

**VAASAN KAUPPAKORKEAKOULU**  
**KANSANTALOUSTIETEEN LAITOS**

Vikman Juha-Tuomas

**TERVEYDENHUOLLON ULKOISTAMINEN**

Vaikutukset palvelumääriin sekä ylläpitokustannuksiin

Kansantaloustieteen  
pro gradu -tutkielma

**VAASA 2008**

## ALKUSANAT

Terveydenhuollon kehittäminen on erittäin ajankohtainen asia Suomessa. Valtioneuvoston käynnistämä kuntien palvelu- ja rakenneuudistus eli PARAS-hanke on keskeisin esimerkki alalla tapahtuvasta muutoksesta. Kaupungit, kunnat ja kuntayhtymät ovat merkittävän reformaation keskellä. Tässä tutkielmassa selvitetään terveydenhuollon ulkoistamisen vaikutuksia palvelumääriin sekä ylläpitokustannuksiin. Terveydenhuollon ulkoistamiset ovat yksi keino uudistaa, kehittää ja tehostaa palveluiden tuottamista.

Tutkielman tekeminen on ollut erittäin mielenkiintoista aikaa. Olen tyytyväinen opastukseen ja neuvontaan, jota olen saanut kansantaloustieteen laitoksen henkilökunnalta. Erityisesti haluan kiittää ohjaajaani Juuso Vatajaa sekä yliassistentti Petri Kuosmasta joustavasta yhteistyöstä tämän tutkielman sekä koko opiskeluajan osalta.

Olen saanut toteuttaa tutkielman ainutlaatuisella tutkimusaineistolla, mistä haluan kiittää Kuusamon kaupunkia sekä Toholammin kuntaa. Erityisesti haluan kiittää Kuusamon kaupungin talouspäällikkö Sirkka-Liisa Murtovaaraa, potilastietojärjestelmän pääkäyttäjää Maija Väisästä sekä kaupungin perusturvajohtaja Hannu Kallunkia. Toholammin kunnan osalta osoitan erityiskiitokset talouspäällikkö Pirkko Hautalalle, hoitotyön johtaja Annukka Klemolalle sekä potilastietojärjestelmän pääkäyttäjää Dagny Hopeavuorelle.

Coronaria Hoitoketjun Oy:n organisaatiota haluan kiittää hyvästä yhteistyöstä sekä toimialaan liittyvästä opastuksesta. Erityisesti haluan kiittää toimitusjohtaja Antti Hynnistä, johtava lääkäri Asla Kerolaa sekä lääkäri Arto Kotimaata.

Työn suunnittelussa sekä toteutuksessa sain valtavasti apua ja tukea LT Olli Savolalta. Hänen tieteellisestä sekä ammatillisesta kokemuksesta on ollut erittäin paljon apua tämän työn toteuttamisessa. Haluan kiittää myös perhettäni tuesta ja myötäelämisestä.

Vaasassa 27.5.2008

Juha-Tuomas Vikman



<b>SISÄLLYSLUETTELO</b>	<b>sivu</b>
<b>ALKUSANAT</b>	<b>1</b>
<b>TIIVISTELMÄ</b>	<b>11</b>
<b>1. JOHDANTO</b>	<b>13</b>
<b>2. JULKINEN TERVEYDENHUOLTO SUOMESSA</b>	<b>16</b>
2.1. Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä Suomessa	16
2.2. Terveydenhuollon kustannukset ja rahoitusrakenne	19
2.3. Terveydenhuollon kustannukset OECD-maissa	22
2.4. Terveydenhuollon palvelu-, henkilöstö ja kulurakenne	25
2.5. Kuntien palvelu- ja rakenneuudistus, PARAS-hanke	28
<b>3. TERVEYDENHUOLLON ULKOISTAMINEN</b>	<b>31</b>
3.1. Hoitotakuu	31
3.2. Toimintojen ulkoistaminen	32
3.3. Miksi päädytään ulkoistamaan	33
3.4. Ulkoistamisen hyödyt ja haitat	34
<b>4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT</b>	<b>37</b>
4.1. Tietojen kerääminen ja käsitteleminen	37
4.2. Kuusamon kaupunki	38
4.3. Toholammin kunta	39
<b>5. TUTKIMUSTULOKSET</b>	<b>42</b>
5.1. Kuusamo	42
5.1.1. Terveydenhuolto Kuusamossa	42
5.1.2. Kuusamon työterveyshuolto	49
5.1.3. Kuusamon työterveyshuollon taloudellinen toteutuma	58
5.2. Tohompi	60
5.2.1. Terveydenhuolto Toholammilla	60
5.2.2. Toholammin vastaanottotoiminnan taloudellinen toteutuma	66
5.3. Pohdinta	68
<b>6. JOHTOPÄÄTÖKSET</b>	<b>71</b>



<b>LÄHDELUETTELO</b>	<b>73</b>
----------------------	-----------

<b>LIITTEET</b>	<b>76</b>
-----------------	-----------

Liite 1: Bruttokansantuotte markkinahintaan 1975–2007 (Tilastokeskus 2008).

Liite 2: Väestö iän mukaan vuosina 1980–2007 (Tilastokeskus 2008).

Liite 3: Kuluttajahintaindeksin vuosimuutokset (%) (Tilastokeskus 2008).

Liite 4: Tutkimuksen outcome-muuttujat suunnitteluvaiheessa.



