

Mirja Willberg, Hannu Valtonen

Pohjoismaiden terveydenhuollon

rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu



ISSN 1236-2115

ISBN 978-952-00-2386-7 (nid.)

ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Yliopistopaino, Helsinki 2007

Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu. Helsinki 2007. 48 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115; 2007:36) SBN 978-952-00-2386-7 (nid.), ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)

Sosiaali- ja terveysministeriö tilasi keväällä 2007 Kuopion yliopiston Terveystalouden ja -talouden laitokselta raportin eri pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmistä 11.–12.6.2007 järjestettävää pohjoismaista ministerikokousta varten. Raportin kirjoittajien tukena on ollut Terveystalouden ja -talouden laitokselta Juha Kinnunen, Johanna Lammintakanen ja Sari Rissanen. Kirjoittajat haluavat lisäksi kiittää pohjoismaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan virkamieskomitean jäseniä heidän arvokkaasta avustaan työprosessin aikana.

Raporttia varten koottiin tietoja eri lähteistä kuten pohjoismaisilta asiantuntijoilta. Raportin keskeistä tilastoaineistoa ovat OECD:n ja WHO:n tilastot. Raportissa ei ole huomioitu kaikkia merkittäviä teemoja kuten lääkekustannusten nousu tai työvoiman saatavuuskysymykset. Raportin sisältöalueita valittaessa on otettu huomioon se, että raportti on tehty herättämään keskustelua ja nostamaan esille muutamia keskeisiä keskusteluteemoja.

Raportissa tarkastellaan Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien rakennetta, toimintaa ja kaikkien Pohjoismaiden kohtaamia uusia haasteita. Tavoitteena on edistää keskustelua pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin uudistumisesta.

Pohjoismaissa terveydenhuolto on pääosin yhdenmukaista, koska niissä palvelut rahoitetaan pääosin julkisin varoin ja niitä tarjotaan kaikille tasapuolisesti. Merkittävimmät eroavuudet ovat puolestaan terveydenhuollon tuotannon eri hallintotasojen määrässä, tehtävissä, työnjaossa ja rahoituksessa ja osin kansalaisten valinnanmahdollisuuksissa. Maiden välillä on eroja myös terveyspalvelujen tuotannon desentralisaatiossa/keskittämisessä ja kuntien, maakuntien ja valtion eri organisaatioiden määrässä, tehtävissä ja työnjaossa.

Viime vuosina pohjoismaisissa uudistuksissa on pyritty terveyspalvelusten rahoituksen turvaamiseen muun muassa kuntakokoa kasvatta-

malla. Kansalaisten asemaa on vahvistettu valinnanvapautta lisäämällä ja säätämällä potilaiden oikeuksia turvaavia lakeja.

Terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta olennainen kysymys on, pystytäänkö vastaamaan terveyspalvelujen kysynnän kasvuun ja kansalaisten odotus- ja vaatimustason nousuun. Palveluiden tuotannon näkökulmasta merkittäviä haasteita tulevaisuudessa ovat niin palvelujen rahoitus, vastuunjako paikallisen ja valtiollisen tason välillä, julkisen ja yksityisen sektorin suhteet kuin osaavan työvoiman saannin varmistaminen.

Tulevaisuudessa Pohjoismaat kohtaavat muun muassa seuraavat terveyspoliittiset kysymykset, jotka raportin laatijat haluavat nostaa keskusteluteemoiksi: 1) Kansalaisten kulutustottumukset ovat muuttuneet ja muuttuvat yhä – kansalaisten odotukset ja vaatimukset terveyspalveluilta ovat erilaiset kuin ennen; 2) julkisen vallan keinot vaikuttaa ja ohjata terveydenhuollon kehitystä ovat myös muuttumassa kansalaisten vaatimustason noustessa sekä taloudellisen integraation ja globalisaation edetessä – muutokset vaikuttavat väistämättä kansallisen terveyspolitiikan rooliin ja mahdollisuuksiin; 3) Pohjoismaiden terveyspalvelut toimivat pääosin hyvin ja voisivat Euroopassa ja sen ulkopuolellakin osaltaan luoda ja ylläpitää kuvaa Pohjoismaista 'hyvinä yhteiskuntina'.

Avainsanat

palvelut, Pohjoismaat, rahoitus, terveydenhuolto, tuotanto

SAMMANDRAG

Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Jämförelse av finansierings- och servicesystemen för hälso- och sjukvården i de nordiska länderna. Helsingfors 2007. 48 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115; 2007:36) ISBN 978-952-00-2386-7 (inh.), ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)

Med tanke på nordiska ministerrådets möte 11–12 juni 2007 beställde social- och hälsovårdsministeriet våren 2007 en rapport om finansierings- och servicesystemen för hälso- och sjukvården i de olika nordiska länderna av institutionen för hälsoförvaltning och -ekonomi vid Kuopio universitet. Rapportens skribenter fick stöd av Juha Kinnunen, Johanna Lammintakanen och Sari Rissanen på institutionen för hälsoförvaltning och -ekonomi. Skribenterna vill även tacka medlemmarna i den nordiska social- och hälsopolitiska ämbetsmannakommittén för deras värdefulla bistånd under arbetets gång.

Faktamaterialet till rapporten insamlades ur olika källor, däribland nordiska sakkunniga. Rapportens centrala statistiska material utgörs av OECD:s och WHO:s statistik. Rapporten beaktar inte alla betydelsefulla teman, såsom de stigande läkemedelskostnaderna eller tillgången på arbetskraft. I valet av ämnesområden för rapporten har skribenterna beaktat att rapportens syfte är att lyfta fram några centrala frågor och väcka debatt.

I rapporten granskas strukturen för och funktionaliteten hos de nordiska ländernas finansierings- och servicesystem för hälso- och sjukvården samt de nya utmaningar som samtliga nordiska länder ställs inför. Målsättningen är att främja debatten om reformering av den nordiska välfärdsstatsmodellen.

Hälso- och sjukvården är i huvudsak likadan i de nordiska länderna eftersom servicen mest finansieras med offentliga medel och den erbjuds jämlikt åt alla. De största skillnaderna finns i hur hälso- och sjukvårdsproduktionen är strukturerad i fråga om antalet förvaltningsnivåer, uppgifter, arbetsfördelning och finansiering samt i fråga om medborgarnas valmöjligheter. Det finns också skillnader beträffande centraliseringen/ decentraliseringen av hälso- och sjukvårdsproduktionen samt beträffande

antalet organisationer inom kommunerna, landstingen och staten och deras uppgifter och arbetsfördelning.

De senaste årens reformer i de nordiska länderna har strävat till att trygga finansieringen av hälso- och sjukvårdstjänsterna bland annat genom att öka kommunstorleken. Medborgarnas ställning har stärkts genom att valfriheten har byggts ut och lagar som tryggar patientens rättigheter har stiftats.

Den väsentliga frågan med tanke på hälso- och sjukvårdens framtid är om vi ska kunna svara på den ökande efterfrågan på hälso- och sjukvårdstjänster och medborgarnas stigande förväntningar och krav. Stora framtida utmaningar med tanke på serviceproduktionen är såväl finansieringen av servicen och ansvarsfördelningen mellan den lokala och den statliga nivån samt relationen mellan den offentliga och privata sektorn som säkrandet av tillgången på arbetskraft.

I framtiden ställs de nordiska länderna inför bland annat följande hälsopolitiska frågor som rapportens skribenter vill lyfta fram som diskussionsteman: 1) Medborgarnas konsumtionsvanor har förändrats och förändras fortfarande – medborgarnas förväntningar och krav på hälso- och sjukvårdstjänsterna är annorlunda än tidigare; 2) den offentliga maktens medel att påverka och styra utvecklingen av hälso- och sjukvården förändras i takt med att medborgarnas kravnivå stiger och den ekonomiska integrationen och globaliseringen går vidare – förändringarna påverkar oundvikligen den nationella hälso- och sjukvårdspolitikens roll och möjligheter; 3) de nordiska hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar i huvudsak bra och kunde i såväl Europa som omvärlden i övrigt bidra till bilden av de nordiska länderna som ”goda samhällen”.

Nyckelord

finansiering, hälso- och sjukvård, Norden, de nordiska länderna, produktion, service

SUMMARY

Mirja Willberg, Hannu Valtonen. A comparison of the Nordic health care funding and service systems. Helsingfors 2007. 48pp. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland, ISSN 1236-2115; 2007:36) ISBN 978-952-00-2386-7 (pb), ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)

The Ministry of Social Affairs and Health of Finland commissioned in spring 2007 a report on the health care funding and service systems of the Nordic countries from the Department of Health Policy and Management of the University of Kuopio. The report will be dealt with at the Nordic ministerial meeting to be arranged on 11 – 12 June 2007. The authors of the report were supported by Juha Kinnunen, Johanna Lamintakanen and Sari Rissanen from the Department of Health Policy and Management. The authors also want to thank the members of the Nordic Committee on Social Policy for their valuable help during the writing process.

Information for the report was collected from various sources, e.g. Nordic experts. The central statistical material in the report consists of OECD and WHO statistics. The report does not deal with all significant themes, e.g. increases in the costs of medicines and labour supply issues are not included. When choosing the subjects for the report it was taken into account that its aim is to give rise to discussion and raise some important discussion themes.

The report reviews the structures of the Nordic health care funding and service systems, their operation and new challenges faced by the Nordic countries. The aim is to promote discussion about reforming the Nordic welfare model.

The main elements of the Nordic countries' health care systems are similar as the services are mostly financed from public funds and they are equitably accessible to everyone. On the other hand, the most significant differences are related to the number of the administrative levels in health care provision, their tasks, the division of labour and financing, and partly to the citizens' freedom of choice. There are also differences between the countries in the decentralisation of the provision of health services and in the number, tasks and labour division of the different organisations of the local and regional government and of the state.

In recent years the Nordic reforms have aimed to secure the financing of health services e.g. by increasing the size of the local government units, municipalities. The status of citizens has been strengthened by increasing their freedom of choice and enacting laws to secure the rights of patients.

In view of the future of health care, the essential question is if the foreseeable increase in demand and people's expectations and requirements can be met. From the point of view of service provision, major future challenges are, on the one hand, the funding of services, the division of responsibilities between the local and central government levels, relations of the public and private sector and, on the other hand, securing the access to qualified labour force.

In the future the Nordic countries will be faced, among others, with the following health policy issues that the authors of the report want to raise for discussion: 1) People's consumption habits have changed and are still changing – their expectations and demands on health services are different from before, 2) the means of the public authorities to influence and guide health care are also changing as people's requirements are increasing, and with the progress of economic integration and globalisation – the changes inevitably affect the role and possibilities of the national health policies; and 3) the Nordic countries' health services are for the most part effective and could contribute to creating and maintaining an image of the Nordic countries as 'good societies'.

Key words

funding, health care, Nordic countries, production, services

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ	3
SAMMANDRAG	5
SUMMARY	7
1 JOHDANTO: TYÖN LÄHTÖKOHDAT	11
2 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS- JA PALVELUJÄRJESTELMIEN KUVAUS	13
3 TERVEYDENHUOLLON KEINOT VASTATA HAASTEISIIN	29
4 KESKUSTELUTEEMOJA	39
PÄÄLÄHTEITÄ	40
LIITTEET.....	41
Liitetaulukko 1. Vertailussa Pohjoismaiden sairaaloiden hallinto, rahoitus ja koko.....	41
Liitetaulukko 2. Terveydenhuoltokustannukset Pohjoismaissa 2004.....	41
Liitetaulukko 3. Väestötilastoja Pohjoismaissa 2004.....	42
Liitetaulukko 4. Väestön ikärakenne Pohjoismaissa 2005 ja YK:n väestöennuste 2050.	42
Liitetaulukko 5. Terveydenhuollon resursseja Pohjoismaissa 2004...	43
Liitetaulukko 6. Terveysindikaattoreita Pohjoismaissa.	43
Liitetaulukko 7. Väestömäärät ja väestönkasvu Pohjoismaissa vuosina 1995-2004.....	44
Liitekuvio 1. Ylipainoisten ja liikalihavien (BMI>25) osuus (%) koko väestöstä vuonna 2002 (Tanska vuonna 2000).....	44

I JOHDANTO:

TYÖN LÄHTÖKOHDAT

Pohjoismainen terveydenhuolto on pitkän historiallisen kehityksen tulosta. Eri aikakausina terveydenhuollon rahoitus, painotukset ja järjestäminen ovat vaihdelleet. Nykyiset järjestelmät ovat muotoutuneet sekä monien erilaisten poliittisten näkemysten yhteensovittamisen tuloksena että jatkuvasti muuttuvissa olosuhteissa. Kaikissa Pohjoismaissa harjoitetun terveyspolitiikan päätavoitteista ja pääperiaatteista on varsin laaja poliittinen yhteisymmärrys. Kuten muun muassa Nordiska Rådet (2004) toteaa, Pohjoismaissa on kansalaisten arvostama terveydenhuolto, joka perustuu periaatteeseen kaikkien oikeudesta hyvään terveyteen ja hoitoon.

