

Sosiaalivakuutus

Kela|Fpa[®]

SIDOSRYHMÄLEHTI 2 | 2016

TEEMA

Soteratkaisu ja
digitalisaatio

Jääkö soten
säästötavoite
unelmaksi?

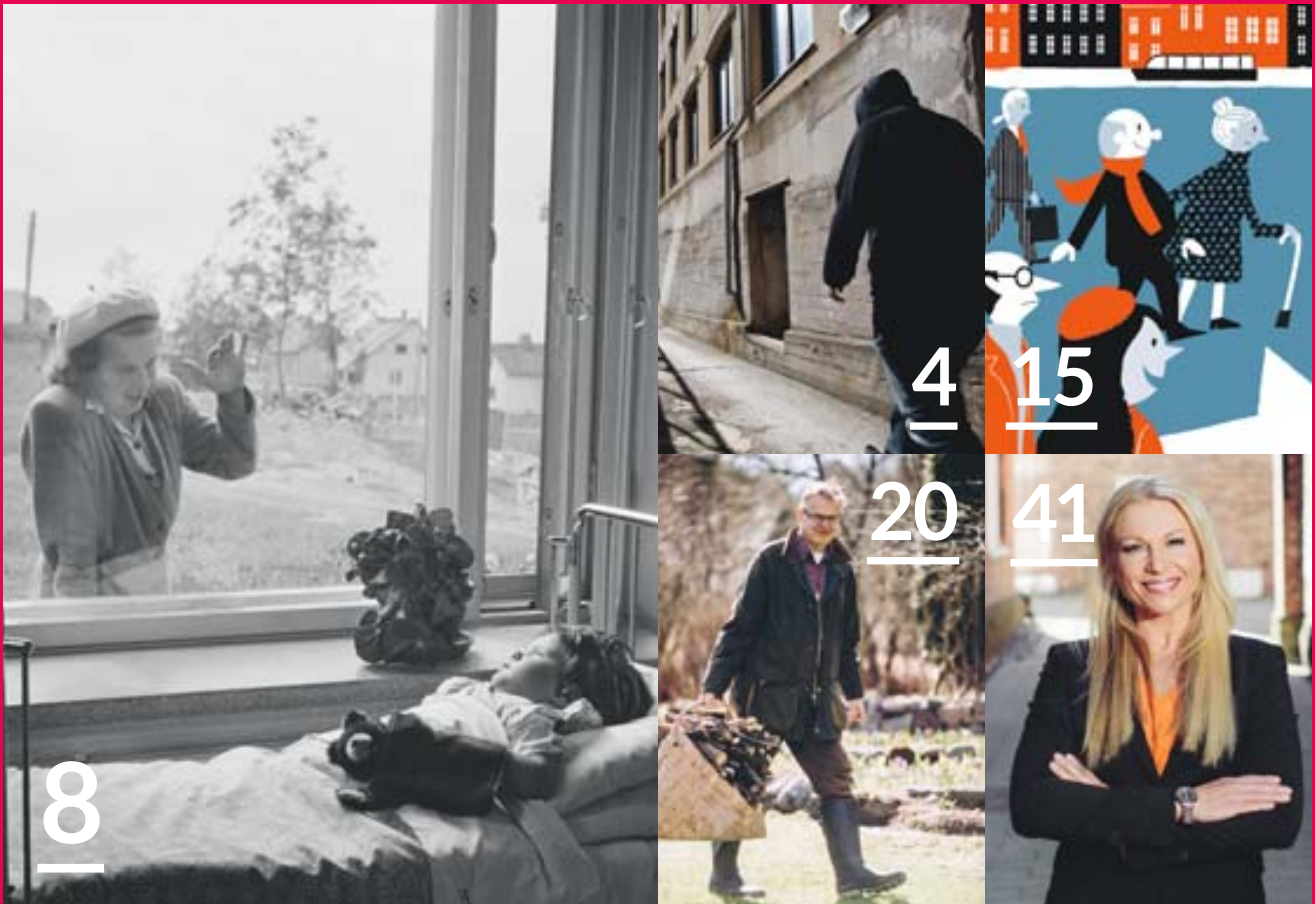
Mikko, 25

Kolmas sektori
pelasti
huumekoukusta

Lääkkeiden
alkuomavastuu
näkyvät jo
tilastoissa

Näin soterahoitus järjestetään

Tuomas Pöystin missiona on
suomalainen hyvinvointivaltio



TEEMA

Sote ja digitalisaatio

- 8 **Digitalisaatio on välttämätöntä.**
Mutta onko palvelukehitys ollut liian teknologiavetoista?
- 15 **Näin soten valinnanvapaus toimii Euroopan maissa**
Suomi tulee jälkijunassa.
- 20 **Digiveteraani kaipaa kannustavaa sosiaaliturvaa.**
- 22 **Kuka maksaa soten?**
- 24 **Soten kapellimestari**
Tuomas Pöysti hylkäsi ison tuntipalkan ja valitsi soteurakan.
- 36 **Hintasääntely voi vaarantaa palvelun laadun.**

SYVENTÄVÄT

- 30 **Yksityisten palvelujen rooli muuttuu sotessa.**
- 32 **Lääkkeiden omavastuu tuo säästöjä – vaikutusten arviointi liian aikaista .**
- 33 **Maahanmuuttajalle kotihoidon tuki voi olla kotouttamisen este.**

”Sotemallin onnistumisen edellytyksenä on riittävä laadunvalvonta ja tiedon jakaminen.”

Hennamari Mikkola, s. 40

VAKIOT

- 3 **Pääkirjoitus**
Minna Latvala.
- 4 **Elämäntarina**
Mikko putosi turvaverkkojen läpi.
- 6 **Päätäjäkolumni**
Johtaja Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma.
- 7 **Vastauksia**
KILLA-kuntoutus pidentää työuria.
- 41 **Väitös**
Johtamisen ja organisaatioiden tutkija Päivikki Kuoppakangas.
- 42 **Kolumni**
Kelan tutkija Hennamari Mikkola.
- 43 **Joskus ennen**
Arja Alho.



Tuoko sote-uudistus tasa-arvoa?

Kun minulla, työssäkäyvällä keski-ikäisellä naisella, kipeytyy olkapää, varaan verkossa ajan työterveyslääkärille ja olen vielä samana päivänä lääkärin vastaanotolla. Tulen sieltä 20 minuutin kuluessa ulos mukanani lähete fysioterapeutille. Olkapää tulee kuntoon, enkä joudu olemaan sen takia päivääkään poissa töistä.

Samaan aikaan 76-vuotias isäni odottaa ”ei-kiireellistä” lääkäriaikaa terveyskeskukseen noin kuusi viikkoa. Vaiva pahenee odotusaikana siten, että isäni pitää hakeutua päivystykseen.

Tilanne on hankala, sillä isä on Alzheimerin tautia sairastavan äitini omaishoitaja. Jos isä joutuu sairaalahoitoon, äidille täytyy järjestää intervallipaikka hoivakodista.

Tällaisia asioita tavallinen kansalainen pohtii, kun kuuntelee uutisia sote-uudistuksesta. Puretaanko nopea ja tehokas työterveyshuolto, joka minunkin tapauksessani on ehkäissyt sairauslomia, ylimääräisiä kipulääkityksiä ja pitkiä toipumisaikoja? Entä pääsevätkö isäni ja muut iäkkäät omaishoitajat jatkossa lääkäriin nopeammin? Mistä perusterveydenhuollon säästöt tulevat soten maakuntamallissa, kun väestö vanhenee ja muuttuu ”raskaammin hoidettavaksi”, kuten sanonta kuuluu? Erikoissairaanhoido ja laitoshoido ovat terveyspalveluiden Molokin kidat.

Apuun huudetaan digitalisaatiota. Digitalisaatio muokkaa sotea -artikkelissa todetaan kuitenkin, ettei digitalisaatio auta ketään eikä mitään, jos se tarkoittaa vain samojen vanhojen lomakkeiden pyörittelyä uusissa järjestelmissä. Tarvitsemme uusia toimintamalleja, enemmän vaihtoehtoja kuluttajille ja kaiken läpäisevät tietojärjestelmät.

Tietojärjestelmätyö tulee olemaan soten kujanjuoksu. Tällä hetkellä työterveyshuollon potilastiedot eivät ole julkisen terveydenhuollon käytettävissä, eikä niiden avaaminen laajempaan käyttöön ole helppoa.

Omakanta-palvelusta asiakas näkee kyllä omat terveystietonsa, mutta ne eivät välttämättä välity terveydenhoitojärjestelmään. Tietojen siirtämisen voi kieltää, eikä lääkäri välttämättä tiedä, onko potilas pimittänyt tietojaan.

Edes Kelan kattavia tietojärjestelmiä ei käden käänteessä muokata koko valtakunnan laajuiseksi sosiaali- ja terveyspalveluiden viisastenkiveksi. Esteinä ovat paitsi erittäin tiukat tietoturvasäännökset myös eri toimijoiden omat tietojärjestelmät. Kela on kuitenkin valmis tarjoamaan laajan ICT-osaamisensa sote-uudistuksen käyttöön.

Tietojärjestelmät tarjoavat toki myös soten onnistumisen edellytykset. Kansalaisille voi tarjota parempaa tekniikkaa, jolla seurata omaa terveydentilaansa – verenpainettaan ja -sokeriaan. Tietokannoista voimme aktiivisina kuluttajina tarkistaa, millaisia palveluja läheinen kuntoutuslaitos tarjoaa ja miten muut käyttäjät ovat niitä arvioineet. Voimme myös äänestää jaloillamme. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa ja Alankomaissa valinnanvapaus kukoistaa ja terveyspalveluita pidetään laadukkaina.

Oma lukunsa sitten on, pystyykö vanhempini ikäluokka toimimaan aktiivisina ja kriittisinä terveyspalveluiden kuluttajina. Miten he, joille internet ei ole arkipäivää, vertailevat ja valitsevat itselleen sopivan hoidon tuottajan? Onko kaikille aidosti vaihtoehtoja – asuinpaikasta riippumatta?

Minna Latvala

päätoimittaja

Mistä säästöt tulevat, kun väestö ikääntyy ja muuttuu ”raskaammin hoidettavaksi”?

Lue lisää sote-uudistuksesta ja säästöistä: sosiaalivakuutus.fi.

Ulos tunnelista

Mikko ajautui lukioaikana käyttämään huumeita. Vieroituslinikalla hän tunsi ensimmäistä kertaa elämässään olevansa oikeassa paikassa.

Teksti Hanna Moilanen Kuva Rami Marjamäki

Alkoholikokeiluni alkoivat yläasteella. Lint-sasin koulusta ja löysin kaupungilta uusia kavereita. Pian mukaan tulivat kannabis ja erilaiset lääkkeet.

Lukiassa aloimme tilata designhuumeita. Siirsimme rahaa Thaimaahan ja pari viikkoa myöhemmin tuli paketti Itä-Euroopasta.

Siinä vaiheessa olin ollut poissa koulusta jo liian usein. En uskaltanut sanoa opolle, ettei mulla ole hajuakaan, miten se paletti toimii. Masennuin, ja lukio jäi kesken.

Kun hain lääkkeitä masennukseen, psykiatrian vastaanotolla oli sijainen, joka sanoi voivansa jutella kuukauden mun kanssa, ennen kuin hän siirtyy toiseen paikkaan. Mua ei innostanut lähteä avautumaan, kun saman olisi saanut aloittaa kohta taas alusta.

Olin ajautunut porukkaan, jossa en kokenut oloani enää turvalliseksi. Tiesin, etten voinut luottaa ympärilläni oleviin ihmisiin. Tappelut olivat arkipäivää.

Pelkäsin, että jonain päivänä riipaisen kännit ja teen niiden voimalla itsemurhan. En tiennyt, mistä saisin apua tai miten pääsisin katkolle.

E erityisen pahan tripin jälkeen kiikutin fajille paperin, jossa pyysin apua. Kuolemanpelko alkoi olla kohtaamisen pelkoa isompi. Fajia oli aika järkyttynyt.

Me mentiin huumeeklinikalle ja pääsin sieltä nuorten huumeekuntoutukseen. Vieroitusoireiden ja alkuaudistuksen jälkeen tuli fiilis, että tää on mulle oikea paikka. Se oli eka kerta koskaan, kun tunsin niin.

Kun palasin Tampereelle, pääsin avohoitoon yhdistyksen pyörittämään toimintaryhmään ja vertaistukiryhmään. Palasin iltalukioon ja sain sen suoritettua. Pari viimeistä vuotta olen ollut kuntouttavassa työtoiminnassa samassa yhdistyksessä, josta sain itse apua huumeekuntoutuksen jälkeen.

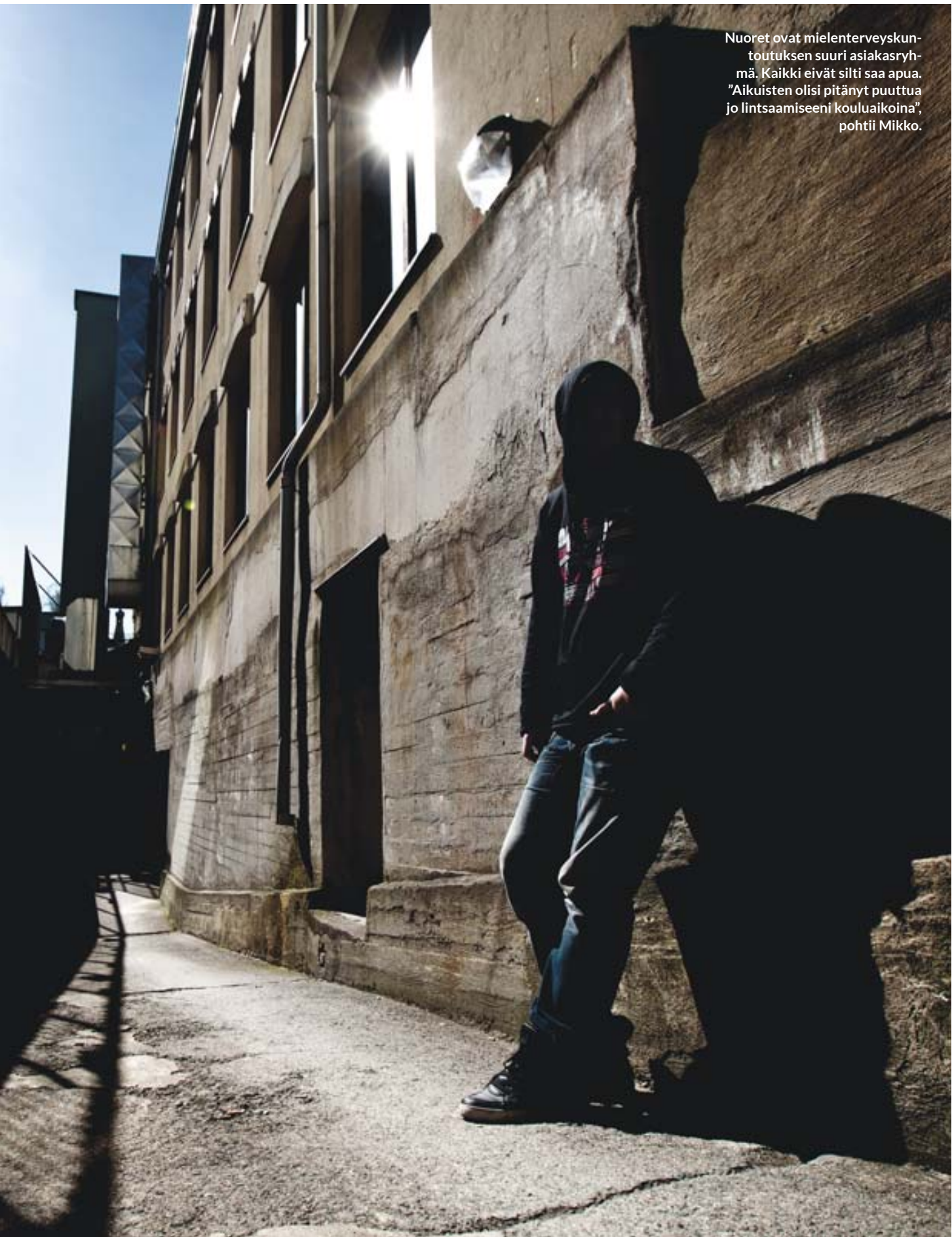
Mun elämään vaikutti varmaan paljon se, kun muutimme lapsena koko ajan isän työn vuoksi. Arkana lapsena mun oli vaikea saada kavereita. Yläasteella otin luokan pellen roolin. Se varmaan lähti ajatuksesta, että tässä nauretaan mun jutuille eikä mulle.

