



Ammatinharjoittajamalli Egenföretagarmodell

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Västra Nylands välfärdsområde
Western Uusimaa Wellbeing Services County



Euroopan unionin
rahoittama
NextGenerationEU

Haasteita ja havaintoja ammatinharjoittajamallin käynnistämisestä

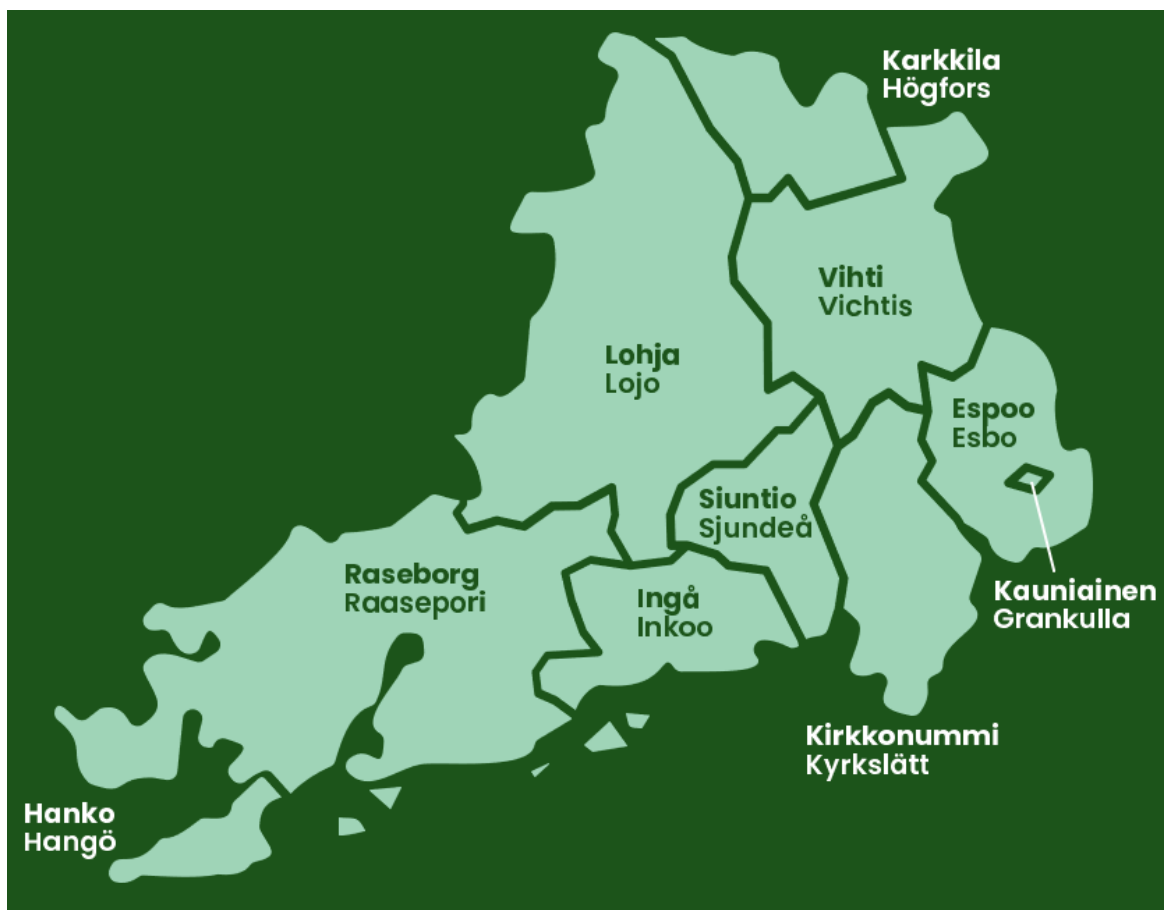
Emil Heinäaho

Ylilääkäri ja ammatinharjoittajamallin projektipäällikkö

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue

Sisällysluettelo

Taustaa	3
Työryhmä	4
Hahmota ammatinharjoittajamallin tavoitetila	6
Länsi-Uudenmaan toimintamallin linjaukset	7
Yrittäjän aseman huomiointi	8
Työparin työmäärän hallinta	9
Palkkiomallin rakentaminen	10
Tarpeet tietojärjestelmille	16
Käytännön järjestelyt terveysasemalla	17
Omahoitajan rooli	17
Hankinta	18
Onko toimintamalli kestävä?	19
Visiot jatkoista	20
Entä jos omalääkärinä olisi kuitenkin virkalääkäri?	21
Muu materiaali	22



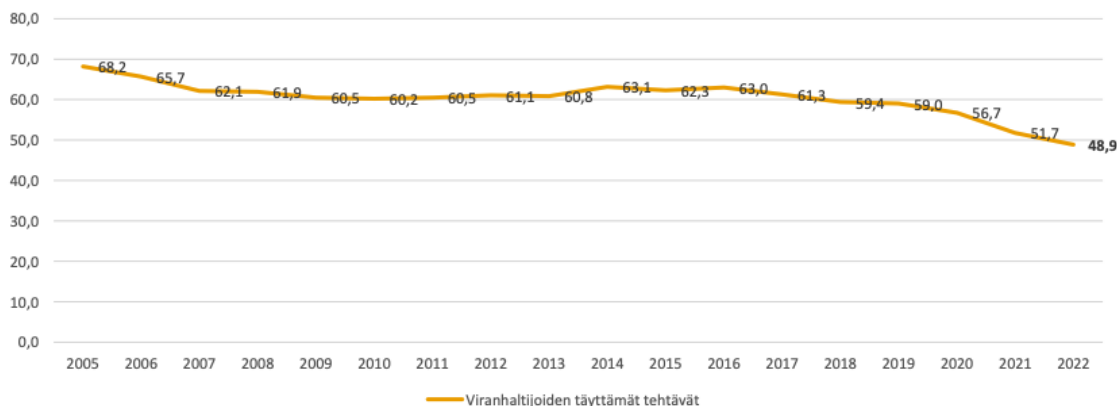
Taustaa

Suomalaisen perusterveydenhuollon tila on heikentynyt tasaisesti 2000-luvun ajan. Ammattilaisten osaamistaso on erinomainen ja asukkaan saadessa hoitoa itse hoito kestää kansainvälisen vertailun. Järjestelmä tasolla perusterveydenhuoltomme on kuitenkin laajalti epäonnistunut. Hoito on sirpaloitunut ja hoitoon pääsy on heikkoa.

Järjestelmän aiheuttamat ongelmat karkottavat ammattilaiset pois perusterveydenhuollon tehtävistä. Alla on kuvattuna vakinaisten lääkärien määrä Lääkäriliiton tutkimuksen perusteella. Käppyrän mukaan olemme päätyneet kierteeseen, missä enenevissä määrin perusterveydenhuollon lääkäripalvelut tuotetaan määräaikaisten lääkärien tai sijaisten avulla. Tällaisella henkilöstörakenteella ei voida korjata hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden ongelmia. Perusterveydenhuolto ei voi toimia nuorten lääkärien varassa ja se tulee kalliiksi. YEK-lääkäreiden palkkataso on lähellä erikoislääkäreiden palkkaa, mutta heiltä voidaan odottaa korkeintaan 50 % työtehoa vs kokenut erikoislääkäri. Lisäksi he ovat alttiimpia määräämään enemmän diagnostiikkaa ja tekemään läheteitä sekä tarvitsevat runsaasti koulutusta.



Tutkimuspäivänä paikalla olleiden vakituisten viranhaltijoiden osuus kokonaisvakanssimäärästä (%)



Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella käynnistyi ammatinharjoittajamallin selvitystyö keväällä 2023. Yleislääketieteen erikoislääkäreiden ja kokeneiden yleislääkäreiden houkuttelevuus virkatyöhön oli osoittautunut vaikeaksi, joten tälle ammattikunnalle haluttiin luoda houkuttelevampi työ hyvinvointialueelle. Selvityksen lähtökohdaksi otettiin se, että lääkäri toimii itsenäisenä ammatinharjoittajana. Syitä tähän valintaan ovat:

- Kansainvälisesti perusterveydenhuollossa yleislääkärit ovat tyypillisesti yrittäjän asemassa ja täten myös varsin itsenäisiä. Näissä järjestelmissä työn houkuttelevuus on pysynyt hyvällä tai jopa erinomaisella tasolla.
- Ammatinharjoittajana toimiminen on tuttua runsaalle osalle lääkäreistä. Moni kokenut yleislääkäri on siirtynyt julkiselta yksityiselle ammatinharjoittajaksi. Paluu sieltä julkiselle on, todennäköisesti, kevyempää kun voi jatkaa ammatinharjoittajana.
- Ammatinharjoittajalla on laaja autonomia työssään. Kansainvälisessä keskustelussa yrittäjänä toimivat yleislääkärit nimeävät tämän yhdeksi tärkeimmistä asioista työssään.
- Virkajärjestelmän kehittäminen ketterästi ei näissä olosuhteissa onnistu ja lisäksi haluttiin radikaalisti erilainen vaihtoehto virkatyölle.

Vuosi 2023 ja vuoden 2024 alku käytettiin toimintamallin selvitystyöhön sekä hankerahoituksen hankintaan. FCG:llä teetettiin selvitys mahdollisesta toimintamallista. Sen osana tehtiin kysely potentiaalisille lääkäreille. Tämän selvityksen pohjalta on tehty muun muassa palkkiomallin rakentaminen. Lakitoimisto Boreniuksella teetettiin työoikeudellinen selvitys, minkä puitteissa toimintamalli on rakennettu täyttämään yrittäjyyden tunnusmerkit. Sopimusta ja hankinnan kuvausta on osin valmisteltu myös Hankintajuristien kanssa.

Selvitystyön aikana on käyty aktiivista keskustelua toimialan asiantuntijoiden kanssa. Toimintamallia on esitelty mm Lääkäriliitolle, KELA:lle, eri poliittisille toimijoille, yleislääketieteen professoreille, muiden hyvinvointialueiden edustajille ja lukuisille muille yksittäisille asiantuntijoille. Toimintaamme on tuettu myös emeritus professori Ilkka Vohlosen toimesta. Hän vastasi 80-luvun Omalääkärimalli-kokeilusta. Tästä syntyneitä tuloksia on hyödynnetty suoraan nyt tehtävässä hankkeessa.