Terveydenhuoltopalvelut ovat kaikkialla kansalaisille tavattoman tärkeitä. Poliittisten päätöksentekijöiden tehtävänä on etsiä kullekin maalle ja kuhunkin aikaan sopivat ratkaisut. Tämän raportin tehtävänä on toimia tausta-aineistona ja keskustelua virittävänä aineistona ratkaisuja etsittäessä.

Pohjoismaiden terveydenhuolto on monesta syystä suurten haasteiden edessä. Pohjoismaiden väestöt ikääntyvät. Tiedossa olevan väestön ikärakenteen muutoksen seurauksena terveydenhuollon palvelujen tarve kasvaa; kansalaisten palvelujen käytön tottumukset muuttuvat; terveydenhuollon mahdollisuudet erilaisten terveysongelmien hoitamisessa paranevat. Terveys- ja hoivapalvelujen kysynnän kasvu ja kysynnän luonteen muutos haastavat totut toimintatavat. Kaikki nämä muutokset yhdessä tuottavat terveyspalvelujen kustannusten kasvupainetta. Uudet haasteet ovat nostaneet terveydenhuollon rahoituksen ja palvelujen uudistukset kaikkien Pohjoismaiden julkisen talouden ja hyvinvointivaltioiden pitkän tähtäimen kehityksen kohteiksi.

Terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta olennainen kysymys on, pystytäänkö vastaamaan kysynnän kasvuun ja kansalaisten odotus- ja vaatimustason nousuun. Palveluiden tuotannon näkökulmasta merkittäviä haasteita tulevaisuudessa ovat niin palvelujen rahoitus, vastuunjako paikallisen ja valtiollisten tasojen, julkisen ja yksityisen sektorin välillä kuin osaavan työvoiman saannin varmistaminen.

Täydellistä terveydenhuoltojärjestelmää ei ole olemassa. Samoin ei ole mahdollista kokonaan ohjata terveydenhuoltojärjestelmän kysyntää ja tarvetta. Kansalaiset tekevät päätöksiä, joihin julkisella vallalla ei ole mahdollisuutta eikä tarvetta vaikuttaa, mutta joiden seuraukset tuntuvat julkisen vallan toiminnassa. Terveydenhuoltoa tuottavat entistä enemmän julkisen vallan suoran vaikutusmahdollisuuden ulkopuolella olevat organisaatiot. Niinpä julkisen vallan ohjauksen mahdollisuudet ovat rajatut – keinoja on vain rajallinen määrä.

Kaikissa Pohjoismaissa on reagoitu terveydenhuollon haasteisiin 2000-luvulla. Niissä on muun muassa tehty merkittäviä rakenteellisia uudistuksia terveydenhuollossa, joilla uudistetaan terveys- ja sosiaalipalvelujen järjestämis- ja tuotantorakenteita ja, jotka muuttavat kansalaisten ja palvelujärjestelmän suhdetta. Kaikkien uudistusten lopulliset vaikutukset eivät kuitenkaan vielä ole nähtävissä. Pääosin rakennemuutoksia edellyttävät kysymykset ovat eri maissa lähes samankaltaisia, mutta kunkin maan omat ratkaisut vaihtelevat. Tässä raportissa tarkastellaan, mistä osatekijöistä uudistusprosessit koostuvat, mikä on näiden maiden tämänhetkinen tilanne. Viimeisimpiä kokemuksia kuvataan muutamien esimerkkien avulla.

2 TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS- JA PALVELUJÄRJESTELMIEN KUVAUS

Pohjoismaissa ajankohtaisena keskustelun aiheena ovat useat terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien kysymykset: Terveydenhuollon tulisi reagoida herkästi kansalaisten tarpeisiin, sen palvelutuotannon tulisi olla tuottavaa, palveluiden tehokkaita ja terveydenhuollon rahoitusrasituksen ja sen avulla tuotetun hyvinvoinnin tulisi jakautua oikeudenmukaisesti. Kaikkia erilaiset tarpeet omaavia väestöryhmiä, suuria ja pieniä ryhmiä, tulisi kohdella tasapuolisesti. Terveydenhuollon tulevaisuuden kannalta keskeistä olisi, että järjestelmä olisi kansalaisten silmissä legitiimi sekä toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävä. Yleiseurooppalaisissa keskusteluissa terveyspolitiikan kehittämisessä on haettu ratkaisuja ikääntyvän väestön ja kansalaisten odotusten kohoamisen aiheuttamaan palvelutarpeen kasvuun. Vastausta odottavia kysymyksiä ovat suhtautuminen uusiin, usein kalliisiin hoitoihin sekä teknologiaan ja lääkkeiden lisääntyvään käyttöön. Vakava kysymys on myös henkilökunnan saatavuus ja työolosuhteisiin liittyvät odotukset.

Seuraavaan taulukkoon on koottu yhteen tarkasteltujen maiden terveydenhuollon kuvaavia erityispiirteitä (ks. myös liitetaulukko 1). Myöhemmin kunkin maan terveydenhuoltoa on kuvattu yksityiskohtaisemmin.

Taulukko I. Pohjoismaiden terveydenhuollon keskeisiä erityispiirteitä.

Ominaisuus	Tanska	Suomi	Islanti	Norja	Ruotsi
Perusterveydenhuolto	Kunnat vastuussa kaikesta sairaalahoidon ulkopuolisesta kuntoutuksesta, ennaltaehkäisyistä terveydenhoidosta ja terveyden edistämisestä. Alueet vastaavat sairaalahoidosta. Asiakasmaksut: Maksutonta.	Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta terveystieteiden ja sairaaloiden päivystysasemilla Asiakasmaksut: Alle 18-vuotiaille maksuton, Yli 18-vuotiaille terveyskeskuskäynneistä kertamaksu tai vuosimaksu. Kertamaksu, enintään 11 euroa kerralta, kolmelta käyntikerältä, vuosimaksu on enintään 22 euroa. Päivystyskäyntimaksu on 15 €.	Perusterveydenhuollon palveluja tarjoavat terveyskeskukset, joiden rahoituksesta vastaa valtio Asiakasmaksut: Maksut vaihtelevat noin 3–21 € kerta terveystieteiden tai yleislääkärillä.	Kunnat vastaavat perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta Asiakasmaksut: Vastaanotto päivisin 16 €, illalla 26 €.	Maakärjäkunnat vastaavat suurimmasta osasta perusterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta terveystieteiden ja sairaaloiden päivystysasemilla. Uudistumassa. Asiakasmaksut: Maksut vaihtelevat lääneittäin, noin 11–17 € kerta. Päivystyskäynti sairaalassa noin 30 €.
Erikoissairaanhoito	Alueilla vastuu erikoissairaanhoitosta 1.1.2007 alkaen Asiakasmaksut: Sairaalahoito on maksutonta.	Erikoissairaanhoitopalvelut tuotetaan sairaanhoitopiirin sairaaloissa sh-piirin alueen kuntien väestölle. Asiakasmaksut: Sairaalan poliklinikamaksu on enintään 22 € käynniltä.	Erikoissairaanhoitoa tuottavat pääasiassa yksityiset lääketieteen asiantuntijat, jotka työskentelevät sairaaloissa sopimusperusteisesti SSI:n kanssa. Asiakasmaksut: Sairaalahoito on maksutonta.	Valtiollistettu viidelle alueelliselle terveysyritykselle, jotka ovat vastuussa erikoissairaanhoitosta, suunnittelusta ja tuotannosta. Asiakasmaksut: Erikoislääkärin vastaanotto 31 € kerta.	Maakärjäkunnat vastaavat sairaalahoitosta. Uudistumassa. Asiakasmaksut: Maksut vaihtelevat lääneittäin ja erikoisaloittain n. 20–30 €.
Hammashoito	Kunnat vastuussa julkisesta hammashuollosta. Asiakasmaksut: Alle 19-vuotiaille maksutonta	Kunnat vastuussa julkisesta hammashuollosta. Asiakasmaksut: Terveystieteiden hammashoito on maksutonta alle 18-vuotiaille.	Hammaslääkärit ovat yksityisiä ja hammashuolto tuotetaan pääasiassa yksityisten toimista. Asiakasmaksut: Alle 18-vuotiaille ja yli 67-vuotiaille korvataan kansallisesta hammassivakuutuksesta osa hoitomaksuista.	Alueet (19) ovat vastuussa julkisesta hammashuollosta. Asiakasmaksut: Alle 19-vuotiaille maksutonta.	Kunnat vastuussa julkisesta hammashuollosta. Asiakasmaksut: Alle 20-vuotiaille maksutonta.

Lähteet: Asiakasmaksut: Färkkilä 2005. Islanti: Euroopan komissio 2005. Suomi: Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Tanska: Indenrig- og Sundhedsministeriet 2006.

TANSKASSA julkisen sektorin rakenneuudistukset ovat toteutuneet vuoden 2007 alusta. Uudistusten suunnittelu alkoi vuonna 2002 hallituksen nimeämällä rakennekomissiolla, jonka tehtävänä oli pohtia Tanskan yhteiskuntaorganisaation tilaa pidemmällä ajanjaksolla. Komission mietintöehdotus rakenneuudistuksesta valmistui kesällä 2004. Uudistus kohdistuu erittäin mittavasti rakenteisiin, tehtäväjakoon kuin myös johtamiseen.

Tammikuussa 2007 toteutetussa uudistuksessa kuntien ja alueiden jaottelu muuttui. Uudistuksen myötä kuntien määrä on 98 (ennen uudistusta kuntia oli 271). Rakenneuudistuksella perustettiin viisi aluetta, joiden vastuulla ovat useimmat terveyspalvelut. Perustetuilla alueilla on vaaleilla valittu valtuusto, mutta ei verotusoikeutta eikä kunnallista toimivaltaa (Indenrig- og Sundhedsministeriet 2006). Uusilla alueilla on päävastuu sairaanhoidosta ja erikoissairaanhoito on uusien alueiden päätehtävä. Uudistus sisälsi myös, että sairaanhoidon rahoitusta keskitetään ja yhtenäistetään.

Tanskassa alueilla on vastuu sairaalanhoidon lisäksi kliinisestä psykiatriasta sekä sairausvakuutusjärjestelmään kuuluvista yksityis- ja erikoislääkäripalveluista. Kunnilla on vastuu kaikesta sairaalahoidon ulkopuolella tapahtuvasta kuntoutuksesta, ennaltaehkäisevästä terveydenhoidosta ja terveyden edistämisestä. Valtion vastuulla on koordinoita pitkälle erikoistuneita palveluita, koota erikoisaloja yhteen ja turvata palvelujen tasainen hyvä laatu. Tämän lisäksi valtio laatii yleiset suuntaviivat useimmille toiminta-alueille (Indenrig- og Sundhedsministeriet 2006). Tanskalainen rakenneuudistus ei muuttanut pelkästään kunta- ja aluejaotusta, vaan myös kunnan ja valtion välisiä suhteita, verotusjärjestelmää, palvelutuotannon ohjausta sekä valtion paikallis- ja aluehallinnon rakenteita ja toimintatapoja.

Tanskan perhelääkärijärjestelmässä potilailla on mahdollisuus valita lääkäriinsä. Perusterveydenhuollon yleislääkärit ovat itsenäisiä ammattiharjoittajia. Julkisen valta sääntelee lääkäreiden lukumäärää. Tanskan terveydenhuoltopalveluissa asiakkailla ei ole palvelumaksuja¹ (Indenrig- og Sundhedsministeriet 2006). Vuodesta 1992 lähtien potilailla on myös ollut oikeus valita sairaaloiden välillä asuinpaikasta riippumatta. Myös muissa hyvinvointipalveluissa kansalaisilla on vapaus valita eri palveluntarjoajien välillä.