Olen nyt 25-vuotias ja hain tänä keväänä opiskelemaan. Jos pääsen kouluun, saan valmiudet tehdä mielenkiintoista työtä ja elää mukavaa elämää. Voisin kuvitella työskenteleväni sosiaalialalla. Oma elämänkoulu on opettanut asioita, joista on varmasti hyötyä myös toisille. 🇺🇸

Mikon nimi on muutettu.

Kela tarjoaa kuntoutusta myös nuorille.

Katso nuorten kuntoutus.kela.fi



Nuoret ovat mielenterveyskuntoutuksen suuri asiakasryhmä. Kaikki eivät silti saa apua. "Aikuisten olisi pitänyt puuttua jo lintsamiseeni kouluaikoina", pohtii Mikko.



Kolme teesiä sote-uudistuksesta

Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma kaipaa näkemyksellisyyttä historian suurimman hallinnon uudistuksen toteutukseen.

Yksikanavatieta on tärkeämpää kuin yksikanavarahoitus. Olemme sote-uudistuksessa siirtymässä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään, jossa on useita toimijoita. Yksityinen, julkinen sekä kolmas sektori tuottavat palveluja rinta rinnan. Tuottavuuden, vaikuttavuuden ja tehokkuuden kannalta on välttämätöntä, että meillä on valtakunnallisesti riittävä tieto siitä, miten palvelut on järjestetty ja miten kansalaisten yhdenvertaisuus toteutuu.

Pystymme Kelassa sairausvakuutuksen ansiosta jo nyt seuraamaan ainoana Suomessa yksityisten terveyspalvelujen ja työterveyshuollon kustannuksia ja vaikuttavuutta. Kelalla on edellytykset huolehtia yksikanavatiedosta myös jatkossa.

Hyvin valmisteltu on puoliksi tehty.

Sote-uudistuksen kaltainen valtava muutos on hidas prosessi. Silti sitä yritetään edistää kovalla kiireellä. Uudistuksen osapuolilla on samansuuntaiset tavoitteet, mutta ehdotukset keinoista ja toteutustavoista poikkeavat.

Sote-uudistusta ovat edistäneet useat peräkkäiset hallitukset, joilla on kaikilla ollut kehittämisessä eri painopisteet. Tältä pohjalta on erittäin vaikea käynnistää pitkäjänteistä kehitystyötä. Tarvitaan valmistelua ja linjauksia, jotka kestävät hallituskausien yli.

Ei rikota asioita, jotka toimivat.

Uuden sotemallin arvioidaan olevan toiminnassa vuoden 2019 alussa. Silloin todellinen uudistus kuitenkin vasta alkaa. Käytäntö on osoittanut, että iso hallinnon muutos vaatii toteutuakseen vähintään viisi vuotta.

Mullistus on valtava etenkin kuntasektorilla. Noin 200 000 työpaikkaa ja 6-10 miljardin euron omaisuus vaihtavat omistajaa. Sen vuoksi olisi hyvä säilyttää rakenteista edes osa ainakin siirtymäkauden ajan. Sellaiset organisaatiot kuin Työterveyslaitos, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS ja Kela voisivat jatkaa esimerkiksi 4-6 vuoden siirtymäajan nykyisillä rakenteilla ja siirtyä asteittain uusiin toimintatapoihin.

Kannattaa muistaa, että esimerkiksi Kelalla on käytössään toiminnalliset valtakunnalliset ja edistykselliset ICT-järjestelmät, joiden rakentaminen tyhjästä on kallista ja riskialtista. Siirtymäaikana on hyvä pohtia, mitä järjestelmiltä tulevaisuudessa halutaan ja minkälaista tietoa on tarpeen hallinnoida ja kerätä.

Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma

Johtaja, Kela

Läs på svenska:
sosiaalivakuutus.fi

KIILA-kuntoutus pidentää työuria

Toukokuussa käynnistynyt KIILA-kuntoutus tukee hallituksen kärkihankkeiden toteutumista, arvioi suunnittelija Leena Penttinen Kelasta.

1 Miten arvioit KIILA-kuntoutuksen yhteiskunnallista merkitystä?

KIILA-kuntoutus on työssä oleville tarkoitettu ammatillinen kuntoutus, jonka tehtävänä on työ- ja toimintakyvyn edistäminen ja tukeminen. Se auttaa keski-ikäisiä ja iäkkäämpiä työntekijöitä jaksamaan työssä ja mahdollisesti jatkamaan työelämässä eläkeikään asti. Hienoa, jos he kuntoutuksen ansiosta jaksavat esimerkiksi muutaman vuoden pidempään. Pitää muistaa, että Suomi ikääntyy kovaa vauhtia.

2 Miten KIILA poikkeaa aiemmasta TYK-kuntoutuksesta?

KIILA-kuntoutus tehdään niin sanotusti interventiona, eli kuntoutuksessa otetaan huomioon myös kuntoutujan työtilanne ja toimintaedellytykset työpaikalla. KIILA-kuntoutus toteutetaan yhteistyönä, jossa ovat mukana kuntoutuja, kuntoutujan esimies, työterveyshuolto, kuntoutuspalvelun tarjoaja ja mahdollisesti myös työyhteisö. KIILA-kuntoutus on muutos- ja oppimisprosessi, josta hyötyvät niin kuntoutuja kuin hänen työpaikkansakin.

Kuntoutuksen suunnittelussa on käytetty hyväksi tutkimustietoa, jota saatiin 250 kuntoutujalle tehdystä tutkimuksesta. Tutkimus tehtiin alun perin aiemmin suunniteltua AURA-kuntoutusta silmällä pitäen, joka ei kuitenkaan toteutunut.

3 Miten KIILA-kuntoutus vastaa muuttuvan työelämän tarpeisiin?

Toistuvat organisaatiomuutokset ja kiire työpaikalla vaikuttavat työntekijöiden työkykyyn, jaksamiseen ja työmotivaatioon. Moni miettii, mistä saisi virtaa ja voimavaroja työntekoon. KIILA-kuntoutuksessa voidaan kehittää myös työoloja ja työn tekemisen ta-

paa. Kuntoutus auttaa myös työpaikkaa toimimaan tehokkaammin.

KIILA-kuntoutuksen toteutuksessa on huomioitu myös kiireisen työelämän vaatimukset. Kuntoutuksen voi toteuttaa osittain avomuotoisena, osapäiväisesti osana työpäivää ja tietyiltä osin myös etäkuntoutuksena videoyhteyden avulla. Tämä saattaa myös madaltaa kuntoutukseen osallistumisen kynnyksiä.

4 Miten KIILA-kuntoutukseen haetaan?

KIILA-kuntoutukseen voi hakeutua joko työterveyshuollon tai perusterveydenhuollon kautta. Haasteena perusterveydenhuollossa on kuntoutustarpeen tunnistaminen. Toistuvien sairauslomien tai vaikkapa tuki- ja liikuntaelinrasituksen taustalla voi olla työstä johtuva kuormitus, johon KIILA-kuntoutuksella voidaan vaikuttaa.

Kuntoutuskurssien hakuaika on jatkuva, ja työnantajat, työterveyshuollot, liitot ja yhdistykset voivat hakea kuntoutuskursseja verkossa. Yksittäisistä kuntoutujista koetaan oma kurssinensa. Lisäksi KIILA-kuntoutusta järjestetään esimerkiksi yhdistyksille ja liitoille.

KIILA-kuntoutus auttaa myös työpaikkaa toimimaan tehokkaammin.

Läs på svenska:
sosiaalivakuutus.fi



Leena Penttinen
suunnittelija, Kela

Digitalisaatio muokkaa sotea

Sosiaali- ja terveystalvvelujen digitalisaatiosta odotetaan merkittäviä kustannussäästöjä ja palvelujen pelastajaa. Uusi teknologia ei kuitenkaan vie pitkälle, ellei samalla muuteta toimintatapoja.

Teksti Hanna Moilanen Kuvat JOKA/Museovirasto

Verenpainemittari piippaa aamuin ja illoin **Sylvi Hartikaisen**, 69, kotona Länsi-Savossa. Tulokset hän kirjaa pieneen vihkoon, joka kulkee tarvittaessa mukana vajaan sadan kilometrin päähän päivystykseen tai kontrollikäynnille.

Toistuvat sairaala- ja lääkärikäynnit ovat Hartikaisen arkea. Reuma, astma ja sydänsairaudet vaikeuttavat liikkuamista. Koska julkista liikennettä on Hartikaisen kotikulmilla viime vuosiina supistettu, täytyy hoitoon tai tutkimuksiin kulkea kalliisti Kelan tukemana taksilla tai omalla autolla.

Toisinkin voisi olla. Jos Hartikainen voisi kirjata verenpainelukemansa sähköiseen sovellukseen, tieto päivittyisi automaattisesti myös häntä hoitaville ammattilaisille. Osa tarkastus-

käynneistä voitaisiin korvata omaseurannalla ja videoyhteydellä.

Ranteeseen kiinnitetty älymittari voisi antaa Hartikaiselle toimintaohjeita, jos elintoiminnoissa tapahtuisi merkittäviä muutoksia. Ammattilaista tietojärjestelmä voisi muistuttaa esimerkiksi siitä, että vastaanotolle saapuneelta on juuri otettu verikokeet lähipalvelupisteessä, eli niitä ei välttämättä tarvitse ottaa heti uudestaan.

Aktiivisesti sosiaalista mediaa käyttävä Hartikainen suhtautuu uusiin avauksiin ja sähköisiin palveluihin myönteisen uteliaasti.

”Olisin valmis kokeilemaan etälääkärin vastaanottoa ja ottamaan nykyistä enemmänkin vastuuta terveyteni seurannasta erilaisilla laitteilla”, hän toteaa.



Digitalisaatio on jo täällä

Käynnissä olevan sote-uudistuksen onnistuminen riippuu osaltaan digitalisaatiosta. Se on merkittävä työväline palvelujen saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantamisessa.

Sosiaali- ja terveydenhuollossa käytetään Suomessa jo nyt hyväksi digitalisointia. Robotiikka on jo arkipäivää, ja sähköinen resepti on mullistanut apteekkialaa. Sosiaalityöntekijä voi tavata asiakkaitaan tai lääkäri hoitaa potilaitaan etäyhteyden avulla. Tieto lääkekorvauksista ja matkakorvauksista kulkee sähköisesti Kelaan, eikä asiakkaan tarvitse hakea korvausta erikseen.

Paljon on kuitenkin vielä tehtävissä. Esimerkiksi sähköinen ajanvarausjärjestelmä on käytössä vain muutamissa terveyskeskuksissa. Ulkomaanmatkan tai hotellin voi varata netistä, mutta lähiterveysasemalle ei välttämättä saa yhteyttä kuin ruuhkautuneen puhelintaluttelun kautta.

Uusia palveluja kehitetään koko ajan. Esimerkiksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiössä (YTHS) erityistason seksuaalivoukunta tuotetaan etävaastanottona videon välityksellä. Tästä keväästä lähtien asiakas voi myös perua ja siirtää varaamiaa aikoja sähköisessä portaalissa.

Opiskelija voi myös tilata sukupuolitautien testauspaketin verkosta kotiinsa. Hän ottaa itse näytteet tarkkojen ohjeiden mukaisesti ja lähettää ne analysoitaviksi. Matalan kynnyksen palvelu on lisännyt opiskelijoiden halua tulla testaukseen.

YTHS:ssä toivotaan, että asiakas voisi jatkossa olla yhteydessä hoitavaan tahoon myös mobiilisti videoyhteydellä tai chatissa.

”Julkisen sektorin velvoitteet, järjestämisvastuu ja hoitotakuu koskevat myös YTHS:ää. Palveluihin tullaan aina hoidontarpeen arvioinnin kautta. Toistaiseksi arvion voi tehdä vain puhelimitse tai kasvotusten vastaanotolla”, kertoo YTHS:n toimitusjohtaja **Katariina Poskiparta**.

Jatkossa myös yhä useammat Kelan palvelut saa älypuhelimien näytölle. Kun viranomaistietojen yhdistäminen etenee, vuokralla asuva saattaa esimerkiksi saada automaattisesti ehdotuksen uudesta asumistuesta muuttaessaan toiseen asuntoon.

”Jos tiedot pitävät paikkansa, asiakas kuittaa ne vahvistusviestillä ja asia on kunnossa”, visioi Kelan johtaja **Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma**.

Palveluketjut mietittävä uusiksi

Kela on yhtenä uusimmista palveluista ottanut käyttöön chat-palvelun terveydenhuollon ammattilaisille. Lääkäri voi esimerkiksi varmistaa kuntoutukseen liittyvän yksityiskohdan Kelasta chatissa samalla kun hän keskustele potilaansa kanssa. Turvallisuussyistä chatissa ei kuitenkaan siirrellä henkilökohtaisia tietoja.

”Tarjoamme pian chat-palvelua myös henkilöasiakkaille. Opintotuen saajat ja hakijat voisivat olla ensimmäinen kohderyhmä”, Mäki-Lohiluoma pohtii.

Digitalisointi ei kuitenkaan tuo odotettua hyötyä, jos samalla ei pystytä uudistamaan toimintatapoja. Jos digitaaliset palvelut tuodaan osaksi siiloutunutta palvelujärjestelmää, mikään ei välttämättä muutu.

Koko palvelun logiikka ja sen tuottamisen ketju täytyy miettiä uudelleen. Ammattilaiset ja asiakkaat innostuvat, jos palvelu koetaan hyödylliseksi ja sitä on helppo käyttää.

”Saman vanhan lomakkeen lähettäminen sähköisesti ei ole digitalisatiota. Uuden teknologian täytyy tukea hoitoprosessia, ja jotkut vaiheet pitää pystyä automatisoimaan. Jostain vanhasta pitää myös luopua uuden tieltä”, Poskiparta painottaa.

Toimintatapoihin kohdistuva haaste koskee sosiaalipalvelujen ja terveydenhuollon lisäksi myös sähköisten palvelujen kehittäjiä. Palvelukehitys on toistaiseksi ollut liian teknologia-vetoista.

Jos digitaaliset palvelut tuodaan osaksi siiloutunutta palvelujärjestelmää, mikään ei välttämättä muutu.



KUVA: PIETINEN



KUVA: PEKKA KYTTINEN

”Osa ICT-alan yrityksistä ei ole ymmärtänyt monialaisen suunnittelun ja palvelujen käytettävyyden merkitystä riittävästi”, arvioi johtava asiantuntija **Tuula Tiuhonon** Sitrasta.

Tiuhonen näkee merkkejä toisenlaisesta lähestymisestä. Nykyisin palvelujen suunnitteluun osallistuu insinöörien lisäksi myös lääkäreitä, sairaanhoitajia, sosiologeja ja psykologeja. Heidän tehtävänsä on katsoa palvelua käyttäjien näkökulmasta.

Potilas- ja asiakastiedot yhteen?

Aina toimintatapojen uudistaminen ei ole kiinni pelkästään ammattilaisen tahdosta. Myös lainsäädäntö avaa ja sulkee toiminnan mahdollisuuksia.

”Potilastietojen käsittelystä säädetään tällä hetkellä yli 10 laissa. Lainsäädännön vuoksi ihmisen tiedot kirjataan kertaalleen potilaana ja uudestaan sosiaalihuollon asiakkaana, vaikka palvelut olisi tuotu saman katon alle”, muistuttaa Itä-Suomen yliopiston julkisoikeuden professori **Tomi Voutilainen**.

Ihannetilanteessa terveydenhuollon potilastietojen ja sosiaalihuollon asiakastietojen pelisäännöt voitaisiin yhdistää yhdeksi laiksi. Voutilainen puhuu tiedonhallintakaaresta, jossa säädettäisiin kaikista tietojenkäsittelyyn liittyvistä vaiheista sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Toistaiseksi
reaaliaikaista tietoa
on yllättävän
vähän saatavilla.

Omahoitopalvelut ovat hajallaan

Sairaanhoitopiirin ja kuntien omahoitopalvelut ovat toistaiseksi olleet itsenäisiä saarekkeita, joiden välillä tieto ei siirry. Tomi Voutilaisen mukaan omahoitopalvelut pitäisi koota yhteen, valtakunnalliseen järjestelmään.

Kelan ylläpitämästä Omakanta-palvelusta käyttäjä näkee nykyisin omat terveystietonsa ja niihin liittyvät reseptit. Palvelusta käy myös ilmi, kuka tietoja on käyttänyt ja mihin.

”Omakanta-palvelua pitäisi kehittää niin, että sen kautta olisivat saatavilla kaikki terveydenhuollon sähköiset palvelut. Se olisi kustannustehokasta ja perusteltua alueellisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta”, Voutilainen summaa.

Yksi yhteinen palvelukokonaisuus takaisi esimerkiksi sen, että kaikkien yksiköiden ei tarvitsisi maksaa erikseen suhteellisen samanlaisesta ajanvarauspalvelusta. Asiakkaan olisi helpompaa hoitaa asioita yhden, jo ennestään tutun järjestelmän kautta.