Tässä mainitut selvitystyöt ovat tämän materiaalin liitteinä.

Työryhmä

Ammattinharjoittajamallin rakentaminen vaatii laajaa eri asiantuntijoiden osaamista hyvinvointialueella. Kokemuksemme mukaan valmistelu tulee tehdä ensisijaisesti omana toimintana ja konsultteja voidaan hyödyntää yksittäisten osatekijöiden valmistelussa.

Keskeiset havaitut tarpeet Länsi-Uudenmaan toimintamallia rakennettaessa:

Projektipäällikkö

Projektipäällikkönä toimiminen vaatii merkittävästi työaikaa. Tarve vaihtelee hankkeen edetessä, mutta vähintään 50 % viikkotyöajasta tulee kohdistaa hankkeelle. Hanke voidaan toteuttaa pienemmälläkin panoksella, mutta toteutuksen aikataulu venyy silloin huomattavasti. Länsi-Uudenmaan hankkeella on ollut päätoiminen projektipäällikkö maaliskuusta 2023 lähtien.

Projektipäälliköksi suositamme kokenutta yleislääketieteen erikoislääkärinä. Hankkeessa tehdään lukuisten eri asioiden parissa työtä, mutta viime kädessä hanke muokkaa yleislääketieteen erikoislääkärille toimintapuitteet, joissa voi harjoittaa korkeatasoista yleislääketiedettä. Hyvin toteutettu yleislääketiede tuottaa väestölle kustannusvaikuttavat palvelut. Lähtökohtaisesti vain yleislääketieteen erikoislääkärillä on syvälinen ymmärrys tästä. Jos hankkeessa tehdään kompromisseja yleislääketieteen perusarvojen kanssa, lopputulema ei todennäköisesti ole haluttu. Lisäksi hankkeen uskottavuus edellyttää sen, että yleislääketieteen erikoisala on vahvasti edustettuna.

Johto

Johdon tuki hankkeelle on koko toimintamallin pystytyksen perusta. Suositamme tiivistä dialogia johdon ja projektipäällikön välillä. Hankkeen edetessä tulee vastaan paljon pienenhököjä, mutta linjattavia asioita. Tiivis dialogi mahdollistaa sen, että hanke ei viivästy johdon päätösten puuttumisen vuoksi.

Hankkeessa on lisäksi erillinen ohjausryhmä, joka kokoontuu 6-8 viikon välein tunniksi. Siinä ovat mukana keskeiset tässä luetellut asiantuntijat. Näihin kokouksiin on tuotu isoimmat asiat, kuten missä pilotti aloitetaan ja milloin hankinta aloitetaan, keskusteltavaksi ja päätettäväksi. Hankkeella on merkittävä vaikutus perusterveydenhuollon palveluihin hyvinvointialueella, joten johdon tulee ohjata hanketta tiiviisti.

Projektijohtamisen tuki

Projektipäällikkömme on hyödyntänyt etenkin hankkeen alussa merkittävästi hyvinvointialueen projektijohtamisen asiantuntijan osaamista. Tällä on edesautettu merkittävästi projektin käynnistystä,

organisointia ja kyetty priorisoimaan tehtävät asiat. Hankkeen merkittävyys koko hyvinvointialueelle on hyvin iso, joten sen hallinnan tärkeys korostuu. Pelkkä projektipäällikön hyvä perusosaaminen projektien hallinnasta ei ole riittänyt hankkeen eteenpäin viemiseen.

Hankintapäällikkö

Ammatinharjoittajalääkäreitä ei rekrytoida tavanomaisia kanavia hyödyntäen vaan heidän palvelunsa ostetaan hankinnan kautta. Keväällä 2024 hankinta on toteutettu hanketta varten räätälöidyllä toimintamallilla, jota kehitetään edelleen. Hankinnan dokumenttien valmistelu, hankinnan suunnittelu sekä hankinnan toteutus ovat vaatineet runsaasti hankintapäällikön työaikaa.

IT-projektipäällikkö

Hankkeelle nimettiin oma it-projektipäällikkö huhtikuussa 2024. Ammatinharjoittajamallin toteutuminen vaatii mm. väestön määrittelyn asiakas- ja potilastietojärjestelmään ja heidän tunnistamisensa eri kontakteissa. Erilaisten hyvinvointialueen it-järjestelmien kyvykkyydet käytiin läpi selvitystyön osana. Tällä oli iso merkitys siinä, kun valittiin ensimmäistä pilotointi yksikköä.

Terveysaseman henkilöstö

Kokeilun kohteena olevan terveysaseman henkilöstö tulee sitouttaa mukaan kehittämiseen heti, kun toteutuspaikka on valittu. Yksikön vastaava lääkäri ja hoitotyön esihenkilö ovat luontevimmat yhteistyökumppanit.

Viestintä

Hanke on herättänyt runsaasti huomioita ja sen vuoksi hyvinvointialueen viestinnästä nimettiin asiantuntija tukemaan hanketta. Hänen avullaan on rakennettu Länsi-Uudenmaan intraan sisäinen sivusto omalle henkilöstölle. Lisäksi on pidetty asiasta infoja.

Ulkoista viestintää varten rakennettiin sivusto www.luvn.fi/ammatinharjoittajamalli . Tämä sivusto sisältää pitkälti samat tiedot kuin sisäinen. Kattava info sivusto selkeyttää viestintää, sillä kiinnostuneet voi helposti ohjata kyseiselle sivustolle tutustumaan tarkemmin toimintamalliin. Myös hankinnan ohjeet oli helppo julkaista ulkoisen sivuston kautta.

Viestinnän asiantuntijaa on tarvittu lisäksi useiden tiedotteiden laadinnassa sekä mediayhteistyössä.

Talousasiantuntija

Palkkiomallin ja vuokratason määrittelyssä hyödynnettiin talouden asiantuntijaa. Palkkiomallin rakentamista varten tarvitaan oman toiminnan kulujen laskenta. Toimintamallin käynnistymisen myötä tarve talousasiantuntijalle tulee olemaan merkittävä. Hänen avullaan teemme kustannushyötyanalyysin toimintamallista.

Tiedolla johtamisen asiantuntija

Länsi-Uudenmaan ammatinharjoittajamalliin haluttiin heti mukaan laatuun perustuvia palkkioita. Näitä varten on saatava tietoa toiminnasta. Näiden raportointia varten tiimissä on toiminut heinäkuusta 2024 lähtien oma tiedolla johtamisen asiantuntija. Hän tukee myös toimintamallin vaikuttavuuden selvittämistä. Asiantuntijan avulla rakentuu toiminnasta syntyvän tiedon raportointialusta.

Juridinen tuki

Tässä hankkeessa on hyödynnetty kahta ulkopuolista lakitoimistoa selvitystyössä sekä lisäksi hyvinvointialueen omia juristeja. Tätä työtä on runsaasti etenkin toimintamallin käynnistämisvaiheessa

hankinnan dokumenttien ja sopimuksen kirjoittamisessa. Verohallinnon ennakkoratkaisun laadinnassa tarvittiin verojuristien erikoisosaamista.

Kehittämispäällikkö

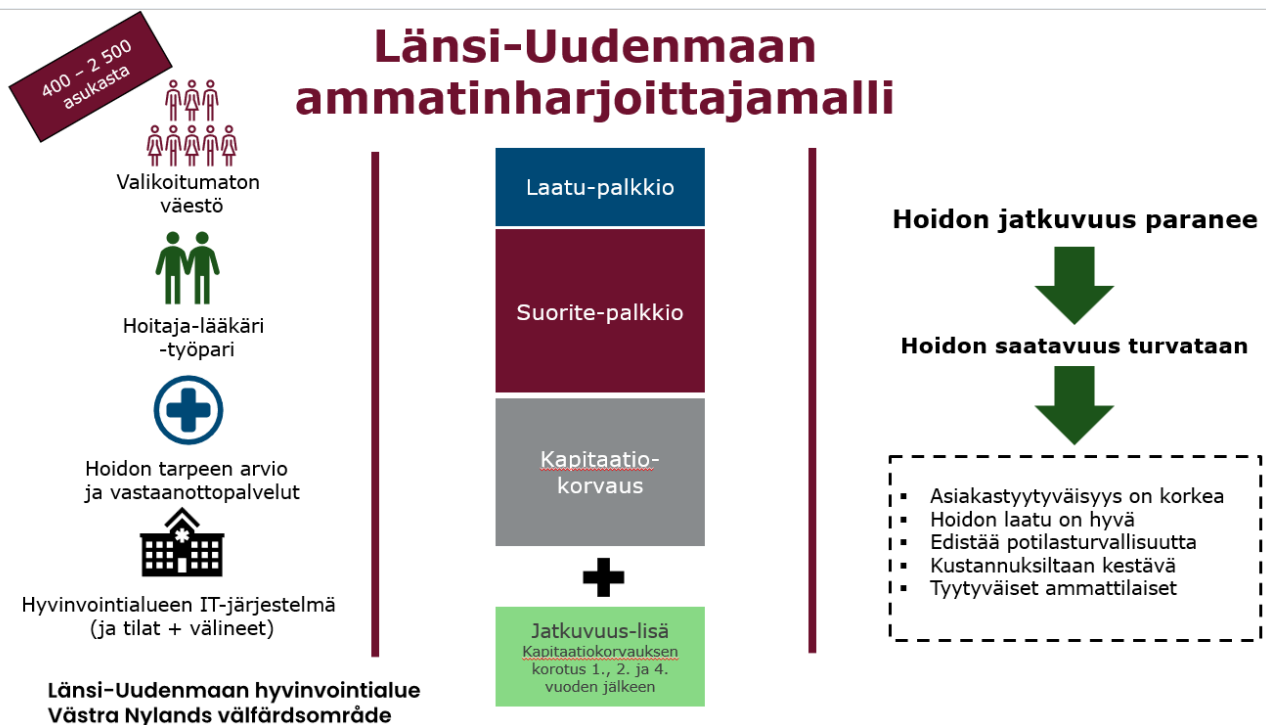
Tämän hankkeen rahoitus perustuu RRP avustuksiin. Näihin avustuksiin liittyvä asiakirjojen hallinta, budjetin seuranta ja raportoinnit, ovat kehittämispäällikön vastuulla. Tämä on vapauttanut etenkin projektipäällikön aikaa itse hankkeessa toteutettavan toimintamallin kehittämiseen.

