

Ruotsin terveydenhuollon asiakkaan valintajärjestelmä pääpiirteittäin

Raportti asiakkaan valinnanvapauden
tavoitteista ja toteutuksesta tilastojen valossa



Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith
Projektering och Analys Pekka Lith

Vantaa 23.04.2025
Pekka Lith

Sisältö

	sivu
1 Alkusanat	3
2 Valinnanvapaus ja julkinen terveydenhuolto	4
2.1 Alueet terveydenhuollon järjestäjinä	4
2.2 Asiakkaan valinnanvapaus	7
2.2.1 Historiallinen tausta	7
2.2.2 Asiakkaan valinta avoterveydenhuollossa	9
2.2.3 palveluntuottajien hyväksyntä, korvaukset ja valvonta	11
2.3 Hoitotakuusäännökset	16
2.4 Asiaksmaksut	17
2.5 Suun terveydenhuolto Ruotsissa	19
2.5.1 Hammashoidon järjestelmä pääpiirteittäin	19
2.5.2 Suun terveydenhuolto tilastojen valossa	21
3 Terveydenhuollon tuottajat ja asiakkaat	24
3.1 Yksityiset ja julkiset terveysasemat	24
3.2 Terveydenhuollon asiakaskäynnit	28
3.3 Digitaaliset palvelut	29
3.4 Asiakaskäynnit yksityisissä ja julkisissa palveluyksiköissä	31
4 Palvelunkäyttäjän näkökulma	36
4.1 Asiakastyytyväisyys ja valinnanvapaus	36
4.2 Hoitotakuun toteutuminen	42
4.2.1 Perusterveydenhuolto	42
4.2.2 Erikoissairaanhoido	44
5 Terveydenhuollon kustannukset	46
5.1 Toteutunut kehitys 2014–2023	46
5.2 Yksityiset ostopalvelut	49
6 Työterveyshuolto Ruotsissa	53
6.1 Järjestelmä pääpiirteittäin	53
6.2 Työterveyshuollon palveluntuottajat	55
Yhteenveto	56
Lähteitä	62

1 Alkusanat

Ruotsissa asiakkaan valintaa on kehitetty pidemmälle kuin Suomessa. Ruotsissa ei ole palveluseleitä. Asiakkaan valinta (*kundval*, *vårdval*, *valfriheten*) on saanut julkisesti rahoitetuissa sosiaali- ja terveystalveissa vankan jalansijan sen jälkeen, kun laki hoiva- ja hoitopalvelujen vapaasta valinnasta (*Lag om valfrihetssystem*, *LOV*) astui voimaan vuonna 2009. Lain tarkoituksena on ollut edistää asiakkaiden itsenäistä päätösvaltaa ja valinnan mahdollisuuksia sekä avata markkinoita uusille yksityisille yrityksille ja järjestöperhaisille palveluntuottajille.

Kuntien järjestämissä sosiaalipalveluissa asiakkaan valintaan (*kundval*) perustuvan järjestelmän hyödyntäminen on Ruotsissa vapaaehtoista, mutta alueiden (ent. maakäräjät) perusterveydenhuollossa asiakkaan valinnan vapaus (*vårdval*) säädettiin pakolliseksi vuonna 2010 voimaan tulleen terveydenhuoltolain muutosten myötä (*hälso- och sjukvårdslagen HSL*). Sen sijaan alueiden järjestämässä erikoissairaanhoidossa valinnanvapausjärjestelmä on vapaaehtoista, mutta esimerkiksi Tukholman alueella *vårdval*-järjestelmä on laajentunut moniin erikoissairaanhoidon palveluihin.

Raportin tavoitteet¹

Oheisen tilastoraportin tarkoituksena on antaa Hyvinvointiala Hali ry:lle ja Lääkäripalveluyhdistys LPY ry:lle yleiskuva siitä, kuinka asiakkaan valintaa on sovellettu Ruotsissa alueiden järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevien terveydenhuollon palveluissa? Millaisia ovat palveluja tuottavat yksityiset palveluntuottajat? Onko palvelujen ulkoistaminen yksityisille palveluntuottajille johtanut markkinoiden keskittymiseen? Mitkä ovat asiakkaiden näkemykset saaduista palveluista? Millaisia kehittämistarpeita ja haasteita järjestelmässä on? Mikä on ollut kustannuskehitys?

Kuntien ja alueiden järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevasta sosiaali- ja terveydenhuollosta on runsaasti tutkimuksia sekä seuranta- ja tilastotietoa. Niitä tuottavat Ruotsissa esimerkiksi Tarkastusvirasto (*Riksrevisionen*), Kilpailuvirasto (*Konkurrensverket*), Sosiaalilihallitus (*Socialstyrelse*) raporteista, Ruotsin Kuntaliiton (*Kommuner och Regioner SKR*) ja Ruotsin tilastoviraston (*Statistikmyndigheten SCB*) tilastoista ja tietokannoista sekä yksityisten toimiala- ja etujärjestöjen selvityksistä. Raportin on tuottanut tutkija Pekka Lith (Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith).

¹ Raportti on osaltaan päivitystä vuonna 2023 valmistuneelle raportille. Raportti voi toimia esiselvityksenä tutkimukselle, jossa kartoitetaan laajemmin asiakkaan valintajärjestelmää Ruotsin sosiaali- ja terveydenhuollossa.

2 Valinnanvapaus ja julkinen terveydenhuolto

2.1 Alueet terveydenhuollon järjestäjinä

Ruotsissa on 21 aluetta (*regioner, före detta landsting*), jotka vastaavat **pääosin** julkisen terveydenhuollon järjestämisestä ja rahoituksesta.² Poikkeuksena on 20 vuotta täyttäneiden hammashoito. Alueet vastaavat myös alueensa yleisestä kasvukehityksestä sekä julkisesta liikenteestä toiminta-alueellaan tai yhdessä kuntien kanssa. Lisäksi niillä on vapaaehtoisesti järjestämisvastuulle otettuja tehtäviä, jotka voivat liittyä koko väestön hammashoitoon, matkailuun ja koulutukseen. Päätöksentekijät valitaan joka neljäs vuosi järjestettävillä suorilla aluevaaleilla (*regionval*).³

Aluevaltuutettuja on Ruotsissa yhteensä noin 4 600. Valtuutetuista noin 94 prosenttia on ”maallikoita” (*fritidspolitiker*), joilla on jokin päivätyö tai he ovat opiskelijoita. Äänioikeutettuja ovat kaikki viimeistään vaalipäivänä 18 vuotta täyttäneet Ruotsin kansalaiset, jotka ovat alueella kirjoilla. Myös kaikki vähintään 30 päivää Ruotsissa ja alueella kirjoilla olevat EU-maiden, Norjan ja Islannin kansalaiset ovat äänioikeutettuja. Sama koskee EU-ulkopuolisten maiden kansalaisia, jotka ovat olleet Ruotsissa kirjoilla vähintään kolme vuotta viimeistään vaalipäivänä.

Valtuusto (*regionfullmäktige*) on alueen korkein päättävän elin. Valtuusto päättää alueen suuntalinjoista, hallinto-organisaatiosta, toiminnasta ja taloudesta. Valtuusto valitsee tiilitarkastajat, jäsenet aluehallitukseen ja eri lautakuntiin. Lautakunnat vastaavat juoksevista asioista, valmistelevat valtuustolle esitettävät päätösehdotukset ja toteuttavat valtuuston tekemiä päätöksiä. Lautakuntajako voi poiketa toisistaan eri alueilla. Alueiden hallinto pohjautuu perustuslain asettamissa puitteissa itsehallintoon, johon kuuluu alueiden *verotusoikeus* omia tarpeita varten.⁴

Ruotsin itsehallintoalueilla on pyritty kehittämään kansalaisten ja alueiden välistä vuoropuhelua (*medborgardialog*). Konkreettisia esimerkkejä ovat kansalaisehdotukset (*medborgarförslag*) ja kansalaisaloitteet (*folkinitiativ*). Kansalaisehdotus tarkoittaa mahdollisuutta nostaa valtuustossa esille jokin alueen vastuualaa koskeva asia. Sen sijaan kansalaisaloitteella alueilla voidaan järjestää neuvoa-antava kansanäänestys, jos vähintään kymmenen prosenttia äänioikeutetuista sitä vaatii, ja ellei kaksi kolmasosaa valtuuston jäsenistä vastusta kansanäänestyksen järjestämistä.

Alueet rahoittivat keskimäärin 69 prosenttia menoistaan omilla verotuloillaan vuonna 2023. Lisäksi alueet saavat valtionapua (*statsbidrag*) ja keräävät maksutuloja. Maksutulojen osuus on tosin vain kolme prosenttia alueiden tuloista. Alueiden kustannukset olivat yhteensä 469 miljardia kruunua (40,8 mrd. euroa) vuonna 2023. Kustannukset nousivat määrällisesti 3,8 prosenttia vuosina 2019–23. Valtio määrittelee pitkälti verotulojen käyttökohteet ja valvoo alueiden toimintaa. Keskeisiä valvontaviranomaisia ovat Sosiaalihalitus (*Socialstyrelse*) ja IVO.⁵

² Ruotsissa on 290 kuntaa (*kommuner*) ja 21 aluetta (*regioner*). Gotlanti on Ruotsissa sekä kunta että alue, koska sen vastuulla ovat myös Manner-Ruotsin alueita vastaavat terveydenhuollon yms. tehtävät.

³ Ne järjestetään samanaikaisesti kunta- ja valtiopäivävaalien kanssa.

⁴ Kommunallagen (725/2017) Hälso- och sjukvårdslagen (30/2017) sekä eräät erityislait ohjaavat alueiden toimintaa.

⁵ Inspektionen för vård och omsorg IVO. IVO:s främsta uppgift är att svara för tillsyn och tillståndsprövning inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och verksamhet enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade.

Terveydenhuolto (pl. lääkkeet, yms.) oli 81 prosenttia alueiden kustannuksista vuonna 2023. Siitä somaattinen erikoissairaanhoito oli 47 %-yksikköä ja psykiatrinen erikoissairaanhoito 7 %-yksikköä, avoterveydenhuolto 16 %-yksikköä, hammashoito 3 %-yksikköä ja muu terveydenhuolto 8 %-yksikköä. Kustannuskehitys kiihtyi pandemian takia vuosina 2020–21, mutta vuonna 2022 kustannukset alenivat. Inflaatio huomioon ottaen terveydenhuollon kustannusten reaalin kasvu oli maltillista vuonna 2023, vaikka nimellisesti kustannukset nousivat 9,4 prosenttia (Taulukko 1).

Perusterveydenhuollossa (pl. hammashoito) kustannusten nimellinen nousu oli vuonna 2023 tuntuvasti maltillisempaa kuin erikoissairaanhoidossa tai alueiden vastuulla olevassa suun terveydenhuollossa, jossa purettiin osittain pandemian aikana kertynyttä hoitovelkaa. Ennakkotietojen mukaan alueiden kokonaiskustannusten reaalin (volyyymi) nousu olisi 1,2 prosenttia vuonna 2024 ja 1,7 prosenttia vuonna 2025. Vuosille 2026–27 ennustettu kustannusten nousu reaalin jää vain 0,6 prosenttiin, mitä voidaan pitää hämähäyttävän tai silmiinpistävän maltillisena.

Taulukko 1 Alueiden (regioner) kustannukset Ruotsissa tehtäväalueittain 2019–23 (Lähde: SCB ja SKR).

	Milj. kruunua 2023	Milj. euroa 2023	Osuus 2023, %	Nimellinen muutos 2022-23, %	Reaalin muutos 2019-23, %
Perusterveyshoito	75 233	6 554	16,1	6,8	6,7
Somaattinen erikoissairaanhoito	219 207	19 097	46,8	10,2	4,4
Psykiatrian erikoissairaanhoito	34 622	3 016	7,4	10,7	5,1
Suun terveydenhuolto	12 499	1 089	2,7	11,4	-6,0
Muu terveydenhuolto	37 647	3 280	8,0	8,2	3,1
Terveydenhuolto yhteensä	346 591	33 036	80,9	9,4	4,4
Lääkkeet	32 505	2 832	6,9	7,8	9,1
Alueellinen kehittäminen	11 374	991	2,4	2,1	-7,4
Liikenne ja infrastruktuuri	43 544	3 793	9,3	7,0	0,4
Muut	2 544	177	0,4	10,3	-23,0
Yhteensä	468 666	40 829	100,0	8,9	3,8

Alueet työllistivät 309 000 henkilöä vuonna 2024. Henkilöstön määrän arvellaan lisääntyvän vain 2 000 henkilöllä (0,6 %) vuoteen 2027 mennessä. Alueiden oman henkilöstön määrän kasvua on jarruttanut se, että iso osa julkisrahoitteisesta perusterveydenhuollosta on ulkoistettu yksityisille palveluntuottajille pakollisen asiakasvalinnan kautta. Yhteensä kunnat ja alueiden työllistivät 1,243 miljoonaa henkilöä, josta alueiden osuus oli neljännes ja kuntien kolme neljäsosaa. Kuntien henkilöstön arvellaan kohoavan 13 000 henkilöllä (1,3 %) vuoteen 2027 tultaessa.

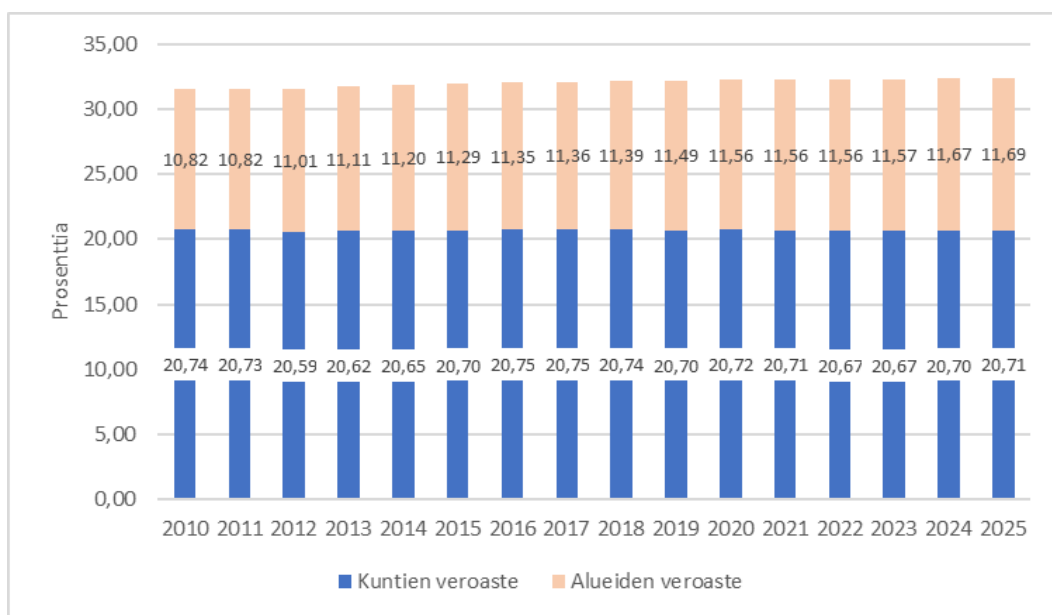
Henkilöstökulut olivat 44 prosenttia alueiden kokonaiskustannuksista vuonna 2023. Eri-laiset tavara- ja palveluostot sekä ulkoistukset muodostivat 43 prosenttia kustannuksista ja muut menot kolmetoista prosenttia vuonna 2023. Henkilöstökulujen reaalin kehitys oli melko maltillista vuosina 2019–23, joskin nimellinen kasvu nopeutui vuonna 2023. Verotulojen reaalin kehitys oli vuosina 2019–23 kuitenkin hitaampaa kuin kustannusten nousu, joten hidasta verotulojen kasvua on paikattu valtionosuuksilla ja toimintojen tehostamisesta saaduilla säästöillä (Taulukko 2).

Taulukko 2 Alueiden (regioner) tulojen kehitys Ruotsissa tuottoerittäin 2019-23 (Lähde: SCB ja SKR).

	Milj. kruunua 2023	Milj. euroa 2023	Osuus 2023, %	Nimellinen muutos 2022-23, %	Reaalinen muutos 2019-23, %
Omat verotulot	323 771	28 206	68,5	5,7	-0,3
Yleinen valtionapu	43 171	3 761	9,1	-1,5	9,9
Avustus lääkereformiin	35 036	3 052	7,4	4,0	2,1
Erityiskohdennettu valtionapu	32 151	2 801	6,8	-22,2	11,6
Myynti- ja maksutuotot	14 791	1 289	3,1	17,8	-5,0
Muut tuotot	23 898	2 082	5,1	6,4	-3,8
Yhteensä	472 818	41 191	100,0	2,7	1,1

Tilastovirasto SCB:n mukaan alueiden keskimääräinen veroaste (*medelskattesats*) oli 11,69 prosenttia vuonna 2025. Verotus on kiristynyt 87 äyrillä vuodesta 2010 lukien, mutta viime vuosina muutokset ovat olleet pieniä. Veroaste oli korkein (yli 12 %) Tukholman, Kronobergin, Blekingen, Värmlandin ja Örebron alueilla vuonna 2025. Matalin se on Västmannin alueella (alle 11 %). Kuntien ja alueiden yhteenlaskettu veroaste oli 32,41 prosenttia, josta kuntien osuus 20,71 prosenttia vuonna 2025. Kuntien veroaste on pysynyt lähes ennallaan vuosina 2010–25 (Kuvio 1).

Kuvio 1 Alueiden ja kuntien keskiveroasteen kehitys 2010–25 (Lähde: SCB).



Alueiden ja kuntien yhteistyö

Ruotsissa kunnat vastaavat sosiaalipalveluista, varhaiskasvatuksesta, perusopetuksesta ja toisen asteen opetuksesta, mutta niillä voi olla tärkeä asema perustason terveyspalvelujen järjestäjinä. Kunnat voivat tarjota terveydenhuoltopalveluja etenkin henkilöille, jotka ovat varsinaisesti sosiaalipalvelujen piirissä, kun puhutaan ikääntyneiden ja muiden erityisryhmiin kuuluvien palveluasumisesta, liikuntarajoitteisista ja kotihoidosta, johon voi kuulua kotisairaanhoidoa. Ylipäätään kunnat voivat tarjota monia sellaisia terveydenhuollon palveluja, jotka eivät edellytä lääkärinkontaktia.

Esimerkkejä ovat sairaanhoitajien, fysioterapeuttien ja työterapeuttien toiminta. Kunnat ja alueet voivat myös keskenään sopia terveydenhuoltoon kuuluvasta tehtäväjaosta, järjestelystä ja yhteistyöstä. Lääkärikontaktien järjestäminen on silti aina alueiden vastuulla, mutta kunnat ja alueet voivat joustavasti sopia, missä yhteyksissä lääkärikontaktit tulevat kuvaan mukaan. Kunnilla voi olla Ruotsissa myös tärkeä asema sairauksia ennaltaehkäisevässä työssä ja terveystieteiden kehittämisessä, minkä tavoitteena on tukea kuntalaisten vastuunottoa omasta terveydentilastaan.

SIP-järjestelmä

Kuntien ja alueiden välisen yhteistyön pelisäännöt ovat osin lainsäädännöllisesti ohjattuja. Esimerkiksi henkilöt, jotka tarvitsevat moniammatillista apua, voivat saada sitä ns. *SIP-järjestelmän kautta (samordnad individuell plan)* kunnilta ja alueilta ilman, että palveluja tarvitsee järjestää saman organisaation vastuulle (vrt. Suomen hyvinvointialueet). SIP voi kattaa seuraavia palveluja: perusterveydenhuolto, sairaalapalvelut, kuntoutus, koulu, sosiaalipalvelut, kotipalvelut ja omaishoitajat. SIP-palvelua voivat tarjota muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijät.

SIP-järjestelmästä on määräyksiä sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä⁶. Moniammatillisen tai monialaisen palvelun suunnitteluun voivat osallistua kohdehenkilöt itse ja heidän lähiomaisensa. Palvelusuunnitelmaa ei voida muuttaa ilman kohdehenkilön suostumusta ja hän voi lopettaa palvelun käytön milloin tahansa. SIP-palvelu on käytännöllinen tapa järjestää palveluja vaikkapa silloin, kun ikääntynyt henkilö kotiutetaan sairaalahoitosta ja tarvitsee tukipalveluja kotona. Myös alle 18-vuotias voi tarvita tukea koululta tai lasten- ja nuorten psykiatriasta apua.

2.2 Asiakkaan valinnanvapaus

2.2.1 Historiallinen tausta

Julkisen palvelutuotannon tuottavuuden, organisoinnin ja johtamisen parantamista sekä palvelun käyttäjien vaikutusmahdollisuuksien lisäämistä alettiin selvittää Ruotsin kunnissa (*kommuner*) ja maakäräjäpiireissä (*landsting, numera region*) jo 1980-luvulla. Osana tätä suuntausta kunnissa ja maakäräjäpiireissä kokeiltiin toimintojen hajauttamista. Uudentyyppinen ajattelumalli lähti liikkeelle maailmanlaajuisesta NPM-liikkeestä (*New Public Management*) ja sen mukanaan tuomista innovaatioista, jotka otettiin käyttöön Britanniassa Margaret Thatcherin aikakaudella.

NPM-ajatteluun on liittynyt läheisesti julkisen toiminnan tuloksellisuusjohtaminen (tavoite- ja tulosohtaus), kustannustehokkuuden ja -tietoisuuden lisääminen, kustannusten läpinäkyvyys, sisäisten markkinoiden luominen, toimintojen kilpailuttaminen ja sopimus-pohjainen palvelutuotanto sekä siirtyminen tuottajakeskeisestä tuotantomallista

⁶ Ks. **Socialtjänstlag (453/2001) 2. kap. 7§ och Hälso- och sjukvårdslag (2017:16) 4§** (När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål). Ks. myös **Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (612/2017) 4 kap. 1§** (Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den regionfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen...).

asiakaskeskeiseen malliin. NPM-innovaatioihin on kuulunut tilaaja-tuottajamallin lanseeraaminen julkiseen palvelutuotantoon, missä julkisen palvelutuotanto-organisaation tilaajan ja tuottajan toiminnot erotetaan toisistaan.

Vuoden 1991 eduskuntavaalien jälkeen Ruotsi sai uuden hallituksen, jonka yhtenä tavoitteena oli hyvinvoinnin ja sosiaalipalvelujen parantaminen muun muassa palvelun käyttäjän valinnanvapautta lisäämällä. Monet kunnat olivat alkaneet kehittää asiakkaan valinnanvapauteen perustuvia palvelutuotantomalleja jo 1990-luvun alussa. Yksi ensimmäisistä oli *Nackan kunta*. Tukholmassa kaupunginvaltuusto päätti vuonna 1993 toteuttaa kaupungin palvelutuotannon kilpailuttamisen asteittain siten, että kaikki toiminta olisi kilpailutettu viiden vuoden ajanjaksolla.

Valta siirtyi Tukholmassa vuoden 1994 vaaleissa vasemmistopuolueille ja ympäristöpuolueelle, jotka päättivät keskeyttää kilpailuttamisohjelman. Kilpailuttamisesta saatujen myönteisten kokemusten perusteella politiikan suunta kuitenkin vaihtui ja vuoden 1998 vaalien jälkeen kaupunginvaltuustossa hyväksyttiin uusi kilpailuttamiseen pohjautuva politiikkaohjelma: ”*Upphandling, konkurrens och valfriheten*”. Ohjelman mukaan kaikki sellainen palvelutuotanto, joka ei ole viranomaistoimintaa tai kaupungin strategista johtamista, voidaan kilpailuttaa.

Kilpailuttamisella pyrittiin nostamaan tuotettujen palvelujen laatua ja lisäämään kustannustehokkuutta. Kilpailuttamisen myötä Ruotsiin perustettiin paljon pieniä paikallisia hoiva- ja hoitoalan palveluyrityksiä, joskin monet niistä lopettivat pian toimintansa tai ne siirtyivät yrityskaupoilla koko valtakunnan alueella toimivien suurten yritysten haltuun. Julkiset hankinnat eivät kuitenkaan lisänneet asiakkaan vaikutusmahdollisuuksia julkisrahoitteisessa palvelutuotannossa. Niiden arveltiin myös edistävän yksityisen palvelutuotannon keskittymistä suuriin yrityksiin.

Perinteiseen kilpailuttamiseen liittyvien epäkohtien vuoksi kunnat ja maakäräjät kehittivät erilaisia omia asiakkaan valintaan pohjautuvia malleja 1990- ja 2000-luvuilla. Vuonna 2006 jo 27 kunnassa oli täydellinen tai osittainen asiakkaan valintajärjestelmä (*kundval*⁷) kotihoidon palveluissa, minkä lisäksi 24 kuntaa suunnitteli asiakkaan valintajärjestelmän käyttöönottoa kotihoidon palveluissa.⁸ 2000-luvun alussa aloitettiin terveydenhuollon asiakkaan valintajärjestelmän (*vårdvalsmodell*) kehittäminen Hallandin maakäräjäpiirissä, missä se otettiin käyttöön vuonna 2007.

Vuoden 2008 lopussa asiakkaan valinta oli käytössä 40 Ruotsin kunnassa, mutta järjestelmän toteutus vaihteli kunnittain. Muutamissa kunnissa puhuttiin palvelusetelityypistä järjestelystä (*kundval med checksystem*). Toisissa kunnissa asiakkaan valinta pohjautui raamikilpailutukseen ja toisissa auktorisointimenettelyyn. Vuoden 2008 alussa asiakkaan valinta otettiin käyttöön Tukholman ja *Västmanlandin* maakäräjäpiirien *terveydenhuollossa*. Myös julkiset tuotantoyksiköt tulivat valinnanvapauden piiriin, mikä poikkeaa Suomen palvelusetelijärjestelmästä.

⁷ Kuntien asiakkaanvalintajärjestelmästä sosiaalipalveluissa käytetään usein nimitystä ”kundval” erotuksena alueiden (entiset maakäräjät) asiakkaanvalintajärjestelmästä, josta käytetään nimitystä ”vårdval”.

⁸ Suomessa kotihoidon palvelut koostuvat kotipalvelusta, kotipalvelua täydentävistä tukipalveluista (ateriapalvelut, siivous, kylvelytys ja kuljetuspalvelut) ja kotisairaanhoidosta. Kotisairaanhoido suorittaa asiakkaan kotona lääkärin määräämiä sairaanhoidollisia toimia, ottaa näytteitä, valvoo lääkitystä ja seuraa asiakkaan vointia. Kotihoito koostuu Ruotsissakin suurin piirtein samoista palveluista.

Laki valinnanvapaudesta 2010

Virstanpylväänä toimi vuonna 2009 voimaan tullut valinnanvapauslaki (*lagen om valfrihetssystem LOV, 962/2008*). Laki avasi Ruotsissa mahdollisuuden järjestää julkisrahoitteisia palveluja vapaaehtoiselta pohjalta asiakkaan valinnanvapauteen nojautuen. Palvelujen järjestäjinä voivat olla kunnat ja alueet tai niiden päätösvaltaiset yhteenliittymät (*församlingar*) sekä muut julkiset organisaatiot ja laitokset tai niiden yhteenliittymät. Asiakkaan valinnan peruseriaatteet ovat pitkälti samanlaisia kuin julkisissa hankinnoissa (*offentliga upphandlingar*) on noudatettu.⁹

Lain perimmäisenä tarkoituksena oli monipuolistaa palvelutarjontaa, lisätä kilpailua, parantaa palvelujen laatua ja lisätä palvelunkäyttäjän vaikutusmahdollisuuksia ja siirtää valtaa poliitikoilta ja virkamiehiltä palvelujen loppukäyttäjille sekä luoda aiemmille valinnanvapausjärjestelmille yhtenäiset puitteet. Sosiaali- ja terveydenhuollossa valinnanvapauslaki koskee kaikkia palveluja muutamia sosiaalipalveluja koskevia poikkeuksia lukuun ottamatta, joihin vapaa asiakkaan valinta ei sovellu. Nämä sosiaalipalvelut on kuvattu valinnanvapauslaissa CPV-koodeilla.¹⁰

Valinnanvapauden peruseriaatteiden mukaan kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palveluntuottajat voivat tuottaa valinnanvapauden piiriin määriteltyjä palveluja, jos ne täyttävät henkilöstön ammatillisen osaamisen ja koulutuksen, toimitilojen ja muut laadulliset kriteerit. Yksityisiä palveluntuottajia ja julkisia palveluntuottajia koskevat samat vaatimukset. Palveluntuottajat ovat oikeutettuja saamaan palvelua järjestävältä taholta (kunta, alue) korvauksen tuottamistaan palveluista. Korvaukset ovat kaikille tuottajille samasta palvelusta pääsääntöisesti samansuuruisia.

2.2.2 Asiakkaan valinta avoterveydenhuollossa

Laki valinnanvapaudesta on sosiaalipalveluissa ja erikoissairaanhoidossa mahdollistava, mutta ei pakottava. Sen sijaan alueet velvoitettiin vuonna 2010 organisoimaan perusterveydenhuolto (*primärvård, öppen specialiserad vård*) valinnanvapautta noudattaen, mikä tarkoitti *pakollista* valinnanvapausjärjestelmää. Asiasta (*vårdval*) on säädetty Ruotsin terveydenhuoltolaissa (*Hälso- och sjukvårdslag HSL, 30/2017, 7 kap. 3§*). Perusterveydenhuolto on määritelty ”portinvartijapalveluksi”, mutta rajaveto perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon¹¹ välillä on joskus sumea¹².

HLS:n säännökset pakollisesta valinnanvapaudesta perusterveydenhuollossa tarkoittavat palvelujen järjestämistä siten, että kaikki alueella asuvat voivat valita mieleisenä terveyden- ja sairaanhoidon palveluntuottajan (*utförare*) sekä omalääkärin (*fast läkarkontakt*).

⁹ Periaatteita ovat tasapuolisuus, syrjimättömyys, avoimuus, suhteellisuus sekä molemminpuolinen valinnanvapauden hyväksyntä ja tunnustaminen.

¹⁰ Valinnanvapauslain säännökset koskevat kaikkia sosiaali- ja terveyspalveluja lukuun ottamatta lasten ja nuorten sosiaalipalveluja (lasten ja nuorten laitoshuolto ja ammatillinen perhehoito, yms.), sosiaalihuollon hallinnollisia palveluja ja yhteiskunnallisia toimintaohjelmia (*kommunalt åtgärdsprogram*) (ks. tarkemmin Common Procurement Vocabulary CPV-koodi 85311300-5, 8532100-5 ja 8532200-2).

¹¹ Laitosmuotoinen erikoissairaanhoido (*sluten vård*) ei ole lakisääteisen valinnanvapauden piirissä, mutta alueet voivat ottaa valinnanvapauden käyttöön määrättyissä palveluissa.

