

Terveystenhooltojärjestelmien kehityssuunnat Euroopassa

Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Saksa ja Iso-Britannia

Timo Aronkytö

Päiväys 08.02.2010

Sisällysluettelo

Sisällysluettelo.....	2
1 Yleisiä kehityssuuntia Euroopassa.....	3
2 Ruotsi.....	6
2,1 Järjestelmä ja ohjaus.....	6
2,2 Rahoitus ja palvelutuotanto.....	8
3 Norja	12
3,1 Järjestelmä ja ohjaus.....	12
3,2 Perusterveydenhuollon vahvistaminen	14
3,3 Rahoitus ja palvelutuotanto.....	15
4 Tanska	18
4,1 Järjestelmä ja ohjaus.....	18
4,2 Rahoitus ja palvelutuotanto.....	21
5 Alankomaat (Hollanti)	23
5,1 Järjestelmä ja ohjaus.....	23
5,2 Rahoitus ja palvelutuotanto.....	26
6 Saksa	31
6,1 Järjestelmä ja ohjaus.....	31
6,2 Rahoitus ja palvelutuotanto	32
7 Iso-Britannia	36
7,1 Järjestelmä ja ohjaus.....	36
7,2 Rahoitus ja palvelutuotanto.....	39
Viitteet ja kirjallisuutta.....	41

1 Yleisiä kehityssuuntia Euroopassa

OECD-maiden kansalliset terveydenhuoltojärjestelmät ovat rakentuneet asteittain vuosien mittaan ja niiden terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitusmallit poikkeavat toisistaan. Pohjoismaiden ja Britannian ns. Beveridge-rahoitusmalli perustuu verorahoitukseen. Näissä maissa terveydenhuollon rahoitus ja palveluiden järjestäminen ovat yhden organisaation tai tahon hallinnassa. Britanniassa tämä organisaatio on NHS (National Health Service) ja Pohjoismaissa joko kunta tai valtio. Pohjoismaiset terveydenhuollon uudistukset ovat viime vuosina jossain määrin muuttaneet tätä perusasetelmaa.

Preussin entisen kansleri Bismarckin mukaan nimetty rahoitusmalli on käytössä Keski-Euroopan maissa, Saksassa, Hollannissa ja Ranskassa. Bismarck-rahoitusmalli perustuu (sosiaali)terveysvakuutukseen, joka voi olla kansalaisille pakollinen tai vapaaehtoinen. Bismarck-malleja ollaan kehittämässä useassa Euroopan maassa kansallisen pakollisen vakuuttamisen suuntaan. Samaan aikaan pyritään kuitenkin ylläpitämään kilpailua terveyspalveluiden tuottajien ja myös vakuuttajien kesken. Mallin perusajatuksena on tehokkuuden ja toiminnan laadun saavuttaminen järjestelmässä sisäänrakennettuina olevien kilpailullisten elementtien avulla.

Useassa maassa on meneillään terveydenhuoltojärjestelmien uudistuksia. Tulevaisuuden haasteet, vanheneva väestö, potilasasiakkaiden lisääntyvät vaateet sekä työvoiman saatavuusongelmat vaativat järjestelmiltä yhä enemmän dynaamisuutta, ketteryyttä ja responsiivisuutta. Varsin yhteneviin eurooppalaisiin arvoihin perustuvat tavoitteet edellyttävät tulevaisuudessa terveydenhuollon järjestelmiltä parempaa asiakaslähtöisyyttä, laatua, tuottavuutta ja vaikuttavuutta. Palvelut tulisi turvata laadukkaina ja oikea-aikaisina kaikille ihmisille asuinpaikasta ja iästä riippumatta.

Pohjoismaissa, Hollannissa ja Britanniassa on viime vuosina tehty muutoksia maiden terveydenhuoltojärjestelmiin. Uudistusten tarkoituksena on palvelujärjestelmien toiminnan ja asiakaslähtöisyyden tehostaminen. Uudistuksissa on nähtävissä yhteneviä muutoskohteita.

Rahoituksen kestävyys turvaamiseksi on useassa maassa rahoitusvastuuta siirretty suuremmille yksiköille ja toimijoille. Norjassa erikoissairaanhoidon siirretty kokonaisuudessaan valtiolle. Tanskassa valtion roolia palvelujen rahoittajana on vahvistettu. Hollannissa sairausvakuutus on tullut kaikille kansalaisille pakolliseksi samalla kun rahoituksen ohjausta on keskitetty. Hollannissa kehitys on kulkenut myös kohti suurempia vakuutusyhtiöitä. Saksassa kassojen vakuutusmaksut on yhtenäistetty vuoden 2009 alusta alkaen ja maksut kerätään kansalliseen terveysrahastoon. Sieltä kassat saavat rahoituksen, joka perustuu asiakkaiden sairastavuuteen ja riskeihin. Kassojen määrä on pienentynyt.

Palveluiden tuottajajärjestelmien on myös annettu kehittyä. Yksityisiä palveluntuottajia on tullut mukaan kilpailemaan julkisten tuottajien kanssa.

Omalääkärijärjestelmä on mullistuksessa Ruotsissa ja Norjassa, joissa lääkärin ammatinharjoittajamallilla yritetään pelastaa perusterveydenhuollon lääkäritoiminto. Britanniassa, jossa perusterveydenhuollon lääkärit ovat aina olleet ammatinharjoittajia, kokeillaan mallia, jossa yleislääkärin palkasta osa muodostuu tuotetun palvelun laadun perusteella tavoitteena parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta.

Kaikissa uudistuksissa yhteistä on potilasasiakkaan valinnanvapauden lisääminen ja potilaan oman vastuun korostaminen. Ruotsissa on otettu käyttöön vård val -malli, jossa potilaan valinnanvapaus on viety varsin pitkälle: potilas valitsee palveluntuottajan ja raha seuraa potilasta.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän uudistaminen on yksi Vanhasen kakkoshallituksen tärkeimmistä hallitusohjelmaan kirjatuihin tavoitteisiin. Kansanterveyslakia ja erikoissairaanhoidon lakia ollaan yhdistämässä laiksi terveydenhuollosta. Sosiaali- ja terveydenhuollon integraatiota halutaan lisätä lakien avulla. Tämä tapahtuu erottamalla terveydenhuollon ja sosiaalihuollon substanssilajeista kaikki järjestämistä, kehittämistä ja valvontaa koskevat osiot ns. sosiaali- ja terveydenhuollon hallintolaiksi. Kunta- ja palvelurakennemuutos eli Paras-hanke etenee ja sen seuraava vaihe on kunnille annattavat laiskanläksyt ja ukaasit. Näyttää siltä, että Suomi on valinnut muista eurooppalaisista maista paljon eroavat keinot tulevaisuuden terveydenhuollon ja vanhustenhuollon turvaamiseen. Hallinnollisten ratkaisujen ja etukäteen betonoidun palveluarkkitehtuurin sijaan useimpien maiden uudistusten yhteisenä piirteenä näyttää rahoitusjärjestelmän ottaminen uudistusten keskiöön. Potilasasiakkaan todellisen valinnan vapauden lisääminen näyttää myös olevan arvo eurooppalaisessa terveydenhuollon ja vanhustenhuollon kehittämistoiminnassa.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen keskiöön on valittu rakenteelliset ja hallinnolliset ratkaisut, kuntakoon suurentaminen, yhteistoiminta-aluemallit ja sosiaali- ja terveydenhuollon muodollinen eheys. Muissa maissa rahoitusjärjestelmän kehittäminen on ollut keskeisemmässä roolissa.

Seuraavassa esitellään valittujen Euroopan maiden - Ruotsi, Norja, Tanska, Alankomaat, Britannia ja Saksa - sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien rakennetta, rahoitusta ja järjestelmien viimeaikaista kehitystä. Näiden maiden sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmien kehittämisessä on nähtävissä seuraavia yhtenäisiä piirteitä:

1. Rahoitusvastuun ja siitä johtuvan ohjausvoiman siirto suuremmalle kokoavalle toimijalle, "isommat hartiat".
2. Palvelujen tuotantojärjestelmän monimuotoistuminen, joustavuuden kasvu; yleislääkäri-perhelääkärijärjestelmän korostaminen ja yleislääkäriin rooli ensikontaktina.
3. Palveluntuottajien ansaintalogiikan selkeyttäminen; julkinen raha kanavoituu laadukkaisiin ja vaikuttaviin palveluihin, kun potilas saa valita ja verrata palveluita. Palveluntuottajan kokonaisvastuuta korostetaan. "Raha seuraa potilasta".
4. Potilaan valinnanvapauden mahdollistaminen muutoinkin kun "paperilla".

Suomen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää on totuttu pitämään varsin tehokkaana ja edullisena (ks. taulukko 1.1). Suomen terveydenhuoltomenojen kasvu näyttäytykin varsin maltillisena, mikäli tarkastellaan 1990-luvun loppua. Menojen kasvuvauhti on kiihtynyt koko 2000-luvun, ja vertailumaissa on nähtävissä samanlainen kehitys. Suomessa kotitalouksien maksama osuus terveydenhuollosta on vertailumaiden korkeimpia ja potilaiden valinnanmahdollisuus hoitojen suhteen taas vähäisin. Sosiaali- ja terveystalouden kasvava tarve ja potilaiden lisääntyvät vaateet johtavat menojen bruttokansantuoteosuuden kasvuun. Rahoitusjärjestelmän ohjausvoima on keskeisimpiä tekijöitä tuottavuuden ja laadun sekä asiakasohjautuvuuden turvaamisessa.

	Terveydenhuollon kokonaismenojen osuus BKT:sta v. 1990 - 2006, muutos prosenttiyksikköinä ja prosentteina				Terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden ostovoimapariteetilla korjattuna (US\$, ko. vuoden rahanarvossa) 1990 - 2006 ja prosenttimuutos			Julkisten menojen prosenttiosuus terveydenhuollon kokonaismenoista sekä osuuden muutos 1990 - 2006		
	v. 1990	v. 2006	muutos prosenttiyks..	muutos prosentteina	v. 1990	v. 2006	muutos prosentteina	v. 1990	v. 2006	muutos prosenttiyks.
Ruotsi	8,2	9,2	1,0	12,2	1592	2284	101	89,9	81,7	-8,2
Norja	7,6	8,7	1,1	14,5	1370	4520	230	82,8	83,6	0,8
Tanska	8,3	9,5	1,2	14,5	1544	2379	117	82,7	84,1	1,4
Alankomaat	8,0	9,3	1,3	16,3	1416	2337	139	67,1	72,0	4,9
Saksa	8,3	10,6	2,3	27,7	1769	2671	91	76,2	76,9	0,7
Iso-Britannia	6,0	8,4	2,4	40,0	965	2760	186	83,6	87,3	3,7
Suomi	7,7	8,2	0,5	6,5	1367	1794	95	80,9	76	-4,9

Taulukko 1.1 Terveysmenot ja niiden kehitys Suomessa ja valituissa vertailumaissa
Lähde: OECD Health Data 2008; Klazinga 2008 (Alankomaat)

2 Ruotsi

Ruotsi on Pohjoismaiden suurin maa ja sen asukasluku on yli 9,2 miljoonaa (v. 2005)¹. Ruotsin bruttokansantuote² asukasta kohden vuonna 2007 oli 36 603 USD (OECD 2008). Ruotsin inhimillisen kehityksen indeksi³ (HDI) vuonna 2006 oli 0,958⁴ ja maa sijoittui maailmassa seitsemänneksi tällä mittarilla mitattuna.

2,1 Järjestelmä ja ohjaus

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on kolmiportainen. Valtakunnallinen ohjaus toteutetaan kansallisella tasolla, ja järjestämis- ja rahoitusvastuu jakautuu kahdelle tasolle: alueelliselle ja paikalliselle. Ruotsin kuntajärjestelmä koostuu kahdesta tasosta: kunnat ja maakunnat eli maakäräjät. Molemmilla tasoilla on verotusoikeus. Terveyden- ja sairaanhoitolaissa (Hälso- och sjukvårdslag) määritellään vastuun jakautumisesta kuntien ja maakäräjien kesken. Ruotsissa vastuu sairaaloista ja suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa on maakäräjillä. (Willberg & Valtonen 2007)

Ruotsissa lainsäädäntövalta on valtiopäivillä. Hallitus valmistelee lakialoitteet ja vastaa valtiopäivien päätösten toimeenpanosta. Valtio vastaa laaja-alaisesta sosiaali- ja terveyspolitiikasta. Sosiaali- ja terveysministeriö (Socialdepartementet) ohjaa ja valvoo terveydenhuollon ja sairaanhoidon järjestämistä sekä laatii lakiehdotuksia. (Socialdepartementet 2007)

Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimii sosiaalhallitus (Socialstyrelse), joka vastaa sosiaali- ja terveyspolitiikan käytännön toteuttamisesta. Sosiaalhallitus jakautuu vastuuosastoihin. Terveyden- ja sairaanhoidon osasto (Hälso- och sjukvårdsavdelningen, HS) vastaa terveydenhuollon ohjauksesta ja valvonnasta. Sosiaalhallituksen toimenkuvaan kuuluvat myös sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevan tiedon ja normien tuottaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon valvonta. Lisäksi sosiaalhallitus valvoo terveydenhuollon henkilöstöä, myöntää luvanvaraisten ammattien toimiluvat, valvoo terveyspalveluiden järjestämistä ja tuottamista sekä arvioi palveluita suhteessa asetettuihin tavoitteisiin. (Glenngård, Hjalte, Svensson, Anell & Bankauskaite 2005)

Alueellisella tasolla Ruotsi on jaettu 21 lääniiin. Läänitasolla yhteiskunnallisia tehtäviä hoitavat maakäräjät (landsting), johon läänin asukkaat valitsevat edustajansa yleisissä vaaleissa. Maakäräjiä on 18. Lisäksi Ruotsissa on kaksi aluetta, Skåne ja Länsi-Götanmaa, sekä yksi kunta, Gotlanti, joilla on

¹ Wikipedia 2009.

² Bruttokansantuote korjattu ostovoimapariteetilla (PPP).

³ Inhimillisen kehityksen indeksi eli HDI (engl. Human Development Index) on Yhdistyneiden kansakuntien kehitysohjelman (UNDP) luoma mittari, joka koostuu odotettavissa olevasta elinajasta, lukutaidosta, koulutuksesta ja elintasosta. Sen tavoitteena on tarjota vertailukelpoinen inhimillisen kehityksen mittari eri maiden välille ja kuvata, kuinka hyvän elämänlaadun maat pystyvät tarjoamaan asukkailleen (YK 2009).

⁴ "Human development indices". United Nations Development Programme. Saatavissa 25.5.2009: http://hdr.undp.org/en/media/HDI_2008_EN_Tables.pdf

maakärjävelvollisuudet ja -oikeudet. Maakäräjien toiminnan rahoitus perustuu maakärjäveroihin, valtion avustuksiin ja muihin maksuihin.

