

Mats Brommels, Timo Aronkytö, Aulikki Kananoja, Paul Lillrank ja Kari Reijula

VALINNANVAPAAUS JA MONIKANAVARAHOITUKSEN YKSINKERTAISTAMINEN

SOSIAALI- JA TERVEYDEN- HUOLLOSSA

SELVITYSHENKILÖRYHMÄN VÄLIRAPORTTI

KUVAILULEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	15.3.2016
Tekijät	Toimeksiantaja
Professori Mats Brommels, vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Timo Aronkytä, ylisosi- aalineuvos Aulikki Kananoja, professori Paul Lillrank ja professori Kari Reijula	Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimitilimen asettamispäivä
	STM121:00/2015

Muiston nimi

Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tiivistelmä

■ Selvityshenkilöryhmä kartoittaa väliraportissaan käytännössä toteutettavissa olevia vaihtoehtoisia valinnanvapausmalleja. ”Omatiimi” vastaisi eurooppalaista perhelääkärimallia, mutta siihen kuuluisi myös terveyden- ja sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän ja sosiaalineuvojan antama palvelu. Asiakas valitsisi ”omatiimin” ja hän voisi vaihtaa palvelujen tuottajaa tietyin välein. Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus tarjoaisi edellisten lisäksi paikallisesti toteutettavia sosiaalihuollon palveluja sekä terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisyä. Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus sisältäisi edellä mainitun lisäksi äitiys- ja lastenneuvolat, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon sekä työterveyshuollon. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus tuottaisi kaikki perustason palvelut. Valinnan vapautta ehdotetaan myös tarkasti määriteltäviin erikoissairaanhoidon palveluihin sekä rajattujen asiakasryhmien ”väestövastuiseen” toimintaan.

Monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen osalta on tarkasteltu julkisen sairaanhoitovakuutuksen rahavirtoja. Tavoitevaihtoehdossa sairaanhoitovakuutuksen korvauksiin kerätyt varat kohdennetaan julkiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Selvityshenkilöt ovat arvioineet myös sairaanhoitovakuutuksen säilyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon rinnalla. Työterveyshuoltoa, lääkahuoltoa, matkakustannuksia, kuntoutusta ja opiskeluterveydenhuoltoa on tarkasteltu erikseen..

Asiasanat

valinnanvapaus, rahoitus, sosiaali- ja terveydenhuolto

Sosiaali- ja terveysministeriön
raportteja ja muistioita 2016:18

Muut tiedot
www.stm.fi

ISSN-L 2242-0037
ISSN 2242-0037 (verkkopainos)
ISBN 978-952-00-3802-1
URN:ISBN:978-952-00-3802-1
<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-00-3802-1

Kokonaissivumäärä
35

Kieli
suomi



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	15.03.2016
Författare	Uppdragsgivare
Professor Mats Brommels, direktör för äldre- och handikappservicen Timo Aronkytö, översocialråd Aulikki Kananoja, professor Paul Lilfrank ja professor Kari Reijula	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM121:00/2015

Rapportens titel

Valfrihet och förenkling av finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården

Referat

■ Utredargruppen kartlägger i mellanrapporten praktiskt genomförbara alternativ a valfrihetsmodeller. "Egenteam"-modellen motsvarar det europeiska familjeläkarsystemet, men i teamet ingår också hälso- och sjukvårdare, socialarbetare och socialrådgivare. Invånaren väljer "egenteam" och kan byta vårdgivare med vissa mellanrum. I den befolkningsansvariga social- och hälsocentralen ingår förutom tjänsterna ovan lokalt tillgängliga socialvårdstjänster, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande. Social- och hälsocentralen med brett utbud omfattar därutöver barn- och mödrarådgivning, elev- och studenthälsovård och företagshälsovård. Den integrerade social- och hälsocentralen erbjuder samtliga primära tjänster. Valfrihet föreslås också att tillämpas för väl definierade tjänster inom specialistsjukvården och för tjänster med "befolkningsansvariga" för avgränsade klientgrupper.

Analysen gällande förenklingen av finansiering via flera kanaler har avgränsats till sjukvårdsförsäkringen. I huvudalternativet allokeras sjukvårdsförsäkringsmedlen till den offentligt finansierade social- och hälsovården. Utredarna har också övervägt att bibehålla sjukvårdsförsäkringen separat från social- och hälsovården. Företagshälsovård, läkemedel, reskostnader, rehabilitering och studenthälsovård är områden som granskats separat.

Nyckelord

valfrihet, finansiering, social- och hälsovård

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:18

Övriga uppgifter

www.stm.fi/svenska

ISSN-L 2242-0037

ISSN 2242-0037 (online)

ISBN 978-952-00-3802-1

URN:ISBN: 978-952-00-3802-1

<http://urn.fi/> URN:ISBN: 978-952-00-3802-1

Sidoantal

35

Språk

finska



SOCIAL- OCH
HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

SISÄLLYS

Johdanto	5
Valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa	7
1 Valinnanvapauden nykytila	7
2 Selvitystyön lähtökohdat	9
3 Määritelmät.....	11
4 Vaihtoehtoiset valinnan-vapautta toteuttavat mallit.....	13
4.1 Pääasialliset toiminta- ja palvelumuodot	13
4.1.1 Sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaalipalvelut.....	13
4.1.2 Sosiaalihuollon erityislakien mukaiset palvelut.....	13
4.1.3 Perusterveydenhuollon palvelut	13
4.1.4 Erikoissairaanhoidon palvelut	14
4.2 Valinnanvapautta toteuttavien vaihtoehtojen arviointi	14
4.3 Vaihtoehtojen esittely ja arviointi	16
4.3.1 "Omatimi" ja muut sosiaali- ja terveyspalvelut (erittäin laaja valinnanvapaus ja palvelujen tuottajien moninaisuus)	16
4.3.2 Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus ja täydentävät palvelut (laaja valinnanvapaus ja toimijoiden moninaisuus)	18
4.3.3 Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus (julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija)	20
4.3.4 Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus (julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija) 22	
4.3.5 Erikoispalvelujen sisällyttäminen valinnanvapausjärjestelmän piiriin	23
Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän yksinkertaistaminen	25
5 Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen nykytila	26
6 Selvitystyön lähtökohdat ja rajaukset.....	27
7 Ehdotukset monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi	28
7.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän purkamista selvittäneen työryhmän ehdotukset.....	28
7.2 Selvityshenkilöryhmän ehdotukset	28
7.2. Erityiskysymykset	32
7.2.1 Työterveyshuolto	32
7.2.2 Lääkehoito.....	33
7.2.3 Matkat ja matkakustannukset.....	34
7.2.4 Kansaneläkelaitoksen järjestämä ja korvaama vaativa lääkinällinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia ja harkinnanvarainen kuntoutus.....	34
7.2.5 Opiskeluterveydenhuolto.....	34

JOHDANTO

Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen (sote-uudistuksen) kotisivuilla (<http://alueuudistus.fi/soteuudistus>) ilmaistaan uudistuksen tavoitteet seuraavasti:

"Sote-uudistus on sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus. Tavoitteena on kaventaa ihmisten hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannuksia.

Uudistus tarkoittaa että:

- *Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta ja kuntayhtymiltä merkittävästi suuremmille itsehallintoalueille, maakunnille. Sosiaali- ja terveyspalvelut yhdistetään kaikilla tasoilla asiakaslähtöisiksi kokonaisuuksiksi ja peruspalveluja vahvistetaan.*
- *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavainen rahoitus yksinkertaistetaan ja lisätään ihmisten valinnanvapautta palveluissa.*
- *Uudistuksella kurotaan umpeen iso osa julkisen talouden kestävyysvajeesta. Hallituksen 10 miljardin euron säästötavoitteesta noin 3 miljardia euroa on tarkoitus saada sote-uudistuksesta.*
- *Rakenteiden ja rahoituksen uudistamisen lisäksi nykyaikaistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon ohjausta ja toimintamalleja perusteellisesti. Tavoitteena ovat nykyistä asiakaslähtöisemmät, vaikuttavammat, kustannustehokkaammat ja paremmin yhteen sovitettut palvelut."*

Hallitus linjasi 09.11.2015 julkaisemassaan tiedotteessa sote-uudistuksen jatkoa mm. seuraavasti:

"Asiakkaan valinnanvapaus nopeuttaa hoitoon pääsyä

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaista rahoitusta yksinkertaistetaan ja yksilön valinnanvapautta lisätään. Valmistelu aloitetaan marraskuussa 2015.

Osana uudistusta säädetään valinnanvapauslainsäädäntö. Sen myötä käyttäjä voi itse valita palvelujen julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajan. Valinnanvapaus on jatkossa pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveyspalveluissa. Monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamista ja valinnanvapautta laajentava lainsäädäntö on tarkoitus saada voimaan 1.1.2019. Valinnanvapauden tarkoituksena on vahvistaa erityisesti perustason palveluita ja turvata nykyistä nopeampi hoitoon pääsy. Asiakkaan valinnan mahdollisuus turvataan yhtenäisillä palvelujen laatu- ja palvelusehdoilla ja valintaa tukevalla julkisella tiedolla."

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 17.12.2015 selvityshenkilöryhmän asiakkaan valinnanvapautta ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen selvittämistä varten. Selvityshenkilöryhmän puheenjohtajaksi nimettiin professori Mats Brommels ja jäseniksi vanhus- ja vammaispalvelujen johtaja Timo Aronkytö, ylisosiaalineuvos Aulikki Kananoja, professori Paul Lillrank ja professori Kari Reijula.

Selvityshenkilöryhmän asettamispäätöksessä määriteltiin ryhmän tehtävät ja reunaehdot seuraavasti:

1. Kartoitus käytännössä toteutettavissa olevista vaihtoehtoisista valinnanvapausmahdoista ja monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen käytännön vaihtoehtoisista.
2. Ehdotus valittavaksi malliksi (ml. keinot ja menettelytavat) jolla voidaan toteuttaa laaja valinnanvapaus integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja saavuttaa seuraavat tavoitteet:
 - a. Perustason palvelujen vahvistaminen
 - b. Nopean hoitoon pääsyn turvaaminen

3. Ehdotus monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen toteuttamistavaksi (ml. keinot ja menettelytavat), joka
 - a. Tukee sosiaali- ja terveydenhuollon reformia
 - b. Tukee julkisen talouden tasapainottamista
 - c. Vähentää rahoitusjärjestelmän osaoptimoinnin riskejä
 - d. Luo edellytykset kustannusvaikuttaville integroiduille sosiaali- ja terveydenhuollon palveluille
 - e. Kannustaa kustannusvaikuttavuuden parantamiseen sosiaali- ja terveydenhuollossa
4. Työssä piti ottaa erityisesti huomioon
 - a. Työterveydenhuollon asema
 - b. Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksista rajat ylittävässä terveydenhuollossa
5. Huomioon tuli ottaa myös
 - a. Julkisen palvelulupauksen valmistelu
 - b. Yhdenvertainen palvelujen saatavuus
 - c. Kilpailuoikeudelliset näkökohdat
 - d. Pienten ja keskisuurten tuottajien asema
 - e. Järjestelmän soveltuvuus eri osiin maata
 - f. Osaoptimoinnin ehkäiseminen
6. Erikseen tuli pohtia rajataanko monikanavarahoitusta koskevan selvitystyön ulkopuolelle yksityisten vakuutuslaitosten kautta järjestetyt lakisääteiset vakuutukset

Tässä väliraportissa selvityshenkilöryhmä esittää käytännössä toteutettavia olevia valinnanvapausmalleja ja vaihtoehtoja monikanavarahoituksen yksinkertaistamiseksi. Selvityshenkilöryhmä raportoi viimeistään huhtikuussa 2016 ehdotuksensa pääasiallisen sisällön sosiaali- ja terveysministeriölle käytettäväksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valmistelussa. Selvityshenkilöryhmän varsinainen loppuraportti perusteltuine ehdotuksineen julkaistaan 31.5.2016 mennessä.

VALINNANVAPAAUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA

1 VALINNANVAPAUDEN NYKYTILA

Vuodesta 2014 alkaen potilaalla on ollut mahdollisuus valita terveysasema ja erikoissairaanhoidon yksikkö kaikista Suomen julkisista terveysasemista ja sairaaloista.

Potilas voi valita terveysaseman, joka vastaa hänen perusterveydenhuollon palveluistaan. Terveysasemaa voi vaihtaa kirjallisella ilmoituksella enintään vuoden välein. Kerrallaan voi olla vain yhden terveysaseman asiakkaana. Jos henkilö kuitenkin oleskelee pidempiä aikoja kotikuntansa ulkopuolella, hän voi saada hoitosuunnitelmansa mukaista hoitoa väliaikaisen asuinkuntansa terveysasemalta. Erikoissairaanhoidon hoitopaikan potilas voi valita yhteistyössä lähettävän lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Hoitopaikka on valittava niin, että se vastaa niitä tarpeita, joita potilaan hoito edellyttää.

Potilaalla on hoitopaikan käytäntöjen mahdollistamissa rajoissa oikeus valita myös häntä hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen häntä hoitavassa terveydenhuollon yksikössä. Valinnanvapaus ei kuitenkaan ulotu hoitomuodon valintaan.

Julkista terveydenhuoltoa täydentää julkinen sairausvakuutus ja erityisesti siihen kuuluvat sairaanhoitokorvaukset¹. Sairausvakuutuslaki toteuttaa osaltaan perustuslaissa säädettyä riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen vaatimusta ja siihen sisältyvä sairaanhoitovakuutus luotiin aikanaan täydentämään julkista terveydenhuoltoa sekä turvaamaan vakuutettujen omaa valinnan vapautta. Sairaanhoitokorvauksia maksetaan yksityisen terveydenhuollon käytön kustannuksista, avohuollon lääkkeitä ja terveydenhuoltoon ja kuntoutukseen tehdyistä matkoista. Lisäksi sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta, ammatillista kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa sekä Ylioppilaiden Terveystieteiden keskeisten menojen rahoitusta.

Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmässä asiakas voi itse valita hoitopaikan ja terveydenhuollon ammattihenkilön. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on vain, että hoidon antaneella tai tutkimuksen tehneellä lääkärillä tai hammaslääkärillä tai sairausvakuutuslain mukaisella muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on oikeus harjoittaa ammatiaan lailistettuna ammattihenkilönä.

Valinnanvapauden toteutumisen osalta sairaanhoitokorvausten ei katsottu alun perinkään edellyttävän täyttä korvattavuutta, mutta korvaustaso oli kuitenkin pitkään selkeästi korkeampi kuin mitä se on nykyään. Vaikka järjestelmän rakenne on pysynyt pitkään ennallaan, on pitkään jatkunut korvaustasojen alentuminen johtanut kuitenkin käytännössä siihen, ettei lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioista sekä tutkimuksesta ja hoidosta maksettavat sairaanhoitokorvaukset mahdollista valinnanvapauden toteutumista enää muille kuin riittävän oman varallisuuden omaaville henkilöille. Myös sairaanhoitokorvauksiin kuuluvilla matkakorvauksilla on osaltaan vaikutusta valinnanvapauden laajuuteen ja käytännön toteutumiseen asiakkaille.

