



KALEVI SORSA SÄÄTIÖ
FONDEN • FOUNDATION

Impulsseja *Maaliskuu 2017*

Mats Wingborg

Ruotsin terveydenhuollon uudistukset ja niiden vaikutukset

- Ruotsalainen sairaanhoitojärjestelmä ja terveydenhuoltopalvelut on uudistettu perusteellisesti 1980-luvun lopun jälkeen. Uudistukset ovat edenneet vähitellen, aaltoliikkeenä oikeiston ja sosialidemokraattien hallituskausilla. Yleinen trendi on ollut kilpailun ja markkinaehtoisuuden lisääminen.
- Uudistusten seurauksena sairaanhoidosta on tullut epätasa-arvoisempaa. Nykyisin asukasta kohden on enemmän terveyskeskuksia vaurilla suurkaupunkialueilla kuin pienituloisten asuttamilla alueilla tai haja-asutusalueilla.
- Valinnanvapauden soveltaminen perusterveydenhuoltoon on lisännyt lääkärikäyntien määrää, mutta ennen kaikkea potilailta, joilla on vähäinen lääkärihoidon tarve.
- Kilpailu on kannustanut houkuttelemaan ”kannattavia” potilaita asiakkaaksi, eli helppohoitaisia sairaita ja vireitä vanhuksia. Samalla uudistukset ovat vaikuttaneet negatiivisesti potilaisiin, joilla on monimutkaisia hoidontarpeita.
- Yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välillä ei ole havaittu eroja hoidon laadussa ja kustannuksissa.

Sisällys

Yleiskuva – ruotsalaisen sairaanhoidon uudistamisen taustat	3
Uudistusten ensimmäinen vaihe: markkinamekanismit julkisessa palvelutuotannossa	3
Uudistusten toinen vaihe: julkisesti rahoitettujen yksityisten tuottajien lisääntyminen	4
Muita keskeisiä uudistuksia	6
Sairaanhoitojärjestelmän uudistusten seurauksia	7
Kirjoittaja	9
Keskeistä kirjallisuutta	10
Liite – Tilastoja	12

Yleiskuva – ruotsalaisen sairaanhoidon uudistamisen taustat

Ruotsalainen sairaanhoitojärjestelmä ja hyvinvointipalvelut on uudistettu perusteellisesti 1980-luvun lopun jälkeen. Uudistuksiin on vaikuttanut vahvasti vallitseva suuntaus säännöstelyn poistamiseen ja julkisesti rahoitettujen hyvinvointipalveluiden yksityistämiseen.

Uudistusten taustalla on ollut muun muassa maakäräjäveron¹ nostaminen 1970-luvulla, mihin 1980-luvulla puolestaan reagoitiin julkisia tukia vähentämällä. Määrärahojen niukentuessa monet maakäräjät supistivat sairaanhoitobudjettiaan, mikä johti hoitojonojen pitenemiseen ja hoidon säännöstelyyn. Markkinakeskeisen ajattelun toivottiin johtavan hoitoalan resurssien tehokkaampaan käyttöön ja potilaiden valinnanvapauden lisääntymiseen.

Sairaanhoitouudistuksella pyrittiin myös antamaan paikallisviranomaisille entistä enemmän riippumattomuutta sekä vastuuta terveysasioissa ja kasvavien sairaanhoitokulujen valvomisessa. Markkinakeskeisen ajattelun lisäksi ratkaisuksi ongelmaan tarjottiin vastuun hajauttamista, kun paikallishallinnot vastaisivat omasta budjetistaan.

Maakäräjät olivat saaneet päävastuun terveyden- ja sairaanhoidosta vuoden 1982 terveyden- ja sairaanhoitolaissa. Maakäräjät vastasivat paitsi terveyden- ja sairaanhoidon toiminnasta, myös sairaanhoitopoliittisten suuntaviivojen laatimisesta.

Myöhemmät uudistukset antoivat maakäräjille ja kunnille vieläkin suuremman mahdollisuuden muokata sairaanhoitoa ja hyvinvointipalveluita, joten sairaanhoitouudistusta ei ole toteutettu yhdenmukaisesti koko maassa. Muunnelmia on monia, sillä jokaisilla maakäräjillä ja joka kunnalla on huomattavasti liikkumavaraa päätöksissä. 2000-luvun alussa kuitenkin luotiin selkeämmät kansalliset sairaanhoidon suuntalinjat. Silloin tapahtui vastareaktio hajauttamista vastaan.

Uudistusten ensimmäinen vaihe: markkinamekanismit julkisessa palvelutuotannossa

Uudistaminen on tapahtunut kahdessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa, eli 1980-luvun lopussa ja 1990-luvun alussa yhä useammat maakäräjät alkoivat jakaa resursseja terveyskeskuksille ja sairaaloille markkinaperiaatteiden mukaisesti. Valtio ylläpiti toimintaa edelleen, mutta sairaanhoidon eri osat laskuttivat toisiaan aivan kuin eri yksiköt olisivat olleet itsenäisiä yrityksiä.

