysluettelo.....	2
Esipuhe.....	3
1 Johdanto.....	4
Terveysmenot kasvussa – nykyinen terveysjärjestelmä vaikeuksissa	4
Paraskaan ei ratkaise ongelmia.....	5
Löytyykö mallia maailmalta?.....	6
2 Uusi malli pähkinänkuoressa.....	8
Uuden mallin tavoitteet.....	8
3 Kysyntä ja tarjonta.....	12
Asiakkaalle vastuuta ja valinnanvapautta.....	12
Neuvontaa ja apua.....	12
Tuottajien välinen kilpailu.....	13
4 Rahoitus.....	15
Rahoitus kansalliseksi	15
Kapitaatorahoitus ohjaa kustannusvaikuttavuuteen	16
Ensiapu, päivitys ja infrastruktuurin ylläpito.....	18
5 Informaatio ja valvonta.....	19
Etu- ja jälkikäteisvalvonta	19
Kansallinen tietojärjestelmä.....	20
6 Vaikutukset.....	21
Ihmiset	21
Kuntasektori.....	21
Kansantalous	23
7 Nykyisen ja uuden järjestelmän vertailu asiakkaan näkökulmasta.....	25
Lähteet.....	28

Esipuhe

Sitran Kuntaohjelman tavoitteena on kehittää kuntien palvelutuotantoa vastaamaan väestön ikääntymisen, alueellisen eriytymisen, työvoimapulan ja kuntien talouden kiristymisen haasteisiin. Kuntaohjelman hankkeet tähtäävät kuntien palvelurakenteiden uudistamiseen, asiakslähtöisyyden vahvistamiseen sekä kuntalaisten valinnanvapauden lisäämiseen. Ohjelman tavoitteet toteuttavat Sitran visiota, joka mahdollistaa hyvinvointia luovat, laaja-alaiset ja syvälliset muutokset suomalaisessa yhteiskunnassa.

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmista on viime aikoina keskusteltu useista eri näkökulmista. Terveystieteiden tutkimuskeskityksessämme ongelmista on pidetty muun muassa epätasa-arvoisuutta, tarjontalähtöisyyttä sekä hoitoketjujen ja rahoituksen läpinäkyvyyden, koordinaation ja kannustimien puutetta. Nykyinen järjestelmä keskittyy sairauksien hoitoon, mutta ei tue terveyden edistämistä.

Suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien taustalla on rahoituksen monikanavaisuus. Suurin osa rahoitusvastuusta on hajautettu yli kolmelle sadalle kunnalle. Kunnat tuottavat sosiaali- ja terveyspalveluja talousarvio-ohjauksella, mikä ei kannusta kuntia kehittämään palvelutuotantoaan asiakslähtöisesti ja kustannustehokkaasti.

Tässä raportissa esitellään vaihtoehtoinen ja uusi tapa, jolla terveydenhuollon rahoitus ja ohjausjärjestelmä voidaan organisoida. Toivomme, että tämä raportti herättää keskustelua suomalaisen sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, asiakkaiden ja päätöksentekijöiden keskuudessa.

Tämän raportin ovat laatineet Aki Kangasharju, Timo Aronkytö ja Aatos Hallipeltö Sitran toimeksiannosta. Hankkeen kuluessa kirjoittavat ovat saaneet arvokkaita kommentteja useilta asiantuntijoilta.

Helsingissä toukokuussa 2010

Antti Kivelä

Ohjelmajohtaja

Sitran Kuntaohjelma

1 Johdanto

Terveysmenot kasvussa – nykyinen terveysjärjestelmä vaikeuksissa

Terveydenhuoltojärjestelmiä ollaan uudistamassa ympäri maailmaa terveysmenojen nopean kasvuvauhdin vuoksi (OECD 2010). Terveydenhuoltopalvelujen alhainen tuottavuuskehitys¹, kansalaisten muuttuminen potilaista asiakkaiksi² ja ikääntyminen ovat kasvattamassa terveyspalvelujen osuutta bruttokansantuotteesta yli kansantalouksien kantokyvyn.

Suomen terveysmenot ovat vielä tällä hetkellä kohtuullisen alhaiset (OECD 2009), mutta nousevat lähivuosina nopeasti. Ikäsidonaiset hoito- ja hoivamenot suhteessa bruttokansantuotteeseen nousevat kuusi prosenttiyksikköä 2030-luvun puoliväliin mennessä, jos rakenteellisia uudistuksia ei tehdä (Valtiovarainministeriö 2010).

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on uudistuksen tarpeessa sekä ikääntymisen että itse nykyisen järjestelmän ongelmien vuoksi. Nykyinen järjestelmä on epätasa-arvoinen ja tarjontavetoinen. Järjestelmän hoitoketjuista ja rahoituksesta puuttuvat joustavuus sekä muutosta edistävä koordinaatio ja kannustimet.

Vaikka yleinen terveydentila ja odotettavissa oleva elinikä ovat Suomessa hyvällä tasolla, ovat väestöryhmien väliset terveyserot huolestuttavan suuret (OECD 2010) ja palvelujen saatavuudessa on suuria eroja. Työterveyshuollon asiakkaat saavat palveluja sujuvasti, kun taas terveyskeskusten lääkäripula heikentää jo valmiiksi heikkomman terveyden omaavien väestöryhmien palvelujen saatavuutta. Myös verrattain korkeat asiakasmaksut lisäävät järjestelmän epätasa-arvoa.

Epätasa-arvoisuuden ohella Suomen järjestelmää vaivaa tarjontavetoisuus. Molempien ongelmien taustalla on rahoituksen monikanavaisuus. Yhtäältä hoitojonojen purkamiseen ei löydy kannusteita, koska sairauspäivien rahoitus on eriytetty Kansaneläkelaitokselle. Toisaalta itse hoidoissaakaan ei pyritä etsimään kustannuksia laskevia ratkaisuja, koska rahoitusvastuu on eriytetty kunnille.

Samalla kun kansalaisten vaatimustaso nousee ja kysyntä lisääntyy, saavat sairaanhoitopiirit tulonsa tehtyjen hoitojen perusteella. Tämä kannustaa hoitojen määrän lisäämiseen. Hoitomuotoja valittaessa suositaan uusia ja usein myös entistä kalliimpia hoitotapoja. Tämä tapahtuu teknologisen kehityksen ja lääketieteellisten menetelmien kehittämisen nimissä. Kun kunnat eivät voi kilpailuttaa sairaanhoitopiiriään, puuttuu piireiltä kannustin etsiä kustannussäästöjä tuovia teknologisia ratkaisuja tai mittakaavan ja erikoistumisen kautta syntyviä hyötyjä. Peruskuntien erikoissairaanhoidon järjestämistä vastaavasta on enää jäljellä rahoitusvastuu. Palvelujen määrän, laadun, saatavuuden ja tuotantotavan määrittäminen on käytännössä siirtynyt sairaanhoitopiireille.

¹ Kun terveydenhuollon tuottavuus kasvaa talouden yleistä tuottavuuskehitystä hitaammin, siirtyy muilta aloilta vähitellen työvoimaa terveyssektorille. Tämä hidastaa koko talouden tuottavuuskehitystä. Koska työvoimavaltaisen terveyssektorin palkat seuraavat talouden yleistä kehitystä, nousee terveyssektorin kustannustaso verrattuna muuhun talouteen. Tämä näkyy sektorin kohoavana bkt-osuutena. Baumolin taudilta vältyttäisiin terveydenhuollossa, jos teknologinen kehitys johtaisi nykyistä enemmän olemassa olevien hoitojen halpenemiseen. Nykyisin se johtaa uusien, parempien ja kalliimpien hoitojen lisääntymiseen ja medikalisoitumiseen.

² Yleisen tulotason nousun myötä nousevaa palvelujen vaatimustasoa kutsutaan Wagnerin laiksi. Ihmisten kasvava kiinnostus oman ja läheistensä hyvinvointiin, yksilöllisyyden korostuminen (ns. i-sukupolvi) sekä kaupunkimainen elämäntapa lisäävät hyvinvointipalveluiden kysyntää.

Vastuiden eriytyminen ja kuntien sairaanhoitopiirien pakkojäsenyys estävät myös perusterveydenhuollon palvelujen ja erikoissairaanhoidon palvelujen integraation. Kunnan oma terveyskeskus tai yhteistoiminta-alue ovat erillään kuntayhtymän omistamasta erikoissairaanhoidosta. Joustamaton rakenne estää perusterveydenhuollon palvelujen kehittämisen. Vaikka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hoitoketjuja on pystytty kehittämään, puuttuu potilaan hoitovastuun koordinaatio.

Nykyjärjestelmän ongelmana on myös perinteisen talousarvio-ohjauksen määrärahasidonnaisuus. Se ei motivoi kehittämään kunnan omaa palvelutoimintaa. Tavoiteohjauksen ja palkitsemisen elementtejä on vuosien aikana saatu aikaiseksi liian vähän, joten ohjaus ja valvonta perustuvat liikaa passiiviseen jälkikäteen tapahtuvaan määrärahojen tarkkailuun. Sisäiset tilaaja-tuottajamallit eivät ratkaise ongelmaa, koska ne eivät ole aitojen tilaajien ja tuottajien välisiä sopimuksia. Tästä ovat valaisevia esimerkkejä Ruotsin 1990-luvun uudistukset (Martinussen ja Magnussen 2009).

Suomen terveystoimen on pyrittävä hillitsemään lukuisin toimin. Onnistuneimpiin uudistuksiin kuuluu reseptilääkkeiden kustannusten nousua hillinneet lääkevaihto- ja viitehintajärjestelmät (Galizzi ym. 2009). Uusimmat uudistukset lisäävät muiden länsimaiden esimerkin mukaisesti kansalaisten vapautta valita itse terveyspalveluidensa tuottaja. Tähän saakka valinnanvapaus on ollut Suomen terveydenhuollossa vähäistä muihin OECD-maihin verrattuna (OECD 2010). Useissa muissa maissa valinnanvapautta lisääviä ja muita kannustinmekanismeja hyödyntäviä uudistuksia on tehty 1990-luvulta alkaen. Kannustimiin ja kilpailuun perustuvat uudistuksia on tehty, koska sääntelyyn perustuvat järjestelmät ovat epäonnistuneet kustannusten nousun hillitsemisessä (Cutler 2002).

Suomen uudistus on kuitenkin jäämässä puolitiehen, koska tuotantorakenteen ei anneta muuttua valinnanvapauden seurauksena. Nyt tarvitaan terveydenhuoltojärjestelmän entistä kokonaisvaltaisempaa uudistamista sekä tulevien että nykyisten ongelmien ratkaisemiseksi.