Valinnanvapaus ulottuu myös Suomen rajojen ulkopuolelle. Sairaanhoidon saamista toisessa EU- tai ETA-maassa tai Sveitsissä ja kustannusten korvaamista säännellään EU-asetuksissa sosiaaliturvan koordinoinnista ja potilaiden oikeuksista rajat ylittävissä terveydenhuollossa annetussa direktiivissä (potilasdirektiivi).

EU-lainsäädäntö turvaa oikeuden saada toisessa EU- tai ETA- maassa tai Sveitsissä lääketieteellisesti välttämätöntä hoitoa tilapäisen oleskelun aikana sekä oikeuden hakeutua varta vasten hoitoon. Kansallisen lainsäädännön perusteella määräytyvä korvaus ulkomailla annetusta hoidosta vaihtelee sen mukaan, onko kyse äkillisestä sairastumisesta vai hoitoon hakeutumisesta. Tilapäisen oleskelun aikana annetut lääketieteellisesti välttämättömän hoidon saa EU- ja ETA-maissa sekä Sveitsissä kyseisen maan asiakasmaksuilla, jos käytössä on euroop-

¹ Avohuollon lääkekorvausjärjestelmä ja matkakorvausjärjestelmä ovat myös osa sairaanhoitovakuutusta, mutta toisin kuin yksityisen terveydenhuollon korvaukset, lääke- ja matkakorvausjärjestelmää ei ole luotu pelkästään julkista terveydenhuoltoa täydentäväksi järjestelmäksi.

palainen sairausvakuutuskortti. Muussa tapauksessa hoito korvataan jälkikäteen joko kohde-
maan lainsäädännön mukaisesti tai sen mukaan, mitä vastaavan hoidon antaminen olisi mak-
sanut Suomessa julkisessa terveydenhuollossa. Jos toiseen EU- tai ETA-valtion tai Sveitsiin
hakeudutaan varta vasten hoitoa hakemaan, hoidon kustannuksista voi jälkikäteen saada Suo-
messa sairaanhoitokorvauksen. Korvauksen saaminen edellyttää, että hoito kuuluu Suomen
terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Palveluvalikoimaa määrittelee sosiaali- ja terveystoimi-
ministeriön yhteydessä toimiva terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto.

Työterveyshuoltolain ja Suomea sitovien kansainvälisten sopimusten perusteella työnanta-
jan on järjestettävä kustannuksellaan työntekijöilleen työterveyshuoltoa. Työnantajalla on
valinnanvapaus hankkia työterveyspalvelut julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai
tuottaa palvelut itse. Työterveyshuollon järjestämisen kustannuksista työnantajalla on oikeus
työntekijäkohtaiseen enimmäismäärään sidottuun korvaukseen, joka rahoitetaan sairausvakuu-
tuksen työtulovakuutuksesta. Järjestäessään työterveyshuollon palveluita työnantaja valitsee
palveluntuottajan eikä työntekijällä ole valinnanvapautta palveluntuottajan suhteen. Työsuh-
teessa oleva työntekijä on oikeutettu käyttämään työterveyshuoltoa työnantajansa kustantama-
na työpaikan kanssa työterveyshuoltosopimuksen tehneellä palvelun tuottajalla. Lakisääteisen
työterveyshuoltopalvelun ohella työnantaja voi hankkia sairaanhoitopalvelut ko. palvelujen
tuottajalta. Työntekijä voi halutessaan hakea sairaanhoitopalveluita sopimustyöterveysasemal-
ta, mutta hän voi käyttää omalla kustannuksellaan myös muita sairaanhoitopalveluita. Työnan-
taja voi tuottaa palvelut itse (integroitu työterveyshuolto) tai yhdessä jonkun muun työnantajan
kanssa. Hän voi myös hankkia palvelut terveyskeskukselta tai kunnalliselta liikelaitokselta tai
muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä tai henkilöltä.

Sosiaalihuollon lähtökohdat valinnanvapauden toteuttamiseen eroavat terveydenhuollon
lähtökohdista. Yhteistä terveydenhuollon kanssa on toiminnan asiakaslähtöisyyden, asiakkaan
itsemääräämisoikeuden sekä asiakkaan omien toimintaedellytysten vahvistaminen. Nämä
seikat perustelevat valinnanvapauden mahdollistamista myös sosiaalihuollon palveluissa.

Eroja suhteessa terveydenhuoltoon on valinnanvapauden kohdentamisessa ja toteuttamista-
voissa. Niin ikään tietopohja, johon ratkaisut tulisi perustaa, on sosiaalihuollossa terveyden-
huoltoa tuntuvasti niukempi ja tässä vaiheessa joudutaan nojautumaan suuressa määrin sekä
toiminnan yleistä luonnetta koskevaan että kokemuseräiseen tietoon. Selvitysryhmä toteaa,
että sosiaalihuollon valinnanvapauden toteuttamisen edellytyksiä koskevan tietopohjan niuk-
kuuden vuoksi olisi ihanteellista, että laajan valinnanvapauden ulottaminen sosiaalihuoltoon
tapahtuisi asteittain, ja että tietopohjaa vahvistettaisiin palvelujen tuottajien järjestelmällisellä
seurannalla ja kannustamalla sosiaalipalvelujen vaikuttavuutta arvioivaan tutkimukseen.

2 SELVITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT

Toimeksiannon mukaan selvityshenkilöiden tuli tarkastella sellaisia malleja, joilla voidaan toteuttaa laaja valinnanvapaus integroidussa sosiaali- ja terveydenhuollossa ja jotka vahvistavat perustason palveluita ja turvaavat nopean hoitoon pääsyn.

Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatio voi toteutua kahdella tavalla:

1. Palvelut tuotetaan saman organisaation toimesta (rakenteellinen integraatio)
2. Palvelut tuotetaan eri organisaatioissa mutta ne toimivat yhteistyössä niin, että asiakkaan saamat palvelut muodostavat eheän kokonaisuuden (toiminnallinen integraatio).

Rakenteellisen integraation etu on, etteivät organisatoriset tai hallinnolliset rajat aseta esteitä palvelukokonaisuuksien muodostamiselle. Integroidussa organisaatiossa on mahdollista siirtää tai kohdistaa organisaation yhteisiä voimavaroja tärkeän palvelun tukemiseen tai puuttuvan palvelun korvaamiseen. Haittana on organisaation koon kasvaminen ja lisääntyvä sisäisen koordinaation tarve. Hallinnollisten esteiden poistaminen ei automaattisesti tarkoita toimijoiden välisen yhteistyön parantumista.

Toiminnallisen integraation etu on sen joustavuudessa ja mahdollisuudessa antaa kysynnän ohjata palvelujen tarjonnan. Integroidussa organisaatiossa palvelun kysynnän väheneminen tai poistuminen vaatii organisaation sisäisiä sopeuttamistoimia, joiden toteuttaminen johtaa muutostarintaan, jolloin väärän palvelukirjon sopeuttaminen vaarantuu. Toiminnallisessa integraatiossa ko. palvelujen tarjoaja poistuu markkinoilta eikä aiheuta väärän tai liiallisen tuotantokapasiteetin ylläpitämistä. Haittana voidaan pitää yhteistoimintaan kannustavan koordinaation tarvetta – koordinaatioista tulee vastata palvelujen alueellinen järjestäjä, hankintayksikkö tuottajien kanssa solmittavien sopimusten laatijana, tai taho jolla on valmiuksia aktiivisen palvelujen ohjaukseen.

Laaja valinnanvapaus merkitsee myös valinnanvapauden piiriin kuuluvien erillisten palvelujen ja niiden tuottajien suurehkoa määrää. Tällöin järjestelmällä on enemmän toiminnallisen kuin rakenteellisen integraation piirteitä. Valinnanvapauden toteuttamisessa on siten otettava huomioon tarve järjestää yllä mainittu palveluntuottajien välinen koordinaatio hyödyntäen taloudellisia kannustimia, pakottavia sopimusehtoja sekä poistamalla yhteistyön esteitä.

Tämän vuoksi tarkastelun perusyksikkönä on perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon toimija, jonka asiakas valitsee tietyn pituiseksi määräajaksi. Tämä palvelujen tuottaja toimii myös ”portinvartijana” eli arvioi ammatillisin perustein ja voimassa olevaa lainsäädäntöä soveltaen kansalaisen tarvetta ja oikeutta muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin, joihin sovelletaan valinnanvapautta. Selvityshenkilöt katsovat, että sosiaalihuollon valinnanvapautta harkittaessa ja toteutettaessa on otettava huomioon sosiaalihuollon erityisluonteisuus suhteessa terveydenhuoltoon.

Sosiaalihuollon useiden toimenpiteiden vahva oikeuspohja edellyttää monien palvelujen kohdalla viranomaispäätöksiä, joista asiakkaalla tulee olla valitusoikeus. Tämä rajoittaa valinnanvapauden piiriin otettavia palveluja. Palveluprosessin ja viranomaispäätöksen erottaminen toisistaan toisi lisää toimijoita prosessiin ja mahdollisesti myös päällekkäistä työtä. Tarkoituksenmukaista on toimia siten, että ammatillinen auttamisprosessi ja viranomaispäätökset nivoutuvat yhteen, ellei ole erityisiä syitä siirtää viranomaisratkaisuja ammatillisen työn ulkopuolelle. Viranomaistehtävien ja valinnanvapauden suhdetta selvennetään työryhmän jatkotyön yhteydessä.

Sosiaalihuollon työ on suuressa määrin työskentelyä paitsi asiakkaan myös hänen perheensä tai muun elämäntilanteeseen vaikuttavan lähiyhteisön kanssa. Lisäksi monien asiakkaiden kohdalla tarvitaan verkostomaista yhteistyötä muiden palvelusektoreiden kanssa. Tästä seuraa, että toiminnan tuotteistaminen ja kustannusten ennakoarviointi, jota ”raha seuraa asiakasta” -toimintamalli edellyttää, ei ole mahdollista tai on äärimmäisen vaativaa nykyisellä tietopohjal-

la. Kun palvelun sisältöön vaikuttaa myös asiakas itse ja yhteistyökumppanien toiminta, nousee ennakkoinnin vaikeusaste entisestään. Sosiaalihuollossa on monia tehtävääalueita, joissa auttaminen ei ole vain tietyn toimenpiteen toteuttamista, vaan vuosia kestävä erilaisten toimien yhteen sovitettu prosessi. Ennakoimattomien tekijöiden ja kustannusten määrä suuri on siten suuri. Jossain tilanteissa, esimerkiksi lastensuojelun kiireellisissä huostaanotoissa, toimenpiteiden tekemättä jättäminen ei ole mahdollista. Sosiaalihuollossa myös asiakassuhteen jatkuvuus on myönteistä tulosta edistävää tekijää. Näin ollen palvelun tuottajan vaihtuminen määräajoin voi olla työn vaikuttavuuden kannalta riskitekijä.

Sosiaalihuollon asiakkaina on toiminnan tarkoituksen ja tavoitteen vuoksi monia erityistä tukea tarvitsevia ryhmiä. Näin ollen tiedotus- ja ohjausjärjestelmän tulee ottaa huomioon asiakkaiden edellytykset vastaanottaa palveluja koskevaa tietoa ja edellytykset valita näistä itselleen soveltuva. Asiakkaan omavastuuosuus ei myöskään saa muodostua asiakkaiden yhdenvertaisuutta vähentäväksi tekijäksi valinnanvapauden toteuttamisessa.

Sosiaalihuollon palvelurakenne eroaa terveydenhuollon rakenteesta siinä, että perustason toiminta on julkisessa palvelujärjestelmässä jo vahva, kun sen sijaan erikoistason palvelut muodostavat kolmannen ja yksityisen sektorin toteuttaman pirstaleisen kentän. Kolmannelta ja yksityiseltä sektorilta ostetaan siis pääosin erityispalveluja. Vanhuspalveluissa myös perustason palveluja toteutetaan ostopalveluilla, joten tällä sektorilla on runsaasti kokemusta myös muista kuin julkisista tuottajista.

Sosiaalihuollon vaikuttavuutta koskeva tutkimustieto on niukkaa eikä se nykyisellään ole riittävää vaikuttavuuden ottamiseksi mukaan toiminnan laatukriteereihin.

Sosiaalihuollon valinnanvapautta toteutettaessa tietoa on palveluseteleiden käytöstä ja kilpailutukseen liittyvistä tekijöistä. Vaikeavammaisten kuljetuspalveluissa aikaisemmin toteutettu laaja valinnanvapaus johti tuntuvaan kustannusten kasvuun minkä vuoksi järjestelmää jouduttiin rajaamaan. Valinnanvapauden ehdot ja edellytykset sosiaalihuollossa ovat siten tarkkaan harkittava.

3 MÄÄRITELMÄT

Valinnanvapaudella selvityshenkilöryhmä tarkoittaa Suomessa asuvan henkilön oikeutta itse valita palvelujen tuottaja, joka on joko julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija. Valinnanvapaus ei ulotu hoitavan henkilön tai annettavan hoidon valitsemiseen. Hallituksen linjauksen mukaisesti valinnanvapaus on pääsääntö perustasolla ja soveltuvin osin käytössä erikoistason sosiaali- ja terveyspalveluissa. Erikoistason palvelun valinta perustuu perustasolla toimivan sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön toteamaan tarpeeseen tai lainsäädäntöön perustuvaan oikeuteen tai etuuteen.

Hallitus linjasi myös, että sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus hoidetaan sote-uudistuksen toteutusvaiheessa *valtion* toimesta. Järjestelyä puoltavat vahvan valtiollisen ohjauksen tarve varmistamaan, että eri väestöryhmien ja eri alueiden välinen terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvo toteutuu. Tässä esityksessä varataan näin ollen valtion tehtäväksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon *rahoituksen kohdentaminen että yhteiskunnallinen säätely*.

Säätelyllä selvityshenkilöt tarkoittavat rahoituksen kohdentamista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestäjille sekä yleisperiaatteiden vahvistamista koskien rahoituksen kohdentamista järjestäjältä palvelujen tuottajille. Säätelyyn kuuluvat myös ammattihenkilöiden lailistus, palvelujen tuottajien toimilupien myöntäminen sekä niiden vaatimusten vahvistaminen, joiden palvelujen tuottajien on täytettävä voidakseen toimia valinnanvapausjärjestelmän piirissä. Säätelyä on myös niiden turvallisuutta, tuloksellisuutta, laatua ja kustannusvaikuttavuutta ilmaisevien tunnuslukujen määrittäminen, joiden avulla seurataan ja arvioidaan palvelujen tuottajia. Säätelyyn kuuluu edelleen toimintakäytäntöjä koskevien hyväksyttävien menettelytapojen vahvistaminen (toimintastandardit). Palvelujen tuottajien sääntöjen ja sopimusten noudattamista, tunnuslukujen hyväksyttävän tason saavuttamista sekä toimintastandardien noudattamista koskeva valvonta ja niiden poikkeamisesta johtuvien seuraamusten määrääminen ovat myös osa säätelyä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon *järjestäjä* tulee jatkossa olemaan *maakunta*. Järjestäjän velvollisuutena on varmistaa, että alueella asuvien kansalaisten perustuslain mukaiset oikeudet riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin toteutuvat. Maakunta vastaa myös kaikista eri lakien mukaisista viranomaistehtävistä. Maakunnan järjestämistehtävä on hallinnollisesti erotettava maakunnan mahdollisesta omasta palvelujen tuotannosta.

Palvelujen tuottajat ovat joko *maakunnan omistamia* tai *yksityisiä* tai *kolmannen sektorin* toimijoita.