¹ Vakuutusryhmässä I (jonka on valinnut 97,6% väestöstä) olevilla ihmisillä on oikeus maksuttomiin perusterveydenhuollon palveluihin (Indenrig- og Sundhedsministeriet 2003).

SUOMEN terveyspolitiikan tavoitteena, kuten muissakin Pohjoismaissa, on turvata mahdollisimman korkealaatuiset terveydenhuoltopalvelut kaikille kansalaisille tasapuolisesti, varallisuudesta tai asuinpaikasta riippumatta. Suomessa julkisen sektorin tarjoamia, pääosin julkisin varoin rahoitettuja terveydenhuoltopalveluja, täydentävät yksityiset palvelut.

Suomessa terveydenhuoltopalvelujen järjestämisestä vastaavat kunnat. Jokainen vähän yli 400 kunnasta² on velvollinen järjestämään asukkaalleen perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon. Kunta voi tuottaa palvelut itse tai yhdessä naapurikuntien kanssa. Kunta voi myös ostaa palveluja yksityisiltä, liikeperiaatteella toimivilta yrittäjiltä, voittoa tuottamattomilta yhteisöiltä taikka muilta kunnilta tai kuntayhtymiltä. Lähes kaikilla terveyskeskuksilla on terveyskeskuksen sairaala. Niissä hoidetaan sekä äkillisesti sairastuneita että erikoissairaanhoidosta jatkohoitoon ja kuntoutukseen siirtyneitä potilaita. Suuri potilasryhmä ovat pitkäaikaisessa hoidossa olevat vanhukset. Toimivaan perusterveydenhuoltoon liittyy oleellisesti sairauksien tehokas ennaltaehkäisy. Sairauksien ennaltaehkäisyyn on kiinnitetty erityishuomiota huhtikuussa 2007 uuteen hallitusohjelmaan liittyvässä 'Terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa'.

Suomen perusterveydenhuoltoon liittyy myös kattava työterveyshuolto, jonka palvelut ovat niiden käyttäjille maksuttomia. Työterveyshuolto sekä yksityiset lääkäriasemat täydentävät terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien muodostamaa sairaanhoidon palvelujärjestelmää.

Kunnat hankkivat erikoissairaanhoidonpalvelut pääosin sairaanhoitopiireiltä (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta 1992/733). Sairaanhoitopiirin tehtävänä on järjestää alueensa erikoissairaanhoidon palvelut. Sairaanhoitopiiri tuottaa väestön tarpeisiin perustuvia erikoissairaanhoidon palveluja, jotka täydentävät terveyskeskusten perussairaanhoidon palveluja, vastaa terveyskeskusten laboratorio- ja röntgenpalvelujen ja muiden vastaavien erityispalvelujen kehittämisestä ja laadun valvonnasta ja huolehtii tehtäväalueensa tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta yhteistyössä terveyskeskusten kanssa.

Suomen kunta- ja palvelurakenteita ja samalla terveydenhuollon rakenteita ollaan paraikaa uudistamassa. Tavoitteena on nykyisiä kuntia suurempien yhteenliittymien luominen vastaamaan terveydenhuollon järjestämisestä. Kunnassa tai yhteistoiminta-alueella, joka huolehtii pe-

² Suomessa oli 1.1.2007 yhteensä 416 kuntaa, joista Manner-Suomessa 400 ja Ahvenanmaalla 16 (Suomen Kuntaliitto 2007).

rusterveidenhuollosta ja siihen kiinteästi liittyvistä sosiaalitoimen tehtävistä, on oltava vähintään noin 20 000 asukasta. Tällä pyritään takaamaan terveydenhuollon rahoituksen kestävyys ja hallitsemaan paremmin kustannusten kasvua ja tuottamaan korkeatasoisia, nykyaikaista hoitoteknologiaa hyödyntäviä toimenpiteitä (Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta). Kunta- ja palvelurakenneuudistusta koskeva lainsäädäntö tuli voimaan 23.2.2007.

ISLANTI on uudistanut kunnallisia rakenteitaan jo 1990-luvun alussa. Silloin edistettiin pienten kuntien yhdistymistä suurempien naapurikuntien kanssa. Viimeisin uuden kuntajaon uudistusehdotus tehtiin 2005, jossa haluttiin vähentää kuntien määrää edelleen. Kuntien määrä on vähentynyt vapaaehtoisten kuntaliitosten kautta. Islantilaiset kunnat ovat Pohjoismaiden pienimpiä ja kunnilla on Pohjoismaiden kuntiin verrattuna vähemmän tehtäviä. Kuntarakenneuudistuksen tavoitteena on ollut suurentaa kuntakokoa, jotta kuntien tehtäviä voitaisiin lisätä ja samalla laajentaa kuntien taloudellista liikkumavaraa.

Islannissa valtio on vastuussa väestön terveyden- ja sairaanhoidosta ja sen rahoituksesta. Rahoitus perustuu pääasiassa veroihin. Maa jakautuu terveysalueisiin, joissa on perusterveydenhuollon terveyskeskus. Niiden vastuulla on sairauksien hoito, tutkimukset, kotihoito ja ennaltaehkäisevä hoito, kuten perhesuunnittelu, äitiyshuolto, lastenneuvola ja kouluterveydenhoito. Sairaalahoido on maksutonta (Ministry of Health and Social Security 2007).

NORJAN terveydenhuolto on verorahoitteinen ja kattaa koko väestön, kuten muissakin Pohjoismaissa. Terveydenhuolto on organisoitu kolmella tasolla: valtio, maakunnat ja kunnat. Kunnat vastaavat niistä terveyspalveluista, joita ei ole säädetty valtion tai tietyn läänin järjestämisvastuun piiriin. Kuntien tehtäviin kuuluu muun muassa terveysasematoiminta, kouluterveydenhuolto, sairauksien, vammojen ja vahinkojen diagnostisointi ja hoitotoimenpiteet, kuntoutus sekä apu onnettomuuksissa. Kunnat vastaavat myös yleislääkäripalveluista, avohoidon päivystyksen järjestämisestä, sairaanhoitaja- ja kättilöpalveluista sekä lääketieteellisestä ensiavusta. Norjassa kunnat voivat hankkia terveyspalveluja yksityisiltä toimijoilta, järjestää ne itse tai huolehtia palvelutuotannosta sopimuksen perusteella yhdessä kuntien tai läänien kanssa. Aluetaso vastaa hammas- huollon palveluista.

Norjan perusterveydenhuollon asukkaat voivat oman valintansa mukaan listautua jonkin yleislääkäripraktiikkaa harjoittavan lääkärin poti-

laaksi. Lääkärin valinta ei ole sidottu asuinkuntaan tai muuhun maantieteelliseen seikkaan. Lääkärit työskentelevät itsenäisinä yrittäjinä. Lääkärit ovat sopimussuhteessa asianomaiseen kuntaan ja muun muassa yleislääkärin toiminta perustuu itsenäiseen ammatinharjoittamiseen.

Norjan sairaanhoidossa tehtiin suuri reformi vuonna 2002. Sairaalat siirtyivät aluehallinnolta keskushallinnolle. Valtio on vastuussa viiden terveysyrityksen kautta sairaalahoidosta ja erikoistuneemmista terveyspalveluista. Julkinen terveydenhuolto on maan terveys- ja sosiaaliministeriön (Helse- og omsorgsdepartementet) alainen, joka vastaa kansallisen terveyspolitiikan laatimisesta ja valvonnasta. Kansallisella tasolla ministeriö on kokonaisvastuussa myös siitä, että järjestelmä toimii tehokkaasti ja toteuttaa sen perustavoitteita. Sairaalahjärjestelmän reformissa yhdistettiin sekä keskittämistä että hajauttamista. Vastuun keskittämistä oli sairaaloiden siirtyminen valtion vastuulle ja palvelutuotannon hajauttamista yksittäisten sairaaloiden organisointi yksityisten yritysten taivoiin.

RUOTSIN terveydenhuolto on järjestetty kolmella tasolla: kansallisella, alueellisella ja paikallisella. Ruotsin kuntajärjestelmä koostuu kahdesta tasosta: kunnat ja maakunnat eli maakäräjäkunnat. Molemmilla tasoilla on verotusoikeus. Ruotsissa vastuu sairaaloista ja suurimmasta osasta perusterveydenhuoltoa on maakäräjäkunnilla. Kunnat vastaavat sosiaalipalveluista, kuten kotipalveluiden, kotisairaanhoidon, lasten päivähoidon sekä nuorten, vanhusten ja vammaisten palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta (NOSOSCO 2005). Kunnat myös ylläpitävät julkisia hoitokoteja ja kotihoidon palveluja. Ruotsissa on laaja moniammatillinen perusterveydenhuolto terveyskeskuksineen (vårdcentral). Henkilöstö on palvelussuhteessa maakäräjiin (landstinget) tai kuntaan.

Julksen terveydenhuollon rahoitus on pääasiassa järjestetty verovaroin, jonka lisäksi kerätään käyttäjämaksuja. Julkisten terveyskeskusten, -asemien ja sairaaloiden lisäksi palveluja tarjoavat myös erityyppiset yksityiset organisaatiot (Nordic Council of Ministers 2005). Vuodesta 1993 asti kansalaisilla on ollut mahdollisuus valita itse oma lääkäri joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta. Vuonna 2003 valinnanmahdollisuutta lisättiin siten, että kansalaisille annettiin vapaus valita terveydenhuoltopalvelunsa mistä tahansa maan alueelta.

Ruotsin kunnissa vanhustenhuollossa markkinaperusteiset toimintamallit, kuten esimerkiksi erilaiset tilaaja-tuottajamallit, ovat lisääntyneet

1990-luvulta lähtien merkittävästi. Vastuu palvelujen saatavuudesta ja määrästä on edelleen kunnilla, mutta tuottamisvastuuta on siirretty kunnissa paljolti yksityisille organisaatioille. Tämä on vanhustenhuollossa ilmennyt muutamien suurehkojen yritysten markkina-aseman korostumisena.

Tanskaan kuuluvilla **FÄRSAARILLA** on oma hallintoelimensä, mutta myös kuntataso. Färsearilla oli 34 kuntaa vuonna 2005. Färsearten terveydenhuolto on pitkälti Tanskan terveydenhuollon kaltainen. Sairaala-palvelut järjestää ja rahoittaa Färsearten oma hallintoelin (NOMESCO 2006).

Tanskaan kuuluvalla **GRÖNLANNILLA** on myös oma hallintoelimensä ja kuntataso. Grönlannissa on 18 kuntaa. Grönlannin terveydenhuolto on Tanskan järjestelmän kaltainen. Terveydenhuoltopalveluja valvoo riippumaton hallintoelin, jonka tehtävä on jakaa tietoa ja ohjausta, valvoa toimintaa, koota tilastotietoja ja käsitellä valituksia. Terveyspalvelut on järjestetty 16:sta terveyspiirissä, jossa jokaisessa on terveyskeskus. Terveyskeskuksissa annetaan perusterveydenhuollon palveluja ja ennaltaehkäisevää hoitoa. Terveyspiirit tarjoavat hammashuollon palveluja. Grönlannissa ei ole apteekkeja eikä työterveyshuollon palveluja (NOMESCO 2006).

AHVENANMAAN terveydenhuollon palvelut ovat oman hallintoelimen, Åland's hälsö- och sjukvård (ÅHS) alaisia. Ahvenanmaan hallituksella on kokonaisvastuu väestön terveydenhuollosta. Kuntien rooli on rajoittunut tietyn tyyppisten määriteltyjen hoitojen rahoitukseen. Perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, sisältäen psykiatrisen hoidon, on ÅHS:n vastuulla. Terveydenhuollon palvelut, joita ei voida tuottaa Ahvenanmaalla, ostetaan joko Suomesta tai Ruotsista, joko yksityisiltä palveluntuottajilta tai organisaatioilta tai yliopistollisilta sairaaloilta. Hammashuolto on osa perusterveydenhuoltoa (NOMESCO 2006).

Yhteenveto

Pohjoismaiden kansallisilla, vuosikymmenten kuluessa rakennetuilla terveydenhuoltojärjestelmillä on paljon yhtäläisyyksiä. Yhteistä kaikille Pohjoismaille on samanlainen yleinen poliittinen sitoumus: kansalaisten keskinäiseen solidaarisuuteen perustuva kaikkien yhteiseksi hyväksi toimiva terveydenhuolto.

