

Mats Brommels

## Mitä valinnanvapaus merkitsee terveydenhuollose?

Suomessa asuvilla on vuodesta 1964 ollut mahdollisuus saada rahallista tukea, kun he valitsevat yksityisen terveystalvelujen tuottajan. Tuolloin astui voimaan valtiollinen kaikille pakollinen ja myös kaikille avoin sairausvakuutus. Se korvaa osan lääkäriin vastaanotolla käynnistä sekä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä potilaalle aiheutuneista kustannuksista. Viisikymmentä vuotta myöhemmin valinnanvapaus toteutettiin julkisessa terveydenhuollossa – asukas voi nykyään valita asuinpaikastaan riippumatta terveystalveluksen ja sairaalan mistä tahansa Suomessa. Huomionarvoista on, että julkisen järjestelmän osalta Suomi kulki jälkijunassa. Vastaava potilaan valinnanvapaus toteutettiin muissa Pohjoismaissa ja Englannissa jo 1990-luvun alkupuolella.

Yksityistä talvelujen tarjontaa on terveydenhuollossa ollut ”historian alusta”. Sairaustalvelutus avasi nämä markkinat kuitenkin koko väestölle. Vaikka hyvätuloisilla on ollut paremmin varaa käyttää yksityisiä talveluja (he käyttävät myös julkisia talveluja muita tulonsaajaryhmiä enemmän), myös pienempituloiset ovat laajamittaisesti käyttäneet sairaustalvelutuksen osittain korvaamia yksityissektorin talveluja.

Valinnanvapaus ja markkinaehtoinen toiminta suomalaisessa terveydenhuollossa ei toisinsanoen ole uutta. Mikä siis muuttuu nyt kaavailun sote-uudistuksen myötä?

Hallituksen linjausten mukaan julkisesti rahoitetussa sosiaali- ja terveydenhuollossa myös yksityiset ja kolmannen sektorin toimijat voivat tarjota talveluja julkisten organisaatioiden rinnalla. Asukkailla on mahdollisuus valita tarvitsemansa talveluntuottaja rekisteröityjen toimijoiden joukosta, ja julkinen ”raha seuraa

potilasta”. Mikäli selvityshenkilöiden ehdotus toteutetaan, poistetaan samalla sairaustalvelutuksesta yksityisten talvelujen käytöstä suoritettavat Kela-korvaukset. Sen jälkeen yhteiskunta ei enää subventoi yksityistä sektoria, mutta yksityiset toimijat voivat kilpailla julkisrahoitteisessa järjestelmässä potilaista ja asiakkaista ja kaikki toimijat ovat ”samalla viivalla” (1). Kela-korvausten poistoa koskeva ehdotus ei ole juuri saanut kritiikkiä, mikä johtunee nykyisten korvausten pienuudesta.

Uudistukseen liittyy uskomuksia, tavoitteita ja pelkoja. Monituottajamalli tarjoaa asukkailla vaihtoehtoja valittavaksi. Kansalaisten vapaan valinnan oikeuden takaaminen perustellaan jäljempänä luetelluilla argumenteilla, ja järjestelyyn liitetään vastaavanlaisia toiveita. Valinnanvapauden synnyttämä kilpailu pakottaa talvelujen tuottajia lisäämään toiminnan tehokkuutta ja entistä tarkemmin ottamaan huomioon potilaiden toivomukset. Usein valinnanvapauden ja kilpailun nähdään laukaisevan eriarvoistavia mekanismeja. Myös päinvastaisia perusteluja on esitetty – toiminnan tehostuminen vapauttaa voimavaroja ja työvoimaa suunnattavaksi paljon talveluja tarvitseville, mikä puolestaan vähentää epätasa-arvoa. Nämä edustavat talouden ajattelumalleista johdettuja perusteluja. Harvemmin korostetaan valinnanvapauden merkitystä potilasoikeuksien näkökulmasta, vaikka valinnanvapaus voidaan nähdä myös osana potilaan itsemääräämisoikeutta ja keino-na voimaannuttaa potilaita ja kansalaisia (2).

Monituottajamallin toteuttaminen osana valinnanvapausjärjestelmää julkisrahoitteisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa synnyttää kilpailutilanteen tunnettuine etuineen ja haittoineen.