Valinnanvapausjärjestelmä julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimii seuraavasti. Valtio rahoittajana päättää ne palvelut, joiden kohdalla vallitsee vapaus valita palvelujen tuottaja sellaisiksi hyväksytyjen joukosta (ns. auktorisointimenettely tai tuottajarekisteriin hyväksyminen). Kunkin valinnanvapauden piiriin kuuluvan palvelun osalta vahvistetaan tuottajille asetettavat vaatimukset seuraavilta alueilta: ammatillinen osaaminen, toiminnan ylläpitämiseen vaadittavat voimavarat, taloudellinen kantokyky, laatu- ja seuranta- ja raportointijärjestelmä, mukaan lukien kustannusten seurantajärjestelmä. Viimeksi mainittu tuottaa tietoja sekä kansalaisille valintojen perustaksi että järjestäjälle seuranta- ja arviointia varten. Valtio määrää palvelujen tuottajille maksattavien rahoitusosuuksien periaatteista. Rahoitusosuus on samasta palvelusta kaikille tuottajille sama. ”Raha seuraa asiakasta” eli julkinen rahoitusosuus osoitetaan sille tuottajalle, jonka asukas on valinnut. Valtio päättää perittävistä asiakasmaksuista, jotka myös ovat samat tuottajasta riippumatta.

Valtio päättää valinnanvapausjärjestelmän reunaehdoista, joiden puitteissa maakunta voi päättää valinnanvapausjärjestelmän toteuttamista koskevista yksityiskohdista.

Valtio osoittaa maakunnille sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen rahoituksen, joka voittopuolisesti perustuu ns. tarvevakioituun kapitaatioon. Tarvevakioidulla kapitaatiolla tarkoitetaan väestömääräpohjaista rahoitusmallia, jossa otetaan huomioon asukasluvun lisäksi

esimerkiksi väestön ikärakenne ja sairastavuus². Lisäksi valtio voi päättää käyttää terveys- ja hyvinvointipoliittisia tavoitteita ja taloudellisia tehokkuusvaatimuksia tukevia kannustimia.

² Kapitaatiomallin rakentamista käsitellään sote-uudistuksen rahoitus ja resurssiohjauksen valmisteluryhmässä.

4 VAIHTOEHTOISET VALINNAN- VAPAUTTA TOTEUTTAVAT MALLIT

Selvityshenkilöryhmä esittää esiselvityksessään vaihtoehtoisia malleja valinnanvapauden toteuttamiseksi. Kaikissa malleissa lähtökohtana on, että nykyisenlaajuista valinnanvapautta ei supisteta.

4.1 PÄÄASIAALLISET TOIMINTA- JA PALVELUMUODOT

Valinnanvapaus määritellään vaihtoehtoisissa malleissa koskemaan niitä toiminta- ja palvelumuotoja, jotka yksilöidään ao. lainsäädännössä. Jatkosuunnittelussa tulisi kuitenkin huolehtia siitä, ettei tämä menettely aseta esteitä potilaiden omahoitoon ja omatoimisuuteen kannustamiseen eikä uusien palvelujen jakelukanavien käyttöön (esim. internet- ja ryhmävastaanotot, internet-välitteinen terveydentilan valvonta, potilaiden itse keräämien terveystietojen ja lääketieteellisten tutkimus- ja seurantatietojen hyödyntäminen).

4.1.1 Sosiaalihuoltolain mukaiset sosiaalipalvelut

sosiaalityö
sosiaalihojtaus
sosiaalinen kuntoutus
perhetyö
kotipalvelu
kotihoito
asumispalvelut
laitospalvelut
liikkumista tukevat palvelut
päihdetyö (myös terveyskeskuksen vastuu)
mielenterveystyö (myös terveyskeskuksen vastuu)
kasvatus- ja perheneuvonta

4.1.2 Sosiaalihuollon erityislakien mukaiset palvelut

lastensuojelu
ikäntyneen väestön toimintakyvyn tukeminen sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelut (pääosa toteutuu sosiaalihuoltolain mukaisin eli yleisin palveluin)
kehitysvammaisten erityishuolto
vammaispalvelut ja tukitoimet vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista
kuntouttava työtoiminta
toimeentulotuki
sosiaalinen luototus
perhehoito
lapsen huolto ja tapaamisoikeus
adoptio
elätustuki
isyyden tunnustaminen
rikosasioiden sovittelu
omaishoidontuki

4.1.3 Perusterveydenhuollon palvelut

yleislääkärin vastaanotto
terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto

äitiysneuvola
lastenneuvola
muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy
kuntoutus- ja terapiapalvelut
koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
suun terveydenhuolto
työterveyshuolto
ympäristöterveydenhuolto

4.1.4 Erikoissairaanhoidon palvelut

erikoisalojen avohoito sekä diagnostiikka- ja toimenpideyksiköt
sairaalahoito
ensihoito- ja päivystystoiminta

4.2 VALINNANVAPAUTTA TOTEUTTAVIEN VAIHTOEHTOJEN ARVIOINTI

Vaihtoehtoisia valinnanvapausjärjestelmiä verrataan käyttämällä seuraavaa arviointikehikkoa, joka on johdettu uudistukselle asetetuista tavoitteista sekä valinnanvapausjärjestelmien ominaisuuksista kansainvälisten esimerkkien mukaan:

A. Asiakkaan näkökulma

<u>Asiakkaan oikeus</u>	Suomessa asuvan oikeus valinnanvapautteen on säädettävä laissa. Koskee kaikkia vaihtoehtoja.
<u>Valinnanvapauden laajuus (asiakkaille)</u>	Vaihtelee vaihtoehdon mukaan.
<u>Asiakkaisiin vaikuttavat insentiivit (oletettu terveyshyöty, sosiaalinen turvallisuus ja hyvinvointi sekä palvelujen saatavuus ja laatu)</u>	Selvityshenkilöiden esittämästä valinnanvapauden toteuttamistavasta johtuen tuottajien välillä vallitsee laatukilpailu. Sen takaamiseksi käytännössä kaikkien tuottajien täytyy mitata ja avoimesti raportoida järjestäjän valitsemien laatuindikaattorien tuloksia. Valinnanvapauden oletetaan parantavan palvelujen saatavuutta, mikä lisää kansalaisen kiinnostusta valinnallaan vaikuttaa. Koskee kaikkia vaihtoehtoja.
<u>Valintaa tukevan informaation olemassaolo, jakelu ja saatavuus</u>	Ymmärrettävän ja helposti saatavan tiedon olemassaolo on yhtä tärkeää kaikissa vaihtoehtoissa. Laaja valinnanvapaus edellyttää kuitenkin kattavaa asiakkaan käytössä olevaa palvelujen laatu- ja saatavuustietojärjestelmää, jonka avulla asukas pystyy valitsemaan eri vaihtoehtoja.
<u>Asiakkaille valinnasta koituvat kustannukset ja niiden mahdollinen korvaaminen (asiakasmaksut, matkakustannukset)</u>	Laaja valinnanvapaus lisää paikallista palvelujen tarjontaa ja hillitsee kansalaisen valinnanvapaudesta johtuvia välillisiä kustannuksia. Laaja valinnanvapaus voi kuitenkin lisätä matkakustannuksia.

<u>Erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden aseman vaaliminen ja palveleminen</u>	Kaikkien vaihtoehtojen osalta pitää varmistaa, että erityistä tukea tarvitsevia asiakkaita varten luodaan riittävät tukijärjestelyt palveluihin ohjaamiseksi. Vaatimus voi olla haasteellinen pienille toimijoille.
---	---

B. Palvelujen tuottajan näkökulma

<u>Tuottajien markkinoille pääsy</u>	Laaja valinnanvapaus tarjoaa monentyyppisille palvelujen tarjoajille mahdollisuuden aloittaa toiminta ja päästä julkisen rahoituksen piiriin. Kaikissa vaihtoehdoissa tarvitaan rahoittajan ennakkohyväksyntä (auktorisointimenettely). Järjestelmä on hallinnollisesti kevyempi kuin kilpailutus, ja antaa myös pienille toimijoilla mahdollisuuden hankkiutua julkisrahoitteisten palvelujen tuottajiksi.
<u>Tuottajille suunnatut taloudelliset insentivit (rahoitusmallit)</u>	<p>Kaikissa vaihtoehdoissa on syytä soveltaa samanlaisia rahoitusmalleja. "Väestövastuupalveluissa" ne ovat kombinaatio (1) tarveperusteisesta kapitaatiosta, (2) laadusta ja vaikuttavuudesta riippuvista hyviyksistä tai sanktioista sekä (3) sosiaali- ja terveystaloudellisten tavoitteiden mukaisista erilliskorvauksista. Muissa palveluissa käytetään rahoitusmuotoja (2) ja (3).</p> <p>Rahoitusmalleilla kannustetaan tuottajia korkeaan laatuun, vaikuttavuuteen sekä kustannustehokkaaseen toimintaan. Tunnetut riskit, kuten ali- ja ylihoito, kustannusten vyöryttäminen muiden tuottajien kannettaviksi ja asiakkaiden väärä valikoiminen, estetään.</p>
<u>Tuottajan vastuu (esim. laadusta ja potilasturvallisuudesta) ja sen toteutuminen</u>	Kaikissa vaihtoehdoissa ennakkohyväksynnällä, rahoitusmalleilla sekä rahoittajan ja järjestäjän seurannalla ja valvonnalla varmistetaan tuottajan vastuun toteutuminen. Käytössä ovat sanktiot, kuten auktorisoinnin peruuttaminen, sopimussakot ja tuottajan vastuu toiminnassaan syntyvien komplikaatioiden hoitamisesta tai niiden kustannusten korvaamisesta. Normaalitilanteessa vastuu realisoituu asiakkaiden vähenemisellä heidän käyttäessään valinnan vapauttaan.

C. Rahoittajan näkökulma

<u>Rahoitus (rahoituksen kohdentaminen tuottajille)</u>	Laaja valinnanvapaus edellyttää nykyistä monimuotoisemman ja uudistuksen tavoitteita tukevan rahoitusjärjestelmän luomista ja soveltamista.
<u>Järjestäminen ja säätely (markkinoiden ohjaus, valtion tehtävä)</u>	Markkinoiden ohjaus tapahtuu auktorisointikriteerejä ja – sääntöjä ja rahoitusjärjestelmää muokkaamalla sekä puuttamalla kilpailua vääristäviin ja hyvinvoin-

	ti- ja terveystaloudellisten tavoitteiden ja ammatillisten vaatimusten kanssa ristiriidassa oleviin tuottajien toimintamuotoihin. Näitä keinoja tarvitaan kaikissa vaihtoehtoissa.
<u>Toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistus ja seuranta</u>	Toiminta riippuu valinnanvapauden laajuudesta. Tarvitaan keskitettyä osaamista.
<u>Laadunvarmistus ja ammatillisen toiminnan valvonta</u>	Viranomaisvalvonta tulee suorittaa samalla tavalla riippumatta vaihtoehtoista. Tehtävä on suorassa suhteessa toimijoiden lukumäärään, joka kasvaa valinnanvapauden laajetessa.

4.3 VAIHTOEHTOJEN ESITTELY JA ARVIOINTI

Selvityshenkilöt ehdottavat ettei *ympäristöterveydenhuoltoa* hoideta osana sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää.

Selvityshenkilöt esittävät myös, että *sosiaalihuollon erityislakien mukaisia palveluja*, vanhustaloudellisia palveluja lukuun ottamatta, koskevat valinnanvapauskysymykset selvitetään erikseen ja että niistä päätetään jatkotyössä. Erityislait sisältävät sekä yleisiä, perustasolle kuuluvia palveluja että pitkälle erikoistuneita palveluja ja myös tahdonvastaisia palveluja. Kysymys yleisten palvelujen ja vaativan erityistason palvelujen jäsentämisestä ja soveltuvuudesta valinnanvapauden piiriin edellyttää perusteellisempaa analyysiä kuin mitä on mahdollista tehdä nyt käytettävissä olevin tiedoin.

Selvityshenkilöt ovat tarkastelleet neljää vaihtoehtoista tapaa toteuttaa valinnanvapaus sosiaali- ja terveydenhuollossa (Taulukko 1 liitteenä):

- "Omatiimi" ja muut sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut
- Väestövastuinen sosiaali- ja terveystaloudellisuus ja täydentävät palvelut
- Monitoiminen sosiaali- ja terveystaloudellisuus ja täydentävät palvelut
- Integroitu sosiaali- ja terveystaloudellisuus

Valinnanvapauden laajuus vaihtelee vaihtoehtojen välillä. Laajin se on vaihtoehtossa 1 ja suppein vaihtoehtossa 4. Varsinkin laajan valinnanvapauden vaihtoehtoissa tulee sallia, että auktorisoidut toimijat voivat ilmoittautua hoitamaan useita palveluja ja palvelukokonaisuuksia.

4.3.1 "Omatiimi" ja muut sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut (erittäin laaja valinnanvapaus ja palvelujen tuottajien moninaisuus)

- "Omatiimi"

"Omatiimi" muodostuu omalääkäristä (yleislääkäri), terveydenhoitajasta tai sairaanhoitajasta sekä sosiaalityöntekijästä ja sosiaalihuollon ammattilaisesta. Se vastaa eräissä muissa Euroopan maissa käytettävää "perhelääkärimallia", kuitenkin täydennettynä sosiaalihuollon ja -työn asiantuntijalla. Asiakas ilmoittautuu perustason palveluntuottajalle, joka toimii portinvartijana ja tekee ensimmäisen palvelutarpeen arvioinnin. Tarvittaessa asiakkaalle osoitetaan "omatiimi", jota voi vaihtaa säännöllisin väliajoin. "Omatiimi" hoitaa sekä portinvartijan roolia suhteessa muihin sosiaali- ja terveystaloudellisiin palveluihin että asiakkaan palvelujen ohjausta.

- Omatiimin toiminta sisältää sosiaaliohjauksen, sosiaalityöntekijän vastaanoton, yleislääkärin vastaanoton ja terveyden- ja sairaanhoitajan itsenäiset vastaanotot.

Rahoitusmalli

Mallissa rahoitus perustuu tarvepohjaiseen kapitaatioon. Lisäksi rahoitukseen liitetään laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveystoimittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus.

- **Muut valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevat yksittäiset toiminta- ja palvelumuodot**

Seuraavat toiminta- ja palvelumuodot sisällytetään valinnanvapauden piiriin:

sosiaalityö
 sosiaalinen kuntoutus
 perhetyö
 kotipalvelu
 kotihoito
 asumispalvelut
 laitospalvelut
 liikkumista tukevat palvelut
 päihdetyö
 mielenterveystyö
 kasvatus- ja perheneuvonta
 äitiysneuvola
 lastenneuvola
 muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy
 kuntoutus- ja terapiapalvelut
 koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
 suun terveydenhuolto
 työterveyshuolto

Määritellyt osat erikoisalojen avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennalta suunnitellut hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoidosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin. Valinnanvapauden piiriin ottamisen kriteereistä, kuten lähetekäytännöistä, olisi kuitenkin päätettävä.

Rahoitusmalli

Valinnanvapauden piiriin kuuluvat yksittäiset toiminnot ja palvelut rahoitettaisiin kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmänä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnottelu"), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.