**KUVIOLUETTELO**

sivu

Kuvio 1.	Terveydenhuollon kokonaismenot ja julkinen rahoitus.	21
Kuvio 2.	Terveydenhuoltomenojen BKT-suhde 1980–2004 (%).	23
Kuvio 3.	Terveydenhuoltomenot asukasta kohden 1990–2004 (US \$).	24
Kuvio 4.	Kunnallisen perusterveydenhuollon vastaanottokäynnit.	25
Kuvio 5.	Terveydenhuoltomenot pääryhmittäin.	28
Kuvio 6.	Terveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.	43
Kuvio 7.	Perusterveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.	44
Kuvio 8.	Kuusamon työterveyshuollon suurimmat yksittäiset sopimustyypit.	55
Kuvio 9.	Terveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.	61
Kuvio 10.	Perusterveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.	61

**TAULUKKOLUETTELO**

Taulukko 1.	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden muutokset.	27
Taulukko 2.	Kuusamon väestö- ja toimialarakenne.	39
Taulukko 3.	Toholammin väestö- ja toimialarakenne.	40
Taulukko 4.	Perusterveydenhuollon asiakaskäynnit Kuusamon terveyskeskuksessa jaksojen 2005–2007 aikana.	48
Taulukko 5.	Kuusamon kaupungin työterveyshuollon suurimmat asiakkaat.	49
Taulukko 6.	Työterveyshuollon asiakaskäynnit Kuusamon ja Posion toimipisteissä jaksojen 2005–2007 aikana.	52
Taulukko 7.	Työterveyshuollon kontaktiyhteenvedot Kuusamon ja Posion toimipisteissä 2005–2007.	53
Taulukko 8.	Työterveyshuollon kustannus- ja toimenpide-erittely 2005–2007.	57
Taulukko 9.	Kuusamon työterveyshuollon toteutumavertailu 2005–2007.	59
Taulukko 10.	Perusterveydenhuollon asiakaskäynnit Toholammin terveyskeskuksessa jaksojen 2005–2007 aikana.	64





Taulukko 11. Perusterveydenhuollon kontaktiyhteenveto Toholammin terveyskeskuksessa jaksojen 2005–2007 aikana.	65
Taulukko 12. Toholammin vastaanottotoiminnan toteutumavertailu 2005–2007.	67



---

**VAASAN KAUPPAKORKEAKOULU**

<b>Tekijä:</b>	Vikman Juha-Tuomas	
<b>Tutkielman nimi:</b>	Terveystenhuollon ulkoistaminen	
<b>Ohjaaja:</b>	Vataja Juuso	
<b>Tutkinto:</b>	Kauppatieteiden maisteri	
<b>Laitos:</b>	Kansantaloustieteen laitos	
<b>Oppiaine:</b>	Kansantaloustiede	
<b>Aloitusvuosi:</b>	2004	
<b>Valmistumisvuosi:</b>	2008	<b>Sivumäärä:</b> 79

---

**TIIVISTELMÄ**

Tämän tutkimuksen kohteena on terveydenhuollon ulkoistaminen. Tutkimuksessa selvitetään ulkoistamisen vaikutusta palvelutuotantoon sekä ylläpitokustannuksiin. Suomessa terveydenhuollon järjestäminen on lailla säädetty julkisen vallan vastuulle. Tutkimuksen kannalta keskeisimpiä lakeja ovat perustuslaki, kansanterveyslaki sekä kuntalaki.

Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Oululaisen Coronaria Hoitoketju Oy:n kanssa. Tutkimuksessa on mukana kaksi julkishallinnon yksikköä, jotka ovat sopimussuhteessa Coronaria Hoitoketjun Oy:n kanssa. Tutkimuksessa ovat mukana Kuusamon kaupunki sekä Toholammin kunta.

Ulkoistamisen vaikutuksia palvelumääriin sekä ylläpitokustannuksiin tarkastellaan ennen-jälkeen -periaatteella. Tutkimusajankohdat ovat samanmittaisia jaksoja vuosilta 2005, 2006 sekä 2007. Kahden ensimmäisen jakson aikana terveystaloudelliset palvelut tuotetaan normaalisti. Viimeisen jakson aikana palvelut ostetaan ulkoiselta palveluntuottajalta. Tutkimusjaksojen välillä ilmeneviä palvelumäärien ja kustannusten eroja analysoidaan kvantitatiivisin menetelmin.

Tutkimustulokset osoittavat, että ulkoistamisen myötä terveystaloudellisten palveluiden tuottaminen on tehostunut. Hoitotoimenpiteiden määrä on Kuusamossa lisääntynyt noin 30 % ja Toholammilla noin 9 %. Lisäksi Kuusamon työterveyshuollon taloudellinen toteutuma oli jakson 2007 osalta merkittävästi ylijäämäinen. Kansainväliset tutkimustulokset ovat samansuuntaisia.

---

**AVAINSANAT:** terveydenhuolto, ulkoistaminen, kustannukset



## 1. JOHDANTO

Tutkin tässä työssä *terveydenhuollon ulkoistamista* yhtenä palveluntuottamisen keinona. Tarkastelen ulkoistamisen *vaikutuksia tuotetun palvelun määrään sekä kustannuksiin*. Tutkimus toteutetaan yhteistyössä Oululaisen Coronaria Hoitoketju Oy:n kanssa. Yhtiö on johtava julkisen terveydenhuollon työvoimapalveluita tuottava yritys Suomessa. Tutkimuksessa on mukana kaksi julkishallinnon yksikköä, jotka ovat sopimussuhteessa Coronaria Hoitoketjun Oy:n kanssa. Kyseessä ovat Kuusamon kaupunki sekä Toholammin kunta. Kuusamon kaupungin työterveyshuollosta vastaa nykyisin ulkoinen palveluntuottaja. Tutkimuksen toisena kohteena on siis työterveyshuolto. Toinen kohde on Toholammin perusterveydenhuollon lääkärin vastaanottotoiminta, josta vastaa nykyisin niin ikään ulkoinen palveluntuottaja. Terveystenhuollon ulkoistamiset voivat olla joko osittaisia tai kokonaisvaltaisia. Tässä tutkimuksessa käydään läpi molemmat vaihtoehdot. Osittainen ulkoistaminen tarkoittaa nimensä mukaisesti vain tiettyjen toimintojen ja palveluiden ulkoistamista. Kokonaisulkoistuksella tarkoitetaan terveystenhuollon tuottavan yksikön toiminnan siirtämistä kokonaan ulkoisen palveluntuottajan hoidettavaksi.