Yleinen näkemys on ollut, että terveydenhuolto tulisi olla demokraattisesti valittujen hallintoelinten ohjauksessa ja valvonnassa, eikä

liian riippuvainen kaupallisista markkinavoimista (Magnussen ym. 2006). Näin on ollut osittain siksi, että Pohjoismaissa on ollut liian vähän kokemusta markkinoiden toimivuudesta ja vaikutuksista terveydenhuollossa (Øvretveit 2003).

Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus hoidetaan pääasiassa verorahoitteisesti. Vaikka kaikki Pohjoismaat on yleisellä tasolla terveydenhuollon palvelujärjestelmien kansainvälisessä tarkastelussa usein käsitetty melko samanlaisiksi³, eroavat ne kuitenkin toisistaan jonkin verran palveluiden rahoitusmallien ja kustannusten osalta.

Vuonna 2004 eri Pohjoismaiden käyttämät terveydenhuollon menot vaihtelivat 7,5–10,2 prosentin välillä kunkin maan kansantuotteesta. Suomi erottui selvästi maana, jossa käytetään terveystoimien vähemmän rahaa suhteutettuna bruttokansantuotteeseen kuin muissa Pohjoismaissa. Islanti puolestaan käytti eniten rahaa terveystoimien (ks. liitetaulukko 2). Koska Pohjoismaissa julkinen rahoitus on pääasiallinen terveystoimien rahoitustapa, ei julkisen ja yksityisen rahoituksen suhteessa ole suuria eroja maiden välillä. Vuonna 2004 julkisen rahoituksen osuus terveystoimien vaihteli 77–85 prosentin välillä ja yksityisen rahoituksen osuuden ollessa 15–23 prosentin välillä (ks. liitetaulukko 2).

Terveyspalvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla on kaksi keskeistä tavoitetta: maksutulosten kerääminen ja palvelujen käytön ohjaaminen. Asiakasmaksuilla voidaan tietyssä määrin ohjata palvelujen käyttöä tiettyyn suuntaan. Vuodesta 1995 lähtien kotitalouksien asiakasmaksut ovat kasvaneet Islannilla ja Norjalla sekä laskeneet Tanskalla ja Suomella. Pohjoismaissa kotitalouksien rahoitusosuus on huomattavasti vähäisempää kuin OECD-maissa keskimäärin. Suomessa hallitusohjelmassa huhtikuussa 2007 kiinnitettiin huomiota terveydenhuollon rahoituspohjan kehittämisessä myös asiakasmaksujen käyttöön ja tarkistamiseen.

³ Näkemys on perustunut valtiovallan hallitsevaan rooliin hyvinvointipolitiikan määrittelyssä ja laajaan julkiseen sektoriin hyvinvointipolitiikan täytäntöönpanossa. Tätä on kutsuttu usein skandinaaviseksi tai pohjoismaiseksi malliksi (esim. Esping-Andersen 1999). Mallin mukaisesti kaikissa Pohjoismaissa on pakollinen, verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä, joka tuottaa kattavia palveluja koko väestölle.

Taulukko 2. Kotitalouksien asiakasmaksujen osuuden kehitys eri maissa.

Maa	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tanska	16,3	16,2	16,3	16,6	16,1	16,0	15,9	15,8	13,9	13,9
Suomi	20,5	20,3	19,7	19,4	20,3	20,4	19,7	19,5	19,4	18,9
Islanti	16,1	16,7	17,9	18,1	16,4	17,4	17,3	16,8	16,5	16,6
Norja	15,2	15,3	17,8	17,0	16,6	16,7	15,7	15,8	15,5	15,7
OECD keskiarvo	20,4	20,5	19,9	19,8	20,0	21,0	20,3	20,0	19,8	20,5

Lähde: OECD Health Data 2006.

Vahva oikeudenmukaisuuden korostaminen yhdistettynä paikallishallinnon alueelliseen hajauttamiseen on toteutunut Pohjoismaissa kuntien tai alueiden kautta. Kunnilla on suuri merkitys kaikissa maissa perusterveydenhuollon palvelujen tuotannossa asukkailleen (Tanskaa lukuun ottamatta) ja erilaisissa ennaltaehkäisevissä, kuntouttavissa ja terveyden edistämisen toiminnoissa (ja erikoissairaanhoidon palveluissa Suomessa). Desentralisaation aste ja erilaisten alueellisten tasojen määrä ja tehtävät vaihtelevat Pohjoismaissa. Viimeaikaisissa uudistuksissa alueellisten yksiköiden (lähinnä kuntien ja niiden yhteenliittymien) kokoa on pyritty kasvattamaan. Samoin eri toimijoiden (tuotanto, rahoitus ja järjestäminen) koko on kasvamassa.

Yksi ero maiden välillä liittyy terveydenhuoltopalvelujen eri portaiden järjestämiseen: vaikka kaikkia Pohjoismaita on kuvattu melko hajautettuina järjestelminä, on eri maiden paikallistasojen määrissä ja poliittisen ja/tai hallinnollisen tason rakenteissa merkittäviä eroja. Norjassa vuoden 2002 sairaalauudistuksen jälkeen vastuu perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidosta jaettiin kuntien ja viiden terveystyryksen kesken, eikä itsenäistä aluetasoa ole. Suomessa vastuu sekä perusterveydenhuollosta ja erikoissairaanhoidon palveluista on desentralisoitu kuntiin. Kunnat ovat kuitenkin myös jäseninä sairaanhoitopiireissä, joilta erikoissairaanhoidon palvelut ostetaan.

Erikoissairaanhoidon rahoitus on järjestetty eri tavoin Pohjoismaissa. Tanskassa vastuu erikoissairaanhoidon palvelujen rahoituksesta muuttui vuoden 2007 alusta, kun valtio otti vastatakseen 80-prosenttisesti sairaanhoidon kustannuksista. Norjassa erikoissairaanhoidon rahoituksesta vastaa valtio viiden alueellisen terveystyryksen kautta. Suomessa sairaanhoitopiirien erikoissairaanhoidon rahoitus tulee kunnilta, jotka puolestaan saavat valtionosuuksia sosiaali- ja terveystyryryksien rahoittamiseksi.

Ruotsissa erikoissairaanhoidon rahoitus tulee maakäräjiltä (landstinget) ja valtiolta. Islannissa valtio rahoittaa sairaalapalveluja.

Erilaisten ja eri tavoin organisoituneiden tuottajien määrä Pohjoismaissa on kasvanut. Tämä on lisännyt kansalaisten valinnanmahdollisuuksia. Esimerkiksi Norjassa yksityiset palveluntuottajat tarjoavat vanhustenhuollossa on noin 10 prosenttia palveluista. Yksityinen sektori täydentää kunnallisia palveluja. Suomessa vuonna 2004 yksityisiltä palveluntuottajilta ostettujen sosiaali- ja terveystalvelujen osuus oli 7,6 prosenttia kuntien kaikista sosiaali- ja terveystalvemenoista (Kauppinen ja Niskanen 2005).

Yksi merkittävä suuntaus kaikissa Pohjoismaissa onkin ollut terveydenhuollon asiakkaan valinnanmahdollisuuksien lisääminen. Esimerkiksi vuonna 2002 Tanskassa otettiin käyttöön odotusaikatakuu. Potilailta, jotka eivät saa hoitoa julkisesta sairaalasta kahden kuukauden kulussa, on oikeus valita yksityissairaala julkisen sektorin kustannuksella. Takuu lasketaan yhteen kuukauteen lokakuussa 2007. Vuodesta 1998 lähtien Tanskassa on ollut voimassa erityinen laki potilaan oikeuksista (Lov om patienters retsstilling), joka sisältää säännökset potilaan itsemääräämisoikeudesta, potilasasiakirjoista sekä terveydenhuoltohenkilökunnan vaitiolovelvollisuudesta. Tanskassa potilaat ovat voineet valita hoitoa antavan julkisen sairaalan vuoden 1993 alusta lähtien.

Ruotsissa terveydenhuollon asiakkaalle on annettu hyvin laaja mahdollisuus valita hoitopaikka ja hoitava lääkäri (Svenska Kommunförbundet 2001). Ruotsissa on myös voimassa koko maan kattava hoitotakuu, joka perustuu valtion ja maakuntien liiton (Landstingsförbundet) väliseen sopimukseen⁴. Asiakkaalle on annettu takuu hoitopääsystä tietyn ajan sisällä. Ruotsilta puuttuu ainoana Pohjoismaana yhtenäinen laki potilaan oikeuksista. Norjassa potilaan oikeus hoitoon on turvattu potilaan oikeusasemaa sääntelevässä yleislaissa, laissa potilaan oikeuksista (Lov om pasientrettigheter). Laki potilaan oikeuksista, terveydenhuoltohenkilökunnasta annettu laki ja laki psykiatrisesta terveydenhuollosta tulivat voimaan vuonna 2001. Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista tuli voimaan vuonna 1992 (Potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki 785/1992) ja kiireetöntä hoitoa koskeva hoitotakuulainsäädäntö tuli voimaan maaliskuussa 2005. Islannissa poti-

⁴ Vuoden 2005 alusta voimaan tulleen kansallisen hoitotakuun lisäksi Ruotsissa on voimassa useita paikallisia, sisällöltään vaihtelevia hoitotakuuta.

laiden oikeuksista säädettiin lailla vuonna 1997 (Act on the Rights of Patients no. 74/1997).

Pohjoismaiden kansalaiset ovat muuttuneet ”potilaasta asiakkaaksi”. Tämä edellyttää vastaavaa palvelumallien muutosta. Palvelujärjestelmän pitäisi aikaisempaa enemmän siirtyä sairauden hallinnasta kohti yksilön koko elinkaaren kattavaa terveyden hallintaa. Kansalaisen asema terveydenhuoltoon on muuttunut joka suhteessa. Globalisaatio tuo mukanaan merkittäviä uusia asetelmia, joiden vaikutusta terveydenhuollon toimintaan ja palvelujen tarpeeseen on vaikea ennakoida; esimerkiksi lähes kaikissa Pohjoismaissa muista kulttuureista lähtöisin olevien asiakkaiden määrän kasvu on luonut erityyppisiä terveydenhuollon palvelutarpeita kuin ennen.

Kaikkia edellä mainittuja eroavuuksia voidaan ja tulisi arvioida Pohjoismaisen mallin peruseriaatteiden toteutumisen kannalta, niitä tulisi siis arvioida oikeudenmukaisuuden, tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden toteutumisen näkökulmasta. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa painottaa sitä, kohdistuvatko palvelut potilaiden todellisten tarpeiden mukaisesti vai esimerkiksi potilaan taloudellisen tilanteen tai kotipaikan mukaan. Terveydenhuollon tehokkuutta voidaan arvioida monilla eri mittareilla. Asiakaslähtöisyyden arvioinnissa yleisimmin käytetty mittari on väestön tyytyväisyys saamiinsa palveluihin.

Taulukko 3. Yhteenveto keskeisimmistä eroista Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmien välillä.

- Hajauttamisen/valtiollistamisen aste
- Hallintotasojen määrä
- Vastuu perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista
- Asiakkaan asema ja oikeudet
- Terveydenhuoltoon kohdennetun rahoituksen määrä suhteessa kansantuotteeseen ja asukaslukuun

Tulevaisuudessa ratkaistavat kysymykset

Eurooppalainen ja pohjoismaisen terveyspolitiikan keskustelu on kohdistunut muun muassa seuraaviin aiheisiin: terveydenhuollon järjestelmien taloudelliseen kestävyys, desentralisaation prosesseihin ja -asteeseen, poliittis-hallinnollisiin rakenteisiin, markkinoihin, julkisen ja yksityisen sektorin rooleihin ja potilaiden oikeuksiin.

Tällä hetkellä kaikki Pohjoismaat ovat uusimassa myös terveydenhuollon hallintorakenteitaan. Kaikissa Pohjoismaissa tehtävien uudistusten perusteluissa viitataan samankaltaisilta näyttäviin ulkonaisiin olosuhteisiin: julkisen talouden hallittavuuteen ja kestävyys, väestön ikääntymisen myötä lisääntyviin palvelutarpeisiin ja uudenlaisiin palveluodotuksiin sekä veronmaksajien väestöosuuden supistumiseen. Rakennemuutosta perustellaan myös poliittisesti. Uudistusehdotuksilla on yhteys kussakin maassa vallitseviin poliittisiin voimasuhteisiin ja erityispiirteisiin. Lisäksi uudistuksia kuvaa jaksottaisuus, jossa tietyt ongelmat ja niiden ratkaisut, kuten laajat rakennemuutokset, toistuvat pitkin väliajoin. Uudistuksien aloituksessa otetaan myös herkästi mallia muiden maiden toimenpiteistä. Edellisen kerran vastaavanlaajuinen suuri rakenteiden uudistusaalto toteutui noin 40 vuotta sitten kaikissa Pohjoismaissa.