Paraskaan ei ratkaise ongelmia

Paras-hanke on poistamassa joitain nykyjärjestelmän heikkouksia. Hanke on keskittynyt kuntakoon kasvattamiseen. Tämä vähentää pienten kuntien kalliista potilaista syntyvää rahoitusriskiä. Muutos on kuitenkin ongelmiin nähden kosmeettinen, koska rahoitusvastuu säilyy peruskunnilla. Kunnat jatkavat tilaajina sekä suhteessa yhteistoiminta-alueeseen että sairaanhoitopiiriin. Jokainen peruskunta jää edelleen myös rahoittajaksi omakustannusperiaatteella.

Kuntien hartiat levenevät vasta, kun kuntien lukumäärä vähintään puolittuu nykyisestä 348:sta tai vastuu palveluista siirtyy yhteistoiminta-alueille. Siihen asti kuntakentässä, joista puolella asuu korkeintaan 6000 asukasta, säilyy kaksi epävarmuustekijää: kalliit vanhuspotilaat yhteistoiminta-alueen vuodeosastolla ja kalliit leikkauspotilaat sairaanhoitopiirin keskussairaalassa. Siihen saakka myös kuntien väliset erot asukasta kohti lasketuissa verotuloissa säilyvät suurina.

Tasa-arvo ja kuntademokratia eivät parane. Hanke lisää samalla järjestelmän hajanaisuutta ja sekavuutta, koska osa kunnista tuottaa palvelunsa itse, osa hankkii ne isäntäkunnasta ja osa kuntayhtymältä. Vapaaehtoisuuteen perustuvat kuntaliitokset tuottavat usein hyvin sattumanvaraisen kuntarakenteen.³

Paras-hankkeen yhteistoiminta-alueet on perustettu aiemmin ehdotettujen uudistusten innoittamana (ehdotusten vertailuja muun muassa Eduskunta 2006 ja Pekurinen 2007). Näitä ovat muun muassa erilaiset alue- ja ostopoolin mallit (Kunnamon, Lääkäriliiton, Risikon malli), terveysvakuutuksen malli (Kela) ja erilaiset piirimallit (terveydenhoitopiiri, Unelma, hyvinvointipiiri ja maakuntakuntamalli). Terveystalokiehdotuksessa⁴ hyödynnetään samoja ajatuksia.

Kaikissa ehdotuksissa tavoitellaan riittävän rahoituspohjan synnyttämistä, pienten kuntien taloudellisen riskin tasaamista ja asiakkaiden valinnanvapauden lisäämistä. Palvelujen tilaajan ja tuottajan roolit halutaan eriyttää toisistaan. Osa malleista on jo olemassa esimerkiksi Kainuun maakuntamallina tai Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalona.

Näiden ehdotusten heikkoutena on se, että erilaiset julkiset organisaatiot ottavat järjestämisvastuun palveluista, mutta jättävät rahoitusvastuun edelleen yli kolmelle sadalle kunnalle. Kelan mallissa tätä ongelmaa ei ole, mutta mallin vakuutusominaisuus johtaa helposti muiden maiden tapaan kustannusten kasvuun. Vaikka asiakkaiden valinnanvapautta pyritään useissa malleissa lisäämään, sallitaan vain laajan ostopoolin mallissa muita tuottajasektorin vapaampi rakennemuutos (Eduskunta 2006). Mallissa kunnat muodostaisivat koko maan tasolla muutaman suuren ostopoolin, joilla olisi mahdollisuus kilpailuttaa eri terveystalonia ja muita tuottajia. Kunnat vastaisivat edelleen terveydenhuollon rahoituksesta ainakin oman verorahoituksen osalta, sillä valtionosuudet siirtyisivät laajan ostopoolin mallissa poolille.

Löytyykö mallia maailmalta?

Tuoreen kansainvälisen vertailun mukaan mikään terveydenhuoltojärjestelmä ei selkeästi erotu muita tehokkaammaksi kansalaisten eliniän pidentämisessä (Paris ym. 2010, OECD 2010). Kaikissa maissa tunnustetaan uudistamistarve, mutta jokainen järjestelmä tarvitsee omat reforminsa. Samat lääkkeet eivät tepsii kaikkiin maihin. Yhteneväisyyksiäkin löytyy. EU- ja OECD-maat ovat yhdessä havainneet, kuinka heidän täytyisi kehittää perusterveydenhuollon tuotantoa ja erikoissairaanhoidon lähetejärjestelmää, lisätä avohoitoa, nostaa tuottavuutta laitoshoidossa, parantaa hoitoketjujen koordinaatiota, lisätä telekommunikaation hyväksikäyttöä ja kehittää markkinamekanismien hyväksikäyttöä sekä järjestelmien kannusteita (OECD 2009b ja Euroopan Komissio 2007).

Suomelle läheisissä muissa Pohjoismaissa on viime vuosina tehty useita uudistuksia (Aronkytö 2010). Rahoituksen kestävyys turvaamiseksi on useassa maassa rahoitusvastuuta siirretty suuremmille yksiköille ja toimijoille. Esimerkiksi Norjassa erikoissairaanhoidon on siirretty kokonaisuudessaan valtiolle. Tanskassa valtion roolia palvelujen rahoittajana on vahvistettu. Omalääkärijärjestelmä on

³ Kunnat voivat perustaa yhteistoiminta-alueita, jotka tarkoittavat joko nykyisiä kuntayhtymiä tai isäntäkuntamallia. Isäntäkuntamallissa (vastuukuntamalli, keskuskuntamalli tai yhteislautakunta) tehtävien hoitamista varten perustetaan alueen kuntien yhteinen toimielin ja muiden sopijakuntien tehtäviä hoitava henkilöstö siirretään isäntäkunnan palvelukseen. Yhteistoiminta-alueiden asukasluvu on perusterveydenhuollon ja siihen kiinteästi liittyvän sosiaalihuollon tehtävien järjestämisessä vähintään noin 20 000. Organisaatioiden lukumäärä (isot ja keskikokoiset kunnat sekä yhteistoiminta-alueet) tulee laskemaan noin 100:aan – 150:een.

⁴ Terveystalokiehdotus 16.6.2008.

mullistuksessa Ruotsissa ja Norjassa, joissa lääkärin ammatinharjoittajamallilla yritetään pelastaa perusterveydenhuollon lääkäritoiminto. Kaikissa uudistuksissa on yhteistä potilasasiakkaan valinnanvapauden lisääminen ja potilaan oman vastuun korostaminen. Esimerkiksi Ruotsissa on otettu käyttöön vård val -malli, jossa potilaan valinnanvapaus on viety varsin pitkälle: potilas valitsee perusterveydenhuollon palveluntuottajan ja raha seuraa potilasta. Uudistuksella pyritään selkeyttämään palveluntuottajien ansaintalogiikkaa ja kanavoimaan tehokkaammin julkista rahaa laadukkaisiin ja vaikuttaviin palveluihin. Palveluntuottajan kokonaisvastuuta korostetaan. Tanskassa potilaalla on puolestaan mahdollisuus valita myös sairaala tai erikoistason hoitoyksikkö.

Seuraavassa esitellään Suomelle uusi terveydenhuollon ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä yhdistelemällä sekä Suomessa että muissa maissa esillä olleita uudistusehdotuksia. Koska uudistusten tarve riippuu olemassa olevan järjestelmän piirteistä, poimitaan ehdotuksessa Suomen ongelmia parhaiten ratkaisevat uudistukset. Uudella mallilla pyritään löytämään ratkaisu nykyjärjestelmän suurimpiin ongelmiin.

2 Uusi malli pähkinänkuoressa

Uuden mallin tavoitteet

Uusi malli selkeyttää vastuut, rakentaa selkeitä kannustimia eri osapuolille terveyden edistämiseen ja kustannusvaikuttavien hoitojen kehittämiseen sekä murentaa järjestelmän sisälle syntyneitä raja-aitoja. Tavoitteena on saada koko kansalle yhtä hyvä perusterveydenhuolto kuin mitä työterveyshuolto tarjoaa tällä hetkellä työllisille.

Malli

- huolehtii koko kansan terveystarpeista tasa-arvoisesti
- selkeyttää järjestelmän eri osapuolten vastuut ja poistaa järjestelmän tarjontavetoisuuden ja rahoituksen monikanavaisuuden
- kannustaa tuottajia etsimään kustannustehokkaita hoitomuotoja hyödyntämällä yhden suuren tilaajan neuvotteluvoimaa, useiden tuottajien välistä kilpailua ja tukemalla sairauksien ennalta ehkäisyä
- poistaa järjestelmän tuottavuuden nousua kahlitsevia raja-aitoja
- kannustaa kansalaisia ja terveyspalvelujen tuottajia ihmisten terveyden edistämiseen ja sairauksien ennalta ehkäisyyn.

Mallin rakenne

Malli koostuu neljästä osasta ja kattaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon sekä vanhustenhoidon:

1) Kysyntä

- Asiakkaan vastuu omasta terveydestään

Ja sen vastapainona

- Asiakkaan vapaus valita omien palvelujensa tuottaja

2) Tarjonta

- Tilaaja erotetaan tuottajista
- Tuottajien välinen vapaa kilpailu annetuilla hinnoilla
- Tuottajien kannusteet asiakkaiden terveyden edistämiseen

3) Rahoitus

- Järjestelmän kansallinen yksikanavainen verorahoitus
- Rahoituksen sitominen sairausriskiin eikä tuotettuihin palveluihin

4) Valvonta

- Kansalliseen tietojärjestelmään perustuva seuranta ja valvonta

Uudistuksessa annetaan kansalaisille lisää omaa vapautta valita itselleen mieluisin terveyspalvelujen tuottaja (kysyntä). Tämä lisää kansalaisten omaa vastuuta terveydestään. Kunnissa tai kansallisen tilaajarahoittajan yhteydessä toimii palvelunohjaus- ja neuvontapalvelu, joka tukee terveys- ja sosiaalipalveluja tarvitsevia henkilöitä palvelujen valinnassa. Neuvontapalvelu voi olla osa kansanterveystyön toimintoa (ns. public health), jonka yhteydessä toimii tartuntatautien ehkäisy, ympäristöterveydenhuolto ja muita kunnan sosiaali- ja terveystoimen viranomaistoimintoja. Neuvontapalvelu toimii myös vanhustenhuollon pitkäaikaishoidon palveluohjaajana, jakaa informaatiota terveistä elintavoista ja tukee terveyden edistämistä kuntatasolla. Kuntien järjestämä neuvontapalvelu toimii läheisessä yhteistyössä kansallisen tilaajarahoittajan kanssa, millä varmistetaan, että avohoidon palvelut ovat aina ensisijaisia ja taataan, että käytössä ovat asianmukaiset ikäihmisten laitos- ja pitkäaikaishoitoon ottamisen kriteerit.