Vaihtoehdon arviointi

A. Asiakkaan näkökulma

Asiakkaan valinnanvapaus on erittäin laaja. Laaja valinnanvapaus lisännee paikallisten palvelujen tarjontaa, koska palvelut lähtökohtaisesti halutaan läheltä. Malli näin ollen vähentäisi valinnanvapaudesta aiheutuvia välillisiä kustannuksia.

Mallin oletetaan lisäävän palvelujen tarjoajia ja ennen kaikkea pienien toimijoiden määrää. Tämän vuoksi kattavan asiakkaan käytössä olevan palvelujen laatu- ja saatavuustietojärjestel-

män luominen on haastavaa. Pienille toimijoille sekä tiedotus että toiminta-, laatu- ja kustannustietojen julkaiseminen on suhteellisesti ottaen suuritöistä.

Erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden palvelemiseksi pienen palveluntarjoajan palveluohjaajan tulee olla moniosaaja. Isoilla palveluntarjoajilla on mahdollisuus erikoistua.

B. Palvelujen tuottajan näkökulma

Malli helpottaa pienten toimijoiden pääsyä markkinoille. Pienille toimijoille riskien hallinta ja vastuun kantaminen on kuitenkin raskaampaa kuin isoille toimijoille.

C. Rahoittajan näkökulma

Valinnanvapauden laajuuden vuoksi rahoittajan ja järjestäjän hallinnollinen taakka rahoituksen kohdentamisessa, markkinoiden ohjauksessa, toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistamisessa ja seurannassa sekä laadunvarmistuksessa ja ammatillisen toiminnan valvonnassa on suuri.

Vaihtoehdon edut ja haitat

Vaihtoehdon selvä etu on erittäin laaja valinnanvapaus. Lisäksi korostuu ”omatiimi”-toiminnan kautta välitön ja jatkuva hoitosuhde muutaman työntekijän ja kansalaisen ja hänen perheensä välille. ”Omatiimi”-yksikkö on kuitenkin pienuutensa vuoksi haavoittuvainen. Vaihtoehdossa järjestäjän rooli korostuu sekä palvelujen olemassaolon takaajana että toimijoiden valvojana.

4.3.2 Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus ja täydentävät palvelut (laaja valinnanvapaus ja toimijoiden moninaisuus)

- **Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus (julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija)**

Vastaa toiminnoiltaan nykyisten terveyskeskusten toimintaa lukuun ottamatta neuvolatoimintaa, kuntoutusta, suun terveydenhuoltoa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa ja työterveyshuoltoa.

Asiakas ilmoittautuu valitsemansa väestövastuisen sosiaali- ja terveyskeskuksen piiriin. Palvelua voi vaihtaa tietyn määräjän jälkeen.

Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus tuottaa seuraavat toiminnot ja palvelut:

sosiaalityö
 sosiaali-ohjaus
 sosiaalinen kuntoutus
 perhetyö
 päihdetyö
 mielenterveystyö
 kasvatus- ja perheneuvonta
 yleislääkärin vastaanotto
 terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto
 sosiaalityöntekijän itsenäinen vastaanotto
 muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy

Rahoitusmalli

Mallissa rahoitus perustuu tarvepohjaiseen kapitaatioon. Lisäksi rahoitukseen liitetään laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveystaloudellisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus.

Sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulleen kuuluvien palvelujen järjestämistä kilpailuttamalla tai niiden sisällyttämistä valinnanvapausjärjestelmään.

- **Muut valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevat toiminta- ja palvelumuodot**

Muita valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevia toiminta- ja palvelumuotoja ovat:

kotipalvelu
 kotihoito
 asumispalvelut
 laitospalvelut
 liikkumista tukevat palvelut
 äitiysneuvola
 lastenneuvola
 kuntoutus- ja terapiapalvelut
 koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
 suun terveydenhuolto
 työterveyshuolto

Valinnanvapauden piiriin ottamisen kriteereistä olisi päätettävä. Määritellyt osat erikoisalojen avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennalta suunnitellut hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoidosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.

Rahoitusmalli:

Valinnanvapauden piiriin kuuluvat yksittäiset toiminnot ja palvelut rahoitettaisiin kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmänä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnointelu"), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.

Vaihtoehdon arviointiA. Asiakkaan näkökulma

Asiakkaan valinnanvapaus olisi laaja. Laaja valinnanvapaus oletettavasti lisää nykytilanteeseen verrattuna paikallisten palvelujen tarjontaa, koska palvelut halutaan pääsääntöisesti läheltä.

Mallin oletetaan lisäävän palvelujen tarjoajia ja ennen kaikkea pienien toimijoiden määrää. Tämän vuoksi kattavan asiakkaan käytössä olevan palvelujen laatu- ja saatavuustietojärjestelmän luominen on haastavaa. Pienille toimijoille sekä tiedotus että toiminta-, laatu- ja kustannustietojen julkaiseminen on suhteellisesti ottaen suuritöistä.

Laaja valinnanvapaus lisäänee paikallista palvelujen tarjontaa ja hillitsee asiakkaan valinnanvapaudesta johtuvia välillisiä kustannuksia.

Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus pystyy hyvin ylläpitämään moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen ohjausta.

B. Palvelujen tuottajan näkökulma

Malli helpottaa pienten toimijoiden pääsyä markkinoille. Sosiaali- ja terveyskeskus voi kokonsa ja laajan sekä monipuolisen osaamisensa ansiosta hallita riskejä pieniä toimijoita paremmin.

C. Rahoittajan näkökulma

Rahoituksen hallinnoinnin, markkinoiden ohjauksen, toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistuksen ja seurannan hallinnollinen taakka väestövastuisessa sosiaali- ja terveyskeskus-mallissa riippuu toimijoiden lukumäärästä.

Mallin edut ja haitat

Laaja valinnanvapaus lisää tuottajien moninaisuutta ja lukumäärää sekä lisää kilpailua ja siten toiminnan laatua. Kynnys aloittaa toiminta madaltuu ja myös pienille yrityksille syntyy mahdollisuuksia päästä palveluntuottajaksi. Tämä voi edistää paikallispalvelujen tarjontaa. Haittana ovat järjestelmän monimutkaisuus ja korkeat transaktiokustannukset. Huolenaiheena on kilpailun keskittyminen asutuskeskuksiin, jolloin harvaan asutut alueet eivät hyötyisi valinnanvapaudesta, mikä voi heikentää yhdenvertaisuutta.

4.3.3 Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus (julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija)

Asiakas ilmoittautuu valitsemansa monitoimisen sosiaali- ja terveyskeskuksen piiriin. Palvelua voisi vaihtaa tietyn määräajan jälkeen.

Monitoimisessa sosiaali- ja terveyskeskuksessa tuotetaan seuraavat toiminnot ja palvelut:

sosiaalityö
 sosiaaliohjaus
 sosiaalinen kuntoutus
 perhetyö
 päihdetyö
 mielenterveystyö
 kasvatus- ja perheneuvonta
 yleislääkärin vastaanotto
 terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto
 sosiaalihoitajan itsenäinen vastaanotto
 äitiysneuvola, lastenneuvola
 muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy
 koulu- ja opiskeluterveydenhuolto
 työterveyshuolto

Rahoitusmalli:

Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus-mallin rahoitus perustuu tarvepohjaiseen kapitaatioon. Lisäksi rahoitukseen liitetään laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveystoimien tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus.

Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulleen kuuluvien palvelujen järjestämistä ”alihankintoina” joko kilpailuttamalla tai sisällyttämällä ne valinnanvapausjärjestelmään.

- **Muut valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevat toiminta- ja palvelumuodot**

Muita valinnanvapausjärjestelmän piirissä olevia toiminta- ja palvelumuotoja ovat:

kotipalvelu
kotihoito
asumispalvelut
pitkäaikainen laitoshoido
liikkumista tukevat palvelut
kuntoutus- ja terapiapalvelut
suun terveydenhuolto

Valinnanvapauden piiriin ottamisen kriteereistä olisi päätettävä. Määritellyt osat erikoisalojen avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennalta suunnitellut hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoidosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.

Rahoitusmalli:

Valinnanvapauden piiriin kuuluvat yksittäiset toiminnot ja palvelut rahoitettaisiin kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmänä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnointelu"), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.

Vaihtoehdon arviointi

A. Asiakkaan näkökulma

Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskusmallissa valinnanvapaus on asiakkaan näkökulmasta suppeampi. Valinta kohdistuu ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskukseen, jonka profiili on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Yksittäisistä palveluista valinnanvapauden piirissä ovat vammais- ja vanhustenhuoltopalvelut, kuntoutus- ja terapiapalvelut, suun terveydenhuolto sekä määritellyt erikoispalvelut.

Vaihtoehdossa valinnanvapaus on ulotettu niihin palveluihin, joiden kohdalla löytyy paikallisten palvelujen tarjontaa. Asiakkaiden neuvonta- ja ohjaustehtävä on helpompaa kuin laajemman valinnanvapauden malleissa, koska toimijoita on vähemmän.

Jos suppeampi valinnanvapaus edelleen turvaa paikallista palvelujen tarjontaa, asiakkaan valinnanvapaudesta johtuvat välilliset kustannukset eivät kasva.

Vaihtoehdon mukaisella sosiaali- ja terveyskeskuksella on hyvät valmiudet ylläpitää moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen ohjausta.

B. Palvelujen tuottajan näkökulma

Valinnanvapauden piirissä on pienempi määrä palveluita, mutta niistä kiinnostuneille toimijoille on pääsy markkinoille. Koska monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus voi sisällyttää omalle vastuulle kuuluvia palveluja valinnanvapausjärjestelmään, syntyy alueellista vaihtelua.

Sosiaali- ja terveyskeskus voi kokonsa ja osaamiskirjonsa ansiosta hallita riskejä pieniä toimijoita paremmin.

C. Rahoittajan näkökulma

Suppeampi valinnanvapaus vaatii vähemmän monimutkaisen rahoitusjärjestelmän kuin edellisissä vaihtoehdoissa. Valinnanvapauden suppeudesta johtuen myös markkinoiden ohjaustehtävä on kevyempi ja toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistus ja seuranta

yksinkertaistuu. Laadunvarmistus ja ammatillisen toiminnan valvonta tulee suorittaa vaihtoehtoista riippumatta, mutta tehtävän laajuus riippuu toimijoiden lukumäärästä.

Vaihtoehdon edut ja haitat

Uudistuksen rakenteellista integraatiota koskeva tavoite toteutuu paremmin kuin laajan valinnanvapauden vaihtoehtoissa. Tässä mallissa sosiaali- ja terveyskeskus saa myös selkeämmän ”kansanterveydellisen” profiilin. Valinnanvapauden ulottaminen asiakkaan kotona toteutettaviin palveluihin voi houkutella paikallisia yrittäjiä, jotka varmistavat palvelujensa saatavuuden.

4.3.4 Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus (julkinen, yksityinen tai kolmannen sektorin toimija)

Asiakas ilmoittautuu valitsemansa integroidun sosiaali- ja terveyskeskuksen piiriin. Palvelua voi vaihtaa tietyin määräajan jälkeen.

Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus tuottaa kaikki toiminta- ja palvelumuodot.

Tämän vaihtoehdon kohdalla on erikseen harkittava suun terveydenhuollon asemaa.

Valinnanvapaus ulottuu sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan ja määriteltäviin erikoispalveluihin.

Rahoitusmalli:

Mallissa rahoitus perustuu tarvepohjaiseen kapitaatioon. Lisäksi rahoitukseen liitetään laatuavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveystaloudellisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus. Erikoispalvelujen tuottaja saa kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmän rahoittaja-järjestäjän tavoitteiden pohjalta.

Sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulleen kuuluvien palvelujen järjestäytymistä kilpailutusta tai kilpailutusta tai niiden sisällyttämistä valinnanvapausjärjestelmään.

Täydentävät vaihtoehdot

Valinnanvapauden piiriin ottamisen kriteereistä olisi päätettävä. Määritellyt osat erikoisalojen avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennalta suunnitellut hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoidosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.

Rahoitusmalli:

Valinnanvapauden piiriin kuuluvat yksittäiset toiminnot ja palvelut rahoitettaisiin kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmänä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus (”pakettihinnoittelu”), johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.

Vaihtoehdon arviointi

A. Asiakkaan näkökulma

Asiakkaan valinnanvapaus rajoittuu sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan. Tämän lisäksi säilyy mahdollisuus nykyolotilanteen perusteella valita, missä julkisessa erikoissairaanhoidon yksikössä hoito toteutetaan, kun tarve on todettu sosiaali- ja terveyskeskuksessa.

Valintaa tukevan tiedon olemassa olo, jakelu ja saatavuus jäävät integroidun sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle.

Jos puuttuvasta valinnanvapaudesta huolimatta edelleen turvataan paikallisten palvelujen tarjonta, kansalaisen valinnanvapaudesta johtuvat välilliset kustannukset eivät kasva.

Integroidulla sosiaali- ja terveystieteiden keskuksella on hyvät valmiudet ylläpitää moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen ohjausta.

B. Palvelujen tuottajan näkökulma

Todennäköisesti vain isoilla yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille on edellytyksiä luoda täyden palvelun sosiaali- ja terveystieteiden keskuksia. Pienemmät tuottajat voisivat päästä markkinoille sosiaali- ja terveystieteiden keskuksen alihankintojen kautta.

Koska tuottajaorganisaatiot ovat suuret, ne voivat ylläpitää erikostuneita toimintoja, kuten laadunhallintaa ja potilasturvallisuuden edistämistä.

C. Rahoittajan näkökulma

Rahoittaja määrittelee vain sosiaali- ja terveystieteiden keskuksista koskevan rahoitusjärjestelmän. Markkinoiden ohjaus suuntautuu sosiaali- ja terveystieteiden keskuksien toimintaan ja niiden suorittamiin alihankintoihin. Toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistus ja seuranta on yksinkertaista, koska toimijoiden lukumäärä on pieni.

Vaihtoehdon edut ja haitat

Valinnanvapaus on suppeaa ja siitä saatavat hyödyt vähäisemmät kuin muissa vaihtoehdoissa. Vaihtoehto luo kuitenkin paremmat edellytykset sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen rakenteelliseen integraatioon, koska palvelut tuotetaan voittopuolisesti samassa organisaatiossa. Mikäli sosiaali- ja terveystieteiden keskus ei ole maakunnan omistama, säilyy organisatorinen rajapinta sairaaloihin.

4.3.5 Erikoispalvelujen sisällyttäminen valinnanvapausjärjestelmän piiriin

Muualta saadut kokemukset osoittavat, että hyvin rajatut erikoispalvelut sopivat hyvin toteutettaviksi valinnanvapausjärjestelmää hyödyntäen. Etuna on palveluntuottajien erikoistuminen, jolloin toiminnan laadun voidaan olettaa paranevan ja kustannustehokkuuden lisääntyvän. Palvelut voivat olla joko ennalta suunniteltuja tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä tai yhden asiakas- tai potilasryhmän kaikkia palveluja koskevien kokonaisuuksien tarjontaa.

• Ennalta suunnitellut erikoispalvelut

Määritellyt osat erikoisalojen avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennalta suunnitellut hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja selkeitä kokonaisuuksia muodostavat osat sairaalahoidosta (esimerkiksi ennalta suunniteltu lonkan tekonivelleikkaus) voidaan sisällyttää valinnanvapauden piiriin. Tämä ratkaisu soveltuu osaksi kaikkia edellä esitettyjä vaihtoehtoja.