Laissa terveyden- ja sairaanhoidosta (1982) säädetään maakäräjien ja kuntien vastuista terveyden- ja sairaanhoidon järjestämisessä. Lain mukaan maakäräjät ja kunnat päättävät järjestettävien palvelujen tasosta ja järjestämistavasta. Maakäräjillä on kuitenkin käytännössä vastuu terveydenhuollon järjestämisestä, sairaaloiden ja erikoissairaanhoidon toiminnasta ja suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa. Perusterveydenhuollon rakenne ja organisaatio vaihtelevat maakäräjittäin. Palvelujen tuottamisessa voidaan käyttää ostopalveluja. Myös lääkekustannusten korvaus potilaille kuuluu maakäräjille. Perusterveydenhuoltoa tarjoavia terveyskeskuksia Ruotsissa on yli 1000. Potilaan oikeutta valita lääkäriinsä ja hoitopaikkansa laajennettiin vuonna 2003, jonka jälkeen potilas on voinut hakeutua hoitoon koko valtakunnan alueella samoin ehdoin kuin kotimaakärjäkunnassaan. (Glenngård ym. 2005)

Maakäräjät on jaettu kuuteen sairaanhoitopiiriin, joissa jokaisessa on noin miljoona asukasta. Sairaanhoitopiireissä tuotetaan alueen vaativa erikoissairaanhoido. Maakäräjien tulee järjestää tarvittavat palvelut siten, että kaikilla asukkailla on tarjolla lain edellyttämän tason vastaavaa hoitoa. Maakäräjät omistavat suurimman osan terveydenhuollon toimitiloista, sairaaloista, terveyskeskuksista ja muista laitoksista. Lisäksi alueella toimivista yksityisyrityksistä suurimmalla osalla on sopimus maakäräjien kanssa. (Glenngård ym. 2005)

Ruotsissa on 290 kuntaa (12/2008). Kunnat vastaavat sosiaalipalveluiden (mm. kotipalvelu, kotisairaanhoido, lasten päivähoido, vammaispalvelut) järjestämisestä ja rahoituksesta (Willberg & Valtonen 2007). Toiminta rahoitetaan kunnallisveroilla, valtion avustuksilla ja maksuilla. Sosiaalipalvelujen tuottamista ohjaa sosiaalipalvelulaki (Socialtjänstlag 2001).

Huhtikuussa 2008 Ruotsissa julkaistiin hallituksen selvitys potilaan oikeuksista (nk. vårdval). Vårdval-pilotteja on toteutettu vuodesta 2007 alkaen Göteborgissa, Hallandin alueella ja vuoden 2008 alusta Tukholmassa. Näissä järjestelmissä potilas valitsee aktiivisesti oman terveyskeskuksensa ja lääkäriinsä. Hänellä on myös oikeus vaihtaa lääkäriä. Lääkäreistä on pyritty tekemään yhä enemmän ammatinharjoittajia ja yrittäjiä. He vastaavat palveluiden tuottamisesta perusterveydenhuollossa yhdessä hoitajien, ravitsemusterapeuttien, psykologien ja muiden ammattiryhmien kanssa sekä organisoivat työnsä itse.

Perusterveydenhuoltoa koskeva vårval-lainsäädäntö hyväksyttiin Ruotsin parlamentissa 25.2.2009. Voimaan tulevan lainsäädännön mukaan potilas voi vapaasti valita vakituisen lääkärin ja terveyskeskuksen (vårdcentral). Maakäräjien maksama korvaus seuraa tällöin potilaan mukana. Korvausjärjestelmä ei erottele mitenkään yksityistä ja julkista sektoria. Kaikki tarjoajat, jotka täyttävät maakäräjien asettamat vaatimukset, voivat toimia järjestelmässä. Maakäräjät saavat kuitenkin itse päättää korvausjärjestelmien yksityiskohdat. Suunnittelulle on annettu aikaa vuosi 2009, ja suunnitelmien tulee olla valmiina 1.1.2010 alkaen (Lag om valfrietssystem).

Potilaan valinnanvapautta edistämään ja lisäämään säädettiin laki potilaan "vapaasta valinnasta" (lag om valfrietssystem eli fritt val). Se astui voimaan 1.1.2009. Lain periaatteellisena tavoitteena on siirtyä "organisaatiokeskeisyydestä

potilaan valinnanvapauteen⁵. Uudessa järjestelmässä julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia kohdellaan yhdenvertaisesti ja potilas tekee valinnan palveluntuottajien välillä. Potilaan valitsijaroolia korostetaan. Maakäräjät hyväksyy palveluntuottajiksi kaikki laatu- ja muut kriteerit täyttävät yksityiset toimijat sekä seuraa palveluiden laatua ja toiminnan lainmukaisuutta. Palveluntuottaja, esimerkiksi yksityinen omalääkärikliniikka, ei voi kieltäytyä ottamassa asiakkaakseen potilasta vedoten esimerkiksi resurssipulaan.

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä

Maakäräjät vastaavat Ruotsin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon rahoituksesta ja järjestämisestä.

Kunnat vastaavat sosiaalipalveluiden rahoituksesta ja järjestämisestä.

Vårval ("hoitovalinta") lisää potilaan valinnanmahdollisuutta hoitopaikan ja lääkärin suhteen.

2,2 Rahoitus ja palveluntuotanto

Terveydenhuollon menot

Terveydenhuollon kokonaismenot Ruotsissa vuonna 2006 olivat 9,2 prosenttia BKT:sta ja julkisten terveydenhuoltomenojen osuus oli niistä 81,7 prosenttia (OECD 2008). Vuosina 1996 – 2006 terveydenhuoltomenojen osuus BKT:sta kasvoi 8,2 prosentista 9,2 prosenttiin. Vastaavana aikana Ruotsin BKT kasvoi myös voimakkaasti. (Thomson, Foubister & Mossialos 2009, OECD 2008)

Palvelujärjestelmän kattavuus

Ruotsin terveystalouden järjestelmä kattaa kaikki Ruotsissa pysyvästi asuvat henkilöt. Palveluvalikko on kaikille yhdenmukainen. Hoitokäytäntöihin vaikutetaan hoito-ohjeilla, mutta ns. priorisointilistoja ei ole käytössä. Terveydenhuollon maksut ovat kaikille yhtenäiset, tuloista riippumattomat ja tasoltaan melko alhaiset. Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista on noin 15 prosenttia. Maakäräjillä on oikeus päättää maksuista lainsäädännön asettamissa rajoissa. Tämän vuoksi maksut ja maksukatot vaihtelevat Ruotsissa jonkin verran. Valtakunnallinen avoterveydenhuollon maksukatto on noin 97 euroa ja reseptilääkkeiden maksukatto on noin 193 euroa vuodessa (v. 2008).

Rahoitus ja rahoituspohja

⁵ Suullinen tiedonanto Jorgen Preuss, Hallandin maakäräjä, 1.10.2009.

Ruotsissa kunnilla ja maakäräjillä on verotusoikeus. Sosiaali- ja terveydenhuolto rahoitetaan kuntien ja maakäräjien verotuloista, valtionavustuksilla, asiakasmaksuilla ja sairausvakuutuksen kautta.

Maakäräjien toiminnasta 70 prosenttia rahoitetaan maakäräjien keräämillä veroilla. Sen lisäksi maakäräjät saavat tuloja asiakasmaksuista ja palvelujen myynnistä. Loppuosuus kustannetaan maakäräjien saamalla valtion yleisavustuksella (valtionapu), joka määräytyy alueen sosioekonomisen rakenteen perusteella (Socialdepartementet 2007).

Maakäräjät vastaavat terveystalouden (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon) rahoituksesta. Pienimpien maakäräjien väestöpohja on suuruusluokkaa 170 000 asukasta (esim. Kronenberg). Suurin maakäräjä on Tukholma, jonka väestöpohja on lähes 2 miljoonaa. Maakäräjien budjetista 90 prosenttia menee hammashuolto mukaan luettuna terveyden- ja sairaanhoidon (Socialdepartementet 2007).

Sairausvakuutus turvaa toimeentulon sairauden tai vammautumisen varalta. Vakuutus korvaa myös sairauskuluja ja lääkemaksuja. Sairausvakuutus rahoitetaan pääasiassa työnantajamaksuilla ja pieni osuus tulee keskushallinnosta. (Glenngård ym. 2005). Yksityinen terveysvakuutus on vain noin 2,5 prosentilla väestöstä. Yksityisen vakuutuksen osuus terveydenhuollon rahoituksessa on 0,3 prosenttia. (Anell A 2008)

Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus

Julkisen terveydenhuollon rahoitus on järjestetty pääasiassa verovaroin, jonka lisäksi kerätään asiakasmaksuja.

Maakäräjät vastaavat terveydenhuollon rahoituksesta. Rahoituslähteinä ovat maakäräjien verotulot (70 %), asiakasmaksut (15 %) ja valtionavut (15 %).

Kunnat vastaavat sosiaalipalvelujen rahoituksesta. Rahoituslähteinä ovat kuntaverot, asiakasmaksut ja valtionavut.

Palvelujen järjestäminen ja tuottajajärjestelmä

Maakäräjät vastaavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sairaalahoitoon ja mielenterveyshoidon järjestämisestä. Kunnat vastaavat puolestaan kotihoidon ja kotisairaanhoidon järjestämisestä.

Maakäräjät omistavat suurimman osan erikoissairaaloista. Viime vuosiin asti maakäräjät ovat omistaneet myös perusterveydenhuollon toimintayksiköt. "Vårval"-järjestelmään siirtymisen myötä maakäräjät ostavat palveluja enenevästi yksityisiltä palvelujen tuottajilta, esimerkiksi yksityisiltä omalääkäriklinikoilta. Tukholman alueella yksityiset palveluntuottajat tuottavat suurimman osan perusterveydenhuollosta ja maakäräjät toimivat palveluiden tilaajana.

Maakäräjät rahoittavat (toimivat tilaajina) erikoissairaaloita pääasiassa ns. global budget -periaatteella⁶. Suomessa erikoissairaanhoidon rahoitus toimii puolestaan ns. fee for service -periaatteella⁷. Henkilöstö (ml. lääkärit) työskentelee ruotsalaisissa sairaaloissa työsuhteissa. Joissain maakäräjissä on otettu käyttöön DRG-järjestelmä (diagnosis related group), mutta samanaikaisesti on hoidolle asetettu joko rahoitus- tai tuotantokatto. Suomessa vastaavaa järjestelmää ei ole käytössä.

Perusterveydenhuolto rahoitetaan Ruotsissa joko global-budget-periaatteella tai kapitaatio-⁸ sekä fee for service -periaatteella. Varsinkin yksityisten palveluntuottajien tilauksissa on enenevästi alettu maksaa laadusta ja kokonaisvaltaisesta väestön sairastavuuden ja terveyden hallinnasta. Perusterveydenhuoltoon kohdistui terveydenhuollon kaikista kustannuksista 16 prosenttia.(Glenngård ym. 2005)

Perusterveydenhuollon tuottamisesta vastaavat Ruotsissa lisääntyvästi yksityiset toimijat. Vuoden 2008 keväällä yksityisten terveyskeskusten ja omalääkärivastaanottojen osuus kaikesta perusterveydenhuollosta oli 27 prosenttia. Yksityistäminen on viety pisimmälle Västmanlandin, Tukholman ja Hallandin maakäräjissä, joissa on otettu käyttöön Vårdval-hoitovalintamalli. Tukholman lääni ja Västmanlandin maakäräjät ovat yksityistäneet 45 prosenttia perusterveydenhuollon tuottamisesta.

Vårdval-järjestelmässä maakäräjät voivat kilpailuttaa palveluntuottajat avointa tarjouskilpailua käyttäen. Potilaan valinnanvapautta lisäävän lainsäädännön (fritt val) myötä maakäräjät ovat siirtyneet menettelyyn, jossa ne hyväksyvät tietyt laatu- ja muut kriteerit täyttävät palvelun tuottajat listoilleen ja lopullinen valinta jää potilaalle. Hyväksymis- tai vertailuperusteena ei käytetä palvelujen hintaa, vaan yksityisen tuottajan hintatason täytyy (saa) olla sama kuin julkisen tuottajan. Fritt val -järjestelmässä maakäräjien on tarjottava vaihtoehto oman julkisen palvelun rinnalle. Yksityisen palveluntuottajan valinta voidaan tehdä joko kilpailuttamalla tai ilman kilpailuttamista hyväksymällä palveluntuottaja laatuun perustuen. (Vårdval Halland 2009; Vårdval i Sverige 2008; Vårdval, tillgänglighet & HSN-anmälningar 2008)

Perusterveydenhuollon toimivuus on parantunut vård val ja fritt val -järjestelmien käyttöönoton myötä. Hallandin maakunnassa 97 prosenttia potilaista saa ajan yleislääketieteen erikoislääkärille seitsemässä päivässä, potilasvalitukset ovat vähentyneet ja yksikköjen aukioloajat ovat laajentuneet. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä rajaa on pystytty siirtämään perustason suuntaan. Perusterveydenhuoltoon on saatu yksityisten lääkäreiden perustamia klinikoita ("unit"). Klinikana voi perustaa kuka tahansa, mutta klinikassa täytyy työskennellä ainakin yksi yleislääketieteen erikoislääkäri. Potilaat valitsevat ja listautuvat klinikan potilaiksi. Hallandissa klinikan saama korvaus perustuu listautuneiden potilaiden määrään ja heidän ikärakenteeseen (0-6 v, 5912 kr.; 7-64 v., 1689 kr.; 65.79 v., 5630 kr.; yli 80v., 8445 kr.). Erikoissairaanhoidon ei sisälly edellä mainittuihin korvauksiin, vaan erikoissairaanhoidon yksikkö laskuttaa maakäräjä antamastaan hoidosta erikseen. Potilaan tarvitsema erikoissairaanhoidon ei kuitenkaan saisi maksaa yli 20 prosenttia potilaan kokonaisterveydenhuollon

⁶ Määrärahasidonnainen budjetti, jossa vuosittainen rahoitus on etukäteen määritelty ja se ei vaihtelee tuotannon tai kysynnän mukaan.

⁷ Fee for service, suoriteperusteinen palveluntuottajan korvausmalli.

⁸ Kapitaatioperusteinen rahoitus tarkoittaa asukaspoijasta palvelun määrästä riippumatonta rahoitusta. Kapitaatiomaksu voi olla myös eritelty ikäryhmittäin ja/tai toimintamuodoittain.

vuosikustannuksista. Tällaisessa tapauksessa ylimenevä osuus vähennetään perusterveydenhuollon tuottajan saamasta korvauksesta.

Vuonna 2008 Hallandissa perusterveydenhuollon osuus kokonaismenoista oli 71 prosenttia, kun tavoitteena siis on 80 prosenttia.⁹ Perusterveydenhuollon palveluntuottajia kannustetaan hoitamaan potilas mahdollisimman laadukkaasti ja ehkäisevää työtä käyttäen. Tällä pyritään hillitsemaan erikoispalvelujen tarvetta. Pyrkimyksenä on myös jakaa riskiä rahoittajan ja tuottajan välillä.

Palveluiden järjestäminen Ruotsissa — tilaajan rooli

Maakäräjät järjestävät (tilaavat) perusterveydenhuollon omilta tai enenevästi yksityisiltä palveluntuottajilta. Korvausperusteena on kapitaatio tai fee for service (FFS). Hoidon laatua käytetään joissain maakäräjissä korvausperusteena.

Maakäräjät tilaavat erikoissairaanhoidon omistamiltaan erikoissairaaloilta lähinnä global budget –periaatteella (kiinteä väestöpohjaan sidottu hinta).

⁹ Suullinen tiedonanto Jorgen Preuss, Hallandin maakäräjä, 1.10.2009.

3 Norja

Norja on pohjoismaiden rikkain valtio, jonka vauraus perustuu öljytuloihin. Norjan asukasluku ylitti 4,6 miljoonaa vuonna 2005. Norjan bruttokansantuote¹⁰ asukasta kohden vuonna 2007 oli 53 476 USD (OECD 2008). Norjan inhimillisen kehityksen indeksi (HDI) vuonna 2006 oli 0,968 ja maa sijoittui maailmassa toiseksi tällä mittarilla mitattuna.