Tutkimusaineisto on kerätty Kuusamon kaupungin sekä Toholammin kunnan potilastieto- ja taloushallintajärjestelmistä. Kerätyt tiedot liittyvät keskeisesti potilaskontakteihin sekä terveydenhuollon ylläpitokustannuksiin. Tutkimuksessa käytettävä aineisto on kerätty kolmelta peräkkäiseltä periodilta, joista viimeisellä periodilla palvelun tuottaa ulkoinen toimija. Periodit ovat samanmittaisia ajankohtia vuosilta 2005, 2006 sekä 2007. Kerättyä aineistoa tarkastellaan ennen-jälkeen -periaatteella. Toisin sanoen, palvelumäärien ja

kustannusten vertailu toteutetaan jakson ennen ulkoistamista sekä ulkoistamisjakson välillä. Palvelun tuottamista sekä siitä aiheutuvia kustannuksia vertaillaan ja analysoidaan kvantitatiivisin menetelmin.

Suomen perustuslaissa määritellään terveydenhuollon järjestämisestä sekä siihen liittyvistä velvollisuuksista. Suomessa terveydenhuollon järjestäminen on säädetty julkisen vallan vastuulle. Perustuslain 2. luvussa käsitellään perusoikeuksia ja luvun 19 §:ssä oikeutta sosiaaliturvaan. Lakitekstissä mainitaan ”riittävien sosiaali- ja terveystalveluiden järjestäminen” sekä ”terveyden edistäminen”. Perustuslaki ja kansanterveyslaki käsittelevät terveydenhuollon järjestämiseen liittyviä vastuita. Nämä vastuut koskettavat julkishallintoa, kuten Kuusamon kaupunkia ja Toholammin kuntaa. Juridiikka on yksi keskeinen lähtökohta tässä tutkimuksessa. Käsittelen terveydenhuollon järjestämistä sekä siihen liittyviä vastuita tarkemmin toisessa luvussa. Kolmannessa luvussa käyn läpi teoreettisen viitekehyksen sekä ulkoistamiseen johtavat seikat. Käsittelen kolmannessa luvussa myös ulkoistamisen hyötyjä ja haittoja. Tutkimuksen neljäs luku sisältää tutkimuksessa mukana olevien julkishallinnon yksiköiden, Kuusamon ja Toholammin, institutionaaliset puitteet. Kerron luvussa tarkemmin myös tutkimusaineiston keräämiseen ja käsittelemiseen liittyvistä asioista. Viidennessä luvussa esitän tutkimuksen tulokset. Tutkimustulokset sisältävät palvelumääriin sekä kustannuksiin liittyvät toteutumat. Pohdin viidennessä luvussa myös ulkoistamisen vaikutuksia tutkimustulosten valossa. Kuudes luku sisältää tutkimuksen johtopäätökset.

Terveydenhuollon sekä julkisen terveydenhuollon ulkoistamisesta on tehty myös kansainvälisiä tutkimuksia, jotka osoittavat ulkoistamisen vaikuttavan toimintaan merkittävästi. Socrates J. Moschuris ja Michael N. Kondylis tutkivat

Kreikan julkisten sairaaloiden ulkoistamisia tarkastelemalla palveluiden turvaamiseksi käytettäviä sopimuksia, ulkoistamisen päätöksentekoprosessia, yhteistyötä ostajan ja palveluntuottajan välillä sekä Kreikan julkisten sairaaloiden ulkoistamisia tulevaisuudessa. Ulkoistamiseen liittyvien tutkimusten yleinen ja yhtäläinen havainto on, että terveydenhuollon organisaatiot pyrkivät ulkoistamisen avulla kustannussäästöihin, toimintojen laajentamiseen sekä suoritusten parantamiseen. Tutkimuksissa nousee usein esille ulkoistamisen laadulliset vaikutukset. Esimerkiksi ulkoistamalla Israelin puolustusvoimien perusterveydenhuolto, saavutettiin korkea potilastyytyväisyyden taso (Magnezi, Dankner, Kedem & Reuveni 2006). Myös yksityisen sektorin terveydenhuolto-organisaatiot hakevat hyötyjä ulkoistamisen avulla. Asia ilmenee tutkimuksesta, jossa tarkastellaan terveydenhuollon ulkoistamisia yksityisen sektorin näkökulmasta. Asiakastyytyväisyyden merkittävä lisääntyminen, kustannussäästöt ja palvelun laatu ovat ulkoistamisen päähyötyjä. Yhteistyö ulkoisen palveluntuottajan kanssa on laadukasta, jonka katsotaan kehittävän organisaation toimintaa. Tämänhetkinen tilanne miellyttää ja 75 % tutkimukseen vastanneesta ennustavat merkittäviä toimenpiteitä ulkoistamisen lisäämiseksi. (Moschuris & Kondylis 2007.) Ulkoistaminen voi kohdistua myös johtajiin ja johtajatason työntekijöihin. Perinteisten edellä mainittujen seikkojen lisäksi organisaation toimintaa voidaan parantaa ulkoistamalla työnjohto (Young 2007).