Muut asiantuntijat

Hankkeen edetessä projektipäälliköllä on tarve konsultoida useita eri asiantuntijoita organisaatiossa. Näitä ovat mm. tilojen hallinnoinnista vastaavat henkilöt, tietosuoja, omavalvonta ja rekrytointi. Tämän vuoksi projektipäälliköllä on oltava riittävän joustava työaika, jotta hän voi nopeasti selvittää asioita eri osajilta.

Hahmota ammatinharjoittajamallin tavoitela

Ammatinharjoittajamalli herättää runsaasti huomioita, huolia ja tulkintoja. Tämän vuoksi heti hankkeen alussa projektiryhmän tulee määrittää sen tavoitela. Projektipäällikön työ selkiytyy merkittävästi, kun hänellä on käytössään ytimekäs kuvaus toimintamallista. Alla on Länsi-Uudenmaan hankkeen ”Miltä valmis näyttää?” kuvaus. Tätä kuvaa on käytetty runsaasti toimintamallin viestinnässä. Kuvassa tiivistyvät kaikki toimintamallin olennaisimmat elementit. Kokemuksesta voimme sanoa, että keskustelut toimintamallista sujuvat luontevasti tämän kuvan äärellä.



”Miltä valmis näyttää?” kuvan piirtäminen hankkeen alussa on tärkeää myös keskeisten linjauksien tekemistä varten. Tätä kuvaa valmisteltiin samaan aikaan hankinnan kohteen kuvauksen kanssa. Keskeisiä määrittäjiä heti hankkeen alussa ovat:

- Toimiiko lääkäri väestövastuulla ja miten vastuuväestöt muodostetaan?
- Toimiiko lääkäri yksin vai työparin kanssa tai laajemmassa tiimissä?

- Mitä palveluita toimintamalliin kuuluu?
- Missä tiloissa ja millä välineillä ja it-järjestelmillä toimitaan?
- Voiko lääkäri tehdä työnsä esimerkiksi yksityisen lääkäriaseman tiloista?
- Palkkiomallin rakenne ja perusteet
- Mitä toimintamallilla tavoitellaan?

Hankkeen aikana etenkin projektipäällikkö ja johto ottavat kantaa lukuisiin asioihin, jotka voivat muuttaa merkittävässä määrin hankkeen lopputulemaa. Tämän vuoksi yhteinen jaettu näkemys tavoiteltavasta toimintamallista on hyvin tärkeä. Tämän kaltainen tiivis visualisointi palvelee samalla viestintää, sillä kuvaa on helppo jakaa eri yhteyksissä.

Länsi-Uudenmaan toimintamallin linjaukset

Väestövastuu

Ammatinharjoittajalääkäri työskentelee väestövastuu työssä, mikä on tyypillinen tapa organisoida palvelut kansainvälisesti. Väestövastuuta on toteutettu myös Suomessa onnistuneesti ja pieni osa perusterveydenhuollostamme perustuu edelleen väestövastuuseen. Samassa on todettava, että osalle lääkärikuntaa väestövastuu on ollut traumatisoiva kokemus. 1990-luvulta lähtien vastuuväestöt kasvoivat isoksi ja työkuorma muuttui liialliseksi. Viestinnässä on muistutettava, että palaamme takaisin väestövastuuseen, mutta virheistä oppineina. Valitsimme väestövastuun, sillä tällöin lääkäriellä on laaja vapaus tehdä työnsä omalla tavallaan. Hoidon jatkuvuuden toteutumisen edellytykset ovat parhaat väestövastuussa.

Käytämme väestön muodostamisessa passiivista valintaa. Tämä tarkoittaa sitä, että hyvinvointialue muodostaa ehdotuksen väestöstä ammatinharjoittajalääkärille. Pilotin ensi vaiheessa emme erikseen ilmoita asiasta väestölle, vaan he saavat heitä hoitavan työparin tietoonsa asioidessaan terveyspalveluissa. Aiempien kokemusten perusteella yli 90 % asukkaista hyväksyy nimetyn työparin. Toimimalla näin, voimme muokata väestön kokoa yhdessä ammatinharjoittajalääkärin kanssa ja hän saa hoitoonsa laajasti erilaisia potilaita.

Harkitsimme myös listamallin käyttöä, mutta se on paljon vaativampaa. Sitä varten on määritettävä kriteerit sille, kuka pääsee listalle. Ilmoittautumisten hallinnointi olisi iso lisätyö organisaatiolle. Passiivisessa valinnassa potilastietojärjestelmän sovellustuki teki väestön määritykset ilman, että tähän käytettiin klinikoiden työaikaa.

Olennaista on, että väestön kokoa voidaan muuttaa ajan saatossa. Tällöin on varaa virhearvioihin etenkin alkuvaiheessa. Olemme määrittäneet väestön kooksi vähintään 400 asukasta ja korkeintaan 2 500 asukasta. Luvut on kopioitu suoraan Norjan omalääkärimallista.

Työpari

Muodostamme työpareja STM:n Hoidon jatkuvuusmalli 2.0 suosituksen mukaisesti. Tämän myötä voimme tarjota myös sairaan- ja terveydenhoitajille uuden mielekkään työtehtävän. Työparityöskentelyn etuna on myös se, että se tuo lisää joustoa sairastumisten yms. varalle.

Toimintamallissa ei kokeilla isomman tiimin rakentamista taikka tiimimallia. Muiden ammattilaisten lisääminen tiimiin voisi tulla kyseeseen tulevaisuudessa. Keskitymme tässä ensisijaisesti siihen, että korjaamme potilas-lääkäri -suhteen henkilökohtaisen jatkuvuuden, sillä siitä on vankin tieteellinen näyttö.

Työnkuva

Työnkuva on kapeahko tässä vaiheessa toimintamallia. Siihen sisältyy hoidon tarpeen arviointi ja vastaanottopalvelut. Näihin sisältyvät mm. reseptien uusinnat ja muu hallinnollinen työ. Muut työt rajattiin pois, sillä toimintamalli olisi silloin monimutkaisempi ja täten vaikeampi toteuttaa. Jatkossa näitä on tuotava mukaan.

Kun aloitamme yksinkertaisesta työnkuvasta, voimme rakentaa omalääkärille pala kerrallaan sopivan laajaa työnkuvaa. Työnkuvaa on helpompi laajentaa kuin kaventaa. Terveyskeskuslääkärin työnkuva on vuosien saatossa levinnyt liian laajaksi, jolloin perustyölle jäävä aika on liian vähäinen. Kuitenkin väestövastuullinen työ on se, missä yleislääketieteen erikoislääkärin vaikuttavuus lienee paras. Siksi käytämme nyt mahdollisuuden kokeilla mallia, jossa omalääkäri fokusoi vain väestövastuu työhön. Ohessa selviää, mitkä työt kannattaisi keskittää hyvinvointialueella erikoisosaajille omalääkärin sijaan.

Yrittäjän aseman huomiointi

Kun omalääkärimallia rakennetaan ammatinharjoittajien varaan, on huomioitava yrittäjän asema. Tätä varten Länsi-Uusimaa teetti lakitoimisto Boreniuksella työoikeudellisen selvityksen. Sen tiivistelmä on oheisessa kuvassa. Tässä esitetyt asiat tulee huomioida mahdollisimman kattavasti toimintamallin suunnittelussa.

OMALÄÄKÄRIMALLIN OIKEUDELLISET REUNAEDOT



Muutama huomio siitä, miten yrittäjyyden reunaehdot ovat vaikuttaneet toimintamallin rakentamiseen:

- Kapitaatiokorvauksen osuus on korkeintaan 40 %, jotta pääosa palkkiosta muodostuu lääkärin tekemistä suoritteista ja laatupalkkiosta. Suoritepalkkioiden haaste on se, että ne voivat kannustaa turhiin käynteihin. Tämä riski on hyväksyttävä ja sen hallitsemiseksi tulevaisuudessa tulisi yrittää lisätä laatupalkkion osuutta. Laatuun ja tuloksiin perustuvat palkkiot ovat suositeltavia yrittäjämuotoisessa toiminnassa. Työntunteihin perustuvaa korvausta ei kokeilla, sillä se rinnastuu työsuhteeseen.

- Perimme erikseen vuokran ammatinharjoittajalta. Alun perin tarkoitus oli vähentää vuokra automaattisesti kapitaatiokorvauksesta. Juristien suositus on, että perintä tapahtuu erikseen. Henkilökunnan käytöstä emme peri erikseen vuokraa, sillä se olisi ollut hyvin monimutkaista toteuttaa.
- Ammatinharjoittajalääkärille on annettava laaja vapaus työn toteuttamiseen. Täten hänellä ei ole velvollisuutta tuottaa tiettyä määrää suoritteita tiettyyn aikaan.
- Erillisten tietojärjestelmien käyttöä emme toteuta. Hyvinvointialueiden järjestelmien käyttö on perusteltavissa sillä, että silloin turvaamme tietosuojan ja tiedon liikkumisen. Tämä on yleinen käytännö terveydenhuoltoalalla ja ammatinharjoittajalääkäreillä ei ole reaalista mahdollisuutta hankkia omaan käyttöön vastaavia järjestelmiä.
- Ammatinharjoittajalle annetaan oikeus vuokrata tilansa haluamastaan paikasta sekä hankkia itse välineistönsä. Hyvinvointialue tarjoaa tässä mahdollisuuden vuokrata kaiken, mutta emme voi velvoittaa tähän.

Yhteenvetona juridisissa selvityksissä on todettu, että ammatinharjoittajamallin toteutumiselle ei ole olemassa selkeää estettä. Tälle on saatu vahvistus Verohallinnon ennakkoratkaisulla. Asiasta on ilmoitettu myös KEVA:n, jolla ei ole asiaan eriävää mielipidettä.

Verohallinnon ennakkoratkaisu on saatavilla Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueelta lähettämällä tietopyyntö emil.heinaaho@luvn.fi osoitteeseen.