3,1 Järjestelmä ja ohjaus

Norjan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on organisoitu kolmelle tasolle: valtakunnalliselle, maakunnalliselle ja kunnalliselle tasolle.

Valtakunnallisella tasolla Helse- og omsorgsdepartementet (Terveys- ja huolenpitoministeriö) vastaa terveyspolitiikasta ja lainsäädännön valmistelusta sekä terveydenhuollon valvonnasta. Vuodesta 2002 alkaen valtio on omistanut myös neljä alueellista sairaalahoitoa tarjoavaa terveysyritystä. (Helse- og omsorgsdepartementet 2009)

Ministeriön alainen terveyshallitus (Helsedirektoratet) vastaa käytännössä sosiaali- ja terveyspolitiikan toimeenpanosta. Lisäksi terveyshallitus toimii kuntien, aluehallinnollisten elinten ja järjestöjen neuvonantajana terveysasioissa sekä kehittää palveluja. Valtion terveystarkastuslaitos valvoo maan sosiaali- ja terveyspalveluita.

Maakunnat¹¹ ovat itsenäisiä poliittisia ja hallinnollisia yksiköitä. Ennen vuotta 2002 alueelliset sairaalat olivat 19 maakunnan hallinnassa. Vuonna 2002 Norjassa toteutettiin muista Pohjoismaista poikkeava sairaalauudistus, jossa valtio otti alueelliset sairaalat omistukseensa. Uudistuksen tarkoituksena oli tehostaa koordinaatiota ja resurssien käyttöä sekä saada sairaaloiden taloudenhallinta tarkempaan valvontaan (Christensen, Lægreid & Stigen 2006). Maakunnille jäi edelleen merkittäviä tehtäviä liittyen joukkoliikenteeseen, toisen asteen koulutukseen, kulttuuriin ja elinkeinokehitykseen. Terveydenhuollon sektorilla ainoastaan hammashuolto järjestetään edelleen maakuntien ja kuntien yhteistyössä.

Vuodesta 2007 alkaen maa on jaettu alueellisella tasolla neljään *terveyspiiriin*, joissa jokaisessa toimii alueellinen valtion omistama terveysyritys (regionale helseforetak). Alueelliset terveysyritykset ovat Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest ja Helse Sør-Øst. Vastuutahona valtiontasolla toimii terveysministeriö. Yritykset

¹⁰ Bruttokansantuote korjattu ostovoimapariteetilla (PPP).

¹¹ Norja on jakaantunut 19 lääniin (norjaksi fylke). Ennen maakuntauudistusta vuonna 1976 maakunta oli lakisääteinen lääni ja kuntien muodostama talous- ja hallintoyhtymä. Vuonna 1976 maakunnista tuli itsenäisiä poliittisia ja hallinnollisia yksiköitä. Silloin otettiin käyttöön suorat maakuntavaltuustovaalit ja suora maakuntaverotus. Maakunnat saivat oman hallinnon ja niistä tuli kunnista riippumattomia (www.kunnat.fi).

vastaavat alueellisesta erikoissairaanhoidosta, sen rahoituksesta, suunnittelusta ja tuotannosta.

Alueellisten terveysyritysten toiminta on organisoitu yritystoimintamaisesti ja yritysten toimintaa säätelee terveysyrityslaki (Lov om helseforetak). Terveisyrietysten tytäryhtiöt omistavat alueella toimivat sairaalat. Alueellista terveysyritystä ja jokaista sairaalaa johtaa oma hallitus. Terveisyrietykset voivat muodollisesti vapaasti tuottaa terveyspalveluita. Valtio ohjaa yritysten toimintaa lainsäädännön, yhtiöhallitusten sekä erilaisten direktiivien kautta. (Willberg & Valtonen 2007)

Sairaalajärjestelmän uudistuksessa lisättiin sekä keskittämistä että hajauttamista. Vastuun keskittämistä oli sairaaloiden siirtyminen valtion vastuulle ja palvelutuotannon hajauttamista puolestaan yksittäisten sairaaloiden organisointi yksityisten yritysten tavoin. (Christensen, Lægreid & Stigen 2006; Johnsen 2006)

Laissa kunnallisista terveyspalveluista (Lov om helsetjenesten i kommunene) määritellään **kunnan** tehtäväksi huolehtia palveluista, jotka eivät kuulu valtiolle tai maakunnille. Kunnat vastaavat perusterveydenhuollosta sekä ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta (terveydenedistämisestä, äitiys- ja lastenneuvolatoiminnasta, kouluterveydenhuollosta), sairauksien ja tapaturmien ehkäisystä, yleislääkäripäivystyksestä, fysioterapeuttipalveluista sekä sellaisista vanhainkodeista ja asumispalveluista, joissa on ympärivuorokautinen valvonta. Kunnat voivat melko vapaasti järjestää perusterveydenhuoltonsa, palkata henkilökuntaa tai solmia sopimuksia yksityisten yritysten kanssa. Tilaaja-tuottajamalleja on otettu käyttöön erityisesti suurissa kunnissa. Lääkärit toimivat ammatinharjoittajina. (Johnsen 2006)

Norjan terveydenhuollon uudistukset

1970-luku: saatavuuden ja yhdenmukaisen hoitoon pääsyn kehittäminen (edeltävästi mm. erikoissairaanhoido oli järjestetty eri maakunnassa eritasoisesti).

1980-luku: kustannusten hillintä ja desentralisaatio.

1990-luku: tuottavuus ja johtamiskysymykset.

2000-luku: sentralisaation paluu ja yleislääkärijärjestelmän uudistaminen (ammatinharjoittajamalli).

Vuonna 2002 sairaaloiden omistus ja erikoissairaanhoidon järjestämisvastuu palautettiin valtiolle. Erikoissairaanhoidon tuottamisvastuuta hajautettiin ja yksittäisille sairaaloille annettiin autonomiaa organisoitua yksityisen yrityksen tavoin valtio-omistuksessa.

3,2 Perusterveydenhuollon vahvistaminen

Norjan perusterveydenhuolto uudistettiin vuoden 2001 alussa. Perusterveydenhuollosta säädetään kunnallisia terveystalouksia koskevassa laissa, jonka pääperiaatteena on, että asukkaat voivat listautua valitsemaansa yleislääkärin potilaaksi. Lähes kaikki norjalaiset yleislääkärit ovat halunneet liittyä järjestelmään, ja 99 prosenttia väestöstä on listautunut. Lääkärin valintaa ei ole sidottu asuinkuntaan. Potilas voi vaihtaa yleislääkäriään kaksi kertaa vuodessa.

Uuteen järjestelmään siirtymisen tavoitteena oli helpottaa lääkäripalvelujen saantia ja parantaa palvelujen laatua vahvistamalla lääkäri-potilassuhdetta. Uudistuksen keskeiset elementit olivat potilaiden mahdollisuus valita oma lääkäriinsä ja lääkärin mahdollisuus rajoittaa omalle listalle tulevien potilaiden määrää. Lääkärikohtaisen vastuuväestön koko on keskimäärin hieman alle 1 200 henkilöä. Lisäksi on määritetty väestön koon perusteella laskennallinen summa, joka kunnan pitää käyttää lääkäripalveluiden tuottamiseen. Uudistus houkutteli lisää lääkäreitä perusterveydenhuoltoon ja paransi siten palvelujen saatavuutta. Pienimmillä kunnilla on kuitenkin edelleenkin ollut vaikeuksia lääkäriyövoiman saamisessa. (Johnsen 2006; NAV 2007)

Uudistus antoi lääkärille mahdollisuuden valita jääkö hän kunnan kuukausipalkkaiseksi virkamieslääkäriksi vai ryhtyykö ammatinharjoittajaksi joko kunnan tarjoamissa tai omissa tiloissaan. Käytännössä lähes kaikki lääkärit ovat valinneet työskentelyn itsenäisinä ammatinharjoittajina ja ovat sopimussuhteessa kuntaan. Yleislääkäri toimii Norjassa portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluihin nähden ja arvioi potilaan erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeen. Potilaalla on oikeus toisen yleislääkärin arvioon erikoissairaanhoidon palvelujen tarpeestaan.

Ministeriö, potilaat ja lääkärit pitävät yleislääkärijärjestelmää toimivana. Lääkärit ovat arvioineet hoidon laadun parantuneen hoitosuhteen jatkuvuuden seurauksena (Johnsen 2006). Yleislääkärin rooli portinvartijana ei näyttäisi kuitenkaan vahvistuneen toivotulla tavalla, sillä erikoissairaanhoidon menot ovat Norjassa jatkaneet kasvuaan.

Norjan perusterveydenhuollon uudistus vuoden 2001 alussa

Potilaat listautuvat yleislääkärille, jotka työskentelevät ammatinharjoittaja-/yksityislääkäreinä.

Yleislääkäreillä on portinvartijarooli eli potilas tarvitsee oman yleislääkärinsä lähetteen hakeutuessaan erikoissairaanhoidon.

Yleislääkärivastaanotot ovat keskimäärin 2 - 6 lääkärin yksikköjä.

99 % asukkaista on listautunut vakituiselle yleislääkärille (vuonna 2006).

3,3 Rahoitus ja palvelutuotanto

Terveydenhuollon menot

Terveydenhuollon kokonaismenot olivat vuonna 2006 Norjassa 8,7 prosenttia BKT:sta. Julkisten terveydenhuoltomenojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli puolestaan 83,6 prosenttia (OECD 2008). Norjassa terveydenhuoltomenojen BKT-osuus ei viimeisen vuosikymmenen aikana ole kasvanut. Tämä on johtunut Norjan voimakkaasta rikastumisesta öljytulojen myötä.

Palvelujärjestelmän kattavuus

Norjan terveydenhuoltojärjestelmä kattaa koko väestön. Perusterveydenhuollon palvelut nojaavat listamallipohjaiseen omalääkärijärjestelmään. Kuntien vastuulla on lisäksi ennaltaehkäisevä toiminta ja terveysneuvonta. Erikoissairaanhoito on vuoden 2002 uudistuksen jälkeen valtion rahoitus- ja järjestämisvastuulla. Terveyspiirit vastaavat alueellaan asuvien kansalaisten erikoissairaanhoidon palveluista yhdenvertaisesti ja kattavasti. (Hit Summary: Norway 2006)

Rahoitus ja rahoituspohja

Norjan terveydenhuoltojärjestelmä on verorahoitteinen. Norjassa valtiolla, maakunnilla ja kunnilla on veronkanto-oikeus. Valtion osuus terveydenhuollon rahoituksessa on ollut kasvussa ja sairaalareformin jälkeen valtion osuus terveydenhuollon menojen julkisesta rahoituksessa on 90 prosenttia¹². Terveydenhuoltoa rahoitetaan myös työ- ja hyvinvointikassan (NAV)¹³ sekä potilasmaksujen kautta. Työ- ja hyvinvointikassan vastuulla ovat työkyvyttömyysetuudet, kuntoutusetuudet, äitiyslomakorvaukset ja yleislääkäripalkkiokorvaukset. Noin 15 prosenttia terveydenhuollon rahoituksesta tulee asiakasmaksuina. Aikuisten hammashuolto on kansalaisten pääasiassa maksettava itse. (Johnsen 2006)

Erikoissairaanhoidon rahoituksesta vastaa valtio ja rahoitus kanavoidaan viiden terveyspiirin kautta. Sairaaloiden rahoitus perustuu terveyspiirien myöntämään määrärahaan (global budget), suoriteperusteisiin korvauksiin ja asiakasmaksuihin. (Johnsen 2006)

Perusterveydenhuollon rahoitus on pääosin kuntien vastuulla. Kunnat saavat valtiolta avustuksina kokonaissumman asukaslukuun, demografiaan ja alueellisiin erityispiirteisiin perustuen. Omalääkäritoiminnasta kunta rahoittaa niin sanotun kapitaatio-osuuden, jonka kunta saa avustuksena valtiolta (1.6.2008 alkaen 357 NOK). Omalääkäritoiminnasta noin 30 prosenttia rahoitetaan kapitaatio-osuuden kautta. Omalääkäritoiminnan muu rahoitus tulee asiakasmaksuista ja työ- ja

¹² Suullinen tiedonanto, Norjan lääkäriiliiton puheenjohtaja Torunn Janbu 6.3.2009.

¹³ Pakollinen julkinen sosiaalivakuutus (sairasvakuutus), eng. NIS, National Insurance Scheme.

hyvinvointikassasta (NAV) (Vårdval i Sverige 2008). Yleislääkäritoiminnan rahoitus tulee siis vain osittain kunnista. Tämä tekee yleislääkärijärjestelmän rahoituksesta kestävämmän ja kansallisesti paremmin ohjattavan.

Palvelujen järjestäminen ja tuottajajärjestelmä

Terveysthuollon järjestämisvastuu on perusterveydenhuollon osalta kunnilla ja erikoissairaanhoidon osalta valtiolla. Perusterveydenhuollon omalääkärit työskentelevät järjestelmässä ammatinharjoittajina eli yksityislääkäreinä. Vain 7,5 prosenttia lääkäreistä on kunnan palkkalistoilla¹⁴. Perusterveydenhuollon palveluihin pääsy on riippumatonta asuinpaikkakunnasta.

Omalääkärit toimivat portinvartijoina erikoissairaanhoidon hakeutumisessa. Potilas voi vaihtaa omalääkäriä kahdesti vuodessa. Hänellä on oikeus myös ns. second optioniin (käydä saman vaivan takia toisella lääkäriillä ja saada toinen kannanotto sairauteensa). Tällöin potilas joutuu kuitenkin maksamaan korkeamman omavastuun. Omalääkäritoiminta on arvioiden mukaan lisännyt hoidon saatavuutta, mutta samalla lisännyt myös sen kustannuksia.

Omalääkäreiden vastaanottojen toimitilat ja avustavan henkilökunnan asiat on järjestetty eri tavoin eri kunnissa. Pääasiassa yksityisyrityksinä toimivien lääkäreiden tulisi vastata praktiikkansa kuluista, mutta kunnat ovat tehneet lääkäreiden kanssa erilaisia sopimuksia. Joissakin sopimuksissa kunta vuokraa tilat ja henkilökunnan kohtuuhintaan, joissakin tilat ja henkilökunta ovat lääkäreille ilmaisia. Harvaan asutuilla alueilla kunnat ovat halunneet tällä tavalla varmistaa omalääkäritoiminnan saatavuuden. Terveysthuollon muun henkilökunnan palkka muodostuu eri tavalla riippuen henkilön ammatista ja työsuhteen luonteesta. (Johnsen 2006)

Erikoissairaanhoidon hakeudutaan pääasiassa omalääkäriin läheteellä. Vuonna 2002 tehdyn sairaalauudistuksen tavoitteena oli turvata tasavertaisten erikoissairaanhoidon palvelujen saanti koko maassa. Viisi terveystuotteen huolehtii sairaaloiden omistamisesta ja infrastruktuurista. Sairaalat toimivat itsenäisinä organisaatioina. Valtio vastaa erikoissairaanhoidon laadun valvonnasta. Terveystuotteet ostavat jonkin verran erikoissairaanhoidon palveluja yksityisiltä palveluntuottajilta. (HiT Summary: Norway 2006)

Norjassa on käytössä asiakasmaksujen maksukattojärjestelmä. Kun henkilön terveysthuollosta aiheutuneet kulut saavuttavat vuotuisen maksukaton, saa hän käyttöönsä kortin, joka oikeuttaa loppuvuoden ajan maksuttomiin palveluihin ja etuuksiin. (Johnsen 2006)

¹⁴ Suullinen tiedonanto, Norjan lääkäriiliiton puheenjohtaja Torunn Janbu 6.3.2009.