Julkisen sairaanhoidon eri yksiköt jaettiin palveluntuottajiin ja tilaajiin, ja potilaita saatettiin kutsua kuluttajiksi. Vuosittaisen budjetin sijaan hoitoyksiköiden rahoitus määräytyi nyt tulosperusteisesti. Tulosta mitataan ensisijaisesti sillä, kuinka monta potilasta yksikkö hoitaa. Erityisen paljon nämä kvantitatiiviset mittarit ohjaavat ensiavun resursseja.

¹ Maakäräjät, Landstinget, on Ruotsin läänitason suorilla kansanvaaleilla valittu poliittinen toimielin.

Muutoksen myötä hoitoalalla otettiin käyttöön uusi ohjausjärjestelmä. Aiemmin sairaanhoidosta vastaavat poliitikot olivat priorisoineet toimintaa budjettiohjauksen avulla, mutta nyt tehtäviä ulkoistettiin tilaaja-tuottaja-mallin mukaan. Poliitikkojen rooliksi tuli muotoilla tavoitteet, ja virkamiesten työnä oli toteuttaa nämä tavoitteet ulkoistamalla tehtäviä. Voidaan sanoa, että budjettiohjauksen korvasi tulos- ja tavoiteohjaus.

Muutos merkitsi myös sitä, että potilaat saivat entistä vapaammin valita käyttämänsä terveyskeskuksen, sairaalan tai muun palveluntuottajan. Aluksi maakäräjät päättivät itse valinnanvapauden laajuudesta, mutta vuonna 1989 Maakäräjaliitto otti kantaa valinnanvapausjärjestelmän puolesta, mikä nopeutti sen käyttöönottoa. Maakäräjaliiton tehtäväksi jäi helpottaa potilaiden valintaa tarjoamalla tietoa sairaalan tuloksista, etenkin eri hoitojen odotusajoista.²

Porvaripuolueet olivat ponnekkaasti ajamassa markkinakeskeisempää ajattelua terveysalalle, mutta sosialidemokraattien keskuudessa asenteet olivat jakautuneet. Toisaalta moni sosialidemokraatti elätteli toivoa siitä, että uudistusten myötä poliitikkojen olisi helpompi hallita hoitojärjestelmää. Kauan oli koettu, että poliitikot olivat siinä suhteessa olleet heikommassa asemassa verrattuna alan ammattilaisiin ja sairaanhoitohallintoviranomaisiin.

Toiveissa oli myös hoitoalan toimijoiden määrän lisääntyminen ja tehokkuuden kasvu. Uudet toimijat paitsi toisivat potilaille valinnanvapautta, myös uudenlaista ajattelua koko alalle. Toisaalta markkinalähtöisiin uudistuksiin epäilevästi suhtautuvat sosialidemokraatit pelkäsivät, että muutos tasoittaisi tietä julkisesti rahoitetulle, yksityistä voittoa tavoittelevalle sairaanhoidolle, mikä osaltaan lisäisi hoitoalan eriytymistä.

Ruotsin eri maakäräjät toteuttivat näitä New Public Management -ajatuksia eri laajuuksissa. Pisimmälle muutoksen veivät muun muassa Tukholman, Taalainmaan ja Bohuslänin maakäräjät.

Uudistusten toinen vaihe: Julkisesti rahoitettujen yksityisten tuottajien lisääntyminen

Muutoksen ensimmäinen vaihe siis toi kilpailuttamisen sairaanhoitoalalle. Tämä puolestaan raivasi tietä toiselle vaiheelle, jossa luotiin tilaa entistä useammille yksityisille palveluntuottajille. 1990-luvun lopussa alettiin lisätä verovaroin rahoitettujen hoitoalan palveluntuottajien määrää erityisesti perusterveydenhuollossa (etupäässä terveyskeskuksissa). Myös yksi sairaala, tukholmalainen *Sankt Görans sjukhus*, yksityistettiin vuonna 1998.

Porvarihallituksen aikana vuosina 1991–1994 otettiin käyttöön niin kutsuttu omalääkäriuudistus, *husläkarreformen*. Se antoi yleislääkäreille vapauden valita työskentelymuotonsa ja ihmisille oikeuden rekisteröityä itse valitsemalleen lääkärille. Omalääkärin oli oltava erikoistunut yleislääketieteeseen ja hänellä oli vastuu omista potilaistaan. Uudistus ei ollut erityisen menestyksenkäs, ja into si-

² Nykyään Maakäräjaliittoa ei enää ole: se kuuluu Ruotsin kuntaliittoon SKL:ään, *Sveriges Kommuner och Landsting*, ”Ruotsin kunnat ja maakäräjät”.

toutua tiettyyn lääkäriin osoittautui melko laimeaksi. Kun sosialidemokraatit nousivat taas valtaan, uudistus peruttiin.