Työparin työmäärän hallinta

Ammatinharjoittajamallissa työmäärän hallinta perustuu vastuuväestön kokoon. Virkapohjaisessa järjestelmässä vastuuväestöt pääsivät kasvamaan liian isoiksi 1990-luvulla, mikä johti ajan saatossa pitkälti koko järjestelmän purkautumiseen. Ammatinharjoittajamallissa vastuuväestön koko perustuu aina hyvinvointialueen ja ammatinharjoittajalääkärin väliseen sopimukseen eikä väestön kokoa voi suurentaa ilman molempien hyväksyntää. Nämä tulee huomioida osana sopimusta. Olemme kirjanneet sopimukseen seuraavaa:

- Ammatinharjoittajalääkärillä on oikeus muuttaa vastuuväestönsä kokoa 3 kuukauden välein. Tämä mahdollistaa sen, että lääkäri voi ottaa lisää väestöä hoitoonsa, jos vastuuväestö osoittautui liian kevyeksi. Myös isompi väestön pienentäminen onnistuu esim. elämäntilanteen muuttuessa.
- Tiheä vaihtoväli vähentää aloitusvaiheen painetta, kun määritetään vastuuväestöä ammatinharjoittajalääkärille. Sopivan väestön määrittäminen kerralla oikein on vaikeaa, joten tässä mallissa väestöä muokataan ajan saatossa.
- Yksittäinen asukas voi pyytää pääsyä lääkärin väestöön, mutta ammatinharjoittajalla on aina oikeus kieltäytyä.
- Yksittäinen asukas voi poistua väestöstä halutessaan. Ammatinharjoittajalääkäri ei voi estää tätä.

Ammatinharjoittajalääkärillä tulee olla realistiset mahdollisuudet lomailuun, jotta toimintamalli on kestävä. Sopimukseen on kirjattu, että maksimissaan 7 vrk katkot palvelussa (= poissaolo) ammatinharjoittajalääkäri järjestee yhdessä työparina olevan hoitajan kanssa. Sijaistustarve näin lyhyissä poissaoloissa on usein tarpeeton, sillä päivystykselliset potilaat saa aina ohjata muille lääkäreille.

Yli 7 vrk poissaoloista ammatinharjoittajalääkäri tekee ilmoituksen yksikön vastaavalle lääkärille, jotta terveysasemalla voidaan varautua sijaistamiseen. Sijaistaminen tarkoittaa välttämättömän hoidon tarjoamista vastuuväestölle. Pilotin aikana sijaistaminen hoituu vakihenkilöstön kautta, sillä ammatinharjoittajat ovat ylimääräinen resurssi terveysasemalla. Kun toimintamalli laajenee, sijaistaminen on suunniteltava niin, että se ei lankea suoraan vakihenkilöstön vastuulle lisätyönä. Ihanne olisi, jos ammatinharjoittajat voisivat sijaistaa toinen toistaan. Toinen todennäköinen ratkaisu on se, että

ammattinharjoittajalääkärin rinnalla työskentelee 1-2 erikoistuvaa lääkäriä ja/tai 1-2 YEK-lääkäriä hoitamassa yhteistä vastuuväestöä. Tällöin sijaistaminen hoituu tällaisella tiimillä. Tämän edellytyksenä on koulutusvastuun huomiointi toimintamallissa. Tätä ei ole vielä edistetty.

Ammattinharjoittajalla on oikeus hankkia itselleen sijainen. Tästä ei tehty velvoittavaa, sillä etenkin nykytilassa sijaisen hankinta olisi vaikeaa. Hyvinvointialue palvelun tilaajana ei voi myöskään täysin ulkoistaa potilaiden hoitovastuutaan.

Vastuuväestön määrässä on ensimmäisessä vaiheessa huomioitu vain väestön koko ja ikärakenne. Pilotti yksikössä Kalajärvellä Espoossa on työikäisiin perustuva väestö. Täten väestön kooksi tulee 1 000 – 1 500 asukasta. Olemme arvioineet työkuormaa kysynnän kautta. Kalajärven terveysaseman väestöpohja on vajaa 12 000 asukasta. Maanantaisin terveysasemalle tulee 100–120 puhelua ja muina arkipäivinä määrä on 70–90. Näihin lukuihin perustuen 1 500 asukkaan vastuuväestöllä puheluita tulee maanantaisin 12-15 ja muina päivinä 9-11. Näiden lisäksi väestö ottaa jossain määrin yhteyttä sähköisesti. Arviomme on, että yksi työpari kykenee vastaamaan hyvin tällaiseen kysyntään.

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella yhden terveyskeskuslääkäriin vastuulla on laskennallisesti yli 2 000 asukasta. Muilla hyvinvointialueille tilanne on samaa luokkaa. Tässä hankkeessa vastuuväestö on merkittävästi pienempi, sillä etsimme sopivan kokoisia väestöjä hoidettavaksi. Yli 2000 asukkaan väestöt olisivat liki poikkeuksetta liian kuormittavia. Tämä tarkoittaa luonnollisesti sitä, että tämän hankkeen toimintamallia ei voi toteuttaa nykyisellä terveyskeskuslääkäri resurssilla. Tavoittemme on luoda toimintamalli, joka on kestävä ja sen myötä houkuttelee ajan saatossa lääkäreitä perusterveydenhuollon piiriin. Korjausliike voi vaatia vuosia, mutta pääsemme tämän myötä irti nykyisestä tuhoisasta kierteestä. Norjan perusterveydenhuollon uudistuksessa omalääkäreitä löytyi runsaasti ja alle neljässä vuodessa jokaisella norjalaisella oli nimetty omalääkäri.

Pilottimme aikana tulee ilmi, miten hyvin lääkärit suoriutuvat väestövastuullisesta työstä. Työ vaatii hyvät oman työn hallinnan taidot. Niille, joilla taidot löytyvät, toimintamalli on vapautensa myötä ihanteellinen. Vastavuoroisesti niille, joilla taidot uupuvat, toimintamalli voi olla hyvin kuormittava. 1980-luvun Omalääkärikokeilussa lääkäreitä koulutettiin väestövastuun ottamiseen ja oman työn hallintaan. Harkitsemme tämän kaltaista koulutusta lääkäreille vuonna 2025, jos tarvetta esiintyy. Suomessa on kokeneita väestövastuulla toimivia klinikoita kouluttajiksi ja lisäksi Virosta ja Skandinaviasta löytyisi lisää kouluttajia.

Palkkiomallin rakentaminen

Palkkiomallin rakentaminen pohjautuu FCG:n tekemään selvitykseen. Siinä referenssimaina ovat Norja, Iso-Britannia ja Viro. Selvityksen yksi tuotos on alla oleva yhteenveto referenssimaiden lääkäreiden ansaintalogiikasta. Havaintona on, että malleissa on isoa variaatiota. Yhtenäistä ovat kapitaatiopalkkio ja suoritepalkkio. Lisäksi Iso-Britanniassa ja Virossa on laatuun perustuva palkkio. Selvityksessä on arvioitu lisäksi eri toimintamallien heikkoudet ja vahvuudet. Työryhmä päätyi nopeasti siihen, että emme kopioi suoraan yhtä mallia, sillä jokainen on kehittynyt kyseisen maan terveydenhuoltojärjestelmän ehdoilla. Näistä referenssimaisista Viron malli on lähimpänä kokeiltavaa toimintamallia.

Iso-Britannia		Viro		Norja	
Kapitaatiopalkkio Lasketaan Carr-Hill -kaavan mukaan. Kaava huomioi potilaiden ikä- ja sukupuolijakauman, uusien potilaiden määrän, sairastavuuden ja maantieteellisen sijainnin		Toimenpidepalkkiot Suurimmasta osasta toimenpiteitä		Kapitaatiopalkkio Ennen sama summa jokaisesta potilaasta. Nyt huomioidaan ikä, sukupuoli, palveluiden käyttö, etäisyys erikoissairaanhoidosta ja alueen sosioekonomia	Toimenpidepalkkiot Kaikesta tekemisestä, samaan tyyliin kuin Suomessa yksityissektorilla
Laajennetut toimenpidepalkkiot	Laatupalkkio 559 pisteen mittausjärjestelmä, jonka mukaan seurataan hoidon laatua Muut tuet ja palkkiot Lääkäreiden on mahdollista saada esim. vuokranmaksun tukea	Kapitaatiopalkkio 5 eri ikäryhmää		Kapitaatiopalkkio Asiakasmaksut, myös tietynlaisia toimenpidepalkkioita	
Maksetaan perussopimuksen ulkopuolisten palveluiden tarjoamisesta ja esim. laajennetuista aukioloajoista.		Muut tuet ja palkkiot Paljon erilaisia lisätukia ja -maksuja, esim. terapiasta, ylimääräisestä hoitajasta, etäisyyksistä sairaalaan		Laatupalkkio N. 20 indikaattoria, maks. 1 kk ylimääräinen palkkio	
				Asiakkaat maksavat tiettyyn kattoon asti asiakasmaksuja kaikista palveluista ja nämä menevät suoraan lääkärille	

Palkkiomallin arvioinnissa tarvitaan oman kustannusrakenteen avaamista. Alle on avattu yleislääketieteen erikoislääkärin kustannusrakenne Länsi-Uudenmaan alueella syksyllä 2023. Tämän jälkeen palkkataso on hiukan noussut uuden virkaehtosopimuksen ja palkkojen harmonisoinnin vuoksi. Tämän pohjalta voidaan tehdä arvio maksettavista palkkioista.

Yleislääketieteen erikoislääkärin keskimääräiset kustannukset

Kulu	Selite*	€/kuukausi**
Kuukausipalkka		6 700 (319 €/pv)
Toimenpidepalkkiot ym.		350
Lomakorvaus	28-38 pv/v, laskettu 32 pv/v	851
Lomarahaa	4-6 %, käytetty 5 %	335
Sairastaminen	3,5 pv/v	93
Perhevapaat	8 % lääkäreistä ka 104 pv	185
Koulutuspäivät	10 pv/v	266
YHTEENSÄ	Ilman sivukuluja	8 780
YHTEENSÄ SIVUKULUINEEN	Sivukulut 24 %	10 887
Työterveyshuolto	450 €/v	38
Virike-etu	300 €/v	25
Koulutukset	600 €/v	50
KAIKKI YHTEENSÄ		11 000

Palkkiomallin suunnittelussa hyödynnettiin myös yleislääketieteen erikoislääkäreille tehdyn kyselyn tuloksia. Kyselyn yhteenveto on alla.