Keskeisiä haasteita Pohjoismaissa

1. Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen ja sen kestävyys

Terveydenhuoltomenot kaikissa Pohjoismaissa ovat nousseet viimeisten vuosien aikana (OECD 2006)⁵. Erityisesti lääkemenot ovat kasvamassa. Rahoitusjärjestelmien tulisi olla vakaita ja kestäviä ja niiden tulisi tarjota nykyistä tarkoituksenmukaisemmat kannusteet eri toimijoille.

2. Terveyspalvelujen käyttäjien tarpeiden, odotusten ja kulutustottumusten muutos

Merkittävä kehitystrendi Pohjoismaiden terveydenhuollossa on väestön demografisen ja terveysprofiilin muutokset. Ikääntyvä väestö, kaupunki-

⁵ OECD Health Data 2006 tilastojen mukaan terveydenhuollon menot ovat kasvaneet nopeammin kuin bruttokansantuote kaikissa muissa Pohjoismaissa paitsi Suomessa vuosien 1990–2004 välillä. Vuonna 2004 Suomessa terveydenhuoltomenojen osuus BKT:stä oli 7,5, kun Pohjoismaiden keskiarvo oli 9 (OECD 2006).

mainen elämäntapa ja elintason sairaudet⁶ vaikuttavat hoidon tarpeeseen ja sitä kautta tarjottaviin palveluihin ja niiden laadun systemaattiseen kehittämiseen. Kansalaisten suhde terveyspalveluihin on muuttunut 'palvelun käyttämisestä' 'kuluttamiseksi'.

3. *Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde*

Tiukka pohdinta valtion ja kunnallisen tason suhteesta näkyy meneillään olevasta uudistusaallosta kaikissa Pohjoismaissa. Näissä uudistuksissa haetaan toiminnallisesti ja taloudellisesti kestävää terveydenhuollon rahoituksen rakennetta. Palveluja käyttävien kansalaisten näkökulmasta kysymys on myös potilaiden tasavertaisesta ja oikeudenmukaisesta kohtelusta sekä siitä, kuinka lähellä tai kaukana väestön toiveita kuunnellaan.

4. *Terveydenhuollon vastaaminen kansalaisten uusiin odotuksiin ja terveydenhuollon legitimitetin turvaaminen*

Terveydenhuollon kyky ja mahdollisuudet vastata kansalaisten uusiin odotuksiin ja järjestelmän legitimitetin turvaaminen ovat riippuvaisia monesta eri tekijästä. Näitä ovat esimerkiksi terveydenhuollon rahoituksen kehitys, palvelujen kysynnän ja markkinoiden suhde sekä julkisten että yksityisten terveyspalvelujen tuottajien välinen suhde.

5. *Terveydenhuollon ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja riittävyys*

Väestön ikääntyminen ja eläköityminen aiheuttaa haasteita terveydenhuollossa uuden työvoiman rekrytoinnille, koulutukselle ja kansalliset rajat ylittävälle työvoiman liikkuvuudelle (STM 2005)⁷. Samalla tavalla kuin väestön odotukset terveydenhuollon suhteen ovat muuttuneet, ovat myös terveydenhuollon uusien työntekijäpolvien odotukset terveydenhuollosta työpaikkana ja urana muuttuneet. Uhkana on nähty julkisen sektorin jääminen vaille työntekijöitä, yksityisen sektorin houkuttelevuuden lisääntyessä.

⁶ Liitetaulukoissa 3, 4, 6 ja liitekuviossa 1 on kuvattu muutamia indikaattoreita Pohjoismaiden osalta.

⁷ Suomessa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden ongelmat ovat lisääntyneet nopeasti. Tämä on ilmennyt muun muassa alueellisen ja tiettyjen alojen lääkäripulan kasvuna. Perusterveydenhuollon terveyskeskusten lääkäri-viroista vuonna 2006 enää 84,1 prosenttia oli hoidettu kunnallisella viranhaltijalla. Koko maan tasolla vuoden 2006 lopulla lääkärivaje oli 8,9 prosenttia ja ostopalveluihin hoidettiin 7 prosenttia viroista ja toimista (Parjanne ja Vänskä 2006). Muun hoitohenkilöstön osalta tilannetta on pyritty parantamaan vakinaistamalla tilapäisiä työsuhteita sekä eri henkilöstöryhmien työ- ja vastuunjaon kehittämällä (Eronen ym. 2006). Lääkärien määrä Suomessa on lisääntynyt Pohjoismaiden keskimääräistä muutosvauhdilla (OECD 2006).

6. *Julkisen ja yksityisen terveydenhoidon suhde*

Pohjoismaisissa terveydenhuoltojärjestelmien uudistuksissa on keskusteltu laajasti julkisen ja yksityisen sektorin rooleista. Vaihtoehtoina on esitetty seuraavia: keskitetty, keskushallintovetoinen suunnitteluun ja ohjaukseen perustuva järjestelmä, markkinoiden ja kilpailun varaan rakentuva järjestelmä, verkostomaiset sekamallit, joissa julkisella sektorilla on rahoitus- ja ohjauksvastuu, mutta palvelujen tarjonta on monimuotoista joko eri sektoreiden (julkinen, yksityinen, kolmas sektori) kesken tai poikkiyhteisöllisesti (kuntien/alueiden kesken). Erilaiset julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuusmallit ovat lisääntyneet.

7. *Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö*

Informaatioteknologian kehitys on kiivasta ja sen käyttö tulee muuttamaan merkittävän osan terveydenhuollon rutiinipalvelujen asiointia sähköiseksi (muun muassa ajanvaraus, laboratoriovastaukset, reseptien käsittely, asiantuntijoiden konsultointi).

Lääketiede kehittyi huomasti ja se johtanee uudenlaisten tutkimus- ja hoitojen käyttömahdollisuuksiin. Lääketieteen kehitys on tuonut mukanaan kysymyksiä väestön tietojen keräämisestä biorekistereihin ja rekistereiden käytöstä (Räikkä & Rossi 2001). Eri rekistereihin kertyvä tietomassa on tavattoman suuri ja sen käytöstä ja yhdistämisestä itse terveystalveissa, tutkimuksessa, kaupallisissa yms. tarkoituksissa tarvitaan selkeät säädökset.

8. *Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta*

Terveydenhuolto on olemassa kansalaisia varten. Terveydenhuolto ei kuitenkaan voi ratkoa kaikkia terveysongelmia, eikä hoitaa tai estää kaikkia sairauksia. Pohjoismaiden terveydenhuoltojärjestelmiin on kohdistunut laajaa kritiikkiä järjestelmän joustamattomuudesta ja potilaiden valinnanmahdollisuuksien vähäisyydestä.

Kaikki Pohjoismaat ovat kuitenkin tehneet useita lainsäädännöllisiä aloitteita vahvistaakseen potilaiden oikeuksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Oleellista valinnanvapauden liittyen on, minkä suhteen valintaa voi tehdä: lääkärin, hoitopaikan (kunta, alue), sairaalan, hoitojen, kunnan perusterveydenhuollon /työterveyshuollon/ yksityisen vai jonkin muun

suhteen. Vai, annetaanko vapaus kunnille: mihin sairaalaan se haluaa potilaansa lähettää?

Vapaus edellyttää myös tiedon lisäämistä eri vaihtoehtoista, jotta kansalaisilla tai muilla valintaa tekevillä tahoilla olisi mahdollisuus tehdä hyvin informoituja valintoja. Kansalaisten ja tuottajien ja tilaajien saataville tarvitaan enemmän toiminta-, laatu-, hinta- ja kustannus- yms. informaatiota. Kysymys liittyy myös oleellisesti siihen, mikä on kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden rooli ja vastuu oman terveytensä turvaamisessa ja, minkälaiset kannustinmekanismit ovat mahdollisia tarkoituksenmukaisen palvelujen käytön ohjaamisessa.

9. *Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö*

Suomen vuoden 2007 Pohjoismaiden ministerineuvoston puheenjohtajakauden pääteemana ovat ikääntyvän väestön ohella erityisesti lapset ja nuoret sekä näiden ryhmien hyvinvoinnin edistäminen ja terveen kehitysympäristön rakentaminen. Elintamosairauksien, pitkäaikaissairaiden ja moniongelmaisten potilaiden määrä lisääntyy ja palvelujen tarve kasvaa. Tämä vaatii asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat (sosiaali-, koulutus- ja terveyspalvelut) ylittävää yhteistyötä.

Tiivistäen voidaan todeta, että Pohjoismaiden terveydenhuollon lähitulevaisuudessa ratkottavissa kysymyksissä korostuvat kolme periaatetta: oikeudenmukaisuus, tehokkuus ja asiakaslähtöisyys. Esimerkiksi terveydenhuollon tuotannon oikeudenmukaisuutta tarkasteltaessa oikeudenmukaisuuden näkökulmasta ratkaisua haetaan muun muassa hajauttamisen ja keskittämisen suhdetta muokkaamalla, julkisen ja yksityisen välistä työnjakoa ja kumppanuutta kehittämällä, uusia tietoteknologisia sovelluksia käyttämällä sekä saumattomia palveluketjuja rakentamalla.

Taulukko 4. Mitkä Pohjoismaiden terveydenhuollon kysymykset ovat keskeisimpiä terveydenhuollon eri tasoilla kolmen periaatteen näkökulmasta.

Periaate Alue	Oikeudenmukaisuus	Tehokkuus	Asiakaslähtöisyys
Tuotanto	Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde Julkisen ja yksityisen terveydenhoidon suhde Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö	Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde Julkisen ja yksityisen terveydenhoidon suhde Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö	Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde Julkisen ja yksityisen terveydenhoidon suhde Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö
Rahoitus	Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen ja sen kestävyys Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö	Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen ja sen kestävyys Pohjoismaiden terveydenhuollon linjanvetojen vaikutukset Euroopan Unionin eurooppalaisen terveyspolitiikan kehitykseen	Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen ja sen kestävyys Pohjoismaiden terveydenhuollon linjanvetojen vaikutukset Euroopan Unionin eurooppalaisen terveyspolitiikan kehitykseen
Osaaminen/ työvoima	Terveydenhuollon ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja riittävyys Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta	Terveydenhuollon ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja riittävyys Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö	Terveydenhuollon ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja riittävyys Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö
Johtamisjärjestelmän toimivuus	Terveydenhuollon tarpeiden, odotusten ja kulutustottumusten muutos Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde Terveydenhuollon vastaaminen kansalaisten uusiin odotuksiin ja systeemin legitimitettiin turvaaminen Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta	Terveydenhuollon tarpeiden, odotusten ja kulutustottumusten muutos Terveydenhuollon vastaaminen kansalaisten uusiin odotuksiin ja systeemin legitimitettiin turvaaminen Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö	Terveydenhuollon tarpeiden, odotusten ja kulutustottumusten muutos Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde Terveydenhuollon vastaaminen kansalaisten uusiin odotuksiin ja systeemin legitimitettiin turvaaminen Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellutukset ja käyttö Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö

3 TERVEYDENHUOLLON KEINOT

VASTATA HAASTEISIIN

Terveydenhuollon rahoituksen ja palvelujen kehittäminen on laaja-alainen ja monimuotoinen haaste, jonka ratkaiseminen liittyy sekä terveydenhuollon että yleisemmin koko yhteiskunnan kehitykseen. Tästä syystä myös yleiset yhteiskunnalliset kehityskulut asettavat paineita terveydenhuollon rahoitukselle ja järjestämiselle. Paljon keskustelua herättänyt väestön vanheneminen ei ole ainoa muutostrendi. Globalisoituminen ja talouden voimakas rakennemuutos nähdään sekä uhkakuvana että mahdollisuutena pohjoismaiselle hyvinvointivaltiomallille. Kattavan yhteenvedon sijasta tässä luvussa nostetaan esille muutamia eri maissa käytettyjä keinoja vastata terveydenhuollon keskeisiin haasteisiin.

Taulukko 5. Tulevaisuuden ratkottavat kysymykset: esimerkkejä erilaisista ratkaisuista.