¹² För hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns **sluten vård**. Annan hälso- och sjukvård benämns **öppen vård**. Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens.

Asiakkaan valinnanvapautta ei saa rajoittaa millään tavoin, mutta alue voi olla jaettu kahden tai useampaan maantieteelliseen valinnanvapausalueeseen.¹³ Kaikkia palveluntuottajia on kohdeltava järjestelmässä samanarvoisesti ja alueiden maksamat korvaukset (*vårdpeng*) palveluista seuraavat asiakasta¹⁴ palveluntuottajalle.¹⁵

Potilaslain (*Patientlag 821/2014*) voimaantulon myötä valinnanvapaus laajeni perusterveydenhuollossa vuonna 2015 siten, että asiakkaalla on mahdollisuus hakeutua perustason palveluun ja ei-laitosmuotoiseen erikoissairaanhoidon (*öppen specialistvård*) myös oman kotialueensa ulkopuolelle. Asiakkaan kotialue (*hemregion*) kustantaa kuitenkin varsinaisen hoidon.¹⁶ Ulkopuolelta tulleita asiakkaita on kohdeltava samalla tavoin kuin alueen omia asukkaita, mutta **hoitotakuusäännökset** eivät koske vapaaehtoisesti ulkopuolelta tulleita asiakkaita.

Toisin sanoen asiakkaat voivat hakeutua Ruotsissa mille tahansa perusterveydenhuoltoja tarjoavalle yksityiselle tai julkiselle terveysasemalle (*vårdcentral*). Ne voivat tarjota yleislääkärien ja sairaanhoitajien (terveydenhoitajien) vastaanottopalveluja, ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa ja ovat tarvittaessa yhteydessä muihin hoidontuottajiin. Lisäksi valinnanvapaus koskee avoterveydenhuollon erikoislääkäripalveluja. Kotiin vietäviin palveluihin liittyvä kotisairaanhoido ja palveluasumiseen liittyvä terveydenhuolto on kuitenkin tavallisesti kuntien vastuulla (HSL 14 kap.).

Käytännössä asiakas on ”kirjoilla” (*listad kund*) jollain terveysasemilla. Kirjoittautuminen voi tapahtua (*lista sig*) oma-aloitteisesti jollekin terveysasemalle, joka sijaitsee kodin tai vaikka työpaikan lähellä. Vaihtoehtoisesti henkilölle osoitetaan kotialueen toimesta automaattisesti lähin julkinen tai yksityinen terveysasema. Listautumisen etuna on kiinteä hoitosuhde lääkäriin. Asiakas voi listautua toiselle terveysasemalle korkeintaan kaksi kertaa vuodessa, jos hän ei ole tyytyväinen nykyiseen. Lisäksi hän voi varata vastaanottoaikoja tarvittaessa mille tahansa terveysasemalle Ruotsissa.

Valinnanvapaus koskee myös lastenhoitokeskuksia (*barnavårdscentral*), kättilövastaanottoja (*barnamorskemottagning*) ja nuorisovastaanottoja (*ungdomsmottagning*). Lastenhoitokeskukset seuraavat lapsen kehitystä syntymästä kouluikänsä saakka sekä antavat tukea ja ohjausta vanhemmuuteen sekä suorittavat terveydentilan tutkimuksia. Kättilövastaanotot on tarkoitettu raskaana oleville naisille. Nuorisovastaanottoasemat tarjoavat apua 12–13-vuotiaista 24-vuotiaisiin. Vastaanottoasemilla on sairaanhoitajia, psykologeja, kuraattoreita ja myös lääkäreitä.

Asiakkaan valinnanvapauteen kuuluu mahdollisuus valita hoitava lääkäri (*välja en fast läkarkontakt*). Kontaktilääkäri (omalääkäri) vastaa asiakkaan (potilaan) tutkimisesta ja diagnoosin tekemisestä sekä siitä, että asiakas saa terveydentilansa mukaisia hoitotoimenpiteitä. Kontaktilääkäri ei ole välttämättä sama kuin terveydenhuollon *yhteyshenkilö*, jonka asiakas saa pyydettäessä tai tarvittaessa. Yhteyshenkilöt auttavat asiakkaita hoidon toiminnan koordinoimisessa ja hoitotilanteesta tiedottamisessa sekä toimivat yhteyshenkilöinä muun sosiaali- ja terveydenhuollon välillä.

¹³Regionens geografiska område får delas upp i två eller flera delområden med separata vårdvalssystem.

¹⁴”Slanten följer kunden till utföraren”.

¹⁵Ett vårdvalssystem ska utformas så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från regionen till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.

¹⁶Matka- ja oleskelukustannuksia asiakkaan kotialueen ulkopuolisille palveluntuottajalle ei kuitenkaan korvata.

Alueilla on siis velvollisuus tarjota avoterveydenhuollon palveluja myös toisella alueella asuville asiakkaille (potilaille). Asiakkaan kotialue maksaa potilaan toisella alueella saamasta hoidosta, mikäli ensiksi mainitun alueen lähetesääntöjä noudatetaan. Muussa tapauksessa hoitoa on tarjottava samoin ehdoin kuin alueen omien asukkaille. Tosin hoitotakuuta koskevia säännöksiä ei tarvitse noudattaa, kun on kysymys toiselta alueelta tulevasta asiakkaasta. Hoitotakuusta (*vårdgaranti*) on säädetty yksityiskohtaisesti terveys- ja sairaanhoitoasetuksessa (HSF¹⁷).

2.2.3 Palveluntuottajien hyväksyntä, korvaukset ja valvonta

Valinnanvapausjärjestelmä on organisoitava siten, että kaikkia järjestelmän piirissä olevia palveluntuottajia kohdellaan samalla tavoin ilman erityistä painavaa syytä. Eli alueiden omat terveysasemat ja yksityiset terveysasemapalvelujen tuottajat ovat samalla lähtöviivalla. Markkinoille pääsy on avointa kaikille palveluntuottajille, jotka täyttävät alueiden ennalta määrittelemät ehdot, joita ovat sopivat toimitilat¹⁸, ammattitaitoinen henkilöstö ja vakaa taloudellinen asema. Käytännössä järjestelmän piiriin päästään alueiden viranomaisille toimitettavalla hakemuksella.¹⁹

Palveluntuottajien hakemusten käsittely kestää korkeintaan pari kuukautta. Jos hakemus hyväksytään, alueet solmivat palveluntuottajan kanssa palvelujen suorittamista koskevan sopimuksen, joka noudattaa lakia asiakkaan valinnanvapaudesta (LOV). Perusterveydenhuollossa hakemukset tehdään tavallisesti alue- ja terveysasemakohtaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että monitoimipaikkainen terveydenhuoltoalan palveluntuottaja tekee hakemuksen ja solmii sopimuksen kustakin uudesta terveysasemasta. Hakijoiden poissulkemisesta on tarkemmat säännökset LOV:ssa.

Hankintaviranomainen, kuten alue, voi valinnanvapauslaki LOV:in mukaan sulkea pois asiakkaanvalintajärjestelmästä hakijan, joka

- 1) on konkurssissa tai selvitystilassa, pakkohallinnossa, akordissa, yrityssaneerauksessa, on keskeyttänyt maksunsa toistaiseksi tai joka on kauppakiellon alainen; on konkurssi-, pakkoselvitys-, järjestely-, yrityssaneeraus- tai muu vastaava menettelyn kohteena;
- 2) on lainvoimaisella tuomiolla tuomittu ammatinharjoittamiseen liittyvästä rikoksesta;
- 3) on syyllinen ammatin harjoittamisessa tapahtuneesta vakavasta virheestä ja hankintaviranomainen voi todistaa tämän;
- 4) ei ole täyttänyt sosiaaliturvamaksu- tai verovelvollisuuttaan kotimaassaan tai muussa ETA-alueen valtiossa;
- 5) ei ole millään olennaisella tavalla toimittanut pyydettyjä tietoja tai on antanut pyydetäessä virheellisiä tietoja.

Järjestelmän piiriin valitut palveluntuottajat eivät saa valikoida asiakkaitaan. Asiakkaat, jotka eivät halua valita palveluntuottajaa, osoitetaan lähimmälle terveysasemalle. Palveluntuottajien samanarvoinen kohtelu (*likabehandling*) tarkoittaa myös sitä, että alueiden julkisia ja yksityisiä palveluntuottajia kohdellaan samalla tavalla alueiden maksamien

¹⁷ Hälso- och sjukvårdsförordning HSF (80/2017, 6. kap.), ks. myös Hälso- och sjukvårdslagen HSL (30/2017, kap. 9) ja Patientlagen SFS (821/2014).

¹⁸ Käytännössä terveydenhuollon toimitilat ovat usein on alueiden hallinnassa, mutta ne vuokraavat tiloja ja laitteita yksityisille palveluntuottajille ja myös kuntien palveluyksiköille.

¹⁹ Palveluntuottajien hakemukset sisältävät kysymyksillä varustetun taustaselvityksen (*förfrågningsunderlag*), jossa ilmenevät asiaankuuluvat ja erityiset vaatimukset ja suorituksista maksettavien korvausten periaatteet.

rahallisten korvausten osalta. Vain perustellut erot korvaustasossa ovat mahdollisia. Ne voivat koskea esimerkiksi haja-asutusalueella tuotettuja palveluja, asiakkaiden toimintarajoitteita, ikää tai sosioekonomista asemaa.²⁰

Palveluntuottajille maksettavat korvaukset

Maksut suoritetaan alueilla tavallisesti asiakasmäärien perusteella, mitä kutsutaan *kapitaatiokorvaukseksi*.²¹ Kapitaatiomalli on alueille edullinen, koska sitä on helppo hallinnoida ja kustannuskehitystä voi ennakoida. Kapitaatiokorvauksiin voi sisältyä vaihtelua asiakkaan ominaisuuksien tai asuinpaikan mukaan määriteltynä, joskin korvaustavat ovat harmonisoituneet alueiden välillä vuosien mittaan. Kapitaatiomallissa on voitu kuitenkin ottaa huomioon sairastavuutta siten, että palvelua on tarjolla asiakasryhmille, joiden terveydenhuollon palvelutarve on suuri.

Sairastavuuden huomioonotto voi tarkoittaa sitä, että maksetut korvaukset (*riskjusterade ersättningar*) eivät ole yhtä suuria kaikilla terveysasemilla. Edellytyksenä on, että järjestelmä pystyy luokittelemaan asiakkaat ja terveydenhuoltoon tarvittavat voimavarat lääketieteellisin perustein hoidon tarpeen mukaan. Käytännön esimerkkien pohjalta voidaan todeta, että kapitaatiomalliin pohjautuvaan korvausmenettelyyn voidaan kehittää elementtejä, joilla otetaan huomioon asiakkaiden hoidon vaativuus ja sosioekonominen asema tai poikkeavat paikalliset olosuhteet.

Käytettävissä on tutkittua tietoa siitä, mitkä henkilöiden taustatekijät vaikuttavat hoidon tarpeeseen ja sitä kautta terveysasemien palvelutarjontaan ja kustannuksiin. Terveysasemat voivat olla eri asemassa myös maantieteellisen sijaintinsa osalta. Lisäksi terveysasemien asiakaskunta voi poiketa toisistaan ikäjakautumalla, sukupuolella, sairastavuudella, tulolla ja koulutustasolla, perhetilanteella tai työmarkkina-aseman takia. Esimerkiksi *riskjusterad-kapitaatiokorvausmallit* kiinnittävät huomiota poikkeavuuksiin mittaamalla sairastavuutta (ACG) ja sosioekonomista asemaa (CNI).²²

Käytännössä ACG on työkalu, jolla on pyritty kuvaamaan väestön terveydellisistä tilanteista. Menetelmä on kehitetty Johns Hopkins -yliopistossa Yhdysvalloissa. ACG:n käyttö pohjautuu hypoteesiin, että henkilöiden terveydenhuollon palvelujen käyttö ja heistä tähän mennessä tehdyt terveydenhuollon tietokantoihin rekisteröidyt diagnoosit kertovat palvelujen tarpeesta tulevaisuudessa. Ruotsin Tilastovirasto SCB tuottaa puolestaan tietoja terveysasemille listattujen henkilöiden sosioekonomisesta asemasta ja terveydentilastaan vaikuttavista riskimuuttujista CNI-indeksin muodossa.²³

Osa terveysasemille maksetuista korvauksista on voitu linkata asiakaskäyntien määrään (ns. *FFS Fee for Service*). Korvauksen suuruus vaihtelee sen mukaan, onko kyse terveysasemalle listatusta henkilöstä (*listad patient*), muusta alueella asuvasta asiakkaasta tai alueen ulkopuolelta tulevasta asiakkaasta. Käyntimäärään yhdistettyjä korvauksia ja **asiakasmaksuja** on yhdistelty eri tavoin toisiinsa. Joillakin alueilla terveysasemat saavat pitää asiakasmaksut ja niiden päälle maksetaan muita korvauksia, mutta joillakin alueilla terveysasemilla ei ole lainkaan asiakasmaksuja.

²⁰ Erilaiset palveluntuottajat koskevat korvaustasot ja taloudelliset ehdot on oltava selkeästi ja avoimesti esillä.

²¹ Kapitationsersättning, kapitering, listningsersättning.

²² Adjusted Clinical Groups ACG; Care Need Index (CNI).

²³ CNI-indeksissä terveydentilan riskiryhmiä ovat yksinasuvat yli 65-vuotiaat, työttömät ja toimenpiteissä olevat 16-64-vuotiaat, yksinhuoltajat, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia, ulkomailla syntyneet (Itä-Eurooppa, Aasia, Afrikka ja Etelä-Amerikka), matalasti koulutetut 25-64-vuotiaat, vähintään yksivuotiaat alueelle muuttaneet ja alle viisivuotiaat.

Käyntimääriin perustuvilla korvausmalleilla on haluttu vaikuttaa siihen, millaisiin palveluihin asiakasta ohjataan (*terveysasemäkäynnit, sähköiset palvelut, etäkontaktit ja kotikäynnit*). Alueiden asiakkaan valintajärjestelmiin voi sisältyä elementtejä, jotka kannustavat hoitamaan asiakkaat kerralla kuntoon. Kannustimet näyttäytyvät erilliskorvauksina tai lisäbonuksina. Päinvastaisissa tapauksissa alueiden maksamat korvaukset hoidosta pienentyvät, kun asiakaskäynnit ylittävät määrätyn rajan. Tosin tavoite- ja tulosperusteisten korvausmallien suosio on pienentynyt viime vuosina.

Toteutunut kehitys on tulosta siitä, että tulosperusteisten korvausmallien toteuttaminen on koettu alueille hallinnollisesti työlääksi. Ylipääntään odotukset siitä, että tiukka ja yksityiskohtainen taloudellinen kannustin toisi parempaa palvelua, ovat vähentyneet.²⁴ Alueiden korvauksiin on voitu sisällyttää silti pieniä tavoitteellisia erillispalkkioita ja -bonuksia (*målrelaterad ersättning*), joilla palveluntuottajia kannustetaan toiminnan kehittämiseen laadullisesti siten, että ne vastaisivat nykyistä paremmin asiakkaiden tarpeita ja palveluntilaajina toimivien alueiden toiveita.

Erillispalkkiota ja -bonuksia maksetaan, kun asetetut tavoitteet on todistetusti saavutettu. Kiinnostus tavoitteellisiin kannustinlisiin ja erillispalkkioihin tai -bonuksiin (*Pay for Performance P4P*) on silti nykyisin vähäistä Ruotsissa, koska tavoitemittarien hallinta ja seuranta on työlästä. Monet alueet pyrkivät silti kannustamaan terveysasemia siihen, että palvelupiste tarjoaa mahdollisimman kokonaisvaltaisia palveluja asiakkaalle, eikä lähetä heitä eteenpäin kustannuksiltaan kalliimpien palvelujen piiriin, kuten erikoissairaanhoidon (*täckningsgrad för vårdkonsumtion*).²⁵

Kaksi kolmasosaa alueista maksaa terveysasemille erisuuruisia lisäkorvauksia epäedullisesta maantieteellisestä sijainnista (*ersättning för geografi*), millä tasoitetaan kilpailutilannetta taajamissa ja suurissa kaupungeissa sijaitsevien terveysasemien kanssa. Taustalla on pyrkimys säilyttää perusterveydenhuollon tasoiset palvelut harvaanasutuilla seuduilla, jossa on pitkät matkat lähimpään sairaalaan ja vaikeuksia palkata ammattitaitoisia henkilöstöä. Toiminta haja-asutusalueella voikin edellyttää terveysasemalta laajempaa palvelutarjontaa (ml. laboratorio- ja kuvantamistutkimukset).

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että valtiovallan alkuperäinen tavoite oli luoda terveydenhuollon vapausjärjestelmälle valtakunnallisesti yhtenäinen perusta, tiukempi kansallinen valtion ohjaus ja samat pelisäännöt, minkä tuloksena hoito olisi ollut määrällisesti ja sisällöllisesti tasalaatuisia Ruotsin eri osissa. Yhtenäinen järjestelmä olisi tarjonnut vahvemman pohjan perusterveydenhuollon kehittämiseksi ja selkeyttänyt asiakkaiden ja palveluntuottajien asemaa koko maassa. Alueiden tehtävänä olisi ollut vain soveltaa säännöksiä paikallisten olosuhteiden mukaisesti.

Useat alueet vastustivat jo alusta alkaen tiukkaa valtiollista ohjausta vedoten kunnallisen itsehallinnon loukkaamattomuuteen ja periaatteisiin. Lopputuloksena on ollut, että Ruotsissa on toisistaan hieman poikkeavia asiakkaan valintajärjestelmiä. Alueille on jäänyt

²⁴ Andra förändringar kan återspegla att principerna för tillitbaserad styrning fått fäste. Antalet detaljstyrande ersättningsformer har minskat betydligt. Förväntningarna på att finansiell styrning ska bidra till en bättre vård har successivt tonats ned (minskad andel besöksersättning, minskad användning av mål- och resultatbaserad ersättning (Källa: SKR).

²⁵ Tämä tarkoittaa voi tarkoittaa sitä, että terveysaseman saaman korvaukset pienenevät, jos terveysasemalle listatut asiakkaat jonottavat esimerkiksi sairaaloiden päivystyspoliklinikoilla tai he ole saaneet oikeanaikaisesti oikeantyyppistä hoitoa ja päätyvät erikoissairaanhoidon muusta syystä. Asiaa voidaan mitata ja seurata terveysasemalle listautuneiden henkilöiden erityyppisten terveydenhuollon palvelujen käytöllä.

siten melko laaja vapaus määritellä, millaisilla ehdoilla ja vaatimuksilla perusterveydenhuollon valinnanvapautta tarjotaan ja miten asiakaskohtaiset maksut määräytyvät. Järjestelmien kirjavuus voi johtaa pahimmillaan siihen, että kansalaisia ja palveluntuottajia ei kohdella koko maassa samalla tavoin.

Yhtenäiset hoidon korvausjärjestelmät ja yksinkertaiset hinnoitteluperusteet periaatteessa vähentävät hallinnollista työtä ja manipulointia, mutta toisaalta liian kaavamaiset ja yksityiskohtaiset maksuperusteet voivat rajoittaa palveluntuottajien toimintavapautta. Ylipääntään alueiden tai valtion liian tiukasta ohjauksesta voi seurata se, että palveluntuottajat eivät pysty hyödyntämään kaikkea osaamistaan ja tarjoamaan vaihtoehtoisia ratkaisumalleja asiakkaiden ongelmiin. Tämä saattaa kaventaa asiakkaiden todellisia vaihtoehtoja avoterveydenhuollon markkinoilla.

Erityyppisistä korvaustavoista tällä hetkellä ei ole saatavilla tuoreita tietoja, mutta SKR:n vuonna 2022 tekemästä perusterveydenhuollon korvaustapoja kuvaavasta raportista on saatavilla suuntaa antava käsitys asiasta.²⁶ Raportin mukaan kapitaatiopohjainen korvausmalli määritteli 74–100 prosenttia alueiden maksamien korvausten pohjaperusteista vuonna 2021. Lisäksi korvauksia oli sidottu osin terveysaseman maantieteelliseen sijaintiin, tulospohjaisiin tavoitteisiin ja siihen, että asiakkaat pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkälti perustasolla.²⁷

Viranomaisvalvonta

Valinnanvapauden toteutumista valvoo Kilpailuvirasto (*Konkurrensverket*). Viraston tehtävänä on lisätä julkisten hankintayksiköiden tietoa ja osaamista valinnanvapausjärjestelmästä, kartoittaa järjestelmään liittyviä puutteita ja epäkohtia sekä selvittää, onko palveluntuottajien välillä aitoa kilpailua ja lisääkö järjestelmä palvelunkäyttäjien valinnanvapautta. Kilpailuvirasto ylläpitää verkkosivustoa (*upphandlingsmyndigheten.se*), jonka avulla palveluntuottajat ja muut tahot voivat löytää tarpeellista tietoa julkisista hankinnoista ja valinnanvapausjärjestelmistä.

Verkkosivustolta ilmenee palvelutyypeittäin ja toimialoittain tiedot eri kuntien ja alueiden valinnanvapausjärjestelmistä, tietoja hyväksytyksi palveluntuottajaksi tulemiseen tarvittavista hakemuksista ja ehdoista sekä palvelujen tuottamisesta aiheutuneiden kustannusten korvauksista ja korvausperusteista. Sivusto palvelee palvelujen järjestäjiä (tilaajia), tuottajia ja kansalaisia, jotka haluavat seurata palvelujen sisältöä ja määrää. Sivustolle ilmoittaminen on maksutonta ja kaikille avointa. Se on osa Ruotsissa asiakkaan valintaa tukevia digitaalisia palveluja.

Palvelutuotannon laatua valvovat Ruotsissa myös Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ja Sosiaalishallitus (*Socialstyrelse*). Lisäksi terveydenhuollon tilannekuvaa on tarkasteltu Ruotsin tarkastusviraston (*Riksrevisionen*) toimesta. Tarkastusvirasto on Ruotsissa valtiopäivien (*Sveriges riksdag*) alainen viranomainen, joka tutkii muiden valtiollisten viranomaisten, keskushallinnon ja valtionyhtiöiden toimintaa. Tarkastusvirasto tarkastelee valtion menojen käyttöä, raportoi mahdollisista puutteista, toiminnan tehostamistarpeista ja tekee suosituksia toimenpide-ehdotuksiksi.²⁸

²⁶ Sveriges kommuner och regioner: Ersättningsmodeller i primärvården: Delrapport 1 -en nulägesbeskrivning av ersättningsmodeller och andra ekonomiska villkor inom svensk primärvård 2021, Stockholm 2022.

²⁷ Täckningsgrad PV-konsumtion.

²⁸ Tarkastusviraston tehtävänä on osaltaan parantaa hallinnon tehokkuutta ja taloudellisten voimavarojen järkevää.

Valvontaa harjoittavat valtion viranomaiset hakevat omille näkemyksilleen tukea alakoh-
taisten asiantuntijaorganisaatioiden selvityksistä. Niitä kuuluu *Myndigheten för vård- och
omsorganalys* jonka tehtävänä on seurata terveydenhuoltoa (ml. hammashuolto) sekä ter-
veyden- ja sosiaalihuollon rajapintaa potilaiden, palvelunkäyttäjien ja yleensä kansalais-
ten näkökulmasta sekä laatia suosituksia ja toimenpide-ehdotuksia hallitukselle. Toinen
taho on *Folkhälsomyndigheten*, joka on Ruotsissa kansallinen kansanterveyshoidon eri-
tyisasiantuntijaorganisaatio.

Ruotsissa toimii myös *Tillväxtverket*, joka on kansallinen ja valtiollinen viranomaisorga-
nisaatio, jonka keskeisinä tehtävinä on yritysten kilpailukyvyn vahvistaminen ja kestävä
kehitys kaikilla Ruotsissa. Siihen kuuluvat myös kuntien, alueiden ja yritysten välisen
yhteistyön edistäminen, millä on yhtymäkohtia julkisiin hankintoihin. Tällä hetkellä vi-
raston painopistealueita ovat vihreään siirtymään ja fiksuihin digitaalisiin innovaatioihin
liittyvät asiat, yritysten osaamisvajeen korjaaminen sekä yritystoiminnan aloittamisen ja
harjoittamisen kynnysten madaltaminen.

*Taulukko 3 Perusterveydenhuollossa käytetyt kustannusten korvaustavat Ruotsissa alueit-
tain 2021 (Lähde: SKR).*

	Kapitaatiokor- vaus, %- osuus	Kapitaatio (alueen ulkopuoli- sille)	Terveys- asemien asiakas- maksut	Hoito- käynti- pohjainen korvaus	Korvaus maantiet. sijainnin mukaan ²⁹	Tavoite- pohjainen korvaus ³⁰	Palvelujen kattavuus- aste ³¹
Stockholm	75	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä
Uppsala	74	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei
Sörmland	80	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
Östergötland	95	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Ei
Jönköping	88	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Ei	Ei
Kronoberg	90	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Kalmar	79	Kyllä	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Gotland	90	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä
Blekinge	100	Ei	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä
Skåne	93	Ei	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Ei
Halland	100	Ei	Kyllä	Ei	Ei	Ei	Kyllä
VästraGötaland	82	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä
Värmland	95	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Ei
Örebro	85	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei
Västmanland	80	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Ei
Dalarna	74	Ei	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Gävleborg	80	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Västernorrland	79	Ei	Ei	Ei	Kyllä	Ei	Ei
Jämtland Härjedalen	91	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Ei	Ei
Västerbotten	87	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Kyllä
Norrbotten	88	Ei	Kyllä	Ei	Kyllä	Kyllä	Ei

²⁹ Painoarvo korvauksista vaihteli 1–11 prosentin välillä.

³⁰ Keskimääräinen painoarvo korvauksista oli kahden prosentin luokkaa.

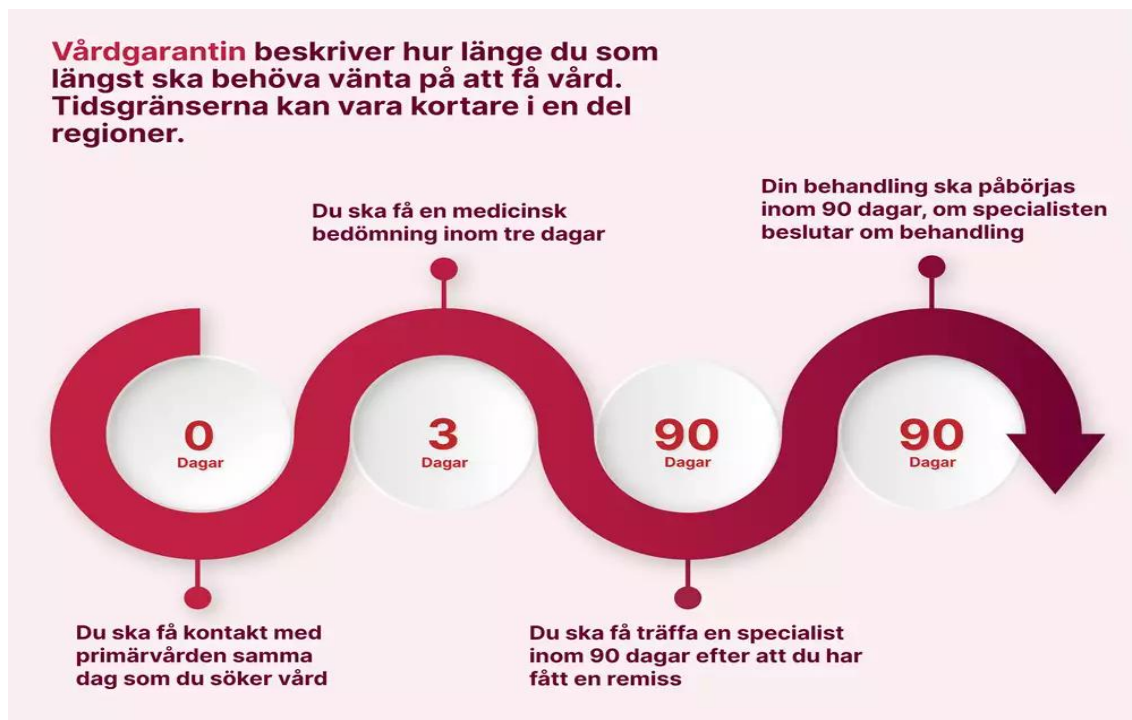
³¹ Täckningsgrad PV-konsumtion.

2.3 Hoitotakuusäännökset³²

Ruotsissa hoitotakuu kertoo enimmäisajat, jotka terveydenhuollon asiakas joutuu maksimissaan odottamaan (kiireetöntä) hoitoon pääsyä. Varsinaisesti hoitotakuu määrittelee hoitohenkilöstökohtaisesti hoidon, joka asiakkaan tulisi saada. Jos terveydenhuoltoyksikkö ei kykene noudattamaan laissa määrättyjä määräaikoja, on asiakkaalla oikeus saada palvelua ilman lisäkustannuksia muulta julkiselta tai yksityiseltä palveluntuottajalta. Avoterveydenhuollossa hoitotakuu on voimassa vain asiakkaan kotialueella (*hemregion*) ja sillä terveysasemalla, jossa hän on kirjoilla (*listad*).³³

Avoterveydenhuollon hoitotakuu ei koske uusintakäyntejä ja pelkkiä tutkimuspalveluja, kuten laboratorio- ja kuvantamispalveluja, hammashoitoa ja yksityisen palveluntuottajan tarjoamia palveluja, joita ei rahoiteta julkisin varoin, tai joista ei ole sopimusta terveydenhuolto rahoittavan alueen kanssa. Käytännössä hoitotakuun aikarajat ovat 0-3-90-90 vuorokautta. Nolla koskee yhteydenottoa saman päivän aikana terveysasemalle, jossa asiakas on kirjoilla (*listad*). Lääketieteellinen arviointi terveyttä koskevaan asiaan on annettava puolesta kolmen päivän sisällä.

Kuvio 2 Hoitotakuusäännökset Ruotsissa (Lähde: 1177.se).



Kontaktikäynti erikoissairaanhoitoon on saatava 90 päivässä lähetteen päiväyksestä avoterveydenhuollossa. Erikoissairaanhoidon toimenpide (leikkaus, yms.) on tehtävä 90 päivän kuluessa hoitopäätöksestä. Joillakin alueilla aikarajat voivat olla lyhyempiä, mutta ne eivät voi olla kansallisia aikarajoja pidempiä. Jos hoitava yksikkö ei pysty tarjoamaan hoitoa aikarajojen puitteissa, asiakas on ohjattava toisen erikoissairaanhoidon yksikön

³² Hoitotakuusäännökset lanseerattiin alun perin vuonna 2005, jolloin niiden tarkoituksena oli nopeuttaa hoitoon pääsyä suunnitellussa aikataulussa sekä lyhentää jonoja ja jonotusaikoja. Alueiden velvollisuudeksi hoitotakuu tuli terveys- ja sairaanhoitolaissa (HSL) vuonna 2010 ja osaksi Potilaslaki (Patientlagen) ne tulivat vuonna 2015.