Rahoitusmalli:

Tuottajille kohdennetun rahoituksen muoto vaihtelee suoriteperusteisesta korvauksesta (esim. erikoislääkärin vastaanotto) hoitopisodista suoritettavaan kokonaiskorvaukseen ("pakettihinnoittelu"). Lisäksi voidaan sisällyttää tuloksellisuuden ja laatuavoitteiden saavuttamiseen liittyviä erä.

• Erityisryhmien väestövastuullinen toiminta

Kaikkissa malleissa on mahdollista sisällyttää valinnanvapausjärjestelmän piiriin tiettyjen erityisryhmien väestövastuullinen toiminta, esimerkiksi tietyt vammaisryhmät tai diagnosoitavat ryhmät, kuten diabetespotilaat. Näille ryhmille palvelujen tuottaja takaa kaikki tarvittavat palvelut integroidusti.

Rahoitusmalli:

Mallin rahoitus perustuu tarvepohjaiseen kapitaatioon. Lisäksi rahoitukseen liitetään laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus.

Vaihtoehdon arviointi

Sisältyy laajan valinnanvapauden vaihtoehtoon, jonka arviointi löytyy kohdasta 4.3.1.

Vaihtoehdon edut ja haitat

Laaja valinnanvapaus erikoispalvelujen osalta mahdollistaa erikoistuneiden tuottajien hakeutumisen palveluntuottajaksi. Lisääntyvä erikoistuminen ja kilpailu parantavat toiminnan laatua ja kustannustehokkuutta. Toiminta mitä ilmeisimmin sijoittuu asutuskeskuksiin, jolloin harvaan asutut alueet eivät hyötyisi valinnanvapaudesta, mikä voi heikentää yhdenvertaisuutta.

Jatkotyö

Työryhmä tulee jatkotyön yhteydessä tarkentamaan valinnanvapauden ja viranomaistehtävien suhdetta ja selvittämään valinnanvapautta koskevia kehittymässä olevia toimintamalleja, kuten henkilökohtaisen budjetoinnin soveltamista valinnanvapauden toteuttamiseen.

SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MONIKANAVAISEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN YKSINKERTAISTAMINEN

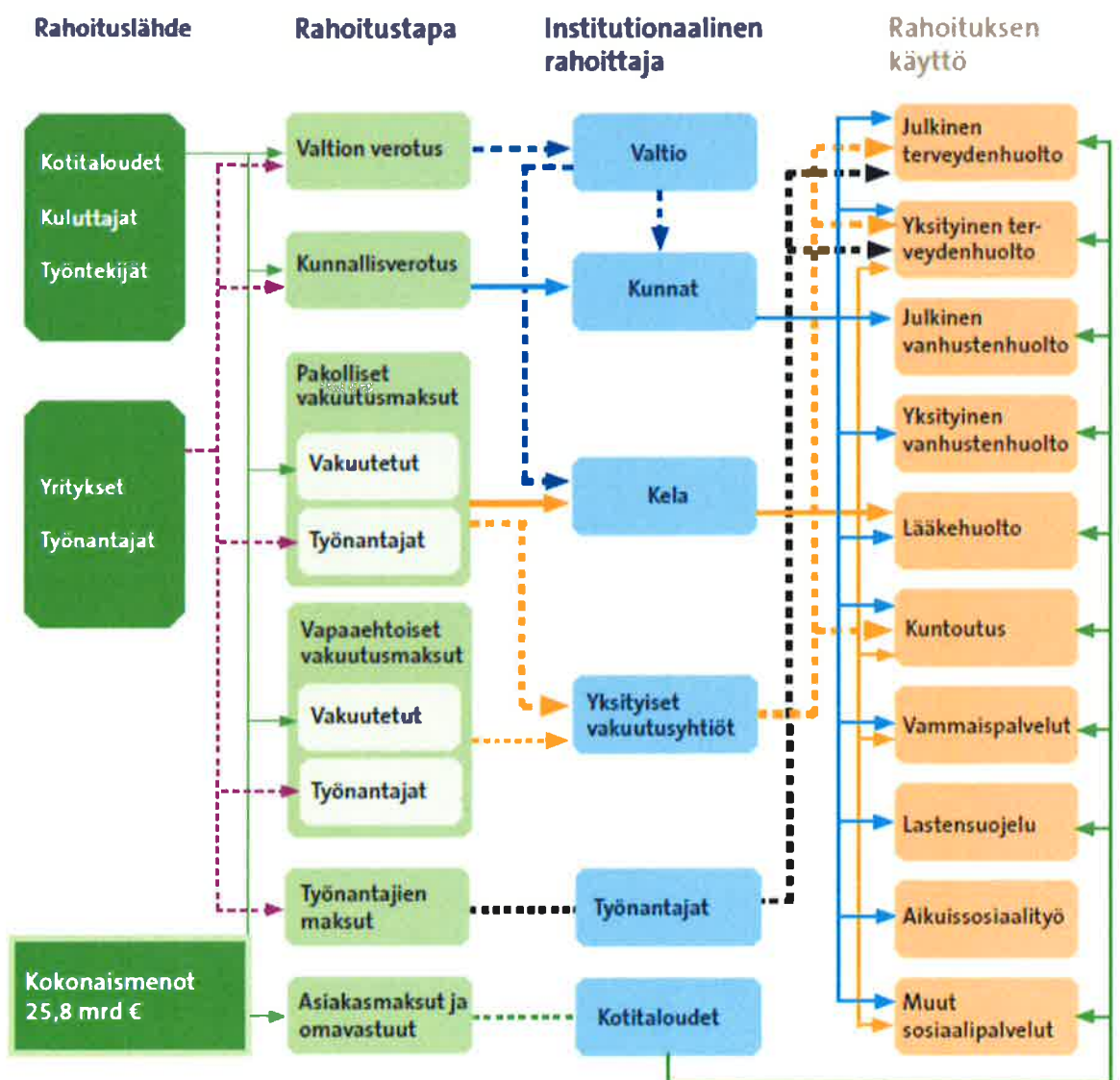
Selvityshenkilöryhmän asettamispäätöksen mukaan selvitystyössä tulee selvittää käytännön vaihtoehdot monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamiseen siten, että uudistukset tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon reformia ja julkisen talouden tasapainottamista. Tavoitteena rahoitusuudistuksessa on erityisesti vähentää rahoitusjärjestelmään sisältyviä piirteitä osaoptimointiin ja luoda edellytykset sille, että asiakkaat saavat kustannusvaikuttavia integroituja sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja että rahoitusjärjestelmä osaltaan kannustaa kustannusvaikuttavuuden parantamiseen.

Väliraportissa on tarkoitus kartoittaa päävaihtoehdot malleista, joilla voidaan yksinkertaistaa monikanavaista rahoitusta.

5 JULKISTEN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUJEN RAHOITUKSEN NYKYTILA

Terveyspalveluja merkittävästi rahoittavia tahoja ovat nykyään kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat ja yksityiset vakuutusyhtiöt. Sosiaalipalvelut rahoitetaan pääosin kunnan ja valtion varoista sekä asiakasmaksuilla.

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat



Kuvio 1 Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat vuonna 2012 (Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat, Terveys- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 22/2014).

6 SELVITYSTYÖN LÄHTÖKOHDAT JA RAJAUKSET

Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen haasteita ja vahvuuksia on käsitelty viime vuosina useassa eri selvityksessä³, joita on soveltuvin osin hyödynnetty esiselvityksen laatimisessa. Selvityshenkilöryhmä nostaa monikanavarahoituksen merkittävimiksi ongelmiksi seuraavat tekijät:

1. Monimutkainen ja useasta rahoituskanavasta koostuva järjestelmä tarjoaa mahdollisuuden epäedulliseen osaoptimointiin eli mahdollisuuteen siirtää kustannuksia toiselle toimijalle. Tämä voi johtaa kokonaisuuden kannalta epäedulliseen lopputulokseen.
2. Monikanavarahoitus vaikeuttaa kustannustehokasta sosiaali- ja terveystalouden integraatiota ja johtaa asiakkaan palvelujen pirstaleisuuteen.
3. Monikanavarahoitus vaikeuttaa kustannustehokkaan ja vaikuttavan kokonaisuuden rakentamista.

Selvityshenkilöryhmä on työssään keskittynyt toimeksiantonsa mukaisesti monikanavaisen rahoituksen yksinkertaistamiseen. Selvitystyö koskee lähtökohtaisesti kaikkea kokonaan tai osittain julkisesti rahoitettua terveys- ja sosiaalipalvelua. Tarkastelu keskittyy rahoituksen kohdentamiseen järjestämisvastuussa oleville maakunnille. Rahoituksen keräämistä valtiolle valmistellaan samanaikaisesti tämän selvitystyön rinnalla sosiaali- ja terveydenhuollon uudistustyössä.

Julkisen terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmien rahoituksen lisäksi selvitystyö keskittyy erityisesti julkisen sairausvakuutuksen⁴ sairaanhoitovakuutuksen osuuteen. Selvityshenkilöryhmä on päättänyt jättää selvitystyönsä ulkopuolelle yksityisten vakuutuslaitosten kautta järjestetyt lakisääteiset vakuutukset eli liikennevakuutuksen, lakisääteisen tapaturmavakuutuksen sekä työeläkejärjestelmän kautta rahoitetun kuntoutuksen. Lisäksi selvityshenkilöryhmä on rajannut esiselvityksen ulkopuolelle sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta⁵ rahoitettavat päivärahaetuudet, kuten sairauspäivärahat. Sairauspäivärahojen rahoitusvastuun osittainen siirtäminen maakunnille voisi sinänsä luoda kannusteita hoitojonojen lyhentämiseen, mutta selvityshenkilöryhmä kuitenkin katsoo, ettei aiheesta ole olemassa luotettavaa selvitystä. Päivärahaetuuksien rajaaminen selvitystyön ulkopuolelle on perusteltua myös siitä syystä, että niillä on tiivis kytkös muihin toimeentuloturvaetuuksiin, kuten työttömyysturvajärjestelmään ja eläkejärjestelmään.

³ OECD Reviews of Health Systems: Finland. OECD Publishing, 2005; Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä, kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevan työryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:7. Helsinki 2011; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Raportti 4/2011. Helsinki 2011; Ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittämiseksi. Valtioneuvoston kansallisen julkaisusarja 19/2011. Helsinki 2011; OECD Economic Surveys: Finland 2012. OECD Publishing, 2012; Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, Raportti 21/2012. Helsinki 2012; Sairaanhoitovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:34. Helsinki 2013; Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys, Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015: 19.

⁴ Julkisen sairausvakuutuksen rahoitus jaetaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen, johon perustuvia vakuutusmaksuja ovat vakuutetun sairaanhoitomaksu ja työnantajan sairausvakuutusmaksu sekä työtulovakuutuksen rahoitukseen.

⁵ Työtulovakuutuksen etuuskuuluja ovat sairaus- ja vanhempainpäivärahat sekä kuntoutusrahat. Työtulovakuutuksen kuluja ovat myös työnantajille maksettavat korvaukset vanhempainpäiväraha-ajan vuosilomakustannuksista sekä työterveyshuollon järjestämisestä lukuun ottamatta Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle (YTHS) maksettavia korvauksia.

7 EHDOTUKSET MONIKANAVARAHOITUKSEN YKSINKERTAISTAMISEKSI

7.1 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON MONIKANAVAVAISEEN RAHOITUSJÄRJESTELMÄN PURKAMISTA SELVITTÄNEEN TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

Monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoja selvittänyt parlamentaarinen työryhmä (STM raportteja ja muistioita 2015:19) esitti erilaisia malleja sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen keräämiseksi ja kohdentumiseksi. Mallit sisältävät useita osia, joita on mahdollista yhdistellä toisiinsa eri tavoin. Lisäksi työryhmä esitti sairausvakuutuksen eri osa-alueiden osalta erityiskysymyksiä, jotka on mahdollista ratkaista kaikissa rahoitusmallivaihtoehtoissa usealla eri tavalla.

Lääkkeiden rahoituksen osalta työryhmä totesi, että järjestämisvastuun laajentaminen koskemaan laitoshoidon lääkkeiden lisäksi avohoidon lääkkeitä merkitsisi sitä, että nykyinen valtakunnallinen avohuollon lääkkeiden arviointi- ja hinnanvahvistusmenettely ja lääkekorvausjärjestelmän toimeenpano hajautuisi useammalle järjestämisvastuulliselle taholle. Vaihtoehtona järjestämisvastuun laajentamiselle työryhmä esitti nykyisen valtakunnallisen avohuollon lääkkeiden arviointi- ja hinnanvahvistusmenettelyn sekä korvausjärjestelmän säilyttämistä, mutta rahoitusvastuun siirtämistä järjestämisvastuulliselle taholle. Tällöin lääkkeiden kustannusvastuuta ei voisi enää siirtää toiselle rahoittajalle. Lisäksi työryhmä nosti esille tarpeen kehittää yhtenäistä arviointimenettelyä avo- ja laitoshoidon lääkkeille.

Matkojen rahoituksen osalta työryhmä totesi, että nykyisiä kuntia suuremmat järjestämisvastuulliset tahot tarjoavat mahdollisuudet yhdistää vammaispalvelulain, kehitysvammalain ja sairausvakuutuslain mukaisia matkoja nykyistä kattavammin ja laajemmilla alueilla. Työryhmä totesi, että matkojen järjestämis- ja rahoitusvastuun siirtäminen järjestämisvastuulliselle taholle merkitsee, että asianomainen taho ottaa huomioon palvelujen saavutettavuutta sekä nykyistä laajemmin yhdistää sosiaali- ja terveydenhuollon matkoja kokonaiskustannusten kannalta tehokkaalla tavalla. Vaihtoehtona järjestämisvastuun siirtämiselle työryhmä esitti Kansaneläkelaitoksen toimeenpanemien matkakorvausten rahoitusvastuun ainakin osittaista siirtämistä järjestämisvastuulliselle toimijalle.

Kuntoutusjärjestelmän rahoituksen osalta työryhmä näki tarpeen jatkoselvittämiselle. Rahoituksen osalta työryhmän näki vaihtoehtoina Kansaneläkelaitoksen järjestämis- ja korvausvastuun piiriin nykyisin kuuluvan sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavan kuntoutuksen (vaativa lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia ja harkinnanvarainen kuntoutus, pl. Kelan järjestämä ammatillinen kuntoutus) siirtämisen järjestämisvastuulliselle taholle tai sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavan kuntoutuksen säilymisen Kansaneläkelaitoksen järjestämänä, mutta järjestämisvastuullinen taho vastaisi kustannuksista.

7.2 SELVITYSHENKILÖRYHMÄN EHDOTUKSET

Selvityshenkilöt ovat pohtineet monikanavarahoituksen yksinkertaistamista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rahoituksen kohdentamisen näkökulmasta. Hallituksen linjauksen mukaisesti kuntien rahoitusosuutta vastaavan rahoituksen kerääminen siirtyy valtiolle, joka vastaa, ainakin alkuvaiheessa, täysimääräisesti rahoituksen kohdentamisesta maa-

kunnille.⁶ Tällöin pohdittavaksi tulee, tulisiko myös sairausvakuutuksen keräämät varat yhdistää valtion kohdentamaan rahoitukseen tai tulisiko niiden erillinen kerääminen kokonaan tai osittain lakkauttaa ja niitä vastaava rahoitusosuus kerätä osana valtion verotusta.