Kysymykset	Tanska	Suomi	Islanti	Norja	Ruotsi
Terveystieteiden rahoitusjärjestelmän selkiyttäminen ja sen kestävyys	Kuntakoon/ väestöpohjan kasvattaminen Suurempien alueiden muodostaminen	Kuntakoon/ väestöpohjan kasvattaminen Alueiden yhdistäminen, 'Partnership' Yhteistoiminta-alueet	Kuntakoon/ väestöpohjan kasvattaminen	Sairaalariformi Valtion rooli	Eri tasojen ja sektorien välisen vastuunjaon uudistaminen
Terveystieteiden tarpeiden, odotusten ja kustannustottumusten muutos	Julkisten palvelujen laatu-uudistus Hoitotakuu Asiakkaan/ kansalaisen oma vastuu	Hoitotakuu Laatusuosituksien 'Partnership' Asiakasmaksut Terveystieteiden politiikkaohjelma	Laki potilaan oikeuksista	Asiakkaan/ kansalaisen oma vastuu	Hoitotakuu
Hajauttamisen ja valtiollistamisen suhde	Kuntakoon/ väestöpohjan kasvattaminen	Kuntakoon/ väestöpohjan kasvattaminen	Kuntakoon/ väestöpohjan kasvattaminen	Sairaalariformi Valtion rooli	'Ansvars-kommittén'
Terveystieteiden vastaaminen kansalaisten uusiin odotuksiin ja systeemin legitimitettiin turvaaminen	Valinnanvapaus Laki potilaan oikeuksista	Hoitotakuu Laki potilaan oikeuksista	Laki potilaan oikeuksista	Valinnanvapaus Laki potilaan oikeuksista	Asiakkaan valinnanvapaus (värdighetsgaranti)
Terveystieteiden ammattitaitoisen työvoiman saatavuus ja riittävyys	Koulutuksen lisääminen	Ulkoistaminen, ostopalvelut Julkisen sektorin joustavuus työnantajana Eri ammattiryhmien välinen työnjako		Sairaalariformi	Eri ammattiryhmien välinen työnjako
Julkisen ja yksityisen terveyshoidon suhde	Sairaalahoidon valintamahdollisuuksien lisääminen	Terveystieteiden palvelujen ulkoistaminen yksityiselle sektorille 'Partnership'		Sairaalariformi	Tilaaja-tuottajamallit 'Partnership'
Tietoteknologian, lääketeknologian ja biolääketieteen sovellukset ja käyttö	Terveystietoportaali	Tietosuojan kehittäminen Lääkevaihto Telelääketieteen soveltaminen	Geenipankki	Terveystietoportaali	
Kansalaisten, asiakkaiden ja potilaiden oikeudet, valinnanmahdollisuudet ja omavastuu terveytensä turvaamisesta	Lait potilaan oikeuksista Palveluseteli	Lait potilaan oikeuksista Palveluseteli Potilastietojen sähköinen käsittely	Lait potilaan oikeuksista	Lait potilaan oikeuksista	Potilaslain suunnittelu
Asiakkaiden palveluketjujen sektorirajat ylittävä yhteistyö	Sairaalarahoitus	Saumaton palveluketju-kokeilu Potilastietojen sähköinen käsittely		Sairaalariformi	'Ansvars-kommittén'

Tanska

Case: Terveystietoportaali (Sundhed)

Tanskassa on erityistä huomiota kiinnitetty terveystietopalvelujen laadun kehittämiseen ja asiakkaan valinnanvapauden lisäämiseen. Näihin liittyy myös käyttäjän osallistuminen ja henkilökohtainen vastuu omaa terveyttä ja hoitoa koskevista asioista (Inderigs- og Sundhedsministeriet 2007). Potilaista halutaan kumppaneita omassa hoidossaan. Tämä edellyttää muun muassa sitä, että he ovat tietoisia olemassa olevista vaihtoehdoista ja omasta vastuustaan koskien hoitojaan. Tästä näkökulmasta tieto terveydestä, sairauksista ja niiden hoidosta liittyy saumattomasti yhteen.

Tanskassa tieto ja palvelut on yhdistetty kansalaista palvelevaksi kokonaisuudeksi yhteen portaaliin (<http://www.sundhed.dk/>). Terveystietoportaalin toiminta alkoi vuonna 2003. Terveystietoportaali tarjoaa reaaliaikaista tietoa kansalaisille ja terveydenhuollon ammattilaisille palveluita. Portaali on tietoa muun muassa sairauksien hoidosta. Portaali tarjoaa tietoa tutkimukseen ja hoitoon pääsyajoista monien sairauksien, kuten esimerkiksi rintasyövän osalta. Tiedot on esitetty sairaaloittain, jolloin potilas voi vertailla eri sairaaloiden tietoja toisiinsa. Tietojen päivitys on nopeaa. Parhaimmillaan tiedot päivitetään viikon viiveellä. Tuotetun hoidon tuloksellisuuden ja laadun vertailu on myös mahdollista portaalin kautta. Esimerkiksi lonkkaleikkauksien laatua voi seurata vertailemalla eri sairaaloissa leikattujen potilaiden kuolleisuutta kuukausi leikkauksen jälkeen. Portaali tarjoaa tietoja myös terveydenhuollon palvelujen ajanvarauksesta, reseptin uusimisesta ja odotusajoista sairaaloihin. Käyttäjillä on lisäksi mahdollisuus seurata omia tietojaan portaaliin. Tanskan terveystietoportaali on osoitus tietoteknologian tehokkaasta hyödyntämisestä. Toimintatietojen kerääminen portaaliin on rutiinimaista ja tieto on mahdollisimman ajantasaista.

Terveystietoportaalin käyttäjäjoukko ei rajoitu vain kansalaisiin. Myös terveydenhuollon ammattilaiset voivat käyttää portaalia hankkiessaan muun muassa ammatillista tietoa ja hoito-ohjeita. Tällä pyritään parantamaan terveystietopalvelujen laatua sekä terveydenhuollon yhteistyötä eri tieteenalojen välillä.

Suomi

Case: Tampere

Suomessa on tehty viimeisten parin vuosikymmenen kuluessa monia ehdotuksia terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmän muuttamiseksi. Yhteistä kaikissa uudistusehdotuksissa on ollut se, että niissä tavoitteena on riittävän rahoituspohjan luomista palvelujen järjestämisen joustavuuden, kuntakohtaisten erojen pienentämisen ja asiakkaiden valinnanvapauden lisäämisen turvaamiseksi. Julkisten palvelujen peruseriaatteenä olevaa kunnan vastuuta pääasiallisena terveydenhuollon rahoittajana ei kuitenkaan olla muuttamassa.

Julki- sen vallan keinot ohjata kansalaisten kulutustottumuksia ja kysynnän suuntaa ovat rajallisia. Yhtenä keskeisenä toimintamallina tuotantorakenteiden uudistamisessa on käytetty palvelujen tilaajan ja tuottajan roolien eriyttämistä (TILTU-malli), jonka käyttöä suositellaan myös uudessa kunta- ja palvelurakenteen puitelaissa. TILTU-malli on palvelujen ohjausjärjestelmä ja julkihallinnon muoto, jossa tilaajan ja tuottajan roolit eriytetään ja, joiden välistä toimintaa ohjataan sopimuksilla (sopimusohjaus). Kunnan sisälle muodostetaan ns. näennäismarkkinat, joista aste asteelta edetään kohti kilpailuttamista ja ulkoistamista. Mallin mukaan kaikki palvelut tuotteistetaan ja tällä pyritään edistämään markkinamekanismien käyttöä, palvelujen kilpailuttamista ja toimivien palvelumarkkinoiden syntymistä.

Tampereen kaupunki otti 1.1.2007 käyttöön TILTU-toimintamallin kaupungin hyvinvointipalvelujen järjestämisessä. Uudistukseen liittyi oleellisesti koko organisaatorakenteen strategisen ja palveluohjaamisen uudistaminen sekä tilaaja-tuottaja-mallin soveltaminen hyvinvointipalveluissa. Keskeisenä lähtökohtana oli asiakaslähtöisyyden korostaminen. Uudistuksen painopisteenä on siirtyminen strategiseen kumppanuuteen perustuviin sopimusperusteisiin järjestelyihin tilaajan ja tuottajan välillä, jossa strategisilla sopimuksilla ohjataan ja kannustetaan tuottajien toimintaa entistä paremmin väestön tarpeita tyydyttävään suuntaan.

Toimintamallissa ostetut palvelut määritellään uudella tavalla. Tuottajalta ostetaan pelkkien suoritteiden (esim. lääkärikäyntien) sijaan suurempia kokonaisuuksia, kuten esimerkiksi väestövastuuta, vaikuttavuutta ja laatua. Vaikuttavuutta esimerkiksi vanhustenhuollossa mitataan sillä, että vanhus pystyy asumaan kotona mahdollisimman pitkään.

Toimintamallissa ylitetään sektorirajoja. Asiakkaan palveluissa keskeistä on sektorirajat (terveydenhuolto, sosiaalipalvelut, liikuntapalvelut jne.) ylittävä toiminta. Tällöin esimerkiksi lasten ja nuorten palvelujen lautakunta vastaa näiden ryhmien kaikkien sektorirajat ylittävien palvelujen järjestämisestä ja hankinnasta. Asiakas otetaan entistä vahvemmin toiminnan keskiöön, palvelujen tilaamisesta vastaavat lautakunnat on organisoitu asiakaslähtöisesti ja kuntalaisten osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia lisätään⁸.

Uusi toimintamalli vaikuttaa eri toimijoiden vastuunottoon ja mahdollisuuksiin palvelujen kehittämiseen. Kunnan poliitikkojen, erityisesti valtuutettujen halutaan ottavan enemmän vastuuta kaupungin toiminnasta. Toimintamalli parantaa kuntalaisen mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen ja ympäristössä suunnitteluun. Malli edellyttää kaikkien palvelujen tuotteistamista eli palvelujen hinnoittelua ja laadun määrittelyä. Palveluntuottajan näkökulmasta malli takaa sen, että tuottajalle maksetaan myytyjen palvelujen mukaisesti. Kunnan näkökulmasta etuna on mahdollisuus kunnan oman palvelutuotannon tuloksellisuuden kehittämiseen, kun kunnan omaa palvelutuotantoa voidaan verrata muiden tuottajien palveluihin. Mallin keskeisenä toimintatapana on tilattavien palvelujen kilpailuttaminen. Näin lisätään sekä palveluntuottajien toimintamahdollisuuksia ja vastuuta omasta toiminnastaan että yhteistyötä eri toimijoiden kesken (<http://www.tampere.fi/>).

⁸ Yksi osallistumis- ja vaikutusmahdollisuuksia lisäävä keino on Alvari-alueellisen osallistumisen malli. Alvari sisältää erilaisia kansalaisten osallistumismuotoja. Alue-Alvari on asukkaista ja yhdistysten tai järjestöjen edustajista koottava alueellinen työryhmä, joka käsittelee monipuolisesti alueen asioita. Netti-Alvari on asukkaista koottava, lähinnä Internetin välityksellä toimiva raati, jolle kaupunki voi tehdä erilaisia aluetta ja palveluja koskevia kyselyjä. Muuta vuorovaikutusta järjestetään tarpeen mukaan. Alueellista toimintaa koordinoi kaupungilla konsernihallinnossa työskentelevä vuorovaikutussuunnittelija. Toimintaa suunnitellaan, toteutetaan ja kehitetään asukkaiden ja kaupungin yhteistyönä. Alvaria kokeillaan Länsi-Tampereella vuosina 2007–2008. Kokeilun jälkeen tehdään päätökset toiminnan laajentamisesta koko kaupunkiin (<http://www.tampere.fi/osallistuminen/alvari/index.html>).

Islanti

Case: Geenipankki

Islannissa ehdotettiin vuonna 1998 väestön geneettisen terveydenhuollon tietokannan muodostamista. Tietokanta muodostamisella haluttiin ensisijaisesti kehittää väestön geneettistä tutkimusta, mutta myös tutkia geenien, elämäntyylin ja ympäristön yhteyttä. Vuonna 1999 säädetyllä lailla yksityiselle yritykselle annettiin oikeus koota ja hyödyntää kansan geeni-, suku- ja terveystietoja (Act on Biobanks no. 110/2000). Geenitietokanta sisältää muun muassa DNA näytteitä ja lääketieteellisiä tietoja sekä tietoja perhehistoriasta suuresta osasta väestöä. Yli 100 000 islantilaisista on tähän mennessä antanut DNA-näytteen ja terveystietonsa geenipankkiin.