³³ Hoitotakuu ei siis koske tilanteita, joissa asiakas hakeutuu hoitoon muualle.

hoidettavaksi. Perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon odotusajoista pidetään ajankoh-
taista ja kattavaa seurantatilastoa (*väntetidsstatistik*³⁴).

Ruotsin Tarkastusvirasto (*Riksrevisionen*) on tosin arvostellut voimassa olevaa hoitota-
kuujärjestelmää. Toteutuneita odotusaikoja on syytä edelleen lyhentää, mutta hoitotakuu-
järjestelmiin sisältyy myös eksistentiaalisia valuvikoja. Lääketieteelliseen arviointiin liit-
tyvä kolmen päivän aikaraja voi olla liian lyhyt siihen, että hoitohenkilökunta ennättää
priorisoida suurimmassa hoitotarpeessa olevat asiakkaan muista asiakkaista. Tämä voi
johtaa siihen, että lieviä tapauksia kiirehditään suotta, mikä johtaa avoterveydenhuollossa
tehottomaan rajallisten voimavarojen käyttöön.

2.4 Asiakasmaksut

Asiakasmaksut kattavat vain pienen osan alueiden terveydenhuollon kustannuksista,
jotka katetaan alueveroilla, valtiontuella ja muilla julkisilla avustuksilla. Terveys-
huoltopalvelut, joita alueet eivät rahoita, kuten plastiikkakirurgiset toimenpiteet ja silmien
taittovirheiden leikkaukset, asiakkaat maksavat kokonaan itse. Alueiden asiakasmak-
suissa voi olla pieniä eroja tai poikkeuksia, mutta pääasiassa ne ovat samantasoisia koko
Ruotsissa. Myös jotkut kunnat tarjoavat avoterveydenhuollon sairaanhoitaja- yms. palve-
luja, joiden asiakasmaksuista ne päättävät itse.

Pääsääntöisesti asiakas maksaa käyntimaksut, jotka kullakin alueella ovat voimassa,
vaikka kotipaikka olisi muualla. Joillakin alueilla maksut palautetaan, jos asiakas on jou-
tunut odottamaan vastaanottoa kauemmin kuin on luvattu. 85 vuotta täyttäneiden terveys-
keskuskäynnit, kouluterveydenhuolto (ml. rokotukset), käynnit lastenhoitokeskuksissa ja
kätilöiden luona ovat maksuttomia. Niihin kuuluvat myös mammografiatutkimukset yli
40-vuotiaille naisille sekä gynekologiset papa-testit yli 23-vuotiaille. Sama koskee mää-
rättyjä kansanterveystauteja potevien tutkimuksia.

Ruotsissa terveydenhuollon asiakkaita on turvattu korkeiden kustannusten suojalla (*hög-
kostnadsskydd*). Se on avoterveydenhuollossa 1 450 kruunua (132 euroa) 12 kuukauden
aikana. Kustannussuoja tarkoittaa sitä, että asiakas maksaa 12 kuukauden aikana asiakas-
maksuja enintään 1 450 kruunuun saakka. Sen jälkeen hän saa niin sanotun digitaalisen
tai fyysisen ilmaiskortin, joka on voimassa loput 12 kuukautta koko maassa. Kustannus-
suoja ei kata yleensä sairaalahoidon päivämaksuja, rokotuksia, todistuksia ja terveystar-
kastuksia tai peruuttamattomia käyntejä.

Monilla alueilla lasten ja nuorten avoterveydenhuollon asiakaskäynnit ovat maksuttomia
alle 20-vuotiaille. Sairalahoidossa päivämaksu saa olla enintään 130 kruunua. Hintatur-
vaan kuuluvien lääkkeiden kustannussuoja on 12 kuukauden aikana pääsääntöisesti 2 900
kruunua (264 euroa), mutta jotkut lääkkeet ovat ilmaisia. Hintaturvaan kuuluvat lääkkeet
ovat ilmaisia myös alle 18-vuotiaille lapsille. Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että
kustannussuoja (hintaturva) on Ruotsissa melko alhaalla. Suun terveydenhuollossa on
omat säännöksensä enimmäismaksuista ja kustannussuojasta.³⁵

³⁴ Seurantatilasto koskee kaikki alueita, palvelu- ja hoitomuotoja ja erityyppisiä palveluntuottajia (yksityinen ja julkinen)
ks. www.vantetider.se

³⁵ ks. www.1177.se.

1177.se -palvelusta ilmenee, että perusterveydenhuollossa yleislääkärin (*husläkare*) keskimääräinen käyntimaksu on 265 kruunua (noin 24 euroa) vuonna 2025. Erikoislääkärikäynnin keskimääräinen asiakasmaksu on 315 kruunua (noin 29 euroa). Yleislääkärin asiakasmaksut ovat korkeimmat (väh. 350 kruunua) Västernorrlandissa ja Jämtland Härjedalissa ja alhaisimmat (200 kruunua) Västra Götalandissa, Västermanlandissa, Uppsalassa, Kronobergissa ja Skånessa. Erikoislääkärin käyntimaksu on Sörmanlandissa (460 kruunua) ja matalin Skånessa (200 kruunua).

Taulukko 4 Perusterveydenhuollon asiakaskäyntien maksut (kr) yleis- ja erikoislääkäreillä 2025 (Lähde: 1177.se).

	Yleislääkäri, kr	Erikoislääkäri, kr
Jämtland Härjedalen	400	400
Västernorrland	370	370
Blekinge	300	350
Dalarna	300	450
Gotland	300	300
Norrbottn	300	300
Värmland	300	300
Västerbotten	300	300
Stockholm	275	275
Sörmland	260	460
Örebro	260	260
Gävleborg	250	250
Jönköping	250	250
Kalmar	250	250
Östergötland	250	250
Halland	200	300
Kronoberg	200	400
Skåne	200	200
Uppsala	200	260
Västmanland	200	400
Västra Götaland	200	300
Keskiarvo	265	315

2.5 Suun terveydenhuolto Ruotsissa

2.5.1 Hammashoidon järjestelmä pääpiirteittäin

Suun terveydenhuolto ei ole perusterveydenhuollon pakollisen asiakkaan valinnan piirissä, vaan hammashoidolla on omat julkisesti tuetut järjestelmänsä. Ruotsissa toimii julkinen alueiden ylläpitämä hammashoitojärjestelmä (*Folktandvården*) sekä yksityisiä hammaslääkäreitä (*privata tandläkare*). Alueet (*Folktandvården*) ovat vastuussa vain alle 20-vuotiaiden hammashoidosta ja 20 vuotta täyttäneiden erikoishammashoidosta, joita varten niillä on suun terveydenhuollon palvelutarjontaa.³⁶ Alueiden tehtäviin kuuluu myös suun terveydenhuollon edistäminen väestön keskuudessa.³⁷

Alle 20-vuotiaiden hammashoito on maksutonta julkisilla ja yksityisillä hammaslääkäri-aseilla. Sen jälkeen asiakkaat siirtyvät valtion vakuutuskassajärjestelmän piiriin, jonka puitteissa he voivat valita haluamansa palveluntuottajan. Aikuiset maksavat hammashoidosta omavastuun ja *Försäkringskassan* (vakuutuskassa) korvaa loppuosan viitehintojen pohjalta. Ruotsissa *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV* määrittelee, mitkä hoidot ovat valtion tukeman aikuisten yli 19-vuotiaiden suun terveydenhuollon piirissä. TVL päättää myös viitehinnoista.

Viitehinnat vastaavat suoritettujen palvelujen ”normaalitasoa” sisältäen perus- ja hammas teknisen työn ja käytetyt materiaalit. Viitehinnat jakaantuvat yleishammaslääke- ja erikoishammaslääketieteen viitehintoihin. Erikoishammashoidon viitehintaa sovelletaan silloin, kun suun terveydenhuollon asiakas ohjataan hoitoon erikoisan alan hammaslääkärille, jolla on asianomaisen erikoisan alan pätevyys. Yksityisellä puolella hammashoidon julkinen tuki riippuu siitä, onko hammashoitolalla asiasta sopimus ja sähköinen yhteys valtion vakuutuskassaan (*Försäkringskassan*).

Käytännössä julkinen valtion tuki jakaantuu Ruotsissa kolmeen ryhmään, jotka ovat hammashoidon yleinen tuki (*allmänt tandvårdsbidrag*), hammashoidon erityinen tuki *särskilt tandvårdsbidrag*) ja korkeiden kustannusten suoja (*högkostnadsskydd*). Yleistä tukea voidaan käyttää tutkimuksiin, ennaltaehkäiseviin toimenpiteisiin ja ylipäätään kaikkeen suun terveydenhuoltoon, joka oikeuttaa julkiseen tukeen. Erityistä tukea voivat saada henkilöt, joilla sairaus tai heikentynyt toimintakyky (*funktionsnedsättning*) voivat johtaa suun terveydentilan heikkenemiseen.³⁸

Kustannussuoja (*högkostnadsskydd*) tarkoittaa, että henkilöt, joilla suun terveydenhuollon kustannukset ylittävät määrätyn summan julkiseen tukeen oikeuttavista toimenpiteistä vuoden aikana (12 kk), maksavat vain osa hoidon kustannuksista. Vakuutuskassa maksaa loppuosan suoraan palveluntuottajalle (*vårdgivare*). Suurten kustannusten suojassa otetaan huomioon myös henkilön käyttämä yleinen ja erityinen hammashoidon

³⁶ Alueet (*Folktandvården*) voivat omalla päätöksellään ottaa vastuun myös 20-vuotta täyttäneiden suun terveydenhuollosta siinä mittakaavassa, kun haluavat (*Tandvårdslagen 125/1985, 7 §*)

³⁷ Alue voi sopimuksen nojalla siirtää julkisen hammashoidon palvelutehtäviä muulle taholle. Viranomaistehtäviä ei voida kuitenkaan siirtää alueilta toiselle oikeushenkilölle tai luonnolliselle henkilölle (ks. *Tandvårdslag 15/1985, 5 §*).

³⁸ Erityistä tukea voidaan käyttää ennaltaehkäisevään hammashoitoon, joilla edistetään hyvää suun terveydentilaa.

julkinen tuki. Asiakkaalla on myös itse mahdollisuus vaikuttaa siihen, milloin 12 kuukauden tarkasteluajanjakso alkaa uudelleen.³⁹

Käytännössä aikuisten hammashoidon yleinen tuki riippuu iästä. Tuki 20–23-vuotiaille ja yli 65-vuotiaille on 600 kruunua vuodessa ja 24–64-vuotiaille 300 kruunua. Suun terveydenhuoltoon on mahdollista saada myös erityistä tukea.⁴⁰ Lisäksi 3 000–15 000 kruunun välillä olevista kuluista vuodessa korvataan 50 prosenttia, kun taas 15 000 kruunua ylittävältä kuluosuudelta korvaus on 85 prosenttia. Viimeksi mainitut summat kuvaavat hammashoidossa korkeiden kustannusten suojaa (*högkostnadsskydd*), jonka piirissä ovat kaikki 20 vuotta täyttäneet.

Korkeiden kustannusten suojan lähtökohtana ovat tehtyjen toimenpiteiden viitehinnat. Viitehintojen ylimenevältä osin asiakas vastaa maksusta omalla rahoituksellaan. Lisäksi korkeiden kustannusten korvauksissa otetaan huomioon asiakkaan viitehinnoitelluista toimenpiteistä saadut yleiset tuet. Asiakas saa korkeista kustannuksista hyvityksen automaattisesti kaikissa niissä hammashoitoloissa, joilla on voimassa oleva sopimus vakuutuskassan kanssa. Kustannussuojasta on yksityiskohtaisia säännöksiä koskien vaikkapa hammaskruunuja, hammassiltoja ja implantteja.

Yksityiset ja julkiset hammaslääkäriasemat voivat tietenkin hinnoitella palvelunsa vapaasti, jolloin viitehintoja suuremmat maksut ovat kokonaan asiakkaan omalla vastuulla. Ruotsissa viitehintoja voi kuitenkin vertailla todellisiin hammashoitomaksuihin eri hoitotoimenpiteiden osalta kunnittain ja hammaslääkäriasemakohtaisesti TLV:n mainiossa palvelutietokannassa (www.tandpriskollen.se). Hintavertailu voidaan tehdä yksittäisten toimenpiteiden tai hoitopakettien osalta. Toimenpiteistä ja hoitopakettien sisällöstä on palvelutietokannassa myös selostukset.

Abonnemangstandvård

Ruotsissa henkilöt voivat tehdä julkisen palveluntuottajan (*Folktandvården*) kanssa kiinteään vuosi- ja kuukausimaksuun pohjautuvan asiakassopimuksen (*abonnemangstandvård*; *frisktandvård*), jonka aikana he voivat saada tarvitsemaansa suun terveydenhuoltoa. Sopimuskausi kestää yleensä kolme vuotta. Sitä edeltää hammaslääkärin tekemän perusteellinen normaalihintaan tehtävä tutkimus, jonka yhteydessä tehdään ensin tarvittavat hoitotoimenpiteet ja asiakkaan riskiarviointi. Riskiluokituksen pohjalta määräytyvät samalla kuukausi- tai vuosimaksujen suuruus.⁴¹

Sopimukset kattavat yleensä tavanomaisia hampaiden ja suun toimenpiteitä, kuten kiireellistä hammashoitoa (kovaa särkyä aiheuttavat tapaukset, yms.), tutkimuksia ja neuvontaa, karieshoitoa, juurihoitoa (*rotfyllning*) ja purentaongelmien hoitoa (*bettskena*), hampaiden paikkausta ja yksittäisten hammaskruunujen korjausta. Sopimusasiakas kutsutaan säännöllisiin tarkastuksiin. Sopimukset ovat julkisessa hammashoidossa voimassa koko maassa, vaikka henkilö muuttaisi alueelta toiselle. Kuukausimaksuun voi käyttää myös yleistä hammashoidon julkista tukea.

³⁹ Högkostnadsskyddet beräknas per år. Det betyder att alla åtgärder som görs under en sammanhängande period på tolv månader räknas in i högkostnadsskydd. Kunden kan själv bestämma att en ny period ska börja innan den tidigare har löpt ut. Det kan vara fördelaktigt när hen står inför en större behandling.

⁴⁰ Lag om statligt tandvårdstöd (145/2008); Erityinen tuki on 600 kruunua puolessa vuodessa (*Förordning om statligt tandvårdstöd (193/2008, 4b §)*).

⁴¹ Kuukausimaksuista ja sopimusehdoista on saatavilla tietoja alueiden (*Folktandvård*) verkkosivuilla. Premium-luokassa kuukausimaksut voivat liikkua esimerkiksi 50–80 kruunun välillä asiakkaan riippuen iästä.

Lainsäädäntöä

Varsinaisesti suun terveydenhuollosta on säädetty hammashoidon erityislaissa ja asetuksessa (*Tandvårdslag 125/1985; Tandvårdsförordning 1338/1998*). Hyvällä hammashoidolla tarkoitetaan, että hoito on laadukasta, hyvää hygieniatasoltaan ja siinä kiinnitetään erityistä huomiota ennaltaehkäisyyn. Palvelun on oltava turvallista, täytettävä asiakkaan hoidon tarve, oltava helposti saatavilla ja perustuttava potilaan itsemääräämisoikeuteen ja integriteettiin. Laissa korostetaan asiakkaan ja hoitohenkilöstön hyvää yhteispeliä (*goda kontakter*) sekä lasten hammashoitoa.

Kiireelliset tapaukset on asetettava palvelussa etusijalle.⁴² Hoito on mahdollisuuksien mukaan suunniteltava ja suoritettava yhdessä asiakkaan kanssa. Potilaan on saatava tietoa suun terveydentilastaan ja käytettävissä olevista hoitomenetelmistä. Hoidosta ja tutkimuksesta perittyjen korvausten on oltava kohtuullisia ottaen huomioon hoidon luonne, laajuus ja toteutus sekä olosuhteet yleensä. Ennen tutkimuksen tai tietyn hoidon aloittamista terveydenhuollon tarjoajan on ilmoitettava asiakkaalle toimenpiteen kustannukset tai hoitosarjan kokonaiskustannukset.⁴³

2.5.2 Suun terveydenhuolto tilastojen valossa

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että hammashoidon kustannukset olivat Ruotsissa Tilastovirasto SCB:n mukaan 32,0 miljardia kruunua (3,0 mrd. euroa) vuonna 2022. Kustannuksista kotitalouksien osuus oli 57 prosenttia, alueiden 25 prosenttia ja valtion 18 prosenttia. 2010- ja 2020-luvuilla kotitalouksien maksuosuudet ovat alentuneet hieman ja valtion maksuosuudet ovat nousseet. Vuosina 2010–22 hammashoidon kustannukset olivat kohonneet reaalisesti 14 prosenttia. Perusterveyden- ja erikoissairaanhoidon kokonaismenoista hammashoito oli kymmenesosa.

Varsinaisesti julkiseen tukeen oikeuttava aikuisten suun terveydenhuolto muodosti 61 prosenttia eli 19,4 miljardia kruunua⁴⁴ hammashuollon markkinoista vuonna 2022. Siitä julkinen tuki oli 6,9 miljardia kruunua (35 %) ja asiakkaiden omavastuuosuus 12,6 miljardia kruunua (65 %). Julkisesta tuesta yleinen hammashuollon tuki oli puolestaan 2,1 miljardia kruunua, erityinen tuki 67 miljoonaa kruunua ja suurkustannussuoja 4,7 miljardia kruunua. Asiakkaiden omasta maksuosuudesta sopimus pohjainen hammashuolto (*abonnemangstandvården*) oli 1,5 miljardia kruunua.

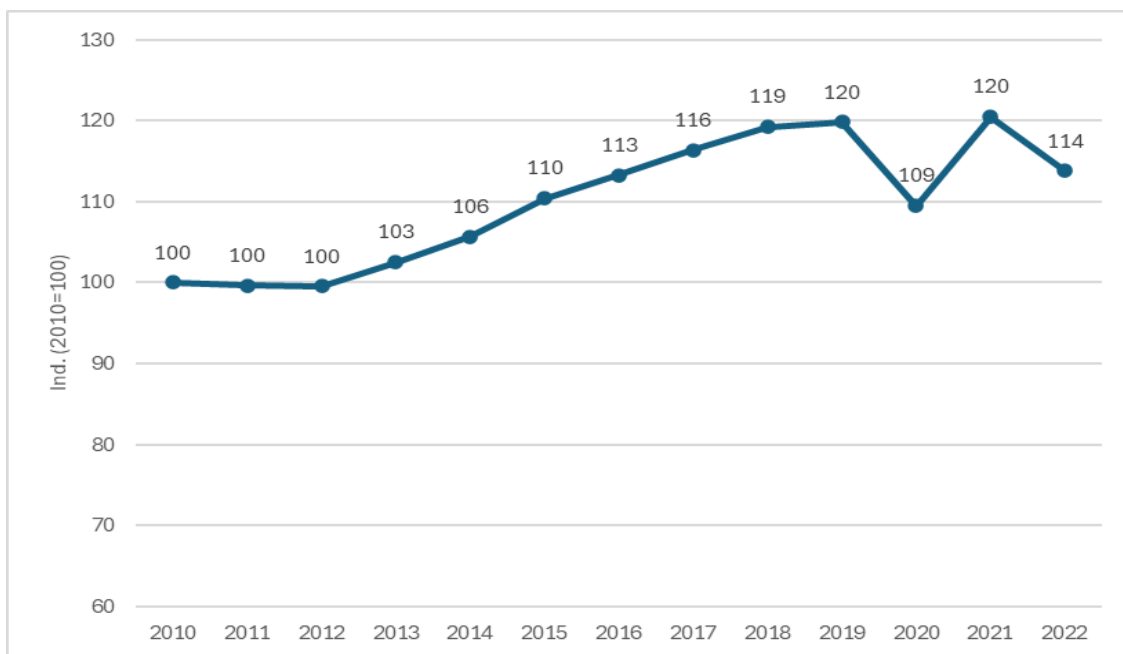
Vuodelta 2023 ei ole saatavilla kattavia tilastoja, mutta julkinen tuki oli noussut yhteensä 7,3 miljardiin kruunuun. Siitä yleinen tuki oli 2,1 miljardia kruunua (29 %), suurten kustannusten suoja 5,1 miljardia kruunua (70 %) ja erityinen tuki 75 miljoonaa euroa (1 %). Reaalisesti aikuisten julkisen tuen kehitys on seurannut hammashuollon kustannusten yleistä kehitystä Ruotsissa vuosina 2010–23. Julkisesta tuesta 76 prosenttia (5,6 mrd. kr) kanavoitui yksityiseen hammashoittoon ja 24 prosenttia (1,7 mrd. kr) julkiseen hammashuoltoon vuonna 2023.

⁴² Suun terveydenhuolto ei ole Ruotsissa hoitotakuun (*vårdgaranti*) sääntelyn piirissä, mutta kiireelliset tapaukset on hoidettava viivytyksettä (*Akuta fall ska behandlas i förtur*).

⁴³ Suun terveydenhuollon palveluntuottaja on velvollinen antamaan potilaan pyynnöstä todistuksen siitä, mitä materiaaleja on käytetty proteeseissa ja muissa pysyvästi menetettyjen kudosten korvaamiseen tähtäävissä hoidoissa. Palveluntuottajalla edellytetään olevan hyvä hoitoon tarvittava henkilökunta, tilat ja välineet. Hyvän hammashoidon tuottaminen koskee sekä julkisia (alueiden) ja yksityisiä hammashoitoloita.

⁴⁴ Viitehinnoilla mitaten markkinoiden koko oli noin 16 miljardia kruunua.

Kuvio 3 Hammashoidon kustannusten reaalin kehitys Ruotsissa 2010-22, ind. 2010=100 (Lähde: SCB).



Taulukko 5 Julkiseen tukeen oikeuttavan suun terveydenhuollon kustannukset 2022 (Lähde: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TVL).

	Miljardia kruunua	Osuus, %
Asiakkaat yhteensä	12,6	64,6
- hammashoidon käyntimaksut	11,1	56,9
- asiakassopimusten maksut	1,5	7,7
Julkinen yhteensä	6,9	35,4
- yleinen hammashoidon tuki	2,1	10,8
- erityishoidon tuki	0,1	0,5
- suorkustannussuoja	4,7	24,1
Total	19,5	100,0

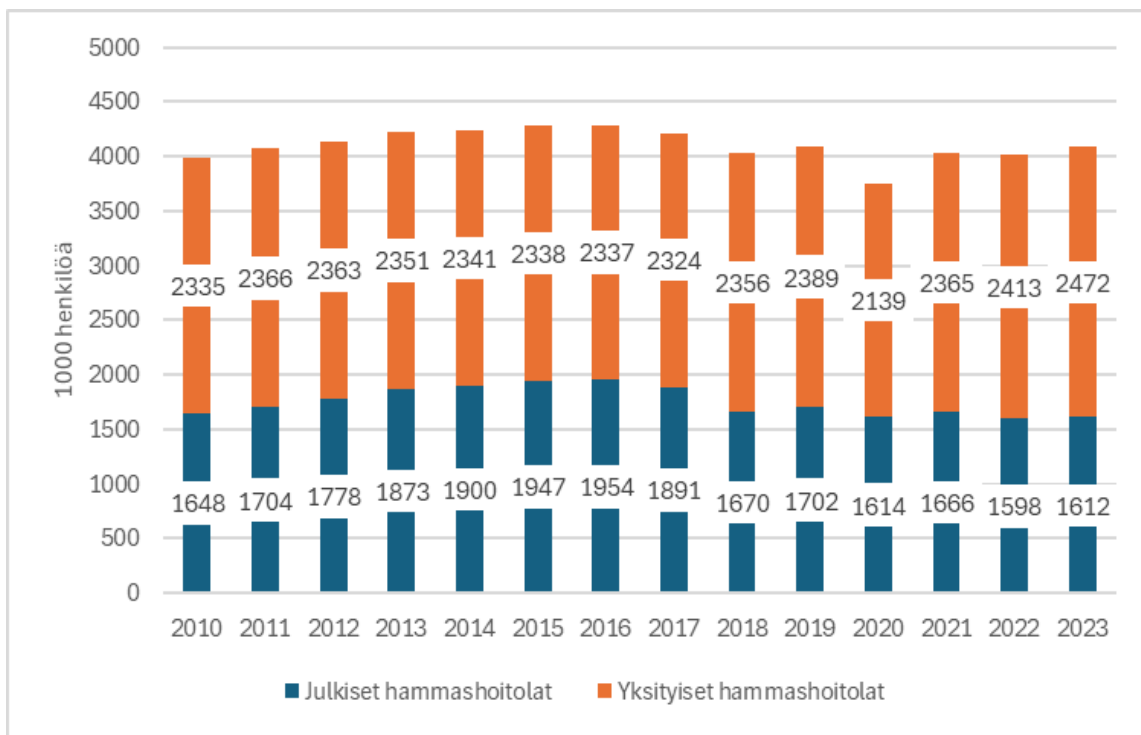
Taulukko 6 Yksityisen ja julkisen (Folktandvård) suun terveydenhuollon osuus julkisesti tuetusta hammashoidosta tukityypeittäin 2022, prosenttia (Lähde: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TVL).

	Julkinen toiminta	Yksityinen toiminta
Yleinen hammashoidon tuki	37	63
Erityishoidon tuki	30	70
Suurten kustannusten suoja	18	82
Total	24	76

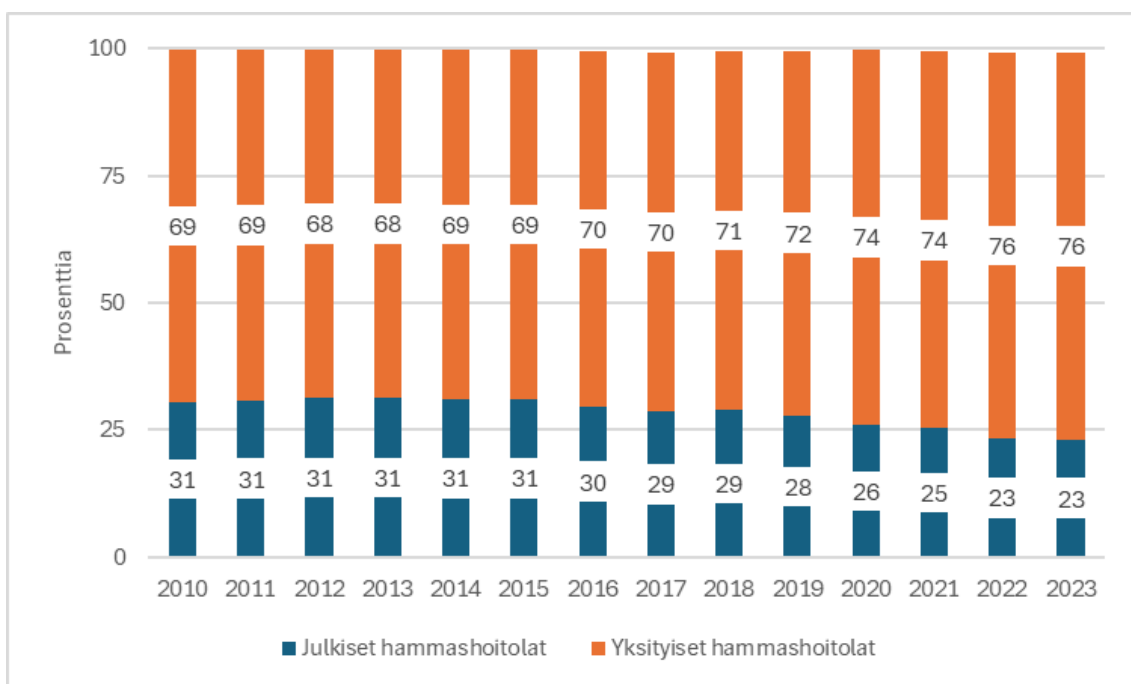
Yksityisen toiminnan osuus julkiseen tukeen oikeuttavasta hammashoidosta on lisääntynyt Ruotsissa rahamääräisesti vuodesta 2016 lukien. Toteutunutta kehitystä ovat edesauttaneet kustannussuojan korotukset (*högkostandskyddet*). Aikuisia asiakkaita oli julkisesti tuetun hammashoidon piirissä yhteensä 4,043 miljoonaa vuonna 2023. Heistä 2,472 miljoonaa oli käyttänyt yksityisiä hammashoitoloita ja 1,611 miljoonaa julkisia

hammashoitoloita (*Folktandvården*). Asiakkaiden kokonaismäärä on suurimmillaan vuosina 2015–16, josta se on alentunut hieman.

Kuvio 4 Yksityisten ja julkisten hammashoitoloiden asiakkaat julkiseen tukeen oikeutavassa hammashoidossa 2010–23, 1000 henkilöä (Lähde: Försäkringskassan).



Kuvio 5 Yksityisten ja julkisten hammashoitoloiden osuus julkisesta suun terveydenhuollon tuesta 2010–23, prosenttia (Lähde: Försäkringskassan).

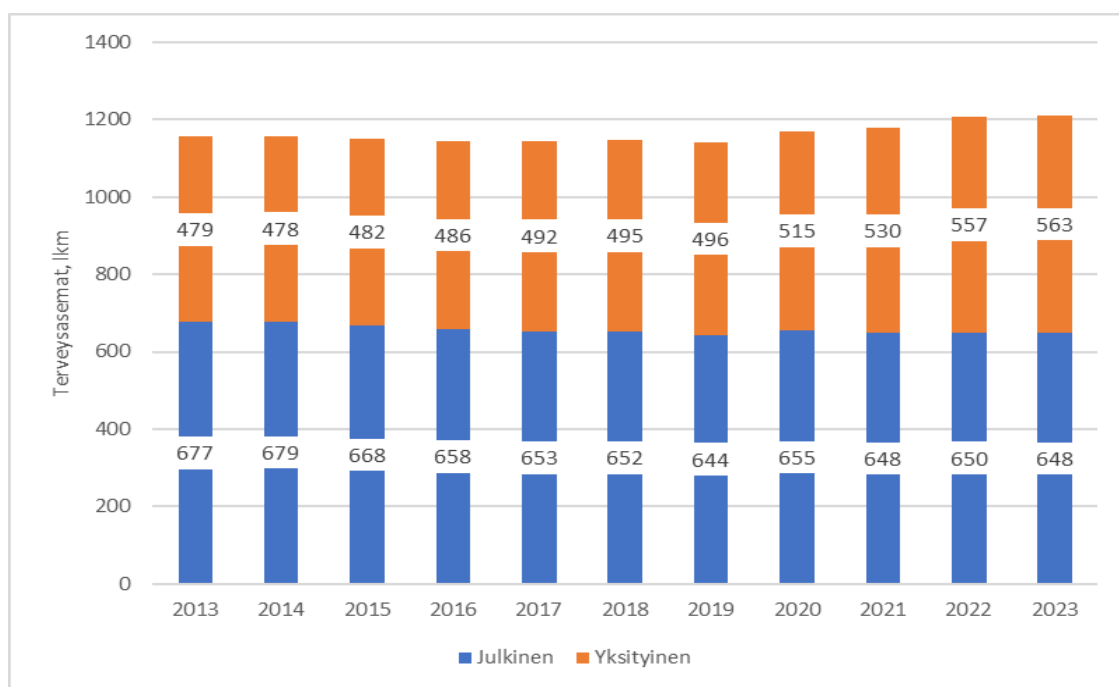


3 Terveysthuollon tuottajat ja asiakkaat

3.1 Yksityiset ja julkiset terveysasemat

Sveriges Kommuner och Regioner SKR:n tilastojen mukaan Ruotsissa oli 1 211 terveysasemaa (*vårdcentral*), joista yksityisiä oli 563 (47 %) vuonna 2023. Alueiden omia terveysasemia oli 648 (53 %) (Kuvio 6). Vuosina 2013–23 terveysasemien kokonaismäärä oli lisääntynyt 55 tilastoyksiköllä (4,8 %). Terveysasemien määrä pysyi melko vakaana vuosina 2010–19, ja parina vuonna terveysasemien määrä jopa väheni. Reippainta terveysasemien lisäys oli vuosina 2020–22. Alueelliset erot terveysasemien määrien kehityksessä voivat olla silti huomattavia.