Selvityksen edetessä monikanavarahoituksen yksinkertaistamisessa on katsottu perustelluksi tässä vaiheessa keskittyä vaihtoehtoihin, jotka koskevat:

- sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen ja osittain työtulovakuutuksen rahoitusosuuden yhdistämistä muuhun valtion rahoitukseen kokonaisuudessaan tai osittain sekä sen toteuttamista heti tai siirtymäkauden jälkeen, tai
- sairausvakuutuksen ylläpitämistä erillisenä rahoitusjärjestelmänä.

Rahoituksen yksinkertaistamista koskevien vaihtoehtojen keskeisimpinä arviointikriteereinä ovat olleet:

1. Osaoptimointiriskin vähentäminen,
2. sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen integroituminen sekä
3. kustannusvaikuttavuuden parantaminen.

Osaoptimoinnin vähentämistä koskevasta tavoitteesta johtuen selvityshenkilöryhmä on katsonut perustelluksi tarkastella tarkemmin eräitä erityiskysymyksiä, joita voidaan ratkaista vaihtoehtoisilla tavoilla. Eräs näistä on työterveyshuolto, jonka asema tulee selvityshenkilöiden toimeksiannon mukaisesti ottaa erikseen huomioon. Selvityshenkilöt esittävät tässä väliraportissa erilaisia vaihtoehtoja, jotka osittain täydentävät toisiaan.

Julkisen sairausvakuutuksen rahoitus on osana sosiaalivakuutusta tällä hetkellä erillään julkisen terveyden- ja sosiaalihuollon palvelujärjestelmän rahoituksesta. Sairausvakuutukseen kuuluvasta sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan kansalaisille maksettavat sairaanhoitokorvaukset yksityisen terveydenhuollon käytöstä, tietyt kuntoutuspalvelut ja -korvaukset (vaativa lääkinnällinen kuntoutus, Kansaneläkelaitoksen ammatillinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia), matkakorvaukset sekä avohoidon lääkkeiden korvaukset.⁷ Lisäksi sairaanhoitovakuutuksesta rahoitetaan osittain Ylioppilaiden Terveydenhoitosäätiön toimintaa. Opiskeluterveydenhuolto kuuluu nykyjärjestelmässä kunnalliseen terveydenhuoltoon. Sairaanhoitovakuutuksen menoista 55,1 prosenttia katetaan vakuutetuilta perittävien sairaanhoitomaksujen tuotolla ja 44,9 prosenttia valtion varoista.

Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta rahoitetaan sairaus- ja vanhempainpäivärahojen lisäksi työnantajalle maksettavat korvaukset varsinaisesta työterveyshuollosta (ennaltaehkäisevä toiminta sekä työterveyden edistäminen) sekä korvaukset työterveyshuollon kautta järjestettävästä sairaanhoidosta. Työtulovakuutus rahoitetaan työnantajan sosiaaliturvamaksulla (67 %), palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksulla (27 %) sekä valtion suorituksilla (6 %).

Selvityshenkilöt ehdottavat tavoiteltavaksi vaihtoehdoksi mallia, jossa sosiaali- ja terveydenhuollon nykyiset kuntien rahoitusosuudet ja sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutusta vastaava osuus sekä osa sairausvakuutuksen työtulovakuutusta vastaavasta osuudesta kerätään jatkossa valtion toimesta (vaihtoehto 1)⁸. Tämä tarkoittaa sitä, että valtio rahoittaisi kokonaisuudessaan sosiaali- ja terveydenhuollon eikä erillistä sairaanhoitovakuutusta eikä myöhemmin tulevaisuudessa myöskään erillistä työterveyshuollon sairaanhoidon osuutta enää olisi. Selvityshenkilöryhmän näkemyksen mukaan rahoituksen keräämistä tulisi pohtia kokonaisuutena uudelleen. Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen osalta selvityshenkilöryhmä nostaa esille erikseen myös sen, että muutokset työterveyshuoltoon tulee sopia yhteistyössä ra-

⁶ Perustuu selvityshenkilöryhmän tekemään oletukseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen valmistelu on tältä osin kesken sote-uudistuksen valmisteluryhmässä.

⁷ Sairaanhoitovakuutuksen arvioidut korvausmenot vuodelle 2016 ovat 2186 milj. euroa, josta lääkekorvausten osuus 1306 milj. e, kuntoutuksen osuus 349 milj. e, matkakorvausten osuus 281 milj. e, lääkärinpalkkioiden korvausten osuus 53 milj. euroa, hammaslääkärinpalkkioiden korvausten osuus 58 milj. euroa, muiden sairaanhoitokorvausten osuus 79 milj. euroa sekä muihin EU-maihin maksettavien sairaanhoitokorvausten osuus 56 milj. euroa.

⁸ Tämä vastaa periaatteiltaan täydellisesti THL:n raportissa 4/2011 (Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haivat ja kehittämistarpeet) ehdotettua "kokonaisratkaisua", sekä hallituksen 9.11.2015 julkaisemaa linjausta rahoitusjärjestelyistä uudistusta toteutettaessa.

hoittajatahojen kesken ja että muutosten läpivieminen ei saa samalla vaarantaa esimerkiksi tavoitteita pidentää työuria.

Työterveyshuoltoa selvityshenkilöt käsittelevät erikseen jäljempänä. Sen vuoksi pohdinta koskee jatkossa sairaanhoitovakuutuksen yhdistämistä ja tarkastelu tehdään suhteessa yksityiseen terveydenhuoltoon, jonka maksuista vakuutettu saa sairaanhoitokorvauksen.

Sairaanhoitovakuutuksen yhdistäminen valtion rahoitukseen (vaihtoehto 1)

Selvityshenkilöiden esittämässä tavoitevaihtoehdossa sairaanhoitovakuutuksen korvauksiin kerätyt varat liitetään valtion sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisrahoitukseen, josta varat kohdennetaan julkisrahoitteisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuussa olevalle taholle eli maakunnalle. Rahoituslähteiden yhdistämisessä tulee huomioida, että sairausvakuutukseen kerätyt maksut on maksettu sairausvakuutusrahastoon ja maksut on kerätty vakuuteuilta tiettyä laissa säädettyä tarkoitusta varten. Jatkovalmistelussa tulee tarkemmin arvioida, miten sairaanhoitovakuutusta vastaava rahoitus kerättäisiin valtion edelleen alueille jaettavaksi.

Yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käytöstä vakuutetuille maksettujen sairaanhoitokorvausten tarkoituksena (lääkekorvauksia lukuun ottamatta) on ollut täydentää julkista terveydenhuoltoa ja lisätä asiakkaiden valinnanvapautta. Yksityistä palvelutuotantoa rahoitetaan tällä hetkellä julkisin varoin pääasiassa kahta reittiä. Julkisia varoja maksetaan yksityisille toimijoille kuntien tekemien julkisten hankintojen sekä julkisen sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten kautta. Vaihtoehdon toteuttamisen myötä nykyisen kaltainen jaottelu julkiseen ja yksityiseen palvelutuotantoon poistuu, joten myös yksityisen palveluntuotannon hyödyntämiseen kohdennettua julkisen rahoituksen jakamistapaa tulee muuttaa.

Laajan valinnanvapauden toteuttaminen merkitsee, että julkisrahoitteisten palvelujen tuottajiksi voidaan hyväksyä valtion auktorisoimat yksityisen sekä kolmannen sektorin toimijat⁹. Asiakkailta tulisi olla mahdollisuus valita julkisesti hallinnoitu yksityinen tai kolmannen sektorin palvelujen tuottaja niiden palvelujen osalta, jotka on määritelty kuuluviksi valinnanvapauden piiriin. Palvelujen käyttäjä suorittaisi julkisesti määritellyn valinnan vapauden piiriin kuuluvista palveluista tällöin samansuuruisen asiakasmaksun kuin muutoinkin julkisessa terveydenhuollossa. Erillistä sairausvakuutusrahastosta maksettavaa sairaanhoitokorvausta yksityisen terveydenhuollon käytöstä ei enää maksettaisi.

Vaihtoehdon haasteena on se, että se voi heikentää terveyspalvelujen rahoituspohjaa, koska asiakasmaksuja ei voida ilman lisäkustannuksia nostaa asiakkaalle tällä hetkellä yksityisen terveydenhuollon käytöstä sairaanhoitokorvauksen jälkeen maksettavaksi jäävää omavastuuosuutta korkeammalle. Sairaanhoitokorvaukset kattavat tällä hetkellä keskimäärin 15 prosenttia yksityisen terveydenhuollon palvelujen kustannuksista ja loppuosa jää potilaan maksettavaksi. Vaihtoehdon haasteena on myös löytää sellainen korvaustaso palveluntuottajille, joka toisaalta houkuttelee yksityisiä ja kolmannen sektorin tuottajia järjestelmään ja toisaalta hillitsee julkisen talouden kustannusten nousua.

Vaihtoehto myös poistaa nykyisenkaltaisen laajan valinnanvapauden, jossa vakuutettu voi omavastuuosuudet huomioiden valita valtakunnallisesti (koska tahansa valintaansa muuttaen) yksityissektorin palveluntuottajan ja esimerkiksi tietyn lääkärin julkisen rahoituksen osittaisella tuella. Sairaanhoitokorvausten osalta on kuitenkin huomioitava, että vaikka järjestelmän rakenne sinällään mahdollistaa nykyäänkin laajan valinnanvapauden, korvaustasojen alhaisuus tosiasiaa mahdollistaa järjestelmän käytön ainoastaan riittävän oman varallisuuden omaaville. Täysin yksityisellä rahoituksella ostetuissa palveluissa valinnanvapaus tulee säilymään nykyisen laajuusena julkisten palvelujen rahoitusjärjestelyistä riippumatta.

⁹ Tällä hetkellä yksityinen toimija hyväksytään tuottajaksi julkisen hankinnan yhteydessä kilpailutuksessa. Julkisen sairausvakuutuksen korvauksiin yksityisellä tuottajalla on puolestaan oikeus silloin kun sairausvakuutuslain mukainen vaatimus täyttyy eli tuottajalla on lupa antaa hoitoa Suomessa.

Edellä mainittu huomioon ottaen selvityshenkilöryhmä katsoo, että esitetty vaihtoehto selkeyttää sosiaali- ja terveystalouden kokonaisrahoitusta, vähentää mahdollisuutta kustannusten siirtoon ja epäedulliseen osaoptimointiin ja mahdollistaa palvelujen integraation, hoidon porrastuksen ja moniammatillisen yhteistyön kehittämisen, koska järjestäjällä on kokonaisvastuu rahoituksen kohdentamisesta ja riittävydestä ja sitä kautta tehokas palvelujen tuottajien ohjauskeino. Lisäksi vaihtoehto yhdenmukaistaa julkisella rahoituksella tuotettujen palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, mikä lisää palvelujen yhdenvertaisuutta. Perusvaihtoehto myös lisää julkisrahoitteisen järjestäjän vastuuta huolehtia siitä palvelujen kysynnästä, joka nykyjärjestelmässä tapahtuu yksityissektorilla.

Vaihtoehto 1:seen liittyen selvitetään jatkossa erityisesti seuraavat asiat:

- asiakasmaksujen määräytyminen

Sairaanhoitovakuutuksen säilyttäminen (vaihtoehto 2)

Sairaanhoitovakuutuksen maksujen ja korvausten jättäminen erilleen sosiaali- ja terveydenhuollon perusrahoituksesta säilyttäisi nykyisen kaltaisen käytännön, jossa asiakas voi valita yksityissektorin palvelun ja saada palvelujen käytön kustannuksista sairaanhoitokorvauksen. Tämä vaihtoehto säilyttäisi julkista terveydenhuoltoa täydentävän ja osin rinnakkaisen järjestelmän, jossa palveluja käytetään tällä hetkellä alhaisella julkisella rahoituksella. Järjestelmän säilyttämisen myötä terveydenhuoltoon sen kautta kohdennettu vakuutettujen rahoitus säilyisi ennallaan. Järjestelmän säilyttämisen myötä myös maksujen kerääminen säilyisi ennallaan. Samalla rahoituksen kohdentamisen puolella terveydenhuollon rahoitukseen liittyviä riskejä hajautettaisiin nykyiseen tapaan ja rahoitusta voitaisiin tarpeen mukaan ohjata palvelutuotantoon useaa erillistä reittiä.

Palveluntuottajan näkökulmasta nykyjärjestelmän säilyttämisen etuna voidaan pitää järjestelmään pääsyn yksinkertaisuutta. Korvausjärjestelmä suorakorvausmenettelyineen toimii myös asiakkaan näkökulmasta varsin yksinkertaisella tavalla. Järjestelmän säilyttämisen näkökulmasta on myös huomiotava, että tällä hetkellä julkinen sektori ei tarjoa riittävästi esim. silmä lääkärien, gynekologien tai hammaslääkärien palveluja.

Sairaanhoitokorvausjärjestelmän (lääkäripalkkio, tutkimus ja hoito, hammaslääkäripalkkiot) säilyttäminen ei kuitenkaan poistaisi tarvetta kehittää järjestelmää samansuuntaisesti kuin edellä tavoitevaihtoehdossa (vaihtoehto 1) on esitetty. Sairaanhoitokorvausjärjestelmän osalta on ajautettu ilman varsinaista suunnitelmallisuutta tilanteeseen, jossa tarvittaisiin järjestelmän pitkäjänteistä elvyttämistä ja kehittämistä. Jos sairaanhoitokorvausjärjestelmä säilytettäisiin, korvaustasoja tulisi kasvattaa nykyisestä, jotta mahdollisimman moni olisi aidosti järjestelmän takaaman valinnanvapauden piirissä.

Kokonaisuuden kannalta arvioituna vaihtoehdon ongelmana olisivat jatkossakin puutteellisen kilpailun ylläpitämä korkea kustannustaso tai korkeat maksut. Lisäksi järjestelmään liittyy riski palvelujen ylikäytöstä silloin kun korvausperusteet on laadittu kokonaisuuden kannalta epäedullisella ja palvelujärjestelmän normaalista kustannusrakenteesta poikkeavalla tavalla. Tällä hetkellä esimerkiksi suoriteperusteisten korvausten voidaan katsoa aiheuttavan kannustimen lisätä sellaista palvelutuotantoa, josta maksetaan korvausta, kun korvauksen saantia ei rajoiteta korvausjärjestelmän puolelta. Osittain samasta syystä järjestelmä vaikeuttaa menettelmien arvioinnin ulottamista koskemaan yhdenmukaisesti sekä julkisen että yksityisen sektorin toimintaa. Korvausjärjestelmästä puuttuvat tällä hetkellä mekanismit, joilla varmistettaisiin yhtenäisen hoidon perusteiden sekä hoito- ja toimintakäytäntöjen soveltaminen yksityissektorilla.

Vaihtoehto 2:sen osalta selvitetään jatkossa erityisesti seuraavaa: Jos sairaanhoitovakuutus säilytetään, tulisi laatia toimenpideohjelma monikanavarahoituksesta aiheutuvien haittojen vähentämiseksi. Tämän vaihtoehdon osalta tulisi selvittää mahdollisuuksia kehittää vaihtoeh-

toa tavalla, joka tukisi edellä esiteltyjä vaihtoehto 1:n mukaisia tavoitteita. Yksi tapa voisi olla esimerkiksi valtiolle kuuluvan rahoitusvastuun siirtäminen yksityisille palveluntuottajille maksettavista sairaanhoitokorvauksista maakuntien vastuulle.