Omalääkäriuudistuksen suurin merkitys oli kuitenkin siinä, että sen innoittamana 25 prosenttia perusterveydenhuollon lääkäreistä siirtyi yksityisiksi. Näillä yksityislääkäreillä on nykyisin sopimukset maakäräjien kanssa, ja he saavat maakäräjiltä korvauksen hoitosuoritusten mukaan. Julkisen sairaanhoitojärjestelmän lääkärit puolestaan ovat pääasiassa palkkatyössä, eikä hoidettujen potilaiden määrä vaikuta heidän palkkatasoonsa.

Uudistuksen toinen edelleen näkyvä vaikutus on se, että potilaalla on yhä oikeus hakeutua haluamaansa terveyskeskukseen sekä oikeus kirjoittautua terveyskeskuksen tietyille lääkärille, vaikkakin äärimmäisen harvat hyödyntävät tätä mahdollisuutta.

Porvaripuolueiden vaalivoiton jälkeen vuonna 2006 vahvistettiin kannustimia, jotta sairaanhoitoon saatiin lisää yksityisiä palveluntuottajia. Maakäräjien käyttämien yksityisten hoitoalan palveluntuottajien määrä lisääntyi tämän jälkeen merkittävästi.

Sairaanhoitoalan muutosta on 1990-luvun alusta asti leimannut heiluriliike. Sekä porvaripuolueet että sosialidemokraatit ovat kannattaneet markkinavoimien ja yksityisten palveluntuottajien suurempaa osuutta sairaanhoitoalalla, mutta kuten aiemmin mainittiin, sosialidemokraatit ovat olleet asiassa pidättyväisempiä ja jakaantuneempia.

Socialidemokraattisen hallinnon ajanjaksoina säännöstöä on tietyiltä osin kiristetty, kun taas porvarihallinnon aikaan on selvästi lisätty markkinatekijöitä ja yksityistämistä. Yksi selvä esimerkki sosialidemokraattien läpiviemästä tiukennuksesta oli niin kutsuttu *stopplagen*-laki ("sulkulaki"), joka hyväksyttiin vuonna 2005. Se kielsi julkisten sairaaloiden myynnin yksityisille voittoon tavoitteleville yrityksille.

Eräs porvarien alustama markkinatekijöiden käyttöä lisännyt uudistus oli LOV-laki (*lagen om valfrihetsystem*, "laki valinnanvapaudesta"). Reinfeldtin hallitus esitteli lain vuonna 2008 ja se astui voimaan vuonna 2010. Valinnanvapauslaki merkitsee muun muassa sitä, että kaikkien maakäräjien tulee rahoittaa yksityiset, voittoa tavoittelevat terveyskeskukset, jotka täyttävät lakisääteiset vaatimukset. Yksityiset terveydenhoitoalan yritykset saivat samalla vapauden päättää toimipisteidensä paikasta.

Maakäräjien täytyy siten hyväksyä se, että terveydenhoitoalan yritys päättää itse, missä se palveluitaan tarjoaa. Lain voimaantulon jälkeen on perustettu noin 270 uutta yksityistä terveyskeskusta, etupäässä tiheästi asutuille ja taloudellisesti vauraille alueille.

Valinnanvapauslaki säätelee myös niitä kuntia ja maakäräjiä, jotka haluavat kilpailuttaa kunnallisia ja maakäräjäkunnallisia toimintoja. Se luovuttaa palveluntuottajan valinnan käyttäjälle, tai potilaalle. Lakia voidaan sairaanhoidon lisäksi käyttää erimuotoisissa tuki-, hoito- ja huoltopalveluissa. Erityisen usein lakia

käytetään kotipalveluiden kilpailutuksessa. Muun muassa Tukholman kunnassa on toimittu näin.

Jos palveluita ei järjestetä valinnanvapautta noudattaen, voi palveluita tarjota julkisena palveluna tai palvelut voidaan ostaa. Ostopalveluiden tapauksessa voidaan myös käyttää yksityisiä toimijoita ja hankinnassa sovelletaan julkisia hankintoja koskevaa lakia (*lag om offentlig upphandling*, LOU, vuodelta 2007).

Lyhyesti: Perusterveydenhuollossa maakäräjillä on velvollisuus soveltaa valinnanvapauslakia, jolloin rahat seuraavat potilasta ja toimijat saavat korvaukset potilasmäärän mukaan. Kuntien ja maakäräjien muiden palveluiden kohdalla (tuki-, hoito- ja huoltopalvelut) on nykyään vaihtoehtoja sille, kuinka palvelut tarjotaan. Ne voidaan tuottaa julkisena palveluna, valinnanvapautta koskevan LOV-lain mukaisesti tai hankintana LOU-lain mukaisesti. Kunta voi käyttää LOV-lakia osassa tuki-, hoito- ja huoltopalveluista, mutta käyttää LOU-lakia toisten palveluiden kohdalla ja tuottaa tiettyjä palveluita itse.

Valinnanvapauslain käyttö on yleistä kotipalvelussa: noin 150 kuntaa Ruotsissa on päättänyt järjestämään kotipalvelut sen mukaisesti. Viime vuosina jotkin kunnat, kuten Södertälje ja Vellinge, ovat kuitenkin luopuneet valinnanvapauslaista kotipalvelussa ja ovat sen sijaan ryhtyneet ostamaan kotipalvelut. Nämä kunnat siis ovat siirtyneet hankinta- eli LOU-lain käyttöön.