Tuottajat voivat olla edelleen kunnallisia, kuten useissa muissa Suomelle ehdotetuissa malleissa, mutta niiden ei välttämättä tarvitse olla (tarjonta). Tuottajaksi voi ryhtyä sekä julkinen että yksityinen organisaatio. Kilpailun piirissä olevien perusterveydenhuollon tuottajien kautta siirrytään tarvittaessa jatkohoitoon joko erikoissairaanhoidon tai vanhuspalveluihin, joissa tuottajakenttä on myös vapautettu kilpailulle. Vaikka alalle tulo vapautetaan, vaaditaan tuottajalta tiukka laatutaso. Kilpailun ulkopuolelle jätetään vaativin erikoissairaanhoidon sekä ensiapu ja päivystystoiminta.

Tuottajien välinen kilpailu toimii annetuilla hinnoilla kansalaisten hyödyksi, koska markkinamekanismin tuoma tehokkuusvaade johtaa kustannustehokkuuden lisääntymiseen. Tuottajakentän rakenne muuttuu ja järjestelmän sisäiset raja-aidat kaatuvat. Kilpailun lisääntyminen johtaa tuotantorakenteen muuttumiseen ja kustannusvaikuttavuuden paranemiseen, koska kilpailussa huonosti menestyvät tuottajat menettävät asiakkaita ja maksutuloja. Asiakkaat, rahoitus, työntekijät ja muut resurssit siirtyvät tehottomista yksiköistä tehokkaisiin. Tehokkaat yksiköt puolestaan hyödyntävät erikoistumis- ja mittakaavahyötyjä. Tämä koituu asiakkaiden eduksi, koska Suomen väestö on liian pieni siihen, että kaikki palveluntarjoajat voisivat tarjota kaikkia palveluita. Rakennemuutos selittää jopa puolet tuottavuuden kasvusta yksityisen sektorin toimialoilla. Sen vuoksi ehdotus lisää terveyspalvelujen tuloksellisuutta enemmän kuin muut julkisessa keskustelussa aikaisemmin esitetyt mallit.

Tuottajat saavat rahoituksensa tuotettujen hoitojen sijaan asiakkaiden sairausriskien ja sairauksien perusteella sekä ennalta ehkäisevän työn onnistumisen perusteella. Tämä kannustaa tuottajia etsimään kustannusvaikuttavia hoitoja ja terveyttä edistäviä toimia. Terveyspalvelujen tarpeen ennaltaehkäisy on eräs olennaisimmista tekijöistä, jolla voidaan ehkäistä terveydenhuollon kustannusten kasvua sekä väestön että kansantalouden kannalta. Kunnille rakennetaan kannustimia yleiseen ja pitkäjänteiseen terveyden

edistämiseen. Kansalaisille rakennetaan kannustimia oman terveytensä edistämiseen ja halua hakeutua sellaiselle tuottajalle, joka kantaa kokonaisvaltaisimman hoitovastuun sekä osaa ottaa huomioon niin ennalta ehkäisyyn kuin tehokkaan hoidon.

Järjestelmää operoi Kansallinen Tilaaaja-RAhoittaja, KATIRA. Sille kanavoidaan sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet⁵, työnantajien nykyisin työterveyshuollon yksikölle työntekijöistään maksama rahoitus⁶ sekä kunnallista verorahoitusta (rahoitus). Kunnallinen verorahoitusosuus voidaan kanavoida kansalliselle tilaaja-rahoittajalle useilla tavoilla joko kuntien verotuksen kautta tai myöntämällä KATIRAlle oma verotusoikeus (eri vaihtoehtoja esitellään tarkemmin luvussa 4.).

Kansallinen verorahoitteinen rahoitusjärjestelmä yksinkertaistaa nykyisen monikanavaisen rahoitusjärjestelmän ja erottaa tilaajan tuottajista. Tilaaaja-organisaatio on kansallinen, jotta sillä on mahdollisimman korkea tilaajaosaaminen, neuvotteluvoima suhteessa tuottajiin ja mahdollisuus reagoida kansalaisten terveystarpeisiin tasa-arvoisesti. Kansalaisten hyväksi toimivan tilaaja-organisaation monopolivoima poistaa järjestelmän tarjontavetoisuuden. Tilaaaja hyödyntää koordinoitua ja keskitettyä ohjauksen voimaa, tutkimusta ja osaamista yhdistettynä kansalaisten terveydellisten, alueellisten, kulttuuristen ja muiden erityistarpeiden huomioon ottamiseen.

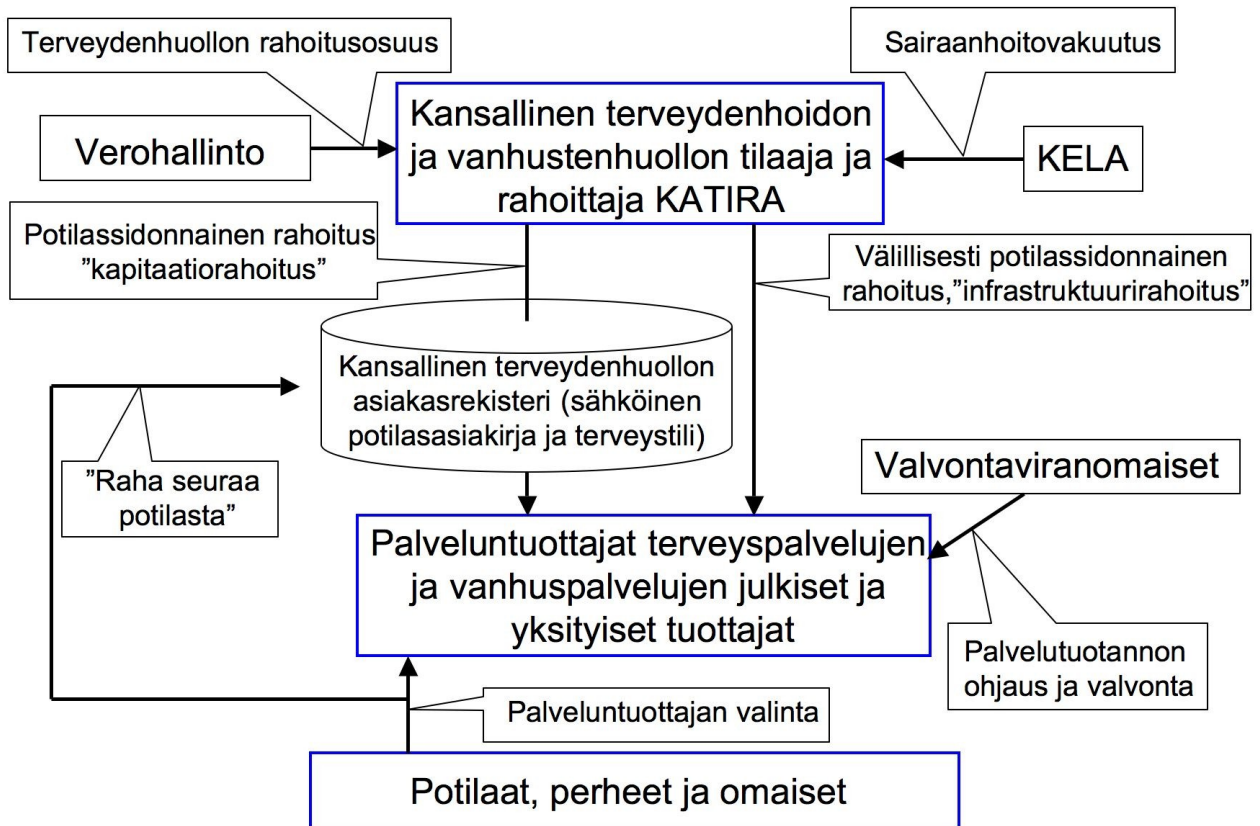
Valtion valvontaviranomaiset huolehtivat siitä, että alalle tulevat tuottajat täyttävät laatukriteerit ja eri tuottajat (julkiset ja yksityiset) voivat toimia kilpailuneutraalissa ympäristössä (valvonta). Yhtenä valvonnan, seurannan ja järjestelmän edelleen kehittämisen keinona siirrytään yhtenäiseen kansalliseen tietojärjestelmään, johon kaikkien tuottajien on liityttävä. Se hyödyntää sähköisen potilasasiakirjarekisterin tietoja ja voisi jopa avata sähköisen terveystilin kansalaisille. Yhtenäinen tietojärjestelmä mahdollistaa asiakkaan valinnanvapauden lisäämisen ja tuottajien välisen vertailun sekä terveyshyötyjen kehittymisen seurannan. Yhtenäisen tietojärjestelmän avulla erilaisten laatu järjestelmien käyttöönotto lisääntyy.

Terveydenhuollon uudistettu ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä esitetään yleisellä tasolla kuviossa 1. Seuraavassa kuvataan uutta järjestelmää yksityiskohtaisesti.

⁵ Paitsi sosiaalihuollon kunnalle jäävien palvelujen osalta.

⁶ Ns. sairaanhoidon osuus.

Terveydenhuollon uusi ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä



Kuvio 1 Terveydenhuollon uudistettu ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä

3 Kysyntä ja tarjonta

Asiakkaalle vastuuta ja valinnanvapautta

Kun järjestelmä perustetaan, valitsevat kaikki suomalaiset itselleen parhaiten soveltuvan oma- tai perhelääkäriin, joka ei voi kieltäytyä ottamasta asiakasta vastaan. Ensirekisteröityminen on asiakkaalle maksuton. Mikäli asiakas eli potilas ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun, hoitoon tai hänelle osoitettuun hoitoyksikköön, voi hän valita uuden palveluntuottajan ilmaiseksi kerran vuodessa. Ne, jotka eivät halua tai osaa rekisteröityä vapaaehtoisesti, tulevat automaattisesti maantieteellisesti lähimmän omalääkäriin asiakkaiksi. Näin järjestelmä turvaa palvelujen tarjonnan kaikille.

Tässä suhteessa ehdotuksessa otetaan mallia Ruotsista, jossa vuoden 2010 alussa astui voimaan laki potilaan valinnanvapaudesta. Sen mukaan potilas voi vapaasti valita hoitavan lääkärin ja terveyskeskuksen. Maakäräjien maksama korvaus seuraa tällöin potilaan mukana. Korvausjärjestelmä ei erottele mitenkään yksityistä ja julkista sektoria. Kaikki tarjoajat, jotka täyttävät maakäräjien asettamat vaatimukset, voivat toimia järjestelmässä. Potilas "kilpailuttaa" palveluntuottajan.

Kansalaisia palkitaan oman terveydentilansa hyvänä säilyttämisestä sekä rahoitusomavastuilla että muilla kannustimilla. Esimerkiksi lääkärin määräämien lääkkeiden ostamatta jättäminen nostaa tulevien hoitojen omavastuita ja elintapaisairauksiin voidaan määrätä korkeammat omavastuut. Omavastuiden käyttö on välttämätöntä. Muuten verorahoitus lisää palvelujen käyttöä, sillä valtaosa palvelun tuotantokustannuksista tulee rahoitettua yhteisistä varoista. Omavastuut korvaisivat nykyään käytössä olevat asiakasmaksut.⁷ Omavastuissa otetaan huomioon asiakkaiden maksukyky.