Rinnakkaisten järjestelmien ylläpitäminen ylimenokauden aikana (vaihtoehto 3)

Yhtenä mahdollisuutena olisi säilyttää sairaanhoitovakuutus sote- uudistuksen toteutuksen ajan (esimerkiksi 3 vuotta) ja hyödyntää yksityissektorin palvelukapasiteettia uusien sote-organisaatioiden mahdollisten käynnistysvaikeuksien varalta. Monikanavarahoituksen haittojen poistamiseksi tavoitteena tulisi kuitenkin olla tavoitevaihtoehdon (vaihtoehto 1) toteuttaminen.

Tämän vaihtoehdon osalta olisi kyse siirtymäkauden ratkaisusta, joka tehtäisiin muutoksesta aiheutuvien riskien minimoimiseksi. Jatkovalmistelussa tätä vaiheittaista siirtymistä kohti yksinkertaisempaa rahoitusta tulisi suunnitella tarkemmin. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen osalta on huomioitava esimerkiksi mahdollinen tilanne, jossa jonkin alueen toimintaa kriisiytyisi, jolloin ko. alueella jouduttaisiin tukeutumaan muihin toimijoihin ja järjestelmiin. Nykyrakenteilla yksi osittain julkisesti rahoitettu järjestelmä eli sairausvakuutusjärjestelmä olisi kokoajan olemassa. Julkista sairaanhoitovakuutusta voitaisiin näin ollen käyttää alkuvaiheessa uudistuksen tukijärjestelmänä ja mikäli toiminnan käynnistämisessä syntyisi ongelmia, olisi valtakunnallisesti toimeenpantu sairaanhoitokorvausjärjestelmä taustalla turvaamassa kansalaisten palvelujen saantia.

7.2. ERITYISKYSYMYKSET

Selvityshenkilöryhmä on katsonut tarpeelliseksi tarkastella tiettyjä julkisen sairausvakuutuksen osia erikseen. Selvityshenkilöryhmä on arvioinut erikseen työtulovakuutuksesta rahoitettavan työterveyshuollon ja sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavan lääkehoidon, matkakorvausten, kuntoutuksen sekä opiskeluterveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistä.

7.2.1 Työterveyshuolto

Toimeksiantonsa mukaan selvityshenkilöiden tulee erityisesti ottaa huomioon työterveyshuollon asemaa pohtiessaan monikanavarahoituksen yksinkertaistamisen vaihtoehtoja.

Lakisääteinen ennaltaehkäisevä työterveyshuolto liittyy olennaisella tavalla työympäristön ja työyhteisön organisointiin, mistä syystä *työntajan* (eikä työntekijän tai kansalaisen) oikeus valita palvelujen tuottaja on luonnollista säilyttää. Selvityshenkilöiden mielestä nykyjärjestelmä tulisi tältä osin säilyttää, ja tarkastelee jäljempänä vain työterveyshuoltoon liittyvien sairaanhoitopalvelujen järjestämistä. Ko. toiminta on työntäjille vapaaehtoista.

Mikäli toteutetaan vaihtoehto 1, työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut rahoitetaan osana yhdistettyä valtion rahoitusta ja sisällytetään laajan valinnanvapauden piiriin.

Työterveyshuoltoon sisällytetyt sairaanhoitopalveluja on tarkasteltu kriittisesti sekä monikanavarahoituksen, terveydenhuoltojärjestelmän toimivuuden että terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta. Toisaalta on esitetty, että sairaanhoidon tarjoamisesta on etuja sekä työterveyden kuin työkyvyn ylläpitämisen että palvelujen nopean saatavuuden kannalta. Selvityshenkilöt kertaavat seuraavassa esitettyjä näkökohtia.

Laaja ja eri asiakasryhmien välillä yhdenvertaisesti toimiva valinnanvapaus edellyttää, että työterveyshuollon tarjoama sairaanhoito ei toimi muusta palvelujärjestelmästä erillään vaan käytettävissä olevat resurssit ovat yhdenvertaisella tavalla kaikkien palveluntarpeessa olevien

henkilöiden valinnanvapauden piirissä. Työterveyshuoltoon kuuluvan sairaanhoidon osuus on ollut ennaltaehkäisevää toimintaa suurempi. Se saattaa kattaa usean alan erikoislääkäripalveluja, mutta toimii tällä hetkellä ilman varsinaista koordinaatiota suhteessa julkisen terveydenhuollon toimintaan. Osaltaan rahoituksen eriytymisen johdosta työterveyshuollon on lisäksi arvioitu houkutelleen runsaasti yleislääkäreitä työskentelemään nimenomaan työterveyshuollossa, mikä on osittain myötävaikuttanut perusterveydenhuollon lääkäripulaan. Nämä seikat puoltavat vaihtoehdon 1:n mukaista ratkaisua.

Työterveyshuoltoyksiköiden tarjoamat sairaanhoitopalvelut ovat olleet työnantajille ja työntekijöille tärkeitä, koska työperäisten sairauksien viipymätön tunnistaminen, työkyvyn arviointi ja tukeminen sekä työkyvyn menettämisen estäminen ovat keskeinen osa työterveyshuollon erikoisosaamista. Nämä edellyttävät sellaisen asiantuntijayksikön palvelua, joka tuntee sekä työntekijän että hänen työpaikkansa olosuhteet sairauksien tutkimisen yhteydessä. Nämä seikat puoltavat työterveyshuollon sairaanhoidon järjestämistä nykyisenkaltaisella tavalla.

Eräs mahdollisuus olisi työterveyshuollon erikoisosaamista edellyttävien toimintojen järjestäminen rinnan lakisääteisten tehtävien kanssa, jotta edellä esitettyjä etuja ei menetettäisi.

Selvityshenkilöiden näkemyksen mukaan yksi vaihtoehto voisi olla työterveyshuollon sairaanhoidon osuuden erillinen rahoittaminen ylimenokauden ajan (vaihtoehto 4). Tämä vaihtoehto tarkoittaa, että työterveyshuollon mahdollisuus tarjota sairaanhoitopalveluja työntajien päättämässä laajuudessa säilyisi.

Laajan valinnanvapauden keskeisenä tavoitteena on nopean hoitoon pääsyn turvaaminen. Mikäli työikäinen väestö kokee, että julkisrahoitteinen sosiaali- ja terveydenhuolto pystyy tarjoamaan laadukkaat palvelut viivytyksettä, työterveyshuollon sairaanhoitopalvelujen tarve pienenee. Samalla myös työnantajien kiinnostus julkisesta palvelujärjestelmästä erillisen rakenteen rahoittamiseen vähenee. Jos integraatio kuitenkin toteutetaan ennen kuin julkinen palvelujärjestelmä pystyy vastaamaan työntekijöiden ja työnantajien tarpeisiin, on mahdollista, että erityisesti isot työnantajat järjestäisivät nykyisten palvelujen kaltaiset palvelut edelleen omarahoitteisesti, mikä puolestaan syventäisi palvelujen hinnan, laadun ja saatavuuden epätaasa-arvoisuutta.

7.2.2 Lääkehoito

Selvityshenkilöryhmä katsoo, että avohuollon lääkekorvausten rahoitusvastuu tulisi siirtää vaihtoehto 1:n mukaisesti alueellisille järjestäjille (maakunnille) seuraavista syistä:

- Lääkehoitoa tulisi arvioida samoin perustein muiden hoitovaihtoehtojen kanssa
- Lääkehoidon erilainen kustannusrasite järjestäjälle ja palvelujen tuottajille sekä potilaille sairaala- ja avohoidossa aiheuttaa väärää kannustimia ja aiheuttaa potilaille kustannuksia vain avohoidossa
- Rahoitusvastuun siirtäminen maakunnille lisää kustannustietoisuutta ja kannustaa kehittämään rationaalisia lääkkeenmääräämiskäytäntöjä ja valvomaan niiden noudattamista.

Maakunnat vastaisivat siten sekä laitoshoidon että avohuollon lääkkeiden korvausten kustannuksista riippumatta siitä, onko lääke määrätty julkisessa vai yksityisessä terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmä pitää kuitenkin tarkoituksenmukaisena, että nykyinen valtakunnallinen avohuollon lääkkeiden arviointi- ja hinnanhavvistusmenettely ja Kansaneläkelaitoksen toimeenpanema valtakunnallinen korvausmenettely säilytetään. Lääkekorvausten toimeenpanossa tukeuduttaisiin siten olemassa oleviin tietojärjestelmiin ja korvausten määrästä päätettäisiin edelleen kansallisesti. Lisäksi olisi tarkoituksenmukaista ylläpitää maakuntien yhteisesti rahoittamaa kansallista rahastoa erittäin kalliiden lääkkeiden kustantamiseksi.

7.2.3 Matkat ja matkakustannukset

Selvityshenkilöt katsovat, että matkojen ja matkakustannusten järjestämis- ja rahoitusvastuun siirto osittain tai kokonaan maakunnille voisi kannustaa palvelujen järjestämiseen kokonaiskustannusten kannalta tarkoituksenmukaisella tavalla ja julkisen rahoituksen tuella tehtyjen sosiaali- ja terveydenhuollon matkojen nykyistä laajempaan yhdistämiseen sekä turvata lähipalvelujen saatavuutta. Erityisesti ensihoitoon sisältyvien kuljetusten ja sairaankuljetusajoneuvolla tehtävien siirtokuljetusten rahoitusvastuun siirto kokonaan näiden kuljetusten järjestämisvastuussa olevalle taholle selkeyttäisi rahoitusjärjestelmää ja loisi oikeansuuntaisia kannusteita. Muiden matkojen osalta tulisi selvittää erikseen, miltä osin on tarkoituksenmukaista säilyttää valtakunnallisesti yhdenmukainen Kansaneläkelaitoksen korvausjärjestelmä, vaikka rahoitusvastuuta siirrettäisiin maakunnalle, ja miltä osin myös matkojen järjestämisvastuuta voitaisiin siirtää maakunnille. Järjestämisvastuun siirron osalta kuitenkin varmistaa, että ehdotetulla toimenpiteellä tavoitellut vaikutukset ovat aidosti saavutettavissa.

Selvityshenkilöt korostavat, että tulevassa sote-uudistuksessa on huolehdittava matkakustannusten korvausten perustarkoituksen toteutumisesta, eli yhdenvertaisen hoitoon pääsyn turvaamisesta asuinpaikasta riippumatta. Selvityshenkilöt katsovat lisäksi, että matkakustannusten korvaamisella on läheinen yhteys valinnanvapauden toteutumiseen, mikä tulee huomioida järjestelmän kehittämisessä. Matkakustannusten rahoitusvastuun erityiskysymyksiä käsitellään jatkotyössä.

7.2.4 Kansaneläkelaitoksen järjestämä ja korvaama vaativa lääkinnällinen kuntoutus, kuntoutuspsykoterapia ja harkinnanvarainen kuntoutus

Selvityshenkilöryhmä katsoo, että kuntoutuksen kokonaisvastuu tulisi olla järjestämisvastuussa olevalla maakunnalla. Selvityshenkilöryhmä pitää tarkoituksenmukaisena selvittää, tulisiko Kansaneläkelaitoksen järjestämis- ja korvausvastuulle kuuluva kuntoutus siirtää osittain tai kokonaan maakunnan järjestämis- tai rahoitusvastuulle. Selvityshenkilöt kuitenkin ehdottavat, että kuntoutuksen järjestämisvastuita ei muutettaisi ainakaan sote-uudistuksen alkuvaiheessa. Rahoitusvastuun mahdollinen siirto maakunnille joltain osin tulisi selvittää erikseen. Hallitusohjelman mukaan kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistusta on tarkoitus valmistella erikseen. Selvityshenkilöryhmä ei ole ottanut kantaa Kansaneläkelaitoksen järjestämään ammatillinen kuntoutukseen. Ammatillisella kuntoutuksella on kiinteä yhteys kansaneläke- ja sairauspäivärahaajärjestelmiin ja Kansaneläkelaitoksen ammatillinen kuntoutus rinnastuu lisäksi työeläkejärjestelmästä järjestettävään työeläkekuntoutukseen.

7.2.5 Opiskeluterveydenhuolto

Opiskeluterveydenhuolto kuuluu julkisrahoitteiseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja maakuntien järjestämisvastuulle. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto voidaan nykyisin kunnan suostumuksella järjestää myös muulla Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston hyväksymällä tavalla. Ylioppilaiden opiskeluterveydenhuolto on järjestetty yliopistopaikkakuntien ja Ylioppilaiden Terveystieteiden keskeisten välisellä sopimuksella. YTHS:n toiminnan rahoitus koostuu sairaanhoitovakuutuksesta maksettavasta osuudesta (n. 59,6 prosenttia rahoituksesta), opiskelijoiden terveydenhoitomaksuista ja käyntimaksuista (n. 18,8 prosenttia rahoituksesta).

tia rahoituksesta), yliopistokaupunkien maksamalla yleisavustuksesta (11,5 prosenttia rahoituksesta). Rahoituksen yksinkertaistamisen näkökulmasta olisi perusteltua, että maakunta vastaisi nykyisiä yliopistokaupunkeja suuremmalla osuudella säätiön toiminnan rahoituksesta ja erillinen sairaanhoitovakuutuksen kautta tuleva rahoitus lakkautettaisiin. Selvityshenkilöt katsovat kuitenkin, että sote-uudistuksen ensi vaiheessa on tarkoituksenmukaista säilyttää YTHS:n toiminta.

VALINNVAPAAUS SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLOSSA			
Vaihtoehtoiset valinnanvapautta toteuttavat mallit			
	1. "Omatiimi" ja muut sosiaali- ja terveyspalvelut	2. Väestövästuiainen sosiaali- ja terveyskeskus	3. Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus
Toiminnat ja palvelut	Sosiaaliohjaus sosiaalityöntekijän itsenäinen vastaanotto Terveystenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto Yleislääkärin vastaanotto	Sosiaalityö Sosiaaliohjaus Sosiaalinen kuntoutus Perhetyö Päihdetyö Mielenterveytyö Kasvatus- ja perheneuvonta Yleislääkärin vastaanotto Terveystenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto Muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy	Sosiaalityö sosiaaliohjaus sosiaalinen kuntoutus perhetyö päihdetyö (myös terveyskeskuksen vastuu) mielenterveytyö (myös terveyskeskuksen vastuu) kasvatus- ja perheneuvonta lastensuojelu yleislääkärin vastaanotto terveydenhoitajan ja sairaanhoitajan itsenäinen vastaanotto sosiaaliohittajan itsenäinen vastaanotto äititysnueuvola, lastenneuvola muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy koulut- ja opiskeluterveydenhuolto työterveyshuolto
Mitä asiakas valitsee	Omatiimiin sisältäen kaikki ym. palvelut	Väestövästuiaisen sosiaali- ja terveyskeskuksen sisältäen kaikki ym. palvelut	Integroidun sosiaali- ja terveyskeskuksen sisältäen kaikki palvelut. Valinnanvapaus ulottuu sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan ja määriteltyihin erikoispalveluihin.
			4. Integroidu sosiaali- ja terveyskeskus Integroidu sosiaali- ja terveyskeskus tuottaa kaikki toiminta- ja palvelumuodot. Tämän vaihtoehdon kohdalla on erikseen harkittava suun terveydenhuollon asemaa.