Muita keskeisiä uudistuksia

Tässä yhteydessä on mainittava muutamia muitakin uudistuksia:

- Vuonna 1992 vietiin läpi *ädelreformen*-uudistus, joka merkitsi sitä, että kunnat ottivat vastattavakseen maakäräjillä aiemmin olleen vastuun vanhusten ja toimintarajoitteisten hoidosta ja huollosta. Kunnille siirtyi myös vastuu erityisasumisen – kuten vanhainkotien, palvelukotien, ryhmäasuntojen ja sairaskotien – järjestämisestä.

- Vuonna 1993 otettiin käyttöön laki eräille toimintarajoitteisille annettavasta tuesta ja palvelusta (*lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade*, LSS; nykyisin käytetään yleensä termiä *funktionsnedsatta*). Uudistuksen yksi osa merkitsee, että kaikilla tietyt kriteerit täyttävillä toimintarajoitteisilla ihmisillä on oikeus henkilökohtaiseen avustajaan. Toimintarajoitteinen henkilö saa itse hyväksyä henkilökohtaisen avustajansa, mikä on myös merkinnyt sitä, että avustajat jäävät ilman yleistä työsuhdeturvaa. Henkilökohtaisen avustuksen kulut ovat silti jatkaneet nousuaan.

- Vuonna 1995 vietiin läpi psykiatrisen hoidon uudistus (*psykiatrireformen*), joka merkitsi muun muassa sitä, että kunnat saivat taloudellisen vastuun niistä potilaista, joiden hoidon arvioidaan olevan saatettavissa lääketieteelliseen päätökseen kolmen kuukauden yhtäjaksoisella, asianmukaisella psykiatrisella hoidolla. Uudistuksen kantava ajatus oli ennen kaikkea parantaa psyykkisesti toimintarajoitteisten oloja yhteiskunnassa.

- Vuonna 1996 otettiin käyttöön lääkkeitä koskeva *läkemedelsreform*-uudistus. Siihen saakka valtio oli vastannut perusterveydenhuoltoon tarkoitettujen lääkkeiden rahoituksesta. Jotta kasvava lääkkeiden kulutus saataisiin pysähtymään, maakäräjät saivat ensisijaisen vastuun lääkkeiden määräämisestä, jakelusta ja kulutuksesta.
- Vuonna 2001 perustettiin lääkekorvauslautakunta *Läkemedelsförmånsnämnden*, joka päättää muun muassa siitä, mitä lääkkeitä korvataan.
- Vuonna 2003 otettiin käyttöön laki, jossa määritellään, että sairaanhoidon tulee pyrkiä tasoittamaan ilmeisimmät terveydelliset epätasa-arvotekijät. Näihin luokituvat muiden muassa yksilön taloudellisista ja sosiaalisista oloista, ruokailutottumuksista, liikuntaharrastuksista ja riskikäyttäytymisestä johtuvat asiat. Lain tavoitteiden mukaisesti on tehty sopimuksia sosiaalihuollon (sairaanhoidon valvontaviranomainen) ja Ruotsin kuntaliiton (SKL) välillä. Näitä sopimuksia kutsutaan kansallisiksi toimintasuunnitelmiksi ja niissä on muotoiltu ennaltaehkäisevää hoitoa ja perusterveydenhuollon saatavuutta koskevat suuntaviivat.
- Vuonna 2009 lakkautettiin valtion apteekkimonopoli. Nykyisin yksityiset yritykset voivat harjoittaa vapaasti apteekkitoimintaa Ruotsissa.
- Vuonna 2016 Ilmar Reepalun johtaman julkisen selvitystyön ”*Ordning och reda i välfärden*” (”Järjestystä hyvinvointiin”) pohjalta ehdotettiin, että verovaroin rahoitettujen hyvinvointiyritysten voittoja rajoitettaisiin. Operatiivisen pääoman tuotto rajoitettaisiin 7 prosenttiin. Lisäksi vaadittaisiin erityinen lupa, jotta saisi ottaa vastaan julkisia varoja. Selvityksen mukaan tällöin jäisi vuosittain miljardi-kaupalla rahaa julkisen hoidon laadun parantamiseen. (Ei ole kuitenkaan todennäköistä, että ehdotus voidaan toteuttaa. Porvaripuolueet ja Ruotsidemokraatit vastustavat sitä.)

Sairaanhoitojärjestelmän uudistusten seurauksia

Useissa julkisissa arvioinneissa ja akateemisissa tutkimusraporteissa on tarkasteltu uudistetun sairaanhoitojärjestelmän vaikutuksia ja hyvinvointipalveluiden muutoksia Ruotsissa. Lisäksi on olemassa kansainvälisiä tutkimuksia, joissa verrataan ruotsalaista sairaanhoitoa ja ruotsalaisia terveysindikaattoreita muiden maiden olosuhteisiin.