Asiakkaan vastuu hoitonsa järjestämisestä päättyy siihen, kun hän valitsee itselleen omalääkäriin. Äkillisissä tapauksissa asiakkaat tai omalääkärit eivät tee mitään valintoja, vaan asiakas saa hoidon lähimmästä ensihoidon ja päivystystoiminnan yksiköstä.

Neuvontaa ja apua

Valinnanvapauden vastapainoksi lisätään asiakkaan omaa vastuuta terveydestään. Jotta vastuuta voidaan lisätä, tarvitsevat kansalaiset nykyistä enemmän tietoa terveistä elämäntavoista ja eri palveluntuottajista. Tämä neuvonta- ja ohjauspalvelu voi sijaita joko joko KATIRAssa managed care -ajatuksen mukaan tai kunnissa. Jos neuvonta järjestetään kunnissa, se muodostaa osan perinteisestä kansanterveystyöstä (ns. public health) ja toimii yhdessä sosiaalityön ja ympäristöterveydenhuollon kanssa. Kunnille turvataan valmius tukea kaikkia kansalaisia sekä valintojen tekemisessä että vastuunkantamisessa. Mallia otetaan Tanskasta, jossa kunnallisissa palvelupisteissä neuvotaan kaikkia halukkaita. Siellä myös tehdään vanhuspalveluiden asiakkaille arvio palvelutarpeesta ja palvelulupaus, jonka perusteella asiakas saa tarvittavan määrän oikeaa hoitoa. Suomen uudessa järjestelmässä KATIRA ja kunnalliset

⁷ Nykyään lainsäädännöllä määrätty maksut ovat enimmäismaksuja, joita ei voi kunnassa tai kuntayhtymässä tehtävin päätöksin ylittää. Kunta ja kuntayhtymä voivat päättää vain siitä, että asiakkailta ja potilailta peritään säädetyt maksut enintään maksimimääräisinä, alennettuina tai että niitä ei joiltakin osin peritä lainkaan.

palveluneuvojat voisivat tehdä yhteistyötä niin, että kunnalliset neuvojat voisivat antaa vanhuspalveluiden asiakkaalle palvelulupauksen KATIRAN mandaatilla. Kunnilla on myöhemmin tekstissä kuvattavat kannustimet panostaa neuvontatyöhön. Lisäksi kansalaisten, tuottajien ja tilaajien saataville tarvitaan entistä enemmän toiminta-, laatu-, hinta- ja kustannusinformaatiota. Nämä rakennetaan kansalliseen tietojärjestelmään, jota kuvataan tekstissä myöhemmin.

Tuottajien välinen kilpailu

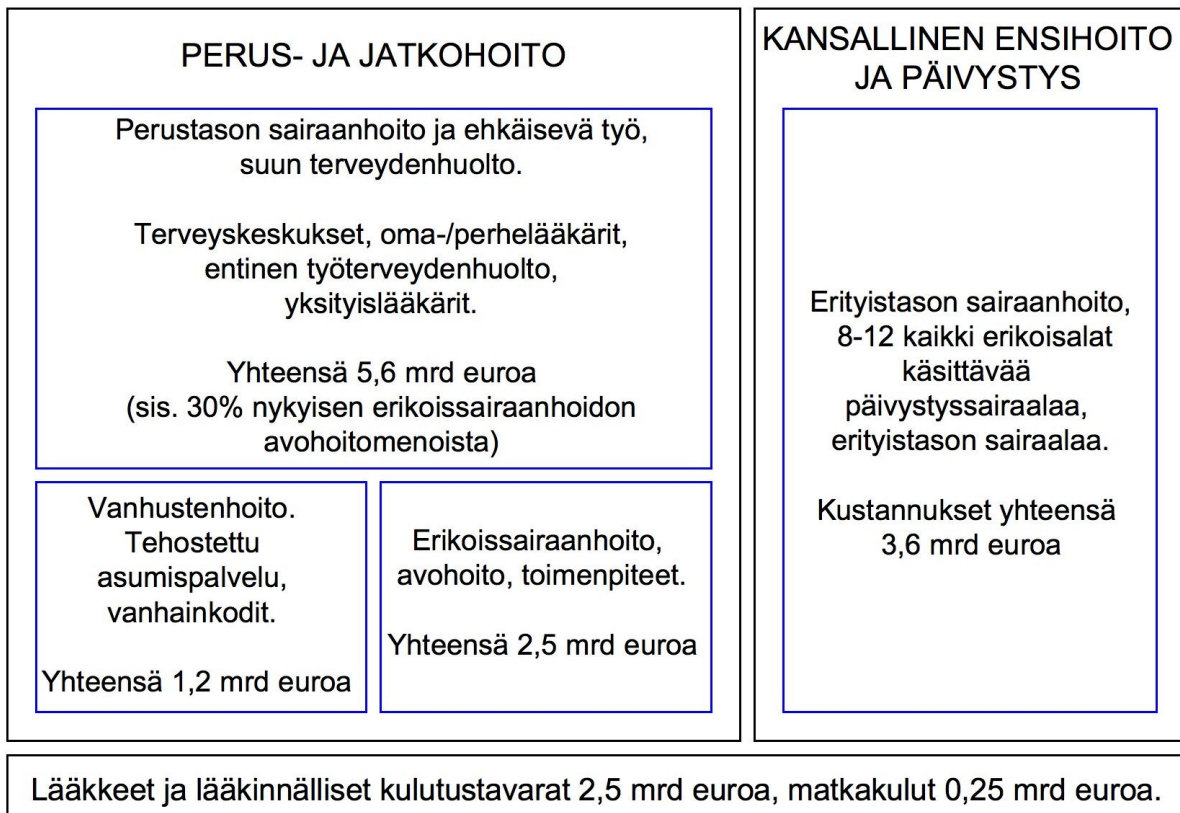
Uudistuksen alussa halukkaat palveluntuottajat rekisteröityvät kansalliseen tuottajarekisteriin ja kansalliseen tietojärjestelmään. Kilpailun piirissä olevat tuottajat tarjoavat joko perushoitoa (omalääkärit) tai jatkohoitoa erikoissairaanhoidon avohoidossa tai vanhustenhoidossa. Äkillisten vaikeitten sairauksien, päivystystapausten sekä vaikeiden traumojen ja muiden vastaavien hoitoa ei kuitenkaan vapauteta kilpailulle. Niiden hoito organisoidaan vähintään kymmeneen kaikki erikoisalajat käsittävään päivystyssairaalaan ja erityistason sairaanhoidon organisaatioon, jotka sijoitetaan väestön alueellisen sijainnin mukaisesti optimaalisiin paikkoihin. Nykyjärjestelmässä tähän toimintaan käytetään vuosittain lähes neljä miljardia euroa. Näillä sairaaloilla on myös oikeus osallistua kilpailutettuun terveydenhuoltoon.

Perushoidon tuottaa omalääkäri, joka voi olla paikallinen terveyskeskus, yksityinen lääkäriasema tai yksityislääkäri. Nykyjärjestelmässä perushoitoon käytetään vuosittain yli viisi miljardia euroa (Kuvio 2). Uudistuksen jälkeen Suomessa ei enää ole erityisiä työterveysasemia. Ne rekisteröityvät normaaleiksi palveluntuottajiksi, jotka eivät voi kieltäytyä asiakkaiksi haluavista potilaista.⁸ Kuntasektori menestyy kilpailussa todennäköisesti hyvin, koska laajan palveluvalikoiman sosiaali- ja terveyspalvelut tuovat selkeän kilpailuedun uusiin pieniin tuottajiin nähden.

Jatkohoito tuotetaan joko erikoissairaanhoidon avohoidossa, yhdessä vähintään kymmenestä erikoissairaalaista tai vanhuspalvelujen yksiköissä. Erikoissairaalat toimivat siis sekä kilpailuilla markkinoilla että huolehtivat kilpailun ulkopuolella olevasta ensihoidosta ja päivystyksestä. Nykyjärjestelmässä erikoissairaanhoidon avohoitoon käytetään vuosittain reilu kaksi miljardia euroa ja vanhuspalveluihin (pl. sosiaalipalvelujen kotihoito) yli miljardi euroa.

Omalääkäri koordinoi potilasasiakkaan koko hoitoketjua. Jos tuottaja (omalääkäri tai erikoissairaanhoido) ei pysty tai halua tuottaa hoitoa joillekin asiakkaiksi ilmoittautuneille ryhmille, on tuottajalla vastuu löytää asiakkaalle vaihtoehtoinen järjestely. Esimerkki tällaisesta voi olla toisen (asiakkaan hyväksymä) tuottajan etsiminen, joka voi korvata omalääkäriin tarjonnassa olevia puutteita. Mikäli tuottaja ei tähän pysty, seuraa sanktio, joka on maksimissaan tuottajarekisteristä poistaminen. Tuottaja voi tästä sanktiosta huolimatta jäädä markkinoille, jos löytää kokonaan itse maksavia asiakkaita. Tuottaja ei siis pääse sanktioita irti kalliiksi osoittautuvista asiakkaistaan. Jotta riski kalliiksi osoittautuvista asiakkaista ei estäisi pienten tuottajien toimintaa, voi tuottaja hakea tukea KATIRAlta, jos riskiryhmää kalliimpia potilaita on paljon tuottajan kokoon nähden.

⁸ Työterveyshuollon lakisäätöiset tehtävät (ns. Kela I, eli työpaikan turvallisuuden ja terveellisuuden turvaaminen ja työterveystarkastukset jne.) jäisivät edelleen työterveyshuollon yksikköjen tehtäväksi. Tähän toimintaan varataan määräraha, joka rahoitetaan Kelan työtulovakuutuksesta kuten tälläkin hetkellä.