”Perusinfrastruktuuriin liittyvät ratkaisut on hyvä pitää ilman kaupallista intressiä toimivan julkisoikeudellisen laitoksen, kuten esimerkiksi Kelan, hoidettavana”, Voutilainen tiivistää.

Tieto lisäisi tasa-arvoa

Digitalisaatio mahdollistaa suurten tietomassojen käsittelyn. Tietomassoja perkaamalla on mahdollista esimerkiksi tunnistaa riskiryhmiä, joiden terveyden edistämiseen kannattaisi panostaa silloin, kun asiat ovat vielä melko hyvin.

Kansanedustaja **Anne-Mari Viro-lainen** (kok.) haluaisi palvelujen laadusta, vaikutuksista ja kustannuksista kerättävät tiedot nykyistä avoimemmin saataville. Ilman tietoa markkinat eivät toimi eikä asiakkaiden valinnanvapaus voi toteutua.

”Terveyserot ovat meillä tällä hetkellä liian suuret. Jotta pystymme

tuottamaan terveyshyötyjä, meidän täytyy panostaa vaikuttaviin hoitoihin ja luopua niistä malleista, jotka eivät tuota tuloksia”, Virolainen pohtii.

Virolainen on vakuuttunut Ruotsissa toteutetun laaturekisterin toimivuudesta. Rekisteristä tulisi hänen mukaansa ottaa oppia, kun sote-uudistus viedään käytäntöön.

Tällä hetkellä reaaliaikaista tietoa on yllättävän vähän saatavilla. Esimerkiksi THL:n tilastot tuotetaan jälkikäteen. Rokotusten määrä ja tiedot epidemioiden etenemisestä perustuvat arvioihin ja tilastollisiin todennäköisyyksiin.

Potilastiedon arkisto ja sen rinnalle myöhemmin kehitettävä sosiaalihuollon tietoja kokoava Kansa-tietovaranto luovat hyvät edellytykset tiedon saannille. Tieto ei kuitenkaan ole ammattilaisen näkökulmasta katsottuna täysin luotettavaa.

”Potilas voi kieltää tietojen luovuttamisen. Jos terveydenhuollon asiantuntija ei näe esimerkiksi kaikkia lääkitystietoja, hänen on vaikea tehdä luotettavia ratkaisuja jatkohoidosta”, Voutilainen havainnollistaa.

Ammattilaista auttaisi jo se, että hän tietäisi osan tiedosta olevan kiellostoa johtuen salattua. Sekin jo helpotaisi hoitopäätöstä.

Tietoturva on liiankin korkea

Ihmisten luottamus digitaalisiin palveluihin on niiden menestymisen ehto. Entä jos järjestelmät eivät toimikaan? Mitä jos kyberhyökkäys lamaannuttaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon? Mitä tapahtuu, jos omat terveys- tai geenitiedot hakkeroidaan väärin käsiin?

Apteekeissa on viimeisen vuoden aikana törmätty sähköisen reseptin käytössä järjestelmäkatkoksiin. Niissä tilanteissa asiakas joutuu usein lähemmäs tyhjin käsin pois ja tulemaan myöhemmin uudestaan.

”Mikään järjestelmä ei ole täydellinen. Hengen ja terveyden kannalta

keskeisissä järjestelmissä katkosten tulisi olla mahdollisimman vähäisiä. Lisäksi apteekeissa ja asiakkailta pitäisi olla tietoa siitä, milloin reseptejä päästään järjestelmästä hakemaan”, linjaa Apteekkariliiton toimitusjohtaja **Merja Hirvonen**.

Asiantuntijoiden näkökulmasta sosiaali- ja terveyspalvelujen tietovarannot ovat kovin vahvasti suojattuja. Joskus jopa liian vahvasti. Tiuhosen mukaan vahvaa tietoturvaa on painotettu niin voimakkaasti, että palvelujen käytettävyys on jäänyt toissijaiseksi. Esimerkiksi lähiomainen tai edes hoitava ammattilainen ei välttämättä pääse hoitoa tarvitsevan ihmisen tietoihin käsiksi.

Digitaalisen terveydenhuollon kehittämisspiloissa on havaittu, että Sylvi Hartikaisen ikätoverit ja heitä nuoremmat suhtautuvat avoimesti uuteen teknologiaan. Kaikkein vanhimmilla ei välttämättä ole kokemusta tietotekniikan hyödyntämisestä eikä edes sähköisen asioinnin vaatimia tunnuksia.

”Monia pelottaa, että palvelut katoavat verkkoon, kuten pankkien kohdalla on käynyt. Terveydenhuollossa ei voida mennä tähän”, Sitran Tuula Tiuhonen muistuttaa.

Kelan Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma on samaa mieltä. Yhdelle sopii chat, toiselle puhelinasiointi. Kolmas tarvitsee edelleen kohtaamisen kasvotusten. ¶

Ulkomaanmatkan voi varata netistä, mutta terveysasemalle ei saa yhteyttä kuin ruuhkautuneen puhelinalvelun kautta.

Etäkuntoutukseen etsitään uusia muotoja

Kelan uudessa etäkuntoutushankkeessa haettiin alkuvuodesta 2016 ideoita etäkuntoutuksen pilottikokeiluiksi. Etäkuntoutus voi perustua esimerkiksi reaaliaikaiseen videoyhteyteen tai muuhun etäteknologiaa hyödyntävään sovellukseen.

Innostus uusia menetelmiä kohtaan näyttää heränneen myös kuntoutuspalvelujen tuottajien keskuudessa.

”Meille ehdotettiin lähes 60 etäkuntoutukseen kohdistuvaa kokeilua”, tiivistää Kelan kuntoutusryhmän projektipäällikkö **Jarkko Honkonen**.

Aiemmin niihin on ollut huomattavasti vähemmän hakijoita. Kela kerää kuntoutuksen kehittämishankkeita kaksi kertaa vuodessa.

Rahoitettavat pilottikohteet julkistetaan viimeistään kesäkuun lopussa. Luvassa on monipuolinen valikoima etäkuntoutuksen muotoja.

”Kaikki rahoitettavat pilotit pyritään vakiinnuttamaan jatkuvaksi toiminnaksi”, Honkonen painottaa.

Kesän alussa valittavat pilottihankkeet päättyvät vuoden 2019 loppuun mennessä. Sen jälkeen etäkuntoutuspalvelut kilpailutetaan normaalisti. Palvelut avautuvat asiakkaille vasta 2020-luvulla.

”On jo pitkään puhuttu kuntoutuksen viemisestä osaksi kuntoutujan arkea. Parhaimmillaan etäkuntoutus tukee tätä tavoitetta”, Honkonen arvioi.

Etäkuntoutuksen tavoitteena on tarjota vaikuttavia palveluja niukkenevistä resursseista huolimatta. Etäosallistuminen turvaa Honkosen mukaan myös alueellista tasa-arvoa.

”Palvelun piiriin voi päästä aiempaa matalammalla kynnyksellä. Etäpalveluihin tarttuminen on helpompaa kuin esimerkiksi matkustaminen pidemmäksi ajaksi kuntoutuslaitokseen”, Honkonen pohtii.

Tehokkuutta eurooppalaiseen tapaan

Alankomaissa ja Englannissa on jo parin vuosikymmenen ajan avattu markkinoita terveydenhuollon toimijoiden väliselle kilpailulle. Mitä näiden maiden järjestelmistä kannattaisi oppia, kun Suomeen rakennetaan kilpailuun nojaavaa sotemallia?

Teksti Jukka Nortio Kuvitus Kati Närhi

Asiakkaan valinnanvapaus on lisääntynyt sotepalvelujen valinnassa lähes kaikissa Länsi-Euroopan maissa 1990-luvulta alkaen. Se on lähes poikkeuksetta taattu lainsäädännöllä. Radikaali muutos koskee ensisijaisesti terveyspalvelujen tuottaja- ja rahoitusmalleja.

Valinnanvapautta on lisätty muun muassa hoitojonojen lyhentämiseksi ja palvelujen laadun parantamiseksi. Palvelujen kysyntä on kasvanut väestön ikääntymisen myötä. Markkinamekaniikkiin perustuvan valinnanvapauden on nähty edistävän palvelujen aiempaa tehokkaampaa tuottamista.

”Terveydenhuollon niukkojen resurssien toivotaan tulevan tehokkaammin käyttöön. Näin halutaan taata muun muassa nopeampi hoitoon pääsy. Palveluntuottajien välisellä kilpailulla halutaan parantaa palveluiden laatua silloin, kun niistä maksettava hinta on kaikille palveluntuottajille sama”, sanoo Kelan tutkija Piia Pekola.

Valinnanvapauden lisääminen ja markkinamekanismin ulottaminen terveyspalveluihin oli esimerkiksi Isossa-Britanniassa alun perin markkinaliberalismia ajaneiden perinteisten oikeistopoliitikkojen kuten **Margaret Thatcherin** ohjelmassa. Sittemmin myös muut poliittiset ryhmät, kuten **Tony Blairin** johtama työväenpuolue, ovat edistäneet valittua linjaa, koska se on parantanut terveyspalvelujen kuluttajien asemaa markkinoilla.

Mallia vakuutusyhtiöistä

Alankomaat ja Englanti edustavat terveyspalvelujen tuottaja- ja rahoitusmallien ääripäitä. Englannin toimintatapojen piirissä on valtaosa eli 53 miljoonaa Ison-Britannian noin 63 miljoonasta asukkaasta. Skotlannilla, Walesilla ja Pohjois-Irlannilla on omat järjestelmänsä.

Alankomaiden terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus perustuu kaikille kansalaisille pakolliseen, yksityisten



vakuutusyhtiöiden tuottamaan mutta valtion ylläpitämään sairausvakuutusjärjestelmään. Sairausvakuutusmaksu on noin 1 500 euroa vuodessa. Neljä vakuutusyhtiötä hallitsee markkinoita, ja yhtiötä voi vaihtaa kerran vuodessa.

Sairausvakuutuksia on kahta tyyppiä. Jos vakuutettu on hankkinut täysimääräisesti korvaavan vakuutuksen, hän voi valita palvelunsa vain vakuutusyhtiön valitsemilta palveluntarjoajilta. Jos vakuutettu haluaa valita kaikkiaan palveluntarjoajista, hän voi valita ainoastaan vakuutuksen, jonka perusteella vakuutusyhtiö korvaa hoidosta enintään enimmäismäärän. Potilas maksaa itse loput. Perusvakuutuksen lisäksi voi ottaa lisävakuutuksia, jotka takaavat laajemman hoidon.

Alankomaissa yksityiset yritykset, säätöt ja järjestöt tuottavat terveyspalveluita. Tarjolla ei siis ole julkisin varoin maksettuja palveluita.

Englannissa valtio kustantaa terveyspalvelut kansalaisille verovaroista, ja palvelut ovat heille maksuttomia. Suurin osa palvelutuottajista on edelleen julkisia toimijoita, joskin viime vuosina alalle on tullut yhä enemmän sekä yksityisiä että kolmannen sektorin toimijoita.

”Englannissa palvelut tuotetaan edelleen suurelta osin julkisen palvelujärjestelmän NHS:n (National Health Service) kautta. Englantilaiset käyttävät paljon julkisia sairaaloita. Valinnanvapaus on tuonut markkinoille myös yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoita, mutta järjestelmä pyrkii luomaan laatuun perustuvaa kilpailua myös julkisten palveluntuottajien välille”, Pekola kertoo.

Lääkäri suosittelee

Niin englantilaiset kuin hollantilaiset saavat valita perusterveydenhuollon lääkäriänsä hyvin vapaasti. Englannissa voi valita vapaasti kuningaskunnan rajojen sisällä ja Alankomaissa oman vakuutusyhtiön lääkäreiden joukosta.

Vaikka perusterveydenhuollon valintaperusteissa onkin eroja, seuraava askel on kutakuinkin samanlainen Alankomaiden ja Englannin lisäksi myös muissa valinnanvapautta suosivissa EU-maissa. Lääkäri määrää portinvartijana potilaan tarvitseman hoidon tarpeen ja tason. Niinpä esimerkiksi olkapääkivuista kärsivä potilas ei voi varata aikaa korjaavaan leikkaukseen pelkän diagnoosin perusteella, jos lääkäri on määrännyt hoidoksi fysioterapiata ja liikuntaneuvontaa.

Hoitomääräyksen lisäksi hoitava lääkäri kertoo potilaalle valinnanvapaudesta ja erilaisista vaihtoehdoista. Asiantuntemus ja potilaan tuntema luottamus lääkäriä kohtaan vaikuttavat valintatilanteessa paljon.

Englannissa lääkäri arvioi hoitotarpeen lisäksi myös sen, missä potilas voisi saada parasta hoitoa vaivaansa. Käytännössä potilas saa valita hoitopaikoista itselleen mieluisimman.

Myös Alankomaissa lääkäriillä on suuri rooli jatkohoitopaikan valinnassa.

”Lääkäri suosittelee potilaalle jatko-hoitopaikkaa, vaikka potilas tekeekin itse lopullisen valinnan”, Pekola kertoo.

Palveluja arvioidaan verkossa

Valinnanvapaus edellyttää avointa ja tasapuolista tietoa palvelutarjoajien palvelujen ominaisuuksista, palvelujen laadusta ja asiakkaiden antamasta palautteesta. Sekä Hollannissa että Englannissa on useampia viranomais-ten ylläpitämiä keskitettyjä järjestelmiä ja yksityisiä tietopalveluja, joihin on kerätty kaikkien viranomaiskriteerit täyttävien palveluntuottajien tiedot.

Englannissa tietoa tarjoaa muun muassa NHS:n ylläpitämä NHS Choices -sivusto, josta voi helposti hakea tietoa palveluntuottajista. Sivusto on hyvin kuluttajalähtöinen ja käyttäjäystävällinen. Siellä on palveluntuottajista myös samantyyppisiä asiakasarvioita kuin hotelli- ja matkailupalveluita tarjoavilla sivustoilla.





Sivustolla on lisäksi kliinistä tietoa muun muassa hoito- ja jonotusajoista, infektioiden määristä, uusintakäynneistä sekä hoitovirheistä. Näiden lisäksi sairaalat kertovat sivustolla käytännön perustietoja toiminnastaan ja ajankohtaisia uutisiaan.

Potilaat voivat verkkopalvelussa myös varata valitsemaltaan poliklinikalta tutkimus- tai toimenpiteajan. Sairaalat ovat veloitettuja keräämään kyselylomakkeella tietoja potilaan terveydentilasta ennen toimenpiteitä sekä kolme tai kuusi kuukautta sen jälkeen.

”Potilaalle on tärkeää, että vertailutieto muodostuu monenlaisista elementeistä, jotta hän voi tehdä valinnan itselleen tärkeiden asioiden perusteella. Muiden potilaiden tuoreet kokemukset ovat monelle potilaalle aivan keskeistä tietoa”, sanoo tutkija **Visa Pitkänen** Kelasta.

Alankomaissa kerätään vastaavaa tietoa valtionhallinnon ylläpitämälle KiesBeter.nl-sivustolle (suomeksi: valitse paremmin). Siellä potilaat voivat verrata palveluntarjoajia monipuolisten kriteerien perusteella.

Molempien maiden viranomaisten tuottamilla palvelusivustoilla on tiukat kriteerit ja jatkuva valvonta. Ennen kuin palvelutuottaja pääsee valintalistalle, sen täytyy täyttää valvovan viranomaisen tiukat kriteerit. Myös palvelujen laatua arvioidaan, ja laatuarvioinnin tulos on julkisesti nähtävillä.

”Jos laatu todetaan riittämättömäksi, palvelutuottaja joutuu tarkkailtavaksi. Tehovalvonta lopetetaan vasta, kun laatuun liittyvät ongelmat on korjattu”, Pekola sanoo.

Palvelujen laatua arvioidaan, ja laatuarvioinnin tulos on julkisesti nähtävillä.

”Pelkkien potilasarvioiden perusteella palveluntuottajaan ei kohdistu erityisiä toimia, vaan niiden langettaminen vaatii lisäksi viranomaisen tarkastuksen”, hän jatkaa.

Parantaa heikompiosaisten asemaa

Valinnanvapauden tavoitteena on parantaa terveyspalvelujen laatua, koska palvelutuottajat eivät voi kiinteään korvaukseen perustuvassa järjestelmässä kilpailla hinnalla. Palvelujen ostaja eli vakuutusyhtiö tai valtio on määritellyt eri palvelujen sisällöt ja niistä maksettavat yhtenäiset hinnat. Palvelutuottajien asiaksi jää mahdollisimman kilpailukykyisten palveluiden tuottaminen.