Kuvio 6 Alueiden (regioner) julkisomisteiset ja yksityiset terveysasemat Ruotsissa 2013–23, lkm (Lähde: SKR:n tilastot).



Terveysasemien kokonaismäärä jopa väheni kuudella alueella vuosina 2013–23. Eniten niiden määrä supistui Jönköpingin alueella. Tosin yksityisten terveysasemien määrä kohosi koko Ruotsissa 84 palveluyksiköllä (18 %), mutta julkisvetoisten terveysasemien määrä väheni 29 palveluyksiköllä (4 %) (Taulukko 7). Alueittain katsottuna yksityisten terveysasemien määrä on kohonnut eniten Tukholman, Skånen ja Västra Götalandin alueilla vuosina 2013–23. Yhteensä yksityisten terveysasemien määrä kasvoi näillä kolmella alueella 76 palveluyksiköllä.⁴⁵

Yksityisten terveysasemien määrä supistui vain kuudella alueella, kun julkisten terveysasemat vähenivät 14 alueella, joista määrällinen muutos oli suurin Värmlandissa ja Norrbottenissa. Seitsemällä alueella julkisten terveysasemien määrä kasvoi tai pysyi ennallaan. Lääkärien määrällä mitattuna terveysasemista viidennes työllisti alle kolme lääkäriä

⁴⁵ Myös suomalaisomisteinen Mehiläinen on toiminut vuodesta 2020 lukien alueiden terveyshuollon markkinoilla Melivabrändillä. Yritys työllistää 1 000 henkilöä ja sillä on noin 30 terveysasemaa ja niissä on 155 000 listautunutta asiakasta. Melivalla on kolme erikoissairaanhoidon yksikköä ja yrityksen kasvu jatkuu yritysostojen ja orgaanisen kasvun kautta.

vuonna 2022 (pl. lääkärimäärältään tuntemattomat). Vähintään viisi lääkäriä työllisti 47 prosenttia. Alueiden terveysasemat olivat lääkärimäärältään suurempia kuin yksityiset terveysasemat, joskin erot eivät ole suuria (Kuvio 7).

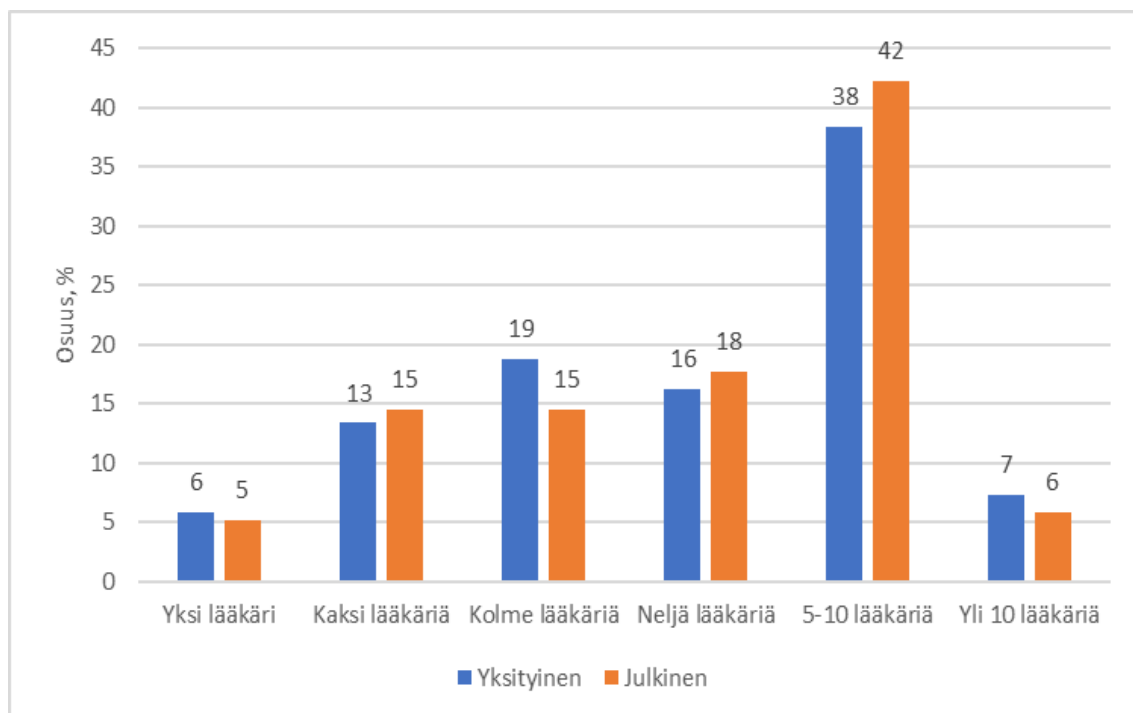
Lähtökohtaisesti terveysasemat on varustettu siten, että niissä on henkilökuntaa vain perustarpeita varten. SKR:n tilastojen mukaan pienten alle neljän lääkärin terveysasemien suhteellinen osuus oli vuonna 2022 suurin (yli 50 %) seuraavilla alueilla: Norrbotten, Västernorrland, Gävleborg, Västerbotten, Jämtland Härjedal, Kronoberg ja Kalmar. Eniten suuria yli kymmenen lääkärin terveysasemia oli seuraavilla alueilla: Dalarna, Östergötland, Jönköping, Uppsala ja Tukholma. Näistä alueista suurten yksityisten terveysasemien aseman oli vahvin Dalarnan alueella.

Haja-asutusalueilla toimivat terveysasemat ovat joskus paremmin varustettuja ja suurempia kuin asutuskeskusten ja suurten taajamien terveysasemat, sillä haja-asutusalueilla ei ole lähistöllä sairaalapalveluja, joten terveysasemat tarjoavat tavanomaista perusterveydenhuoltoa enemmän erikoisosaamista vaativaa terveydenhuoltoa ja tutkimuspalveluja (laboratoriotutkimukset, yms.). Osassa terveysasemia lääkärin määrä on jäänyt tuntemattomaksi, siksi tuoreimmat vuoden 2023 tiedot terveysasemien koosta pohjautuvat listattujen asiakkaiden määrään.

Taulukko 7 Julkiset (alueiden) ja yksityiset terveysasemat alueittain (enligt regioner) Ruotsissa 2023, lkm (Lähde: SKR:n tilastot).

	Julkiset 2023, lkm	Yksityiset 2023, lkm	Yhteensä 2023, lkm	Yksityiset, %	Muutos julkiset 2013–23	Muutos yksityiset 2013–23	Muutos yhteensä 2013–23
Stockholm	67	168	235	71,5	-1	28	27
Västra Götaland	105	106	211	50,2	-9	19	10
Skåne	82	93	175	53,1	-3	29	26
Uppsala	23	25	48	52,1	2	3	5
Östergötland	34	13	47	27,7	0	4	4
Halland	24	22	46	47,8	1	-1	0
Gävleborg	26	16	42	38,1	-2	3	1
Jönköping	28	12	40	30,0	-3	-9	-12
Kalmar	26	12	38	31,6	2	2	4
Västerbotten	33	5	38	13,2	2	-1	1
Kronoberg	21	11	32	34,4	0	0	0
Sörmland	19	13	32	40,6	2	4	6
Västernorrland	19	12	31	38,7	-1	1	0
Norrbotten	24	6	30	20,0	-6	3	-3
Värmland	22	8	30	26,7	-6	-1	-7
Dalarna	23	5	28	17,9	-1	0	-1
Jämtland Härjedalen	21	7	28	25,0	-1	3	2
Västmanland	11	17	28	60,7	-1	-1	-2
Örebro	24	4	28	14,3	-1	0	-1
Blekinge	12	6	18	33,3	-1	-2	-3
Gotland	4	2	6	33,3	-2	0	-2
Yhteensä	648	563	1 211	46,5	-29	84	55

Kuvio 7 Julkiset (alueiden) ja yksityiset terveysasemat lääkärin lukumäärän mukaan 2022, prosenttia terveysasemista (pl. lääkärimäärältään tuntemattomat) (Lähde: SKR:n tilastot).



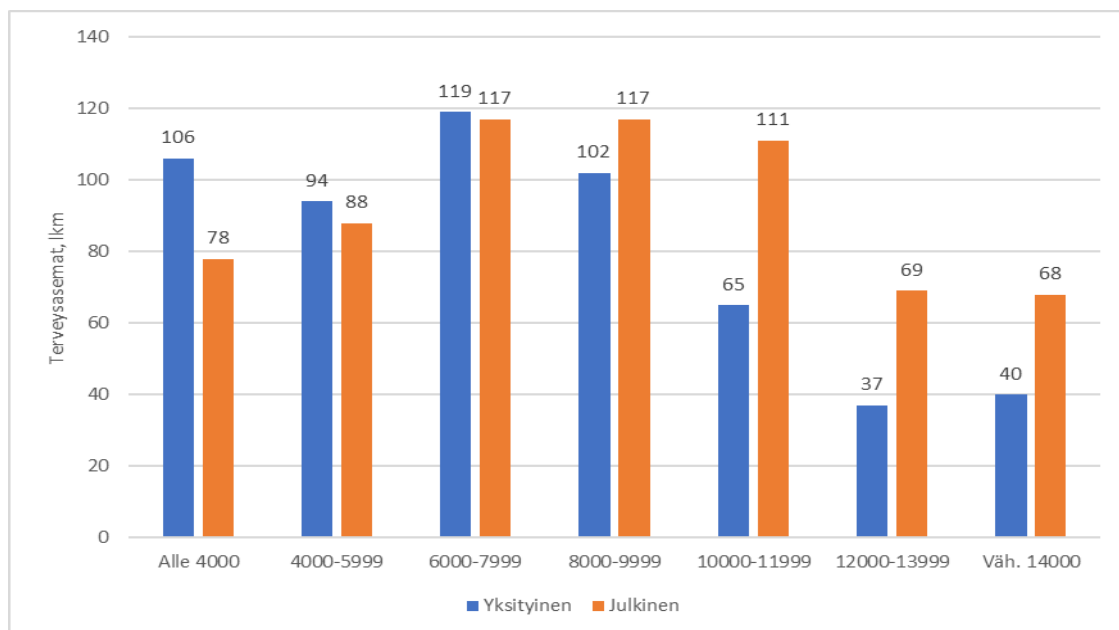
Terveysasemat kokoluokittain asiakkaiden mukaan

Terveysasemille listatun väestömäärän mukaan arvioituna suuria, vähintään 14 000 asiakkaan terveysasemia oli yhdeksän prosenttia (108 kpl) kaikista terveysasemista vuonna 2023. Terveysasemista 23 prosentilla oli 12 000–13 999 asiakasta, 38 prosentilla 6 000–9 999 asiakasta ja 30 prosentilla alle 6 000 listattua asiakasta. Omistajatyypeittäin tarkasteltuna yksityiset terveysasemat olivat koko maassa enemmistönä alle 8 000 asiakkaan terveysasemissa. Sen sijaan julkiset omistamat terveysasemat olivat enemmistönä asiakaskunnaltaan tätä suuremmissa terveysasemissa.

Alueellisesti vähintään 14 000 listatun asiakkaan terveysasemien merkitys oli vuonna 2023 suurin Dalarnan, Östergötlandin ja Örebron alueilla (*regioner*). Näillä alueilla suurten terveysasemien suhteellisen osuus kohosi vähintään 15 prosenttiin terveysasemien kokonaismäärästä vuonna 2023. Gotlannin ja Jämtland Härjedalen alueilla asiakasmäärältään suuria terveysasemia ei ollut lainkaan. Suhteellisesti eniten (vähintään 50 %) pieniä alle 6 000 listatun asiakkaan terveysasemia oli puolestaan Jämtland Härjedalenin, Västerbottenin ja Kronobergin alueilla.

Ylipäätään voidaan todeta, että perusterveydenhuollon pakollinen asiakkaan valintajärjestelmä ei ole johtanut Ruotsissa yksityisen terveydenhuollon keskittymiseen. Suuret terveysasemat ovat useimmiten julkisomisteisia ja suurin osa yksityisistä yrityksistä on yhä yhden terveysaseman yrityksiä, eikä tilanne ole muuttunut merkittävästi 2010-luvun alusta. Kilpailuongelmia on aiheuttanut sitä vastoin verkkolääkäriyhtiöiden tulo markkinoilla, missä haasteet liittyvät alueiden ulkopuolella palveluja tarjoaville verkkolääkäriyhtiöille maksettuihin korvauksiin.

Kuvio 8 Julkisomisteiset alueiden (regioner) ja yksityiset terveysasemat listattujen asiakkaiden määrällä mitattuna 2023 (Lähde: SKR:n tilastot).



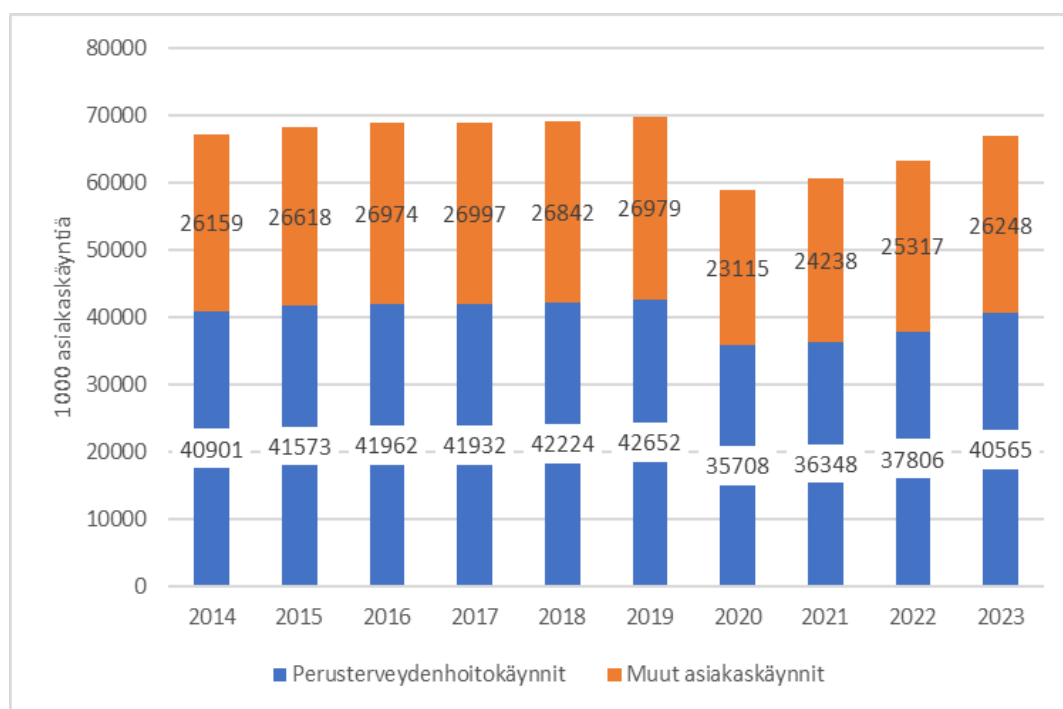
Taulukko 8 Terveysasemat alueittain (enligt regioner) Ruotsissa yhteensä listattujen asiakkaiden määrällä mitattuna 2023 (Lähde: SKR:n tilastot).

	Alle 6000 asiakasta, lkm	6 000– 9999 asia- kasta, lkm	10 000– 13 999 asiak, lkm	Vähintään 14 000 asiak, lkm	Yh- teensä, lkm	Alle 10 000 asiak., %	Vähintään 10 000 asiak., %
Stockholm	66	85	53	31	235	64,3	35,7
Västra Götaland	62	87	45	17	211	70,6	29,4
Skåne	45	82	42	6	175	72,6	27,4
Uppsala	13	19	13	3	48	66,7	33,3
Östergötland	7	19	13	8	47	55,3	44,7
Halland	15	20	10	1	46	76,1	23,9
Gävleborg	18	17	5	2	42	83,3	16,7
Jönköping	12	9	14	5	40	52,5	47,5
Kalmar	15	18	4	1	38	86,8	13,2
Västerbotten	19	9	7	3	38	73,7	26,3
Sörmland	9	7	12	4	32	50,0	50,0
Kronoberg	18	8	6	0	32	81,3	18,8
Västernorrland	13	10	5	3	31	74,2	25,8
Värmland	6	11	9	4	30	56,7	43,3
Norrbottn	9	11	7	3	30	66,7	33,3
Örebro	3	9	10	6	28	42,9	57,1
Västmanland	5	9	11	3	28	50,0	50,0
Dalarna	6	8	8	6	28	50,0	50,0
Jämtland Härjedalen	21	4	3	0	28	89,3	10,7
Blekinge	3	10	3	2	18	72,2	27,8
Gotland	1	3	2	0	6	66,7	33,3
Yhteensä	366	455	282	108	1211	67,8	32,2

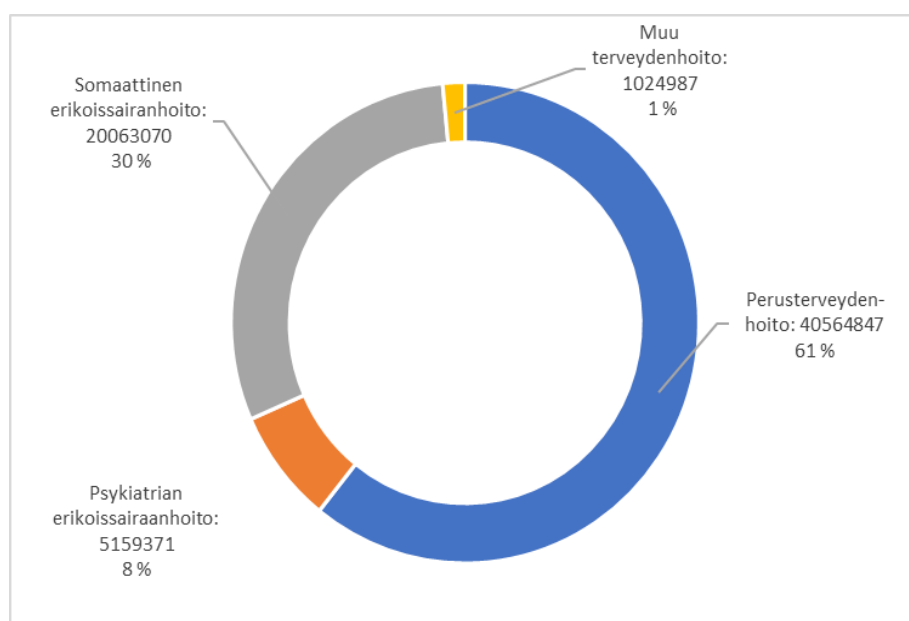
3.2 Terveystenhuollon asiakaskäynnit

Alueiden järjestämässä terveydenhuollossa tehtiin 66,8 miljoonaa fyysistä asiakaskäyntiä vuonna 2023. Asiakaskäynnit kasvoivat vuoteen 2019 asti, mutta ne kääntyivät laskuun pandemian takia. Vuonna 2020 asiakaskäynnit putosivat 10,8 miljoonalla käynnillä. Sittemmin asiakaskäynnit ovat lisääntyneet, mutta niiden määrä oli vuonna 2023 yhä 2,8 miljoonaa käyntiä (-4 %) pienempi kuin vuonna 2019. Käynneistä perusterveydenhuollon käynnit olivat 61 prosenttia (40,6 milj.), erikoissairaanhoidon käynnit 38 prosenttia (25,2 milj.) ja muut asiakaskäynnit yhden prosentin.

Kuvio 9 Terveystenhuollon fyysiset asiakaskäynnit Ruotsissa 2014–23 (Lähde: SKR).



Kuvio 10 Terveystenhuollon fyysiset asiakaskäynnit palveluluokittain 2023 (Lähde: SKR).



3.3 Digitaaliset palvelut

Asiakaskäynnit ovat alentuneet hieman enemmän perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa vuosina 2019–23. Osasyynä on ollut epidemiakriisi, mutta fyysiset terveysasemakäynnit alkoivat vähentyä jo ennen pandemiaa, mikä on johtunut terveydenhuollon digitalisoitumisesta. Digitaaliset palvelut ovat lisänneet Ruotsissa samalla palvelujen saavutettavuutta, jolloin palveluja on tarjolla ympäri vuorokauden ja ympäri vuoden. Ilman matkustamista voidaan tavata tehokkaasti lääkäreitä ja muita terveydenhuollon ammattilaisia videokokousten avulla.

Monet digitaalisia terveydenhuollon palveluja tarjoavat yksityiset yritykset ovat alkaneet hyödyntää sähköistä lajittelua ja priorisointia (*digital sorting och prioritering ”triangering”*) toiminnassaan ja palvelun kohdentamisessa, jotta asiakkaan voisivat saada oikea-aikaisesti oikeantasoista palvelua. Osa yrityksistä on kehittänyt uusia digitaalisia palveluja myös kroonisia sairauksia poteville asiakkaille. Niihin kuuluu verenpaineen tutkimusta ja hoitoa, astman tutkimusta ja hoitoa, nivelrikon hoitoa sekä mielenterveysongelmiin liittyvää tutkimusta ja hoitoa.

Digitaalisten vastaanottokäyntien yleistymiseen suhtaudutaan myönteisesti hoitoammattilaisten keskuudessa. Toteutunut kehitys on vauhdittanut muunkin terveydenhuollon digitalisoitumista. Toisaalta digitaaliset käynnit eivät ole vähentäneet merkittävästi työtaakkaa terveysasemilla, koska digitaaliset palvelut on suunnattu asiakkaille, joilla on yksinkertaisia ja helposti hallittavia terveysongelmia. Sen sijaan fyysisillä asiakaskäynneillä hoidetaan aikaa vieviä ja vaikeampia ongelmia. Lisäksi eri korvausjärjestelmät fyysisten ja digitaalisten palvelujen välillä aiheuttavat haasteita.

Ongelmat johtuvat siitä, että terveyskeskusten yksityiset fyysiset asiakaskäynnit korvataan asiakaskohtaisella kapitaatiomallilla. Kapitaatiomallin tarkoituksena on antaa terveysasemille kannusteita pitää potilaat terveisinä ja tyytyväisinä, mutta käymättä terveysasemilla yhtään sen enempää kuin on tarpeen. Sitä vastoin digitaalisia palveluja korvataan kontaktikohtaisesti. Lisäksi fyysisiin asiakaskäynteihin keskittyneiden terveysasemien voi olla vaikea kilpailla oman kotialueen ulkopuolelta tulevien digitaalisten palvelujen tarjoavien palveluntuottajien kanssa.

Kun digitaalisia palveluja hyödyntävä asiakas hakeutuu hoitoon oman kotialueensa ulkopuolelle, siitä voi syntyä hallinnollisia ongelmia. Ne johtuvat siitä, että muilla alueilla toimivilla palveluntuottajilla ei ole sopimuksia asiakkaan kotialueen kanssa. Ulkopuolisilla palveluntuottajilla ei ole myöskään pääsyä asiakkaan kotialueen (*hemregion*) terveysasemien tietojärjestelmiin eikä päinvastoin, mikä voi aiheuttaa tietokatkoksia. Sopimussuhteiden puuttumisesta seuraa myös, että asiakkaan kotialue ei pysty systemaattisesti seuraamaan hoidon lääketieteellistä tuloksellisuutta.

Ruotsissa on pyritty kuitenkin panostamaan systemaattisesti digitaalisiin palveluihin terveydenhuollossa, koska se helpottaa loppupelissä asiakkaiden osallistumista omaan hoitoonsa sekä sujuvoittaa asiakkaiden ja hoitoammattilaisten yhteydenpitoa. Ruotsissa linjattiin jo yhdeksän vuotta sitten, että Ruotsi olisi digitaalisten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen hyödyntämisessä johtava maa maailmassa.⁴⁶ Ruotsin hallituksella on ollut

⁴⁶ Sveriges kommuner och landsting och regeringskansliet socialdepartementet: Hälsa 2025, Vision e-hälsa 2025 – gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård, Stockholm 2016.

myös tavoitteena uudistaa terveydenhuollon digitaalista infrastruktuuria siten, että järjestelmä olisi standardisoitu ja nykyistä yhtenäisempi.

Hallitus on antanut uudistusedistysten ja tiekartan laadinnan E-Terveysvirastolle (*eHälsomyndigheten*). Asia ytimessä on kansallinen digitaalinen infrastruktuuri terveydenhuollossa (pl. hammashuolto), jossa valtiolla olisi tähänastista suurempi vastuu. Päämääränä on, että potilasturvallisuudesta vastaavilla terveydenhuollon palveluntuottajilla ja ammattilaisilla olisi asiakkaista koko ajan ajantasaiset ja oikeat tiedot saatavilla, mikä vähentää työtaakkaa palveluyksiköissä samalla, kun tietojen asianmukaisella käsittelylle ja turvallisuudelle asetetaan korkeat vaatimukset.

Standardisoidulle ja yhtenäiselle digitaaliselle tietoinfrastruktuurille on Ruotsissa suuri tilaus, sillä terveydenhuollon puitteissa laaditaan vuosittain miljoonia erilaisia todistuksia ja erilaisia varmenteita ja niiden käsittelyprosesseja on satoja. Myös sairausetuuksien käsittelyn on arvioitu vaativan kolme miljoonaa työtuntia vuodessa, mikä on poissa terveydenhuollon ammattilaisten ydintyöstä. Digitaalisten palvelujen merkitystä on korostettu Ruotsin terveydenhuollon lainsäädännön uudistuksissa (HSL 30/2017), jotka tulevat voimaan lokakuussa 2025.

Lainsäädäntömuutoksilla on haluttu määritellä terveydenhuollossa etähoidon käsitettä (*distanskontakt*). Lisäksi alueita (*regioner*) velvoitetaan tarjoamaan etähoidon vaihtoehto aina silloin, kun fyysinen asiakaskäynti (*fysisk kontakt*) ei ole välttämätöntä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että kaikilla alueiden kanssa sopimuksen solmineilla terveydenhuollon palveluntuottajilla on oltava edellytykset tarjota asiakkaille etävastaanottoja. Asiakkaiden näkökulmasta palvelutarjonta omalla alueella voi parantua, jos etävastaanottopalveluja ei tarvitse hakea oman alueen ulkopuolelta.

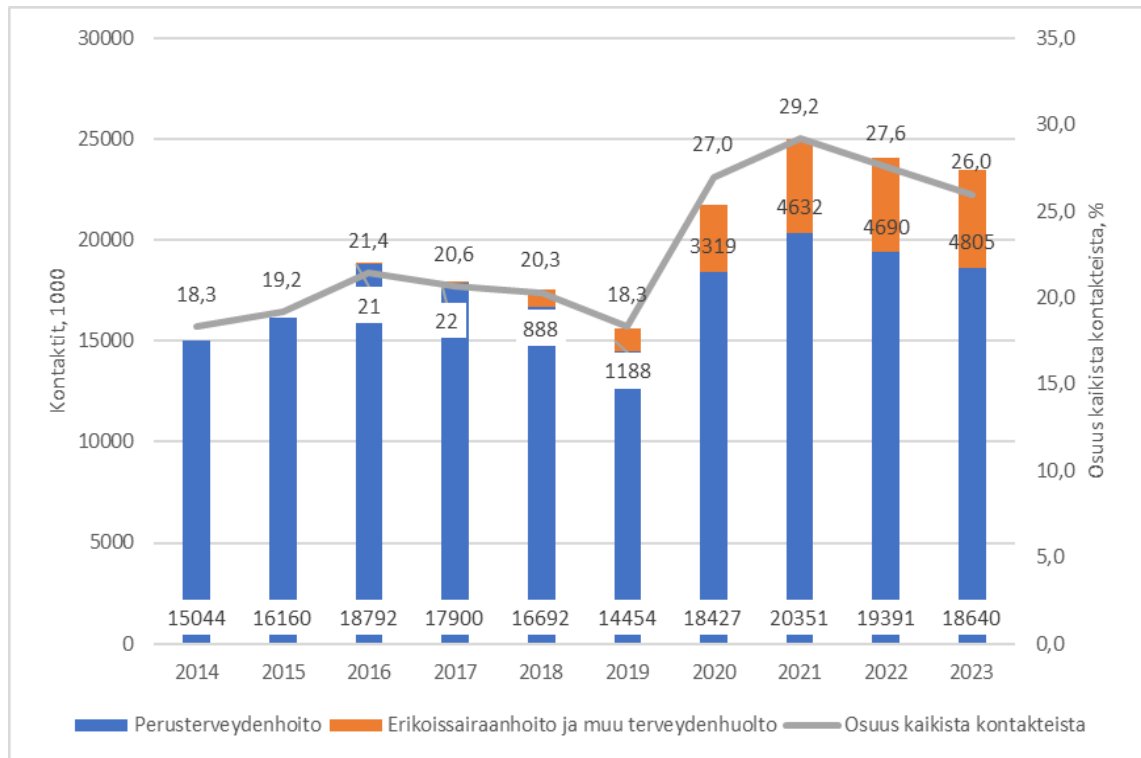
Lakiuudistuksessa on täsmennetty myös alueiden maksamien terveydenhuollon korvausten pelisääntöjä. Periaatteessa asiakkaan (potilaan) kotialue (*hemregion*) ei ole velvollinen korvaamaan toisen alueen etävastaanottojen kustannuksia, jos etävastaanotosta ei ole tehty asianmukaista tarvearviointia etäyhteydellä hoitoa tarjoavan alueen päättämällä perusteilla. Asiakas maksaa vain kotialueensa mukaisen asiakasmaksun etäyhteydellä kotialueensa ulkopuolelta tarjotusta hoidossa (ks. *tarkemmin Regeringskansliet: Effektiv och behovsbaserad digital vård, Ds 7/2023*).