## 2. JULKINEN TERVEYDENHUOLTO SUOMESSA

Terveydenhuolto on yksi keskeisimmistä osa-alueista kuntien ja kaupunkien palveluvalikoimassa. Terveydenhuolto voidaan Suomessa jakaa karkeasti kahteen osaan, julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon. Julkinen terveydenhuolto maksetaan joko osittain tai kokonaan julkisista varoista, esimerkiksi valtion verotuloista. Terveydenhuollon pääjaon jälkeen julkinen terveydenhuolto voidaan puolestaan pilkkoa kahteen osaan, perusterveydenhuoltoon sekä erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuolto tuotetaan kunnan tai kuntayhtymän terveystalossa tai terveysasemalla. Erikoissairaanhoidon palvelut tuotetaan joko aluesairaaloissa, keskussairaaloissa tai yliopistollisissa sairaaloissa. Keskityn tässä tutkielmassa vain perusterveydenhuoltoon, joka pitää sisällään myös työterveyshuollon. Julkisen terveydenhuollon lisäksi terveydenhuoltopalveluita tuotetaan yksityisesti. Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee yksityisen terveydenhuollon palveluksi, joka täydentää julkisia palveluita. Yksityisiä palveluita on saatavilla lähinnä suurimmilta paikkakunnilta ja palveluvalikoima rajautuu yleensä lääkäri-, hammaslääkäri-, fysioterapia- sekä työterveyspalveluihin. Ministeriön mukaan Suomessa on vain muutamia yksityisiä sairaaloita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

### 2.1. Vastuu terveydenhuollon järjestämisestä Suomessa

Suomessa terveydenhuollon järjestäminen on lailla säädetty julkisen vallan vastuulle. Termi ”julkinen terveydenhuolto” on vakiintunut

yhteiskunnassamme ja tarkoittaa nimensä mukaisesti julkisen vallan vastuuta terveydenhuollon järjestäjänä. Tämä velvoite tulee esille Suomen perustuslain ensimmäisessä luvussa, jossa käsitellään sosiaaliturvaan liittyvää oikeutta. Laki määrittelee, että ”julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä” (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731: 1. luku, 19 §). Julkisella vallalla tarkoitetaan valtiota, tarkemmin valtionhallintoa, joka sisältää valtion ylimpien toimielimien lisäksi keskus-, alue- ja paikallishallinnon (Valtionvarainministeriö 2008). Eduskunta kuuluu julkishallinnon korkeimpaan toimielimeen yhdessä tasavallan presidentin ja valtioneuvoston kanssa. Päätehtävänsä noudattaen, eduskunta on säätänyt lakeja, joissa määritellään yksityiskohtaisesti vastuu julkisesta terveydenhuollosta. Muun muassa kansanterveyslaissa säädetään, että ”kunnan on pidettävä huolta kansanterveystyöstä sen mukaan kuin tässä laissa tai muutoin säädetään tai määrätään” (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66: 1. luku, 5 §).

Perustuslaki jättää tarkan vastuun määrittelemättä, mutta sanoo, että palveluiden turvaaminen on julkisen vallan vastuulla, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Perustuslain lisäksi terveyspalveluiden järjestämisestä ja tarjoamisesta säädetään tarkemmin kansanterveyslaissa. Kansanterveyslain 3. luvussa käsitellään kunnan kansanterveystyötä. Luvun 14 §:ssä mainitaan ne asiat, jotka kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee hoitaa. Hoidettaviksi tehtäviksi luetellaan muun muassa terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista huolehtiminen sekä kunnan asukkaiden terveydentilan seuraaminen. Myös suunterveys-, mielenterveys, kouluterveys- sekä työterveyspalveluiden järjestäminen kuuluu kunnan tehtäviin. Lain seuraavassa pykälässä sanotaan, että ”edellä 14 §:n 1 momentin 1–8 kohdassa

tarkoitettuja toimintoja varten tulee kunnalla olla terveyskeskus" (Suomen perustuslaki 11.6.1999/731, Kansanterveyslaki 28.1.1972/66).

Kansanterveyslaki määrittelee kunnan tehtäväksi myös työterveyspalveluiden tuottamisen. Laissa sanotaan, että "kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee tuottaa kunnan alueella sijaitsevissa työ- ja toimintapaikoissa työskenteleville työntekijöille työnantajan järjestettäväksi työterveyshuoltolain 12 §:ssä tai muissa säädöksissä säädettyjä ja niiden nojalla määrättyjä työterveyshuoltopalveluja" sekä "kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee järjestää kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville soveltuvien osin työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säännöksissä tai määräyksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa" (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66: 3. luku, 14 §, kohdat 7 ja 8). Kuntalaissa käsitellään kunnan tehtäviä ja niiden hoitoa tarkemmin. Kuntalaki määrittelee, että "kunta hoitaa itsehallinnon nojalla itselleen ottamansa ja sille laissa säädettyt tehtävät". Lisäksi laissa mainitaan, että "kunnille ei saa antaa uusia tehtäviä tai velvollisuuksia taikka ottaa pois tehtäviä tai oikeuksia muuten kuin säätämällä siitä lailla". Kunnille on kuitenkin annettu vapaus hoitaa velvollisuuksiaan siten, että "kunta voi sopimuksen nojalla ottaa hoitaakseen muitakin kuin itsehallintoonsa kuuluvia julkisia tehtäviä". Myöskään yhteistyötä muiden kuntien kanssa ei rajoiteta, vaan "kunta hoitaa sille laissa säädettyt tehtävät itse tai yhteistoiminnassa muiden kuntien kanssa". Kuntalaki määrittelee myös sen, että laissa määrättyjä palveluita ei tarvitse tuottaa itse, vaan "tehtävien hoidon edellyttämiä palveluja kunta voi hankkia myös muilta palvelujen tuottajilta". (Kuntalaki 17.3.1995/365: 1. luku, 2 §.)