LIITE 1

<p>Rahoitusmalli</p>	<p>1. "Omatiami" ja muut sosiaali- ja terveyspalvelut</p> <p>Tarvepohjainen kapitaatio, laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveyspoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus.</p>	<p>2. Väestövästuihin sosiaali- ja terveyskeskus</p> <p>Tarvepohjainen kapitaatio, laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveyspoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus.</p> <p>Sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulle kuuluvien palvelujen järjestämistä kilpailuttamalla tai niiden sisällyttämistä valinnanvapausjärjestelmään.</p>	<p>3. Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus</p> <p>Tarvepohjainen kapitaatio, laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveyspoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus. Sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulle kuuluvien palvelujen järjestämistä kilpailuttamalla tai niiden sisällyttämistä valinnanvapausjärjestelmään.</p> <p>Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulle kuuluvien palvelujen järjestämistä "alihankintoina" joko kilpailuttamalla tai sisällyttämällä ne valinnanvapausjärjestelmään.</p>	<p>4. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus</p> <p>Tarvepohjainen kapitaatio, laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus sekä hyvinvointi- ja terveyspoliittisten tavoitteiden mukaan priorisoiduista toiminnoista muodostuva toimintokohtainen lisärahoitus.</p> <p>Erikoispalvelujen tuottaja saa kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmän rahoittaja-järjestäjän tavoitteiden pohjalta. Sosiaali- ja terveyskeskus harkitsee vastuulle kuuluvien palvelujen järjestämistä kilpailuttamalla tai niiden sisällyttämistä valinnanvapausjärjestelmään.</p>
<p>Muut vv:n piirissä olevat yksittäiset toiminta- ja palvelumuodot *</p>	<p>Sosiaalityö Sosiaalinen kuntoutus Perhetyö Kotipalvelu Kotihoito Asumispalvelut Pitkäaikainen laitoshoito Liikkumista tukevat palvelut Päihdetyö Mielenterveytyö Kasvatus- ja perheneuvonta Äitiysneuvola Lastenneuvola Muu terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy Kuntoutus- ja terapiapalvelut Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto Suun terveydenhuolto Työterveyshuolto</p>	<p>Kotipalvelu Kotihoito Asumispalvelut Pitkäaikainen laitoshoito Liikkumista tukevat palvelut Äitiysneuvola Lastenneuvola Kuntoutus- ja terapiapalvelut Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto Suun terveydenhuolto Työterveyshuolto</p>	<p>Kotipalvelukotitoimituspalvelu Pitkäaikainen laitoshoito Liikkumista tukevat palvelut Kuntoutus- ja terapiapalvelut Suun terveydenhuolto</p>	<p>kts. yllä</p>

<i>Mitä asiakas valitsee</i>	1. "Omatimi" ja muut sosiaali- ja terveyspalvelut	2. Väestövastuainen sosiaali- ja terveyskeskus	3. Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus	4. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus
	Yksittäisen palveluntuottajan ym. *-listassa mainituille palveluille. Myös määritellyt osat erikoisalajien avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennakolta suunnitellut, hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoitosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.	Yksittäisen palveluntuottajan ym. *-listassa mainituille palveluille. Myös määritellyt osat erikoisalajien avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennakolta suunnitellut, hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoitosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.	Yksittäisen palveluntuottajan ym. *-listassa mainituille palveluille. Myös määritellyt osat erikoisalajien avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennakolta suunnitellut, hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoitosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.	Määritellyt osat erikoisalajien avohoidosta sekä toimenpideyksiköiden toiminnasta (esim. ennakolta suunnitellut, hyvin rajattavissa olevat hoitokokonaisuudet, kuten päiväkirurgia) ja määritellyt osat sairaalahoitosta voitaisiin sisällyttää valinnanvapauden piiriin.
Rahoitusmalli	Kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnottelu") johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.	Kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnottelu") johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.	Kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnottelu") johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.	Kiinteän ja muuttuvien rahoituserien yhdistelmä rahoittajan tavoitteiden pohjalta. Hyvin määritellyissä palveluissa vaihtoehtona on hoitopisodin kiinteä rahoitus ("pakettihinnottelu") johon voi liittyä vaikuttavuudesta riippuvia lisäeriä.
Erityisryhmien väestövastuullinen toiminta	Kaikissa malleissa on mahdollista sisällyttää valinnanvapausjärjestelmän piiriin tiettyjen erityisryhmien väestövastuullinen toiminta, esimerkiksi tietyt vammaisryhmät tai diagnoosiryhmät, kuten diabetespotilaat. Näille ryhmille palvelujen tuottaja takaa kaikki tarvittavat palvelut integroidusti.			
Rahoitusmalli	Perustuu tarvepohjaiseen kapitaatioon. Lisäksi rahoitukseen liitetään laatutavoitteiden toteutumiseen liittyvä lisärahoitus.			

<p>Valinnanvapauden laajuus; Asiakkaisiin vaikuttavat insenttiivit (oletettu terveys-hyöty, sosiaalinen turvallisuus, hyvinvointi sekä palvelujen saatavuus ja laatu); Valintaa tukevan informaation olemassaolo, Asiakkaille valinnasta koituvat kustannukset ja niiden mahdollinen korvaaminen (asiakasmaksut, matkakustannukset); Erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden aseman vaaliminen ja palveleminen</p>	<p>Erittäin laaja valinnanvapaus tämän mallin mukaisesti oletettavasti lisää paikallisten palvelujen tarjontaa. Palvelut halutaan läheltä. On oletettavaa, että markkinoille tulee runsaasti palvelujen tarjoajia, ennen kaikkia pieniä toimijoita. Kattavan asiakkaan käytössä olevan palveluiden laatu- ja saatavuustietojärjestelmän luominen on haastavaa. Pienille toimijoille sekä tiedotus että toiminta-, laatu- ja kustannustietojen julkaiseminen on suhteellisesti ottaen suuritöistä. Erittäin laaja valinnanvapaus lisäänee paikallista palvelujen tarjontaa ja hillitsee kansalaisen valinnanvapaudesta johtuvia välillisiä kustannuksia. Pienen palveluntarjoajan palveluohjaajan tulee olla moniosaaja. Isoilla palveluntarjoajilla on mahdollisuus erikoistua.</p>	<p>2. Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus</p> <p>Laaja valinnanvapaus tämän vaihtoehdon mukaan mallin mukaisesti oletettavasti lisää nykytilanteeseen nähden paikallisten palvelujen tarjontaa. Palvelut halutaan läheltä.</p> <p>On oletettavaa että markkinoille tulee uusia palvelujen tarjoajia, ennen kaikkia pieniä toimijoita. Kattavan tiedotusjärjestelmän luominen on haastavaa. Pienille toimijoille on sekä tiedotus- että toiminta-, laatu- ja kustannustietojen julkaiseminen suuritöistä. Laaja valinnanvapaus lisäänee paikallista palvelujen tarjontaa ja hillitsee kansalaisen valinnanvapaudesta johtuvia välillisiä kustannuksia. Vaihtoehdon mukainen sosiaali- ja terveyskeskus pystyy hyvin ylläpitämään moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen ohjausta.</p>	<p>3. Monitoiminen sosiaali- ja terveyskeskus</p> <p>Valinnanvapaus on asiakkaan näkökulmasta suppeampi. Valinta kohdistuu ensisijaisesti sosiaali- ja terveyskeskukseen, jonka profiili on hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Yksittäisiä palveluista valinnanvapauden piirissä ovat vammais- ja vanhustenhuoltopalvelut, kuntoutus- ja terapiapalvelut, suun terveydenhuolto sekä määritellyt erikoispalvelut.</p> <p>Vaihtoehdossa valinnanvapaus on ulotettu mihin palveluihin, joiden kohdalla löytyy paikallisten palvelujen tarjontaa. Kansalaisten neuvonta- ja ohjaustehtävä on helpompaa kuin laajemman valinnanvapauden malleissa, koska toimijoita on vähemmän.</p> <p>Jos suppeampi valinnanvapaus edelleen turvaa paikallista palvelujen tarjontaa, kansalaisen valinnanvapaudesta johtuvat välillisiä kustannukset eivät kasva.</p> <p>Vaihtoehdon mukaisella sosiaali- ja terveyskeskuksella on hyvät valmiudet ylläpitää moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen ohjausta.</p>	<p>4. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus</p> <p>Asiakkaan valinnanvapaus rajoittuu sosiaali- ja terveyskeskuksen valintaan. Tämän lisäksi säilyy mahdollisuus nykylaisiäädännön perusteella valita, missä julkisessa erikoissairaanhoidon yksikössä hoito toteutetaan, kun tarve on todettu sosiaali- ja terveyskeskuksessa.</p> <p>Valintaa tukevan tiedon olemassa olo, jakelu ja saatavuus jäävät integroidun sosiaali- ja terveyskeskuksen vastuulle.</p> <p>Jos puuttuvasta valinnanvapaudesta huolimatta edelleen turvataan paikallisten palvelujen tarjonta, kansalaisen valinnanvapaudesta johtuvat välilliset kustannukset eivät kasva.</p> <p>Integroidulla sosiaali- ja terveyskeskuksella on hyvät valmiudet ylläpitää moniongelmaisten asiakkaiden palvelujen ohjausta.</p>
--	---	---	--	--

	1. "Omatimi" ja muut sosiaali- ja terveyspalvelut	2. Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus	3. Monitoroinen sosiaali- ja terveyskeskus	4. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus
<p><i>alvelujen tuottajan näkökulma</i></p> <p>Tuottajien markkinoille pääsy; Tuottajille suunnatut taloudelliset insentiivit (rahoitusmallit); Tuottajan vastuu (esim. laadusta ja potilasturvallisuudesta) ja sen materialisoituminen</p>	<p>Valinnanvapausjärjestelmä helpottaa pienten toimijoiden pääsyn markkinoille; Pienille toimijoille riskien hallinta ja vastuun kantaminen on raskaampaa kuin isoille toimijoille.</p>	<p>Valinnanvapausjärjestelmä helpottaa pienten toimijoiden pääsyn markkinoille; Sosiaali- ja terveyskeskus voi kokonsa ja osaamiskirjonsa ansiosta hallita riskejä pieniä toimijoita paremmin.</p>	<p>Valinnanvapauden piirissä on pienempi määrä palveluita, mutta niitä kiinnostuneille toimijoille on pääsy markkinoille. Koska monitoroinen sosiaali- ja terveyskeskus voi sisällyttää omalle vastuulle kuuluvia palveluja valinnanvapausjärjestelmään, syntynee alueellista vaihtelua. Sosiaali- ja terveyskeskus voi kokonsa ja osaamiskirjonsa ansiosta hallita riskejä pieniä toimijoita paremmin.</p>	<p>Todennäköisesti vain isoilla yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille on edellytyksiä luoda täyden palvelun sosiaali- ja terveyskeskuksia. Pienemmät tuottajat voisivat päästä markkinoille sosiaali- ja terveyskeskuksen alihankintojen kautta. Koska tuottajaorganisaatiot ovat suuret, ne voivat ylläpitää erikostuneita toimintoja.</p>

	1. "Omatiimi" ja muut sosiaali- ja terveyspalvelut	2. Väestövastuinen sosiaali- ja terveyskeskus	3. Mitoitoinen sosiaali- ja terveyskeskus	4. Integroitu sosiaali- ja terveyskeskus
<p><u>Rahoittajan näkökulma</u></p> <p>Rahoitus (rahoituksen allokointi tuottajille); Järjestäminen ja säätely (markkinoiden ohjaus); Toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistus ja seuranta; Laadunvarmistus ja ammatillisen toiminnan valvonta</p>	<p>Valinnanvapauden laajuuden vuoksi rahoittajan ja järjestäjän hallinnollinen taakka rahoituksen kohdentamisessa, markkinoiden ohjauksessa, toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistamisessa ja seurannassa sekä laadunvarmistuksessa ja ammatillisen toiminnan valvonnan ohjauksessa on suuri.</p>	<p>Rahoituksen hallinnoiminen, markkinoiden ohjauksen, toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistuksen ja seurannan hallinnollinen taakka väestövastuissa sosiaali- ja terveyskeskus-mallissa riippuu toimijoiden lukumäärästä.</p>	<p>Suppeampi valinnanvapaus vaatii vähemmän monimutkaisen rahoitusjärjestelmän kuin edellisissä vaihtoehdoissa. Valinnanvapauden suppeudesta johtuen myös markkinoiden ohjaustehtävä on kevyempi ja toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistus ja seuranta yksinkertaistuu. Laadunvarmistus ja ammatillisen toiminnan valvonta tulee suorittaa vaihtoehdoista riippumatta, mutta tehtävän laajuus riippuu toimijoiden lukumäärästä.</p>	<p>Rahoittaja määrittellee vain sosiaali- ja terveyskeskusta koskevan rahoitusjärjestelmän. Markkinoiden ohjaus suuntautuu sosiaali- ja terveyskeskusten toimintaan ja niiden suorittamiin alihankintoihin. Toimeksiantojen, sopimusten ja laskutusperusteiden tarkistus ja seuranta on yksinkertaista, koska toimijoiden lukumäärä on pieni.</p>
<p>Vaihtoehdon edut ja haitat</p>	<p>Vaihtoehdon selvä etu on erittäin laaja valinnanvapaus. Lisäksi korostuu "omatiimi"-toiminnan kautta välitön ja jatkuva hoitosuhde muutaman työntekijän ja kansalaisen ja hänen perheensä välille. "Omatiimi"-yksikkö on kuitenkin pienuutensa vuoksi haavoittuvainen. Vaihtoehdossa järjestäjän rooli korostuu sekä palvelujen olemassaolon takaajana että toimijoiden valvojana.</p>	<p>Laaaja valinnanvapaus lisää tuottajien moninaisuutta ja lukumäärää sekä lisää kilpailua ja siten toiminnan laatua. Kynnys aloittaa toiminta madaltuu ja myös pienille yrityksille syntyy mahdollisuuksia etabloitua. Tämä voi edistää paikallispalvelujen tarjontaa. Haittana ovat järjestelmän monimutkaisuus ja korkeat transaktiokustannukset. Huolenaiheena on kilpailun keskittyminen asutuskeskuksiin, jolloin harvaan asutut alueet eivät hyötyisi valinnanvapaudesta, mikä voi heikentää yhdenvertaisuutta.</p>	<p>Uudistuksen rakenteellista integraatiota koskeva tavoite toteutuu paremmin kuin laajan valinnanvapauden vaihtoehdoissa. Tässä mallissa sosiaali- ja terveyskeskus saa myös selkeämmän "kansanterveydellisen" profiilin. Valinnanvapauden ulottaminen potilaiden kotona toteutettaviin palveluihin voi houkutella paikallisia yrittäjiä, jotka varmistavat palvelujensa saatavuuden.</p>	<p>Valinnanvapaus on suppeaa ja siitä saatavat hyödyt vähäisemmät kuin muissa vaihtoehdoissa. Vaihtoehto luo kuitenkin paremmat edellytykset sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteelliseen integraatioon, koska palvelut tuotetaan voittopuolisesti samassa organisaatiossa. Mikäli sosiaali- ja terveyskeskus ei ole maakunnan omistama, säilyy organisatorinen rajapinta sairaaloihin.</p>