Monista vaikutuksista ollaan yksimielisiä, mutta toisinaan on erimielisyyttä siitä, miten uudistusten seurauksia tulisi arvioida. Osa näistä erimielisyyksistä johtuu erilaisista poliittisista arvoista. Tässä on yhteenveto joistakin keskeisistä seurauksista:

- Kansainväliset vertailut osoittavat, että ruotsalaisilla on hyvä terveys ja pitkä keskimääräinen elinikä, joka jatkaa pitenemistään.³ Monissa raporteissa osoitetaan myös, että sairaanhoito on laadukasta. Samalla kansainväliset tutkimukset osoittavat, että ruotsalaiset ovat suhteellisesti katsottuna verrattain tyytymättö-

³ Naiset elävät pidempään kuin miehet, mutta muihin maihin verrattuna erityisesti miesten keskimääräinen elinikä on huomattavan korkea.

miä sairaanhoitoon. Tai toisella tavalla ilmaistuna: ottaen huomioon hoidon tulokset ruotsalaisten pitäisi olla tyytyväisempiä sairaanhoitoon.

- Sairaanhoidon kokonaiskuluista 85 prosenttia katetaan julkisin varoin. Osuus on kansainvälisessä vertailussa todella korkea. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vastaava osuus on alle 45 prosenttia. Yksityisten terveydenhuoltotoimijoiden lisääntyminen ei ole johtanut yksityisillä varoilla rahoitetun hoidon lisääntymiseen. Tämän suuntaista huolta on kuitenkin esitetty ja esimerkiksi yksityiset sairausvakuutukset ovat yleistyneet.

- Yksityisesti johdettu, julkisin varoin rahoitettu hoito ei ole laadukkaampaa eikä halvempaa kuin julkisesti johdettu hoito. Mutta toisaalta ei ole todisteita siitäkään, että yksityinen hoito olisi huonompilaatuista tai kalliimpaa.

- Sairaanhoidojärjestelmää ovat muuttaneet:

- jaottelu hoidon ostajiin ja hoidon tuottajiin,
- taloudellisen tuen jakaminen potilasmäärän mukaan,
- julkisin varoin rahoitettujen yksityisten hoitoalan toimijoiden lisääntyminen,
- potilaiden kasvanut mahdollisuus valita hoidon tuottaja,
- poliittinen ohjaus hankintojen tavoitteissa ja
- järjestelmä, joka antaa hoitoalan yritykselle korvauksia potilaiden mukaan.

Yksi seuraus tästä kaikesta on ollut se, että eri hoitoyksiköiden, myös julkisesti johdettujen yksiköiden, välinen kilpailu on lisääntynyt. Kilpailu on kannustanut houkuttelemaan asiakkaaksi helppohoitoisia sairaita ja vireitä vanhuksia. Heistä on tullut ”kannattavia” potilaita.

- Terveysthuollossa lisääntyneet markkinaelementit ovat vahvistaneet segregaatiota, sekä maantieteellistä että sosiaalista. Sairaanhoidosta on tullut vähän epätasa-arvoisempaa.

- Perusterveydenhuollossa yksityisillä tuottajilla on sijoittumisvapaus, ja palveluntarjoajan valitsee potilas (valinnanvapauslaki eli LOV-laki). Tämä on vinouttanut terveysthuollossa sosiaalista kattavuutta. Nykyisin asukasta kohden on enemmän terveysthuollossa suurituloisten asuttamilla alueilla kuin pienituloisten asuttamilla alueille. Terveysthuollossa on myös asukasta kohden enemmän suurkaupunkialueilla kuin haja-asutusalueilla.

- Valinnanvapauslain soveltaminen perusterveydenhuoltoon on vaikuttanut myös niin, että lääkärikäyntien määrä on lisääntynyt, mutta ennen kaikkea potilailla, joilla on pienehkö lääkärihoidon tarve. Uudistuksella on ollut negatiivisia vaikutuksia potilaisiin, joilla on monimutkaisia hoidontarpeita. Punavihreä oppositio Tukholman maakäräjillä on lisäksi sitä mieltä, että valinnanvapausjärjestelmä on kasvattanut kuluja.

- Nykyinen punavihreä hallitus on sitä mieltä, ettei valinnanvapauslain tulisi olla pakollinen perusterveydenhuollossa, vaan maakäräjät itse saisivat valita mallinsa. Hallitus ei voi kuitenkaan ajaa läpi uudistusta parlamentissa, koska porvaripuolueet yhdessä ja Ruotsidemokraattien kanssa vastustavat sitä.