Hollannin järjestelmässä on huomioitu monisairaiden potilaiden asema niin, että valtio kompensoi vakuutusyhtiöille hoitoon liittyviä kustannuksia. Järjestelmä myös palauttaa osan maksuista, jos kansalainen ei käytä terveyspalveluja.

”Alankomaiden järjestelmä huomioi myös vaikeimmassa taloudellisessa asemassa olevat kompensoimalla vakuutusmaksujen alennuksen tulojen perusteella”, Pekola sanoo.

Valinnanvapautta suosiva terveydenhuollon järjestelmä tukee molemmissa maissa kansalaisia kattavalla palveluneuvonnalla, joka auttaa terveydenhuollon asiakkaita valitsemaan heille sopivimmat palvelut.

”Valinnanvapaus jättää yksittäiselle ihmiselle paljon vastuuta oman terveyden hoitamisesta. Se on iso muutos yksilön näkökulmasta. Riskinä on esimerkiksi, että paremmin koulutetut ja varakkaammat pystyvät muita paremmin hyödyntämään valinnanvapautta”, Pitkänen sanoo.

”Alan tutkimuskirjallisuudessa tuodaan kuitenkin esille myös se, että valinnanvapaus tuo heikompiaisillekin paremmat välineet kuin aiemmin. Heillä on nyt aidosti mahdollisuus valita esimerkiksi yksityisen ja julkisen palvelutarjoajan välillä, Pekola sanoo. 🇺🇸



Artikkelin lähteinä on käytetty haastattelujen lisäksi seuraavia julkaisuja:

Visa Pitkänen ja Piia Pekola: Valinnanvapaus ja kilpailu terveyspalveluissa – Kansainväliset käytännöt, talusteoria ja empiiriset tutkimukset, Kela työpapereita 86, 2016 sekä Pia Maria Jonsson et al.: Valinnanvapaus sosiaali- ja terveyspalveluissa – Kuvauksia eräistä Euroopan maista, Työpaperi 6/2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016



Valinnanvapautta yli rajojen

Euroopan unionissa on tällä vuosituhaanella säädetty lakeja, jotka sallivat EU-kansalaisten käyttää terveystalvaeluja kaikissa EU-maissa. Valtiovarainministeriön neuvotteleva virkamies **Noora Heinonen** on seurannut kehitystä läheltä eri tehtävissä vuodesta 2003.

Potilaan oikeus hakeutua hoitoon yhdestä EU-maasta toiseen on laajentunut koko ajan. Viimeisin säädös on niin kutsuttu EU:n potilasdirektiivi.

”Ulkomailla hoitoon hakeutuvalle on vastuu selvittää, kuinka eri maissa asiat hoidetaan, mitä asiakirjoja ja lähetteitä tarvitaan. Hänen on käännettävä vaadittavat asiakirjat, hoidettava matkat sekä selvitettävä, mitä kaikki maksaa. Hänen on myös ensin maksettava kaikki kulut ja vasta jälkikäteen hän voi hakea korvausta oman maansa lakisääteisestä sairausvakuutuksesta”, Heinonen kuvailee terveysturistin arkea.

”Potilaan sairaanhoitokustannuksista vastuussa oleva valtio korvaa sairaanhoitoa samoilla kriteereillä riippumatta siitä, missä EU-maassa hoito on annettu, mistä hoito on ostettu ja mitkä ovat olleet potilaan maksamat kulut. Korvausperusteena on vastaavan hoidon kotimainen hinta. Potilaalle jäävä maksuosuus voi todellisuudessa olla suurikin. Toisaalta, potilas voi ulkomailla maksaa hoidostaan myös vähemmän kuin kotimaassaan”, Heinonen muistuttaa.

Edellä kuvattu tilanne koskee vain tapauksia, joissa terveydenhuoltopalveluja hankitaan toisesta EU-maasta omatoimisesti. Tilanne on toinen, jos sairastuu matkalla tai asuu toisessa EU-maassa työn tai opiskelun vuoksi ja joutuu turvautumaan paikallisen terveydenhuollon palveluihin. Näitä tilanteita varten on erillinen EU-lainsäädäntö.

Jokaisessa EU-maassa on yhteyspiste, josta saa tietoa terveydenhuollon palvelujen käyttämisestä, saatavuudesta, laadusta ja kustannuksista sekä käytännön menettelytavoista. Suomessa rajat ylittävän terveydenhuollon yhteyspiste on sijoitettu Kelaan.

Suomalaiset ovat toistaiseksi hankkineet terveystalvaeluita niukasti muista EU-maista. Vain Virossa saatava hammashoito on kiinnostanut suomalaisia laajemmin.

”Virossa annetusta hammashoidosta maksettiin Kela-korvauksia viime vuonna noin puoli miljoonaa euroa. Suomalaisten Virossa maksamat hammashoidon kustannukset olivat jo noin 1,9 miljoonaa euroa”, Heinonen sanoo.

”Viimeinen änkyrä määrää”

Kuinka digitalisaatio onnistuu julkishallinnon palveluissa, konsultti ja hallitusammattilainen Bo Harald?

Teksti Laura Kosonen Kuva Aleksii Poutanen

Julkisten palvelujen digitalisaatio on viime vuosina kiihtynyt. Lääke- ja terveystiedot löytyvät Kanta-tietokannasta ja veroehdotus löytyy verkosta. Haasteena on, että mammuttiluokan sähköistämishankkeet etenevät hitaasti.

Bo Harald: ”Suurin ongelma digitalisaatiossa Suomessa on, että olemme naapurimaihin verrattuna liian arkoja ottamaan käyttöön e-palveluita. Liian usein viimeinen änkyrä määrää tahdin. Tämän vuoksi etumatkamme digitalisoinnin edelläkävijämaana on huvennut.

Oma taustani on pankkimaailmassa. Kun lanseerasimme verkkopankkia Pohjoismaissa, kukaan Ruotsissa, Norjassa tai Tanskassa ei kysynyt, että mitenkäse mökin mummo, jolla ei ole verkkoa. Meillä Suomessa monilla on edelleen käsitys, että uudet vaihtoehtoiset palvelut ovat pois joltakin toiselta.”

Palvelut ja hallinto ovat hajallaan

Julkiset palvelut ja niiden hallinto ovat hajallaan kuntien ja valtion vastuulla. Sähköisten palvelujen kehittäminen vaatisi tiivistä yhteistyötä. Yhteistyö yritysten kanssa jakaa mielipiteitä julkishallinnon kehittämisessä.

Bo Harald: ”Meidän pitäisi verkottaa paljon nykyistä enemmän, sillä yksin kukaan ei pysty suuriin uudistuksiin. Vanhoja tietokantoja täytyy saada moduuleiksi eli rakenteiseen muotoon. Tällöin uusia sovelluksia voidaan hyödyntää monessa eri paikassa, kun sovellukset liittyvät tietokantaan aina samalla tavalla.

On välttämätöntä, että julkinen sektori tekee yhteistyötä digitaalisia

palveluja kehittävien yritysten kanssa. En ymmärrä ideologista vastustusta, joka liittyy yritys-suhteisiin. Ei julkisen sektorin kannata yrittää keksiiä pyörää uudelleen.”

Tottumus ohjaa ihmisten toimintaa

Digitaaliset palvelut täytyy suunnitella mahdollisimman helppokäyttöisiksi. Tottumus on vahva ihmisten toimintaa ohjaava voima.

Bo Harald: ”Tutkimukset osoittavat, että informaatiotulva on jo heikentänyt keskittymiskykyämme. Palvelu jää käyttämättä, jos sen opettelu on monimutkaista. Sen vuoksi pitäisi käyttää jo olemassa olevia kanavia, esimerkiksi tekstiviestiä. Pankkitunustusten käyttö tunnistaumisessa on suomalainen keksintö ja hyvä esimerkki siitä, kuinka olemassa olevaa järjestelmää voi levittää uusiin käyttötarkoituksiin.

Tulevaisuuden visio on älykäs tietokanta, joka pystyy tuottamaan ehdotuksia palveluista. Voisit esimerkiksi saada kännykkääsi tällaisen tekstiviestin: ’Tietojesi perusteella olet oikeutettu toimeentulotukeen. Haetaanko tukea?’ Vastaamalla viestiin myöntävästi olisit jo tehnyt hakemuksen.”

Reaaliaikaisuutta sotepalveluihin

Digitalisaatiossa on tärkeää keskittyä palveluihin, joita suurin osa kansalaisista tarvitsee usein. Veroehdotus verkossa tai Kelan etuuskien hakeminen sähköisesti koskevat suurta osaa suomalaisista. Valmisteilla oleva kansallinen tulorekisteri on puolestaan esi-

merkki uudeltaisesta tietovarastosta, jota monet toimijat voivat käyttää. Vuonna 2019 avautuva rekisteri on reaaliaikainen, ja sen avulla voidaan esimerkiksi sovittaa yhteen työtulo ja sosiaali-etuudet. Onnistuneella digitalisaatiolla säästetään paljon rahaa, aikaa ja vaivaa.

Bo Harald: ”Oma tulokulmani on yritysten kilpailukyvyyn parantaminen. Olen mukana TALTIO-hankkeessa, joka on yksi hallituksen kärkihankkeista. Tavoitteena on luoda järjestelmä yritysten kirjanpidon ja viranomaisraportoinnin automatisointiin.

Uskon, että digitalisaation saralla vauhti kasvaa eksponentiaalisesti lähivuosina. Muutaman vuoden päästä älykkäät tietokannat helpottavat arkipäiväämme monella tavalla. Laitteet ovat entistä helppokäyttöisempiä, pienempiä ja esimerkiksi vaatteisiin liitettyjä. Käteisen käyttö ja paperilaskut ovat lopullisesti historiaa.”

Bo Harald

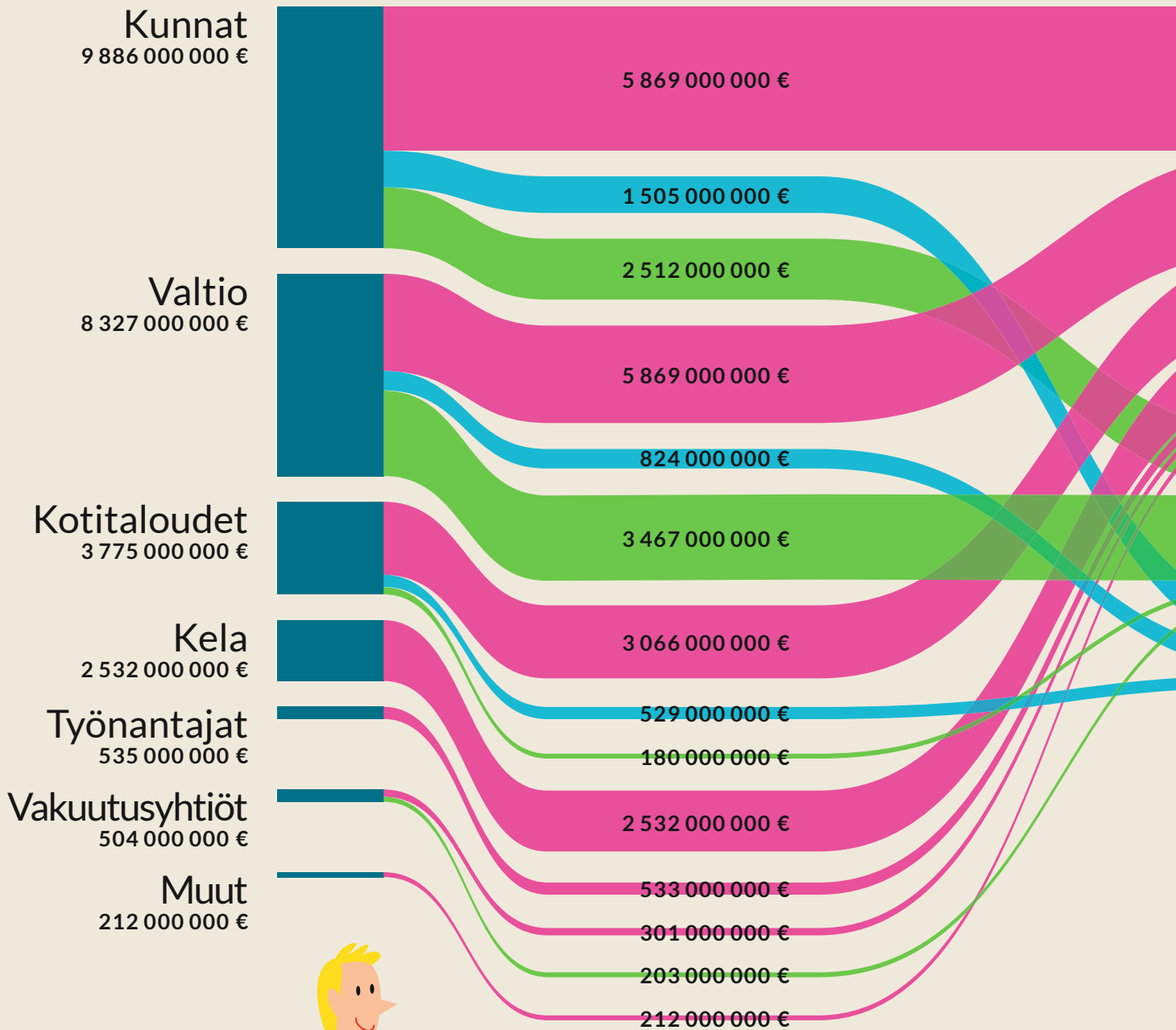
- Yrittäjä ja hallitusammattilainen. Työkennellyt 1970-luvulta lähtien pankkialalla muun muassa Nordean varatoimitusjohtajana.
- Ollut keskeisenä henkilönä mukana tuomassa Suomeen verkkopankkia ja -laskutusta sekä vahvaa sähköistä tunnistamista.

Asia, jonka muuttaisin sosiaaliturvassa: Sosiaaliturvan pitäisi aina kannustaa työntekoon. Tarvitsemme järjestelmän, joka ehdottaa kansalaisille heille kuuluvia ratkaisuja automaattisesti ja ilman papereita.



Bo Harald on ollut mukana useissa julkishallinnon ja pankkimaailman digitalisaatiohankkeissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon muuttuvat rahavirrat



Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus maksaa vuodessa noin

4 750 €

jokaista suomalaista kohden.

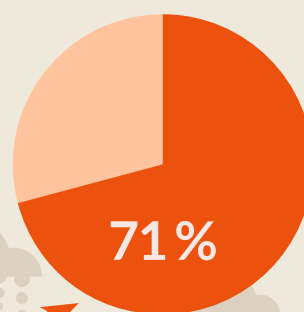
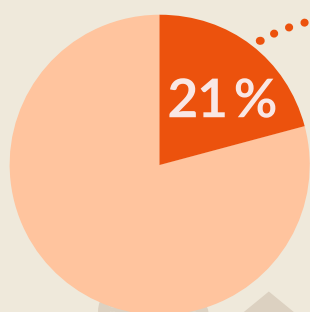


Suomen historian suurimmassa hallinnon uudistuksessa sosiaali- ja terveydenhuolto siirretään noin 300 kunnalta 18 sote-alueelle. Uudistuksen tavoitteena on muun muassa kustannusten keveneminen 3 miljardilla eurolla. *Toimitus Johanna Hytönen & Antti Karvanen Grafiikka Antti Karvanen*



Valtion kokonaisverokertymä oli vuonna 2012 yhteensä 84 878 miljardia euroa. Soten rahoitus vei siitä 21 %

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaismenoista rahoitetaan valtion ja kuntien verotuloilla 71 %



Lähteet Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat, Timo T. Seppälä & Markku Pekurinen (toim.) & Tilastokeskus

Herra Sote

Suomen historian suurimpiin lukeutuvaa reformia luotsaa hallinto-oikeuden dosentti, jolle perustuslain toteutuminen on sydämenasia.

Teksti Robert Sundman Kuvat Roope Permanto

Oikeustieteen tohtori ja hallinto-oikeuden dosentti Tuomas Pöysti siirtyi viime lokakuun alussa valtionalouden tarkastusviraston pääjohtajan paikalta sote-uudistuksen projektijohtajaksi. Hän työskentelee nyt alivaltiosihteerinä valtioneuvostossa, vastuullaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta sekä aluehallintouudistusta koskeva lainvalmistelu.

Suurinta reformia vuosikymmeniin on työstetty ainakin kolmen vaalikauden eli yli 12 vuoden ajan, mutta sotemallia ei ole vielä saatu valmiiksi. Sote-uudistuksen vetäjältä onkin kysyttävä, mikä hänet oikein vei näin haastavalle paikalle?

”Päätin lähteä, koska minulla on vahva huoli perustuslain toteutumisesta. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa on rohkeasti uudistettava, jotta perustuslain 19. pykälän mukaiset oikeudet välttämättömään hoivaan ja huolenpitoon sekä riittäviin sosiaali- ja terveystalouteen voitaisiin turvata”, Pöysti kertoo.