SKR:n tilastojen mukaan etäyhteyksin (video- ja puhelinvastaanotot, yms.) tehtyjen hoitokontaktien määrä oli koko terveydenhuollossa 23,4 miljoonaa. Tästä perusterveydenhuollon osuus oli 79 prosenttia (18,6 milj.), erikoissairaanhoidon 20 prosenttia (4,7 milj.) ja muun terveydenhuollon (1,3 milj.) yksi prosentti. Kaikkien fyysiset käyntien ja etävastaanottojen yhteenlasketusta lukumäärästä (90,3 milj.) etäyhteyksin tapahtuneet vastaanotot muodostivat Ruotsissa 26 prosenttia vuonna 2023. Perusterveydenhuollon tasoisissa palveluissa osuus oli 32 prosenttia.

Psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa etävastaanotot olivat kaikista kontakteista 25 prosenttia ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa 13 prosenttia. Etäyhteyksien kautta tapahtuneiden vastaanottojen lisääntyi yhteensä 50 prosenttia vuosina 2019–23, joskin määrä on alentunut pandemian jälkeen vuosina 2022–23. Määrä on vähentynyt kuitenkin vain perusterveydenhuollossa, sillä erikoissairaanhoidossa etäyhteyksien tapahtuvien kontaktien määrä on kasvanut myös pandemia jälkeen. Ilmeisesti pandemia on kiihdyttänyt digitaalisten hoitomuotojen kehitystä erikoissairaanhoidossa.

Alueellisesti tarkasteltuna etävastaanottojen osuus kaikista terveydenhuollon vastaanottoista oli korkein Sörmanlandin alueella (65 %) vuonna 2023. Sörmlandissa etävastaanottojen osuus oli suuri sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Osuus oli yli 50 prosenttia myös Västra Götalandin ja Örebron alueilla. Alueelliset erot ovat tosin huomattavat, sillä viidellä alueella etävastaanottojen osuus kaikista terveydenhuollon kontakteista jäi alle kymmeneen prosenttiin. Nämä alueet olivat Östergötland, Kalmar, Värmland, Jämtland Härjedal ja Västerbotten.

Kuvio 11 Terveydenhuollon etäkontaktien määrän kehitys toimialoittain ja niiden osuus kaikista vastaanottomuodoista 2014-23 (Lähde: SKR).



3.4 Asiakaskäynnit yksityisissä ja julkisissa palveluyksiköissä

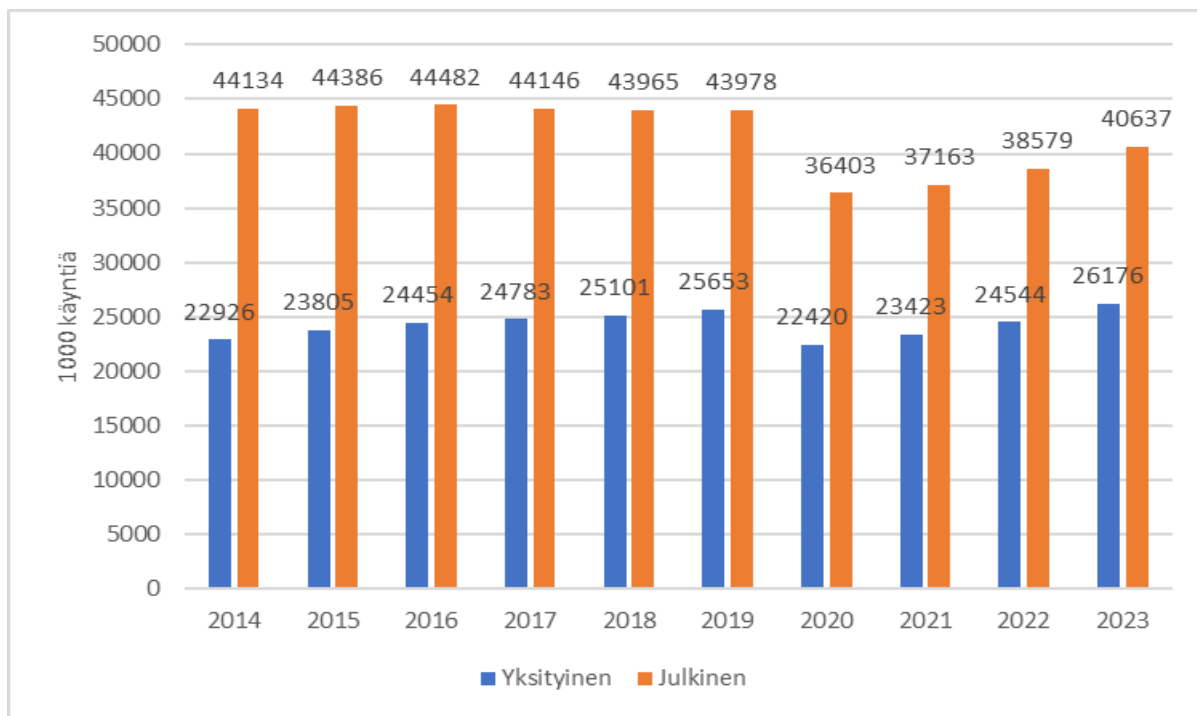
Yksityisten palveluntuottajien asema on vankistunut asiakaskäynneillä mitattuna. Yksityisten palveluntuottajien osuus oli jo 40 prosenttia *kaikista* terveydenhuollon fyysisistä asiakaskäynneistä vuonna 2023, kun osuus oli 34 prosenttia vuonna 2013. Perusterveydenhuollossa osuus oli jo 50 prosenttia. Ammattiryhmittäin katsottuna yksityisten toimijoiden osuus *kaikista* lääkärikäynneistä (23,5 milj.) oli 37 prosenttia ja perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä (11,7 milj.) 46 prosenttia. Myös tämä osuus lääkärikäynneistä oli kasvanut vuosina 2013–23.

Yksityisten palveluntuottajien osuus asiakaskäynneistä on kasvanut enemmän muissa ammattiryhmissä (sairaanhoitajat, yms.) kuin lääkärin puolella, mutta alueelliset erot ovat huomattavia.⁴⁷ Alueellisesti katsottuna yksityisten asiakaskäyntien osuus on selvästi suurin Tukholman alueella. Siellä yksityinen toiminta kattoi jo 64 prosenttia kaikista terveydenhuollon käynneistä ja 72 prosenttia perusterveydenhuollon vuonna 2023.

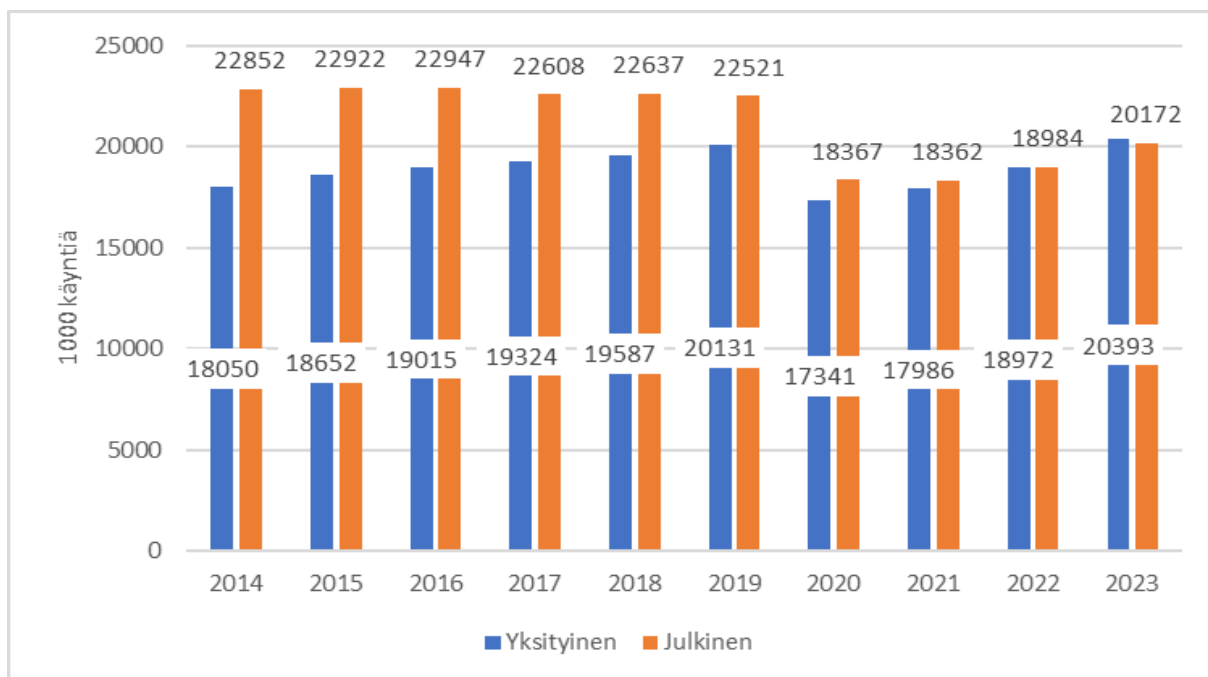
⁴⁷ Toteutunut kehitys liittyy osaltaan siihen, että fyysiset lääkärikäynnit olivat ylipäättään vähentyneet ja rutiinitehtävät ovat siirtyneet uudelleenjärjestelyillä muiden ammattiryhmien vastuulle (sairaanhoitajat, yms.) tai digitaalisiksi.

Tukholmassa kehitystä selittää se, että alue on asettanut vapaaehtoisesti erikoissairaanhoidon asiakkaanvalintajärjestelmän piiriin.

Kuvio 12 Terveysthuollon kaikki fyysiset asiakaskäynnit (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon) tuottajatyypeittäin 2014–23, 1 000 käyntiä (Lähde: SKR:n tilastot)



Kuvio 13 Perusterveydenhuollon fyysiset asiakaskäynnit 2014–23, 1 000 käyntiä (Lähde: SKR:n tilastot).



Varsinkin somaattisessa erikoissairaanhoidossa yksityisten toimijoiden merkitys on Tukholman alueelle suuri. Esimerkkeinä ovat asiakkaan valinta kaihileikkauksissa (*gråstarr*)

sekä lonkka- ja polviproteesileikkauksissa, minkä avulla leikkausten määrää on lisätty ja hoitojonoja lyhennetty ja on saatu kustannussäästöjä. Yksityisellä puolella tehtyjen lonkkaleikkausten kustannukset ovat kolmella esimerkkialueella 35–44 prosenttia ja polviproteesileikkauksissa 28–40 prosenttia halvempia kuin alueiden omissa sairaaloissa. Vastaavasti kaihileikkaukset kustantavat 34–69 prosenttia vähemmän (Taulukko 10).⁴⁸

Taulukko 9 Yksityisen terveydenhuollon osuus fyysisistä asiakaskäynneistä toimialoitain ja alueittain 2023, prosenttia (Lähde: SKR:n tilastot).

	Perusterveydenhuolto, %	Psykiatrinen erikoissairaanhoito, %	Somaattinen erikoissairaanhoito, %	Muu terveydenhuolto, %	Yhteensä, %
Stockholm	72	37	55	2	64
Skåne	55	37	24	36	44
Uppsala	54	22	24	45	42
Halland	51	13	20		39
Västmanland	62	8	7		38
Västra Götaland	46	6	12		34
Kronoberg	36	11	8		25
Gävleborg	36				24
Sörmland	33		8		21
Jönköping	28		12	31	21
Östergötland	24	19	14		21
Västernorrland	35				19
Norrbottn	26	0	6		19
Blekinge	26		4		16
Örebro	25	7	4		16
Jämtland Härjedalen	23				15
Dalarna	23	11	1		15
Värmland	23		2		15
Kalmar	22		4		15
Västerbotten	23	3	1		13
Gotland	24		1		12
Riket	50	22	23	13	40

Taulukko 10 Lonkka- ja polviproteesileikkausten keskikustannukset yksityisissä ja julkisissa sairaaloissa 2023, 1 000 kruunua (Lähde: Vårdfakta 2024, Vårdföretagarna).

	Lonkkaleikkaus, julkinen	Lonkkaleikkaus, yksityinen	Erotus: yksit. – julkinen	Polvileikkaus, julkinen	Polvileikkaus, yksityinen	Erotus: yksit. – julkinen
Tukholma	114	64	-50	106	64	-42
Skåne	104	68	-36	92	66	-26
Västra Götaland	103	63	-40	92	61	-31
Keskiarvo	107	65	-42	97	64	-33

⁴⁸ Esimerkkialueet ovat Tukholma, Skåne ja Västra Götaland. (ks. Vårdföretagarna: Privat Vårdfakta 2024, Stockholm 2024).

Etävastaanotot

SKR:n tilastojen mukaan etävastaanotot (10,4 milj.) olivat 28 prosenttia kaikista yksityisistä terveydenhuollon kontakteista (36,6 milj.) vuonna 2023 (Taulukko 13). Julkisella vastaava määrä (13,1 milj.) oli 24 prosenttia kaikista terveydenhuollon asiakaskäynneistä (53,7 milj.). Etävastaanottojen määrä ja osuus kaikista hoitokontakteista lisääntyi yksityisellä ja julkisella puolella vuoteen 2021 asti, mutta sitten osuudet ovat alentuneet etenkin perusterveydenhuollossa. Yhteensä julkiset toimijat muodostivat 56 prosenttia kaikista etävastaanotoista vuonna 2023 (Taulukko 11).

Taulukko 11 Etävastaanotot yksityisessä ja julkisessa terveydenhuollossa yhteensä 2014-23 (Lähde: SKR:n tilastot).

	Etävastaanotot yhteensä, 1 000 lkm	Yksityinen terveydenhuolto, 1 000 lkm	Osuus, %	Julkinen terveydenhuolto, 1 000 lkm	Osuus, %
2014	15044	3982	26,5	11062	73,5
2015	16160	4318	26,7	11841	73,3
2016	18813	5703	30,3	13109	69,7
2017	17922	5383	30,0	12540	70,0
2018	17580	5958	33,9	11622	66,1
2019	15642	5300	33,9	10343	66,1
2020	21745	8931	41,1	12814	58,9
2021	24983	10751	43,0	14232	57,0
2022	24081	10325	42,9	13756	57,1
2023	23445	10379	44,3	13067	55,7

Taulukko 12 Etävastaanotot yksityisessä ja julkisessa perusterveydenhuollossa 2014-23 (Lähde: SKR:n tilastot).

	Etävastaanotot yhteensä, 1 000 lkm	Yksityinen terveydenhuolto, 1 000 lkm	Osuus, %	Julkinen terveydenhuolto, 1 000 lkm	Osuus, %
2014	15044	3982	26,5	11062	73,5
2015	16160	4318	26,7	11841	73,3
2016	18792	5703	30,4	13088	69,6
2017	17900	5383	30,1	12518	69,9
2018	16692	5649	33,8	11043	66,2
2019	14454	5131	35,5	9324	64,5
2020	18427	8498	46,1	9928	53,9
2021	20351	9871	48,5	10481	51,5
2022	19391	9555	49,3	9836	50,7
2023	18640	9576	51,4	9064	48,6

Taulukko 13 Etävastaanotot kaikista yksityisen ja julkisen terveydenhuollon hoitokontakteista 2014–24 (Lähde: SKR:n tilastot).

	Yksityinen, %	Julkinen, %	Yhteensä, %
2014	14,8	20,0	18,3
2015	15,4	21,1	19,2
2016	18,9	22,8	21,4
2017	17,8	22,1	20,6
2018	19,2	20,9	20,3
2019	17,1	19,0	18,3
2020	28,5	26,0	27,0
2021	31,5	27,7	29,2
2022	29,6	26,3	27,6
2023	28,4	24,3	26,0

4 Palvelunkäyttäjän näkökulma

4.1 Asiakastyytyväisyys ja valinnanvapaus

Perusterveydenhuollon valinnanvapauteen perustuva järjestelmä edellyttää, että asiakkaat ovat tietoisia oikeuksistaan, heillä on riittävästi tietoa terveysaseman valinnan pohjaksi ja vaihtoehtoiset terveysasemat sijaitsevat kohtuullisella etäisyydellä asiakkaan kodista ja toisistaan eli ne toimivat asiakkaan näkökulmasta samalla markkina-alueella. Maantieteellisten etäisyyksien kasvaessa valinnanvapaus voi jäädä monelle asiakkaalle teoreettiseksi mahdollisuudeksi. Perusterveydenhuollossa kriittinen piste saavutetaan jo muutaman kilometrin säteellä.

Ruotsissa koko aikuisväestö on nykyisin tietoinen perusterveydenhuoltoa koskevasta valinnanvapaudesta. Tilanne oli hyvä jo 2010-luvun alussa. Lisäksi 92 prosenttia Ruotsin väestöstä asuu korkeintaan kymmenen minuutin ajomatkan päässä lähimmästä terveysasemasta. Edelleen yli 80 prosenttia väestöstä asuu alueilla, joissa matkaa toiseksi lähimmälle terveysasemalle on korkeintaan viisi minuuttia lähimmältä terveysasemalta. Vaikka haja-asutusalueilla on vähemmän palvelupisteitä, on palvelupisteitä väestön määrään suhteutettuna suurin piirtein yhtä paljon kaikkialla maassa.

Ruotsissa on paljon helposti saatavilla olevaa tietoa asiakkaan valintajärjestelmästä ja sen piirissä olevista terveysasemista. Ensinnäkin tietoa on saatavilla *1177.se* -palvelussa. Palvelussa voi poimia tietoa eri hoitomuodoista, asiakkaan valinnanvapaudesta, hoidon kustannuksista ja korvauksista, potilaan tietoturvasta ja hoitoon liittyvästä lainsäädännöstä. Palvelussa voi katsoa yksityiskohtaisia tietoja alueittain sekä hakea tietoja asiakkaanvalinnan piiriin kuuluvista terveysasemista. Terveysasemakohtaiset tiedot sisältävät monenlaista tärkeää lisäinformaatiota.

Käytännössä asiakkaat voivat tutkia *1177.se* -palvelussa terveysasemien yhteys- ja sijaintitietoja, vastaanottojen aukioloaikoja, palvelujakaumaa ja omistajatyyppejä (julkinen, yksityinen). Palvelusta on linkkejä palveluntuottajien verkkosivuille, joissa on tarkempia tietoja yrityksestä ja mahdollisuus vastata asiakaskyselyihin palvelujen laadusta. Yksityisistä palveluntuottajista on tietoja myös sähköisessä *varden.se* -palvelussa (*vården.se*). Ne kattavat avoterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja lukuisten erikoisalojen sekä tutkimuspalvelujen palveluntuottajat.

Varden.se -palvelu tarjoaa näkyvyyttä palveluntuottajille ja sieltä asiakkaat voivat varata hoitoaikoja itselleen. Palvelukanava sisältää tietoja palveluhinnoista, henkilöstöstä ja heidän osaamisalastaan. Sen ohella asiakkaat pystyvät arvioimaan saamaansa palvelua neljällä muuttujalla, jotka ovat palvelun yleinen laatu (*vårdkvalitet*), saavutettavuus (*tillgänglighet*), toimitilat ja siisteys (*lokal och hygien*) sekä tiedonsaanti (*information*). *Varden.se* -sivusto tarjoaa jatkolinkkejä chat-palveluihin ja mahdollisuuden uusien lääkereseptien eri palveluntuottajien sähköisissä kanavissa.

Palvelutarjonnan lisääntymisen vaikutuksista tasa-arvoisuuteen on saatu ristiriitaisia tuloksia. Osassa selvityksiä todetaan, että terveet ja hyvässä asemassa olevat ovat hyötäneet asiakkaan valinnasta eniten. Asiaa on perusteltu sillä, että käyntien määrä on kasvanut erityisesti tavanomaisten lievien sairauksien (*läkarbesök med enkla diagnoser*) joukossa. Kysymys lienee siitä, että hyvätulaiset ja koulutetut pitävät paremmin huolta

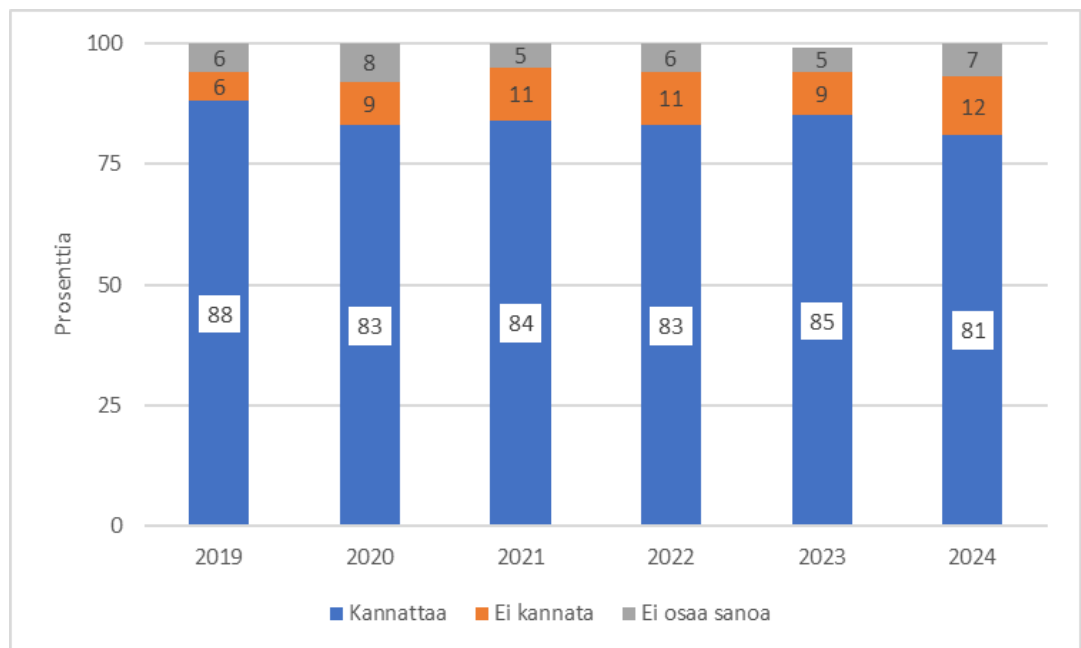
terveydestään, ovat tietoisia erilaisista terveysriskeistä sekä osaavat paremmin hakea ja hyödyntää saatavilla olevia terveystietoa ja palveluita.

Ruotsissa saadut tulokset eivät ole tavattomia, vaan samanlaisiin johtopäätöksiin voidaan päästä Suomessakin. Tällä ei ole välttämättä suoraan yhteyttä siihen, miten maan terveydenhuoltojärjestelmä on rakennettu. Toisten selvitysten mukaan valinnanvapaus on hyödyttänyt myös heikommassa asemassa olevia. Asiaa tukevat viranomaisten (*Myndigheten för vård- och omsorgsanalys*) selvitykset siitä, että matalasti koulutetut ja pienituloiset käyttivät suhteellisesti enemmän terveyspalveluja sekä ennen pakollista avoterveydenhuollon asiakkaan valintajärjestelmää että sen jälkeen nykyisin.

Erikoissairaanhoidossa alueiden vapaaehtoinen asiakkaanvalinta on lisännyt palvelujen saavutettavuutta. Esimerkiksi Tukholman alueella ”kiireettömien” lonka- ja polviproteesi-leikkausten asiakkaanvalinta lisäsi leikkausten määriä viidenneksellä. Samanaikaisesti hoitojonot lyhenivät ja leikkausten kustannuksista on kertynyt säästöjä. Varsinaisesti yksi suurimpia pullonkauloja on perusterveydenhuollon alibudjetointi joillakin alueilla, mikä koskee etenkin julkisomisteisia terveysasemia. Alibudjetointi vaikeuttaa asiakkaan valinnanvalinnan käytännön toteutumista.⁴⁹

Voidaan kuitenkin todeta, että asiakkaan valinnalla terveydenhuollossa on ollut vahva kannatus ruotsalaisten keskuudessa. Vuonna 2024 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan yhä peräti 81 prosenttia kannatti sitä, että asiakkaalla (potilaalla) on mahdollisuus valita haluamansa terveysasema tai sairaala, jossa häntä hoidetaan. Asiasta oli eri mieltä kaksitoista prosenttia ja kantaansa ei osannut sanoa seitsemän prosenttia vastanneista.⁵⁰ Valinnanvapauden kannatuksen suhdeluku on tosin alentunut hieman pandemiaan edeltäneeseen aikaan verrattuna (Kuvio 14).

Kuvio 14 Terveys- ja terveydenhuollon asiakkaan valinnan kannatus ruotsalaisten keskuudessa 2019–24 (*Svenskt Näringslivs basundersökning*).



⁴⁹ SOU 2019:42 (2019). Digifysiskt vårdval; Vårdföretagarna (2020). En primärvård i balans?

⁵⁰ Svenskt Näringslivs basundersökning 2024.

Näkemykset yksityisistä palveluista⁵¹

Terveysasemia koskevan SKR:n vuoden 2023 asiakaspalautteeseen (*patientenkäten*) pohjautuva tutkimus (*Patienttoppen 2024*) osoitti, että asiakkaat ovat antaneet *hoidon laadusta* yksityisille terveysasemille hieman parempia arvosanoja kuin julkisomisteisille terveysasemille. Kysely kattoi kaikki alueet (*regioner*) sekä 1 199 terveysasemaa, joista 550 (46 %) oli yksityisiä toimijoita. Sadasta parhaimmasta terveysasemasta 77 oli yksityisessä omistuksessa. Yksityiset terveysasemat olivat keskimäärin parempia kuin julkiset terveysasemat myös kaikilla 21 alueella.⁵²

Tosin yksityisten ja julkisten terveysasemien väliset erot ovat monissa asiakohdissa keskimäärin pieniä, mikä kertoo toisaalta asiakasvalintajärjestelmän toimivuudesta Ruotsin perusterveydenhuollossa. Suurin piirtein samalta viivalta tapahtuva kilpailu asiakkaista on osaltaan kirittänyt yksityisiä ja julkisia toimijoita kehittämään toimintaansa. Suurimmat erot yksityisten ja julkisten terveysasemien välillä Ruotsissa koskivat hoidon jatkuvuutta ja koordinoitua (*kontinuitet och koordinering*). Sitä, mistä erot tarkalleen johtuvat, on vaikea tarkasti tietää.

Näkemykset hoidon jatkuvuudesta ja koordinoinnista voivat kertoa siitä, että yksityisillä terveysasemilla asiakkaat ovat saaneet helpommin toivomansa sairaanhoitajan tai lääkärin. Erot ovat vielä suurempia, kun tarkastellaan hoidon jatkuvuutta peräkkäisillä käyntikerroilla, mikä voi olla osoitus hoidon paremmasta organisoinnista yksityisellä puolella tai osin sitten siitä, että hoitohenkilöstön vaihtuvuus ja pitovoima on yksityisellä puolella parempaa. Hoitosuhteen jatkuvuus tai pysyvyys (*kontinuitet*) on asiakkaiden kannalta erittäin tärkeä laadullinen kilpailutekijä.

Yksityisten ja julkisten terveysasemien väliset erot hoidon jatkuvuudessa olivat suurimmat Gotlannissa ja Norrbottenissa. Näillä alueilla myös kaikkien asiakohtien keskiarvoerot (*snittpoäng*) olivat suurimmat. Alueellisia eroja voi kasvattaa se, että vaihtuvien vuokralääkärien käyttö on haja-asutusalueella yleisempää kuin asutuskeskuksissa. Vuokralääkäreitä koskeva vaihtuvuus koskee etenkin julkisia terveysasemia. Lääkäritiheys voi olla pieni myös kaupungeissa ja taajamissa, missä hoidontarve on asiakaskunnan sosioekonomisen rakenteen ja haasteellisuuden vuoksi suuri.

Edellä mainittu on sinänsä valitettavaa, mutta se on luonnollisen kehityksen tulosta yhteiskunnan segregaatiosta, tuloerojen kasvusta, asuinpaikkojen eriytymisestä ja uudentyyppisestä etnisiä rajoja noudattavan luokkayhteiskunnan synnystä. Viimeksi mainittu voi olla tulosta siitä, että yhteiskunnalla ei ole tarpeeksi voimavarojen maahanmuuttajien integrointiin. Ruotsissa tuloksissa on se, että asiakkaat ovat suhteellisen tyytyväisiä saavutettavuuteen (*tillgänglighet*) sekä saamaansa vastaanottoon ja kohteluun (*bemötande*) julkisessa ja yksityisessä avoterveydenhuollossa.

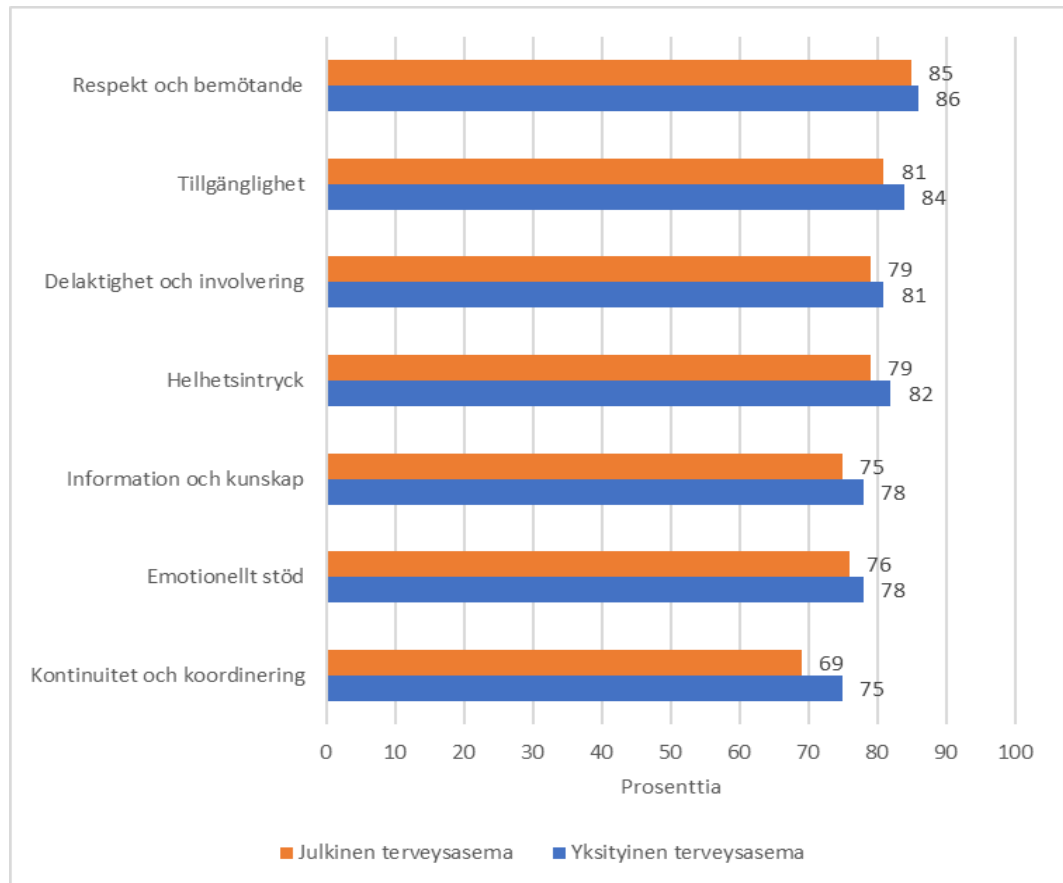
Yksityiset terveysasemat ovat saaneet asiakkailta myös hieman paremmat arvosanat siinä, kuinka asiakkaat ovat saaneet tietoa terveydentilastaan ja miten heillä on ollut

⁵¹ Ruotsin tilanteessa kannattaa huomioon, että siellä ei ole samanlaista monirahoitteista työterveyshuoltoa kuin Suomessa, vaan koko väestö hyödyntää samoja terveyspalveluja. Suomessa eriarvoisuutta lisää ihan toisella tavalla se, että hyvätuloiset, koulutetut ja suurissa asutuskeskuksissa asuvat pystyvät valitsemaan suoraan tarjolla olevista laadukkaista yksityisistä palveluista sairauskuluvakuutuksilla ja Kansaneläkelaitos Kelan tuella. He hyödyntävät myös yksityisiä työterveyshuollon palveluja, mihin pienituloisilla, työelämän ulkopuolella olevilla ja pienillä paikkakunnilla asuvilla ei ole mahdollisuuksia, vaan heitä palvelevat vaihtelevasti toimivat julkiset terveyskeskukset.