- Kun väitellään hoidon saatavuudesta, kiistan aiheena on todellisuudessa usein jokin muu asia, kuten jonot eri sairauksien hoitoihin, alueelliset erot hoidon laadussa ja erot jonotusajoissa eri maakäräjien välillä.
- Valinnanvapauslain käyttö kotipalvelussa on – yhdessä eri kotipalveluyritysten välisen kilpailun tasapuolisuusperiaatteen kanssa – johtanut siihen, että työntekijöiden työlistoja hallinnoidaan entistä enemmän mikrotasolla. Tämä taas on johtanut muun muassa siihen, että ammattiliitto *Kommunal* on vaatinut valinnanvapauslain kumoamista.
- Henkilökohtaisten avustajien julkiset kulut ovat kasvaneet ja järjestelmän hallinnointi on osoittautunut vaikeaksi. Toiminnassa on mukana monia yrityksiä, ja todistetusti on tapahtunut järjestelmällisiä tukihuijauksia. Nykyinen hallitus on yrittänyt kiristää sääntöjä, mutta sekin on saanut osakseen kovaa kritiikkiä. Toimintarajoitteisten henkilöiden edustajat esittävät, että kiristykset horjuttaisivat laillista oikeutta saada henkilökohtainen avustaja.
- Psykiatria on yksi kritisoiduimmista ruotsalaisen sairaanhoidon osa-alueista. Ongelmien syynä ei kuitenkaan ole *psykiatrireformen*-uudistus vaan leikkaukset, joita psykiatrian alalla on tehty. Lisäksi psyykkisten vaivojen takia sairauslomalle tai varhaiseläkkeelle päätyneiden ihmisten määrä on kasvanut.
- Apteekkiuudistuksen myötä apteekkien määrä on kasvanut, mutta ne ovat keskittyneet tiheästi asutetuille alueille. Kaikki apteekit eivät myöskään myy kaikkia lääkkeitä. Toisinaan kuluttajien on ollut vaikeampaa löytää kaikkia lääkkeitä. Lisäksi lääkkeiden hinnat ovat nousseet.

Kirjoittaja

Mats Wingborg on kirjoittanut monen vuoden ajan selvityksiä muun muassa hyvinvointikysymyksistä ja työmarkkinoista ajatuspaja *Arena Idélle*, ammattiliittojen keskusjärjestö LO:lle ja toimihenkilöiden ja virkamiesten keskusjärjestö TCO:lle. Tällä hetkellä Mats Wingborg työskentelee pohjoismaiselle yhteistyökomitealle SAMAKille tehtävän ammatillista järjestäytymistä Pohjoismaissa koskevan selvityksen parissa.

Keskeistä kirjallisuutta:

Agerberg, M., *Blandade resultat av sjukvårdsreformer*, Läkartidningen, 27/11, 2011.

Att analysera hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – En metodstudie baserad på Öppna jämförelser, Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.

Burström, Bo, mfl, *Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping Review*, International Journal for Equity in Health, 2017.

Dahlgren, G. *Vinstdriven vård: Erfarenheter och förslag*, i *Från Konkurrens till Kvalitet*, Å. P. Järliden and K. Hort K. (red), Tiden Debatt, Stockholm, 2013.

Dahlgren, G., *Private healthcare: the lessons from Sweden*, The Guardian, 18/12, 2012.

Dahlgren, G., *The Privatization of Medical Health Care in Sweden – Why Public Health Services? Experiences from Profit-Driven Health Care Reforms in Sweden*, International Journal of Health Services, 2014.

Dahlgren, G., *Vård på lika villkor – drivkrafter och mot krafter*, Gemensam välfärd, 2012.

Effektiv vård, SOU 2016:2, Regeringen, 2016. .

Friberg, P. mfl, *Styrsystemet riskerar öka ojämlikheten i vården*. SvD 25/12, 2013.

För en god och jämlik hälsa – En utveckling av det folkhälsopolitiska ramverket, SOU.2017:4, Kommissionen för en jämlik hälsa, 2017.

Halldin J., *Vårdval Stockholm skapar en orättfärdig och ojämlik vård*, Läkartidningen, 10/9, 2016.

Hartman, L., (red), *Konkurrensens konsekvenser, Vad händer med svensk välfärd?*, SNS, 2011.

Kjellstenius, E. & Svedgard, J. *New Public Management – inom sjukvården – en kvantitativ studie av effektiviteten i svensk sjukvård*, Lunds universitet, Lund, 2012.

Mohmand S., *Vård på lika villkor i primärvården efter vårdval i Stockholm – En kvalitativ studie*, Examensarbete, läkarprogrammet, Karolinska institutet Stockholm, 2014.

Mål och resultat – Att utveckla mål- och resultatstyrning, Sveriges Kommuner och Landsting, 2014.

Ordning och reda i välfärden, Betänkande av Välfärdsutredningen, SOU: 2016:78.

Palier, B., *Hälso- och sjukvårdens reformer – En internationell jämförelse*, Sveriges Kommuner och Landsting, 2006.

Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, Riksrevisionen, 2014.

Tham,C., *Nyliberalismens triumf och fiasko*, Atlas, 2013.

Utvärderingar av om- och avregleringar, Statskontoret, 2012.

Vårdval i primärvården, Lagrådsremiss, Socialdepartementet, 2008.

Vårdval och jämlik vård inom primärvården – En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande, Myndigheten för Vårdanalys, 2015.

Werne, K. & Fumarola Unsgaard,O., *Den stora omvandlingen – en granskning av välfärdsmarknaden*, Leopard Förlag, 2014.

Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, Sveriges Kommuner och Landsting, 2009.

Öppna jämförelser: hälso- och sjukvården, Sveriges Kommuner och Landsting, 2017.

Liite: Tilastoja

Terveyskeskusten sosiaalinen epätasapaino

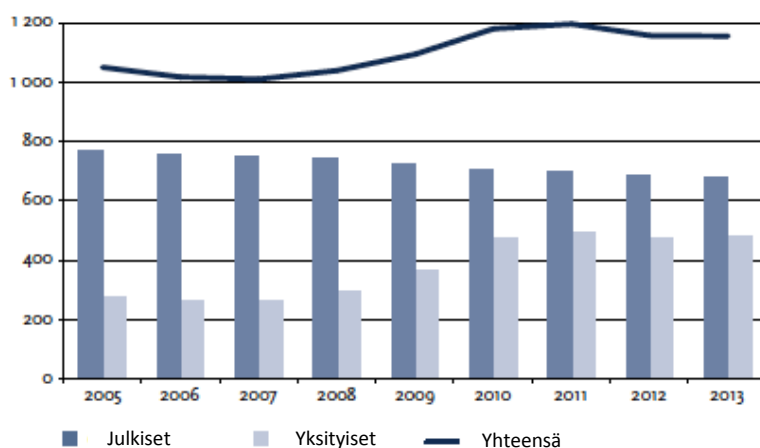
Yksityisten terveyskeskusten määrä on kasvanut Ruotsissa voimakkaasti sen jälkeen kun palvelujen valinnanvapauden periaatetta vahvistettiin vuonna 2010 voimaan astuneella lailla eräiden sosiaalipalveluiden vapaasta valinnasta (Lagen om valfrihetsssystem, LOV).

Ruotsiin perustettiin vuosina 2010–2011 yhteensä 190 yksityisomisteista mutta verovaroin rahoitettua terveyskeskusta.

- 88 prosenttia terveyskeskuksista perustettiin alueille, missä hoidon palvelutaso on jo valmiiksi hyvä tai erittäin hyvä.
- 58 prosenttia yksityisistä terveyskeskuksista perustettiin Ruotsin kolmeen suurimpaan kaupunkiin (Tukholma, Göteborg ja Malmö) tai niiden läheisyyteen.
- Yhtäkään uutta terveyskeskusta ei perustettu alueille, missä hoidon palvelutaso on alhainen tai hyvin alhainen.
- Tästä yksityisten terveyskeskusten sosiaalisesta epätasapainosta on muodostunut Ruotsissa pysyvä asiointila.

Lähde: Dahlgren, Göran. "Why Public Health Services? Experiences from Profit-Driven Health Care Reforms in Sweden", International Journal of Health Services, Volym 44, Number 3, 2014.

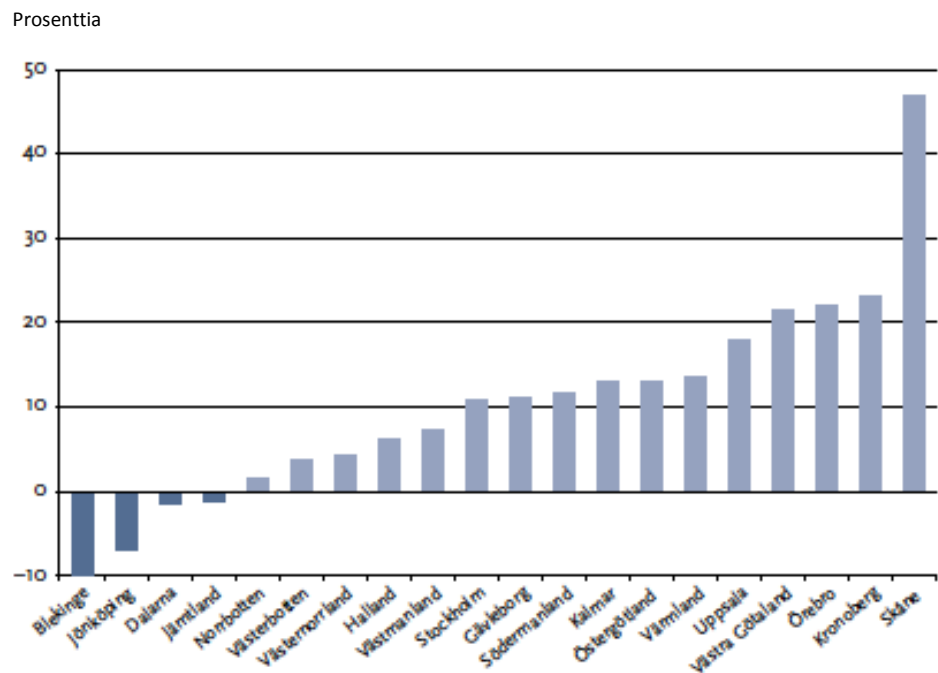
Kaavio 1 - Yksityisomisteisten terveyskeskusten määrä Ruotsissa, 2005–2013