Huutelijasta tekijäksi

Pöysti päätti kääriä hihat ja ryhtyä työhön. ”Arviointipuolella” istunut virkamies kertoo ajatellessaan, ettei enää ole suotavaa vain huudella hyviä neuvoja katsojan roolissa. Oli lähdeittävä tekemään töitä asioiden eteen.

”Perustuslain velvoittamat palvelut toteutuvat päivä päivältä huomommin. Kun taloudelliset ja toiminnalliset voimavarat niukkenevat, kentällä tehdään pakkotilanteessa ratkaisuja, jotka eivät ole perustuslain isojen periaatteiden mukaisesti loppuun asti mietittyjä”, hän pohtii.

”Kyllähän tämä saattaa kuulostaa oudon juhlalliselta, mutta julkisen sektorin töissä on hyvin tärkeää tällainen julkisen sektorin eetos. Se on kai jossain määrin itselleni synnynnäinen asia, mutta on se muotoutunut myös pikkuhiljaa ja koulutuksenkin myötä. Minulla on ollut aidosti mahdollisuus valita julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Koen, että juuri täällä pystyn

tekemään minua innostavaa, sisäisesti mielekästä työtä”, Pöysti jatkaa.

Ruotsin malli tuli kalliiksi

Hallituksen kaavailemassa uudessa sotemallissa palvelujen järjestämisen ja rahoitusvastuu siirtyy aluehallinnon uudistuksen myötä 300 kunnalta 18 maakunnalle. Raha tulee verotuksen kautta jatkossa suoraan valtiolle, joka jakaa sen edelleen maakunnille. Maakuntien rahoitusosuus riippuu, paitisi väkiluvusta, myös väestön iästä ja terveydentasosta.

Perustuslain velvoittamat palvelut toteutuvat päivä päivältä huomommin.

"Palvelujen kokoaminen yhden johdon ja rahapussin alaisuuteen saa aikaan säästöjä. Lisäksi erityissairaanhoidon ja päivystyksen uudistuksella säästetään 300 miljoonaa euroa. Saman verran voidaan säästää järkevöittämällä hankintoja", Tuomas Pöysti sanoo.



Julkisesti tuettu valinnanvapausjärjestelmä ja nykyisen mallinen korvausjärjestelmä eivät voi toimia rinnakkain, koska se tulisi liian kalliiksi, Tuomas Pöysti toteaa.



”Se on niin kutsuttua tarvepainotettua kapitaatorahoitusta. Jokaisella viiden vuoden ikäkohortilla on oma rahoitustasonsa. Lisäksi rahoitukseen vaikuttavat väestön tarpeet. Niitä arvioidaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kehittämän tarvekriteeristön avulla”, Pöysti avaa.

Asiakasmaksujen osuus on tarkoitus pitää ennallaan. Se tarkoittaisi sitä, että maakuntien rahoituksesta 90 % tulisi valtiolta ja noin 10 % asiakasmaksuista.

”Iso kysymys on se, millaisia korvausmallit ovat palvelujen tuottajille. Suomessakin on huomattu, että Ruotsin valinnanvapausmalli on ollut kallis. Se johtuu Ruotsissa käytetystä korvausperusteesta. Meidän pitää miettiä täällä sellainen malli, joka ei kannusta kustannuksien kasvuun.”

Mitä tämä valinnanvapaus käytännössä tarkoittaa, on vielä yksityiskohdientien osalta auki. Poliittista tahtoa on laajan valinnanvapauden toteuttamiseen. Pöysti ei vielä osaa sanoa, mitä tämä perustason palveluissa käytännössä tarkoittaisi.

Ei rikota toimivia osia

Pöystin mukaan hallituksella on hyvin voimakas ja yhtenäinen tahto uudistaa sotepalveluja rohkeasti ja radikaaliskin.

”Siinä mennään osittain tuntemattomillekin vesille, mikä on ihan hyvä. Mutta samalla täytyy miettiä, mikä on hallittu muutos, kun tuodaan paljon uudistuvia elementtejä. Ei saa rikkoa vanhasta sitä osaa, mikä on toimiva”, hän pohtii.

Toisaalta mielessä on pidettävä myös perustuslaki. Se turvaa monia asioita mutta asettaa myös tiukkoja reunaehtoja. Pöystin mukaan perustuslaki ei voi ainoastaan suojella vanhaa mallia, vaikka kantavat periaatteet onkin turvattava.

”Soten irrottamiseen kuntataloudesta eli rahoituskysymykseen liittyy aika vaikeitakin perustuslakikysymyksiä. Viime vaalikaudella opittiin, että ne on otettava vakavasti. Myös tähän valinnanvapauteen ja yhtiöittämiseen liittyy koko joukko erilaisia huolia”, Pöysti lisää.

Julkisessa keskustelussa etenkin hallituspuolueiden kansanedustajat ovat harmitelleet perustuslakivaliokunnan asemaa ja perustuslakia, joka tuntuu torppaavan kaikki uudistukset. Perustuslakijuristin mielestä kysymys on mielenkiintoinen.

”Perustuslakihan on tietyiltä osin konservatiivinen, koska se on tarkoitettukin suojelemaan ihmisiä julkisen vallan hetken hullutuksilta. Siksi se pakottaa miettimään isoja yhteiskunnallisia, ihmisten oikeuksiin vaikutta-

Perustuslaki on konservatiivinen, koska se on tarkoitettu suojelemaan ihmisiä julkisen vallan hetken hullutuksilta.

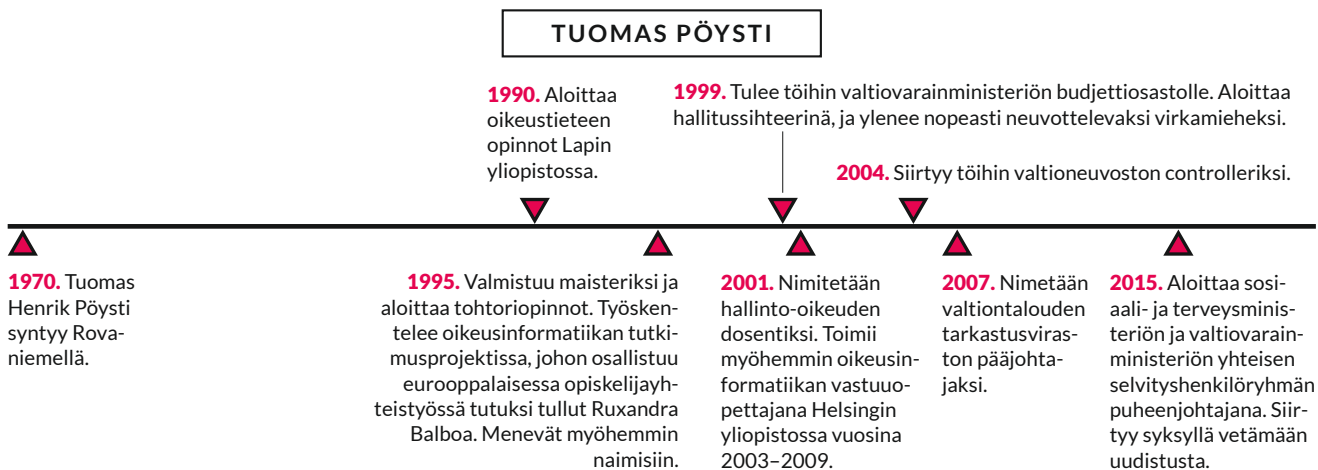
via asioita kaksi tai kolmekin kertaa, jotta ne on punnittu. Se vaan täytyy sitten hyväksyä”, hän toteaa.

Mikään automaattinen uudistusten torppaaja perustuslaki ei kuitenkaan ole. Oikeastaan se jopa velvoittaa uudistumaan.

”Perustuslaki velvoittaa lainsäätäjää hakemaan mahdollisimman hyvää toteutusta niissä yhteiskunnallisissa oloissa, missä kulloinkin eletään. Sote-uudistukselle on siis painavat perusteet perustuslain näkökulmasta”, Pöysti sanoo.

Digitaalisuus säästää miljoonia

Sote-uudistuksen tavoitteena on ollut saada aikaan jopa 3 miljardin euron säästöt julkiselle taloudelle. Näistä 2 miljardia voidaan Pöystin mukaan saa-



da aikaan sillä, että uudessa sotemallissa otetaan käyttöön tuottavimmat ja tehokkaimmat tavat toimia.

”Jo kokoaminen yhden johdon ja rahapussin alaisuuteen saa aikaan säästöjä. Lisäksi erityissairaanhoidon ja päivystyksen uudistuksella säästetään 300 miljoonaa euroa. Saman verran voidaan säästää kokoamalla ja järkevöittämällä hankintoja”, hän kertoo.

Suurin säästö saadaan asiakas- ja palveluohjauksen järkevöittämisestä. Pöystin mukaan digitaalisuuden täytyy olla perustoimintamalli: perinteisen vastaanottokäynnin rinnalle tulee vaihtoehdoksi digitaalinen konsultaatio, joka voidaan tehdä etänä. Samalla kertyy sosiaali- ja terveydenhuollon kannalta relevanttia tietoa, jota voidaan hyödyntää riskiseulonnan asiakasprofiilien luomisessa. Digitalisaatio tulee myös auttamaan hoitoyksiköiden sisäisten prosessien kehittämisessä.

”Ongelmat pystytään korjaamaan silloin, kun ne ovat helpoimmin hoidettavissa. Toisaalta voidaan pitää huoli siitä, ettei tule ylikäyttöä. Tällä voidaan säästää aika paljon”, Pöysti toteaa.

Kolmannen miljardin osalta täytyy päättää lisätoimista. Se tarkoittaa Pöystin mukaan joko sitä, että palveluita karsitaan tai asiakkaan omavastuu kasvaa.

”Tai todennäköisesti molempia.”

Kelan rooli muuttuu

Uusi sotemalli vaikuttaa jonkin verran kaikkien sosiaali- ja terveysalalla toimivien organisaatioiden toimintaan. Pöystin mukaan myös esimerkiksi Kelan rooli varmasti muuttuu jonkin verran.

”Henkilökohtaisen käsitykseni mukaan rooli on silti iso. Kelalla on tietysti jatkossakin valtakunnallisen sosiaaliturvarahaston funktio, eikä sen asian isoihin linjoihin tässä muutoksessa puututa”, Pöysti muotoilee.

Pöystin mukaan Kela on myös tehokas hallinnoimaan maksatuksia. Voi-kin siis olla, että vaikka jatkossa raha

liikkuukin maakunnan budjetista, sen liikuttelemista hallinnoikin Kela.

Sairausvakuutusjärjestelmän säilyttäminen ei saa Pöystiltä suoranaista kannatusta.

”Paljon enemmän täytyisi koota siihen maakunnan eli järjestäjän yhteen rahapussiin, sillä muuten homma ei vaan toimi. Siksi sairausvakuutusjärjestelmä ei voi olla kriittisen arvioinnin ulkopuolella”, Pöysti pohtii.

Julkisesti tuettu valinnanvapausjärjestelmä ja nykyisen mallinen korvausjärjestelmä eivät voi myöskään toimia rinnakkain, koska se tulisi Pöystin mukaan liian kalliiksi.

Ei yhden miehen show

Kun suunnitelmat on lopulta hiottu ja lait säädetty, on vuorossa uudistuksen jalkauttaminen. Se on Pöystinkin mukaan iso kakku.

”Tällainen uudistus voidaan jalkauttaa vain taitavalla ja pitkäjänteisellä muutosjohtamisella. Myös yhdessä tekeminen on tosi tärkeää. Jos ammattilaiset eivät koe tätä mielekkääksi, tämä on vain hallinnollinen harjoitus, jossa tavoitteet jäävät puolitiehen”, Pöysti kertoo.

Pöysti on kuitenkin positiivinen. Kentällä on laaja, yhteinen näkemys siitä, että uudistus tarvitaan. Muutoksen toteutumattomuuteen on väsyttävä, joten vastustusta ei ole. Helpoksi uudistuksen johtaminen ei kuitenkaan tule.

”Paremmalla nettotuntipalkan saisin muissa hommissa. Tässä joutuu tekemään hirveän paljon töitä, panemaan itsensä likoon ja joka päivä ratkaisemaan hankalia asioita. Silti olen tyytyväinen, että lähdin tähän. Ei tämä ole mikään yhden miehen show, mutta onhan tämä innostavaa, että voin olla tällaisessa vuosisadan muutoksessa mukana”, hän kertoo.

Onko Pöystillä sitten missio?

”Mun missio on Suomi, joka on pohjoismainen hyvinvointivaltio, koska se on usein todettu parhaaksi mah-

dolliseksi yhteiskuntamalliksi. Eli siihen kannattaa kiinnittyä. Ja päästä takaisin sille tasolle, jolla naapurimaat ovat. Että saadaan kestävyysvaje oikaistua ja julkiset palvelut toimiviksi”, Pöysti sanoo.

Ja tämä missio yhdistettynä julkisen sektorin eetokseen saa aikaan sen, ettei pieni nettotuntipalkka haittaa?

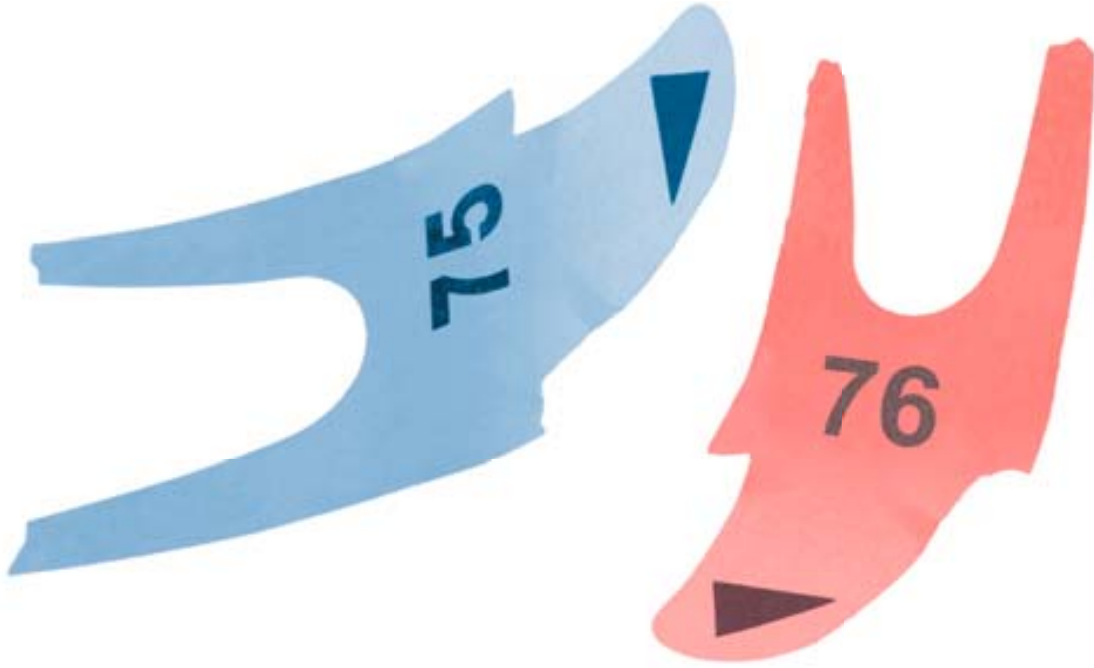
”Niin.” ¶

Missio
on Suomi, joka
on pohjoismainen
hyvinvointivaltio.

Lue sote-uudistuksesta
lisää verkkolehdestä:
sosiaalivakuutus.fi

”Parempaan nettotuntipalkkaan saisin muissa hommissa. Tässä joutuu tekemään hirveän paljon töitä, panemaan itseensä likoon ja joka päivä ratkaisemaan hankalia asioita. Silti olen tyytyväinen, että lähdin tähän”, Tuomas Pöysti kertoo.





Yksityinen sektori muuttuu täydentävästä palvelusta rinnakkaiseksi

Sote-uudistuksen valinnanvapausmalli muuttaa yksityissektorin roolia olennaisesti.

Hallituksen linjauksen mukaan terveydenhuollon asiakas voi tulevaisuudessa päättää, minkä sektorin palveluja hän käyttää: julkisen, yksityisen vai kolmannen sektorin. Suunniteltu valinnanvapauslaki koskisi ainakin perustason palveluja, joilla tarkoitettaisiin nykyisten terveyskeskusten kaltaisia palveluja. Lain tavoitteena on muun muassa turvata palvelujen saatavuus.