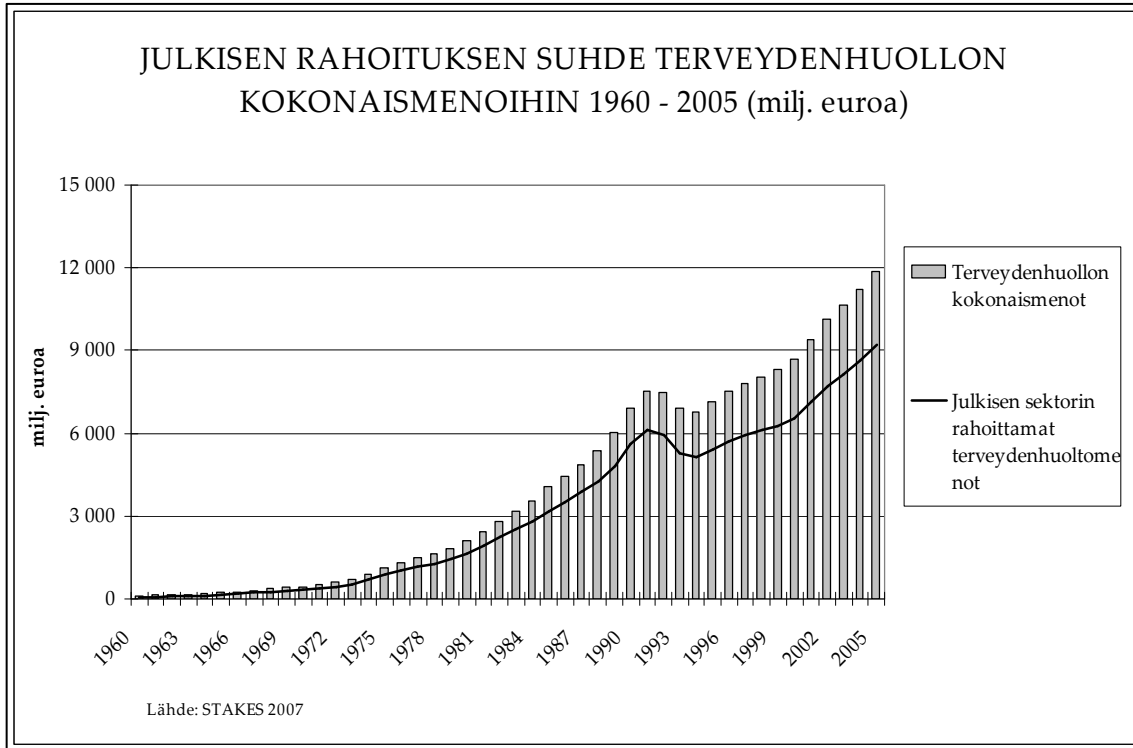
## 2.2. Terveydenhuollon kustannukset ja rahoitusrakenne

Suomessa on viime vuosikymmeninä totuttu kattavaan julkiseen terveydenhuoltoon. Länsimainen hyvinvointi ja -yhteiskuntamalli turvaavat korkean terveydenhuollon tason. Tätä tasoa voidaan mitata esimerkiksi terveydenhuollon kustannusten-, rahoittamisen- tai vaihtoehtoisesti hoitomäärien näkökulmasta. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskukseen laatiman *Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2005*-raportista tulee esille, että terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet maltillisesti pitkällä tähtäimellä, mutta merkittävästi lyhyellä aikavälillä. Vuosittaisten kokonaismenojen kehittymistä on havainnointu kuviossa 1. Vuosien 1960–1990 välisenä aikana terveydenhuollon vuosittaiset kokonaismenot kasvoivat noin 6 miljardia euroa. Kyseisen 30 vuoden jaksolla menojen kasvu oli tasaista. Vuosina 1990–2005 terveydenhuollon vuosittaiset kokonaismenot ovat kasvaneet saman verran. Menojen kasvu on tapahtunut kaksi kertaa lyhyemmässä ajassa. Tämän havainnon perusteella, terveydenhuollon kokonaismenot ovat kasvaneet liki räjähdysmäisesti.

Terveydenhuollon menoihin sisältyy kustannukset vuodeosastohoidosta, avohoidosta (pl. hammashoito), hammashoidosta, lääkkeitä ja farmasiatuotteista, lääkinnällisistä laitteista, ympäristöterveydenhuollosta, hallinnosta, julkisista investoinneista sekä matkoista. Vuonna 2005 terveydenhuollon kokonaismenot olivat 11 853,9 miljoonaa euroa, mikä on noin 7,5 % Suomen bruttokansantuotteesta. Terveydenhuollon kokonaismenot kasvoivat vuodesta 2004 noin 5,7 %. Suurimman yksittäisen pääryhmän, vuodeosastohoidon, osuus kokonaismenoista vuonna 2005 oli noin 36,2 % (4 286,3 milj. euroa). Terveydenhuoltomenojen julkinen rahoittaminen on

lisääntynyt tasaisesti viime vuosikymmeninä. Suhteessa terveydenhuollon kokonaismenojen kehitykseen, julkisen rahoituksen kasvu on ollut hidastuvaa. Julkisella rahoittajalla tarkoitetaan tässä yhteydessä valtiota, kuntia sekä Kansaneläkelaitosta. Vuonna 2005 julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista oli noin 77,8 % (9 217,3 milj. euroa). Kasvua edellisvuoteen oli noin 6,5 %. Kuviosta 1 havaitaan, että julkisen rahoituksen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista kehittyi terveydenhuollon kokonaismenojen suuntaisesti. Vuosien 1960–2005 välillä terveydenhuollon kokonaismenojen julkinen rahoittaminen on ollut korkeimmillaan vuonna 1991 (81,0 %) ja alimmillaan vuonna 1960 (58,0 %). (Stakes 2007.)

Julkinen rahoituksen lisäksi terveydenhuollon menoja rahoitetaan yksityisesti. Yksityinen rahoitus pitää sisällään työnantajien, sairauskassojen, yksityisten vakuutusten sekä kotitalouksien investoinnit terveydenhuoltomenoihin. Kotitaloudet ovat yksityisen rahoituksen merkittävin toimija. Vuonna 2005 kotitalouksien rahoitus muodosti noin 80,2 % (2 109,9 milj. euroa) osuuden yksityisestä rahoituksesta (2 636,6 milj. euroa). Suomen kansantaloutta koetelleen lama-ajan jälkeen yksityinen rahoitus on lisääntynyt ja vuoden 1993 jälkeen kotitalouksien rahoitus on kattanut keskimäärin noin 20,0 % kaikista terveydenhuoltomenoista. Kuviosta 1 kuitenkin havaitaan, että terveydenhuollon kokonaiskustannusten jakautuminen julkisen ja yksityisen rahoittajan kesken on kehittynyt 1990 alkupuolelta erittäin tasaisesti. Julkinen rahoittajan osuus kustannuksista on keskimäärin noin 80,0 %, yksityisen rahoittajan noin 20,0 %.