4 Tanska

Tanska on alueeltaan pienin Pohjoismaa (jos ei huomioida Grönlantia) ja sen koko on 43 094 neliökilometriä. Tanskan väkiluku on hieman suurempi kuin Suomen. Tanskan bruttokansantuote¹⁵ asukasta kohden vuonna 2007 oli 35 964 USD (OECD 2008). Tanskan inhimillisen kehityksen indeksi (HDI) vuonna 2006 oli 0,952 ja maa oli tällä mittarilla mitattuna sijalla 13.

4,1 Järjestelmä ja ohjaus

Tanskan sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on kolmiportainen käsittäen kansallisen tason ohjausjärjestelmän sekä palvelujen tuottamiseen osallistuvat alue- ja kuntatasot. Rahoitus kerätään verotuksella. (Ministry of Health and Prevention 2008)

Tanskassa terveydenhuollosta vastaa terveys- ja ehkäisevän työn ministeriö (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse) ja sosiaalihuollosta sosiaaliministeriö (The Ministry of the Interior and Social Affairs). Ministeriöt vastaavat kansallisesta terveyspolitiikasta, kehittämislinjauksista, järjestelmän ohjauksesta ja tavoitteiden asettelusta. Ministeriöt vastaavat myös sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien lakien valmistelusta. Lainsäädäntöoikeus on Tanskan eduskunnalla (Folketing).

Terveydenhuollon ohjauksen kansallisen tason toimija on käytännössä terveysministeriön alainen terveyshallitus (Sundhedsstyrelsen, National Board of Health). Ministeriöiden rooli sosiaali- ja terveydenhuollon ohjauksessa on viime vuosina lisääntynyt. Hallintoarkkitehtuurin tavoitteena on kuitenkin mahdollistaa operatiiviseen toimintaan liittyvä päätöksenteko aina matalammilla mahdollisella tasolla (alue- tai kuntatasolla) silloin kun se on tarkoituksenmukaista. (Ministry of Health and Prevention 2008)

Tanskassa toteutettiin julkisen sektorin rakenneuudistus vuoden 2007 alussa. Rakenneuudistus muutti kunta- ja aluejaotuksen lisäksi kunnan ja valtion välisiä suhteita, verotusjärjestelmää, palvelutuotannon ohjausta sekä valtion paikallis- ja aluehallinnon rakenteita ja toimintatapoja. Tanskassa terveysministeriön rooli terveydenhuollon ohjauksessa lisääntyi rakenneuudistuksen myötä. Osana uudistusta myös terveydenhuoltolaki tuli muutettuna voimaan vuoden 2007 alussa. Laissa säädetään muun muassa terveys- ja sairaanhoitopalvelujen järjestämisestä, potilaan oikeuksista ja hoitoon pääsyn määräaajoista. (Ministry of Health and Prevention 2008, Vrangbaek 2008)

Rakenneuudistuksessa aikaisempien 15 maakunnan tilalle perustettiin viisi aluetta¹⁶, joiden päätehtävänä on terveydenhuollon järjestäminen,

¹⁵ Bruttokansantuote korjattu ostovoimapariteetilla (PPP).

¹⁶ Tanska jaetaan viiteen eri hallinnolliseen alueeseen (tansk. region) ja 98 kuntaan (tansk. kommune). Nykyinen jako astui voimaan 1. tammikuuta 2007 koko maan kattaneen kuntauudistuksen myötä. Ennen sitä Tanska jaettiin 13 lääniin (tansk. amt) ja 271 kuntaan. Hallinnolliset alueet ovat: Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark. Grönlanti ja Färsaaret kuuluvat Tanskalle, mutta niillä on autonominen asema. Kummallakin on kaksi paikkaa Tanskan eduskunnassa.

aluekehityksestä vastaaminen ja laitoshoidon järjestäminen. Alueiden tärkeimpänä tehtäväkokonaisuutena on erikoissairaanhoidon järjestäminen.

Uudistuksen myötä sairaanhoidon rahoitusta keskitettiin ja yhtenäistettiin.

Uudistuksen jälkeen Tanskassa on 98 kuntaa aikaisemman 271 kunnan sijasta. Kunnat saivat uudistuksessa lisää tehtäviä ja vastuuta. Kunnat vastaavat muun muassa sosiaalipalveluista, vanhustenhuollosta, kansanterveystyöstä,¹⁷ johon sisältyy terveyden edistäminen, ehkäisevät palvelut ja terveydensuojelu. Uudistuksessa rahoituksen pääperiaatteena oli, että rahoitus siirtyy tehtävien mukana. Kunnilla ja valtiolla on verotusoikeus, mutta ei alueilla. Alueiden terveydenhuoltokulut katetaan valtion keräämällä terveysverolla.

Julkisen sektorin rakenneuudistuksen (v. 2007) jälkeen

Viisi aluetta (region) vastaavat terveydenhuollon järjestämisestä.

Yleislääkärijärjestelmä perustuu ammatinharjoittamismallin, lääkärit omistavat omat vastaanottonsa.

Kunnat vastaavat sosiaalipalveluiden ja kansanterveystyön järjestämisestä (ennaltaehkäisevä ja suojeleva työ).

Ennen julkisen sektorin rakenneuudistusta Tanskan maakunnat olivat vastuussa terveyspalveluiden järjestämisestä. Perusterveydenhuollon palvelut rahoitettiin julkisen sairausvakuutusjärjestelmän (den offentlige sygesikring) kautta. Asukkailla oli mahdollisuus valita kahden eritasoisen vakuutusjärjestelmän väliltä. Valinnalla oli merkitystä moniin sairausvakuutusetuihin, mm. lääkärin ja erikoislääkärin valinta-oikeuteen. Uudistuksen jälkeenkin perusterveydenhuollossa on käytössä kaksi erilaista "vakuutusryhmää", joita nykyään kutsutaan terveyspalveluryhmiksi (health care scheme groups). (Uotila 2004)

Asukas voi itse valita käyttämänsä terveyspalveluryhmän. Ryhmässä 1 terveyspalvelut ovat asiakkaalle maksuttomia ja julkisen järjestelmän tuottamia. Potilaat rekisteröityvät valitsemaansa yleislääkärin potilaaksi. Yleislääkäri päättää, mitkä hoidot katsotaan asiakkaan kannalta tarpeellisiksi ja hän antaa tarvittaessa potilaalle lähetteen erikoislääkärin vastaanotolle tai sairaalaan. Yleislääkärin palvelut ja yleislääkärin lähetteellä tapahtuva erikoissairaanhoido on potilaalle maksutonta. Suurin osa asukkaista (97,6 prosenttia vuonna 2001) on valinnut ryhmän 1.

Vakuutusryhmän 2 valinneiden asukkaiden ei tarvitse rekisteröityä yleislääkärin potilaaksi ja he voivat hakeutua suoraan erikoislääkärin hoitoon ilman yleislääkärin

¹⁷ Kansanterveystyö, public health, ei sisällä terveyspalveluita, erikoissairaanhoidoa eikä vuodeosastohoitoa vaan "puhtaasti" ennaltaehkäisyyn ja kansanterveystoimintaan liittyviä toimintoja.

lähetettä. Potilas maksaa hoidostaan itse sen osan, mikä ylittää vakuutusryhmän 1 taksan.

Jo ennen uudistusta Tanskassa on toiminut Suomen aiempaa kunnanlääkärimallia vastaava ammatinharjoittajamalli. Lääkärit toimivat omistamissaan vastaanottopisteissä, joissa henkilökuntaa on vähän. Toiminta muistuttaa perhelääkärimallia. Yleislääkärin vastuuväestön koko on keskimäärin noin 1600 ihmistä.

Yleislääkäreiden tehtävät ovat melko suppeat. Tanskan yleislääkärijärjestelmässä potilaille on mahdollisuus valita oma perhelääkäriinsä ja rekisteröityä valitsemansa lääkärin potilaaksi. Lääkäreiden lukumäärä on säädelty. Yleislääkäri toimii portinvartijana ja lähettää potilaan tarvittaessa erikoissairaanhoidon palveluihin tai erikoislääkärille (ryhmä 1). Yleislääkäri on potilaan kokonaishoidon vastuulääkäri. Kotikäynnit ovat yleisiä ja tuttuja potilaita hoidetaan paljon puhelimitse. Tutkimusten mukaan potilaat ovat Tanskassa tyytyväisiä perusterveydenhuollon palveluihin. (Ministry of Health and Prevention 2008)

Perusterveydenhuollon järjestämisvastuu on jaettu kuntien ja alueiden kesken siten, että alueet vastaavat yleislääkäripalveluista, erikoissairaanhoidosta ja laitoshoidosta. Kunnat vastaavat ehkäisevästi työstä ja sosiaalipalveluista. Perusterveydenhuollon yleislääkärit ovat itsenäisiä ammatinharjoittajia, joilla on sopimus alueen kanssa. (Ministry of Health and Prevention 2008)

Tanskassa valtio on ottanut vastuuta terveydenhuollon rahoituksessa

Ennen vuotta 2006 maakunnat ja kunnat rahoittivat terveydenhuollon. Valtion osuus oli pieni. Ennen julkisen sektorin rakenneuudistusta terveydenhuoltomenot muodostivat noin 70 prosenttia maakuntien kaikista käyttömenoista.

Julkisen sektorin rakenneuudistuksen myötä maakunnista muodostettiin alueita ja ne menettivät veronkanto-oikeuden. Alueiden rahoitus tulee nykyään valtiolta.

Valtion vastuu terveydenhuollon rahoituksesta nousi julkisen sektorin rakenneuudistuksen myötä yli 80 prosenttiin.

4,2 Rahoitus ja palvelutuotanto

Terveydenhuollon menot

Tanskan terveydenhuollon kokonaismenot vuonna 2006 olivat 9,5 prosenttia BKT:sta ja julkisten terveydenhuoltomenojen osuus niistä 84,1 prosenttia (OECD 2008). Yksityisten menojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli näin 16 prosenttia ja asiakasmaksujen osuus 14,3 prosenttia.¹⁸ (Thomson, Foubister & Mossialos 2009, OECD 2008)

Palvelujärjestelmän kattavuus

Julkinen terveydenhuoltojärjestelmä kattaa kaikki Tanskassa pysyvästi asuvat henkilöt. Järjestelmä sisältää perusterveydenhuollon ja omalääkärin palvelut sekä erikoissairaanhoidon. Palvelut ovat käyttäjälle yleensä maksuttomia. Omalääkäri toimii portinvartijana erikoislääkärin vastaanotolle ja erikoissairaanhoidon. Osa tanskalaisista¹⁹ on lisäksi ottanut lisävakuutuksen julkiselta vakuuttajalta ("Danmark"). Vakuutus korvaa lääkkeiden omavastuuosuuksia, hammashoitoa ja fysioterapiaa. Vain 5 prosentilla tanskalaisia on yksityinen sairausvakuutus. (Thomson, Foubister & Mossialos 2009)

Rahoitus ja rahoituspohja

Valtiolla ja kunnilla on veronkanto-oikeus. Valtio rahoittaa terveydenhuollosta suurimman osan. Valtion verotuksessa kansalaiset maksavat "korvamerkittyä" terveydenhuoltoon allokoitua veroa, joka on suuruudeltaan 8 prosenttia verotettavasta tulosta. Korvamerkitty valtion terveysvero on korvannut aikaisemman terveydenhuoltoon allokoidun osuuden valtion progressiivisesta verotuksesta ja poistuneen maakuntaveron. (Vranbeak 2008; Thomson, Foubister & Mossialos 2009; Ministry of Health and Prevention 2008)

Valtio ohjaa terveysverotuloista 80 prosenttia alueille ja 20 prosenttia kunnille. Alueille ohjatusta rahoituksesta suurin osa (75 prosenttia kokonaisrahoituksesta) määräytyy asukkaiden sosioekonomisten ja demografisten ominaisuuksien mukaan ja osa (5 prosenttia kokonaisrahoituksesta) sairaaloiden toiminnan aktiivisuuden mukaan. Jälkimmäisen tavoitteena on nostaa sairaaloiden tuottavuutta. Kunnille ohjautuvasta rahoituksesta puolet määräytyy asukkaiden sosioekonomisten ja demografisten ominaisuuksien mukaan ja puolet ennaltaehkäisevän toiminnan aktiivisuuden perusteella. (Ministry of Health and Prevention 2008; Vranbeak 2008). Alueiden rahoituksen taso (käytännössä alueen terveydenhuollon rahoituksen taso) neuvotellaan "kolmikantana": valtio, alueet ja kunnat. Mikäli kunnat onnistuvat kehittämään ehkäisevää työtä ja vähentämään sairaalahoitoa ja lääkärivastaanottojen tarvetta, voivat ne "vaatia" rahoituksen määräytymisessä kunnalle tulevan osuuden kasvattamista (ja toisinpäin, kirj. huom!) (Ministry of Health and Prevention 2008).

¹⁸ Sisältää mm. lääkkeiden omavastuun ja suunterveydenhuollon omavastuut. Potilaan omavastuuosuudet (ns. out-of-pocket payments, OOP) ovat vuodesta 1996 lähtien pienentyneet; potilaan maksamat omavastuut muodostivat v. 1996 yksityisistä terveysmenoista 92 prosenttia, mutta v. 2005 osuus oli laskenut 81 prosenttiin (Thomson et al 2009).

¹⁹ Vuonna 2008 noin 30 prosentilla tanskalaisista oli lisävakuutus (Vrangbaek 2008).

Yksityinen sairausvakuutus on noin 3 prosentilla tanskalaisista ja se vastaa 1,6 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista (Vrangbaek 2008).

Palvelujen järjestäminen ja tuottajajärjestelmä

Tanskan terveydenhuolto voidaan jakaa perusterveydenhuoltoon ja sairaalasektoriin. Palvelut ovat potilaalle käyttötilanteessa maksuttomia.²⁰

Tanskan terveydenhuolto on hajautunut järjestelmä, jossa valtio alueiden kautta vastaa sairaaloiden kustannuksista. Alueet myös omistavat erikoissairaanhoidon tuottavat sairaalat. Alueet ja kunnat vastaavat yhdessä perusterveydenhuollon järjestämisestä (ks. edellä), mutta terveydenhuollon rahoitus tulee viime kädessä lähes kokonaisuudessaan valtiolta.

Sairaalat saavat tulonsa pääasiassa ns. global budget –määrärahana alueilta. Vuonna 2000 Tanskassa otettiin lisäksi käyttöön DRG-perustainen fee for service – laskutus, mutta sen perusteella maksetut korvaukset edustavat vain pientä osaa sairaalan saamista tuloista. (Thomson, Foubister & Mossialos 2009)

Alue rahoittaa perusterveydenhuollon lääkäreiden toiminnan ja lääkärit toimivat ammatinharjoittajina. Lääkäriyhdistykset käyvät palkkioneuvottelut alueellisten palkka- ja tariffineuvottelukuntien kanssa, joissa on valtio (alue) edustettuna. Lääkäreiden tuloista 74 prosenttia perustuu potilaskäynteihin ja 26 prosenttia kapitaatiomaksuun. Lääkäreistä lähes 40 prosenttia pitää omaa yhden lääkärin vastaanottoa ja palkkaa oman avustavan henkilöstön. Lääkärillä voi enimmillään olla 1 600 listautunutta potilasta (keskiluku 1300)²¹.