⁵² 15 alueella yksityinen terveysasema saavutti asiakaskyselyissä ensimmäisen sijan.

mahdollisuuksia vaikuttaa ja osallistua terveyttään koskeviin päätöksiin (*delaktighet*). Yksityisten terveysasemien tärkeitä kilpailukeinoja ovat hyvästä hoidosta saatu maine, osaava ja ammattitaitoinen henkilökunta, monipuolinen palvelutarjonta (erikoislääkäripalvelujen tarjonta, yms.) ja asiakasystävällisyys, johon olennaisena osana kuuluu asiakkaan kokema kohtelu (*bemötande*).

Kuvio 15 Asiakkaiden arviot yksityisistä ja julkisista (alueiden) terveysasemista 2023, painotetut keskiarvot (viktade medelvärden⁵³) kaikissa eri asioissa (Lähde: Vårdförstagare, Privat vårdfaktan 2024).



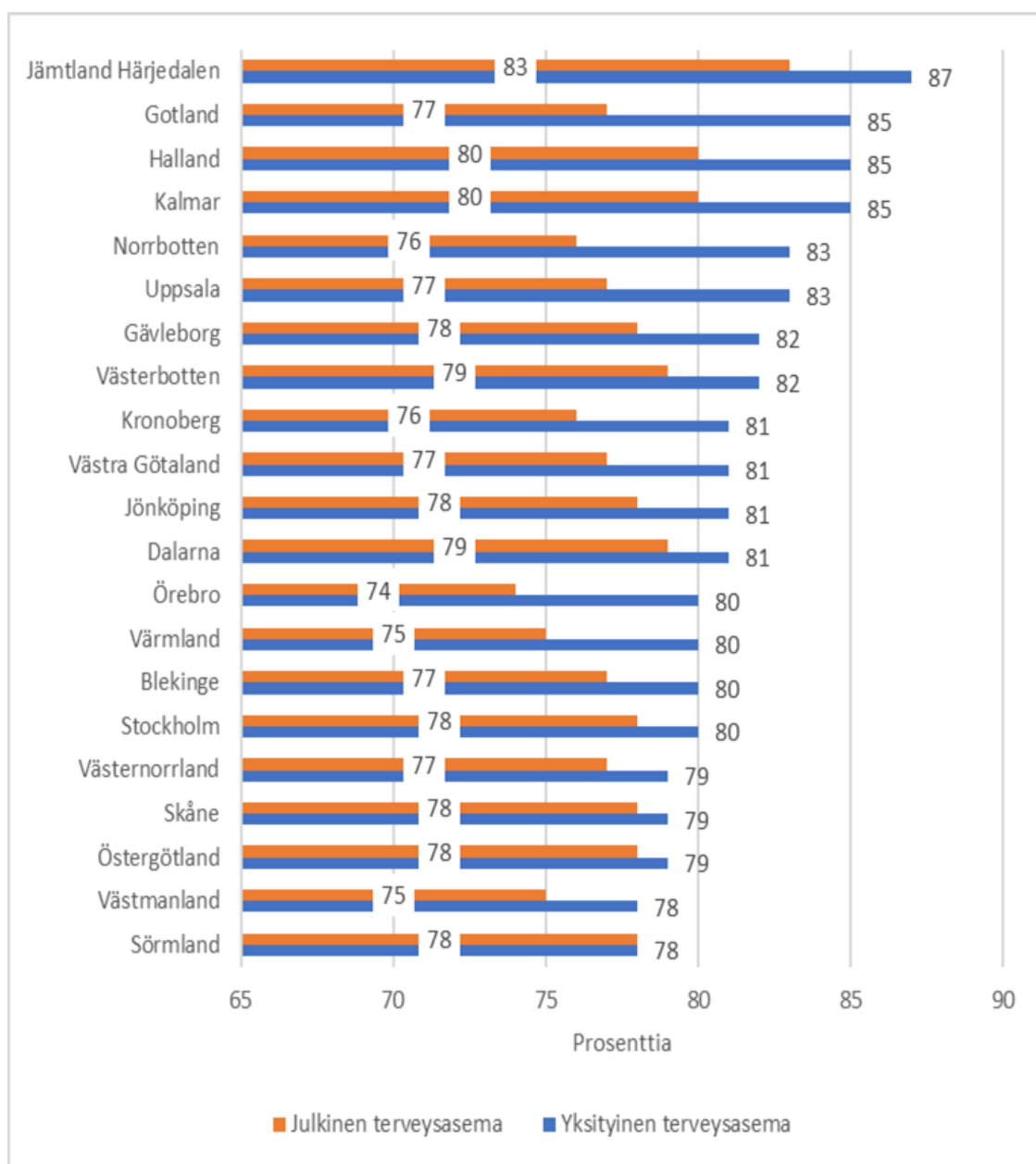
Yksityisille terveysasemille brändillä eli yrityksen tunnettuudella, lääketieteellisellä osaamisella, tutkimuspalvelulla (laboratorio- ja kuvantamistutkimukset), toimitiloilla ja asiakkaalle tarjottavilla lisäpalveluilla tai asiakasryhmäkohtaisesti räätälöidyillä palveluilla (kuntoilijat, urheilijat yms.) voi olla myös painoarvoa. Tosin uusien asiakkaiden hankinta voi olla kaikille terveysasemilla haasteellista, sillä ruotsalaiset ovat tunnetusti terveysasemauskollisia, ellei kyse ole uudelle paikkakunnalle muutosta tai jostain todella huonosta kokemuksesta.

Sen sijaan yksityisten terveystieteiden mahdollisuudet kilpailla palveluhinnoilla ovat hyvin rajalliset, sillä toimintaa rahoittavat alueet ovat määritelleet asiakkaalle annettusta

⁵³ Medelvärdena har viktats med avseende på vårdenhetsens storlek. Detta för att inte riskera en snedvriden bild av verkligheten där flera små enheter med få svarande patienter påverkar resultatet mer än vad en större enhet med lika många svarande patienter som de små enheterna har totalt, gör. Viktningen baseras enbart på storleken på de aktuella vårdenhetserna. Viktningen har utförts enligt följande: Aggregerat resultat för en kategori = summan av [antalet svar för aktuell enhet]*[enkätresultat för aktuell enhet] för alla enheter i en kategori/summan av [antalet svar] för alla enheter i samma kategori.

hoidosta maksettavat korvaustaksat ja asiakkaiden omavastuuosuudet. Myös järjestelmän sisänrakennettuihin periaatteisiin kuuluu, että avoterveydenhuollossa kilpaillaan laadullisilla kilpailutekijöillä eikä hinnoilla. Yksityiset terveysasemat panostavat toisaalta enemmän markkinointiin kuin alueiden pitkään toimineet julkiset terveysasemat, joilla on valmiina vakiintunutta asiakaskuntaa.

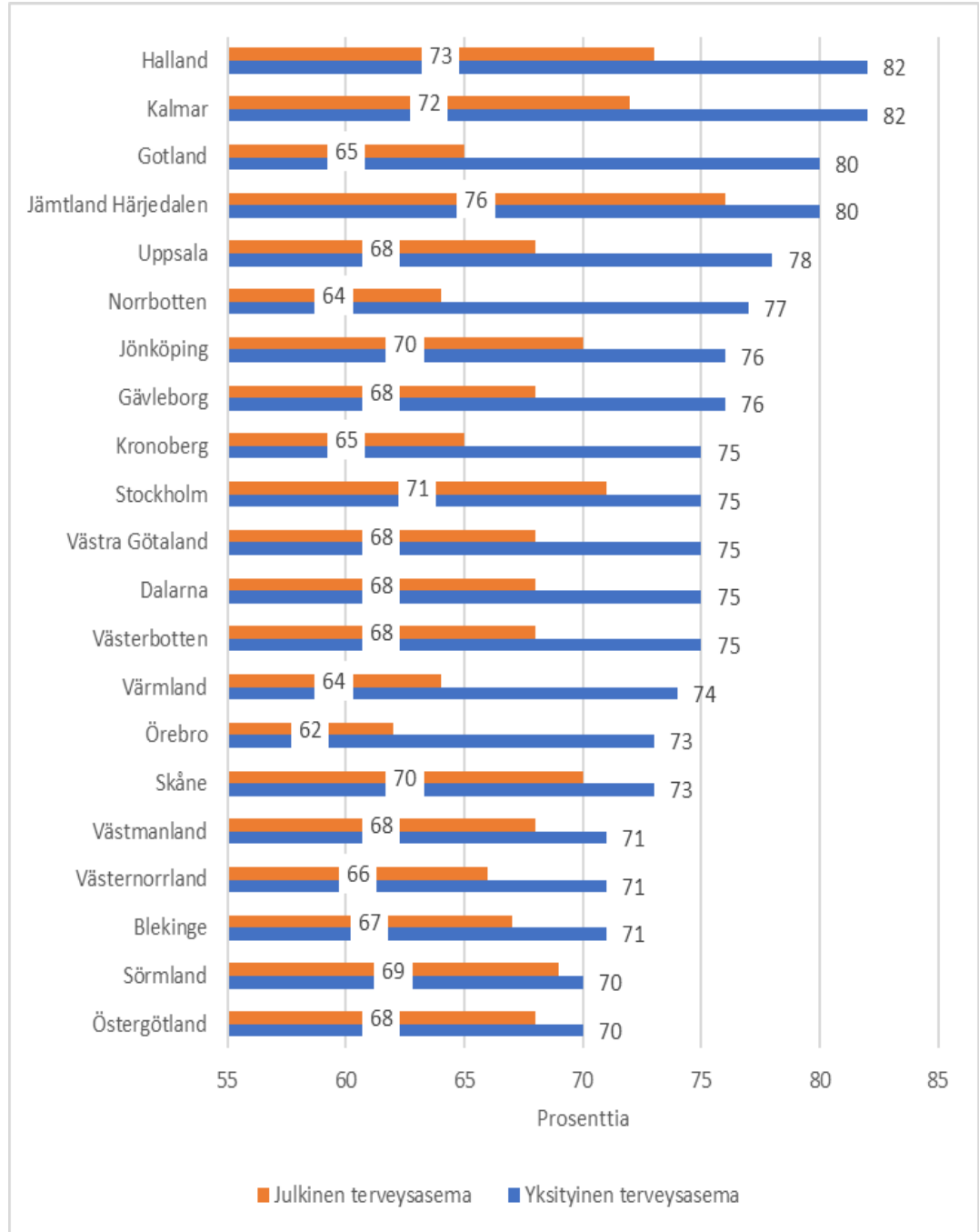
Kuvio 16 Asiakkaiden arviot yksityisistä ja julkisista (alueiden) terveysasemista 2023 alueittain, painotetut keskiarvot (viktade medelvärden) **kaikissa asiakohdissa** (Lähde: Vårdföretagare, Privat vårdfaktan 2024).



Sitä, kuinka suuri osa ruotsalaisesta aikuisväestöstä on tehnyt oikeasti aktiivisia valintoja terveysasemien osalta, voidaan katsoa monesta näkökulmasta. Suuresta ja monipuolisesta tiedon tarjonnasta huolimatta vain osa kansalaisista hakee tarkempaa tietoa terveysaseman vaihtamiseksi. Ehkä asiakkaat eivät näe terveysasemien välillä suuria eroja, vaan ovat tyytyväisiä lähiterveysasemien palveluihin. Toisaalta kyse voi olla

aktiivisesta valinnasta silloinkin, jos henkilö on tyytyväinen viranomaisten hänelle osoittamaan terveysasemaan ja hänen puolestaan tekemään ”valintaan”.⁵⁴

Kuvio 17 Asiakkaiden arviot yksityisistä ja julkisista (alueiden) terveysasemista 2023 alueittain, painotetut keskiarvot (viktade medelvärden) **hoidon jatkuvuudessa ja organisoinnissa** (Lähde: Vårdföretagare, Privat vårdfaktan 2024).



⁵⁴ Niille ruotsalaisille, jotka eivät ole tehneet aktiivisia asiakkaan valintoja, alueet ovat voineet osoittaa maantieteellisesti lähimmän julkisen tai yksityisen terveysaseman (*ickevals-alternativ*).

4.2 Hoitotakuun toteutuminen

4.2.1 Perusterveydenhuolto

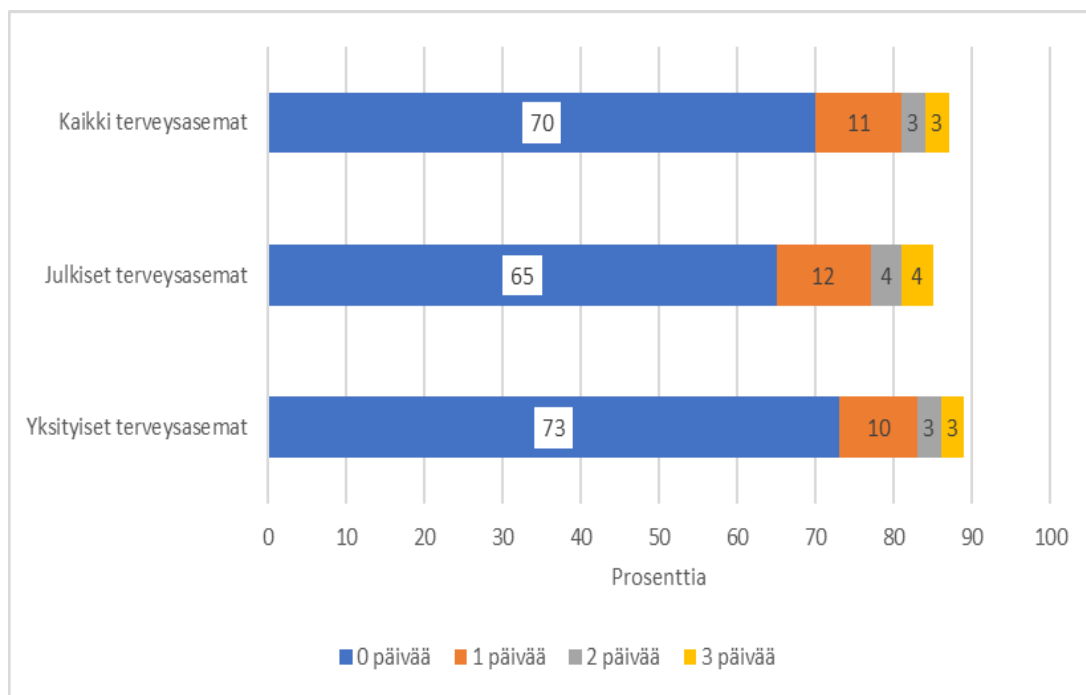
Sinänsä *hoitotakuu* on toteutunut perusterveydenhuollon tasoissa palveluissa yksityisillä ja julkisilla terveysasemilla alueellisesti vaihtelevasti, joskin valtakunnallisella tasolla hoitotakuusäännökset ovat toteutuneet yksityisillä hieman paremmin kuin julkisilla terveysasemilla, kun potilaan (asiakkaan) asia koskee yhteenoton saantia saman päivän aikana tai lääketieteellisen arvion saantia kolmen päivän kuluessa. Keskimäärin 89 prosenttia yksityisten terveysasemien asiakkaista oli saanut lääketieteellisen arvion asiaansa kolmen päivä sisällä yhteydenotosta tammikuussa 2025.

Julkisten terveysasemien asiakkaiden keskuudessa osuus oli keskimäärin 85 prosenttia. Kaikilla julkisilla ja yksityisillä terveysasemilla osuus oli 87 prosenttia. Osuudet olivat hieman korkeammalla tasolla kuin ennen pandemiaa vuonna 2019, mutta myönteinen kehitys on pysähtynyt vuoden 2023 jälkeen. Keskimääräinen tunnusluku oli tammikuussa 2025 parhain (yli 90 %) Tukholman, Dalarnan, Västra Götalandin ja Jönköpingsin alueilla. Yksityisillä terveysasemilla tunnusluku ylitti 90 prosenttia viidellä alueella ja julkisilla terveysasemilla neljällä alueella tammikuussa 2025 (Taulukko 14).

Taulukko 14 Kolmen päivän hoitotakuun toteutuminen Ruotsissa alueittain tammikuussa 2025 (Lähde: www.vantetider.se)

	Kaikki terveysasemat, %	Yksityiset terveysasemat, %	Julkiset terveysasemat, %	Erotus (yksityiset miinus julkiset), %
Stockholm	97	97	96	1
Västra Götaland	93	90	97	-7
Jönköping	92	91	90	1
Dalarna	91	82	92	-10
Skåne	89	87	89	-2
Gotland	88	90	87	3
Halland	86	86	85	1
Kalmar	86	93	86	7
Östergötland	83	89	82	7
Kronoberg	82	81	83	-2
Värmland	82	71	84	-13
Västmanland	82	82	77	5
Västerbotten	81	76	82	-6
Gävleborg	79	74	88	-14
Uppsala	77	79	76	3
Västernorrland	76	73	77	-4
Blekinge	75	70	77	-7
Sörmland	75	77	74	3
Jämtland Härjedalen	71	70	73	-3
Norrbottn	48	45	52	-7
Örebro	45	39	46	-7
Riket	87	89	85	4

Kuvio 18 Kolmen päivän hoitotakuun toteutuminen Ruotsissa terveysasematyypeittäin tammikuussa 2025 (Lähde: www.vantetider.se)



Hoitoarvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattilainen. Ammattiryhmäkohtaiset tilastot tammikuulta 2025 osoittavat, että hoitotakuu on toteutunut parhaiten sairaanhoitajien osalta, jos harvinaisempia kiropraktikon arviointeja ei oteta huomioon. Sairaanhoitajilta ”lääketieteellisen arvion” oli saanut hoitotakuuajan puitteissa keskimäärin 90 prosenttia ja lääkäreiltä 88 prosenttia perusterveydenhuollon asiakkaista tammikuussa 2025. Yksityisillä terveysasemilla hoitotakuu oli toteutunut lääkäreillä ja sairaanhoitajilla hieman paremmin kuin julkisilla terveysasemilla.⁵⁵

Taulukko 15 Kolmen päivän hoitotakuun toteutuminen Ruotsissa ammattiryhmittäin ja terveysasematyypeittäin tammikuussa 2025 (Lähde: www.vantetider.se).

	Kaikki terveysasemat, %	Yksityiset terveysasemat, %	Julkiset terveysasemat, %	Erotus (yksityiset miinus julkiset), %
Arbets terapeut	62	54	72	-18
Barnmorska	54	73	54	19
Dietist	33	35	33	2
Fysioterapeut/sjukgymnast	56	53	60	-7
Kiropraktor	98	98	..	..
Kurator	49	46	50	-4
Logoped	22	67	5	62
Läkare	88	89	87	2
Naprapat	46	46	..	..
Psykolog	49	54	47	7
Sjuksköterska	90	94	86	8

⁵⁵ Hoitotakuun säännös, jonka mukaan yhteydenotto puhelimitse (*telefon-tillgänglighet primärvård*) on saatava saman päivän aikana, oli toteutunut Ruotsissa keskimäärin 84 prosentissa tapauksia tammikuussa 2025.

Kokonaisuudessaan voidaan todeta, että Ruotsissa sairaanhoitajan tai lääkärin hoitoarvion oli saanut jo saman päivän aikana eli heti yli 70 prosenttia perusterveydenhuollon asiakkaista. Muiden ammattiryhmien osalta lääketieteellisen arvion saanti kestää kauemmin. Kolmen päivän perusterveydenhuollon hoitotakuu onkin toteutunut heikoiten ravitsemisterapeuttien (*dietist*) ja logopedien (*logoped*) osalta. Myös psykologien (*psykolog*) ja kuraattorien (*kurator*) osalta keskimäärin alle 50 prosenttia asiakkaista oli saanut asiantuntija-arvion hoitotakuun puitteissa.

4.2.2 Erikoissairaanhoito

Ruotsista saatujen tilastojen mukaan noin 463 300 lähetteen saanutta henkilöä jonotti vastaanottokäyntiä erikoislääkärille (erikoissairaanhoitoon) tammikuussa 2025. Heistä 140 900 (30 %) eli keskimäärin kolmetoista tuhatta asukasta kohden oli odottanut kauemmin kuin 90 päivää tai enemmän, eli pidempään kuin asetus hoitotakuusta (*Förordning om vårdgaranti 349/2010*) sallisi. Vastaavasti 167 300 henkilöä odotti erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin (leikkaukseen, yms.). Heistä 65 200 (39 %) eli keskimäärin kuusi tuhatta asukasta kohden oli jonottanut kauemmin kuin 90 päivää.

Hoitotakuuasetuksen toteutuminen ja keskimääräiset jonotusajat vaihtelevat suuresti alueiden välillä. Hoitotakuu on toteutunut parhaiten Tukholman alueella, jossa erikoislääkärille ja toimenpiteisiin pääsyn keskimääräinen yhteenlaskettu odotusaika oli 65 päivää tammikuussa 2025. Tilanne oli heikoin Jämtland Härjedalissa, jossa odotusaika venyi 203 päivään. Viidellä alueella yhteenlaskettu odotusaika oli alle 100 päivää ja viidellä alueella yli 150 päivää. Vuosina 2024–25 tilanne on parantunut eniten Västra Götalandissa ja heikentyntä eniten Jämtland Härjedalissa.

Jonot erikoislääkärille (ensikontaktit) ja erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin ovat kasvaneet hoitotakuusäännöksistä huolimatta vuodesta 2015 lukien. Pandemia lisäsi 90 päivän ylityksiä varsinkin ensikontakteihin pääsyssä vuosina 2021–22. Tosin tilanne on hitaasti kohentunut vuosina 2024–25. Toimenpidetyypeittäin odotusajat ovat pidentyneet ortopediassa, kuulolaitteiden saannissa sekä silmäsairauksissa. Odotusaikojen lyhentämiseen on esitetty monia parannuskeinoja. Usein ongelmana on se, että erikoissairaanhoidon asiakkaat (potilaat) eivät tunne oikeuksiaan.

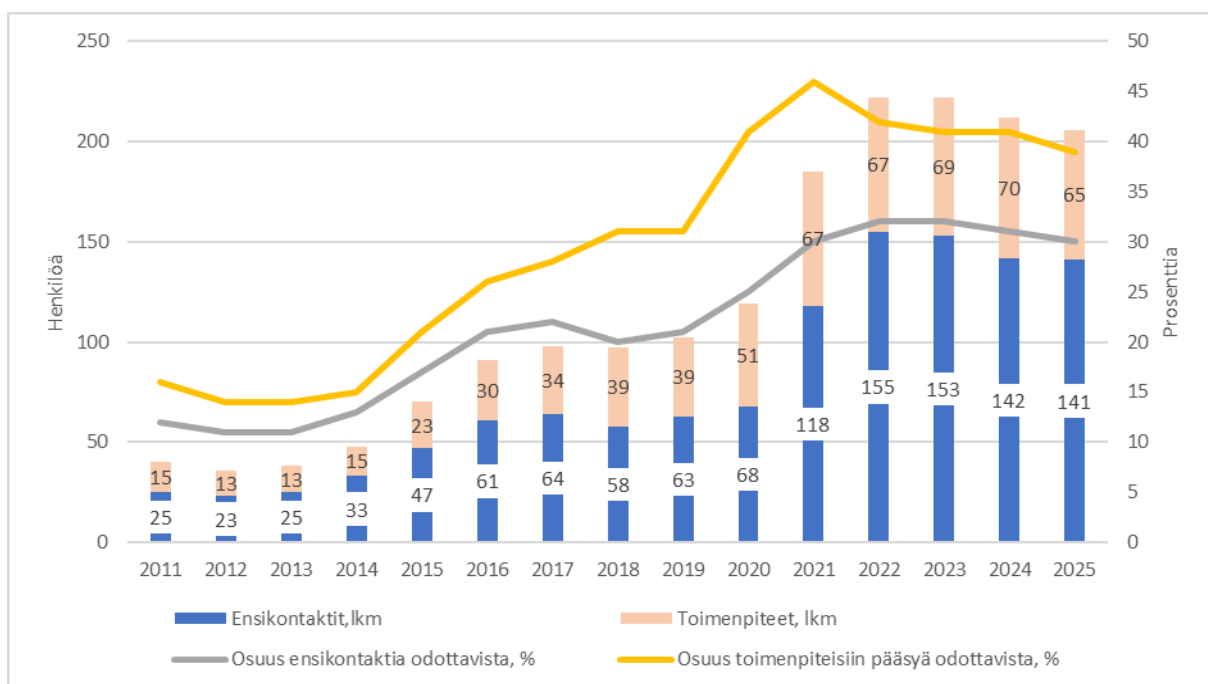
Ruotsin tilanne näyttää ulkopuolisin silmin siltä, että hoitosäännökset ovat erikoissairaanhoidossa vain jonkinlainen suositus ja hampaattomia (*tandlösa*). Säännöksiä olisi myös mahdollista tiukentaa. Potilailla voisi olla subjektiivinen oikeus hakeutua hoitoon oman alueensa ulkopuolelle, jolloin kansallinen hoitoonohjausjärjestelmä (*vårdförmedling*) selvittäisi, missä julkisella tai yksityisellä palveluntuottajalla on vapaata kapasiteettia. Kilpailuttamalla entistä laajemmin yksityisiä palveluntuottajia ja solmimalla puitesopimuksia heidän kanssaan voitaisiin nopeuttaa hoitopääsyä.

Poliittisista asiakysymyksistä terveydenhuoltoon liittyvät asiat ovat olleet ruotsalaisten äänestäjien mielestä kärkisijoilla vanhusten hoidon (*äldreomsorg*) rinnalla. Vuonna 2024 arviolta 57 prosenttia ruotsalaisista katsoi, että terveydenhuolto on tärkein poliittinen asiakysymys. Pelko tai huoli siitä, että itselleen tai lähiomaiselleen ei saada hoitoa riittävän ajoissa on lisääntynyt Ruotsissa viime vuosina. Kaiken kaikkiaan 62 prosenttia kyselyihin (*Svenskt Näringsliv basundersökning*) vastanneista ruotsalaisista oli huolestunut asiantilasta vuonna 2024.

Taulukko 16 Keskimääräiset odotusajat erikoislääkärille (erikoissairaanhoitoon) ensikontaktiin ja toimenpiteisiin Ruotsissa alueittain (pl. Örebro, Gävleborg ja Norrbotten tammikuussa 2025 (Lähde: Vantetider.se; Vårdföretagarna).

	Odotusaika ensikontaktiin, pv	Odotusaika toimenpiteisiin, pv	Odotusajat yhteensä, pv	Yli 90 pv. ensikontaktia odottaneet/ 1 000 henk.	Yli 90 pv. toimenpiteitä odottaneet/ 1 000 henk.
Stockholm	21	44	65	4	2
Jönköping	42	24	66	3	1
Halland	32	46	78	4	2
Kronoberg	53	44	97	7	2
Blekinge	57	42	99	20	3
Kalmar	45	58	103	6	5
Västmanland	50	57	107	12	6
Sörmland	56	53	109	13	3
Gotland	70	44	114	23	3
Västra Götaland	57	60	117	17	6
Dalarna	57	73	130	19	9
Skåne	60	81	141	18	8
Uppsala	57	85	142	15	8
Västernorrland	74	79	153	22	6
Västerbotten	58	108	166	14	19
Östergötland	72	101	173	18	13
Värmland	74	102	176	21	15
Jämtland Härjedalen	77	126	203	22	15

Kuvio 19 Erikoislääkärin ensikontaktia ja erikoissairaanhoidon toimenpiteisiin pääsyä yli 90 päivää odottaneet Ruotsissa keskimäärin kuukaudessa 2011–25 (Lähde: vantetider.se; Vårdföretagarna).