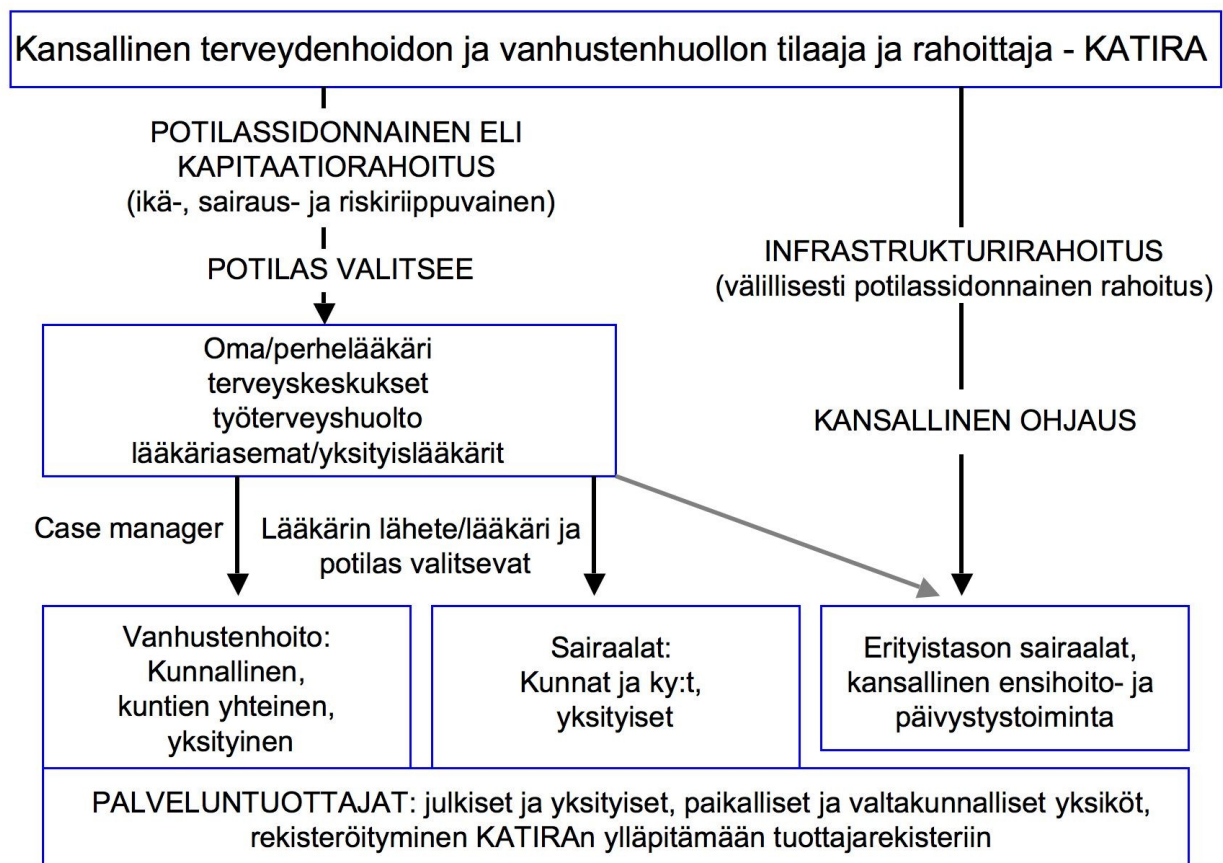
Luvut ovat suuntaa antavia ja perustuvat Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemaan vuoden 2009 terveydenhuoltomenoennusteeseen. Hallinto- ja investointimenot sekä asiakkaiden, potilaiden maksamat omavastuuosuudet sisältyvät lukuihin. Luvut eivät sisällä ympäristöterveydenhuollon, kehitysvammahuollon, puolustuslaitoksen tai vankeinhoidon menoja. Osa työterveyshuollonmenoista (Kela) ei myöskään ole mukana.

Kuvio 2. Tuottajasektori ja sen nykyinen rahoitus

4 Rahoitus

Rahoitus kansalliseksi

Tuottajien saama rahoitus koostuu sekä vastaanotolle tai hoitoon tulevien asiakkaiden omavastuista että kansallisesta osuudesta. Kansallisesta tilaamisesta ja rahoituksesta vastaa valtakunnallinen organisaatio (KATIRA), joka rahoittaa tuottajia potilassidonnaisella kapitaatorahoituksella⁹ ja välillisellä infrastruktuurirahoituksella (Kuvio 3).



Kuvio 3. Rahoituksen ohjautuminen.

⁹ Kapitaatioperusteinen rahoitus tarkoittaa asukas pohjaista palvelun määrästä riippumatonta rahoitusta. Kapitaatiomaksu voi olla myös eritelty ikäryhmittäin ja/tai toimintamuodoittain.

Kansallisen tilaajaorganisaation rahoitus koostuu kunnallisista verotuloista, sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksista sekä työnantajien työntekijämääränsä perusteella maksamasta rahoituksesta. Näistä jälkimmäisin maksetaan nykyjärjestelmässä työterveyshuollon yksikölle. Kunnalliset verotulot ja valtionosuuden voidaan kanavoita joko kuntien kautta tai suoraan KATIRAlle. Ensimmäisessä vaihtoehdossa kuntien maksu KATIRAlle määräytyisi omien asukkaiden tarpeiden mukaisesti. Koska sosiaali- ja terveystoimen valtionosuuksien kaavat on vasta tarkistettu vastaamaan nykyistä tarvetta (Moisio ym. 2009), maksaisivat kunnat KATIRAlle sosiaali- ja terveystoimen valtionosuudet kaavan mukaisesti, mutta tietyllä omalla verorahoitusosuudella korotettuna. Korotus määräytyisi niin, että sosiaali- ja terveystoimen nettomenot (bruttomenot vähennettynä käyttäjämaksuilla) tulisi katettua koko maan tasolla. Jos käyttäjämaksut kattavat noin 12 prosenttia ja valtionosuudet noin 28 prosenttia, tilittäisivät kunnat valtionosuuden noin kolminkertaisena.¹⁰ Pienet ja köyhät kunnat rahoittaisivat tämän osuuden suurelta osin tulopohjan tasauksella ja rikkaat kunnat aidosti omilla verotuloillaan.

Näin kunnille voidaan rakentaa tehokkaat kannustimet asukkaidensa yleiseen terveyden edistämiseen. Ne kunnat, joiden asukkaat käyttävät terveystoimen palveluita vähemmän kuin valtionosuuskaava ennustaa (esimerkiksi kolmen vuoden aikana keskimäärin), saisivat KATIRAlta palautusta maksuista.¹¹

Toinen pidemmälle viety vaihtoehto on, että KATIRAlle voitaisiin antaa oma verotusoikeus. Tällöin se päättäisi itse kansallisen terveys- ja vanhuspalveluihin tarvittavan veroprosentin suuruuden. Kansallinen organisaatio muodostaisi oman verontilitysjärjestelmän mukaisen veronsaajaryhmänsä. Kuntien verotustarve pienenis tältä osin, koska niiden sosiaali- ja terveystoimen palvelujen järjestämistä vastuu siirtyisi kansalliselle organisaatiolle. Kuntien valtionosuudet ja verotusoikeus sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuolisiin tehtäviin säilyisivät kunnilla.

Kapitaatorahoitus ohjaa kustannusvaikuttavuuteen

Kapitaatorahoituksen piiriin kuuluisi terveydenhuollon nykyisestä noin 15 miljardista eurosta valtaosa, eli noin 12 miljardia (Kuvio 2). Vain kansallinen ensihoito ja päivystys olisivat sen ulkopuolella.

Omalääkäri saa tuloa asiakkaiksi ilmoittautuneiden henkilöiden sairausriskin perusteella. Riski määritellään iän ja aikaisemman sairaushistorian perusteella.¹² Joihinkin sairauksiin hinnoitellaan vain perustason hoito, mutta vaativiin sairauksiin hinnoitellaan jo valmiiksi vaativa erikoissairaanhoito. Kapitaatiomaksu ei kuitenkaan riipu toteutuneiden hoitotoimenpiteiden määrästä. Tuottajalla ei siten ole kannustinta tarjota asiakkaalle liikaa palveluita, vaikka tilaaja ja tuottaja ovatkin eriytetty toisistaan. Kilpailu asiakkaista tuottajien välillä, seurantatietojen keruu kansalliseen tietojärjestelmään ja omalääkärin velvollisuus tarjota asiakkaalleen tarvittavat palvelut (tuottaja ei pääse irti ilman sanktiota kalliiksi osoittautuvasta asiakkaasta) pitävät huolen siitä, että asiakkaat saavat tarpeeksi palveluita. Kun kansallinen tietojärjestelmä toimii, voidaan kapitaatiomaksuun liittää myös tavoitteellisia kriteereitä varmistamaan riittävän ja laadukkaan hoidon.

Omalääkärille annetaan vastuuta asiakkaan koko hoitotarpeen seurantaan. Omalääkäriä kannustetaan hoitamaan potilas mahdollisimman pitkälle itse ja

¹⁰ $100\% - 12\% = 88\%$ ja $88\% / 28\% = 3,14$.

¹¹ Järjestelmään voidaan asettaa myös negatiivisia kannusteita esimerkiksi niin, että maksua hieman tilapäisesti korotetaan, jos asukkaat tarvitsevat tavallista enemmän palveluita.

¹² Riskin määrittelyssä voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi Adjusted Clinical Groups -menetelmää.

valvomaan tarvittaessa hoitojaksoja jatkohoidossa. Kapitaatorahoitusta pienennetään, jos tuottajan omat asiakkaat saavat keskimäärin erikoissairaanhoidoa enemmän kuin heidän riskiryhmänsä edellyttäisi tai jos jatkohoidon kustannus ylittää asiakkaan riskitason mukaisen kustannuksen.¹³ Riski kalliista potilaista lankeaa siis osittain tuottajille. Loppuosan riskistä kantaa KATIRA, koska kalliit potilaat pienentävät kapitaatorahoitusta vain tiettyyn rajaan saakka (esim. maksimissaan 10 prosenttia). Tuottajilla on oikeus hakea KATIRAlta tukea, jos riskiryhmiä kalliimpia potilaita on paljon tuottajan kokoon nähden.

Vastapainoksi omalääkäreille annetaan mahdollisuus itse järjestää joitain erikoissairaanhoidon palveluita (esimerkiksi lääkärikonsultaatiota) joko yksin tai yhdessä muiden kanssa. Omalääkärillä on myös kannustimet tukea asiakkaan terveitä elintapoja. Tuottaja saa pitää kapitaatiopohjaisen maksun, jos asiakkaat käyttävät terveystalvuuksia keskimääräistä riskitasoa vähemmän. Lisäksi omalääkäri voi saada lisäkorvauksen, jos potilasasiakkaita lähetetään tavallista vähemmän erikoissairaanhoidon.

Mikäli asiakas tarvitsee jatkohoidoa, päättävät omalääkäri ja potilas yhdessä, mistä se hankitaan. Erikoissairaanhoidon tuottaja saa rahoituksen asiakkaan diagnoosin¹⁴ perusteella. Erikoissairaanhoidon tuottaa joko erikoislääkärin avopoliklinikka, sairaala tai yksi maan vähintään kymmenestä päivystävästä erikoissairaalaista. Vanhuspalveluissa tuotetun jatkohoidon korvaus perustuu hoidon tarvetta mittaaviin indikaattoreihin¹⁵, jotka määrittävät vuorokausihinnat. Eri diagnoosien edellyttämää optimaalista jakautumista perus- ja jatkohoidossa valvotaan kansallisella tasolla (luku 5).

Kapitaatorahoitus ja diagnosiperusteinen rahoitus sidotaan kansalliseen hintatasoon, johon tehdään alueellisia korjauksia toimipaikan sijainnin mukaan. Alueellisilla korjauksilla halutaan varmistaa syrjäisten alueiden houkuttelevuus tuottajien näkökulmasta. Korkeammilla eri sairauksien korvaustasoilla kompensoidaan asukkaiden, eli kysynnän vähyyttä. Alueelliset määräytymiskertoimet voisivat perustua esimerkiksi asuinpaikan perusteella laskettuihin väestötäisyyksiin: mitä useammalla ihmisellä on koko maata pidemmät etäisyydet lähimpään tuottajaan, sitä korkeampi olisi tuottajan samaa kapitaatiokorvaus. Kansallinen tilaajaorganisaatio valvoo kansallisen hintatason kehittymistä ja pyrkii rajoittamaan sen nousua.