Potilas saa valita omalääkäriinsä vapaasti ja listautua tietyn lääkärin potilaaksi. Erikoissairaanhoidon on mahdollista hakeutua vain omalääkärin läheteellä. Potilas saa valita sairaalan, jossa saa hoitoa. Erikoissairaanhoidon aloitettava yhden kuukauden kuluessa läheteestä. Mikäli tämä ei ole mahdollista, potilaalle on oikeus hakeutua hoitoon myös yksityissairaaloihin.

Tanskan potilaan valinnanvapautta edistävä lainsäädäntö ("greater choice of provider") astui voimaan 2002. Laki korostaa asiakkaan roolia terveydenhuollon ja sosiaalihuollon, mm. vanhustenpalvelujen valitsijana. Lainsäädännön tavoitteena on erottaa tilaaja ja tuottaja toisistaan ja mahdollistaa yksityisten palveluntuottajien hyödyntäminen julkisten palvelujen rinnalla. Yksityisten palvelujen merkitys vanhushuollessa on kuitenkin esimerkiksi Kööpenhaminassa edelleen vaatimaton. Vain noin 4 prosenttia kotiapua tarvitsevista asiakkaista on valinnut yksityisen palveluntuottajan²².

Kunnat vastaavat lasten hammashoidon, kouluterveydenhuollon, kotihoidon, vanhainkotien, päihdepalvelujen ja sosiaalityön järjestämisestä sekä rahoituksesta (Thomson, Foubister & Mossialos 2009; Ministry of Health and Prevention 2008). Vanhusten laitoshoidon on pääosin julkisen sektorin järjestäminen. Täysin yksityisiä, voittoa tuottavia vanhainkoteja ei esimerkiksi Kööpenhaminassa ole. Yksityisiä kotihoidon yrityksiä on viime vuosina tullut markkinoille.²³

²⁰ Jos potilas on valinnut terveystaluyhdistyksen 1 mukaiset palvelut (98,5 prosenttia tanskalaisista oli valinnut tämän v. 2008)-

²¹ Suullinen tiedonanto, Tanskan Yleislääkäriyhdistyksen puheenjohtaja Michael Dupont, 6.3.2009, Kööpenhamina.

²² Suullinen tiedonanto 2.10.2009, vanhushuolupäällikkö Kenneth Kristensen, Kööpenhaminan kaupunki.

²³ Kööpenhaminassa on 47 vanhainkoteja, joista 18 yksityistä (säätiömisteisiä, tms.), suullinen tiedonanto 2.10.2009 vanhushuolupäällikkö Kenneth Kristensen, Kööpenhaminan kaupunki.

5 Alankomaat (Hollanti)

Hollannissa (Alankomaissa) on 16,5 miljoonaa asukasta. Pinta-alaltaan maa on noin HUS-alueen suuruinen. Hollannin bruttokansantuote asukasta kohden vuonna 2007 oli 39 229 USD (OECD 2008). Hollannin inhimillisen kehityksen indeksi (HDI) vuonna 2006 oli 0,958 ja maa sijoittui maailmassa sijalle 6.

5,1 Järjestelmä ja ohjaus

Hollannin sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus tapahtuu kansallisella tasolla terveys-, hyvinvointi- ja urheiluministeriön johdolla (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, VWS). Lainsäädäntövalta on kaksikamarisella (senaatti ja edustajainhuone) parlamentilla (Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2006). Terveysministeriö vastaa terveydenhuoltoon liittyvän lainsäädännön valmistelusta ja ohjaa terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteita kansallisesti. Ministeriön tärkeimpiä tavoitteita on turvata kansalaisten hoitoon pääsy ja valvoa palveluiden laatua (den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004).

Terveysministeriön alaisuudessa toimii kansanterveyslaitos (National Institute of Public Health and the Environment, Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieuhygiëne, RIVM), jonka tehtävänä on tutkia ja tuottaa tietoa terveyteen ja ympäristöön liittyvistä asioista. Terveysministeriön alaisuudessa toimii myös kolme tarkastustoimintaan keskittyntä virastoa: Elintarvikkeiden turvallisuutta valvova virasto (Voedsel- en Waren Autoriteit, VWA), terveydenhuollon tarkastusvirasto (Inspectie voor Gezondheidszorg, IGZ) ja nuorisolle järjestettyjen palveluiden tarkastusvirasto (Inspectie Jeugdzorg, IJZ). Terveydenhuollon valvonnasta vastaa pääosin terveydenhuollon tarkastusvirasto. (den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004)

Terveysministeriön alaisuudessa toimii kaksi terveysvakuutuslainsäädännön (Health Insurance Act, ZVW) sääntelyyn ja ohjaukseen keskittyntä osittain itsenäistä viranomaista: terveydenhuollon vakuutuslautakunta (Health Care Insurance Board, CVZ) ja hoitojärjestelmän valvontaviranomainen (Dutch Care Authority, NZa). Vakuutuslautakunnan tehtävänä on valvoa vakuutusyhtiöiden tehokkuutta ja toiminnan läpinäkyvyyttä. Hoitojärjestelmäviranomainen määrittää lähes kaikkien hoitojen korvattavat hinnat ja terveydenhuollonyksikköjen taksat sekä seuraa terveyspalvelumarkkinoiden toimintaa. (den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004)

Hollannissa sosiaalihuollon ohjauksesta vastaa sosiaali- ja työministeriö (Ministry of Social Affairs and Employment, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, SZW). Sosiaaliministeriön vastuulle kuuluu sosiaalihuoltoon liittyvien asioiden lisäksi eläke- ja työkyvyttömyysetuudet sekä vammaispalvelut ja niihin liittyvät etuudet. (den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004) Sosiaaliministeriö vastaa siis niistä etuuksista ja kysymyksistä, joita ei rahoiteta vakuutusjärjestelmän kautta.

Hollannin aluehallinnon muodostavat 12 maakuntaa ja 458 kuntaa. Maakunnilla ja kunnilla on veronanto-oikeus ja ne saavat myös valtionapuja. Maakunnat

vastaavat mm. ympäristöön ja kulttuuriin liittyvistä kysymyksistä sekä osasta sosiaalityötä. Kuntien järjestämismvastuulla on mm. liikenne, maankäyttö, sivistystoimi ja sosiaalipalvelut. Paikallistasolla kunnat vastaavat myös tartuntatautien ehkäisystä ja terveydenhuollon ehkäisevästä työstä (lastenneuvolat, rokotukset). Kuntien tehtävinä on em. lisäksi järjestää vanhuksille ja vammaisille palveluita ja apuvälineitä kotona pärjäämiseksi sekä järjestää tarvittavat kuljetuspalvelut. Jotkut kunnat ovat käynnistäneet kokeiluja, joissa ne antavat tarvittavan rahoituksen suoraan kuntalaisille (palveluseteli), jotka itse hankkivat tarpeelliseksi katsomansa palvelut. Kansanterveystyö²⁴, ympäristöterveydenhuolto ja ehkäisevä työ ovat näin paikallisen poliittisen päätöksenteon alaisia ja kuntien verotuloilla rahoittamia. (den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004; Klazinga 2008)

Hollannissa sekä kansanterveystyö että terveyspalvelujärjestelmä rahoitetaan pääasiassa julkisin varoin. Kuntien vastuulla on kuitenkin vain ns. kansanterveystyö ja ehkäisevä toiminta (n. 5 prosenttia terveydenhuoltomenoista). Kunnat rahoittavat kansanterveystyön verorahoilla sekä järjestävät ja osin myös tuottavat sen. Terveyspalvelut (n. 95 prosenttia terveydenhuoltomenoista), perusterveydenhuollon omalääkärijärjestelmä, pitkäaikaissairaanhoito, asumispalvelut sekä erikoissairaanhoito, rahoitetaan (sosiaali)terveysvakuutusjärjestelmän kautta. (Netherlands Ministry of Foreign Affairs 2006; den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004)

Hollannin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä

Sosiaalipalvelut:

Järjestämismvastuu ja rahoitus: maakuntataso ja kunnat, verorahoitus

Terveyspalvelut:

Perusterveydenhuolto (omalääkäritoiminta), erikoissairaanhoito

Järjestämismvastuu: keskushallinnon ohjausmekanismi, vakuutusyhtiöt ja tuottajat (yhdessä), asiakkaiden valinta

Rahoitus: lakisääteinen vakuutusjärjestelmä

Kansanterveystyö (ehkäisevä toiminta)

Järjestämismvastuu ja rahoitus: kunnat, verorahoitus.

²⁴ Kansanterveystyö (Public Health) sisältää puhtaasti kansanterveyteen liittyviä palveluita, lasten neuvontaa, rokotustoimintaa, ympäristöterveydenhuoltoa ja tartuntatautien ehkäisyä (den Exter, Hermans, Dosljak & Busse 2004).

Terveysvakuutusjärjestelmää uudistettiin vuoden 2006 alussa, jolloin astui voimaan uusi terveystakuulaki (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, ZVW). Lain mukaan jokaisen hollantilaisen on hankittava itselleen terveystakuu. Uusi laki muutti vakuutusjärjestelmän rakennetta siten, että kaikki terveystakuutukset tuotetaan yksityisten vakuutusyhtiöiden toimesta entisten sairaskassojen sijaan.

Lain mukaan kaikkien vakuuttajien tulee tarjota ns. terveystalveluiden peruspaketti, johon vakuutetulla on mahdollisuus perustuotteiden lisäksi sisällyttää myös muita tuotteita. Vakuuttajien on ilman minkäänlaista riskiluokittelua hyväksyttävä asiakkaikseen kaikki halukkaat ikään tai sairaushistoriaan katsomatta. Lain myötä vakuuttajien on ollut mahdollista valita rahoittavatko he asiakkaidensa terveystalvelukustannukset vai järjestävätkö he potilaiden tarvitsemat palvelut sopimuksin terveydenhuollon palveluntuottajien kanssa ("managed care"). Uudistuksella pyrittiin luomaan lisää tilaa yrittäjyydelle, palveluiden joustavuudelle ja uusille innovaatioille. Lisäksi palvelujen kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta pyrittiin lisäämään. Uudistuksen myötä parannettiin kustannusten läpinäkyvyyttä ja kehitettiin informaatiojärjestelmiä.

Uudessa yhtenäisemmässä vakuutusjärjestelmässä on vähemmän sääntöjä ja keskushallinto on siirtänyt sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä vastuuta enemmän vakuutusyhtiöille ja tuottajille. Vakuutusyhtiön edustaja on asiakkaan edustaja silloin kun hän on tekemisissä tuottajien kanssa. Uudessa vakuutusjärjestelmässä vakuutusyhtiön edustajalla on yhä enemmän vastuuta hankkia riittävää informaatiota palvelujen saatavuudesta, hoitovaihtoehdoista ja eroista palvelujen laadussa. (Dekker 2009; Douven, Lighthart, Mot & Pomp 2007; Muiser 2007)

Hollannin järjestelmälle on jo ennen lakiuudistustakin ollut ominaista kansalaisten valinnanmahdollisuuksien korostaminen terveystakuuttajansa valinnassa. Uudistuksen tavoitteena oli hillitä vakuuttajien välisen kilpailun avulla nousussa olevia terveydenhuollon kustannuksia sekä saada aikaan paremmin neuvoteltuja sopimuksia vakuuttajien ja palveluntuottajien kesken. (Muiser 2007)

Terveystakuutuksen lisäksi kaikki hollantilaiset kuuluvat lakisääteisesti pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattavan terveystakuutuksen piiriin (Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ). (Klazinga 2008). Vakuutus kattaa pitkäaikaissairaanhoidon, mielenterveyshoidon sekä kotihoidon ja palveluasumisen. Henkilö voi ottaa terveystakuutuksen ja kalliit hoitokustannukset kattavan terveystakuutuksen eri vakuutusyhtiöistä.

Hollannin terveystalvelujärjestelmää rahoittavan vakuutusjärjestelmän osat

Terveysvakuutus (lakisääteinen)

Pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattava terveysvakuutus (lakisääteinen)

Yksityinen lisäterveysvakuutus (vapaaehtoinen).

5,2 Rahoitus ja palvelutuotanto

Terveydenhuollon menot

Hollannin terveydenhuoltomenot vuonna 2006 olivat 9,3 prosenttia bruttokansantuotteesta, vastaava luku vuonna 2000 oli 8,0 prosenttia (OECD 2008). Julkisen rahoituksen osuus vuonna 2006 oli noin 72 prosenttia²⁵ (Klazinga 2008; Thomson, Foubister & Mossialos 2009).

Rahoitusjärjestelmän kattavuus

Jokaisen pysyvästi Hollannissa asuvan henkilön on hankittava itselleen (sosiaali)terveysvakuutus²⁶ (Health Insurance Act, Zorgverzekeringswet, ZVW), joka sisältää sekä terveyskuluvakuutuksen että pitkäaikaissairaanhoidon ja erityisen kalliit hoitokustannukset kattavan terveysvakuutuksen (The Exceptional Medical Expenses Act, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ). Vakuutusjärjestelmän ulkopuolelle jääminen on sanktioitu ja rangaistuksena voi olla sakko.

Vakuutuksen kattavuus on säädetty laissa. Vakuutusyhtiöiden on myönnettävä vakuutus kaikille hakijoille riippumatta hakijan iästä tai sairauksista. Terveysvakuutus kattaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon vastaanottokäynnit sekä vuodeosastohoidon. Hammashoito katetaan vain 18 vuoden ikään asti. Pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattava terveysvakuutus kattaa pitkäaikaishoidon ja mielenterveyshoidon. Edellisten lisäksi on mahdollista hankkia lisävakuutus, joka kattaa hoitoja jotka eivät kuulu em. vakuutusten rahoittamiksi. Tällaisia ovat esimerkiksi hammasteknikon palvelut. Perusvakuutusturva on lakisääteisesti määrätty ja kaikille vakuutetuille yhdenmukainen vakuutusyhtiöstä tai palveluntuottajasta riippumatta. (Douven, Lighthart, Mot & Pomp 2007; Klazinka 2008)

²⁵ Yksityisen rahoituksen osuus väheni kaikille pakollisen terveysvakuutuksen myötä 7 prosenttiyksikköä (vuonna 2005 yksityinen rahoitus kattoi 20.1 prosenttia kaikista terveismenoista ja vuonna 2006 13.1 prosenttia) (Klazinga 2008).

²⁶ Hasekamp (2006) kutsuu Hollannin vakuutusjärjestelmää ”yksityiseksi sosiaali-terveysvakuutukseksi” (”private social health insurance”) (Muiser 2007).