Monissa maissa tämä tiedon monimuotoisuus on nostattanut kiivasta keskustelua muun muassa tietojen käytöstä ja omistuksesta, kuten kuuluuko tieto omasta geeniperimästä vain yksilöille itselleen ja, onko yksilö oikeutettu itse määräämään kenelle häntä koskevaa tietoa annetaan. Keskustelua on myös käyty, tulisiko kansalaisten geeniperimästä ylipäättään pitää rekisteriä. Geenitekniikka itsessään herättää monia tietosuojaan liittyviä kysymyksiä.

Useat tahot, kuten sosiaali- ja terveysviranomaiset, tutkimuslaitokset ja niitä lähellä olevat lääketieteellisuuden yritykset, oppilaitokset sekä vakuutusyhtiöt ovat kiinnostuneita yksittäisten kansalaisten geeniperimästä ja -virheistä. Terveys- ja elämäntietojen käytössä oleva rekisteri tehtyjen geenitestien tuloksista auttaa monien diagnoosien ja hoitopäätösten tekemistä. Tutkimuslaitosten ja niitä lähellä olevat lääkeyritykset haluavat käyttöönsä tietokantoja, jotka sisältävät tietyn ihmispopulaation perimää koskevia tietoja. Nämä tiedot ovat lääketieteellisesti erittäin arvokkaita selvitettyä perinnöllisten tautien synty- ja kehittymistapoja. Tämä tieto voi konkretisoitua varsinaiseksi lääketuotannoksi.

Vastaukset geneettisten tietorekisterien kysymyksiin edellyttävät yleisempää kannanottoa siitä, minkälainen hyödyke tieto on ja missä merkityksessä tietoa voidaan kerätä, omistaa ja käyttää.

Norja

Case: sairaalareformi

Norja on läntisen maailman maista niiden joukossa, jotka sijoittavat eniten väestön terveydenhuoltoon. Kuitenkin Norjassa terveydenhuollon järjestämisessä on koettu olevan myös puutteita. Näihin haasteisiin vastattiin sairaalareformilla vuonna 2002. Reformi käsitti kaksi päätoimenpidettä. Valtio otti sairaalat omistukseensa ja toiminta organisoitiin terveydenhuoltoalan yrityksiä. Tämä merkitsi ensiksikin, että sairaalat organisoitiin viideksi alueelliseksi terveydenhuollon yritykseksi. Näiden alaisena on vaihteleva määrä sairaaloita, jotka joko yksin tai yhdessä toisten kanssa muodostavat oman terveydenhuoltoyrityksensä. Sillä on johtokunta sekä johto, joka vastaa päivittäisistä toiminnoista suuremmassa määrin kuin aikaisemmassa järjestelmässä. Terveysministeriö vastaa alan yleimmästä ohjauksesta, ottaen kuitenkin huomioon paikalliset vaatimukset. Tämän ns. ulkoisen uudistuksen lisäksi tehtiin sisäisiä uudistuksia organisaatioissa, työtavoissa ja yhteistyössä.

Uudistuksella etsittiin ratkaisua terveystalouden alueellisiin tasoeroihin, kasvaviin jonoihin ja kustannusten kasvuun. Rahoitus tulee suoraan valtion budjetista, jolloin kansalaiset ovat tasavertaisessa asemassa keskenään riippumatta asuinkunnastaan. Norjassa aiemmin sairaaloiden rahoitus kulki kuntien saamien valtionosuuksien kautta.

Ruotsi

Case: Ansvarskommittén

Ruotsin nykyinen hallitus haluaa terveydenhuoltoon nykyistä useampia palvelujen tuottajia, jotta kansalaisilla olisi suuremmat valinnanmahdollisuudet ja antamaan asiakkaalle enemmän valtaa omassa asiassaan. Vuonna 2003 työnsä aloittaneen parlamentaarisen komitean (Ansvarskommittén, SOU 2003:123 ja SOU 2007:10), uudistusehdotus koskettaa monia julkisen vallan toiminta-alueita. Tavoitteena on Ruotsin julkisen hallinnon kehittäminen pitkällä tähtäimellä kestäväksi. Keskeistä uudistusehdotuksessa on muun muassa nykyisen 21 läänin (landsting) korvaaminen 6–9 aluekunnalla (regionkommun). Ehdotus sisältää siis uuden alueellisen yhteiskunnallisen organisaation luomista. Tällä tulisi olla yhteneväiset alueelliset rajat suhteessa valtiolliseen aluejakoon ja suhteessa kuntiin. Aluekuntien vastuulle tulisi alueellinen kehittäminen sekä terveyden- ja sairaudenhoito. Mallilla tavoitellaan valtion ja aluekuntien kehittynyttä yhteistyötä ja parhaan mahdollisen hyödyn tarjoamista kansalaisille, mitä julkisilla resursseilla pystytään tarjoamaan.

Uudistuksen aikataulu on nopea. Nopeimmillaan uudistukset voidaan panna-alulle vuoden 2010 vaalien jälkeen. Tämän hetken 21 läänin ja maakuntapäivät korvataan kuitenkin viimeistään vuoden 2014 vaaleissa.

Aluekuntien tehtävät liittyvät useiden toimialojen kehittämiseen. Aluekuntien tehtäviin kuuluu ohjata ja lisätä alueen toiminnallisuutta kehittämällä esimerkiksi elinkeinoelämää, infrastruktuuria, aluesuunnittelua, kansanterveystyötä, luonnonsuojelua sekä hyvän ympäristön kehittämistä, kuten julkista liikennettä, aluesuunnittelua, kulttuuria ja tasa-arvoisuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon alalla vahvistetaan ja selvennetään kansalaisen asemaa kansallisen potilaslain avulla. Korkeaa ja tasavertaista hoidon laatua vahvistetaan selkeyttämällä ja kehittämällä valtionohjausta ja terveydenhuollon tuloksien seurantaa. Sosiaalishallitus vastaa informaatio-ohjauksen koordinoinnista. Uudistuksella pyritään saamaan aikaan harvempia, mutta yhtä suuria ja voimakkaita aluekuntia, joilla on edellytykset hoidon tulosten jatkuvaan parantamiseen uusimman saatavilla olevan tiedon avulla.

Yhteenveto

Eri Pohjoismaiden uudistusintoa näyttää yhdistävän käsitys, etteivät nykyiset hajautetut taloudelliset ja hallinnolliset rakenteet ole riittävän herkkiä (responsiivisuus) uudessa tilanteessa, jossa ihmisten elämäntavat ovat muuttuneet, palveluiden tarpeet ja odotukset ovat muutospaineen alaisia sekä globalisaation vaikutukset kohdistuvat yhä konkreettisemmin julkisen talouden kestävyYTEEN. Uudistuksissa on näkyvillä ainakin kahdenlaisia näkemyksiä hajauttamisen ja keskittämisen välillä: uudistusten toteuttamista hajautettuna paikallistasoille on perusteltu sillä, että malli on herkempi reagoimaan kansalaisten tarpeiden muutokseen (refleksiivisyys) paikallistasolla; keskitetyn järjestelmän etuna on nähty kyky helpommin yhtenäistää ja siten pienentää alueellisia, paikallisten järjestelmien eroja.

Kaikissa Pohjoismaissa tehdyt analyysit julkisen sektorin tilanteesta ovat samansuuntaisia: Pohjoismaat ovat nyt tilanteessa, jossa julkisen sektorin uudistusten eteneminen, aloitteesta toimeenpanoon, tapahtuu nykyisin paljon nopeammin kuin aikaisempien vuosikymmenien uudistuksissa. Käytännön johtopäätökset ja uudistustoimenpiteet kuitenkin vaihtelevat eri maissa.

Pohjoismaiden julkisen vallan tehtävänä on järjestää koko väestölle riittävät ja tarpeenmukaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Pohjoismaiden terveydenhuollon palvelujärjestelmien uudistuspolitiikoissa korostuvat oikeudenmukaisuuden, asiakaslähtöisyyden ja tehokkuuden periaatteet ja tavoitteet. Näiden tavoitteiden ensisijaisuus vaihtelee. Jos tehokkuuden varmistaminen katsotaan ensisijaiseksi tavoitteeksi, oikeudenmukainen tai asiakaslähtöinen kohdentaminen saattaa jäädä teknisen tai taloudellisen tehostamisen varjoon. Teknologinen kehitys terveydenhuollossa ja osin siihen liittyvä medikalisaatio luovat uusia mahdollisuuksia ja haasteita muuttaen uudistustrendejä. Toiminnan kehittäminen oikeudenmukaisemmaksi ja asiakaslähtöisemmäksi tulee yhä monimutkaisemmaksi.

Terveydenhuollon palvelujen kehittämisen osalta tämä selvitys paikantaa terveydenhuollon haasteita ja nostaa esille joitain kehitystrendejä Pohjoismaissa. Kehitystrendeissä strategisen ohjauksen tarve korostuu monessa yhteydessä. Koko terveydenhuollon palvelujärjestelmän pitkänjähtäimen kehittäminen yhtenä kokonaisuutena vaatii laaja-alaista arvokeskustelua. Poliittisen keskustelun tulee auttaa avaamaan mahdollisia jännitteitä, jotka vallitsevat sosiaali- ja terveyspolitiikan ja toisaalta koko muun yhteiskuntapolitiikan välillä.

Merkittävä haaste näyttää olevan terveystalouden suunnittelussa ja toteuttamisessa. Tällöin ei ole enää kysymys vain kansallisen tason terveystalouden suunnittelusta ja toteutuksesta, vaan missä määrin kansallista terveystaloutta on mahdollista tehdä. Globalisaation mukanaan tuomien paineiden sietäminen edellyttää myös kansainvälisten näkökulmien huomioimista terveystaloudessa. Tässä haasteessa saattaa Pohjoismailla olla merkittävä rooli yhteiseurooppalaisen terveydenhuollon palvelujärjestelmän edelleenkehittämisessä pyrkimällä asettamaan Pohjoismaat EU:n mallialueeksi terveydenhuollon järjestämisessä.

4 KESKUSTELUTEEMOJA

Raportin esille nostamat keskusteluteemat ovat:

- 1) Kansalaisten kulutustottumusten muutokset.** Kaikissa Pohjoismaissa on tapahtunut ja tapahtumassa muutos kansalaisten suhteessa terveyspalveluihin. Kansalaiset ovat muuttumassa palvelujen saajista aktiivisiksi ja tietoisiksi asiakkaiksi. Samaan aikaan on nähtävissä, että kansalaisten oman käyttäytymisen ja elintapojen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin on hyvin suuri. Sosiaalinen eriarvoisuus on mahdollisesti lisääntymässä Pohjoismaissa. Terveyspalvelujen tulee voida vastata näihin muutoksiin.
- 2) Julkisen vallan keinot ohjata terveydenhuollon kehitystä.** Terveyspalvelujen tuotanto ja mahdollisesti osin myös rahoitus ovat muuttumassa pääosin julkisesta toiminnasta monimuotoiseksi. Tämä muutos samoin kuin kansalaisten kulutustottumusten muutokset sekä taloudellisen integraation ja globalisaation eteneminen muuttavat palvelujen järjestämisen ja tuotannon aikaisempaa vaikeammin ohjattavaksi. Kansallisen terveyspolitiikan tekeminen edellyttääkin myös uudenlaisia politiikan ja ohjauksen keinoja.
- 3) Pohjoismaiden edellytykset nousta eurooppalaisen terveydenhuollon malliksi.** Pohjoismaiset terveyspalvelut ovat uudistamisen tarpeesta huolimatta hyvin toimivia monessa suhteessa. Palveluiden järjestämisen tavat kansalaisten silmissä ovat legitiimejä ja ne perustuvat keskinäiseen solidaarisuuteen. Terveyspalvelut voivat olla merkittävä tekijä luotaessa ja ylläpidettäessä Pohjoismaista kuvaa 'hyvinä yhteiskuntina'.