**Kuvio 1.** Terveystenhuollon kokonaismenot ja julkinen rahoitus.

Edellä esitetyt faktat Suomen terveydenhuollon kuluista sekä rahoitusrakenteesta eivät sinällään vaadi perusteluita. Suomessa terveydenhuolto on lain nojalla säädetty julkisen vallan vastuulle. Tällöin on luonnollista, että menot rahoitetaan suurimmaksi osaksi julkisilla varoilla. Rahoitusrakenne tuskin muuttuu oleellisesti, mikäli voimassa olevassa lainsäädännössä ei tapahdu muutoksia. Kulujen kasvamista voidaan sen sijaan analysoida tarkemmin. Voitaisiinko perusterveydenhuollon palveluita tuottaa edullisemmin tai voitaisiinko toimintaa organisoida toisin, jotta saavutettaisiin kustannussäästöjä? Julkista terveydenhuoltoa kehitettäessä on tärkeä miettiä palveluntuottamisen eri vaihtoehtoja. Usein muutoksilla pyritään edistämään sekä tehostamaan terveydenhuoltoa tai sen osa-alueita. Joissakin tapauksissa uusien toimintatapojen käyttöönotto on välttämätöntä, jotta lain määräämä terveydenhuolto kyetään järjestämään. Näitä keinoja ovat palveluiden

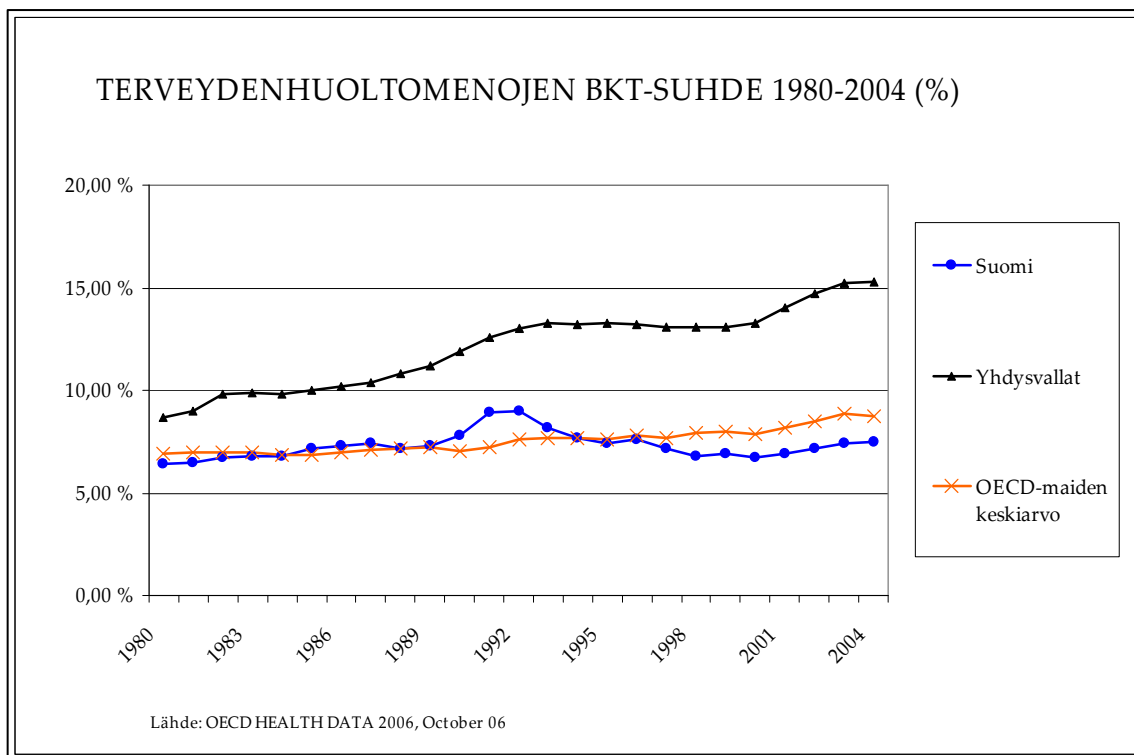
yksityistäminen (engl. privatising) sekä ulkoistaminen (engl. outsourcing). Yksityistämisen ja ulkoistamisen välille on kuitenkin tehtävä selkeä ero. Yksityistämisessä julkinen sektori vetäytyy kokonaan joidenkin palvelujen tuotannosta, minkä jälkeen palveluista huolehtivat markkinavoimat lakien ja asetusten puitteissa. Palveluja ulkoistettaessa vastuu tarjonnasta säilyy sen sijaan edelleen julkisella sektorilla, kyse on vain verovarojen tehostetusta käytöstä (Kilpailuvirasto 2005). Terveydenhuollon kokonaisvaltainen reformaatio on makrotaloudellinen ilmiö. Kustannussäästöihin sekä toiminnan tehostamiseen voidaan kuitenkin pyrkiä pienemmässä mittakaavassa. Tässä tutkimuksessa terveydenhuoltoa tarkastellaan makrotaloudellisesti, mutta varsinainen empiirinen tutkimus on toteutettu mikrotason havaintoaineistolla.

### 2.3. Terveydenhuollon kustannukset OECD-maissa

Suomen terveydenhuollon kokonaiskustannusten kehitystä voidaan verrata OECD-maiden kehitykseen. OECD-termi tulee englanninkielisestä sanayhdistelmästä *Organization for Economic Cooperation and Development* ja tarkoittaa taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestöä. OECD-maiden keskimääräiset terveydenhuoltomenot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat olleet noin 7,5 % aikavälillä 1980–2004 (Stakes 2007). Kuviosta 2 havaitaan, että Suomessa terveydenhuollon kustannukset ovat kehittyneet OECD-maiden keskiarvon kaltaisesti.