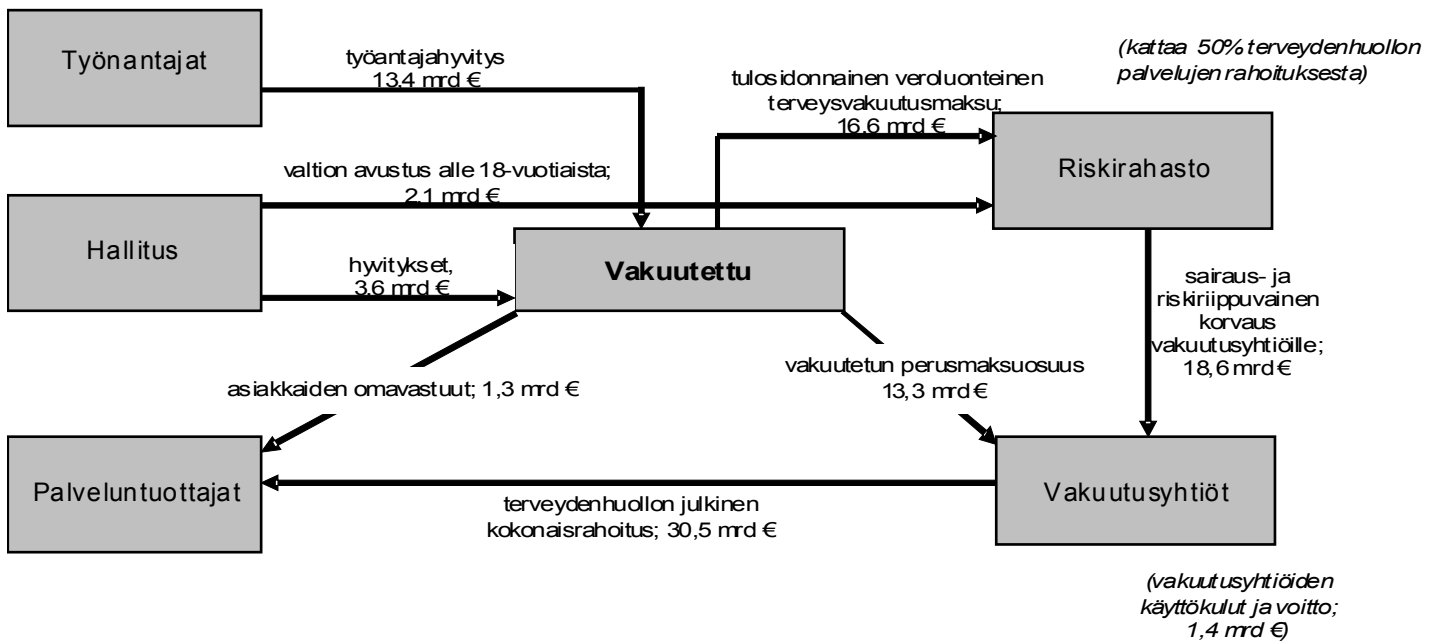
Rahoitus ja rahoituspohja

Hollannissa terveydenhuollon palvelut rahoitetaan vakuutuksilla, joiden sääntelystä vastaa keskushallinto ja vakuutusmaksujen suuruus on määritelty lailla. Vakuutusyhtiöt ovat yksityisiä. Vakuutusyhtiöiden on hyväksyttävä kaikki hakijat asiakkaiseen riippumatta henkilön sairaushistoriasta tai sairausriskeistä. Vakuutettujen perusmaksuosuuden, eli terveysvakuutusmaksun (nominal premium, flat rate premium), pitää olla kaikilla vakuutetuilla sama. Maksu ei saa riippua vakuutetun sairauksista tai terveyspalvelujen aikaisemmasta käytöstä. Vakuutusyhtiöt voivat kuitenkin tarjota asiakkailleen maksimissaan 10 prosentin alennuksen vakuutusmaksusta, jos asiakas esimerkiksi käyttää vain vakuutusyhtiön kilpailuttamia palveluntuottajia. Vakuutusyhtiöt saavat vain osan rahoituksesta asiakkaiden maksamista vakuutusmaksuista (noin puolet tarvittavasta rahoituksesta) ja loppu tulee keskushallinnon riskirahastosta (Health Insurance Fund). (Muiser 2007; Ministry of Health, Welfare and Sport 2008)

Riskirahasto on kansallinen keskushallinnon ylläpitämä rahasto, jonka kautta kulkee noin puolet terveydenhuollon rahoituksesta. Riskirahasto kerää veroluonteisia työntekijän palkkatasoon sidottuja maksuja työnantajilta ja työntekijöiltä²⁷. Lisäksi se saa avustuksia valtiolta (esimerkiksi alle 18-vuotiaista). Vakuutusyhtiöiden riskirahastosta saama asiakaskohtainen korvaus vaihtelee henkilön riskiprofiiliin (ikä, sairastavuus, edeltävät sairaalahoidot, asuinpaikka) mukaan (risk adjustment). Kansallinen hoitovakuutusneuvosto (Health Care Insurance Board, CVZ) pisteyttää jokaisen kansalaisen em. kriteerien mukaan. Vakuutusyhtiöiden tulonmuodostus perustuu siis kahteen eri lähteeseen: asiakkailta saatuihin vakuutusmaksuihin ja asiakaskunnan sairastavuuteen perustuvaan keskushallinnon riskirahastosta saatuun korvaukseen. Jälkimmäinen määräytyy ns. kapitaatioperiaatteella ja vaihtelee asiakkaan sairastavuuden ja riskien mukaan. Iäkkään, monisairaana henkilön tuottama rahoitusosuus vakuutusyhtiölle on suurempi kuin terveen²⁸.

²⁷ Vrt. Saksa, jossa vakuutusyhtiöt ja -kassat keräävät vakuutusmaksut suoraan vakuutetuilta.

²⁸ Ns. ex ante risk adjustment.



Kuva 1.1 Hollannin terveydenhuollon vakuutusjärjestelmän rahavirrat
Lähde: Dekker 2009

Yksittäisen kansalaisen terveysvakuutusmaksu (nominal premium) on 1 050 euroa vuodessa (2009). Alle 18-vuotiaiden kustannuksista vastaa valtio. Lisäksi työnantajilta peritään työntantajmaksua (työntantajhyvitys). Työntantajmaksu kanavoidaan kansalliseen riskirahastoon ja se on noin 7,2 prosenttia työntekijän tuloista (5,1 prosenttia eläkeläisiltä ja yksityisyrittäjiltä). Pienituloiset saavat veroissa hyvitystä maksuunsa. (Dekker 2009)

Hoitopaikkansa kansalaiset voivat valita itse. Järjestelmä motivoi vakuutusyhtiötä järjestämään monisairaiden potilaidensa hoidon mahdollisimman kustannusvaikuttavasti ja tehokkaasti. Henkilö saa vaihtaa vakuutusyhtiötä halunsa perusteella kerran vuodessa. (Ministry of Health, Welfare and Sport 2008).

Hollannin terveystajärjestelmän kehittämisen vaiheet

1980-luku: budjettiohjauksen lisääminen (kustannuskatot eri palveluille kansallisesti). Edeltävästi sairaskassojen mahdollisuus vaikuttaa kuluihin oli ollut olematonta, kassoilla ei myöskään ollut riskiä (hallitus korvasi tuotetut palvelut kassoille, joiden tehtäväksi jäi maksaa tuottajille tuotetuista palveluista ilman ylärajaa); seurauksena oli kustannusten nousu.

1990-luku: hallitus vähensi kontrollia ja järjestelmää alettiin ohjata markkinaehtoisesti. Tavoitteena oli toimintojen tehostuminen. Terveyspalveluiden rahoittaminen ja tuottaminen jäi kassoille ja yksityisille vakuutusyhtiöille, jotka kilpailuttivat tuottajat tietyssä kansallisessa kustannusraamissa ("managed competition").

2000-luvun alun ongelmia: Kustannusten hallitsematon kasvu, pitkät jonot, laadunhallinnan puutteet sekä järjestelmän huono läpinäkyvyys. Ongelmien syyksi katsottiin budjettiohjausperinne ja toimimattomat markkinat.

Vuonna 2006 astui voimaan terveystakuutuslaki: Kansalaiset, eli asiakkaat kilpailuttavat vakuutusyhtiön, joka toimii yksityismarkkinoilla. Pakollinen terveystakuutus kaikille. Vakuutusyhtiö ostaa parhaimmat palvelut asiakkailleen.

Hollannin teesit: tarjontalähtöisestä kontrollista kysyntälähtöiseen ohjaukseen. Ohjattu kilpailu.

Palvelujen järjestäminen ja tuottajajärjestelmä

Hollannissa valtio ja kunnat eivät itse tuota sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, vaan tuotanto on säätiöiden, yhdistysten ja yritysten vastuulla.

Vakuutusyhtiöt toimivat tilaajina ja hankkivat palvelut vakuutetuilleen. Vakuutusyhtiöt solmivat palvelusopimuksia omalääkäreiden ja sairaaloiden kanssa. Vakuutusyhtiöt kilpailuttavat tuottajia ja pyrkimyksenä on luoda toimivia hoitoketjuja. Vakuutusyhtiöt vastaavat siitä, että vakuutettu asiakas saa tarvitsemansa hoidon. Käytännössä vakuutusyhtiön edustajat sopivat sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelujen tuottajaorganisaatioiden kanssa palvelujen järjestämisestä asiakkailleen. Vakuutusyhtiöllä on vastuu hankkia riittävä informaatio palvelujen saatavuudesta, hoitovaihtoehdoista ja eroista palvelujen laadussa. (Ministry of Health, Welfare and Sport 2008)

Kansalainen listautuu yksityisen omalääkärin asiakkaaksi ja myös valitsemaansa apteekin asiakkaaksi. Erikoissairaanhoidon päästäkseen hän tarvitsee omalääkäriensä lähetteen. Päivystykseen voi hätätapauksissa mennä ilman lähetettä. (Ministry of Health, Welfare and Sport 2008)

Sairaalat ovat pääsääntöisesti yksityisiä ei-voittoa tuottavia organisaatioita, joiden palveluvalikkoa säätelee lainsäädäntö. Sairaaloiden erikoislääkärit työskentelevät pääsääntöisesti (70 prosenttia) ammatinharjoittajina ja laskuttavat sairaalaa tuottamistaan palveluista. Osa erikoislääkäreistä on sairaalan palkkaamia työntekijöitä. (Klazinga 2008)

Yleislääkärit (omalääkärit) toimivat ammatinharjoittajina ja saavat korvauksen kapitaatioperusteisesti eli listautuneiden potilaiden määrän ja sairausprofiilin perusteella.

Hallitus määrittelee terveydenhuollon perussisällön, jonka vakuutuksella saa. Se kattaa kaiken välttämättömän perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon. Vakuutus sisältää myös lääkkeet. (Klazinga 2008)

6 Saksa

Saksa on Euroopan Unionin taloudellisesti merkittävin valtio. Saksa on noin 82 miljoonalla asukkaallaan Länsi-Euroopan väkirikkain maa²⁹. Saksan bruttokansantuote³⁰ asukasta kohden vuonna 2007 oli 34 390 USD (OECD 2008). Saksan inhimillisen kehityksen indeksi (HDI) vuonna 2006 oli 0,940 ja maa oli sijalla 23.

6,1 Järjestelmä ja ohjaus

Saksa on 16 osavaltiosta muodostunut liittotasavalta. Maan jokaisessa osavaltiossa on oma, mutta koko maan perustuslakiin perustuva perustuslaki. Lakeja säätävä elin on parlamentti eli liittopäivät (Bundestag), jolle liittoneuvosto (Bundesrat) esittää lakialoitteensa. Presidentin valitsee liittopäivät joka 5. vuosi. Lainsäädäntövalta jakautuu liittovaltion ja osavaltioiden välillä siten, että liittovaltion tasolla säädetään lakeja koskien ulkomaankauppaa, puolustusta, raha-asioita ja lentoliikennettä. Osavaltioiden tasolle jää muu lainsäädäntö. (Busse & Riesberg 2004)

Saksan terveydenhuollon rahoitus perustuu vakuutus pohjaiseen järjestelmään, jonka alkuperä on vuodessa 1883. Tuolloin parlamentti säätöi lain, jonka mukaan sairausvakuutus tuli pakolliseksi tietyille työntekijäryhmille (Altenstetter 2003). Sairaskassoille muodostettiin itsehallinnolliset rakenteet, jotka takasivat kassojen itsehallinnon lain sallimissa rajoissa. Järjestelmä laajeni vähitellen koskemaan työtapaturmia, työkyvyttömyyttä, eläköitymistä, työttömyyttä ja pitkäaikaissairaanhoidtoa. Parlamentti ja hallitus loivat raamit ja hallitus valvoi toimintaa.

Itsenäisten sairaskassojen rinnalle kehittyi myös ns. korvaavia omavaraisia kassoja, jotka olivat kokonaan työntekijöiden hallinnassa. Alun perin kassojen tarkoitus oli estää köyhtyminen maksamalla kompensoitua sairauden vuoksi. Toiminta siirtyi kuitenkin enemmän palveluihin. (Busse & Riesberg 2004)

Saksan terveydenhuoltojärjestelmän perusta on päätöksenteon jakaminen liittovaltion hallituksen, osavaltioiden ja legitimoitujen organisaatioiden kesken. Kansallisella tasolla päätoimijoita ovat liittokokous, liittoneuvosto ja terveysministeriö (Bundesministerium für Gesundheit). Osavaltioiden tasolla ohjaus tapahtuu osavaltion ministeriön toimesta. Yleisesti terveysasiat on osavaltioissa yhdistetty työvoima- ja sosiaalipolitiikkaan. (Busse & Riesberg 2004, Busse 2008)

Saksan terveydenhuoltojärjestelmä periaatteita ovat desentralisointi ja vakuutus pohjaisuus. Valtio osallistuu terveydenhuoltojärjestelmään vain ylimpänä lainsäätäjänä ja asettamalla raamit toiminnalle. Terveydenhuollon säännökset määrittelevät liittovaltion tasolla sairausvakuutuksen peruseräpäätökset ja potilaan oikeudet. Liittovaltion hallituksen rooli on ohjata, mahdollistaa ja valvoa

²⁹ Wikipedia 2009.

³⁰ Bruttokansantuote korjattu ostovoimapariteetilla (PPP).

terveydenhuollon toimintaa. Osavaltioilla on myös omia lakeja koskien sosiaali- ja terveydenhuoltoa. (Busse & Riesberg 2004)

Saksan terveydenhuollon rahoitus perustuu terveysvakuutusjärjestelmään. Vuoden 2009 alussa kaikkien kansalaisten on ollut pakko ottaa itselleen ja perheelleen terveysvakuutus. Aikaisemmin vakuuttamispakkoa ei ollut henkilöillä, joiden vuositulo ylitti 48 000 € (v. 2007). (Busse 2008) Saksan erityispiirre on vahvat autonomiset sairausvakuutusorganisaatiot.

Valtio on pyrkinyt lisäämään kilpailua sairaskassojen välillä, keskittämään päätöksentekoa ja yhtenäistämällä säännöstöä. Kassojen rooli palvelujen tilaajana on vahvistunut samalla kun kassojen määrä on vähentynyt. Saksan terveysvakuutusjärjestelmä on rakentunut pitkien työsuhteiden varaan. Työsuhteet ovat kuitenkin muuttumassa lyhyemmiksi ja tilapäisemmiksi, mikä luo kassajärjestelmälle haasteita. (Busse & Riesberg 2004; OECD 2008)

Saksan terveydenhuoltojärjestelmä

Ominaispiirteitä ovat vakuutus pohjaisuus, desentralisointi, valtion osallistuminen vain normiohjaukseen ja valvontaan sekä ammattikiltojen voimakas rooli.

Saksan terveydenhuollon menot asukasta kohden laskettuna ovat EU-maiden suurimmat.