Kapitaatio - olennainen osa väestövastuumallia - tärkeää huomioida koko, ikä ja ainakin yhdellä mittarilla vaativuus (aikaisempi käyttö, sairastavuus, sosioekonominen asema...) - tekniset haasteet	Suoritteet - iso osa toivoo jonkinlaista suoriteperusteista korvausta, mutta tämän ei tarvitsisi olla iso - haasteena se, että korvausta toivottaisiin kaikesta tekemisestä (onnistuuko toteutus?) - tekniset haasteet
Laatu - COC-indeksi kyselyn suosikki, mutta haastatteluissa tuli hyvin esille vaikeus vaikuttaa siihen itse omalla tekemisellään - luultavasti helpoin rakentaa jonkinlainen laatuindeksi/laatubonus, jonka rakennetta voi kehittää - tekniset haasteet	Jatkuvuus - pitkän aikavälin jatkuvuutta ja pysyvyyttä helppo palkita vuosi-indeksillä (korvaus nousee vuosi vuodelta esim. ensimmäiset 5 vuotta ja pysyy sitten tällä korkeimmalla tasolla - parempi maksaa joka kuukausi kuin vuosibonusena (vältetään lähtemissuma bonuksen jälkeen)

Näiden pohjalta päädyttiin siihen, että palkkiomallissa on oltava kapitaatiokorvaus, suoritekorvaus, laatupalkkio sekä jatkuvuuslisä. Näillä eri komponenteilla pyritään kannustamaan ammatinharjoittajalääkäreitä tuottamaan haluttua palvelua, sillä muuta tehokasta ohjauskeinoa ei yrittäjän kohdalla ole.

Kapitaatiokorvaus

Osuus on 30 - 40 %. Väestön koko ja ikärakenne vaikuttavat korvauksen kokoon. Espoon alueelle olemme tehneet seuraavan mallin:

Ikäryhmä	Kapitaatiohinta / kk
0-6 -vuotiaat	3,74 €
7-64 -vuotiaat	1,18 €
65-74 -vuotiaat	9,11 €
Yli 75-vuotiaat	59,38 €

Kapitaatiohinnat perustuvat siihen, miten eri ikäryhmät ovat edustettuina väestössä. 80-luvulla kapitaatioon vaikutti myös asukkaan sukupuoli, sillä palvelutarve vaihtelee eri ikäkausina merkittävästi sukupuolen mukaan. Muita määrytyksiä olisi tarjolla lukuisa määrä, kuten maahanmuuttajien määrä, sosioekonominen asema ja sairastavuus väestössä. Näiden käyttöönotto vaatii laadukasta tietoa tuekseen ja tietosuojakin voi haastaa asukkaiden profiloinnissa.

Pilotin aloituksen yhteydessä olemme havainneet todennäköisen tarpeen muokata kapitaatiohintaa väestöjen rakenteen perusteella. Espoossa väestörakenne painottuu voimakkaasti työikäisiin, mikä näkyy kapitaatiohinnassa. Iäkkäämmässä väestössä kapitaatiosumma olisi suhteettoman korkea näillä taksoilla. Tulemme tutkimaan tätä asiaa pilotin aikana.

Väestön koko tarkistetaan joka 3. kuukausi ja nämä tiedot lähetetään sitten ammatinharjoittajalääkärille. Ammatinharjoittajalääkäri laatii tietojen perusteella laskun. Tarkistus on tarpeen, jotta muutokset väestön koossa näkyvät nopeasti laskutuksessa. Harkitsemme tarkistamista kerran kuussa.

Kapitaatiokorvaus haluttiin osaksi mallia, sillä sen myötä lääkäri saa korvauksen työstä, jolle on vaikea asettaa suoritepalkkio ja kapitaatio kannustaa palvelun kysyntää vähentäviin toimenpiteisiin.

Suoritepalkkio

Suoritepalkkio-malli on pitkälti yksityiseltä otettu. Kaikilla vastaanottotyypeillä on sama taksa kahdesta syystä:

- Kun maksut ovat samat, emme ohjaa taloudellisesti lääkäriä suosimaan toista vastaanottotyyppiä.
- Suoriteperustainen korvaus haluttiin yksinkertaiseksi, jotta se olisi lääkärille ja hyvinvointialueelle kevyt toteuttaa.

Suoriteperustainen korvaus	Korvaussumma
Digitaalinen kontakti	12 €
10 minuuttia	17 €
20 minuuttia	30 €
30 minuuttia	40 €
45 minuuttia	60 €
60 minuuttia	71 €

Laatupalkkio

Osaksi palkkiomallia haluttiin heti alussa laatupalkkio, jotta malli sisältää kannusteen hoidon jatkuvuuden ja saatavuuden edistämiseen. Nämä mainitut valikoituivat myös mittareiksi, sillä ne ohjaavat lääkärin toimintaan riittävän laaja-alaisesti. Jos poimitaan esim HbA1c-laatumittariksi, työ keskittyy herkästi väestön sokeritasapainon vaalimiseen (ja pahimmillaan iäkkäiden sokeritasapainon vaaralliseen alentamiseen). Jatkuvuus ja saatavuus koskevat jokaista asukasta eivätkä kannusta erityisen herkästi osaoptimointiin työssä.

Toimintamallin keskiöön on nostettu jatkuvuuden parantaminen. Siksi näemme tärkeäksi, että siitä myös palkitaan suoraan ja sen osuus laatupalkkiosta on isompi. Laatupalkkiosta 75 % tulee täten jatkuvuudesta. Tällä tavoitellaan tilannetta, jossa lääkärin kannattaa aina edistää ensisijaisesti jatkuvuutta.

Jatkuvuus määritetään SLICC indeksillä (St Leonard's Index of Continuity of Care). Indeksi lasketaan joka kuukausi. Siihen lasketaan mukaan kaikki vastuuväestön lääkärikäynnit terveysasemalla. Näistä käynneistä tunnistetaan amh-lääkärillä käynnit ja lasketaan niiden osuus. Kun osuus on vähintään 50 %, laukeaa alempi laatupalkkio. 70 % osuudesta saa täyden palkkion alla olevan mukaisesti.

Laatupalkkio	
Hoidon jatkuvuus St Leonard's Index of Continuity of Care (SLICC) lääkärikontaktien väestön vastuulääkärin osalta. Indeksien tulos on vastuulääkärin osuus kaikista vastuuväestön lääkärikontakteista. Lasketaan kuukausitasolla.	
Tavoite	Maksettavan palkkion määrä
SLICC = 70 % tai yli	20 % kokonaislaskutuksesta*
SLICC = 50 – 69 %	15 % kokonaislaskutuksesta*
SLICC = alle 50 %	Ei palkkiota
*Kokonaislaskutus = kapitaatiokorvaus + suoritekorvaus + jatkuvuuslisä	

Hoidon saatavuus Ensikontaktista vastaanotolle omahoitajalle tai ammatinharjoittajalle. Lasketaan kuukausitasolla.	
Tavoite	Maksettavan palkkion määrä
Mediaani 7 vrk tai alle	5 % kokonaislaskutuksesta*
Mediaani yli 7 vrk	Ei palkkiota
*Kokonaislaskutus = kapitaatiokorvaus + suoritekorvaus + jatkuvuuslisä	

Toimintamallilla ei tavoitella sitä, että vastuuväestö kävisi aina omalla lääkäriällään.

Ammatinharjoittajalääkärien työpanos halutaan suunnata etenkin kiireettömään hoitoon. Täten päivystykselliset tapaukset voivat, etenkin välitöntä hoitoa vaativissa tapauksia, voivat ohjautua muille lääkäreille. Tällaisia ovat esim. traumat ja rintakipu potilaat. On todennäköistä, että toimintamallin laajetessa tarvitaan terveysasemalle edelleen ns. päiväpäivystys näitä potilaita varten.

Ammatinharjoittajalääkärit hoitavat todennäköisesti työparille soittavat akuuttia hoitoa vaativat potilaat edelleen, mutta välitöntä hoitoa vaativia varten tarvitaan päiväpäivystys tyyppinen palvelu. Kun kaikki seniorit ovat ammatinharjoittajalääkäreitä, päiväpäivystys voidaan järjestää juniori lääkäreiden toimesta tai ammatinharjoittajalääkärit päivystävät vuorollaan. Ammatinharjoittajalääkäri saa suoritepalkkion jokaisesta potilaasta riippumatta siitä, kenen väestöön potilas kuuluu.

Vastuuväestössä on myös potilaita, jotka käyvät terveysasemalla erityisosaamista omaavien lääkäreiden vastaanotolla. Tätä lääkäreiden välistä potilaiden ohjaamista emme halua rajoittaa.

Emme käytä COCI-indeksiä, sillä sitä ei voi laskea heti toiminnan alusta. Lisäksi indeksiin vaikuttaa se, kuinka monella muulla lääkäriällä vastuuväestö kävi. Tähän ammatinharjoittajalääkäriällä ei ole vaikutusvaltaa. UPC indeksin haaste on myös se, että se vaatii pidemmän ajan toimiakseen ja sen laskenta on varsin raskasta verrattuna SLICC indeksiin.

Hoidon saatavuudessa mitataan pääsyä työparille ensikontaktista vastaanotolle mittarilla. Tavoitteena on mediaani 7 vrk tai alle. Huomion arvoista on se, että kyse on työparille pääsystä. Täten työparin on optimoitava sekä omahoitajan että ammatinharjoittajalääkäriin työtä yhdessä.

Jatkuvuuslisä

Lisän tarkoitus on palkita lääkäriä pitkäaikaisesta väestönsä hoitamisesta. Lisään lasketaan mukaan aika, kun ammatinharjoittajalääkäri on tarjonnut väestölle aktiivisesti palveluja. Palvelukatkoksi on määritetty yli 7 vrk katkos palvelussa.

Jatkuvuuslisä	Lisän määrä / kk
Hoitanut yhden vuoden ajan samaa väestöä	300,00 €
Hoitanut kahden vuoden ajan samaa väestöä	600,00 €
Hoitanut vähintään neljä vuotta samaa väestöä	1 000,00 €

Vuokran huomiointi

Ammatinharjoittajalääkäri maksaa joka kuukausi kiinteää reilun 2 000 euron vuokraa tiloista ja välineistä, kun hän vuokraa kaiken hyvinvointialueelta. Palkkioita laskettaessa tämä on huomioitava. Laskimme arvion

kokonaispalkkiosta ja sitä korotettiin vuokran määrällä jyvittämällä summa kapitaatio- suorite- ja laatukorvauksiin.