Vaikka uusi malli vaikuttaakin olevan hyvin erilainen kuin nykyinen järjestelmä, hyvä lähtökohta valinnanvapauden vaikutusten arvioimiseen on nykytilanteen tarkastelu. Missä ja mihin hintaan perustason palveluja tarjotaan yksityissektorilla, millainen kilpailutilanne alalla on ja onko kilpailun kireydellä yhteyttä hintatasoon?

Näyttää siltä, että kilpailu saa lääkärit tarjoamaan palvelut edullisemmalla hinnalla.

Tässä analyysissä arvioimme Kelan korvausrekisterien avulla yksityisen sektorin perustason terveyspalvelun tuotannon tilaa kuntatasolla. Perustason palveluiksi on valittu erikoistumattomien yleislääkärien vastaanototököynnit.

Jakolinja suurissa kaupungeissa

Pähkinäsaaren rauhan raja on pitkään määrittänyt, missä yksityisiä palveluita tarjotaan eniten. Keski- tai hyvätuloisen kaupunkilainen on tyypillinen yksityisten lääkäripalvelujen käyttäjä.

Vuonna 2014 yksityisiä yleislääkärei-

SUOMEN 10 SUURINTA KUNTA LÄÄKÄRIMÄÄRÄLLÄ MITATTUNA JA YKSITYISTEN LÄÄKÄREIDEN TOIMIPISTEET

Kunta	Kunnassa toimivia		Kuntalaisten käyttämiä	
	Yleislääkäreitä	Toimipisteitä	Yleislääkäreitä	Toimipisteitä
Helsinki	597	58	1348	251
Vantaa	209	11	1045	214
Espoo	169	15	1156	227
Pori	154	8	286	114
Tampere	138	23	702	192
Turku	111	14	663	176
Oulu	66	13	460	143
Hyvinkää	61	4	487	130
Kerava	55	2	510	136
Järvenpää	53	4	511	128
Suomessa yht.	1875	342		

Yhteenlaskettu lääkimäärä sisältää noin 200 lääkäriä, joiden toimipaikka ei ole tiedossa.

tä toimi noin 32 %:ssa Suomen kunnista. Yleislääkäreiden toiminta oli keskittynyt suurimpiin kaupunkeihin. Yksityisistä yleislääkäreistä 36 % toimi Helsingissä ja 46 % pääkaupunkiseudulla. Kun mukaan lasketaan vielä muut yliopistosairaaloitten kunnat (Turku, Tampere, Oulu, Kuopio), alueilla toimi 66 % kaikista yksityisistä yleislääkäreistä.

Kaikissa kunnissa käytettiin yksityisen yleislääkärin palveluja vuonna 2014, eli kuntalaiset matkustivat käyttämään palveluja yli kuntarajojen. Yksityislääkäreitä käytettiin vähiten (2 lääkäriä) Ahvenanmaan saaristokunnissa ja eniten tiheään asutuksen kaupunkeissa (1 348 lääkäriä Helsingissä).

Toimipisteitä oli pääsääntöisesti useampia kunnissa, joissa toimi paljon lääkäreitä. Poikkeuksiakin oli. Esimerkiksi Porissa 154 lääkäriä toimi vain 8 toimipisteessä, kun Espoossa vastaava määrä lääkäreitä toimi 15 toimipisteessä. Myös lääkärimäärältään suhteellisen suuressa (55 lääkäriä) Keravan kunnassa oli vain 2 toimipistettä, ja nämäkin toimipisteet kuuluivat samaan konserniin.

Kuntalaisten maksamissa vastaanottopalkkioissa oli huomattavaa vaihtelua. Mitä enemmän lääkäreitä oli tarjolla, sitä matalampi oli hintataso ja päinvastoin.

Uusia liiketoimintamalleja syntyy

Perustason palveluja tuottavat yksityislääkärit toimivat siis nykyisin hyvin keskittyneesti suurimmissa kaupunkeissa. Näyttää siltä, että kilpailu saa lääkäreitä tarjoamaan palvelut alhaisemmalla hinnalla.

Hallituksen kaavailema valinnanvapausmalli lienee olennaisesti erilainen kuin nykyinen ammatinharjoittajamalli, jossa lääkäreit hinnoittelevat itse palvelunsa. Järjestelmämuutos muokkaa silti todennäköisesti yksityistä tuotantorakennetta. Arvoitukseksi vielä jää, mitkä ovat pienten ammatinharjoittajalääkärien toimintaedellytykset uudessa sote-ympäristössä.

Valinnanvapausmallin palveluvalikoima on todennäköisesti huomattavasti laajempi kuin nykyisillä pienillä lääkäriasemilla. Toisaalta yksityis sektorilla kehitetään perinteisen liiketoimintamallin tilalle tai rinnalle uusia palvelukonsepteja, joilla on kysyntää julkisrahoitteisessa järjestelmässä.

Suomen vähäväkisille seuduille tuskin kasvaa laajaa tarjontaa perinteisen liiketoiminnan muodossa, mutta palvelut voidaan tuottaa tulevaisuudessa vaikka sähköisiä palveluja hyödyntäen. Kenties markkinoilla on tilausta myös liiketoimintamalleille, jotka perustuvat ammatinharjoittajalääkäreiden uudentilaisiin tuottajayhteisöihin. ¶

Selvitys liittyy Kelan rahoittamaan hankkeeseen ”Kelan korvaamat yksityislääkäripalvelut – toimialan rekisterianalyysi”, jossa tutkitaan yksityisiä lääkäripalvelumarkkinoita ja niiden kilpailua. Yksityisten palvelujen hintavertailutieto laajenee siten, että pian Kelan rekistereihin perustuvaa palveluntuottajakohtaista hintavertailua voi tehdä hoitopaikanvalinta.fi-sivustolla.

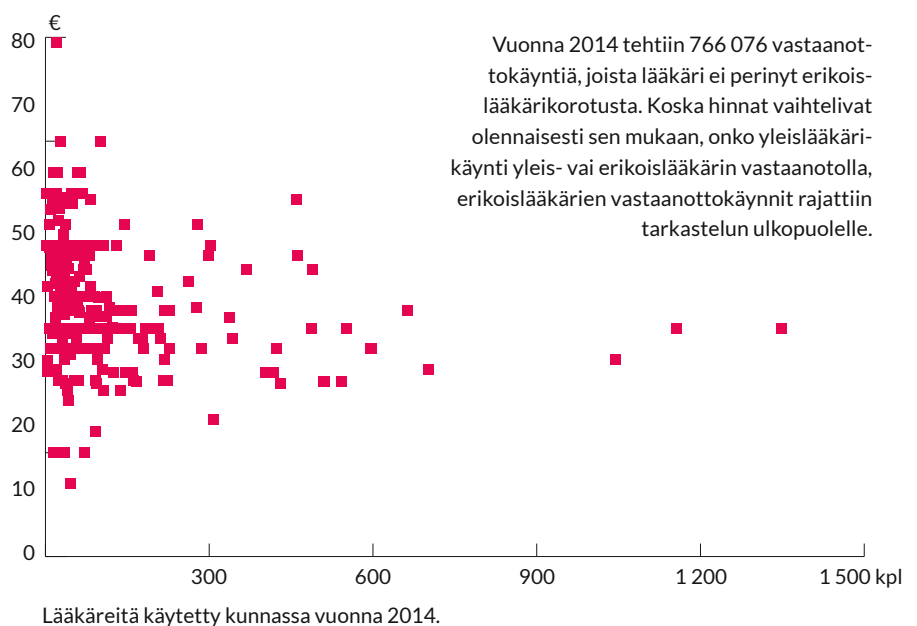


Riina Hiltunen,
projektipäällikkö,
CCR-Tutkimuspalvelut



Hennamari Mikkola
tutkimusprofessori,
tieto- ja viestintäyksikön
päällikkö, Kela

KUNNAN ASUKKAALTA PERITTY 20 MINUUTIN YKSITYISLÄÄKÄRIN VASTAANOTTOKÄYNNIN MEDIAANIHINTA VUONNA 2014



Lääkkeiden alkuomavastuu muuttaa tilastointia

Lääkekorvausmenot ovat vähentyneet 11 % viime vuodesta. Vielä on kuitenkin liian aikaista arvioida alkuomavastuun vaikutuksia lääkeostoihin.

KORVATTAVIA LÄÄKKEITÄ OSTANEET, KORVATTAVIEN RESEPTIEN MÄÄRÄ JA LÄÄKKEIDEN KUSTANNUKSET JA KORVAUKSET

		1-3/2016				
	1-3/2015	Alle alkuomavastuun jääneet ostot	Korvatut ostot	Yhteensä	Muutos vuodesta 2015	
Reseptejä	10 070 799	4 173 959	6 870 801	11 044 760	+9,7 %*	* Reseptien määrää on lisännyt annosjakelupalvelun piirissä olevien potilaiden reseptit, jotka kirjautuvat nykyisin reseptitiedostoon tyypillisesti kahden viikon välein, kun aiemmin kirjautumisväli oli kolme kuukautta.
Saajia	2 727 781	2 197 249	1 705 832	2 686 398	-1,5 %	
Kustannukset, euroa	443 990 557	66 425 030	386 480 179	452 905 209	+2,0 %	
Korvaukset, euroa	292 764 737	-	259 862 703	259 862 701	-11,2 %	
Ostavastuut, euroa	151 225 820	66 425 030	126 617 476	193 042 506	+27,7 %	

Lähde: Kelan Reseptitiedosto tammi–maaliskuu 2015 ja 2016. Luvut sisältävät myös alle 19-vuotiaat lääkekorvauksia saaneet henkilöt.

Lääkekorvausjärjestelmässä otettiin vuoden 2016 alusta käyttöön vuosittainen 50 euron alkuomavastuu. Korvattavista lääkkeistä, kliinisistä ravintovalmisteista ja perusvoiteista alkaa saada korvausta vasta, kun on itse maksanut valmisteista yhteensä alkuomavastuun verran.

Alkuomavastuu ei koske lapsia. Sitä sovelletaan lääkeostoihin vasta sen vuoden alusta, jona korvauksen saaja täyttää 19 vuotta.

Alkuomavastuun käyttöönotolla tavoitellaan säästöjä lääkekorvausmenoissa. Peruskorvattavien lääkkeiden korvausprosentti nostettiin samanaikaisesti alkuomavastuun käyttöönoton kanssa 35 prosentista 40 prosenttiin.

Ylemmän erityiskorvausluokan lääkekohtainen omavastuu nostettiin 3 eurosta 4,5 euroon ja lääkekaton ylittämisen jälkeen maksettava lääkekohmainen omavastuu 1,5 eurosta 2,5 euroon. Alkuomavastuu kerryttää vuosittaista lääkekattoa.

Kahdenlaisia ostoja tilastoidaan

Alkuomavastuun käyttöönoton myötä Kela tilastoi kahdenlaisia lääkeostoja. On ostoja, joiden kustannukset ovat jääneet alle alkuomavastuun ja joista asiakas ei siksi ole saanut korvausta. Toiseksi tilastoidaan lääkeostoja, joista asiakas on saanut korvausta. Jälkim-

maisissä ostoissa on myös sellaisia, joista osa on vielä kerryttänyt alkuomavastuuta, eikä korvausta ole maksettu lääkkeen koko hinnasta.

Reseptitiedostoon kertyi tietoa kaikkiaan noin 2,7 miljoonasta lääkkeistä hankineesta henkilöstä. Määrä on 1,5 % pienempi kuin edellisen vuoden vastaavana ajanjaksona.

Miljoonalla omavastuuta jäljellä

Kuluvan vuoden kolmen ensimmäisen kuukauden aikana apteekkeista on toimitettu noin 4 milj. reseptiä, jotka ovat kerryttäneet alkuomavastuuta ja joista ei ole maksettu korvausta (taulukko). Asiakkaat ovat maksaneet näiden reseptien lääkkeistä 66 milj. euroa.

Noin miljoonan lääkkeistä hankineen henkilön kustannukset ovat jääneet alkuomavastuuta pienemmiksi.

Korvauksia on kolmen ensimmäisen kuukauden aikana maksettu noin 1,7 milj. euroa. Yhteenlasketussa summassa on huomioitu sekä alkuomavastuun ylittäneiden aikuisten että alle 19-vuotiaiden lääkeostot.

Asiakkaiden lääkkeistään maksama summa oli alkuvuonna 28 % suurempi ja lääkekorvausmenot 11 % alhaisemmat kuin edellisenä vuonna. Sairausvakuutuksen maksuosuus lääkkeistä oli 57 %, kun se vuotta aiemmin oli 66 %.

Korvausosuus kasvaa loppuvuonna

Seuraavien vuosineljännesten aikana alkuomavastuuta kerryttävien ostojen määrä tulee vähenemään ja sairausvakuutuksen maksuosuus lääkekustannuksista kasvamaan vuoden ensimmäiseen vuosineljänneeseen verrattuna.

Vielä ei voi tehdä pitkälle meneviä johtopäätöksiä siitä, miten alkuomavastuu on vaikuttanut lääkkeiden käyttöön ja millaisiin säästösommeihin sillä tullaan pääsemään. Lääkkeiden kustannukset, joilla tässä yhteydessä tarkoitetaan lääkkeen kustannuksia ennen korvauksen vähentämistä, ovat alkuvuonna hieman nousseet. Sen perusteella voinee varovasti arvioida, että alkuomavastuusta huolimatta lääkkeitä on valtaosin pystytty hankkimaan entiseen tapaan. ¶

Seuraa uutisointia lääkekorvausten vaikutuksista verkossa: sosiaalivakuutus.fi



Jaana Martikainen
Tutkimuspäällikkö
Kela



Kotihoidon tuki vai kotouttaminen?

Vähäosaisten ja maahanmuuttajaperheiden lapset näyttävät hyötävän päivähoidosta eniten.

Edellisestä Sosiaalivakuutus-numerosta (1/2016) saimme lukea, kuinka kotihoitoa tuetaan Suomessa laajemmin kuin muissa Pohjoismaissa. Lapset ovat muita Pohjoismaita harvemmin päivähoidossa kaikissa ikäryhmissä.

Erilaiset järjestelmät ovat pitkälti seurausta poliittisen keskustelun erilaisista painopisteistä. Suomessa keskustelua on hallinnut valinnanvapaus, kun esimerkiksi Ruotsissa sukupuolten tasa-arvo on ollut vallitseva teema. Li-

säksi keskusteluun on liitetty kolmas teema, lapsen paras.

Tutkimustulokset eivät ole yksimielisiä siitä, kumpi olisi tietyn ikäiselle lapselle parempi vaihtoehto, koti- vai päivähoito. Hoidon laatu vaihtelee sekä päivä- että kotihoidossa.

Yhdestä asiasta kansainväliset tutkimukset ovat jokseenkin samaa mieltä: päivähoidosta näyttävät hyötävän erityisesti vähäosaisten ja maahanmuuttajaperheiden lapset. Tutkimuksissa hyötyjä on mitattu lyhyellä aikavälillä

muun muassa kielitaidossa ja koulumestystyksessä. Pitkällä aikavälillä on havaittu positiivisia vaikutuksia esimerkiksi työllisyydessä ja koulutustasossa.

Nämä tulokset yhdistettynä suomalaisen kotihoidontukijärjestelmään ja kasvavaan maahanmuuttoon ovat huolestuttava yhtälö, joka kaipaa lähempää tarkastelua. Aiheen tärkeyttä lisää myös se, että PISA-tulosten mukaan toisen polven maahanmuuttajaväestö on Suomessa keskimäärin kaksi kouluvuotta kantaväestöstä jäljessä.

Pakolaisperheissä tukea käytetään pitkään

Kotihoidon tukea voidaan maksaa vanhempainpäivärahaikauden jälkeen perheelle, jossa alle kolmevuotiaista lasta ei hoideta julkisessa päiväkodissa vaan esimerkiksi kotona. Jos perheessä on lisäksi muita alle kouluikäisiä lapsia, voidaan heidän kotihoidostaan maksaa myös hoitorahaa, jota tässä kutsutaan sisaruksen hoitorahaksi.

Kuviosta 1 nähdään, että maahanmuuttajat käyttivät 2000-luvulla kotihoidon tukea selvästi pidempään kuin kantaväestö. Kantaväestön kaksivuotiaista lapsista yli kaksi viidestä oli kotihoidossa, kun maahanmuuttajaväestössä osuus oli keskimäärin puolet korkeampi.

Pisimpään tukea käyttivät tyypillisistä pakolaisten lähtömaista muuttaneet, jotka tarvitsivat eniten tukea kotoutumisessa. OECD-maista muuttaneet käyttivät tukea lyhimmän ajan. Erot heijastavat maahanmuuttajien ja erityisesti äitien heikompa työmarkkinatilannetta; kotihoidon tuki lienee monelle maahanmuuttajalle vaihtoehto työttömyydelle.