6,2 Rahoitus ja palvelutuotanto

Terveydenhuollon menot

Saksan terveydenhuoltomenot vuonna 2006 olivat 10,6 prosenttia bruttokansantuotteesta, vastaava luku vuonna 2000 oli 10,3 prosenttia (OECD 2008). Julkisen rahoituksen osuus vuonna 2006 oli noin 76,9 prosenttia, ja potilaiden omavastuut (out of the pocket payments) vastasivat terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta 13,5 prosenttia³¹. (Thomson, Foubister & Mossialos 2009)

Palvelujärjestelmän kattavuus

Vuonna 2008 lakisäätöinen valtion sairausvakuutusjärjestelmän sairausvakuutus kattoi Saksassa 88 prosenttia väestöstä. Sairasvakuutuksen hankkiminen oli pakollista kaikille, joiden tulot olivat alle 48 000 € vuodessa (75 prosenttia väestöstä). Suurin osa suurituloisistakin oli kuitenkin hankkinut julkisen sairausvakuutuksen. Yksityinen vakuutus oli 10 prosentilla väestöstä. Lisäksi muut valtion järjestelmät (esim. sotilaiden vakuutusjärjestelmä) kattoivat 2 prosenttia

³¹ Suurimpina erinä lääkkeiden ja hammashoidon omavastuut.

väestöstä. Vain 0,2 prosenttia väestöstä oli vailla vakuutusta. Vuodesta 2009 sairausvakuutus on ollut kaikille saksalaisille pakollinen. (Busse 2008)

Valtion sairausvakuutusjärjestelmä kattaa sairauksien hoidon ja ehkäisyn, sairaalahoidon, työterveyshuollon, seulonnat, ensiavun ja sairaankuljetuksen sekä sairauspäivärahan, joka on 70 % palkasta. Sairaskassat saavat valtion rahoitusta äitiysavustuksiin, vanhempien korvaukseen sairaan lapsen hoitamiseksi, hedelmöityshoitoihin, sterilisaatioon ja alle 20-vuotiaiden raskaudenehkäisyyn. (Busse & Riesberg 2004)

Valtion sairausvakuutusjärjestelmässä asiakkailla on mahdollisuus valita sairaskassa. Kassaa on mahdollista vaihtaa ilmoittamalla siitä 1,5 vuotta etukäteen. Vuonna 2003 peräti 23,4 prosenttia saksalaisista vaihtoi sairaskassaa. (Riesberg 2004.). Mahdollisuus kassan vaihtoon aiheutti asiakkaiden ryhmittymisen siten, että terveemmät, nuoremmat ja korkeatuloisimmat siirtyivät halvempiin kassoihin.

Tätä kehitystä tasapainottamaan uudistettiin vuodesta 1994 käytössä ollut riskien kompensointiohjelma. Ohjelman tarkoituksena on tasata kassojen asiakkaiden erilaisuudesta johtuvia kuluja. Riskien kompensointiohjelmaa täydennettiin vuonna 2003 kroonisten sairauksien hoito-ohjelmilla. Sairausperusteisilla ohjelmilla tavoitellaan hoitojen kustannusvaikuttavuuden parantamista. Ohjelmien piirissä olevien potilaiden hoito perustuu tiukemmin ns. käypään hoitoon ja suosituksiin. Sairausperusteisia ohjelmia tarjoavat kassat saavat taloudellisia kannustimia. Ohjelmien yhteydessä perhelääkäreiden koordinoitirooli on vahvistunut ja he ovat saaneet lisää portinvartijaroolia³². (Busse & Riesberg 2004; Busse 2008; Donner-Banzhoff 2008; Reinhard 2009)

Rahoitus ja rahoituspohja

Saksan lakisääteisessä vakuutusjärjestelmässä sairaskassoilla on ollut keskeinen asema. Kassat ovat yhdistelmä julkista, lakisääteistä ja yksityistä järjestelmää. Kassat ovat yksityisiä, ei voittoa tuottavia ja keskenään kilpailevia vakuutuslaitoksia. Ne neuvottelevat hinnat, palvelujen määrät ja laatumittarit tuottajien kanssa asiakkaidensa puolesta. Kassat toimivat palveluiden tilaajina ja järjestäjinä. Kassoja oli vuoden 2009 alussa noin 200 kappaletta. Yksityisiä vakuutusyhtiöitä on noin 50. (Busse & Riesberg 2004; Reinhard 2009)

Vuoden 2009 alusta sairaskassojen maksut yhtenäistettiin ja maksutulot kerätään kansalliseen keskitettyyn terveystalouteen. Kassat saavat rahoituksensa terveystaloudesta. Rahoituksen määräytymisessä sovelletaan riskinhallintajärjestelmää, joka perustuu kassan asiakaskunnan sairastavuuteen ja riskeihin. Myös yksityisten sairausvakuutusyhtiöiden on ollut pakko osallistua vuoden 2009 alusta riskientasausjärjestelmään. (Busse & Riesberg 2004; Reinhard 2009)

³² Portinvartijarooli, yleislääkäri toimii potilaan ensikontaktina ennen erikoissairaanhoitoa. Erikoissairaanhoitoon hakeudutaan vain yleislääkärin läheteellä.

Saksan terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän kehittäminen 2009

Vuoden 2009 alusta kaikkien on ollut pakollista hankkia lakisääteinen sairausvakuutus.

Vuoden 2009 alusta keskitetty terveysvarojen rahastointi kansalliseen terveysrahastoon, josta rahoitus palautetaan kassoille riskinhallintajärjestelmän avulla (kassojen samaa rahoitus perustuu asiakaskunnan sairastuvuuteen ja riskeihin). Kassojen vakuutusmaksut yhtenäistettiin.

Lakisääteisen sairausvakuutuksen maksut riippuvat vakuutetun tuloista. Vuonan 2008 työntekijät maksoivat vakuutusmaksua 8 prosenttia bruttotuloista ja työnantaja maksoi lisäksi 7 prosenttia tulosidonnaista vakuutusmaksua työntekijän puolesta. Maksukatto henkilö kohden oli 540 € kuukaudessa. (Busse 2008) Vakuutus kattaa myös vakuutetun puolison ja lapset. Taiteilijoiden ja opiskelijoiden vakuutusmaksuista liittovaltio maksaa puolet. Vuodesta 2004 myös eläkeläiset ovat joutuneet maksamaan vakuutusmaksuja. Työttömien vakuutusmaksut maksaa hallituksen työttömyysviranomainen (Busse & Riesberg 2004; Busse 2008).

Vakuutusmaksut ovat viime vuosina nousseet, ja ovat nyt noin 15 prosenttia tuloista. Kustannusten nousun taustalla on eläkeläisten määrän lisääntyminen ja työttömyysprosentin nousu. (Busse & Riesberg 2004; Busse 2008)

Yksityinen vakuutus täydentää julkista valtion ohjauksessa olevaa järjestelmää. Yksityiset vakuutukset rahoittivat terveydenhuollosta n. 9 prosenttia vuonna 2005. (Busse 2008)

Palvelujen järjestäminen ja tuottajajärjestelmä

Saksalla perusterveydenhuollon lääkäreillä ei ole ns. portinvartijaroolia, vaan potilaat hakeutuvat joko omalle yleislääkärilleen tai suoraan erikoislääkärille. Vuonna 2004 kassat kehittivät perhelääkärijärjestelmän, johon kuuluvat saivat alennusta vakuutusmaksuihin, mikäli hakeutuivat hoitoon hoidon porrastuksen mukaan. Avohoidon lääkärit toimivat ammatinharjoittajina ja saavat maksun toimenpideperusteisesti. Potilas saa valita lääkärin ja hoitopaikan vapaasti. Lääkärit kilpailevat potilaista. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden yhdistykset neuvottelevat paikallisesti sopimukset sairaskassojen kanssa. Lääkärit saavat maksun tarjoamistaan palveluista vuosittain neuvoteltavan asteikon mukaan. (Busse 2008; Donner-Banzhoff 2008)

Valtion lakisääteisiä sairausvakuutuspotilaita (kassojen asiakkaita) hoitavat lääkärit ovat organisoituneet alueellisiin yhdistyksiin, joiden jäsenyys on pakollista. Muodollisesti terveydenhuollon palveluiden tuottajia ovat lääkäreiden ja hammaslääkäreiden yhdistykset. Palveluiden ostajina toimivat sairaskassat ja niiden yhdistykset. (Busse & Riesberg 2004; Busse 2008)

Sairaalat ovat pääasiassa voittoa tuottamattomia julkisia (noin puolet sairaalapaikoista) tai yksityisiä (noin 35 prosenttia sairaalapaikoista) yrityksiä. Voittoa tavoittelevien yritysten määrä sairaalapalvelujen tuottajina on kasvussa (vuonna 2008 näissä oli noin 15 prosenttia sairaalapaikoista). Osavaltiot ovat vastuussa sairaalainfrastruktuurista. Ne sekä keskushallinto vastaavat osittain sairaaloihin kohdistuvista investoinneista. Sairaskassat osallistuvat rakennusten ylläpitoon. Sairaaloissa on käytössä DRG-pohjainen laskutusjärjestelmä. (Riesberg 2004; Busse 2008)

7 Iso-Britannia

Iso-Britanniassa asuu noin 60 miljoonaa ihmistä ja maa on väkiluvultaan Euroopan Unionin kolmanneksi suurin valtio. Iso-Britannian bruttokansantuote³³ asukasta kohden vuonna 2007 oli 35 667 USD (OECD 2008). Iso-Britannian inhimillisen kehityksen indeksi (HDI) vuonna 2006 oli 0,942 ja maa sijoittui maailmassa sijalle 23.

7,1 Järjestelmä ja ohjaus

Tämä katsaus kuvaa pääasiassa Englannin terveydenhuoltojärjestelmää, joka eroaa jossain määrin Iso-Britannian muiden alueiden järjestelmistä. Iso-Britannian kansallinen terveysjärjestelmä, National Health Service (NHS), perustettiin vuonna 1941. NHS:n peruseräkkeisiin kuului valtion kollektiivinen vastuu kattavasta terveysjärjestelmästä, joka on kaikkien käytettävissä ilman maksua. (European Observatory on Health Care Systems 1999; Li 2006)

Iso-Britannian terveydenhoitojärjestelmän ohjaus tapahtuu kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla.

Kansalliset toimijat

Ison-Britannian terveydenhuollon lainsäädännöstä ja yleisestä toimintapolitiikasta päättää parlamentti.

Terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta vastaa terveysministeriötä vastaava Department of Health (DH), jonka tehtävinä on mm. vastata terveydenhuollon tavoitteiden määrittelystä, ohjata terveyspolitiikkaa, määrittellä kansalliset standardit sekä allokoida resurssit NHS:lle. (European Observatory on Health Care Systems 1999)

Kansallisella tasolla toimii kaksi hoidon laatua ja vaikuttavuutta turvaavaa organisaatioita. National Institute of Clinical Excellence (NICE) vastaa kansanterveystyön ohjauksesta, terveysteknologiaan liittyvistä kysymyksistä ja käypä hoito -ohjeistuksesta. Toinen kansallinen toimija, Healthcare Commission, on kiinteässä yhteistyössä DH:n kanssa. Komission tavoitteena on edistää parempaa terveydenhuoltoa kansalaisille yhtenäisen arvioinnin kautta. (NHS 2009)

Alueelliset toimijat

Vuodesta 2002 maassa on toiminut strategisia terveysviranomaisia (Strategic Health Authorities, SHA), jotka johtavat paikallista NHS:n toimintaa. Alun perin viranomaisia oli 28, mutta lukumäärää vähennettiin vuonna 2006 kymmeneen³⁴. Suurempien strategisten yksiköiden ajateltiin olevan vahvempia tilaajaorganisaatioita. Strategisten terveysviranomaisten tehtävä on kehittää

³³ Bruttokansantuote korjattu ostovoimapariteetilla (PPP).

³⁴ Eli, noin kuusi miljoonaa asiakasta / tilaajaorganisaatio (kirj. huom.).

suunnitelmia paikallisten terveyspalvelujen parantamiseksi, varmistaa paikallisten terveyspalveluiden laatu, lisätä paikallisten terveyspalvelujen kapasiteettia ja varmistaa valtakunnallisten prioriteettien toimeenpano paikallisesti. SHA:t ovat avainasemassa linkkinä terveysosaston ja NHS:n välillä. (NHS 2009)

Paikalliset toimijat

Varsinaisesti terveydenhuoltojärjestelmä jakautuu perusterveydenhuoltoon (primary care) ja erikoissairaanhoidon (secondary care) (NHS 2009).

Perusterveydenhuollon trustit (Primary Care Trusts, PCT) ovat vastuussa perusterveydenhuollosta. Trustit ovat itsenäisiä NHS-organisaatioita, joilla on oma johtokunta, henkilökunta ja budjetti. Ne ovat alueellisten SHA:iden valvonnassa. Trustit tuottavat osan palveluista suoraan ja tilaavat osan muilta tuottajilta, kuten muilta trusteilta tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Trustit varmistavat palvelujen riittävän määrän ja saatavuuden ja toimivat erikoissairaanhoidon tilaajina. Trusteja on Englannissa tällä hetkellä 152 ja ne vastaavat 85 prosenttia NHS:n budjetista. (NHS 2009; Boyle 2008)

Sairaalat toimivat NHS-trustien alaisuudessa ja solmivat hoitosopimuksia PCT-trustien kanssa. Osa julkisesta erikoissairaanhoidosta hankitaan yksityisiltä palvelujen tuottajilta ja kustannukset korvataan NHS-trustin budjetista (Boyle 2008). Yhteistyö yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa on lisääntynyt tällä vuosikymmenellä.

Vuonna 2006 toimeenpantu terveydenhuollon uudistus määritteli ja lisäsi edelleen julkisen ja yksityisen sekä kolmannen sektorin kanssa tehtävää yhteistyötä. Päämääränä oli edistää palvelutarjonnan monipuolistumista ja lisätä asiakkaan valinnan vaihtoehtoja antamalla lisää mahdollisuuksia yksityisen ja kolmannen sektorin toimijoille. Vuonna 2005 perustettiin erikoisyksikkö, the Third Sector Commissioning Task Force. Sen tehtävä oli luoda parempi yhteistyö kolmannen sektorin toimijoiden ja julkisen terveydenhuollon välille, etsiä käytännön yhteistyömuotoja ja luoda pelisäännöt yhteistoiminnalle. Lisäksi tavoitteena oli parantaa yksityisen ja kolmannen sektorin palveluiden laatua sekä tehdä yhtenäinen ohjeistus palveluiden ostoon. (Department of Health 2006)

Iso-Britanniassa toimii noin 55 000 yhteiskunnallista yritystä (yhteisöedun yritystä)³⁵ (12/2008). Yhteiskunnalliset yritykset toimivat liiketoimintaperiaatteen mukaisesti, mutta tuotot sijoitetaan takaisin palvelun kehittämiseen. Yhteiskunnallisten yritysten toimintaa tuetaan, koska niiden ajatellaan lisäävän potilaiden valinnan vapautta. Yritykset kehittävän toimintaansa innovatiivisemmin kuin perinteiset NHS-toimijat. Department of Health:ssa toimii yhteiskunnallisten yritysten yksikkö (Social Enterprise Unit) ja vuonna 2007 perustettiin yhteiskunnallisten yritysten rahasto (Social Enterprise Fund). (Department of Health 2009a)

³⁵ Social enterprise; joskus käytetään nimitystä sosiaalinen yritys. Oikea nimitys on kuitenkin *yhteisöedun yritys* tai *yhteiskunnallinen yritys*.

Vuonna 2000 julkaistiin NHS Plan

Se on 10 vuoden suunnitelma, jolla kehitetään kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän kyvykkyyttä.

Suunnitelman päätavoitteet ovat:

Palveluiden potilaskeskeisyyden lisääminen tuomalla potilaille lisää valinnan mahdollisuuksia. Palveluiden laadun ja saatavuuden parantaminen.

Tuottajien kilpailukyvyyn nostaminen tarjoamalla kannusteita toiminnan muutokseen, esim. laadun tuottamisen palkitseminen yleislääkärin työssä.