Alueellisten hintojen sijaan hinnat voitaisiin sijoittaa asiakkaaseen siten, että syrjäseutujen asukkaat saisivat keskusalueiden asukasta korkeamman kapitaatiokorvauksen. Tämän vaihtoehdon käyttökelpoisuutta heikentää kuitenkin terveysturismin mahdollisuus. Keskusalueiden tuottajat voisivat houkuttaa syrjäseutujen asukkaita hoitoihin esimerkiksi matkakuluja korvaamalla. Tällainen kehitys pikemminkin heikentäisi kuin kehittäisi alueellisesti tasa-arvoista terveystalvuuksien tuotantoa.

¹³ Esimerkiksi Ruotsissa Hallandin maakunnassa potilaan valitseman terveyskeskuksen tai yksityisen lääkäriaseman saama korvaus perustuu listautuneiden potilaiden määrään ja heidän ikärakenteeseensa. Erikoissairaanhoidon ei sisälly edellä mainittuihin korvauksiin, vaan erikoissairaanhoidon yksikkö laskuttaa maakäräjä antamastaan hoidosta erikseen. Potilaan tarvitsema erikoissairaanhoidon ei kuitenkaan saisi maksaa yli 20 prosenttia potilaan kokonaisterveydenhuollon vuosikustannuksista. Tällaisessa tapauksessa ylimenevä osuus vähennetään perusterveydenhuollon tuottajan saamasta korvauksesta.

¹⁴ Esimerkiksi DRG-luokan (Diagnosis related Groups) perusteella.

¹⁵ Esimerkiksi RAI- tai RAVA-indikaattoreihin.

Ohjausvaikutuksen tehostamiseksi kapitaatorahoitukseen voisi sisällyttää tavoite-erän. Esimerkiksi 95 prosenttia rahoituksesta maksettaisiin palveluntuottajille tavoitteiden mukaisesti ja loput viisi prosenttia tavoitteiden ylittävistä suorituksista eräänlaisena bonuksena. Kannustemekanismissä sisältö ja rakenne perustuvat indikaattoreihin, joita kerätään kansalliseen tietojärjestelmään. Yksi keskeisistä indikaattoreista olisi yleisen terveydentilan paraneminen ja sairastavuuden väheneminen, eli terveydenhuollon yleisen vaikuttavuuden lisääntyminen.

Ensiapu, päivystys ja infrastruktuurin ylläpito

Infrastruktuurirahoitukseen kuuluvat äkilliset hoidot, terveyden edistäminen ja palveluneuvoja-järjestelmä. Jos asiakas sairastuu äkillisesti, hänellä on oikeus erikoissairaanhoidon ensihoitoon ja päivystyskäyntiin ilman omalääkärin lähetettä. Tämä kysyntä rahoitetaan vähintään kymmenelle erityistason sairaalalle ilman suoraa kapitaatioperustetta. Infrastruktuurirahoitus kattaa erikoissairaanhoidossa päivystysvalmiuden, ensihoidon, suuronnettomuus- ja epidemiavalmiuden ylläpidon sekä alueellisesti yhdenveroisen ja laadukkaan erikoissairaanhoidon- ja keskussairaalamerkostojen ylläpidon. Lisäksi infrastruktuurirahoitus kattaa yliopistosairaaloiden ylläpidon ja tutkimuksen.

Infrastruktuurirahoituksen piiriin kuuluu myös terveyden edistämisen viranomaistoiminta (neuvoloiden ylläpito, terveysvalistus, ympäristöterveydenhuolto). Tämä toiminta jää nykyjärjestelmän mukaisesti kuntien tuottamisvastuulle. Kuntia kannustetaan sitoutumaan tähän toimintaan sillä, että KATIRAlle maksettava verorahoitus riippuu osaltaan kunnan asukkaiden terveyspalvelujen tarpeesta riskitasoon nähden.

Infrastruktuurirahoituksen piiriin ja kuntien tuottamisvastuulle jäisivät myös edellä käsitellyt informaatiopalvelut ja vanhustenhuollon palveluneuvoja-toiminto.

Infrastruktuurirahoitus olisi aluksi kanavoitavissa julkisille palveluntuottajille. Myöhemmässä vaiheessa palveluvalmiuden ylläpito voitaisiin kilpailuttaa eri tuottajien kesken. Kapitaatorahoitukseen ehdotettu tavoite-erä voitaisiin sisällyttää myös infrastruktuurirahoitukseen.

5 Informaatio ja valvonta

Etu- ja jälkikäteisvalvonta

Terveydenhuollon valvontaa on tehostettava riippumatta siitä, kuinka järjestelmää muuten uudistetaan. Nykyään valvonnasta vastaa Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira). Vaikka Valvira pyrkii ohjauksen avulla ehkäisemään epäasianmukaisia hoito- ja toimintakäytäntöjä myös etukäteen, on sen toiminta keskittynyt säädösten vastaisen tai muuten virheellisen menettelyn ja laiminlyöntien jälkikäteiseen käsittelyyn sekä ammattihenkilövalvontaan. Terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden arviointi on jäänyt vähäiseksi.

Uudistetussa terveydenhuollon järjestelmässä Valviran tehtävät jatkuisivat nykyiseen tapaan. Sen tehtävissä painotettaisiin kuitenkin entistä enemmän koko järjestelmän toimivuuden etukäteisvalvontaa sekä omalääkärin antaman perushoidon ja sitä seuraavan jatkohoidon rajapintaa. Valviran apuna toimisivat aluehallintoviranomaiset.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa toimitaan yhä riskialttiimmassa ympäristössä, tehdään yhä vaativampia toimenpiteitä ja hoito perustuu usein hyvää osaamista edellyttävään monilääkitykseen. Potilaat ovat entistä iäkkäämpiä ja palvelujen käyttäjät ja heidän omaisensa ovat aiempaa vaativampia ja laatu-tietoisempia. Siksi on tarpeen, että ohjaukseen ja valvontaan suunnataan oikea määrä voimavaroja. Tämä edellyttää myös tutkimustoiminnan vahvistamista valvonnan ja arvioinnin välineenä. Vahvistaminen korostaa muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), yliopistojen ja korkeakoulujen sekä eri tutkimuslaitosten välisen yhteistyön merkitystä.

Uudessa järjestelmässä vapautetaan tuottajien välinen kilpailu annetuilla hinnoilla. Tämä korostaa valvontatehtävän tärkeyttä. Palveluntuottajien on osoitettava toimivansa ohjaukselle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Niiden on siis edistettävä alueen väestön terveyttä, tarjottava laadukasta ja kustannustehokasta hoitoa oikea-aikaisesti ja oikeudenmukaisesti sekä saatava aikaan terveyshyötyjä. Valvonnassa tulee painottaa ennalta ehkäisyä esimerkiksi tuottajien sertifiointilla sekä tekemällä tuottajien rekisteröityminen kansalliseen tuottajarekisteriin ja tietojärjestelmään pakolliseksi.

Kansallinen valvoja pitäisi yllä uudessa järjestelmässä kansallista tietojärjestelmää. Kansallinen valvoja tuottaisi palvelujen tuottajien laatutasosta ja erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuudesta tietoa internetissä olevaan tietokantaan, jossa tieto olisi vapaasti kansalaisten käytössä. Näin asiakkaat voisivat tehdä entistä valistuneempia valintoja.

Kansallinen tietojärjestelmä

Tietotekniikan käytön lisääminen ja tiedonkulun parantaminen ovat keskeisessä asemassa terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden parantamisessa. Terveydenhuollon toimivuutta pitää tarkastella kansallisella tasolla ja siltä pohjalta, kuinka paljon terveyttä saadaan aikaan. Tätä varten tarvitaan sähköiset potilasasiakirjat, henkilökohtaiset terveystilit ja uudenlaiset terveyden tietopankit.¹⁶

Kaikkien tuottajien on rekisteröidyttävä kansalliseen tietojärjestelmään. Tietojärjestelmä pitää huolen siitä, että rahoitus osaa seurata asiakasta. Asiakas rekisteröityy järjestelmään omalääkäriensä kautta. Asiakkaalle avataan potilasasiakirja, jolla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä asiakirjoja. Ne sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja. Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat. Näitä ovat muun muassa lähetteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen ja hoidon perusteella annetut todistukset sekä lausunnot. Potilasasiakirjoihin kuuluvat myös lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Potilasasiakirjoista muodostuu henkilötietolaissa tarkoitettuja henkilörekistereitä.

Sähköisen potilasasiakirjan kansallisen käyttöönoton avulla voidaan tietoa hyödyntää samanaikaisesti useassa paikassa ja myös tiedon luettavuus paranee. Tietojärjestelmä parantaa tuottavuuden ja kustannusvaikuttavuuden mittaamista sekä kehittämistyötä aivan uudella tavalla. Koko maasta saatava yksilötason terveys- ja hoitotieto mahdollistaa tuottajien välisen vertailun ja terveysvaikutusten luotettavan seurannan. Järjestelmä kokoaa kroonista sairautta potevan henkilön tiedot yhteen ja auttaa omalääkäreitä analysoimaan niitä. Tämä lisää potilasturvallisuutta (esimerkiksi lääkehoito) sekä tehostaa hoidon ja ehkäisyn tuloksia. Järjestelmän aikaansaama hyvinvointituottavuus nousee.

Sähköisen asioinnin sisällöt voitaisiin integroida yhteen järjestelmään, joka voisi kattaa muun muassa seuraavat ominaisuudet:

- potilaalle näkyvä sairauskertomus
- e-reseptit
- henkilökohtaiset seulonta-, rokotus- ja muut suunnitelmat
- omahoitosuunnitelmat
- ajanvaraukset
- asiakasmaksujen hallinta
- terveystili.

¹⁶ Näitä edustavat esimerkiksi terveysportaalit, kuten Terveys – EU (<http://ec.europa.eu/health-eu>), TerveSuomi (<http://www.terveysuomi.fi/fi/etusivu>), Hyvis-terveysportaalit (<http://www.hyvis.fi>), terve.com (<http://www.terve.com>) ja tohtori.fi (<http://www.tohtori.fi>).

6 Vaikutukset

Ihmiset

Ihmiset hyötyisivät uudesta järjestelmästä useilla tavoilla. Hyötyjä ovat ainakin:

- 1) valinnan vapauden lisääntyminen
- 2) palvelujen saatavuuden lisääntyminen
- 3) palvelujen tasa-arvoisuuden paraneminen
- 4) palvelujen laadun paraneminen
- 5) oman terveyden ja hoitojen seurannan kehittyminen ja
- 6) terveyspalvelujen aiheuttaman verorasituksen aleneminen.