Lähde: Sveriges Kommuner och Landsting

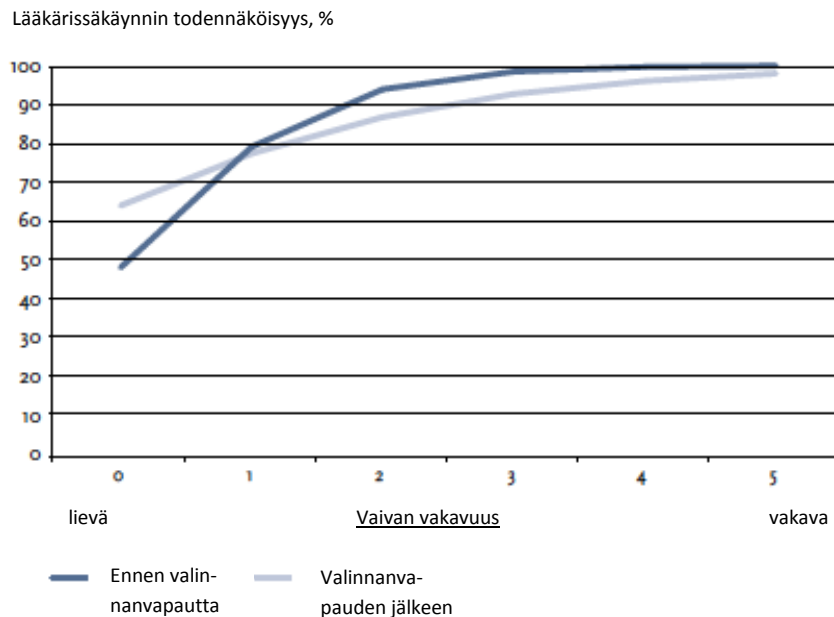
Lähde: "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?" (Perusterveydenhuollon ohjaus – tarpeen vai kysynnän mukaan?), Ruotsin valtion tilintarkastusvirasto 2014:22. Tilastot Ruotsin kuntien ja maakäräjien liitolta (SKL), 2014.

Kaavio 2 - Maakäräjien kustannuskehitys 2008–2013 käyppinä hintoina, prosentuaalinen muutos 2008–2013



Lähde: "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?" (Perusterveydenhuollon ohjaus – tarpeen vai kysynnän mukaan?), Ruotsin valtion tilintarkastusvirasto 2014:22. Tilastot Ruotsin tilastokeskukselta (SCB), 2014.

Kaavio 3: Lääkärikäyntien todennäköisyys (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido) Skoonessa ennen valinnanvapausuudistusta ja sen jälkeen



Lähde: "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?" (Perusterveydenhuollon ohjaus – tarpeen vai kysynnän mukaan?), Ruotsin valtion tilintarkastusvirasto 2014:22. Tilastot Ruotsin kuntien ja maakäräjien liitolta (SKL), 2014.

Impulsesseja-sarjassa ilmestynyt 2016 - 2017

BLÅFIELD, Ville: 'Uusi työ – uudet duunarit. Keskusteluja työn muutoksesta'
Helmikuu 2017 (52 s.)

JUTILA ROON, Merja: 'Maahanmuuttajat äänestäjinä Suomen kuntavaaleissa.'
Marraskuu 2016 (15 s.)

SIHTO, Matti: 'Aktiivisen työvoimapolitiikan paluu. Suomi nostettava pohjoismai-
selle tasolle.' Lokakuu 2016 (10 s.)

VALTANEN, Markku: 'Onnistuuko sote? Mitä kansalaiset ajattelevat hallituksen
sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta.' Lokakuu 2016. (22 s.)

SILTALA, Juha: 'Työnantajan alaisena ilman työsuhdetta. Uuden talouden keikka-
ja silpputyö paluuna entiseen'. Syyskuu 2016. (31 s.)

PENNY, Kaisa: 'Tulonsiirroista tuotonjakoon, uudelleenjaosta ensijakoon'. Syys-
kuu 2016. (24 s.)

KUISMA, Markku: 'Mikä on totuus valtion yhtiöistä?' Toukokuu 2016. (11 s.)

BUSSEMER, Thymian, KRELL, Christian & MEYER, Henning: 'Sosialidemokraatti-
set arvot digitaalisessa yhteiskunnassa – Neljännen teollisen vallankumouksen
haasteita'. Huhtikuu 2016. (20 s.)

LIIKANEN, Erkki, SORSA, Pertti & IIVARI, Ulpu: 'Kalevi Sorsa ja Suomen Pankki'.
Maaliskuu 2016. (20 s.)

JOKINEN, Saana-Maria: 'Syyrialaispakolaiset taistelevat toimeentulosta Turkissa'.
Helmikuu 2016. (12 s.)

'Sosialidemokratia vapausaatteena – Kirjoituskilpailun parhaat'. Helmikuu 2016.
(32 s.)

Kalevi Sorsa -säätio on sosialidemokraattinen ajatushautomo,
joka ylläpitää yhteiskunnallista, tasa-arvoa ja demokratiaa
edistävää keskustelua.

www.sorsafoundation.fi