Vuokraa on maksettava joka kuukausi riippumatta siitä, onko ammatinharjoittajalääkäri tehnyt töitä. Päädyimme tähän, sillä käytänne on hallinnollisesti kevyt. Lisäksi tämä lisää yrittäjäriskiä.

Vuokraa voisi myös periä ottamalla tietyn prosentin laskutuksesta. Näin toimitaan yksityisillä lääkäriasemilla. Tämän esteenä on se, että julkisena toimijana emme voi tehdä tuottoa vuokralla. Kiinteä vuokra taas perustuu arvioon todellisista kuluistamme. Kiinteän vuokran osuus kokonaislaskutuksesta tulee olemaan luokkaa 11 – 15 %. Yksityisillä lääkäriasemilla lääkäreiltä otetaan 20 – 24 % laskutuksesta. Kiinteä vuokra kannustaa myös runsaampaan työntekoon, sillä sen osuus jää sitä pienemmäksi mitä isompi on laskutus.

Palkkiomalli kokonaisuutena

Palkkiomallin antamaa kokonaiskorvausta on arvioitu tekemällä laskelmia perustuen erilaisiin oletamiin. Laskelmat on tehty perustuen espoolaiseen keskimääräiseen väestörakenteeseen. Laskelmien tekemisessä haastavinta on suoritteiden määrän arviointi. Kapitaatiokorvauksen laskeminen on suoraviivaista ja voimme myös olettaa, että realistisen kokoisissa väestöissä laatupalkkioiden vaatimat tasot tullaan pääosin saavuttamaan.

Alla on esitetty luvut virkalääkäreiden tilastoimista suoritteista kuukausitasolla. Virkalääkärillä on ammatinharjoittajalääkäriin verrattuna merkittävästi vähemmän työaikaa vastaanottotyöhön. Täten on oletettavaa, että ammatinharjoittajalääkärillä on korkeampi suoritemäärä.

Palkkioluokka	Selite	Kokopäiväisellä lääkärillä keskimäärin/kk*
PUHK	Puhelu	138
VO15	Lyhyt päivystysluontoinen käynti alle 15 min	36
VO20	Tavallinen vastaanottokäynti 20 min	55
VO30	Tavallinen vastaanottokäynti 30 min	71

Olemme arvioineet, että ammatinharjoittajan vuosilaskutus olisi 200 000–250 000 euroa, kun hänellä on keskimäärin päivässä:

- 6 kpl 10 min suoritteita
- 4 kpl 20 min suoritteita
- 5 kpl 30 min suoritteita
- 1 kpl 45 min suoritteita

Yllä olevan kaavion mukaan virkalääkärin vastaavat suoritemäärät ovat karkeasti:

- 7 kpl 10 min suoritteita
- 4–5 kpl 20 min suoritteita
- 4 kpl 30 min suoritteita

Olettama laskelmassa on, että ammatinharjoittaja saa täyden laatupalkkion ja hän on 8 viikkoa poissa töistä vuodessa. Vuosilaskutuksesta vähennetään vuokran osuus, mikä on vuodessa noin 25 000 euroa.

Virkalääkärin vuosikustannus on 130 000–140 000 euroa, joten ammatinharjoittajalääkäri on suorilta kustannuksiltaan 35 000–95 000 euroa kalliimpi. Vuokralääkäreihin nähden ammatinharjoittajalääkäri on kustannusneutraali tai jopa halvempi vaihtoehto.

Suorien kustannuksien lisäksi tulee huomioida se, että ammatinharjoittajan kohdalla monet riskit ja velvollisuudet siirtyvät yrittäjän vastuulle. On hyvin haastavaa huomioida laskelmissa mm HR:ltä, lääkärijohdolta ja muilta säästynyttä työaikaa yrittäjien kohdalla.

Hankkeemme aikana pyrimme tekemään kustannushyötyanalyysin toiminnasta. Siinä pääasiallinen fokus on siinä, miten hyvin hoidon jatkuvuuden hyödyt kompensoivat ammatinharjoittajalääkärien korkeamman kustannuksen. Länsi-Uudenmaan erikoissairaanhoidon vuositason kustannukset ovat 660 miljoonaa euroa. On esitetty, että hyvän hoidon jatkuvuuden myötä erikoissairaanhoidon kustannuksista voidaan helposti säästää vähintään 10 %. Tämä tarkoittaisi 66 miljoonaa euroa. Laskennallisesti tarvitsisimme ainakin 300 omalääkäriä Länsi-Uudenmaan alueelle. 66 miljoonan säästö tarkoittaisi 220 000 euron säästöä per lääkäri. Tämä laskelma on varsin epävarma ja suoraviivainen. Yhden lääkärin kohdalla keskimääräinen rahallinen säästö on todennäköisesti yli 100 000 eurossa ajan saatossa, mikä riittäisi helposti kompensoimaan korkeammat suorat kustannukset.

Kustannuksia laskiessa tulee huomioida myös se, mihin ammatinharjoittajalääkärin kustannuksia verrataan. Jos vertailukohtana on virassa oleva erikoislääkäri, joka toimii omalääkärinä, ammatinharjoittajamalli on todennäköisesti kalliimpi. Mutta erikoislääkärien osuus on vajunut varsin pieneksi ja YEK-lääkärit ovat yliedustettuina. YEK-lääkärit työskentelevät liki erikoislääkärin palkoilla. Länsi-Uudenmaan alueella erotus on 1 000–1 500 euroa per kuukausi. Työn tuottavuus ei vastaa lähellekään erikoislääkäriä. Ruotsissa oli pohdittu vastuuväestön kokoa eri vaiheen lääkäreille ja erikoislääkärien arvioitiin kykenevän hoitamaan 2,5 kertaa isompaa vastuuväestöä kuin YEK-lääkäri. Jos YEK-lääkärin kuukausikustannus on 10 000 euroa, maksaa yhden kokeneen lääkärin työpanos YEK:ien toimesta 25 000 euroa per kuukausi tai 300 000 euroa vuodessa. Verrattuna tähän, yksi ammatinharjoittajalääkäri näyttäytyy edulliselta.

On oletettavaa, että todellisten säästöjen selvittämiseen menee useita vuosia. Tulemme seuraamaan kustannuksia tiiviisti hankkeen käynnistymisestä lähtien.

Tarpeet tietojärjestelmille

Velvoitamme ammatinharjoittajalääkärit tekemään työnsä hyvinvointialueen tarjoamilla tietojärjestelmillä. He ovat tällöin samassa asemassa kuin ulkoistettujen terveysasemien henkilöstö ja vuokralääkärit. Hyvinvointialue on tällöin rekisterinpitäjä ja tietosuoja-asiat ja tiedon liikkuminen on ratkaistu saman tien. Länsi-Uudenmaan alueella ei tarvittu erillistä tietosuoja-arviota toimintamallia varten.

Ammatinharjoittajamalli asettaa muutamia tarpeita asiakas- ja potilastietojärjestelmille:

Palkkamallissamme on suoriteperustainen korvaus. Ammatinharjoittajalääkäri kirjaa käytetyn ajan aina vastaanoton jälkeen tai hyväksyy järjestelmän ehdotuksen. Lifecaressa ei tarvita erillisiä koodeja tms tätä varten vaan vastaanottoajan pituus voidaan viedä suoraan raportille. Ammatinharjoittaja näkee suoritteensa PowerBi-raportilta, jonne tulokset tulevat vuorokauden viipeellä.

Väestön muodostaminen vaatii järjestelmältä erityisiä toiminnallisuuksia. Havaintomme on, että Lifecare-järjestelmässä on toiminnallisuus, jolla voi muodostaa väestöjä. Tämä perustuu asukkaiden maantieteelliseen sijaintiin. Järjestelmä tarjoaa väestöstä suoraan ikäryhmät, joten kapitaatiokorvauksen laskeminen on yksinkertaista. Kun väestön muodostaa, saamme nimettyä omahoitajan ja -lääkärin yhdellä kertaa koko väestölle. Toiminnallisuuden käyttöönotto vaatii muutostyötä ja sen aikaan saaminen kesti pyynnöstä liki 3 kuukautta. Itse työn tekeminen vaatii alle 10 henkilötyöpäivää.

Pegasos-ohjelmasta emme löytäneet vastaavaa toimintoa. Apottia ei harkittu lainkaan, sillä sen käyttö on loppumassa.

Länsi-Uudenmaan alueella terveysasemilla on omat yhteiset puhelinnumeronsa ja käytössä on TeleQ-puhelinjärjestelmä. Kun väestö on muodostettu Lifecaressa, viemme tiedot yhdellä ajolla TeleQ-ohjelmaan. Vastuuväestön soitot kyetään tunnistamaan täten heti. Tässä tulee olemaan pieniä epätarkkuuksia, sillä puhelinnumerot eivät aina ole oikein. Toimintaa tukee se, että potilastietojärjestelmässä omahoitajan ja -lääkärin tieto näkyy luotettavasti.

Länsi-Uudenmaan on ottamassa käyttöön Mehiläisen digipalvelu alustan. Vielä on ratkomatta, miten vastuuväestön kysyntä saadaan ohjattua suoraan työparilla.

Käytännön järjestelyt terveysasemalla

Pilotti käynnistyy ensimmäisellä työparilla 2.12.2024. Tässä vaiheessa emme tiedä mitä haasteita käytännön arjessa tulee vastaan. Arviomme on, että toimintamalli saadaan istutettua varsin sulavasti terveysaseman arkeen. Omahoitaja ja ammatinharjoittajalääkäri ovat itsenäinen työpari, jotka tulee sijoittaa mielellään vierekkäisiin huoneisiin. Varsinaisia muita tarpeita ei ole. Kokemus näyttää, miten paljon työpari tekee yhteistyötä muiden ammattilaisten kanssa.

Yksi tunnistettu haaste on se, että ammatinharjoittajalääkärit koetaan etuoikeutetuiksi. Heillä on laajat vapaudet, mutta toisaalta isot vastuutkin. Jos vastuuväestön potilaita ajautuu paljon muille lääkäreille, tämä herättää herkästi mielipahaa. Pilottimme aikana ongelma on vähäinen, sillä ammatinharjoittajalääkärit ja omahoitajat ovat hankerahalla hankittua ylimääräistä resurssia terveysasemalla. Muuta henkilöstöä on muistutettava, että ammatinharjoittajalääkärillä ei ole taloudellista kannustetta ohjata potilaitaan laajemmin muille. Olemme kohdanneet perusteetonta skeptisyyttä toimintamallia kohtaa, sillä ammatinharjoittajien oletetaan ottavan vain rusinat pullasta tai olevan laiskoja.