Palveluja tarvitsevat ihmiset saavat vapaasti valita mieluisimman tuottajan. Hyötyä lisää myös se, että valinnanvapaus itsessään on valinnaista, joten mitään pakkoa tuottajien kilpailuttamiseen ei ole. Palvelujen saatavuus paranee, koska kansallinen maksujärjestelmä porrastetaan alue- ja väestötyyppien mukaan. Tuottajilla on siis kannusteita tarjota palveluita myös alhaisen kysynnän ja ikääntyneen väestön alueilla.

Tasa-arvoisuus paranee samasta syystä. Tasa-arvoa lisää myös kaikkien tuottajien kohoaminen nykymuotoisen työterveyshuollon tasolle. Esimerkiksi työterveyshuollon tuottajat joutuvat ottamaan vastaan kenet tahansa asiakkaaksi haluavan. Valinnanvapaus ja siitä seuraava kilpailu sekä kansallinen tietojärjestelmä ja valvonnan tehostaminen takaavat hoidon laadun paranemisen. Tämä lyhentää hoitonoja ja vähentää sairauspoissaoloja. Omaa terveyttä on helpompi seurata kansallisen tietojärjestelmän ja terveystilin avulla. Myös omalääkäreitä kannustetaan tukemaan asiakkaan oman terveyden ylläpitoa. Kilpailun seurauksena uudistuva tuotantorakenne sekä kansallisen tilaajaorganisaation osaamistaso ja neuvotteluvoima pitävät huolen siitä, että terveyspalvelujen kustannukset lähtevät uudistuksen myötä laskuun. Tämä vähentää verotustarvetta.

Kuntasektori

Kuntasektorin kokemat suurimmat muutokset ovat seuraavat:

- 1) kuntien rooli selkenee
- 2) kuntien verotulot ja valtionosuudet pienenevät, myyntitulot kasvavat
- 3) kuntien järjestämisvastuut vähenevät
- 4) kunnallisen terveyssektorin tuotantokoneisto joutuu rakennemuutokseen
- 5) kuntien päätöksentekijät alkavat ratkaista uudenlaisia kysymyksiä.

Kuntien rooli selkenisi nykyiseen tilanteeseen verrattuna. Kokonaisvaltaisen järjestämisvastuun sijaan kunnat vastaisivat yleisestä terveyden edistämisestä,

tuottaisivat neuvontapalveluita kaikille tarvitseville ja ohjaisivat vanhusasiakkaat oikeaan palvelumuotoon.

Kuntien rahoitusvastuu loppuisi, ja sosiaali- ja terveystoimen valtionosuudet korkeintaan enää kiertäisivät kuntien kautta. Kuntien tulorakenne muuttuisi merkittävästi. Verotulojen ja valtionosuuksien osuudet talousarviossa pienensivät, ja myyntitulojen osuudet kasvaisivat. Tämä riippuu kuitenkin siitä, kuinka vahvasti kunta haluaisi ylläpitää omaa terveystalouden tuotantoa.

Uudistetussa järjestelmässä kunnallisten terveystalouden tuottajien talouden tuotoista perustuu pääasiassa myyntituloihin (KATIRAlta ja omavastuista). Menorakenne säilyy sen sijaan suhteellisen muuttumattomana. Talouden ohjauksen muutos tapahtuu näkökulmaa vaihtamalla. Nykyisen resurssipainotteisen, määrärahasidonnaisen ja menojen valvontaan perustuvan talousohjauksen sijaan kunnalliset palveluntuottajat joutuvat siirtämään painopistettä menojen suunnittelusta ja valvonnasta tulojen hankintaan. Lyhyesti sanoen tämä merkitsee menobudjetin sijaan palvelusuunnitelmaan perustuvan myyntibudjetin laadintaa.

Myyntibudjetin laatiminen edellyttää kunnilta sopimusta kansallisen tilaajaorganisaation kanssa. Se edellyttää myös rekisteröityneiden asiakkaiden hoitamista. Myyntibudjetin ja palvelusuunnitelman perusteella laaditaan suunnitelma tarvittavista resursseista, niiden aiheuttamista menoista sekä tulos- ja rahoituslaskelmaennusteet. Toiminnan laajentumien, uudet asiakkaat sekä tavoitteet ylittävä toiminta kasvattavat myyntituloja. Tämä puolestaan mahdollistaa lisäpanostukset uusiin resursseihin, kuten investointeihin ja henkilöstöön.

Kunnallisen terveystalouden tuottajan taloudenhoidon tulee olla muusta kunnan toiminnasta erillistä ja tilinpäätösraportoinnin tulee olla läpinäkyvää. Organisaatiomuodon tulee myös olla sellainen, että kilpailuneutraaliteetti yksityisten palveluntuottajien kanssa säilyy.

Kunnan talousarvion loppusummaan, talouden kokoon tai laajuuteen uudistuksella ei ole välttämättä suurtakaan vaikutusta. Alkuvaiheessa suuria asiakassiihtymiä ei tapahdu julkisen ja yksityisen sektorin kesken olettaen, että kunnallinen palvelutuotanto on järkevällä tavalla organisoitu. Pidemmällä aikavälillä siirtymät ovat mahdollisia, joten niillä on myös heijastusvaikutuksia yksittäisen kunnan talouden laajuuteen. Hyvä kunnallinen toimija pystyy myös kehittämään toimintaansa. Paras tuottakoon -periaate ja Raha seuraa potilasta -periaate turvaavat palvelujen laadun kehittämisen maksumekanismissa olevien kannustimien avulla.

Kunnallisen terveystalouden tuottajan talouden perusta, taloussuunnittelun sisältö sekä tulojen ja menojen ennakointi perustuvat laajalti palvelusuunnitelmaan ja tuotettavien palvelujen määrään sekä laatuun. Toisena tekijänä ovat palvelujen tuloksellisuus ja vaikuttavuus. Ne riippuvat tilaajan kanssa sovitun maksumekanismien sisällöstä. Juuri tämä lisää palveluntuottajan päätöksenteon vaatimuksia. Samalla se kohdistaa kuitenkin palveluntuottajan huomion varsinaiseen ydinpalvelutoimintaan ja sen kustannustehokkuuteen. Palvelujen määrää ja laatua on jatkuvasti tarkkailtava ja parannettava. Siksi kunnanvaltuustojen, kunnanhallitusten sekä terveys- ja sosiaalilautakuntien päätöksenteon näkökulmat muuttuvat merkittävästi. Asioiden sisältö muuttuu muun muassa päätöksenteossa, toiminnan ja talouden ohjauksessa, palvelusuunnitelmissa, potilasasiakaspalvelussa ja yleensä palvelun vaikuttavuuden

mittaamisessa. Sen sijaan kunnallisten toimielinten määrään uudistuksella ei ole välitöntä vaikutusta.

Kansantalous

Kansantaloudellisesti suurimmat vaikutukset syntyvät seuraavista tekijöistä:

1. Asiakkaiden valinnan vapaus tuottajasta
2. Tuottajien alalle tulon säännelty vapauttaminen
3. Kansallisen tilaajaorganisaation osaaminen ja neuvotteluvoima suhteessa tuottajiin
4. Järjestelmän paremman toimivuuden ansiosta sairauspoissaolot lyhenevät
5. Toisaalta kaikkien väestöryhmien terveyspalvelujen tason nouseminen nykyisen työterveyshuollon tasolle kasvattaa alkuvaiheessa järjestelmän kustannuksia
6. Vanhusten hoidon laitosvaltaisuus vähenee, koska potilas (omaisten tukemana) valitsee kevyemmän palvelun.

Uuden järjestelmän kansantaloudelliset vaikutukset riippuvat eri osapuolten kannustimista ja neuvottelu- eli markkinavoimasta. Potilaiden valinnanvapaus toisi kilpailun painetta tuottajiin ja vapaa markkinoille tulo vielä lisäksi tuottajien välistä kilpailua annetuilla hinnoilla. Uudistus voisi kannustaa myös ulkomaisten yritysten tuloa tuottajiksi Suomen terveystaloukselle. Toiseksi tuottajien neuvotteluvoima pieneneisi, koska pienten jäsenkuntien sijaan vastapuolena neuvotteluissa olisi kansallinen organisaatio. Toisaalta uudistus myös lisää kustannuksia. Alueellisesti ja riskiprofiilin mukaan porrastetut kapitaatiomaksut lisäävät tuottajia ja tarjontaa. Sellaiset alueet ja ihmisryhmät, joilla on nykyjärjestelmässä vaikeuksia saada tarpeeksi palveluja, tulevat uuden järjestelmän piiriin. Hyötyä puolestaan syntyy siitä, että järjestelmän parempi toimivuus - muun muassa lyhyemmät hoitojonot ja vaikuttavammat hoidot - vähentävät sairauspoissaoloja. Tämä lisää kansantalouden työpanosta.

Yksinkertainen tapa hahmottaa kustannussäästöjä olisi olettaa, että muutokset kannustimissa ja neuvotteluvoimassa vähentäisivät terveys- ja sosiaalipalvelujen tehottomuutta. Tehottomuuden poistumista voitaisiin arvioida THLn ja VATT:n tekemien tutkimusten perusteella. Jos tehostaminen koskisi koko terveyssektorin kapitaatorahoitusta kaavamaisesti, voitaisiin noin 12 miljardista eurosta säästää noin 10 prosenttia.¹⁷ Tämä tarkoittaa noin miljardia euroa. Tehostamisvara vaihtelee kuitenkin toiminnoittain, maantieteellisten alueiden mukaisesti sekä markkinoiden toimivuudesta riippuen.

Tuottavuus ja kustannusvaikuttavuus eivät kohoa kuitenkaan pelkästään tehottomuutta vähentämällä. Tehottomien tuottajien poistuminen markkinoilta ja tuotantoresurssien siirtyminen tehokkaisiin yksiköihin eivät riitä. Tuottavuus voi lisäksi kohota myös teknologisen kehityksen ansiosta. Tällöin markkinoiden avaaminen lisäksi palvelutuotannon innovaatioita, mikä puolestaan saisi aikaan

¹⁷ Tehostamispotentiaalin vaihteluväli aiheutuu siitä, että eri toiminnoissa on aidosti erilaista tehostamisvaraa ja siitä, että tehottomuutta on mitattu tutkimuksissa kovasti erilaisin menetelmin.

teknologista kehitystä. Teknologisen muutoksen ennakointi on kuitenkin vaikeaa etenkin kvantitatiivisesti.