Tilaajien roolin muuttaminen aktiivisemmaksi antamalla perusterveydenhuollon trusteeille hankintavaltaa ja mahdollistamalla vastaanottopalveluiden tilaaminen myös yksityisiltä, kolmannen sektorin organisaatioilta tai yhteiskunnallisilta yrityksiltä.

Kustannustehokkuuden ja edullisuuden painottaminen palvelutuotannossa.

NHS perustuslaki julkaistiin 21.1.2009. Perustuslain tarkoitus on tuoda esiin kumppanuutta potilaan kanssa. Sen tarkoituksena on edistää sekä mielenterveyttä että fyysistä terveyttä ja estää sairauksia. Perustuslaki listaa potilaan ja kansalaisen oikeuksia niin hoidon saatavuuden kuin laadun ja kohtelun osalta. Se kertoo myös valittamisen mahdollisuudesta ja mahdollisista korvauksista hoitovirhetilanteissa. Perustuslaissa määritellään potilaan ja kansalaisten velvollisuudet. Potilaan oikeuksien lisäksi NHS perustuslaki määrittelee henkilökunnan oikeudet, velvollisuudet ja NHS:n odotukset henkilökunnalta. Perustuslaki määrittelee myös tilivelvollisuutta ja järjestelmän arvoja. (NHS 2009a)

Potilaan valinnanvapautta palveluiden hankinnassa on edelleen lisätty NHS:n pilotoimassa hankkeessa, jossa potilaalle annetaan henkilökohtainen terveysbudjetti³⁶. Alkuvaiheessa toiminta käsittää vain sosiaalipalveluiden hankinnan. Hankkiessaan palvelut itse potilas tulee paremmin tietoiseksi palvelun ja hoidon kustannuksista.

Ensimmäinen vaihe on lähinnä käsitteellinen terveysbudjetti, jossa potilas ymmärtää valintojen taloudelliset vaikutukset. Toinen vaihe on varsinainen henkilökohtainen budjetti, jossa potilaalle allokoidaan budjetti, jota hallinnoi esimerkiksi yleislääkäri tai hoidon koordinaattori potilaan puolesta. Kolmas vaihe

³⁶ Vastaa käytännössä palveluseteliä. Suomessa vastaava toiminta alkoi myös sosiaalipalveluista ja laajeni kesällä 2009 muihin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

on varsinainen terveystbudjetti rahallisin oikeuksin. Potilas saa palveluoikeuden sijaan rahallisen korvauksen, jolla hän voi hankkia itse tarvitsemansa palvelun. Täydellisenä terveystbudjetti on mahdollinen lakimuutosten jälkeen vuonna 2010. (Department of Health 2009)

Britannian terveydenhuollon uusia painotuksia ovat lähipalveluiden kehittäminen moniammatillisena (monitoimijaisena) yhteistyönä ja asiakaan tarpeiden parempi huomioiminen. Tavoitteissa on vahva paikallinen painotus. Muutoksen lähtökohta on siis paikallinen toiminta ja tavoitteena on paikallisten päätösten tekeminen. Tästä esimerkkinä on vastaanottojen merkittävämpi rooli palveluiden tilaajina (practice based commissioning). Yleislääkäriryhmät ja yleislääkärit saavat suuremman mahdollisuuden hankkia palveluita väestölleen. Yleislääkäreitä kannustetaan myös laajaan tiimiperustaiseen yhteistyöhön. (Department of Health 2009a)

7,2 Rahoitus ja palvelutuotanto

Terveydenhuollon menot

Britannian terveydenhuoltomenot vuonna 2006 olivat 8,4 prosenttia bruttokansantuotteesta, vastaava luku vuonna 2000 oli 7,3 prosenttia (OECD 2008).

Terveydenhuoltomenojen julkinen rahoitus kattoi menoista 87.3 prosenttia vuonna 2006 (OECD 2008). Julkisen rahoituksen osuus laski vuodesta 1980 (89 prosenttia) vuoteen 2000 ja oli matalimmillaan 81 prosenttia. Tämän jälkeen rahoitusosuus palasi entiselle tasolle (Thomson, Foubister & Mossialos 2009).

Palvelujärjestelmän kattavuus

NHS:n peruseriaatteita on palvelujärjestelmän universaalisuus. Palvelut ovat käytettävissä maksutta kaikille Britanniassa pysyvästi asuville. Palveluvalikko on jossain määrin rajattu ja sitä ohjaa kansallinen virasto NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence). Varsinaisia priorisointilistoja ei ole. Erikoissairaanhoidon hakeudutaan vain omalääkärin (GP, general practitioner) läheteellä. Palvelut ovat käytännössä maksuttomia käyttäjille. (Boyle 2008)

Rahoitus ja rahoituspohja

NHS:n vastuulla on 86 prosenttia terveydenhuollon rahoituksesta (v. 2006). Perustamisestaan lähtien NHS on pääosin rahoitettu verovaroin. Rahoituksesta 76 prosenttia tulee veroista, 19 prosenttia valtion määrärahasta ja 5 prosenttia asiakkaiden omavastuuosuuksista. (Boyle 2008)

Potilaalle palvelut ovat pääosin maksuttomia. Lääkkeissä³⁷ ja suun terveydenhuollon maksuissa³⁸ on omavastuuosuus. Yksityisen vakuutuksen oli hankkinut 12 prosenttia väestöstä ja se kustansi pääasiassa elektivistä kirurgista ja suun terveydenhoitoa. Yksityinen vakuutus mahdollisti potilaan hakeutumisen suoraan erikoislääkärin hoitoon. Yksityisen terveydenhuollon osuus koko

³⁷ Tietyt potilasryhmät (mm. lapset ja vanhukset) eivät maksa lääkkeiden omavastuuosuuksia.

³⁸ Kuitenkin niin, että maksimi omavastuuosuus vuodessa on 200 punttaa (Boyle 2008).

terveyshoidosta oli vain noin 1 prosentti vuonna 2004. Potilaan suoraan maksamasta terveydenhuollon maksuosuudesta (out-of-pocket, OOP) 90 prosenttia kohdistui yksityiseen terveydenhuoltoon. (Thomson, Foubister & Mossialos 2009, Boyle 2008)

Palvelujen järjestäminen ja tuottajajärjestelmä

Britanniassa perusterveydenhuollolla on perinteisesti hyvin vahva rooli palvelujärjestelmissä. Perusterveydenhuollon ydintoiminto on kattava yleislääkärijärjestelmä. Hoidon porrastus ja portinvartijajärjestelmä ovat poikkeuksetta käytössä, ja erikoissairaanhoidon hakeudutaan vain omalääkärin kautta. Väestöstä 99 prosenttia on rekisteröitynyt omalle yleislääkärilleen, ja NHS kontakteista 90 prosenttia on yleislääkäreille. (Department of Health 2008)

Perusterveydenhuollon trustit (Primary Care Trusts, PCT) ovat vastuussa perusterveydenhuollosta. Trustit ovat itsenäisiä NHS:n paikallisia organisaatioita, joilla on oma johtokunta, henkilökunta ja budjetti. Ne ovat alueellisen SHA:iden (Strategic Health Authorities) valvonnassa. Trustit huolehtivat siitä, että paikalliset olosuhteet ja tarpeet huomioidaan palvelujen tuotannossa. Trustit toimivat palvelujen tuottajina tai tilaavat palvelut ulkopuolisilta tuottajilta, yksityisiltä tuottajilta tai muilta trusteilta. Trustit varmistavat palvelujen riittävän määrän ja saatavuuden.

Varsinaisesta perusterveydenhuollon palvelutuotannosta vastaavat yleislääkärit (general practitioner, GP), hammaslääkärit, silmälääkärit, apteekkarit ja NHS walk-in-keskukset. Jälkimmäiset ovat päivystyskeskuksia, joissa lääkäreiden lisäksi toimii hoitajia.

Yleislääkärit toimivat ammatinharjoittajina³⁹ trustien palkkalistoilla. Yleislääkärien palkka määräytyy perusosan, kapitaatio- eli potilaiden lukumäärään perustuvan osan ja toimenpidepalkkioiden yhdistelmästä. Vuodesta 2004 palkkauksessa on otettu käyttöön laatua ja tuottavuutta palkitsevia lisäosia. Asiakkaalla on mahdollisuus valita lääkäriensä tietyllä maantieteellisellä alueella. Asiakkaat ovat vaihtaneet lääkäriään varsin harvoin, joskin menossa oleva terveydenhuollon uudistus korostaa asiakkaan valinnan mahdollisuutta (Department of Health 2009a)

Iso-Britannian sairaalat ovat NHS:n omistuksessa (NHS-trustit). Viime vuosina osa sairaaloista on siirtynyt julkiseen säätiöpohjaiseen omistukseen, mikä on mahdollistanut sairaaloiden itsenäisemmän toiminnan. Sairaalat toimivat tuottajina perusterveydenhuollon trusteille. Osa erikoissairaanhoidon operatiivisesta toiminnasta tuotetaan täysin yksityissektorin toimesta NHS-trustien tai perusterveydenhuollon trustien toimiessa tilaajina ja maksajina.

³⁹ Vuodesta 1948 lähtien lääkärit ovat olleet yksityisyrityksiä, jotka tuottavat palveluita NHS:lle sopimusten perusteella. Sopimukset neuvotellaan kansallisesti lääkärin edustajien ja hallituksen välillä. MedicalPractices Committee on vastuussa yleislääkärivastaanottojen sijoittumisesta ympäri maata. Uuden vastaanoton voi perustaa alueelle, joka on komiteassa määritelty avoimeksi. Vain erityistapauksissa uusi vastaanotto on mahdollista perustaa alueelle, jossa on lääkäripalveluiden ylitarjontaa. (European Observatory on Health Care Systems 1999)

Viitteet ja kirjallisuutta

Anell A (2008) The Swedish Health Care System, saatavissa 20.6.2009:
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Sweden_Country_Profile_2008%20pdf.pdf

Boyle S (2008). The UK Health Care System. Saatavissa 20.5.2009:
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/UK_Country_Profile_2008%20pdf.pdf

Busse R (2008). The German Health Care System. Saatavissa 27.5.2009:
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/LSE_Country_Profiles%20pdf.pdf

Busse R, Riesberg A (2004). Health Care Systems in Transition: Germany. World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Christensen, Tom, Per Lægreid & Inger Marie Stigen (2006). Performance Management and Public Sector Reform: The Norwegian Hospital Reform. International Public Management Journal

Dekker W (2009). The Dutch Insurance System. Saatavissa 20.5.2009:
<http://www.szpcr.cz/mk/prezentace/090312dekker.ppt>

Department of Health (2006). Departmental Report 2006. London. Department of Health.

Department of Health (2009a), NHS Next Stage Review: Our vision for primary and community care. Saatavissa 25.5.2009:
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_085937

Department of Health (2009b). Personal health budgets. Saatavissa 20.5.2009:
http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Highqualitycareforall/DH_090018

Department of Health/ User Experience and Involvement Group (2006). Part II Outputs and Implementation Report of the Third Sector Commissioning Task Force.

Donner-Banzhoff, Norbert (2008). Country Case Study Germany, Part 1. Saatavissa 19.12.2008:
http://www.hpm.org/en/Events/Bellagio_Primary_Care_Conference/Downloads.html

Douven R, Lighthart M, Mot E, Pomp M (2007). Early experiences with the Dutch health care reform. Euroframe EFN Report.

European Observatory on Health Care Systems (1999). Health Care Systems in Transition: United Kingdom.

European Observatory (2006). Health Systems in Transition; HiT Summary, Norway. Saatavissa: <http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

den Exter A, Hermans H, Dosljak M & Busse R (2004). Health Care Systems in Transition, Netherlands. European Observatory on Health Systems and Policies: WHO Regional Office for Europe.

Glenngård A, Hjalte F, Svensson M, Anell A & Bankasukaite V (2005). Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Saatavissa 26.5.2009: <http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/About-the-Ministry/Subordinate-institutions.html?id=115200>

Johnsen JR (2006). Health Systems in Transition: Norway. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 8.

Klazinga N (2008). The health system in the Netherlands. New York, The Commonwealth Fund. Saatavissa 20.5.2009: http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/Netherlands_Country_Profile_2008.pdf?section=4061, accessed 29 November 2008.

Li, Simon (2006). Health Care Financing Policies of Canada, United Kingdom and Taiwan. Research and Library Services Division, Legislative Council Secretariat.

Ministry of Health and Prevention, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (2008). Health Care in Denmark. Saatavissa 20.5.2009: <http://www.sum.dk>

Ministry of Health, Welfare and Sport (2008). Risk adjustment Health Insurance Act the Netherlands. Saatavissa 26.5.2009: www.minvws.nl

Muiser J (2007). The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. World Health Organization.

NAV (2007). Hva foregår på legekantorene? Konsultasjonsstatistikk for 2006. NAV-rapport 4:2007. Saatavissa 10.6.2009: <http://www.nav.no/binary/805363647/file>

Netherlands Ministry of Foreign Affairs (2006). The Dutch State. Saatavissa 20.5.2009: http://yemen.nlembassy.org/contents/library/2/staatsinrichting_engels_juni_2006.pdf

NHS (2009). NHS Constitution. Saatavissa 22.5.2009: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_093419

OECD (2007). Health at a Glance 2007: OECD Indicators. Saatavissa 26.5.2009:
<http://lysander.sourceoecd.org/vl=455251/cl=33/nw=1/rpsv/home.htm>

OECD Health Data 2008 (Version June 2008)

Regeringskansliet (2007). Ruotsin hallitusjärjestelmä. Saatavissa 10.5.2008:
<http://www.sweden.gov.se/content/1/c6/09/50/25/c4222260.pdf>

Regeringens proposition 2008/09: 74. Vårdval i primärvården.

Reinhard U E (2009). Health Reform Without a Public Plan: The German Model.
New York Times 28.6.2009

Socialdepartementet (2007). Hälso- och sjukvården i Sverige.
Socialdepartementets faktablad nr 14.

Thomson S, Foubister T & Mossialos R (2009). Financing Health Care in the
European Union, Challenges and policy responses. Observatory Studies Series 17.

Uotila, Eila (2004). Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen,
toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä
2004: 3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Vallgård S, Krasnik A, Vrangbaek K (2001). Health Care Systems in Transition:
Denmark. European Observatory on Health Care Systems.

Vrangbaek K (2008). The Danish Health Care System. Saatavissa 20.5.2009:
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Resources/2008/Health%20Care%20System%20Profiles/Denmark_Country_Profile_2008%20pdf.pdf

Vrangbaek K (2009). The health system in Denmark. New York, The
Commonwealth Fund.

Vårdval Halland (2009). Uppföljning av landstigsfullmäktens mål för 2008.
Lanstringet Halland.

Vårdval i Sverige (2008). Delbetänkande av utredningen om patientens rätt.
Statens offentliga utredningar 2008: 37.

Vårdval, tillgänglighet & HSAN-anmälningar (2008). Rapport om vårdval,
tillgänglighet och HSAN-anmälningar inom primärvården 2007/2008. Rapport
Svenskt Näringsliv. Saatavissa 10.5.2009:
http://www.svensktnaringsliv.se/multimedia/archive/00015/Rapport_Prim_rv_rd_15009a.pdf.

WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health
Systems and Policies. Health Care Systems in Transition: Norway (2000).
Saatavissa 20.5.2009:
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/shd/rap/2000/0003/ddd/pdfv/113537-0hit_for_norway.pdf

Willberg, Mirja & Hannu Valtonen (2007). Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 36. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Source: Glenngård AH, Hjalte F, Svensson M, Anell A, Bankauskaite V. Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2005.