5 Terveydenhuollon kustannukset

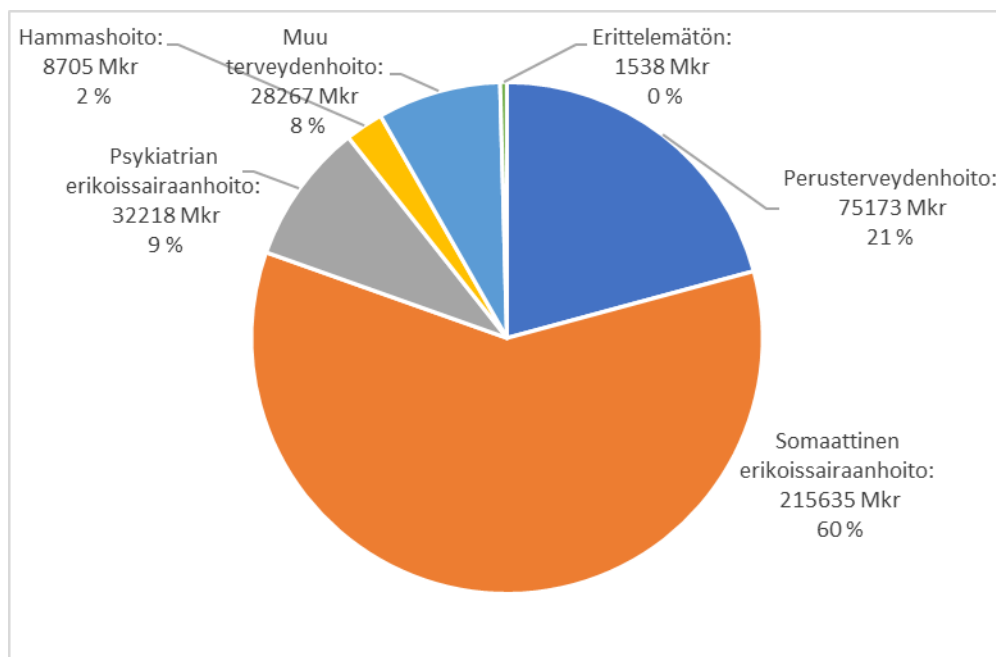
5.1 Toteutunut kehitys 2014–2023

SKR:n tilastojen mukaan alueiden terveydenhuollon nettokustannukset olivat Ruotsissa yhteensä 362 miljardia kruunua (33,6 milj. euroa) vuonna 2023. Summasta perusterveydenhuolto (pl. suun terveydenhuolto) muodosti 21 prosenttia ja erikoissairaanhoidon 69 prosenttia. Erikoissairaanhoidosta somaattisen erikoissairaanhoidon osuus oli 60 prosenttiyksikköä ja psykiatrian erikoissairaanhoidon yhdeksän prosenttiyksikköä. Alueiden vastuulla oleva hammashoito (*Folktandvård*) oli nettokustannuksista kaksi prosenttia ja muu terveydenhuolto kahdeksan prosenttia.

Alueiden terveydenhuollon nettokustannukset kasvoivat keskimäärin 4,8 prosenttia vuodessa vuosina 2014–23. Nettokustannukset alenivat aavistuksen verran epidemiakriisin aikana vuonna 2020 samalla kun terveydenhuollon käynnit vähenivät. Vuosina 2021–22 ja etenkin vuonna 2023 nettokustannukset kohosivat, kun epidemiakriisin aikana kertynyttä hoitovelkaa on kurottu umpeen ja yleinen kustannustaso on noussut inflaation kiihtymisen myötä. Reaalisesti terveydenhuollon kustannukset ovat nousseet keskimäärin 18 prosenttia vuosina 2014–23 (Taulukko 17).

Nettokustannusten määrällinen kasvu oli perusterveydenhuollossa (23 %) nopeampaa kuin erikoissairaanhoidossa vuosina 2014–23. Myös hammashoidon kustannukset ovat nousseet reippaasti (21 %). Erikoissairaanhoidossa puolestaan somaattisen erikoissairaanhoidon kustannukset ovat kohonneet selvästi nopeammin (19 %) kuin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset (11 %). Muu tarkemmin erittelemätön terveydenhuolto sisältää tarkastelussa ensihoidon (sairaankuljetukset), apuvälinetoiminnan sekä terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnan.

Kuvio 20 Alueiden terveydenhuollon yhteenlasketut **nettokustannukset** päätoimialoittain 2023, miljoonaa kruunua (Lähde: SKR:n tilastot).



Taulukko 17 Alueiden terveydenhuollon yhteenlaskettujen **nettokustannusten** nimellinen vuosikasvu ja reaalin (kiinteähintainen) kehitys päätoimialoittain 2014–23, prosenttia (Lähde: SKR:n tilastot).

	Perusterveydenhuolto	Psykiatrian erikoissairaanhoito	Somaattinen erikoissairaanhoito	Hammashoito	Muu terveydenhuolto	Yhteensä
Nimellinen kasvu, %:						
2014-15	5,5	3,5	4,1	4,2	11,7	4,9
2015-16	4,0	2,2	4,7	4,8	4,3	4,3
2016-17	4,9	3,9	4,5	8,8	7,0	4,8
2017-18	6,0	3,8	4,9	6,1	0,1	4,7
2018-19	4,6	2,7	4,0	3,3	1,6	3,8
2019-20	2,7	2,0	-1,0	0,4	-7,1	-0,5
2020-21	4,2	7,3	6,6	3,5	4,5	5,9
2021-22	7,5	0,9	4,9	2,5	11,2	5,4
2022-23	11,2	13,3	14,4	15,3	9,2	13,2
Mediaani 2014-23, %	5,6	4,4	5,2	5,4	4,7	5,2
Keskiarvo 2014-23, %	4,9	3,5	4,7	4,2	4,5	4,8
Reaalin kasvu:						
2014-23	23,2	10,8	18,9	20,9	13,0	18,4
Nettokustannukset:						
2023, milj. kruunua	75153	32218	215635	8705	28267	⁵⁶ 361515

Ruotsalaisia oli 10,6 miljoonaa vuonna 2023. Vuosina 2014–23 väestön määrä lisääntyi 804 350 henkilöllä eli 8,3 prosenttia ja keskimääräinen vuosikasvu oli 0,9 prosenttia. Samanaikaisesti alueiden terveydenhuollon reaaliset nettokustannukset lisääntyivät asukasta kohden laskettuna keskimäärin 1,3 prosenttia vuodessa eli hieman enemmän. Vuonna 2023 asukasta kohden lasketut terveydenhuollon nettokustannukset olivat 34 261 kruunua (3 182 euroa). Siitä perusterveydenhuolto (ml. hammashoito) oli 7 947 kruunua, erikoissairaanhoito 23 489 kruunua ja muu terveydenhuolto 2 679 kruunua.

Taulukko 18 Alueiden terveydenhuollon **nettokustannukset** asukasta kohden laskettuna päätoimialoittain 2014–23, kruunua (Lähde: SKR:n tilastot).

	Perusterveydenhuolto	Psykiatrian erikoissairaanhoito	Somaattinen erikoissairaanhoito	Hammashoito	Muu terveydenhuolto	Yhteensä, kruunua	Nim. kasvu, %
2014	4 726	2 254	14 050	558	1 937	23 660	
2015	4 934	2 308	14 470	575	2 142	24 563	3,8
2016	5 058	2 326	14 932	594	2 203	25 245	2,8
2017	5 238	2 387	15 417	639	2 329	26 134	3,5
2018	5 491	2 452	16 006	670	2 306	27 059	3,5
2019	5 691	2 495	16 490	686	2 321	27 819	2,8
2020	5 816	2 531	16 237	686	2 146	27 544	-1,0
2021	6 016	2 697	17 196	704	2 226	28 971	5,2
2022	6 424	2 703	17 921	717	2 460	30 346	4,7
2023	7 122	3 053	20 436	825	2 679	34 261	12,9
Reaalin kasvu:							
2014-23, %	13,8	2,3	9,8	11,7	4,4	9,4	1,3

⁵⁶ Sisältää erittelemättömiä kustannuksia 1,5 miljardia kruunua (politisk verksamhet).

Alueellinen kehitys

Koko terveydenhuollon nettokustannukset olivat asukasta kohden laskettuna vuonna 2023 matalimmat Västra Götalandissa, Tukholmassa ja Upsalassa. Ne olivat myös Skånen, Hallandin ja Jönköpingsin alueilla alle keskitason. Asiaa selittää näillä alueilla somaattisen erikoissairaanhoidon suhteellisen alhaiset kustannukset. Nettokustannukset olivat korkeimmat Gotlannissa. Jos Gotlantia ei oteta huomioon, nousivat kustannukset keskiarvoa selvästi suuremmiksi (yli 38 000 kruunua) Jämtland Härjedalin, Norrbottenin, Västernorrlandin ja Blekingen ja alueilla (Taulukko 19).

Jos tarkastelun kohteena ovat asukaskohtaisten terveydenhuollon nettokustannusten reaalin kehitys vuosina 2014–23, oli kustannuskehitys maltillisinta Tukholman seudulla ja Västra Götalandissa. Västra Götalandissa ja Tukholmassa psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset alentuivat, mutta Tukholmassa kustannuskehitys oli ripeää perusterveydenhuollossa. Nopeinta kasvu oli Gotlannissa, Östergötlandissa ja Sörmanlandissa. Gotlannissa nettokustannusten nousu oli reippaasta sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa ja somaattisessa erikoissairaanhoidossa (Taulukko 20).

Taulukko 19 Alueiden terveydenhuollon asukaskohtaiset **nettokustannukset** yhteensä 2023, kruunua (Lähde: SKR:n tilastot).

	Nettokustannukset 2023, kruunua	Ero maan keskiarvoon 2023, kruunua	Kustannusten määrän kasvu 2014–23, %
Västra Götaland	30976	-3285	5,1
Stockholm	32866	-1395	0,9
Uppsala	33288	-973	8,3
Skåne	33734	-527	13,5
Halland	33979	-282	11,1
Jönköping	34119	-142	10,1
Kronoberg	34646	385	14,1
Västmanland	35622	1361	9,7
Kalmar	35700	1439	14,7
Örebro	36064	1803	13,2
Västerbotten	36268	2007	12,8
Dalarna	36513	2252	9,8
Värmland	36611	2350	14,4
Östergötland	36827	2566	23,7
Gävleborg	36938	2677	11,9
Sörmland	37749	3488	20,4
Blekinge	38342	4081	13,5
Västernorrland	38691	4430	17,3
Norrbotten	39158	4897	14,1
Jämtland Härjedalen	39528	5267	16,4
Gotland	44422	10161	29,5
Yhteensä	34261	0	9,4

Taulukko 20 Alueiden perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon asukaskohtaiset nettokustannukset yhteensä 2023 ja kustannusten määrän kasvu 2014–23, kruunua (Lähde: SKR:n tilastot).

	Perusterveydenhuolto, kruunua	Määrän kasvu 2014–23, %	Psykiatrian erikoissairaanhoito, kruunua	Määrän kasvu 2014–23, %	Somaattisen erikoissairaanhoito, kr	Määrän kasvu 2014–23, %
Kronoberg	6495	10,4	3815	38,4	20659	11,0
Uppsala	6622	10,6	2674	26,6	20164	32,1
Västerbotten	6731	10,6	3225	11,6	21817	13,1
Halland	6764	13,2	3121	10,9	20524	4,9
Dalarna	6773	16,0	2980	1,6	21943	14,3
Blekinge	6786	10,7	3469	-4,7	24061	14,2
Stockholm	6789	37,5	3293	-30,0	19784	16,6
Östergötland	6856	13,1	3123	31,7	23397	16,0
Västernorrland	6872	4,0	3163	27,0	25055	13,8
Örebro	6906	24,7	3161	9,0	21716	-0,7
Skåne	6937	21,0	2797	13,4	20943	9,5
Värmland	6955	1,5	3213	36,1	21594	11,1
Jönköping	7193	20,1	3180	-8,7	19767	6,7
Västmanland	7453	12,8	3287	2,6	21263	14,5
Kalmar	7455	16,0	3073	7,3	20992	13,3
Gotland	7570	37,5	3588	27,2	28265	32,3
Norrbottn	7667	5,5	3304	1,6	22939	11,4
Västra Götaland	7739	7,7	2831	-13,0	16608	5,6
Gävleborg	7926	6,7	2741	10,0	22994	15,5
Sörmland	7939	20,5	2173	12,8	22931	7,8
Jämtland Härjedalen	8386	14,6	3481	13,4	23009	19,2
Yhteensä	7122	13,8	3053	2,3	20436	9,8

5.2 Yksityiset ostopalvelut

Alueiden ostopalvelut olivat koko terveydenhuollossa runsaat 77 miljardia kruunua vuonna 2023. Summasta ostot yksityisiltä toimijoilta olivat lähes 47 miljardia kruunua eli 60 prosenttia. Vuodesta 2022 ostopalvelut kasvoivat yhteensä kahdeksan prosenttia. Yksityisissä ostopalveluissa kasvu oli myös kahdeksan prosenttia. Perusterveydenhuollossa palveluostot yksityisiltä palveluntuottajilta olivat 93 prosenttia vuosina 2023. Ylipäätään perusterveydenhuollon ostopalvelut (24 mrd. kruunua) olivat yli 50 prosenttia kaikista yksityisistä palveluostoista (Taulukko 21).

Erikoissairaanhoidon osuus yksityisistä ostopalveluista oli 40 prosenttia. Somaattisen erikoissairaanhoidon palveluostoissa painottuvat ostot toisilta julkisyhteisöiltä (alueilta), mutta psykiatrian erikoissairaanhoidossa yksityisillä toimijoilla on huomattavasti tärkeämpi asema. Myös alueiden järjestämässä hammashoidossa (*Folktandvård*) yksityisten palveluntuottajien osuus on yli 50 prosenttia kaikista palveluostoista. Sama koskee tarkemmin erittelemättömiä terveyspalveluja, jossa yksityisellä sairaankuljetuksella (ensihoidolla) voi olla Ruotsissa tärkeä asema.

Taulukko 21 Alueiden terveydenhuollon ostopalvelut 2022–23 (Lähde: SKR:n tilastot).

	Ostot yhteensä 2022, Milj. kr	Ostot yksityisiltä 2022, milj. kr	Yksityisten osuus 2022, %	Ostot yhteensä 2023, Milj. kr	Ostot yksityisiltä 2023, milj. kr	Yksityisten osuus 2023, %
Perusterveydenhuolto	24 566	22 938	93	26 235	24 330	93
Som. erikoissairaanhoido	36 679	14 154	39	39 990	15 663	39
Psyk. erikoissairaanhoido	4 578	2 611	57	5 099	2 814	55
Hammashoido	3 415	1 426	42	3 793	1 716	45
Muu terveydenhuolto	2 287	2 034	89	2 882	1 878	86
Yhteensä	71 525	43 163	60	77 300	46 401	60
Osuus ostoista, %						
Perusterveydenhuolto	34,3	53,1		33,9	52,4	
Som. erikoissairaanhoido	51,3	32,8		51,7	33,8	
Psyk. erikoissairaanhoido	6,4	6,0		6,6	6,1	
Hammashoido	4,8	3,3		4,9	3,7	
Muu terveydenhuolto	3,2	4,7		2,2	4,0	
Yhteensä	100,0	100,0		100,0	100,0	

Perusterveydenhuollossa ostopalvelujen suuri osuus nettokustannuksista johtuu pakollisesta asiakkaan valinnasta. Ostopalvelujen osuudella ei ole kuitenkaan suoraa yhteyttä palvelutuotannosta syntyviin asukaskohtaisiin nettokustannuksiin. Syynä on, että nettokustannuksiin vaikuttavat väestön ikä- ja sosioekonominen rakenne sekä sairastavuus. Haja-asutusalueella kustannuksia nostavat pitkät välimatkat ja se, että terveysasemien on oltava ehkä paremmin ja monipuolisemmin varustettuja kuin asutuskeskuksissa, joissa tutkimuspalveluja saadaan sairaaloista.

Perusterveydenhuoltoa koskeva tarkastelu vuodelta 2023 tosin osoittaa, että asukaskohtaiset nettokustannukset ovat hieman harvemmin alhaisia alueilla, joilla palveluostojen osuus perusterveyshuollon nettokustannuksista on pieni. Sen sijaan alueisiin, joissa palveluostojen nettokustannusosuus on suuri, kuuluu alueita, joissa asukaskohtaiset nettokustannukset ovat maan keskiarvoon verrattuna pieniä (Tukholma, Halland ja Uppsala) ja alueita, joissa asukaskohtaiset nettokustannukset ovat keskiarvoon verrattuna suuria (Sörmland, Västmanland ja Västra Götaland).⁵⁷

Keskustelu valinnanvapauden aiheuttamista vaikutuksista terveydenhuollon kustannusten tasoon tai kehitykseen voi olla sikäli turhaa, että kustannusten alentaminen ei ollut järjestelmän päällimmäisiä tavoitteita. Ensisijaisesti tavoitteina on ollut nostaa palvelujen laatua, parantaa hoitoa ja terveyspalvelujen saatavuutta sekä lisätä asiakkaiden osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia terveydenhuollossa. Toisaalta kustannustaso riippuu paljolti siitä, kuinka alueet toiminnan rahoittajina ovat määritelleet palveluntuottajien korvaustason ja asiakkaiden omavastuuosuudet.

⁵⁷ Valtakunnallisissa arvioissa kannattaa ottaa huomioon, että kolmen suuren alueen osuus perusterveydenhuollon nettokustannuksista oli 54 prosenttia vuonna 2022 (Tukholma, Skåne ja Västra Götaland).

Taulukko 22 Perusterveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset ja ostopalvelujen osuus nettokustannuksista alueittain 2023 pl. Gotlannin aluehallinto (Lähde: SKR:n tilastot).

	Nettokustannukset per asukas, kruunua	Nettokustannukset per asukas	Ostopalvelut yhteensä, %	Yksityiset ostopalvelut, %	Yksityisten ostopalvelujen osuus
Värmland	6955	Siltä väliltä	13,2	13,2	Pieni
Örebro	6906	Siltä väliltä	14,1	15,6	Pieni
Kalmar	7455	Suuri	14,2	16,0	Pieni
Västerbotten	6731	Pieni	14,8	16,0	Pieni
Jämtland Härjedalen	8386	Suuri	14,9	16,7	Pieni
Norrbottn	7667	Suuri	15,9	17,0	Pieni
Östergötland	6856	Siltä väliltä	17,0	20,7	Pieni
Dalarna	6773	Pieni	17,3	18,8	Siltä väliltä
Blekinge	6786	Pieni	18,7	20,9	Siltä väliltä
Jönköping	7193	Siltä väliltä	18,7	20,3	Siltä väliltä
Gävleborg	7926	Suuri	25,0	26,0	Siltä väliltä
Kronoberg	6495	Pieni	26,6	28,4	Siltä väliltä
Västernorrland	6872	Siltä väliltä	27,0	28,8	Siltä väliltä
Uppsala	6622	Pieni	29,4	33,0	Suuri
Västra Götaland	7739	Suuri	30,9	33,3	Suuri
Halland	6764	Pieni	32,3	40,7	Suuri
Västmanland	7453	Suuri	36,1	38,5	Suuri
Skåne	6937	Siltä väliltä	38,3	40,5	Suuri
Stockholm	6789	Pieni	49,1	52,4	Suuri
Sörmland	7939	Suuri	55,7	57,8	Suuri
Total	7120		32,6	35,1	

Kustannuskehitys koko kansantaloudessa

Asiakkaanvalintajärjestelmän vaikutuksia perusterveydenhuollon kokonaiskustannuksiin kansantaloudessa on hankala arvioida, mutta vuosina 2010–21 **perusterveydenhuollon** kokonaiskustannukset (pl. hammashoito, ml. kotisairaanhoido⁵⁸) olivat nousseet määrällisesti 49 prosenttia ja niiden osuus bruttokansantuote bkt:sta oli 2,6 prosenttia vuonna 2021. Vuonna 2022 kustannukset alenivat vuoden 2019 tasolle (Kuvio 21). Perusterveydenhuollon kokonaiskustannuksista ei ole tietoja vielä vuodelta 2023, sillä ne julkaistaan kansantalouden tilinpidon yhteydessä kesällä 2025.

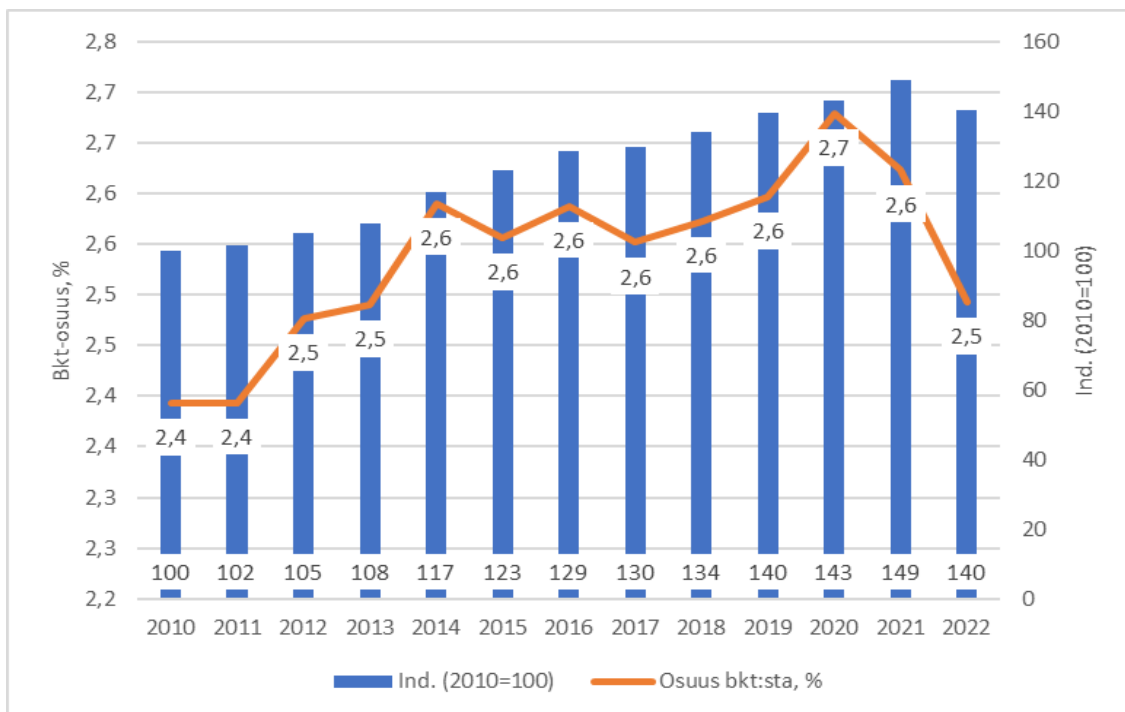
Koko terveydenhuollon kokonaiskustannukset olivat Ruotsissa rahamääräisesti 628 miljardia kruunua vuonna 2022, mikä oli 10,7 prosenttia bkt:sta. Bkt-osuus on pysynyt vakaana 2010-luvulla, mutta vuosina 2020–21 kustannukset⁵⁹ kasvoivat bkt:ta nopeammin. Vuonna 2022 terveydenhuollon kokonaiskustannusten vähenivät pandemian takia ja samalla niiden bkt-osuus putosi. Vuonna 2023 kokonaismenot ovat kääntyneet kuitenkin

⁵⁸ Allmän botande öppenvård plus botande rehabiliterande hemsjukvård plus övrig botande öppenvård plus övrig specialiserad öppenvård.

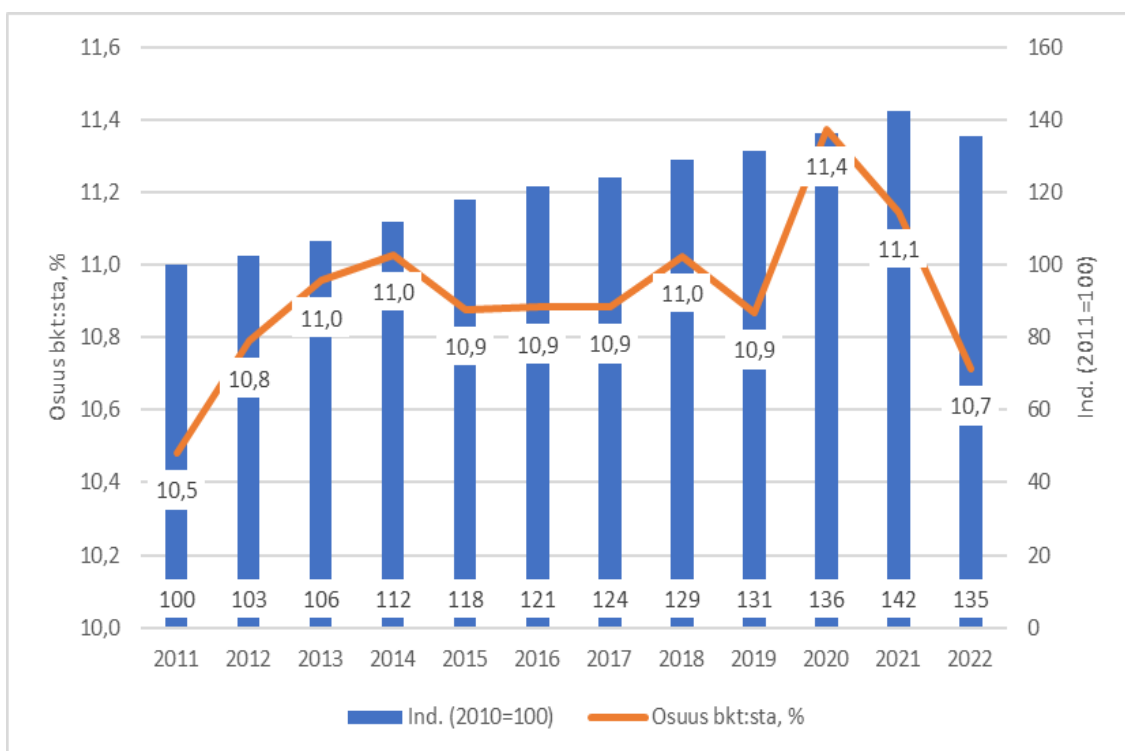
⁵⁹ Terveydenhuollon kokonaiskustannukset kattavat perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, ikääntyneiden ja muiden erityisryhmien terveydenhuollon sosiaalihuollossa, lääkkeet ja muut terveydenhuollon aineet ja tarvikkeet, ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ja hallinnon.

kasvuun koko terveydenhuollossa, jos vertailukohtana käytetään alueiden julkisrahoitteisten terveydenhuoltomenojen kehitystä.

Kuvio 21 Perusterveydenhuollon kokonaiskustannusten määrän ja bkt-osuuden kehitys Ruotsissa 2010–22 (Lähde: Hälsöräkenskaper, SCB).



Kuvio 22 Terveystenhuollon kokonaismenojen määrän ja bkt-osuuden kehitys Ruotsissa 2011–22 (Lähde: Hälsöräkenskaper, SCB).



6 Työterveyshuolto Ruotsissa

6.1 Järjestelmä pääpiirteittäin

Ruotsissa ei ole Suomen kaltaista erillistä työterveyshuoltojärjestelmää, johon sisältyy sairaanhoitoa, eikä myöskään sairausvakuutusjärjestelmää yksityisestä terveydenhuollosta. Ruotsissa *Arbetsmiljölagen* (AML 1160/1977) eli ”työympäristölaki” tosin edellyttää työnantajilta toimia työntekijöiden terveyttä uhkaavien riskien ja työtapaturmien ehkäisemiseksi ja hyvän työympäristön tarjoamiseksi. Asia on määritelty AML:n ensimmäisessä pykälässä.⁶⁰ Tarkempia määräyksiä on AML:n luvussa 2 (*Arbetsmiljöns beskaffenhet*) ja luvussa 3 (*Allmänna skyldigheter*).

AML:n mukaan työnantajien tulee huolehtia siitä, että hyvien työskentelyolosuhteiden ylläpitoa edesauttavat palvelut ovat saatavilla.⁶¹ Työnantajien on järjestettävä työterveyshuolto siten, että työntekijöiden sairastumista ja pitkiä sairauslomia voidaan ennaltaehkäistä. Periaatteessa työnantajan vastuulla olevalla työterveydenhuollolla on Ruotsissa yleisluntuonin asema, mikä voi tarkoittaa vain lääketieteellistä neuvontaa, työergonomiaan liittyvää ohjeistusta yms. palvelujen tarjoamista. Työterveydenhuoltoon voi kuulua myös tutkimuksia ja riskien arviointia.

Työnantajat vastaavat Ruotsissa viime kädessä kuitenkin *työperusteisesta kuntoutuksesta*. Työnantajien osallistuvat kuntoutukseen ja he ovat vastuussa siitä, että tehokkaan kuntoutuksen edellyttämät toimenpiteet käynnistetään tarpeeksi ajoissa. Se, millaisiin toimenpiteisiin ryhdytään, on arvioitava tapauskohtaisesti. Arvioinnissa otetaan huomioon monia tekijöitä, kuten työpaikan koko, työnantajan voimavarat ja työntekijän oma osallistuminen. Kuntoutustoimenpiteet suunnitellaan aina yhdessä työntekijän kanssa hänen yksilöllisten tarpeittensa mukaan.

Ruotsissa on tukijärjestelmiä työperäisistä sairauksista johtuvaan kuntoutukseen. *Försäkringskassa:lla* on tärkeä asema, kun se hyväksyy kuntoutuksen palveluntuottajat ja maksaa avustuksia työnantajille. Palveluntuottajien hyväksynnästä on tarkempia määräyksiä asianomaisessa asetuksessa.⁶² Kuntoutustuella⁶³ pyritään ennaltaehkäisevää fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia, jotka heikentävät työkykyä ja aiheuttavat pitkittyneitä sairauslomia. Perusajatuksena on toimia ajoissa, ennen kuin ongelmat pahenevat. Lisäksi kuntoutustuella halutaan nopeuttaa työhön paluuta.

Terveyspalveluista vastaavien alueiden (*regioner*) on velvollisuus tarjota *koordinaattoriapua* sairauslomilla oleville työntekijöille, jotka tarvitsevat yksilöllistä tukea työhön palaamiseksi. Tähän kuuluu henkilökohtaisen keskustelutuen tarjoaminen, terveydenhuollon toimien yhteensovittaminen ja kuntoutussuunnitelmien laadinta. Alueiden on tehtävä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa terveyden- ja sairaanhoitoa koskevissa asioissa.

⁶⁰ Lagens ändamål är att förebygga ohälsa och olycksfall i arbetet samt att även iövrigt uppnå en god arbetsmiljö.

⁶¹ Arbetsgivaren skall svara för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Med företagshälsovård avses en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Företagshälsovården skall särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa (Källa: AML 2 kap 2c§).

⁶² Förordning (2014:67) om bidrag till arbetsgivare för köp av arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd för återgång i arbete

⁶³ Arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd (ks. tarkemmin www.forsakringskassan.se)

Toiminta koordinaattorina edellyttää työntekijän suostumusta, mutta se ei koske toimenpiteitä, joista muilla tahoilla on lakisääteinen vastuu.

Myös työntekijöiden on oltava tietoisia työn suorittamiseen liittyvistä terveys- ja muista riskeistä. Työntekijöillä on annettava tarvittava koulutus, jotta työssä esiintyvien riskejä voidaan välttää. Vain opastuksen saaneet työntekijät voivat suorittaa työtehtävien, joihin liittyy merkittävä sairauden tai tapaturman riski. Toisaalta työntekijät ovat vastuussa siitä, että he yrittävät aktiivisesti palauttaa ja ylläpitää työkykyään. Työntekijöiden on esimerkiksi toimitettava kuntoutusta varten tarvittavat lääketieteelliset asiakirjat ja muut tiedot, jos niitä ei saatavilla muista lähteistä.

Ruotsissa ”työympäristöjen” tilaa valvova valtion viranomainen on *Arbetsmiljöverket*. (ks. www.av.se). Virasto antaa määräyksiä, tekee tarkastuksia ja tutkimuksia, tuottaa tilastoja työympäristöstä, työtapaturmista ja ammattitaudeista sekä ylipäätään huolehtii siitä, että työnantajayritykset ja muut yhteisöt noudattavat AML:ään ja työaikoja koskevia lakeja. Viraston toiminnan lähtökohtana on, että Ruotsissa kaikilla työntekijöillä on AML:n mukainen oikeus hyvään työympäristöön eikä kenenkään tarvitsisi loukkaantua, sairastua tai kuolla oman työnsä takia.