Ainoastaan vuosina 1991 ja 1992 terveydenhuollon menot poikkesivat OECD-maiden keskiarvosta. Pahimpina lamavuosina Suomen terveydenhuollon kulut suhteessa bruttokansantuotteeseen ylittivät OECD-maiden keskiarvon noin 1,5

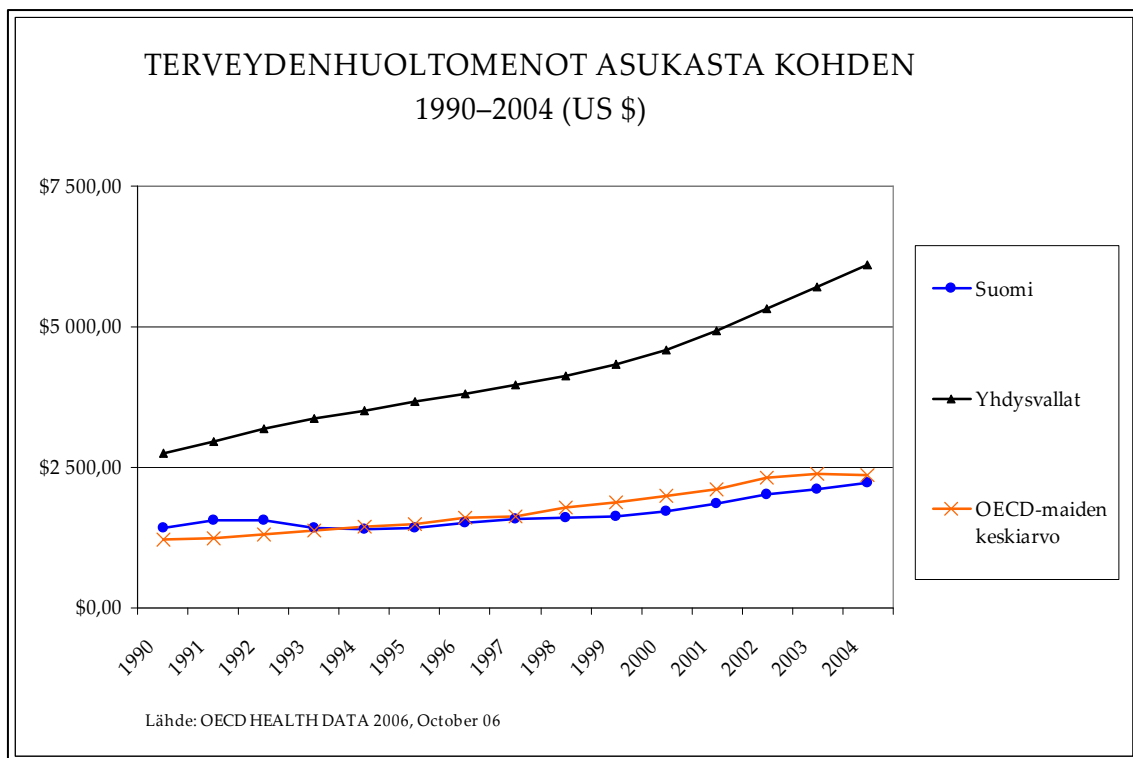
prosentilla. Laman jälkeen tilanne on muuttunut. Vuodesta 1997 alkaen terveydenhuollon kustannukset suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat olleet Suomessa noin 1 %:a OECD-maiden keskiarvoa pienemmät. Näitä poikkeavuuksia voidaan selittää sekä bruttokansantuotteen että terveydenhuoltomenojen muutoksilla. Vuosina 1991 ja 1992 bkt:n arvonmuutos edellisestä vuodesta oli negatiivinen (liite 1). 1990-luvun loppupuolelta alkaen Suomen bkt lähti kehittymään voimakkaasti ja suotuisa kehitys jatkui aina vuoteen 2002 saakka. Vaikka terveydenhuoltomenot ovat samalla aikavälillä kasvaneet merkittävästi, on menojen bkt-suhde ollut kuitenkin OECD-maita alhaisempi. Yhdysvalloissa tilanne on sen sijaan toinen. Siellä terveydenhuoltomenot suhteessa bruttokansantuotteeseen olivat vuonna 2004 yli 15 prosenttia eli noin kaksi kertaa enemmän kuin Suomessa.



**Kuvio 2.** Terveydenhuoltomenojen BKT-suhde 1980–2004 (%).



Terveydenhuoltomenoja voidaan suhteuttaa myös maan asukasmäärään. Suomen väkiluku on kasvanut vuodesta 1990 vuoteen 2005 noin 5,1 % (4 998 478 asukkaasta 5 255 580 asukkaaseen), josta yli 65 vuotiaiden osuus on kasvanut noin 25 prosenttia (Tilastokeskus 2008). Suomen väestörakenteesta voidaan ennustaa, että ikääntyvien määrä suhteessa muuhun väestöön lisääntyy tulevaisuudessa entisestään. Väestön tarkempi kuvaus löytyy liitteestä 2. Terveydenhuollon menot suhteessa asukasmäärään ovat Suomessa kehittyneet kuitenkin maltillisesti. Trendi on ollut OECD-maiden keskiarvon suuntaista. Yhdysvalloissa kehitys poikkeaa muista OECD-maista myös terveydenhuollon asukaskohtaisten kustannusten osalta. Kuviosta 3 havaitaan Yhdysvaltojen, Suomen ja OECD-maiden keskimääräisen terveydenhuoltomenojen kehittymisen asukasta kohden.