Kun tarkastellaan sisaruksen hoitorahan käyttöä, tilanne kääntyy päällelleen. Esimerkiksi kantaväestön viisivuotiaiden kohdalla hoitorahaan tartutaan kolmessa neljästä tapauksesta, kun nuorinta lasta hoidetaan valmiiksi kotona. Maahanmuuttajaväestössä osuus oli keskimäärin kolmanneksen tästä.

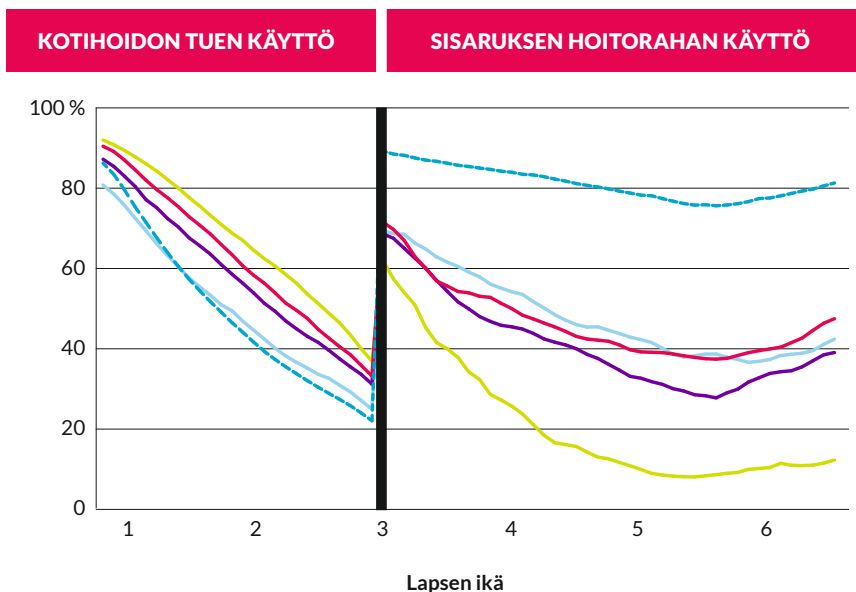
Ryhmittäin tarkasteltuna tilanne on kuin peilikuva alle kolmevuotiaiden tilanteesta: tyypillisistä pakolaismaista muuttaneet jättivät eniten sisaruksen hoitorahoja käyttämättä, ja jos hoitorahoja käytettiin, jakson pituus oli murto-osa kantaväestön jaksosta. Väestöllisten ja taloudellisten tekijöiden vakiointi ei muuttanut tulosta. Tilaisuutta sisaruksen hoitorahan käytölle ei kuitenkaan ole joka perheessä. Hieman alle puolet (45 %) kantaja maahanmuuttajaväestön lapsista oli jossain vaiheessa sisaruksen hoitorahan piirissä.

Mistä tulos kertoo? Todennäköisin selitys on, että maahanmuuttajaperheet tuntevat päivähoidon positiiviset vaikutukset lapselle ja vievät yli kolmevuotiaan lapsen siksi päivähoidon.

Tätä selitystä tukevat havainnot asiaa käsitelleistä haastattelututkimuksista.

Myös kunnan varhaiskasvatusviranomaisilla voi olla vaikutusta perheiden valintoihin, vaikka ainakaan suurimmilla kunnilla ei ole virallista ohjeistusta siitä, mikä olisi sopiva ikä maahanmuuttajalapsen päivähoidon. Ohjeistus saattaa vaihdella myös päiväkodeittain. Esimerkiksi Helsingin Sanomissa (17.4.2015) haastateltu päiväkodin johtaja kertoi, että maahanmuuttajia suositellaan tuovan lapsensa vasta kolmen ikävuoden jälkeen, kun lapsi on oppinut oman äidinkieltensä. Lopullisen päätöksen tekee kuitenkin perhe itse.

Pisimpään tukea käyttivät pakolaiset, jotka tarvitsivat eniten tukea kotouttamisessa.



Kotihoidon tuen ja sisaruksen hoitorahan käyttöaste lapsen iän ja maahanmuuttajaryhmän mukaan. Vuosina 1999–2006 Suomessa syntyneet lapset.


HUOM. Alle kolmevuotiaiden kohdalla osuus lapsista, joiden vanhemmat eivät ole vanhempainpäivärahalla. Yli kolmevuotiaiden kohdalla osuus lapsista, jotka oikeutettu sisaruksen hoitorahaan eli niistä, joiden alle kolmevuotiaista sisarusta hoidetaan kotihoidon tuella. Maahanmuuttajastatus määräytyy sen mukaan, onko äiti syntynyt Suomessa.

--- Kantaväestö
 --- Ent. NL
 --- Pakolaisten lähtömaat
 --- Muut
 --- OECD

Kotihoidon tuki hidastaa kotoutumista

Kotihoidon tuki voidaan nähdä ongelmallisena kotoutumisen kannalta. Monet maahanmuuttajat kuitenkin vievät yli 3-vuotiaat lapsensa päivähoidon.

Ensi elokuussa, osana hallituksen säästötoimia, päivähoidon oikeutta rajataan osa-aikaiseksi, jos toinen vanhemmista on kotona esimerkiksi työttömänä tai hoitamassa toista lasta. Monet suuret kunnat ovat kuitenkin päättäneet säilyttää oikeuden kokoaikaiseen päivähoidon uudesta laista huolimatta, ja maahanmuuttajaväestö keskittyy yhä suuriin kuntiin.

Päivähoidon oikeuden rajaaminen heikentäisi maahanmuuttajaperheiden mahdollisuutta päivähoidon käyttöön ja vaikeuttaisi kotoutumista. Säästön toteuttavissakin kunnissa voidaan lain mukaan poiketa päivähoidon oikeuden rajaamisesta, jos se on välttämätöntä lapsen kehityksen, tuen tarpeen tai perheen olosuhteiden takia. Lakiesityksen perusteluissa mainitaan, että peruste poikkeukseen voi syntyä esimerkiksi, jos päivähoidon tukisi maahanmuuttajalapsen kielitaidon kehitystä. Tätä ei ole kirjattu lakiin, vaan tapauskohtainen harkintavalta on jätetty kunnille. 

LUE LISÄÄ:

Tervola J. *Maahanmuuttajien kotihoidon tuen käyttö 2000-luvulla. Yhteiskuntapolitiikka 2015; 80 (2): 121-133.*

Tervola J. *Vanhempi kotona, lapsi päivähoidossa? Tarkastelu lastenhoitovalinnoista maahanmuuttajaperheissä. Julkaisussa: Haataja, Airio, Saarikallio-Torp, Valaste, toim. Laulu 573 566 perheestä. Lapsiperheet ja perhepolitiikka 2000-luvulla. Helsinki, Kela 2016. (Ilmestyy 16.6.2016.)*

Johtopäätökset

- Suomessa lasten kotihoitoa tuetaan laajemmin kuin muissa Pohjoismaissa. Toisaalta tiedetään, että lasten päivähoidon edesauttaa maahanmuuttajalasten kotoutumista.
- Kotihoidon tuen maksutietojen perusteella maahanmuuttajaperheet hoitavat Suomessa lapsiaan kantaväestöä pidempään kotona aina kolmevuotiaaseen saakka. Yli kolmevuotiaiden kohdalla tilanne näyttää kääntyvän toisinpäin. Todennäköisin selitys on, että maahanmuuttajaperheet haluavat edesauttaa lastensa kotoutumista päivähoidon avulla.



Väite ja vastaus

Väite: Kotihoidon tuki on ongelmallista politiikkaa maahanmuuttajien kotoutumisen kannalta

Vastaus: Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella näyttäisi olevan totta. Erityisesti vähäosaisten ja maahanmuuttajataustaisten perheiden lapset hyötyvät päivähoidosta monella mittarilla. Olennaisin syy lienee varhainen kielinoppiminen, joka vaikuttaa myöhemmän koulumenestykseen. Ulkomaisissa tutkimuksissa on havaittu myös positiivisia vaikutuksia myöhemmän työllisyyteen ja tuloihin.

Väite: Monet maahanmuuttajaperheiden lapset eivät ole päivääkään päivähoidossa ennen koulun alkua.

Vastaus: Tarua. Tämän tutkimuksen perusteella se näyttäisi olevan harvinaista, vaikka tarkkaa tietoa päivähoidon käytöstä ei ole saatavilla.

Väite: Elokuussa voimaan astuva päivähoidon oikeuden rajoitus voi vaikeuttaa maahanmuuttajien kotoutumista.

Vastaus: Mahdollisesti. Päivähoidon oikeus rajataan osa-aikaiseksi niissä perheissä, joissa toinen vanhempi on kotona esimerkiksi työttömänä tai hoitamassa toista lasta. Näiden perheiden joukossa maahanmuuttajataustaiset ovat yliedustettuina. Tällaisenaan lakimuutos heikentäisi maahanmuuttajataustaisten lasten mahdollisuuksia osallistua päivähoidon. Laissa on kuitenkin annettu mahdollisuus poiketa menettelystä, jos se katsotaan lapsen kehityksen kannalta tarpeelliseksi. Tapauskohtainen harkintavalta on jätetty kunnille.



Jussi Tervola
Tutkija, Kela



Kelan tuoreet tutkimustulokset osoittavat, että sotemalliin suunniteltu hintasääntely saattaa vaarantaa palvelujen laadun, kertoo Kelan tutkija Piia Pekola.

Riittävä tieto on valinnanvapauden edellytys

Kelan tuoreet tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että sote-uudistuksen laadunvalvonta ja puolueettoman tiedon kerääminen palveluista on mietittävä erityisen huolellisesti.

Teksti Johanna Hytönen Kuvat Miika Kainu

Uusi sotemalli on bisnestermein kutsuttuna sosiaali- ja terveydenhuollon uusi ekosysteemi. Sen sisällä on omat taloudelliset lainalaisuutensa, joista yksi keskeisimmistä on sote-asiakkaan valinnanvapaus.

Sote-asiakkaan vapaus valita palvelunsa ylläpitää kilpailua, jonka ajatellaan puolestaan tehostavan palvelujen tuotantoa. Hintasääntelyllä aiotaan varmistaa, että palvelujen laatu säilyy. Sote-alan yritysten uskotaan kilpailevan hinnan sijasta laadulla.

Kelan tuoreet tutkimustulokset kuitenkin osoittavat, että hintasääntelyn johdosta palvelujen laatu odotusten vastaisesti heikkenee.

”Tuoreessa tutkimuksessamme hintasääntely heikensi palvelujen laatua. Vaikutus oli jokseenkin pieni mutta tilastollisesti merkittävä”, kertoo Kelan tutkija ja KILPA-hankkeen projektipäällikkö Piia Pekola.

Kela käynnisti jo pari vuotta sitten KILPA-hankkeensa, jossa tutkitaan valinnanvapauden, markkinakilpailun ja hintasääntelyn keskinäistä suhdetta. Vastausta etsitään muun muassa siihen, miten markkinoiden kilpailu ja hintasääntely toimivat valinnanvapauden sallivassa ympäristössä ja minkälaisia työkaluja pitäisi kehittää sote-asiakkaan päätöksenteon tukemiseksi.

Näin kilpailu vaikuttaa laatuun

KILPA-hankkeen ensimmäisessä osatutkimuksessa Kela selvitti vuosien 2011–2014 palvelusetelikokeilun vaikutusta kuntoutuspalvelun laatuun.

Tutkimuksessa arvioitiin vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palvelua tarjoavien yritysten palvelujen laatua ja kysyntää, kun palvelun hinta on säännelty.

Läs på svenska:
sosiaalivakuutus.fi

← PAUL LILLRANK:

Terveyspalveluissa ”laatu” tarkoittaa kolmea asiaa. (1) Kliininen laatu tai vaikutus mitataan potilaan fyysisenä tilana jonkin toimenpidesarjan jälkeen. (2) Tekninen laatu on käytännössä sama kuin potilasturvallisuus. Suoritetiinko asiat virheettömästi sääntöjen mukaan; tehtiinkö mitä luvattiin. (3) Potilaan kokemus, tyytyväisyys tai tyytymättömyys.

Tutkimuksen aineistona käytettiin Kelan ja Tilastokeskuksen rekistereitä ja Suomen Asiakastieto Oy:n tietokantaa sekä Kelan palveluntuottajille tehtyä kyselyä. Palvelujen laatua arviointiin yritysten laatuinvestointien, kuten koulutuksen, kokemuksen, tilojen, laitteiden ja välineiden, perusteella.

Aiemmassa, fysioterapia-asiakkaille tehdyssä kyselytutkimuksessa palveluntarjoajan valintaan näyttivät vaikuttavan laadun lisäksi myös käytännölliset seikat. **Kuntoutuksen asiakkaat näyttävät esimerkiksi arvostavan pitkiä hoitosuhteita.** Kyselytutkimuksessa selvitettiin asiakkaiden suhtautumista valinnanvapauteen ja kartoitettiin valintaan liittyviä tekijöitä.

Hoitosuhteiden pituus oli tutkimuksessa keskimäärin 13,5 vuotta. Noin 40 % vastaajista ei ole koskaan vaihtanut palveluntuottajaa.

”Valinnanvapautta hyödyntäneet asiakkaat arvostivat monipuolisesti tuottajan laatua, vaikka käytännölliset tekijät, kuten esteettömyys ja matka-aika, olivatkin merkittäviä valintaan vaikuttavia tekijöitä”, Pekola kertoo.

Hintasääntely ratkaisee

Taloustieteellisten tutkimusten perusteella voidaan yleisesti sanoa, että kilpailu keskimäärin tehostaa toimintaa ja laskee hintoja. Vaikutus laatuun jää tutkimuksissa epäselväksi. Kilpailu

laski laatua esimerkiksi Kelan vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen fysioterapiapalveluissa, kun hinta oli kiinteä.

”Ratkaiseva tekijä on hintojen määräytyminen. Kirjallisuuden perusteella tiedetään, että vaikutukset laatuun vaihtelevat etenkin silloin, kun hinnat määräytyvät markkinoilla. Kun hinnat ovat kiinteät, teoria osoittaa varsin suoraan, että kilpailu nostaa laatua. Käytännössä tulos on kuitenkin epäselvä, kuten kilpailua koskeva tutkimuksemmekin osoittaa”, Pekola valaisee.

Ongelmallista on, jos asiakkaalla ei ole riittävästi vertailutietoa tuottajista. Markkinat eivät silloin toimikaan kuten on suunniteltu. Valinnanvapaudesta hyötyäkseen asiakkailla pitää siis olla riittävästi tietoa palvelujen laadusta. Tutkimusten perusteella näyttää siltä, että tiedon jakaminen on kaikkien kannalta hyvä asia.

”Kirjallisuuden perusteella voidaan sanoa myös, että se näyttää edistävän palvelun laatua”, Pekola lisää.

Tiedon jakaminen on tarpeen

Pekola muistuttaa, että asiakkaiden on oltava tietoisia valinnanvapaudestaan, jotta se voisi toteutua.

”Yksi keskeisimmistä asioista sote-uudistuksessa tulee olemaan tiedon jakaminen”, hän arvioi.

Pekola korostaa, että tarvitaan ainakin kahdenlaista tietoa – muodollista laatutietoa sekä asiakaskokemuksia. Suomessa valinnanvapauden tueksi on perustettu hoitopaikanvalinta.fi-sivusto, jonne on koottu tietoa valinnanvapaudesta ja sen käyttämisestä. Palveluvaaka.fi-sivustolla potilaat voivat etsiä, vertailla ja itse arvioida sosiaali- ja terveystieteiden tuottajia.

Muualla Euroopassa ja Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa on havaittu, että tieto todellakin vaikuttaa palvelujen valintaan. Laadukkaiksi arvioituilla palveluilla näyttää olevan eniten kysyntää, vaikka etäisyys asiakkaan ja tuottajan välillä onkin hyvin tärkeä valintaan vaikuttava tekijä.

← ← **PAUL LILLRANK:**

Tämä on luontevaa. Uuden hoitosuhteen aloittaminen vie potilaalta aikaa ja vaivaa.

← **PAUL LILLRANK:** Näin on.

Pitää muistaa, että uudessa sotessa valinnanvapaus on ensisijaisesti hoitopaikan valintaa. Tämä ei ole sen kummempia kuin mikä tahansa kuluttajavalinta. Asiakas valitsee itselleen tärkeiden ominaisuuksien perusteella. Valtion tulee määrätä kaikille palveluntuottajille yhtenäiset raportointikriteerit ja -velvoitteet. Tietojen tulee olla julkisia ja helposti saatavissa.

Tarvitaan kahdenlaista tietoa, muodollista laatutietoa sekä asiakaskokemuksia.