Etujen hyödyntäminen (esimerkiksi palvelujen saatavuuden paraneminen) ja haittojen estäminen (”kermankuorinta” ja palvelukokonaisuuksien pirstoutuminen) on rahoittajina ja markkinoiden sääntelijöinä toimivien julkisten viranomaisten tärkeä tehtävä, johon viranomaisten pitää aktiivisesti valmistautua lainsäädäntötyön ja hallintorakenteiden kehittämisen ohella. Siten voidaan parhaiten edistää uudistuksen tavoitteita – ennen kaikkea peruspalveluiden turvaamisesta ja kustannusten lisääntymisen hillitsemistä. Esitysten täsmentymistä ja uudistuksen etenemistä voi seurata verkko-osoitteesta [www.alueuudistus.fi](http://www.alueuudistus.fi).

Pidän itsemääräämisoikeuden korostumista ja potilaan ja omaisten osallistumismahdollisuuksien vahvistumista uudistuksen tärkeimpänä elementtinä. Se tapahtuu samanaikaisesti, kun lääketieteen kehitys luo mahdollisuudet entistä yksilöllisemmälle diagnostiikalle ja hoidolle, ja digitalisaatio antaa kansalaisille uusia kanavia tiedon lähteille sekä välineitä itsehoitoon ja kimmokkeita terveytensä edistämiseen. Esimerkiksi Yhdysvaltain lääkevalvontaviranomainen on korostanut, että yksilöllinen ja täsmälääketiede luovat paineita myös hoitojärjestelmien yksilöllistymiseen (3).

Näiden kehitysvoimien ja jo käsillä olevien tulevaisuusskenaarioiden merkittävimmät vaikutukset ovat potilaan aseman vahvistuminen ja asiantuntijavallan väheneminen. Potilaat, jotka siihen kykenevät, ottavat entistä selkeämmin vastuuta oman terveytensä edistämisestä ja sairautensa hoidosta. Tämä on jo nyt nähtävissä monissa kroonisten sairauksien potilasryhmissä. Tasa-arvoisemman potilas-lääkärisuhteen muodostuminen ja lääkärin roolin muuttuminen entistä enemmän potilaan kumppaniksi ja neuvonantajaksi voidaan kokea vaativana. Toisaalta muutoksen hyödyt ovat ilmeiset myös ammatillisten päämäärien (lisääntynyt terveyshyöty potilaalle) toteutumisen kannalta

(4,5). Lisäksi on korostettu, viitaten suomalaiseenkin palvelujen johtamista käsittelevään kirjallisuuteen, että palvelujen tuottaminen tapahtuu aina tuottajan ja kuluttajan yhteistointana (6). Tämä koskee myös terveyspalveluja. Terveystuotannon ammattihenkilöt ovat toki aina asettaneet potilaan edun muun edelle. Uutta tässä ”kanssahoidossa” (co-production, co-care) on, että potilaskeskeisyys turvataan muokkaamalla organisaatiota ja toimintaprosesseja yhdessä potilaiden kanssa (co-design) (7). Kanssahoidon ja omahoidon mahdollistaminen on myös kaikkein mielekkäin tapa tehostaa palvelutoimintaa ja siten myötävaikuttaa sote-uudistuksen kansantaloudellisten tavoitteiden toteutumiseen. ■



**MATS BROMMELS, LKT, professori**  
Medical Management Centre  
Karolinska Institutet, Tukholma

#### **SIDONNAISUUDET**

Apuraha (Forte), asiantuntijapalkkio (STM), matkakorvaus (STM)

#### **KIRJALLISUUTTA**

1. Brommels M, Aronkytö T, Kananoja A, ym. Valinnanvapaus ja monikanavarahoituksen yksinkertaistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Selvityshenkilöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:37.
2. Vrangbaek K, Robertson R, Winblad U, ym. Choice policies in Northern European health systems. *Health Econ Policy Law* 2012;7:47–71.
3. Paving the way for personalized medicine: FDA's role in a new era of medical product development. Silver Spring: U.S. Food and Drug Administration 2013. [www.fda.gov/downloads/ScienceResearch/SpecialTopics/PersonalizedMedicine/UCM372421.pdf](http://www.fda.gov/downloads/ScienceResearch/SpecialTopics/PersonalizedMedicine/UCM372421.pdf).
4. Greenfield S, Kaplan S, Ware JE Jr. Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 1985;102:520–8.
5. Coulter A, Parsons S, Askham J. Where are the patients in decision-making about their own care? Policy brief. Kööpenhamina: World Health Organization 2008. [www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf](http://www.who.int/management/general/decisionmaking/WhereArePatientsinDecisionMaking.pdf).
6. Batalden M, Batalden P, Margolis P, ym. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016;25:509–17.
7. von Thiele Schwarz U. Co-care: producing better health outcome through interactions between patients, care providers and information and communication technology. *Health Serv Manage Res* 2016;29:10–5.