Käytännössä työterveyshuolto (pl. kuntoutus) on järjestetty esimerkiksi yrityksissä kuitenkin vaihtelevasti, koska markkinat eivät ole tarkkaan säänneltyjä. Myös käsitteenä työterveyshuolto ei ole tarkasti määritelty, joten se voi sisältää yksittäisen fysioterapeutin palveluja tai laajempaa palvelupakettia, johon kuuluu lääkärikonsultaatioita, sairaanhoitajia ja psykologeja.⁶⁴ Palvelujen laajuus riippuu työnantajan toimialasta ja yrityskoosta. Arbetsmiljöverket:in mukaan keskisuurissa ja suurissa yrityksissä palvelutarjonta on laajempaa kuin pienissä alle 50 henkilön yrityksissä.⁶⁵⁶⁶

Työnantajilla voi olla omaa työterveyshuollon henkilöstöä tai palvelut ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta, joita edustaa Ruotsissa *Sveriges företagshälsor* -toimialajärjestö (ks. www.foretagshalsor.se). Varsinaisesti työterveyshuollossa ei ole julkisesta rahoitettu (pl. kuntoutustuki), vaan työnantajat tilaavat ja maksavat palveluista, ellei niillä ole omaa palkattua henkilöstöä tarkoitusta varten. Pääosa Ruotsin työnantajista ostaa palveluja ulkopuolisilta palveluntuottajilta, mutta suurilla yrityksillä, alueilla (*regioner*), kunnilla ja Puolustusvoimilla on omaa henkilöstöä.

Yhtenä keskeisenä huolena Ruotsissa on, että työterveyshuoltoon erikoistuneiden lääkäreiden määrä on vähentynyt tuntuvasti 2000-luvulla. Tämä näkyy muun muassa siten, että alan järjestön (*Svenska företagsläkarförening SFLF*) jäsenistö on ikääntymässä ja jäsenmäärä on puolittunut noin 800 työterveyslääkäristä 400 lääkäriin.⁶⁷ Työterveyslääkärit ovat yleensä perusterveydenhuollossa toimineita yleislääkäreitä, jotka erikoistuvat toimialaan myöhemmällä iällä. Erikoistuminen kestää 2,5 vuotta, ja se sisältää käytännön harjoittelua työterveysyksikössä ja kursseja.⁶⁸

⁶⁴ Övriga yrkesgrupper består av beteendevetare, arbetsmiljöingenjörer, hälsopedagoger och arbetsterapeuter,

⁶⁵ Yksityisellä puolella 2/3 työllisistä on työterveyshuollon piirissä (Lähde: Företagshälsor).

⁶⁶ Julkisyhteisöissä työterveyshuolto on työehtosopimusten mukaan pakollista.

⁶⁷ Työterveyshuoltoon erikoistuneet lääkärit muodostavat noin 1,5 prosenttia Ruotsin laillistetuista lääkäreistä.

⁶⁸ Handledning på en företagshälsa och kurser antingen via SFLF eller på någon av Sveriges åtta arbets- och miljömedicinska kliniker, som delvis tar emot patienter men främst bedriver forskning.

6.2 Työterveyshuollon palveluntuottajat

Ruotsissa on arviolta 100 yritystä tai organisaatiota, jotka tuottavat työterveyshuollon erikoispalveluja. Pääsääntöisesti kulut ovat työntantajyrityksille verotuksessa vähennyskelpoisia. Osa palveluista on arvonlisäverollisia (työilmapiiriselvitykset, yms.) ja osa on arvonlisäverottomia (terveystarkastukset, yms. tutkimukset ja rokotukset). Yritykset voivat tukea työntekijöiden työkyvyn ylläpitoa ja terveyttä muillakin tavoin, kuten esimerkiksi liikuntaharrastusten (*motion- och friskvårdsbidrag*) kautta. Nämä edut ovat verovapaita työntekijöille 5 000 kruunuun asti vuodessa.

Myös suomalainen *Terveystalo -konserni*⁶⁹ on toiminut Ruotsissa työterveyshuollon palveluntuottajana vuodesta 2022, jolloin se hankki pääomistusosuuden ruotsalaisesta *Feelgood Svenska AB:sta*. Feelgood on Ruotsissa merkittävä työterveyshuollon yksityinen palveluntuottaja. Yritys työllistää noin 800 henkilöä ja se toimii 140 paikkakunnalla itse tai yhteistyökumppanien kautta. Yritysasiakkaita Feelgood:illa on 8 000 ja se on käytännössä kolmanneksi suurin työterveyshuollon palveluntuottaja Ruotsissa, jossa alan markkinat ovat arviolta 5,0–5,5 miljardin kruunua.⁷⁰

Feelgood toimii laaja-alaisesti, sillä se tarjoaa työterveyspalveluja, apua päihde- ja muihin riippuvuuksiin, johtamisen konsultointia yms., koulutusta sekä terveys- ja terapiapalveluja yksityishenkilöille. Ruotsissa Feelgood on panostanut näyttävästi etenkin digitaaliin palveluihin, joiden kautta pystytään tarjoamaan laaja-alaista hyvinvointiin ja terveyteen liittyvää palvelua koko maassa myös silloin, kun asiakas ei ole sairas ja haluaa välttää sairauden.⁷¹ Myös suomalaisen Mehiläisen omistama Meliva Svenska AB toimii Ruotsissa työterveyshuollon markkinoilla.

⁶⁹ Terveystalo Healthcare Oy.

⁷⁰ Muita suuria palveluntuottajia ovat muun muassa Avonova Hälsa AB ja Falck Sverige AB.

⁷¹ Ks. tarkemmin www.feelgood.se.

Yhteenveto

Ruotsi on jaettu 21 alueeseen (*regioner, ent. landsting*), jotka vastaavat pääosin **julkisrahoitteisen** terveydenhuollon järjestämisestä. Poikkeuksena on 20 vuotta täyttäneiden hammashoito, joka ovat valtiollisen vakuutuskassajärjestelmän piirissä. Myös kunnilla on Ruotsissa sosiaalihuoltoon liittyviä terveydenhuollon tehtäviä (pl. lääkäripalvelut) sekä yhteistyötä alueiden kanssa.

Alueet vastaavat myös julkisesta liikenteestä toiminta-alueellaan tai yhdessä kuntien kanssa ja alueensa yleistä kasvukehityksestä. Lisäksi ne voivat ottaa vapaaehtoisesti järjestämisvastuulle tehtäviä, jotka voivat liittyä esimerkiksi matkailuun ja koulutukseen. Vuonna 2023 alueiden kustannukset olivat 469 miljardia kruunua (40,8 mrd. euroa), josta terveydenhuolto (pl. lääkkeet) oli 81 prosenttia.⁷²

Alueet rahoittivat keskimäärin 69 prosenttia menoistaan omilla verotuloillaan vuonna 2023. Lisäksi ne saavat valtionapua (*statsbidrag*) ja keräävät maksutuloja. Valtionavun osuus oli yhteensä 23 prosenttia ja muiden tuottojen viisi prosenttia vuonna 2023. Maksutulojen osuus on vain kolme prosenttia alueiden tuloista. Omista verotuloista huolimatta valtio määrittelee pitkälti niiden käytöstä.

Alueiden terveydenhuollon nettokustannuksista (362 mrd. kr.⁷³) vuonna 2023 somaattinen erikoissairaanhoito oli 60 prosenttia, psykiatrian erikoissairaanhoito yhdeksän prosenttia, perusterveydenhuolto (pl. hammashoito) 21 prosenttia, hammashoito kaksi prosenttia sekä muu terveydenhuolto kahdeksan prosenttia. Muu terveydenhuolto käsittää esimerkiksi ensihoitoa ja apuvälinetoimintaa.

Nettokustannusten reaalinen kasvu oli perusterveydenhuollossa (23 %) nopeampaa kuin erikoissairaanhoidossa vuosina 2014–23. Myös hammashoidon kustannukset ovat nousseet reippaasti (21 %). Erikoissairaanhoidossa puolestaan somaattisen erikoissairaanhoidon nettokustannukset ovat kohonneet tuntuvasti nopeammin (19 %) kuin psykiatrisen erikoissairaanhoidon kustannukset (11 %)

Reaalisesti alueiden terveydenhuollon nettokustannukset nousivat asukasta kohden laskettuna 9,4 prosenttia vuosina 2014–23. Kasvuvauhti oli nopeampaa kuin väestönkasvu (8,3 %). Rahamääräisesti terveydenhuollon nettokustannukset olivat asukasta kohden 34 261 kruunua, josta perusterveydenhuolto oli 7 947 kruunua⁷⁴, erikoissairaanhoito 23 489 kruunua ja muu terveydenhuolto 2 679 kruunua.

Asiakkaan valinta alueiden terveydenhuollossa

Ruotsissa asiakkaan valinnanvapaudesta perusterveydenhuollossa säädettiin vuonna 2010 voimaantulleella terveydenhuoltolain muutoksella (*Hälso- och sjukvårdslag 30/1917, 7. kap. 3-3c§*). Siinä alueet (*regioner*) velvoitettiin järjestämään

⁷² Ennakkotietojen mukaan alueiden kokonaiskustannusten reaalinen (volyyymi) nousu olisi 1,2 prosenttia vuonna 2024 ja 1,7 prosenttia vuonna 2025.

⁷³ Terveydenhuollon kokonaismenot olivat tilastovirasto SCB:n mukaan Ruotsissa 628 miljardia kruunua (noin 60 mrd. euroa) vuonna 2022. Summa sisältää koko perusterveydenhuollon tasaisen terveydenhuollon (ml. hammashoito), erikoissairaanhoidon, kuntien vastuulla olevan perusterveydenhuollon sosiaalipalveluissa, ennaltaehkäisevän terveydenhuollon, terveydenhuollon hallinnon, tukipalvelut, lääkkeet sekä muut aineet, tarvikkeet ja tavarat. Summa oli 10,7 prosenttia bruttokansantuotteesta. Siitä perusterveydenhuolto (pl. hammashuolto) oli 2,5 prosenttiyksikköä.

⁷⁴ Pl. suun terveydenhuolto.

perusterveydenhuolto (pl. hammashoito) asiakkaan valinnanvapautta koskevan lain mukaisesti. Erikoissairaanhoidon palveluissa valinnanvapaus on vapaaehtoista.

Potilaslain (*Patientlagen 9. kap 1§*) voimaantulon myötä asiakkaan valinnanvapautta perusterveydenhuollossa laajennettiin vuonna 2015 niin, että asiakkaalla on mahdollisuus hakeutua perusterveydenhuoltoon ja myös ei-laitosmuotoiseen erikoissairaanhoidon (*öppen specialistvård*) oman kotialueensa ulkopuolelle. Asiakkaan kotialue (*hemregion*) kustantaa hoidon.

Perusterveydenhuollossa asiakkaanvalintajärjestelmä pohjautuu siihen, että kaikkia palveluntuottajia on kohdeltava samalla tavoin ilman erityistä painavaa syytä. Eli alueiden omat terveysasemat ja yksityiset palveluntuottajat ovat samalla lähtöviivalla. Markkinoille pääsy on avointa kaikille palveluntuottajille, jotka täyttävät lainsäädännön ja alueiden ennalta määrittelemät ehdot.

Palveluntuottajien samanarvoinen kohtelu merkitsee sitä, että alueiden maksamat rahalliset korvaukset ovat lähtökohtaisesti kaikille julkisille ja yksityisille palveluntuottajille samasta hoitotoimenpiteestä yhtä suuria. Perustellut erot korvaustasossa voivat koskea kuitenkin esimerkiksi haja-asutusalueella tuotettuja palveluja, asiakkaiden toimintarajoitteita, ikää tai sosioekonomista asemaa.

Asiakkaan valinnanvapautta koskevien säännösten tarkoituksena on monipuolistaa palvelujen tarjontaa, lisätä kilpailua, parantaa palvelujen laatua ja lisätä palvelun loppukäyttäjän vaikutusmahdollisuuksia. Tärkein tavoite ei ole kustannusten alentaminen.⁷⁵ Kustannuskuria ylläpitää tosin se, että alueet ovat pyrkineet määrittelemään palvelujen korvaustavat ja -tasot tehokkuuteen kannustaviksi.

Alueilla on Ruotsissa muutoinkin laaja vapaus määritellä, millaisilla ehdoilla perusterveydenhuoltoa koskeva asiakkaan valinnanvapaus järjestetään ja miten palveluntuottajille maksetut korvaukset hoidosta määräytyvät ja kuinka suuria asiakkaiden omavastuuosuudet ovat. Epäkohtana on järjestelmien kirjavuus, mitä olisi voitu ehkä välttää tiukemalla valtion kansallisella ohjauksella.

Palveluntuottajien korvaukset kapitaatiopohjaisia

Käytännössä kapitaatiopohjaiset korvausmallit kattavat keskimäärin vähintään 75 prosenttia tai suuremman osuuden alueiden palveluntuottajille maksamista korvauksista perusterveydenhuollossa. Lisäksi hoitokorvaukset on voitu sitoa osittain terveysaseman maantieteelliseen sijaintiin, tulospohjaisiin tavoitteisiin ja siihen, että asiakkaat pyritään hoitamaan mahdollisimman pitkälti perustasolla.

Valtiovalta on tosin halunnut sitä, että alueilla olisi yhtenäiset hoidon korvausjärjestelmät ja yksinkertaiset hinnoitteluperusteet. Toisaalta tiukasta valtion ohjauksesta voi seurata se, että palveluntuottajat eivät pysty hyödyntämään kaikkea osaamistaan ja tarjoamaan vaihtoehtoisia ratkaisumalleja asiakkaiden ongelmiin, mikä voi kaventaa asiakkaiden vaihtoehtoja terveydenhuollon markkinoilla.

⁷⁵ Tosin asiakkaan valintaa koskevan järjestelmän suunnittelu- ja valmisteluvaiheessa tähdennettiin sitä, että asiakkaanvalintajärjestelmä ei saisi johtaa kustannusten merkittävään nousuun.

Terveystienhuolto digitalisoituu

Hallinnollisia haasteita korvauskäytännöissä ja asiakaskohtaisten terveystietojen saannissa on lisännyt terveystienhuollon digitalisoituminen. Sinänsä digitaaliset palvelut lisäävät palvelujen saavutettavuutta ja helpottavat asiakkaiden osallistumista oman hoitoonsa, kun palveluja on tarjolla ympäri vuorokauden ja vuoden. Myös valtiovalta on panostanut digitaalisuuden lisäämiseen terveystienhuollossa.⁷⁶

Ruotsin hallituksella onkin ollut tavoitteena uudistaa terveystienhuollon digitaalista infrastruktuuria siten, että järjestelmä olisi standardisoitu ja nykyistä yhtenäisempi. Digitaalisten palvelujen merkitystä on haluttu korostaa myös tulevassa Ruotsin terveystienhuollon lakiuudistuksessa.⁷⁷ Lakiuudistus tämentää samalla alueiden maksamien terveystienhuollon korvausten pelisääntöjä.

Palvelutarjonta lisääntynyt

Perusterveystienhuollon asiakkaan valintajärjestelmän piirissä oli vuonna 2023 yhteensä 1 211 terveystiasemaa, joista yksityisiä palveluntuottajia oli 563 (47 %). Terveystiasemien määrä on lisääntynyt yhteensä 55 palvelupisteellä vuosina 2013–23. Eli palvelujen tarjonta on laajentunut, mikä on laajentanut asiakkaiden (potilaiden) mahdollisuuksia valita eri palveluntuottajien tarjoamien vaihtoehtojen välillä.

Samanaikaisesti terveystiasemia on myös lakkautettu. Lopetukset ovat koskeneet lähinnä alueiden (*regioner*) omia terveystiasemia, joiden määrä supistui 29 palveluyksiköllä (5 %) vuosina 2013–23. Sen sijaan yksityisten terveystiasemien määrä on lisääntynyt 84 palveluyksiköllä (15 %). Eniten uusia yksityisiä terveystiasemia on perustettu Ruotsissa Tukholman, Skånen ja Västra Götalandin alueille.

Järjestelmä ei ole johtanut alan keskittymiseen

Pääosa yksityisistä palveluntuottajista on pieniä yhden terveystiaseman yrityksiä, eikä asiakkaan valintajärjestelmä ole johtanut yksityisen terveystienhuollon keskittymiseen. Sen sijaan perinteinen julkinen hankintajärjestelmä olisi voinut johtaa päinvastaiseen kehitykseen. Asiaa kuvaa se, että 68 prosentissa terveystiasemia kirjoilla olevien asiakkaiden määrä jäi alle 10 000 henkilöön vuonna 2023.

Asiakasmäärältään suuret terveystiasemat ovat useimmiten julkisessa omistuksessa, eikä tilannekuva ole muuttunut ratkaisevasti 2010-luvun alkuun verrattuna. Listattujen asiakkaiden määrällä mitattuna vähintään 10 000 asiakkaat terveystiasemista 64 prosenttia oli julkisomisteisia vuonna 2023. Vastaavasti alle 6 000 asiakkaan terveystiasemista 55 prosenttia oli yksityisessä omistuksessa.

Yksityinen puoli kirinyt asiakaskäynneissä

Yksityisten palveluntuottajien osuus oli 40 prosenttia alueiden rahoittaman koko terveystienhuollon fyysisistä asiakaskäynneistä vuonna 2023, kun osuus oli 34 prosenttia vuonna 2013. Perusterveystienhuollossa yksityisten toimijoiden osuus ylitti 50 prosenttia vuonna

⁷⁶ Ruotsissa linjattiin jo yhdeksän vuotta sitten, että Ruotsi olisi vuonna 2025 digitaalisten sosiaali- ja terveystienpalvelujen hyödyntämisessä johtava maa maailmassa.

⁷⁷ Lainsäädännölliset uudistukset tulevat voimaan lokakuussa 2025.

2023. Osuus oli korkein Tukholman alueella, jossa 72 prosenttia perusterveydenhuollon käynneistä tapahtui yksityisillä terveysasemilla.⁷⁸

Asiakkaan valinta kaikkien käytössä

Perusterveydenhuollon valinnanvapauteen perustuva järjestelmä edellyttää, että asiakkaat ovat tietoisia valinnanvapaudestaan, heillä on riittävästi tietoa terveysaseman valinnan pohjaksi ja vaihtoehtoiset terveysasemat sijaitsevat kohtuullisella etäisyydellä asiakkaan kodista, sillä etäisyyksien kasvaessa valinnanvapaus voi jäädä monelle asiakkaalle teoreettiseksi mahdollisuudeksi.

Ruotsin koko aikuisväestö on käytännössä tietoinen perusterveydenhuoltoa koskevasta valinnanvapaudesta. Lisäksi 92 prosenttia Ruotsin väestöstä asuu korkeintaan kymmenen minuutin ajomatkan päässä lähimmästä terveysasemasta. Edelleen yli 80 prosenttia väestöstä asuu alueilla, joissa matkaa toiseksi lähimmälle terveysasemalle on korkeintaan viisi minuuttia lähimmältä terveysasemalta.

Ruotsissa on myös runsaasti ja helposti saatavilla olevaa tietoa asiakkaan valintajärjestelmästä ja sen piirissä olevista terveysasemista. Ensinnäkin tietoa on saatavilla *1177.se* – palvelussa. Siinä asiakkaat voivat tutkia terveysasemien yhteys- ja sijaintitietoja, vastaanottojen aukioloaikoja, palvelujakaumaa ja omistajatyyppejä (julkinen, yksityinen). Palvelusta on linkkejä palveluntuottajien verkkosivuille.

Monipuolisesta tietotarjonnasta huolimatta vain osa kansalaisista hakee tarkempaa tietoa terveysaseman vaihtamiseksi. Ehkä asiakkaat eivät näe terveysasemien välillä suuria eroja, vaan ovat tyytyväisiä lähimpien terveysasemien palveluihin. Toisaalta kysymys voi olla aktiivisesta valinnasta silloinkin, jos henkilö on tyytyväinen viranomaisten hänelle osoittamaan terveysasemaan ja tekemään valintaan.⁷⁹

Asiakkaat tyytyväisiä yksityisiin palveluihin

Yksityisistä palveluntuottajista voi hankkia tietoja myös sähköisestä *varden.se* -palvelusta, jossa on avoterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja lukuisten erikoisalojen sekä tutkimuspalvelujen palveluntuottajia. Palvelu tarjoaa näkyvyyttä palveluntuottajille ja siitä asiakkaat voivat varata hoitoaikoja itselleen. Palvelukanava sisältää tietoja palveluhinnoista, henkilöstöstä ja heidän osaamisalastaan.

Enemmistö ruotsalaisista on tyytyväisiä perusterveydenhuollon asiakkaan valintajärjestelmään, kun asiaa on mitattu kyselytutkimuksilla. Tosin asiakkaat ovat antaneet hoidon laadusta yksityisille palveluntuottajille hieman paremmat arvostukset kuin alueiden omille terveysasemille. Suurimmat erot yksityisten ja julkisten terveysasemien välillä koskevat hoidon jatkuvuutta ja koordinoitua.

Näkemykset hoidon jatkuvuudesta ja koordinoinnista kertovat siitä, että yksityisillä terveysasemakäynneillä asiakkaat ovat saaneet helpommin toivomansa sairaanhoitajan tai lääkärin. Erot ovat vielä suurempia, kun tarkastellaan hoidon jatkuvuutta peräkkäisillä käyntikerroilla. Hoitosuhteen jatkuvuus tai pysyvyys (*kontinuitet*) on asiakkaiden kannalta erittäin tärkeä laadullinen kilpailutekijä.

⁷⁸ Myös suomalaisomisteinen Mehiläinen on toiminut vuodesta 2020 lukien alueiden terveyshuollon markkinoilla Meliva-brändillä. Yritys työllistää 1 000 henkilöä ja sillä on noin 30 terveysasemaa ja niissä on 155 000 listautunutta asiakasta.

⁷⁹ Henkilölle osoitetaan automaattisesti lähin julkinen tai yksityinen terveysasema, jos hän ei ole aktiivisesti kirjautunut (listautunut) jonkin terveysaseman asiakkaaksi.

Alueelliset erot alueiden välillä ja sisällä voivat johtua siitä, että vaihtuvien vuokralääkäreiden käyttö on haja-asutusalueella yleisempää kuin asutuskeskuksissa. Vuokralääkäreitä koskeva vaihtuvuus koskee etenkin julkisia terveysasemia. Lääkäritiheys voi olla liian pieni myös kaupungeissa ja taajamissa, missä hoidontarve on asiakaskunnan sosioekonomisen rakenteen ja haasteellisuuden vuoksi suuri.

Asiakkaat ovat melko tyytyväisiä saavutettavuuteen (*tillgänglighet*) ja saamaansa vastaanottoon (*bemötande*) sekä julkisilla että yksityisillä terveysasemilla. Yksityiset terveysasemat ovat saaneet asiakkailta tosin hieman paremmat arvosanat siinä, kuinka he ovat saaneet tietoa omaan terveydentilastaan, ja miten heillä on ollut mahdollisuuksia vaikuttaa ja osallistua terveyttään koskeviin päätöksiin.

Suun terveydenhuollon oma asiakkaan valintajärjestelmä

Suun terveydenhuolto ei ole pakollisen perusterveydenhuollon asiakkaan valinnan piirissä, vaan hammashoidolla on omat julkisesti tuetut järjestelmät. Ruotsissa toimii julkisen alueiden ylläpitämä hammashoitajajärjestelmä (*Folktandvården*) ja yksityisiä hammaslääkäreitä (*privata tandläkare*). Alueet ovat vastuussa alle 20-vuotiaiden hammashoidosta sekä 20 vuotta täyttäneiden erikoishammashoidosta.

Sen sijaan 20 vuotta täyttäneet aikuiset ovat valtion vakuutuskassajärjestelmän piirissä, jonka puitteissa he voivat valita haluamansa yksityisen tai julkisen palveluntuottajan ja saada maksuihin tukea edellyttäen, että palveluntuottajilla on asiasta sopimus vakuutuskassan (*Försäkringskassan*) kanssa. Siinä asiakkaat maksavat hoidosta omavastuun ja vakuutuskassa korvaa loppuosan viitehintojen pohjalta.

Ruotsissa *Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV* määrittelee, mitkä hoidot ovat valtion tukeman yli 19-vuotiaiden suun terveydenhuollon piirissä. TVL päättää myös viitehinnoista. Viitehinnat vastaavat palvelujen ”normaalihintatasoa” sisältäen perus- ja hammasteknisen työn ja materiaalit. Viitehinnat jakaantuvat yleishammaslääke- ja erikoishammaslääketieteen viitehintoihin.

Yksityiset ja julkiset hammaslääkäriasemat voivat hinnoitella palvelunsa vapaasti, jolloin viitehintoja suuremmat maksut ovat kokonaan asiakkaan omalla vastuulla. Ruotsissa viitehintoja voi kuitenkin vertailla todellisiin hammashoitomaksuihin eri hoitotoimenpiteiden osalta kunnittain ja hammaslääkäriasemakohtaisesti TLV:n mainiossa palvelutietokannassa (ks. *tandpriskollen.se*).

Ruotsissa henkilöt voivat tehdä julkisen palveluntuottajan (*Folktandvården*) kanssa myös kiinteään vuosi- ja kuukausimaksuun pohjautuvan asiakassopimuksen (*abonnemangstandvård; frisktandvård*), jonka aikana he voivat saada tarvitsemaansa suun terveydenhuoltoa. Sopimuskausi kestää yleensä kolme vuotta. Sitä edeltää hammaslääkärin tekemä perusteellinen normaalihintaan tehtävä tutkimus.

Yksityisen hammaslääkäritoiminnan osuus julkiseen tukeen oikeuttavasta hammashoidosta on lisääntynyt Ruotsissa rahamääräisesti vuodesta 2016 lukien. Aikuisia asiakkaita julkisesti tuetun hammashoidon piirissä oli yhteensä 4,043 miljoonaa vuonna 2023. Heistä 2,472 miljoonaa oli käyttänyt yksityisiä hammashoitoloita ja 1,611 miljoonaa julkisia hammashoitoloita (*Folktandvården*).

Työterveyshuolto keskittyy ennaltaehkäisyyn ja kuntoutukseen

Ruotsissa ei ole erillistä työterveyshuoltojärjestelmää, johon sisältyisi sairaanhoitoa. Myöskään käsitteenä työterveyshuolto ei ole tarkasti määritelty. Käytännössä se voi sisältää yksittäisen fysioterapeutin palveluja tai laajempaa palvelupakettia, johon kuuluu lääkärikonsultaatioita, sairaanhoitajia ja psykologeja. Palvelujen laajuus riippuu työnantajan toimialasta ja yrityskoosta.

Ruotsissa *Arbetsmiljölagen AML* eli ”työympäristölaki” kuitenkin edellyttää työnantajilta toimia työntekijöiden terveyttä uhkaavien riskien ja työtapaturmien ehkäisemiseksi ja muutoin hyvän työympäristön tarjoamiseksi. Lisäksi työnantajat vastaavat Ruotsissa viime kädessä työperusteisesta kuntoutuksesta, jonka toteuttamiseksi *Försäkringskassan* maksaa työnantajille korvauksia.

Käytännössä työnantajilla voi olla omaa työterveyshuollon henkilöstöä tai palvelut ostetaan ulkopuolisilta palveluntuottajilta.⁸⁰ Ruotsissa on arviolta 100 yritystä tai organisaatiota, jotka tarjoavat työterveyshuollon erikoispalveluja. Markkinoiden koko on arviolta 5,0-5,5 miljardia kruunua. Ruotsin markkinoilla kilpailevat myös Terveystalo-konsernin Feelgood ja Mehiläisen Meliva.

⁸⁰ Pääosa Ruotsin työnantajista ostaa palveluja ulkopuolisilta palveluntuottajilta, mutta suurilla yrityksillä, alueilla (regioner), kunnilla ja Puolustusvoimilla on omaa henkilöstöä.

Lähteitä

Bland annat

Kilpailu- ja kuluttajavirasto KKK: Potilaan valinnanvapaus, Ruotsin malli ja Suomen SoTe-uudistus, markkinoiden toimivuuden ja taloudellisten vaikutusten näkökulma (toim. Ahonen, Vuorio ja Tähtinen), KKK:n selvityksiä 6/2015, Helsinki 2015.

Konkurrensverket: Promemorian effektiv och behovsbaserad digital vård (Ds 27/2023), Yttrande 12/12/2023 Dnr 590/2023 Socialdepartementet.

Socialdepartementet: Hälsa 2025, Vision e-hälsa 2025, gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvården.

Statens offentliga utredning SOU 69/2022: Kommuners och regioners kostnader för valfrihetssystem – ett kunskapsunderlag, Betänkande av Utredningen om Ökad kunskap om kommuners och regioners kostnader för valfrihetssystem Stockholm 2022

Statistikmyndigheten SCB: Statistik om hälso- och sjukvårdskostnader 2010-22.

Svenskt Näringsliv: Basundersökning 2025.

Sveriges Kommuner och Regioner: Ekonomi- och verksamhetsstatistik om regioner 2014-23: Bland annat statistik över nettokostnad, besök efter yrket, vårdcentraler, nettokostnad per invånare och patientavgifter för läkarbesök, köp av verksamhet.

Sveriges Kommuner och Regioner: Hälso- och sjukvårdsbarometern, Befolkningens attituder till, förtroende för och uppfattning om hälso- och sjukvården 2024, Stockholm 2024.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket TLV: Utveckling av tandvårdsproduktionen inom det statliga tandvårdsstödet, Stockholm 2023.

Vårdföretagarna: Privat vårdfakta 2024.

Vårdföretagarna: Patienttoppen 2024. En sammanställning av SKR:s nationella patientenkät i primärvården – fördelad på privat och offentlig regi.

Vårdföretagarna: Socioekonomi och nöjda patienter, En jämförelse mellan privat och offentligt drivna vårdcentraler.

Vårdföretagarna: Valfrihetens historia – från fyrbäddsrum till egenmakt, En historisk kartläggning av de politiska reformerna och strömmarna av valfriheten inom vård och omsorg.

Vårdföretagarna: Väntetider längre än vårdgarantin inom den planerade specialvården, januari 2025.

Se bland annat följande webb-sidorna:

www.vantetider.se

www.1177.se

www.riksrevisionen.se

www.tandspriskollen.se

www.varden.se

www.scb.se

www.skr.se

www.socialstyrelsen.se

www.ehalsomyndigheten.se

www.konkurrensverket.se

www.vardanalys.se

www.upphandlingsmyndigheten.se

www.företagshalsor.se

www.av.se