”Sote-uudistus ei ole markkinatalouden villi länsi”

Aalto-yliopiston professori **Paul Lillrank** on ollut mukana sote-uudistuksen selvitystyöryhmässä. Hän arvioi, että uudistuksen tarkoitusperät ja malli on monessa yhteydessä ymmärretty väärin. Hän kuvailee sotea valtion suorittamaksi vallankaappaukseksi, jossa sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäminen otetaan kunnilta maakuntien hoidettavaksi valtion määräämällä tavalla.

”Erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kasvaneet, kun sairaanhoitopiirit ovat myyneet kunnille palveluja. Perusterveydenhuolto on jäänyt hunningolle. Uudistuksessa vahditaan nyt potilaan ja veronmaksajien etua”, hän arvioi.

Sote-uudistusta valmisteleva työryhmä on esitellyt **Mats Brommelsin** johdolla neljä vaihtoehtoista asiakkaan valinnanvapauden mallia. Palveluntuottajille maksettavan kapitaatiomaksun suuruus vaihtelee palvelujen laajuuden mukaan.

Kapitaatiomaksu on palveluntuottajalle maksettava rahasumma kustakin asiakkaasta, joka valitsee terveyskeskuksen itselleen. Summa on tarkoitettu palvelujen järjestämiseen. Tämän lisäksi asiakkaalta veloitetaan käyntimaksut.

Lillrankin arvion mukaan kapitaatiomaksu on kevyimmässä mallissa 250–300 euroa ja laajimmassa mallissa 1 000–1 500 euroa henkilöä kohti vuodessa. Ensimmäinen luku vastaa suurin piirtein perusterveyden suomalaisten perusterveydenhoitoon henkilöä kohti kuluvaan summaan vuodessa. Jälkimmäinen summa on keskiarvo silloin, kun mukaan lasketaan myös pitkäaikaissairaat henkilöt.

”Järjestelmä kannustaa hoitamaan potilaat hyvin ja ehkäisemään ennalta pitkäaikaissairauksia. Se tulee palveluntuottajille edullisemmaksi. Laadun kannalta en näe aiemmasta poikkeavia riskejä. Alihoidon riski on olemassa nykyisessäkin järjestelmässä”, Lillrank kuvailee.

Hän pitää erittäin tärkeänä sitä, että uudessa sotemallissa palvelun tuottaja on eri organisaatio kuin palvelun järjestäjä.

”Pitää päättää, kuka palvelujen tuottamista valvoo ja myöntää toimitukset”, hän lisää.

Palveluntuottajat voivat tarvittaessa verkostoitua keskenään tarjotakseen kattavampia palveluja.

”Verkostomainen toimintatapa suosii pieniä ja keskisuuria yrityksiä. Erikoistuneet palveluntuottajat voivat toimia samoissa tiloissa keskenään, vaikka tuottajat olisivat juridisesti eri yhtiöitä.”

Tämä ei Lillrankin mukaan luo edellytyksiä sille, että sotemallista tulisi ”vapaan markkinatalouden villi länsi”. Hallituksen linjauksen mukaan palveluntuottajien pitää olla osakeyhtiöitä, joten tuottajien toimintaa sääntelevät osakeyhtiöiltä vaadittavat toimintaperiaatteet.



Paul Lillrank ei näe sotemallissa laadun kannalta uusia riskejä.

Onnistuuko sote-uudistus?

Tutkimusten perusteella Pekola uskallautuu arvioimaan myös sote-uudistuksen onnistumisen edellytyksiä. Palvelusetelikoikeilun puitteet olivat hyvin lähellä nyt suunniteltua sotemallia.

”Tarvitaan ennen kaikkea riittävästi vertailukelpoista tietoa, jotta asiakkaat pystyvät käyttämään valinnanvapautaan”, hän arvioi.

”Lisäksi sote-uudistuksen onnistumiseen vaikuttaa se, miten kysyntä ja tarjonta kohtaavat kullakin sote-alueella. Siihen voidaan vaikuttaa muun muassa korvauskäytännöillä sekä määrittelemällä palveluun rekisteröitymisen kriteerit”, Pekola jatkaa.

Kelan fysioterapian markkinoita analysoineessa tutkimuksessa palvelujen laatu näyttää olevan korkeimmillaan ääripäissä – sekä erittäin kilpailuilla alueilla että alueilla, joilla ei ole kilpailua juuri lainkaan.

”Hyvin toimiva kilpailu on todennäköisesti kaikkien toimijoiden etu. Asiakkaat hyötyvät, laatuun investoivat yritykset hyötyvät ja veronmaksajat hyötyvät. Markkinat pitää kuitenkin saada toimimaan halutulla tavalla, ja vertailutieto on tärkeä elementti valinnanvapautta korostavan järjestelmän onnistumisessa”, Pekola lisää.

Sotepalvelut voivat ketjuuntua

Kela aikoo jatkaa tutkimushanketta laajentamalla näkökulmaa asiakkaiden ja toisaalta palveluntuottajien suuntaan. Kyselytutkimuksella on jo selvitetty asiakkaiden kokemuksia ja käyttäytymismalleja.

Tutkimuksilla haetaan vastausta muun muassa kysymykseen, millä edellytyksillä esimerkiksi pienet ja keskisuuret yritykset voisivat toimia sote-alueilla. Niiden merkitystä on korostettu sotemalleista puhuttaessa. Tosiasiassa suurempien yritysten on paljon helpompi toimia sote-ympäristössä, koska ne pystyvät kokonsa ansiosta tarjoamaan kattavampia palveluja.

Voi käydä niin, että pienten ja keskisuuren yritysten sijasta asiakkaita kilpailevatkin kunnan yhtiöt ja isot monikansalliset terveyspalveluyritykset. Palvelut ketjuuntuvat ja kilpailuympäristö muuttuu ratkaisevasti. Laatu voi myös heikentyä entisestään.

KILPA-hankkeen jatko tuleekin syventämään näkemyksiä myös palveluntuottajien odotuksista. ¶

Asiakkaita kilpailevat kunnan yhtiöt vastaan monikansalliset suuryritykset.

← ← **PAUL LILLRANK:**
Jos kilpailu toimii, se pitää huolen siitä, että sote-alueella on oikea määrä yrityksiä.

Onko asiakkaasta kilpailuttajaksi?

Kelan tutkimusprofessori **Hennamari Mikkola** on huolissaan asiakkaan edun toteutumisesta tulevassa sotemallissa.

”On esimerkiksi kyseenalaista, osaako ja jaksaa-ko asiakas sairastuttuaan vertailla palvelujen laatua ja ominaisuuksia”, Mikkola arvioi.

KILPA-hankkeen tutkimustulokset ovat Mikkolan mukaan olleet opetus myös Kelalle.

”Kuntoutuspalvelujemme laadusta ja ominaisuuksista pitäisi antaa enemmän tietoa asiakkaille”, hän toteaa.

Mikkolan mukaan sotemallin riskinä on, että sotepalvelut keskittyvät isojen kansainvälisten toimijoiden käsiin.

”Sotemallissa yrityksiltä vaaditaan niin kattavia palveluja, että niitä eivät pysty tarjoamaan kuin isot yritykset. Pienten yritysten osana voi olla alihankkijan rooli”, hän arvioi.

”Sotemallin onnistumisen edellytyksenä on riittävä laadunvalvonta ja tiedon jakaminen palvelujen laadusta ja sisällöistä”, hän toteaa.

Läs på svenska:
sosiaalivakuutus.fi



Sotemaailma kaipaa muutosjohtajia

Sote-uudistuksen suunnittelussa pitäisi luopua one size fits all -ajattelusta, kehottaa tutkija Päivikki Kuoppakangas.

Johtamisen alan väitöskirjasi selvitti sote-organisaatioiden muuttamista liikelaitoksiksi. Minkälaisia sote-organisaatioihin kohdistuvia jännitteitä havaitsit tutkimuksessasi?

Suurimmat ristiriidat johtuvat siitä, että organisaatiomalleja ja toimintatapoja kopioidaan yksityisen sektorin organisaatio- ja liiketoimintamalleista ja ajatellaan, että *one size fits all* eli yksi malli sopii kaikkeen. Liiketalouden malleja ei voi suoraan siirtää sotemaailmaan, jossa organisaatiot ovat hyvin heterogeenisiä ja niiden tavoitteet aivan erilaisia kuin liikeyrityksissä. Julkisen talouden läpinäkyvyysvaade myös lisäsi byrokratiaa ja osittain vesitti yhtiöittämisen tuomat edut.

Laajassa haastattelututkimuksessa pääsit näkemään suuriin suomalaisiin sairaanhoitopiireihin kuuluvien sote-organisaatioiden toimintaa sisältäpäin. Miten johtamista sote-organisaatioissa voisi kehittää?

Sote-organisaatioihin tarvitaan strategisen muutosjohtamisen osaamista, ja henkilöstö pitää ottaa mukaan toiminnan kehittämiseen. Muutokset pitäisi viestiä niin, että ne eivät ole ristiriidassa toiminnan arvojen kanssa. Sote-alalla arvot ja substanssiosaaminen ovat perinteisesti erittäin tärkeitä asioita. Päätöksentekoa pitäisi kuitenkin jakaa myös tulosalueiden johtajille, ja tulostavoitteiden ja keinojen pitäisi olla mahdollisimman konkreettisia sekä realistisia. **📌**

Johanna Hytönen



Soteratkaisu kasvattaa kustannusriskejä

Jääkö hallituksen 3 mrd. euron säästötavoite vain unelmaksi, kysyy Kelan tutkimusprofessori Hennamari Mikkola.

Muistan, kuinka 1980-luvulla poliitikot lupasivat poistaa työttömyyden 6 kuukaudessa. Yhtä hurjalta lupaukselta kuulostaa istuvan hallituksen tavoite taittaa sotekustannusten vuotuinen kasvu alle prosenttiin. Tämä säästäisi lähivuosina luvutut 3 mrd. euroa. Jäikö tämä jäännös poliitikkojen käteen, kun viime kevään hallitusneuvotteluissa sovittiin konkreettisista säästösummista?

Tavoite on kova, kun ottaa huomioon soten toimintaympäristön, jossa väki vanhenee ja hoidot sekä kehittyvät että kallistuvat. Tähän päälle pukkaa vielä uusi markkinaehtoinen valinnanvapausmalli, joka sisältää merkittäviä kustannusriskejä veromaksajille.

Avoterveydenhuollossa työnantajat ovat tähän asti maksaneet valtaosan työssäkäyvien viuluista. Veroeuroja ei juuri mene yksityiseen hammashoittoon tai silmälääkäriin, sillä monet maksavat näiden kustannukset lähestulkoon omasta pussista. Kattaako uusi malli jatkossa myös hyväosaisten palvelut? Vai räjähtääkö yksityisten vakuutusten kysyntä?

Sotekuluja saataisiin hillittyä alentamalla työvoimakustannuksia. Tämä tarkoittaisi hoito-henkilökunnan palkkojen jäädytystä. Järeä keino olisi myös se, että poliitikot täsmentäisivät julkista palvelulupaustaan ja myöntäisivät, että kaikkia palveluja ei enää saa julkisella rahalla.

Voidaanko sotessa sitten säästää miellyttävien keinoin ja parantaa palveluprosesseja – edes teoriassa? Palvelujärjestelmän keinot ovat rajalliset ja sairastua voi, vaikka eläisi kuinka terveellisesti. Onnettomuuksiakin sattuu. Palveluja ei voi siis hallita yhtä riskittömästi kuin esimerkiksi auton valmistusta tai päivittäistavarakaupan jakelua.

Kiireettömien hoitojen osalta prosessin hallinta on helpompaa. Moni on tosin parantunut jonottaessaankin, ainakin flunssasta. Nopea hoitoon pääsy voi siis lisätä turhaa käyttöä. Toisaalta uskoa täytyy löytyä siihen, että palveluita voidaan osin tuottaa edullisemmin, vaikkapa sähköisesti.

Avain sote-kustannusten hillintään on tiedon kulku ja sen laatu. Sote-järjestelmän ohjauksen edellyttämä tietopohja on vielä retuperällä, ainakin valtakunnan tasolla. Varsinkin kustannustietojen saatavuus on vielä erittäin heikkoa. Esimerkiksi avohoidon lääkkeitä ja yksityisistä terveyspalveluista on saatavilla valtakunnallista kustannustietoa vain Kelan rekistereistä.

Jos Kela-korvaukset loppuvat vuonna 2019, myös yksityisten palvelujen valtakunnallinen kustannustietojen keruu loppuu kuin seinään. Tilalle pitäisi saada nopeasti jotain muuta. Jos uudessa mallissa kaikki palveluntuottajat ympäri Suomen saavat saman laskennallisen korvauksen samasta hoidosta, kuka laskee todelliset kustannukset ja valvoo laatua?

Terveydenhuollon markkinoiden toiminta vaatii valvontaa ja säätelyä – Amerikassa myös paljon lakimiehiä. Kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten mukaan asiakkaan rooli palvelun kilpailuttajana on rajallinen. Asiakkaat kun vaihtavat tuottajaa harvoin ja useimmiten uusikin palveluntuottaja on jostakin läheltä. Vertailutiedon hankinta on myös työlästä ja aikaa vievää. Markkinoiden valvonta ilman jouhevaa tiedon kulkua voi tulla hallinnollisesti kalliiksi.

Hennamari Mikkola

Tieto- ja viestintäyksikön päällikkö, Kela

Läs på svenska:
[sosiaalivakuutus.fi](https://www.sosiaalivakuutus.fi)

JOSKUS ENNEN

Arja Alho nousi äänivyöryllä eduskuntaan. Kuva on vuodelta 1987.

Sosiaaliturvaa pienestä pitäen

Isäni oli kanttori-urkuri ja työskenteli 1960-luvulla sivutoimisena Kansaneläkelaitoksen piiriasiamiehenä. Ihmiset tulivat hoitamaan asioitaan meille kotiin. Me muut perheenjäsenet viihdyimme heitä, kun he odottivat isääni.

Luulen, että oma haluni vaikuttaa sosiaalipolitiikkaan heräsi, kun kuuntelin näiden ihmisten tarinoita. Minua alkoivat kiinnostaa esimerkiksi sairauksien taustalla vaikuttavat olosuhteet, jotka eivät aina riippuneet ihmisistä itsestään.

Myöhemmin valtiovarainministerinä pääsin itse vaikuttamaan ihmisten asioihin. Nyt olen seurannut mielenkiinnolla perustulokeskustelua. Keskustelussa esitetty negatiivinen tulovero olisi voitu toteuttaa jo ministeriaikani 1990-luvulla, kun teimme isoa verohallinnon uudistusta. Silloin oli kuitenkin lama ja keskityttiin säästöihin. ¶

Arja Alho, 62
Päätoimittaja, vapaa kirjoittaja

ARJA ALHO JA SOSIAALITURVA

Synnyin Hartolassa 1954.

Aloin opiskella sairaanhoitajaksi 1975. Opintotuella oli minulle suuri merkitys.

Nousin Helsingin kaupunginvaltuustosta kansanedustajaksi 1983.

Toisena valtiovarainministerinä 1995-97 ja toteuttamassa muun muassa veroehdotusta.

Ydin-lehden päätoimittajaksi 2009 Arvo Salon opein: "Kirjoittakaa suuria ajatuksia pieniin lehtiin."

1940-luku:
invalidihuoltolaki, sotilasvammalaki ja lapsilisä

1960-luku:
sairausvakuutuslaki ja äitiyspäiväraha

1970-luku:
asumistuki lapsiperheille ja kunnallinen päivähoito

1980-luku:
sosiaalihoitolaki, lastensuojelulaki, kotihoidon tuki, vammaispalvelulaki

1990-luku:
laki sote-suunnittelusta, sosiaalipolitiikka hallitusohjelmaan

2000-luku:
aktiivisen sosiaalipolitiikan aika

”Kun digitalisaatio etenee, Kela pystyy tarjoamaan asiakkaille esimerkiksi asumistukea ilman, että tämän tarvitsee sitä erikseen hakea.”

- Kari-Pekka Mäki-Lohiluoma, johtaja, Kela

Lue ajankohtaisista sosiaaliturvan päätöksentekoon liittyvistä aiheista Kari-Pekka-blogista: sosiaalivakuutus.fi.

Kela|Fpa[®]

www.sosiaalivakuutus.fi | Julkaisija Kansaneläkelaitos, PL 450, 00101 Helsinki | Puhelinvaihe 020 634 11 | Sähköposti sosiaalivakuutus@kela.fi | www.kela.fi | www.kela.fi/viestinta | UUSI ORGANISAATIO www.kela.fi/organisaatio | Kaikki Kelan yhteystiedot www.kela.fi/yhteystiedot | Alla kontaktuppgifter till Fpa www.fpa.fi/kontaktaoss | Puhelinpalvelu asiakkaille - kaikki palvelunumerot: www.kela.fi/palvelunumerot