PÄÄLÄHTEITÄ

- Ansvarskommittén (2007). Ansvarskommitténs slutbetänkande Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft SOU 2007:10. Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://www.regeringen.se/content/1/c6/07/75/20/a50fe36e.pdf>. [23.4.2007]
- Färkkilä, Niilo (2005). Selvitys terveys- ja sosiaalitoimen asiakasmaksuista eräissä maissa. STM. Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/maksutr-linkit.htx.i1188.pdf>.
- Indenrig- og Sundhedsministeriet (2006). The local government reform – In brief. Saatavilla www-muodossa. <URL: http://www.im.dk/publikationer/government_reform_in_brief/index.htm. [23.4.2007]
- Indenrig- og Sundhedsministeriet (2007). Det behovsafhængige medicintilskuds-system 2007. Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://www.im.dk/im/site.aspx?p=391&ArticleID=4128>. [28.4.2007]
- Magnussen, Jon & Vrangbæk, Karsten & Saltman, Richard B. & Martinussen, Pål (eds.) (2006). Nordic Health Reform (study proposal). European Observatory on Health Systems and Policies. http://www.euro.who.int/observatory/Studies/20061218_2?language=Ru...
- Ministry of Health and Social Security (2007). Iceland Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://ministryofhealth.is/Information/nr/677>. [23.4.2007]
- NOMESCO (2006). Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://www.nom-nos.dk/NOSSTATS/stattext.htm>. [23.4.2007]
- Nordic Council of Ministers (2005). Welfare and Health Services in the Nordic Countries (2005): Consumer Choice. TemaNord 575: 2005, Copenhagen.
- Nordiska Rådet (2004). Nordiska Rådets årsbok 2004. Hur mår den nordiska välfärden.
- NOSOSCO (2005). Social Protection in the Nordic Countries 2003. Scope, Expenditure and Financing. Nordic Social Statistical Committee, Copenhagen.
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (2007). Etuudet ja maksut 2007. Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/ajank/etuud/etuudet06.htx>. [25.4.2007]
- SOU (2007). Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft. Slutbetänkande av Ansvarskommittén. SOU 2007:10. Stockholm.
- Valtioneuvoston kanslia (2007). Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Saatavilla www-muodossa. <URL: <http://www.valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/fi.jsp>. [20.4.2007]
- Øvretveit, J. (2003). Nordic privatization and private healthcare. International Journal of Health Planning and Management 18, 233–246.

TILASTOLÄHTEET

OECD:n ja WHO:n tilastot

LIITTEET

Liitetaulukko 1. Vertailussa Pohjoismaiden sairaaloiden hallinto, rahoitus ja koko.

		Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi
Hallintotaso	Tilaaaja/tuottaja	Alue	Kunta	Alueellinen terveydenhuoltoyritys (RHE)	Lääni
	Tilaaajien/tuottajien lukumäärä	5	416	5	20
	Sairaalan omistus	Alueet	Sairaanhoidopiiri	Valtio	Lääni
Rahoitus	Pääasiallinen rahoittaja	Valtio ja kunta	Kunta, asiakasmaksut	Valtio, sairausvakuutus	Lääni, asiakasmaksut
	Laskutusperuste	Toimintoperusteinen kokonaisrahoitus/perusrahoitus	Toimintoperusteinen	Toimintoperusteinen	Toimintoperusteiset sopimukset
Koko	Sairaaloiden määrä	60	50	50	70

RHE = Regional Health Enterprise

Liitetaulukko 2. Terveydenhuoltokustannukset Pohjoismaissa 2004.

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi	Islanti
Terveydenhuoltokustannusten osuus BKT:sta (%)	8,9	7,5	9,7	9,1	10,2
Terveydenhuoltokustannukset per capita (USD PPP)	2881	2235	3966	2825	3331
Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kustannuksista (%)	85	77	84	85	83
Lääkekustannusten osuus terveydenhuoltokustannuksista (%)	9	16	10	12	15
Lääkekustannusten osuuden kasvu 1990–2007 (%)	1,5	6,6	2,8	4,0	1,3

Lähde: OECD Health Data 2006.

Liitetaulukko 3. Väestötilastoja Pohjoismaissa 2004.

	Tanska	Färsaaret	Grönlanti	Suomi	Ahvenanmaa	Islanti	Norja	Ruotsi
Väestö 0-17 vuotta % ⁹	23	28	32 ¹⁰	22	22 ¹¹	27	24	21
Väestö yli 65 vuotta % ¹²	15	14	5 ¹³	16	17 ¹⁴	12	15	17
Elinikäodote syntyessä m/n(vuotta) ¹⁵	75,0/80,0	76,9/81,4	..	75,0/82,0	..	79,0/83,0	70,4/73,6	71,9/74,8

Liitetaulukko 4. Väestön ikärakenne Pohjoismaissa 2005 ja YK:n väestöennuste 2050.

	Tanska	Suomi	Islanti	Norja	Ruotsi
Väestö 60+ v. 2005 (%)	21,2	21,4	15,8	19,7	23,4
Väestö 60+ v. 2050 (%)	29,4	31,5	31,3	29,6	30,3
Väestö 80+ v. 2005 (%)	4,1	4,0	3,0	4,6	5,3
Väestöennuste 80+ v. 2050 (%)	9,2	10,0	9,6	9,0	9,3
Huoltosuhte per 100 asukasta v. 2002 ¹	50	49	53	54	55

Lähde: United Nations 2007.

¹Vuosi 2002. Lähde WHO 2004.

⁹ Lähde: NOMESCO 2006.

¹⁰ Lähde: Greenland in figures 2005.

¹¹ Lähde: ÅSUB 2005.

¹² Lähde: NOMESCO 2006.

¹³ Väestö 67 vuotta ja yli. Vuosi 2005. Lähde: Greenland in figures 2005.

¹⁴ Lähde: ÅSUB 2005.

¹⁵ Lähde: WHO The world health report 2006.

Liitetaulukko 5. Terveydenhuollon resursseja Pohjoismaissa 2004.

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi	Islanti
Lääkäreitä /1000 asukasta v. 1990 (muutos 1990–2004)	3 (2003) 2,5 (+0,5)	2,4 2 (+0,4)	3,5 2,5 (1987) (+1,0)	3,3 (2003) 2,9 (+0,4)	3,5 2,8 (+0,7)
Sairaanhoidajia /1000 asukasta v. 1990 (muutos 1990–2004)	7,0 (2003) 5,7 (+1,3)	7,6 4,4 (+3,2)	14,9 9,6 (1997) (+5,3)	10,3 (2003) 9,2 (+1,1)	13,7 12,5 (+1,2)
Akuuttisairaansijoja /1000 asukasta v. 1990 (muutos 1990–2004)	3,3 (2003) 4,1 (-0,8)	3,0 4,3 (-1,3)	3,1 3,8 (-0,7)	2,2 4,1 (-1,9)	3,8 (1995) 4,3 (-0,5)
Keskimääräinen hoitajakson kesto päivinä v. 1990 (muutos 1990–2004)	5,7 (2003) 6,1 (2000) (-0,4)	12,3 12,1 (+0,2)	5,2 7,5 (-2,3)	6,5 (2003) 6,8 (-0,3)	5,3 7 (1,7)
Lääkärikonsultaatioiden määrä henkilöä kohden	7,5	4,2	..	2,9 (2001)	5,6 (2001)

Lähde: OECD Health Data 2006.

Liitetaulukko 6. Terveysindikaattoreita Pohjoismaissa.

	Tanska	Suomi	Norja	Ruotsi	Islanti
Elinaikaodote, naiset v. 2004 v. 1990 (muutos vuosina)	79,9 77,7 (+2,2)	82,3 78,9 (+3,4)	82,3 79,8 (+2,5)	82,7 80,4 (+2,3)	82,7 80,5 (+2,2)
Elinaikaodote, miehet v. 2004 v. 1990 (muutos vuosina)	75,2 72 (+3,2)	75,3 70,9 (+4,4)	77,5 73,4 (+4,1)	78,4 74,8 (+3,6)	79,2 75,4 (+3,8)
Lapsikuolleisuus (%) v. 2004 v. 1990 (muutos)	4,4 7,5 (-3,1)	3,3 5,6 (-2,3)	3,2 6,9 (-3,7)	3,1 6,0 (-2,9)	2,8 5,8 (-3)
Ylipainoisten tai liikalihavien osuus koko väestöstä (%)	41,7 (2000)	45,3 (2002)	42,7 (2002)	44,4 (2002)	48,8 (2002)
Sydän- ja verisuonisairauksien kuolleisuus per 100 000 asukasta	56,9 (2001)	53,7 (2004)	47,6 (2003)	53,1 (2002)	43,8 (2003)

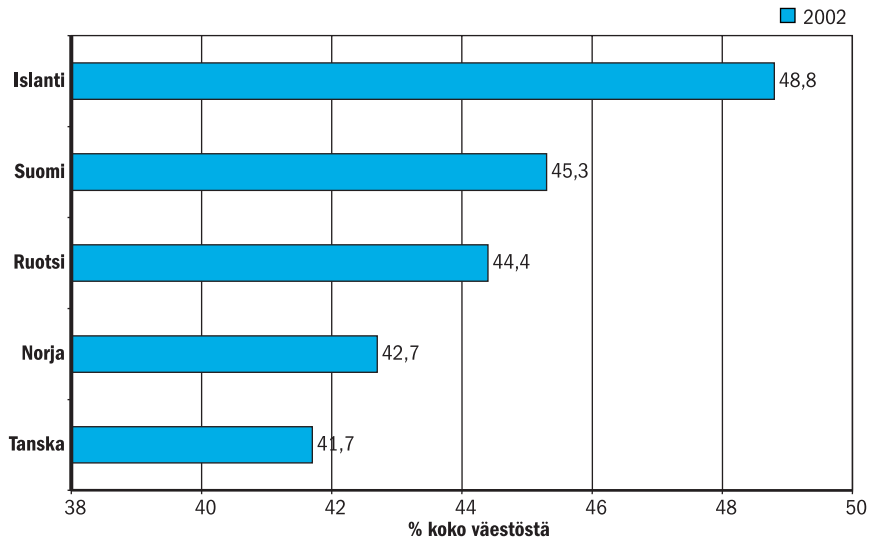
Lähde: OECD Health Data 2006.

Liitetaulukko 7. Väestömäärät ja väestönkasvu Pohjoismaissa vuosina 1995–2004.

Miehet ja naiset (1000)	Tanska	Färsaaret	Grönlanti	Suomi	josta Ahvenanmaan osuus	Islanti	Norja	Ruotsi
1995	5229	44	56	5108	25	267	4359	8827
2000	5340	46	56	5176	26	281	4491	8872
2001	5355	47	56	5188	26	285	4503	8896
2002	5374	47	57	5201	26	288	4538	8925
2003	5387	48	57	5220	26	289	4565	8958
2004	5401	48	57	5228	26	293	4592	8993
Väestönkasvu 1995–2004	3,3	9,1	1,8	2,3	4,0	9,7	5,3	1,9

Lähde: NOMESCO 2004, 2006.

Liitekuvio I. Ylipainoisten ja liikalihavien (BMI>25) osuus (%) koko väestöstä vuonna 2002 (Tanska vuonna 2000).



Lähde: OECD Health Data 2006.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ ISSN 1236-2115

- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystiliikunnan tila ja kehittyminen 2006.
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004–2007.
Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)

- 2007: 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007.
(Moniste)
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuohjelma. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti.
Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)
- 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väkiraportti
varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta.
(Moniste)
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland.
(Stencil)
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman,
Riitta Sääntti.
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability.
(Stencil)
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat
tekijät.
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. "Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasiä". Alkoholiohjelmaan ja
alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004–2006.
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)

- 2007: 21 Nikitiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhuollon oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)
- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)
- 27 Koko perhe kierteessä. Lähisuhdeväkivalta ja alkoholi.
ISBN 978-952-00-2342-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2343-0 (PDF)
- 28 Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994–2006.
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)
- 29 Terveysalan opettajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2352-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2353-9 (PDF)
- 30 Aila Kumpulainen. Kehitysvammopalvelut vuonna 2004.
ISBN 978-952-00-2356-0 (nid.)
ISBN 978-952-00-2357-7 (PDF)
- 31 Stefan Ehrstedt. Työelämän kehittämishankkeet ja -ohjelmat valituissa OECD-maissa sekä kansainvälisissä järjestöissä.
ISBN 978-952-00-2362-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2363-8 (PDF)

- 2007: 32 Samapalkkaisuusohjelman seurantaryhmän (2006–2007) loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2370-6 (nid.)
ISBN 978-952-00-2371-3 (PDF)
- 33 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006.
ISBN 978-952-00-2374-4 (nid.)
ISBN 978-952-00-2375-1 (PDF)
- 34 Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2378-2 (nid.)
ISBN 978-952-00-2379-9 (PDF)
- 35 Palveluksessanne STM.
ISBN 978-952-00-2390-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2391-2 (PDF)
- 36 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu.
ISBN 978-952-00-2386-7 (nid.)
ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)