7 Nykyisen ja uuden järjestelmän vertailu asiakkaan näkökulmasta

NYKYINEN JÄRJESTELMÄ	UUDISTETTU JÄRJESTELMÄ
<p>Matti, 53-v, työtön, jolla diabetes ja sydäntauti.</p> <p>Matin seuranta ja hoito terveyskeskuksessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Matille on määrätty omalääkäri asuinpaikan mukaan - omalääkäri vaihtuu usein ja lääkärit ovat kokemattomia - lääkäriin on pääsy vaikeaa, jonot ovat neljän viikon pituisia - Mattia ei kannusteta hoitamaan itseään - Matti joutuu käyttämään yksityislääkäreitä, kun terveyskeskukseen on pitkät jonot. <i>Kela korvaa pienen osan kustannuksista. Lääkäreitä on terveyskeskuksissa liian vähän.</i> 	<p>Matti, 53-v, työtön, jolla diabetes ja sydäntauti.</p> <p>Matti on valinnut ja rekisteröitynyt omalääkärin potilaaksi. Matin omalääkäri:</p> <ul style="list-style-type: none"> - seuraa Matin terveydentilaa, ehkäisee tulevia sairauksia ja "valmentaa" Mattia - perussairaanhoidon järjestyy nopeasti (samana päivänä tai korkeintaan kolmessa päivässä) tai Matti vaihtaa lääkäriä - omalääkäri kantaa vastuuta Matin erikoissairaanhoidon tarpeesta. Matti pääsee tarvittaessa erikoislääkäriin vastaanotolle ja tutkimuksiin nopeasti.
<p>Yksityislääkäri lähettää Matin erikoissairaanhoidon. <i>Kustannukset kunnalle.</i> Matti ei tarvitsisi erikoissairaanhoidon palveluja, vaan paras hoitopaikka olisi omalääkäri. Erikoissairaanhoidon kuormittuu väärillä potilailla ja Matti ei pääsekään hoitoon ajoissa.</p> <p>Kela maksaa hoidon odotusajalta päivärahaa, kunta maksaa hoidon erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Omalääkäri korvaa riippuu Matin sairauksista, Matin erikoissairaanhoidon käytöstä ja Matin saamista terveyshyödyistä.</p> <p>Omalääkäriin kannustin hoitaa Matti mahdollisimman pitkälti perustasolla (eli omalla vastaanotolla) perustuu omalääkäriin samaan lisäkorvaukseen, jos Matti ei tarvitse erikoishoidon palveluja (hoito ja ehkäisy ovat onnistuneet). Jos Matti tarvitsee erityispalveluja, voi omalääkäriin saada korvauksen pienentyä.</p> <p><i>Omalääkäriin, erityishoidon ja päivärahojen kustannusvastuu samalla toimijalla, KATIRALLA.</i></p>

<p>Teppo 55-v, työssä, verenpainetauti.</p> <p>Tepon seuranta ja hoito työterveyshuollossa:</p> <p>Työterveyshuollon kautta Teppo pääsee yleislääkärin ja erikoislääkärin vastaanotoille nopeasti ja joustavasti. <i>Kela osallistuu kustannuksiin merkittävästi. Monikanavaisen rahoitus on ongelmallista, ja kansalaiset ovat eriarvoisessa asemassa. Lääkärityövoimaa on siirtynyt työterveyshuoltoon, josta on seurannut terveyskeskuslääkäripula.</i></p>	<p>Teppo 55-v, työssä, verenpainetauti.</p> <p>Ks ed.</p> <p>Teppo valitsee omalääkärin, joka seuraa ja hoitaa hänen terveyttään. <i>Palvelut ovat tarjolla yhdenvertaisina kaikille kansalaisille.</i></p>
<p>Tuire 50-v, diabetes, munuaistulehdus, suolistotulehdus ja verenpaine ja useita pitkäaikaissairauksia. Aikaisemmin sairauksien hoito on tapahtunut työterveyshuollossa ja erityistason palveluja tarvittiin harvoin. Nyt Tuire on tukityöllistetty työttömyysjakson jälkeen, ja hoito tapahtuu terveyskeskuksessa ja erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Tuire on joutunut käymään usein yksityislääkärillä, jolta hän on pyytänyt lähetettä eri erikoisalojen poliklinikalle sairaalaan. Aikaisemmin työterveyshuollossa omalääkäri konsultoi erikoislääkäreitä ja hoito toteutettiin lääkäriasemalla.</p> <p>Tuiren hoitoon osallistuu useita tahoja: terveyskeskus, yksityislääkäreitä ja useita sairaalan poliklinikoita. Hoidon vastuutaho ja koordinaatio ovat puutteellisia, eikä Tuire saa riittävästi tietoa omasta hoidostaan tai tukea ehkäisevään hoitoon. Tuire ei tarvitsisi sairaalahoitoa tai vuodeosastohoitoa.</p>	<p>Tuire on valinnut omalääkärin sellaisesta terveyskeskuksesta tai terveyshuollon yksiköstä, jossa osataan hoitaa ja ehkäistä Tuiren sairauksia. Lääkärien konsultaatiot tapahtuvat joustavasti ilman että Tuire lähetetään sairaalaan.</p> <p><i>Lääkärit saavat korvausta Tuiren sairauksien ja riskien perusteella (kapitaalikorvaus), joka huomioi potilaan sairauskuorman ja riskit. Erityispalvelujen käyttö vähentää omalääkäriaseman/terveyskeskuksen saamaa korvausta 10 prosentilla. Lääkäreillä on kannuste hoitaa Tuire hyvin.</i></p>
<p>Matti sairastuu vakavasti. Matti hakeutuu erikoissairaalan päivystykseen. Ensiapu ja hoito eristystason sairaalassa. <i>Lasku kunnalle.</i></p>	<p>Matti sairastuu vakavasti. Matti hakeutuu erikoissairaalan päivystykseen. Ensiapu ja hoito eristystason sairaalassa. <i>Rahoitus KATIRasta (infrastruktuurirahoitus).</i></p>

<p>Isä 35-v., terve, käy harvakseltaan työterveyshuollossa. Äiti 30-v., sairastaa reumaa, mutta hoitovapaan aikana hänen käytössään ei ole työterveyshuollon palveluja. Hänen hoitonsa on siirretty erikoissairaanhoidon, koska terveyskeskuksessa ei ole reumalääkäreitä.</p> <p>Liisa 3-v. ja Tuuli 4-v. käyvät neuvolatarkastuksissa terveyskeskuksessa, mutta korvatulehdukset ja infektiot hoitaa yksityislääkäri (lapsilla on vakuutus). Liisan kasvuhäiriötä hoidetaan lisäksi lasten erikoispoliklinikalla.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perheen hoito on hajonnut 5 - 6 eri taholle, joista kellekään ei ole kokonaiskuvaa. - Ehkäisevä työ ja hoito on erotettu toisistaan; lapsia ei hoideta neuvolassa, vaan hoito tapahtuu yksityissektoreilla tai tarpeettomasti erityistason poliklinikalla. - Äiti on lähetetty erityistason hoitoon vain, koska hänellä ei ole hoitovapaalla ollessaan mahdollisuutta käydä entisen reumalääkäriinsä vastaanotolla. - Vaikka perhettä hoidetaan lukuisten hoitotahojen toimesta, ovat isä ja äiti sitä mieltä, ettei hoitoon pääse jonojen vuoksi ajoissa eikä kukaan kannu vastuuta kokonaishoidosta. 	<p>Perhe on valinnut omalääkäriasemaan / terveyskeskuksen, jossa pystytään hoitamaan perheen asiat kokonaisvaltaisesti. Lasten neuvola ja vaivojen hoito ovat samassa paikassa. Sieltä löytyvät tuttu lääkäri ja hoitaja, jolloin erityistason palveluja ei tarvita. Äidin reuman hoito jatkuu hoitovapaan aikana asiantuntevasti eikä erityistason palveluja tarvita. Perheen asiat tunteva hoitopaikka pystyy tarvittaessa tukemaan perhettä ja ehkäisevä työ onnistuu.</p>
<p>Elli 80-v, monisairas.</p> <p>Elli on sijoitettu terveyskeskusvuodeosastolle laitoshoidon. <i>(Suomessa on laitoshoidossa suhteellisesti enemmän ikäihmisiä kuin muissa OECD-maissa).</i> Ellin eläkkeestä 82 prosenttia menee hoitomaksuihin. Elli ei kuntoudu kotiin.</p>	<p>Elli 80-v, monisairas.</p> <p>Ellille tehdään omalääkäriin vastaanotolla arvio palvelujen tarpeesta (hoito ja hoiva). Elli ja omaiset päätyvät vuodeosastohoidon sijaan kotihoitoon. Omalääkäri ja omaiset valitsevat kustannusvaikuttavimmat hoito- ja hoivamuodot (joilla on useita tehokkaita tuottajia).</p> <p>Omalääkäriillä on kannusteet hoitaa potilaat kotona (10 prosentin kapitaatiolisä).</p>

Lähteet

Aronkylä (2010). **Terveysturvajärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa: Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia.** Sitran selvityksiä 16.

Cutler, DM (2002). **Equality Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform.** Journal of Economic Literature, XL, 881-906.

Galizzi, M, S Ghislandi, J Hokkanen, A Kangasharju, I Linnosmaa, M Miraldo & Hannu Valtonen (2009). **Reference pricing in Finnish pharmaceutical markets: Pre-policy evaluation.** Sosiaali- ja terveysministeriö, Research Reports, 2009:25,

Eduskunta (2006). **Terveysturvajärjestelmien tulevaisuus.** Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveysturvajärjestelmien tulevaisuudesta.

Euroopan Komissio (2007).
http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/joint_reports_en.htm

Moisio, A., Lyytikäinen, T. ja Lehtonen, S. (2009). **Kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmä: Vaihtoehtoja uudistuksen toteuttamiseksi.** VATT-tutkimuksia 141. Helsinki

OECD (2009a). **Health at a Glance.** OECD Indicators. Pariisi.

OECD (2009b). **Achieving Better Value for Money in Health Care.** OECD Health Policy Studies. Pariisi

OECD (2010). **Health Care Systems: Efficiency and Institutions. Working Party 1 on Macroeconomic and Structural Policy Analysis.** OECD, Economics Department, Economic Policy Committee, WCO/CPE/WP1 (2010)4. Paris.

Paris, V., Devaux, M ja Lihan W (2010). **Health systems institutional characteristics: a survey of 29 OECD countries.** Health Working papers 50, OECD.

Pekurinen, M (2007). **Terveystuollon menoisiin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä.** Teoksessa Valtioneuvoston kanslia (toim.) Terveystuollon menojen hillintä; rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.

Porter, M. ja Olmsted-Teisberg, E. (2006). **Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.** Harvard Business School Press, Boston, MA.

Martinussen, PE ja Magnussen, J. (2009). **Health care reform: the Nordic experience.** Teoksessa Magnussen, Vrangbæk ja Saltman (toim.) Nordic Health Care Systems - Recent Reforms and Current Policy Challenges. Open University Press – McGraw Hill.

Valtiovarainministeriö (2010). **Julkinen talous tienhaarassa.** Valtiovarainministeriön julkaisu 8/2010.