Viime kädessä kyse on persoonista. Jos ammatinharjoittajalääkäri on yhteistyöhaluinen ja avoin persoona, molemminpuolinen luottamus yksikössä on taattu.

Omahoitajan rooli

Hankkeessa keskitytään pitkälti ammatinharjoittajalääkärin roolin rakentamiseen, mutta sen rinnalla muodostetaan myös omahoitajan tehtävä terveyden- ja sairaanhoitajille. Omahoitaja keskittyy vastuuväestön hoitoon yhdessä ammatinharjoittajalääkärin kanssa. Työnjohdollinen vastuu pysyy hyvinvointialueella, joten tarvittaessa omahoitajalla voi olla muitakin tehtäviä. Oleellista on kuitenkin se, että vastuuväestön hoito on oltava ensisijainen työ. Jos hoitaja ei kykene panostamaan tähän, ammatinharjoittajalääkärin onnistumisen mahdollisuudet hupenevat.

Omahoitajan tehtävää varten on laadittu oma tehtävänkuva ja siihen rekrytoidaan kokeneita ammattilaisia. Tehtävä on yhden hakukierroksen perusteella houkutteleva, sillä vastuuväestön myötä työmäärä rajautuu ja työ on monipuolista. Länsi-Uudenmaan alueella sairaanhoitajien työajasta valtaosa voi mennä hoidon tarpeen arvion tekemiseen. Tässä toimintamallissa yhteydenottoja tulee kohtuullisen kokoisen väestön myötä 8-15 kappaletta puhelimitse per työpäivä. Huomioitavaa on, että ammatinharjoittajalääkärillä on kannuste hoitaa osa puheluista itse, jotta voisi suunnitella päivänsä tehokkaammin. Tämän perusteella omahoitajan työhön kuuluu merkittävässä määrin vastaanottoa ja lääkäriä avustavaa työtä. Pilotin aikana maksamme rekrytointilisää omahoitajille.

Omahoitajalla on pilotissa laatupalkkio. Hän voi saada joka kuukausi 100 € lisän, jos hoidon saatavuus on hyvä. Mittari on sama kuin lääkäriellä eli ensikontaktista hoitoon tuloksen mediaani on 7 vrk tai alle hoitajalla

ja lääkäriellä. Toiset 100 € voi saada, jos 90 % sisään tulleista vastuuväestön puheluista hoidetaan 3 tunnin sisällä.

Voisiko omahoitajakin olla ammatinharjoittaja? Tällä hetkellä näkemyksemme on, että hoitaja on työsuhteinen. Olemme valmiit tarkastelemaan asiaa uudelleen, mutta tässä keskeiset perustelut kannallemme:

- **Mistä muodostuu ammatinharjoittajasairaanhoitajan yrittäjän riski?** Lääkäriellä riskiä tulee siitä, että hän ottaa vastuuväestön hoitoon ja vastaa viime kädessä lääketieteellisesti hoidosta. Sairaanhoitaja ei voi samaan tapaan ”omistaa” väestöä ja väestöllä ei voi olla ns kahta omistajaa.
- **Sairaanhoitajan oikeudet potilastyössä ovat rajoitetut**, kun hän toimii itsenäisenä yrittäjänä. Useissa tehtävissä, kuten lääkkeenmääräämisessä, tarvitaan vastaavan lääkärin valtuutus.
- **Sairaanhoitajan työssä on paljon tehtäviä, joiden hinnoittelu on haastavaa**, kuten hoidon tarpeen arvio. Meitä on lähestytty ajatukselle, että työ tehdään tuntityö laskutuksella asian ratkaisemiseksi. Tässä haasteeksi tulee se, että tällainen tulkittaisiin työsuhteeksi.
- **Kansainvälisesti sairaanhoitajat toimivat perusterveydenhuollossa ensisijaisesti työsuhteessa.** Suomalaiset sairaanhoitajat kykenevät huomattavasti itsenäisempään työhön kuin muissa maissa, mutta työssä on edelleen samankaltaisuuksia.
- Huomioitavaa on se, että **myös työsuhteessa sairaanhoitajalle voidaan tarjota hyvin mielekäs kokonaisuus.** Rajattu ja hallittava työmäärä on ensisijainen tekijä ja työparimallissa hänellä on laajat vapaudet päiviensä sisältöön. Lisäksi laaturapalkkiot ovat täysin toteutettavissa työsuhteiselle henkilölle. Ammatinharjoittajaksi siirtyminen ei välttämättä tuo erityisiä etuja sairaanhoitajalle.

Hankinta

Kevään 2024 hankinta tehtiin pienimuotoisesti, koska hankinnan kohteena oli kahden lääkärin työpanos. Alla on kiinnostuneille lääkäreille lähetetty ohje hankinnan etenemisestä.

”Hyvä yleislääketieteen erikoislääkäri tai kokenut yleislääkäri,

Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue pilotoi uutta ammatinharjoittajalääkärimallia, jossa ammatinharjoittajalääkäri hoitaa omaa vastuuväestöä yhdessä omahoitajan kanssa. Kartoitamme nyt hankinnasta kiinnostuneita. Hankinnan kohteena on kahden yleislääketieteen erikoislääkärin tai kokeneen yleislääkärin (vähintään 6 vuotta kokemusta perusterveydenhuollon työstä) palveluiden hankinta. Vastuuväestöt sijaitsevat Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella Espoossa Kalajärven terveysaseman alueella. Vastuuväestön hoito on tarkoitus aloittaa elo-syyskuun vaihteessa 2024.

- Ammatinharjoittajalääkärimallin keskeiset elementit:
- Ammatinharjoittajalle on määritetty oma vastuuväestö. Väestön palvelutarve vastaa arviolta täysipäiväisen lääkärin työpanosta. Väestön kokoa voidaan muuttaa ammatinharjoittajan niin halutessa.
- Ammatinharjoittajan työparina toimii omahoitaja, joka on työsuhteessa hyvinvointialueeseen.
- Tarjottavaan palveluun kuuluvat oman väestön hoidon tarpeen arvion hoitaminen sekä tavanomaiset vastaanottopalvelut. Tässä vaiheessa ns. sektorityöt eivät kuulu osaksi työtä, mutta toimintamallin kehittyessä niitä voidaan liittää mukaan.
- Ammatinharjoittaja vastaa itsenäisesti palvelun toteuttamisen ajankohtien suunnittelusta sekä tavasta tuottaa hankinnassa kuvattua palvelua. Terveysaseman muu toiminta tukee tarvittaessa.

Tarkempi kuvaus toimintamallista www.luvn.fi/ammatinharjoittajamalli

OHJE ILMOITTAUTUMISESTA MUKAAN HANKINTAAN

1. Lähetä sähköposti, jolla ilmoitat olevasi kiinnostunut hankinnasta ja haluat tutustua materiaaleihin, osoitteeseen emil.heinaaho@luvn.fi. Tämä ilmoitus ei sido sinua mihinkään. Otamme vastaan ilmoittautumisia torstaihin 30.5.2024 asti.
2. Kaikille ilmoittautuneille toimitamme sähköpostitse hankinnan asiakirjat sekä ilmoittautumislomakkeen 31.5.2024. Voit esittää kysymyksiä materiaaliin liittyen lähettämällä sähköpostia osoitteeseen emil.heinaaho@luvn.fi 5.6.2024 mennessä, vastaamme kysymyksiin kaikille yhteisesti sähköpostitse 6.6.2024 mennessä.
3. Mikäli olet kiinnostunut ilmoittautumaan hankintaan ammatinharjoittajaksi, täytä ilmoittautumislomake ja lähetä lomake sekä mahdolliset liitteet osoitteeseen emil.heinaaho@luvn.fi. Tämä ilmoittautuminen on sitova. Ilmoittautuminen on auki 10.6.2024 asti.
4. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue julkaisee ammatinharjoittajien valinnasta viranhaltijapäätöksen, joka toimitetaan tiedoksi kaikille ilmoittautuneille. Päätös kahdesta hankittavasta ammatinharjoittajasta pyritään tekemään 12.6.2024 mennessä.
5. Päätöksen jälkeen valitut ammatinharjoittajat ja hyvinvointialue allekirjoittavat toimeksiantosopimuksen ja sopivat palvelun aloittamiseen liittyvistä yksityiskohdista.

Hankintakierros toteutui hallinnollisesti hyvin, mutta tulokset olivat huonot. Toimintamallia kohtaan oli kevään 2024 aikana runsaasti kiinnostusta ja näkyvyyttä mediassa. Kiinnostuneita lääkäreitä löytyi lopulta reilut 10 kappaletta, joista suurin osa oli kiinnostunut vain itse toimintamallin rakenteesta. Emme saaneet yhtään tarjouspyyntöä. Kaikki kiinnostuneet haastateltiin läpi ja heidän joukostaan löytyi yksi lääkäri, jonka kanssa tehdään hankinta suoraan hankinnalla. Neuvotteluissa hänen kanssaan toimintamalliin tehtiin lukuisia tarkennuksia.

Tavoitteena on edelleen laajentaa toimintamallia merkittävästi vuonna 2025, jotta saamme laajemmin kokemuksia mallin toimivuudesta. Tällöin hyödynnetään dynaamista hankintarekisteriä.

Onko toimintamalli kestävä?

Tätä toimintamallia ei voi toteuttaa nykyisillä julkisen perusterveydenhuollon resursseilla. Omalääkärin tarjoaminen koko Suomen väestölle vaatisi vähintään 4 000 omalääkäriä. Julkisessa perusterveydenhuollossa työskentelee nyt tämän verran lääkäreitä, mutta heistä korkeintaan 50 % voisi toimia omalääkärinä. Tässä roolissa toimiminen vaatii senioritason osaamista etenkin ammatinharjoittajan roolissa. Hankkeen tarkoitus on kokeilla toimintamallia, joka olisi työmäärältään työparille kestävä. Sen vuoksi tätä ei toteuteta Länsi-Uudenmaan keskimääräisillä väestöillä per lääkäri, mikä on reippaat 2000 asukasta.

Omalääkärit eivät toimi yksin järjestelmässä, vaan heillä on tukenaan erikoistuvat lääkärit ja YEK-vaihetta tekevät lääkärit. Etenkin yleislääketieteeseen erikoistuvat lääkärit tulee huomioida järjestelmän suunnittelussa. Suunnitelma voisi karkeasti olla seuraava:

- Omalääkäri ottaa väestökseen keskimäärin 1 500 asukasta
- Kun omalääkäri ottaa ohjaukseensa YLE-erikoistuvan, väestöä voidaan lisätä 800 – 1 000 asukkaalla
- YEK-lääkärin ottaminen mukaan, mahdollistaa 400 – 600 asukkaan lisäämisen

- Kun tiimissä lääkäreinä ovat omalääkäri, yle erikoistuja ja YEK-lääkäri, vastuuväestö on 2 700 – 3 100 asukasta. Tällöin tarvitaan 1 800 - 2 050 omalääkäriä Suomeen.

Lääkäriliiton mukaan Suomessa on 1 800 yleislääketieteen erikoislääkäriä. Erikoistuvia on 1 200 ja heitä valmistuu vuosittain 100 lisää. Näiden lisäksi on joukko kokeneita yleislääkäreitä, jotka eivät ole erikoistuneita. He soveltuvat myös omalääkäreiksi.

Lisäksi on esitetty, että työikäisessä väestössä omalääkärinä voisi toimia työterveyslääkäri. Tämä vaatii runsaasti valmistelutyötä. Työterveyteen on erikoistunut 1 200 lääkäriä, mikä tekee asian selvittämisestä ehdottoman tarpeellista. Osalla tästä joukosta on myös yleislääketieteen erikoislääkärin tutkinto. Työterveydessä on tavoiteltu työterveyslääkärien kliinisessä työnkuvassa ns KELA 1 työn osuudeksi 60 %. Täten 40 % on sairausvastaanottoa eli 480:n työterveyslääkärin vuosityöpanos.

Norjassa ja Tanskassa on omalääkärimallit, joissa lääkäriillä on laajat vapaudet omaan työhönsä. Näissä malleissa on omat haasteensa, mutta ne ovat varsin suosittuja lääkärin keskuudessa. Suomessa järjestelmästä valuu ulos erikoislääkäreitä, kun taas Tanskassa ja Norjassa omalääkärinä toimiminen on hyvin varteenotettava vaihtoehto yleislääketieteen erikoislääkärille. Tällä hetkellä Tanskassa väestöstä 250 000:lla eli reilulla 4 % ei ole omalääkäriä. Järjestelmän peittävyys, haasteistaan huolimatta, on edelleen erittäin hyvä etenkin Suomeen verrattuna. Tähän perustuen väitämme, että jos kykenemme pystyttämään työmäärältään järkevän omalääkärimallin, se imee puoleensa osajia ja ajan saatossa meillä on riittävä henkilöstö kattavaan järjestelmään. 2000-luvun alussa Norjassa siirryttiin omalääkärimalliin ja alle 4 vuodessa jokaiselle norjalaiselle oli löytynyt omalääkäri.

Visiot jatkoista

Nyt tehtävä ammatinharjoittajamalli on ensimmäinen askel. Tämä on varsin yksinkertainen toimintamalli, jota on kehitettävä edelleen. Keskeisiä puutteita ja kehityskohteita:

- **Sektoritöiden huomiointi.** Mahdollisuus sektoritöihin on saatava osaksi toimintamallia. Kaikkien omalääkärien ei tarvitse sektoritöitä tehdä, mutta todennäköisesti huomattava osa haluaa ne osaksi työnkuvaansa. Jos omalääkärit eivät osallistu sektoritöihin, korvaavan työvoiman hankinta olisi erittäin vaikeaa.
- **Ikääntyneiden palvelut.** Etenkin geriatria suuntautuneet lääkärit voisivat haluta ottaa osaksi väestöään kotihoidon ja laitoksien asukkaita. Länsi-Uudenmaan alueella laitosten lääkäripalvelut hoidetaan vastuulääkärimallilla, joten omalääkärit eivät osallistu tähän.
- **Kouluttajalääkärien tehtävät.** Omalääkäreistä huomattava osa on kouluttajan oikeudet omaavia erikoislääkäreitä. Heillä on todennäköisesti iso halu jatkaa kouluttajina ja järjestelmä tarvitsee tätä työpanosta. Kouluttajaroolin myötä ammatinharjoittaja saisi tuekseen nuorempia kollegoita. Tässä mallissa he hoitaisivat yhdessä samaa vastuuväestöä. Tämä mahdollistaisi isomman vastuunoton, jolloin koko toimintamallista tulisi kestävämpi.

Ammatinharjoittajalle suoritettava korvaus kouluttamisesta voisi olla esim koulutusvaiheen lääkärin mukanaan tuoman väestön kapitaatiokorvaus jollain kertoimella. Tässä palkkiomallissa 800 asukkaan lisäväestö tarkoittaisi arviolta 3 500 eur/kk lisäkorvausta. Ansiotuloina summa vastaa 2 000 eur/kk, mikä olisi erittäin merkittävä tulonlähde. Huomioitavaa on toki se, että ohjaaminen vie aikaa laskutettavalta työltä ja vaatii osaamisen ylläpitoa pedagogiassa.

Kouluttajavastuun myötä vastuuväestöä hoitaisi useampi lääkäri, jolloin sijaistaminen olisi selkeää. Oletettavaa on, että työnjaosta muodostuisi sellainen, että nuorin lääkäri keskittyy päivystys

potilaisiin, kun kokenut yle erikoistuva ja ammatinharjoittaja hoitavat hoidon tarpeen arviota ja pitkäaikaissairaita.

- **Laatupalkkio.** Laatupalkkion soisi olla isompi kuin nyt. Sen avulla voidaan pienentää suoritepalkkioiden osuutta. Ihanne olisi, että ammatinharjoittaja saisi palkkion vastuuväestön vastuun ottamisesta (kapitaatio) ja työnsä tuloksista (laatu). Koska yleislääkärien työn tuloksia on vaikea määrittää riittävällä laajuudella, suoritteet puoltavat jatkossakin paikkaansa. Laatupalkkion käyttö edellyttää luotettavia mittareita.
- **ESH kulujen huomiointi palkkiomallissa.** Osana kustannushyötyanalyysiä teemme arvion ESH kulujen kehittymisestä. Tämän saaminen mukaan osaksi palkkiomallia olisi houkuttelevaa. Hyvällä yleislääkärillä on mahdollisuus vaikuttaa merkittävästi väestön ESH:n käyttöön, joten voisiko aikaansaadusta muutoksesta palkita?

Ammatinharjoittajalle voisi tarjota pitkän aikavälin bonuksia. Esimerkiksi kolmen vuoden välein tarkastellaan ESH-kulujen muutosta ja hän saisi tietyn osuuden säästöistä. Kulujen seuranta pitää toteuttaa riittävän pitkällä aikavälillä satunnaisvaihtelun huomioimiseksi ja samalla bonusjärjestelmä toimisi pitkän aikavälin sitouttajana. Koska ESH kulut ovat varsin isot yksittäisilläkin palveluiden suorkuluttajilla, lääkärillä olisi mahdollisuus merkittävään lisäpalkkioon. Valmistelussa on huomioitava se, että tämä mittari ei saa johtaa säästämiseen hoidon laadun kustannuksella.

Entä jos omalääkärinä olisi kuitenkin virkalääkäri?

1980-luvun Omalääkärikokeilussa osoitettiin, että työsuhteen muodolla ei ole vaikutusta hoidon laatuun. Täten omalääkäri voi yhtä hyvin olla työsuhteessa kuin ammatinharjoittaja. Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen hankkeen osana kokeilemme myös samoilla periaatteilla toimivaa virkasuhteisten lääkäreiden omalääkärimallia. Rakennamme tiimin, jossa on 6 hoitajaa ja 4 lääkärinä. Osa lääkäreistä on kokemattomia, joita tiimin kokeneemmat lääkärit tukevat.

Norjassa ammatinharjoittajana työskentely on suosituin tapa toimia omalääkärinä. Arviolta 80 % lääkäreistä on ammatinharjoittajia, mutta loput työsuhteessa. Heidän kokemustensa perusteella on eduksi, jos lääkäreille tarjotaan erilaisia mahdollisuuksia. Tämän vuoksi Suomessa tulisi kehittää myös virkapohjaista omalääkärijärjestelmää. Tämän hankkeen kokemuksi voidaan todennäköisesti hyödyntää työssä. 1980-luvun Omalääkärikokeilussa työsuhteisten lääkäreiden ja ammatinharjoittajalääkärien palkkiomallit olivat samanlaisia. Tähän hankkeeseen tehty malli voisi toimia myös työsuhteisilla (euromääräiset summat on toki muutettava). Vuonna 2025 kokeiltavassa virkalääkärien pilotissa käytetään nykyistä virkaehtosopimusta. Ammatinharjoittamallin rakentamisen tavoitteena ei ole romuttaa virkalääkärijärjestelmää vaan korjata hoidon jatkuvuus.

Virkalääkäreitä tullaan tarvitsemaan edelleen myös muissa perusterveydenhuollon tehtävissä. Yksiköillä on oltava vastaavat lääkärinsä sekä erilaisia erityisosaajia, kuten tartuntatautilääkärit. Jos ammatinharjoittajamalli toteutuu laajasti, se tulee vähentämään esihenkilönä toimivien lääkäreiden työtä. Heiltä poistuu työnantajan velvoitteita.

Muu materiaali

Osana valmistelutyötä on tuotettu seuraavia dokumentteja, jotka voidaan toimittaa kiinnostuneille pyynnöstä. Pyyntö voi osoittaa osoitteeseen emil.heinaaho@luvn.fi.

- FCG:n laatima selvitys mahdollisesta ammatinharjoittajamallista. Selvitys sisältää lääkäreille tehdyn kyselyn tulokset.
- Juridinen selvitys yrittäjän aseman turvaamiseksi (Borenius)
- Ennakkoratkaisuhakemus Verohallintoon
- Laskuri palkkiomallin mallintamiseen (Valor)
- Laskelmat palkkiomallista, lääkärin ansainnasta ja vertailu yksityiseen sektoriin (Valor)
- Hankinnan kohteen kuvaus
- Toimeksiantosopimus
- Seloste ennakkoratkaisuhakemuksesta