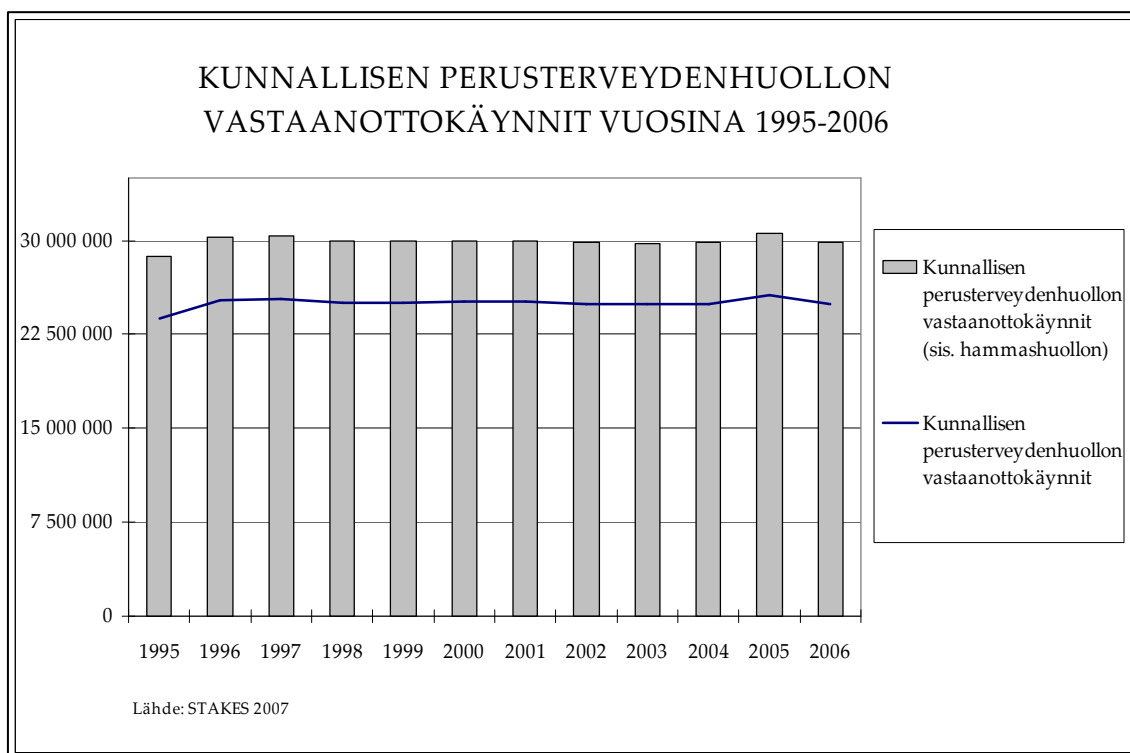


**Kuvio 3.** Terveydenhuoltomenot asukasta kohden 1990–2004 (US \$).

Suomessa ja OECD-maissa keskimäärin terveydenhuollon kokonaismenot asukasta kohden olivat vuonna 2004 noin 2 500 USD. Yhdysvalloissa menot olivat yli 6 100 USD.

#### 2.4. Terveydenhuollon palvelu-, henkilöstö ja kulurakenne

Kunnallisen perusterveydenhuollon vastaanottokäyntien määrissä ei ole tapahtunut suuria muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Vastaanottokäyntimäärät ovat olleet noin 30 000 000 käyntiä vuodessa (sis. hammashuollon vastaanottokäynnit) vuosina 1995–2006. Vastaanottokäyntien määrät esitetään kuviossa 4.



**Kuvio 4.** Kunnallisen perusterveydenhuollon vastaanottokäynnit.

Terveydenhuollon vuosittaiset kokonaismenot ovat kuitenkin kasvaneet kyseisellä aikavälillä noin 65,8 % (7 149,4 milj. eurosta 11 853,9 milj. euroon). Kokonaismenojen keskimääräinen vuosikasvu on ollut noin 5,21 % ja kuluttajahintaindeksi (liite 3) huomioiden, kasvu on ollut keskimäärin noin 3,86 % vuodessa. (Stakes 2007, Tilastokeskus 2008.) Voidaankin siis olettaa, että terveydenhuollon kustannusten kasvu pitkällä aikavälillä ei selity palvelumäärien kasvulla eikä myöskään yleisellä hintatason nousulla, sillä inflaatio on ollut maltillista. Kokonaiskustannusten kasvulle täytyy löytää selittäviä tekijöitä muualta. Tilannetta arvioidessa on tarkasteltava kulu- ja palvelurakennetta.

Työikäiset terveydenhuollon laillistetut ammattihenkilöt ovat lisääntyneet vuodesta 1995 vuoteen 2005 noin 25 %. Muutos tarkoittaa noin 29 000 henkilön nettomääräistä lisääntymistä alalla. Vuonna 2005 työikäisiä terveydenhuollon laillistettuja ammattihenkilöitä oli yhteensä 143 271. Taulukossa 1 esitetään työikäisten terveydenhuollon laillistettujen ammattihenkilöiden määrämuutokset Suomessa vuosina 1995–2005. Taulukon keskimmaisessä sarakkeessa kuvataan ammattiryhmään kuuluvien henkilöiden määrämuutosta ja vasemmassa sarakkeessa puolestaan prosenttuaalista määrämuutosta. Lääkärityövoima on lisääntynyt, mutta ei merkittävästi. Vaikka lääkäreiden määrä on 10 vuodessa lisääntynyt yli 20 prosenttia, on suhteellinen muutos vähäisempi kuin alan yleinen suhteellinen muutos. Vuonna 1995 työikäisiä laillistettuja lääkäreitä oli 14 141 ja vuonna 2005 yhteensä 17 101. Hammaslääkäreiden tilanne näyttää sitäkin huolestuttavammalta. Työikäisten laillistettujen hammaslääkäreiden määrä on vähentynyt kymmenessä vuodessa liki 5 prosenttia. Vuonna 1995 työikäisiä laillistettuja hammaslääkäreitä oli Suomessa 4 761 ja vuonna 2005 määrä oli 4 537.

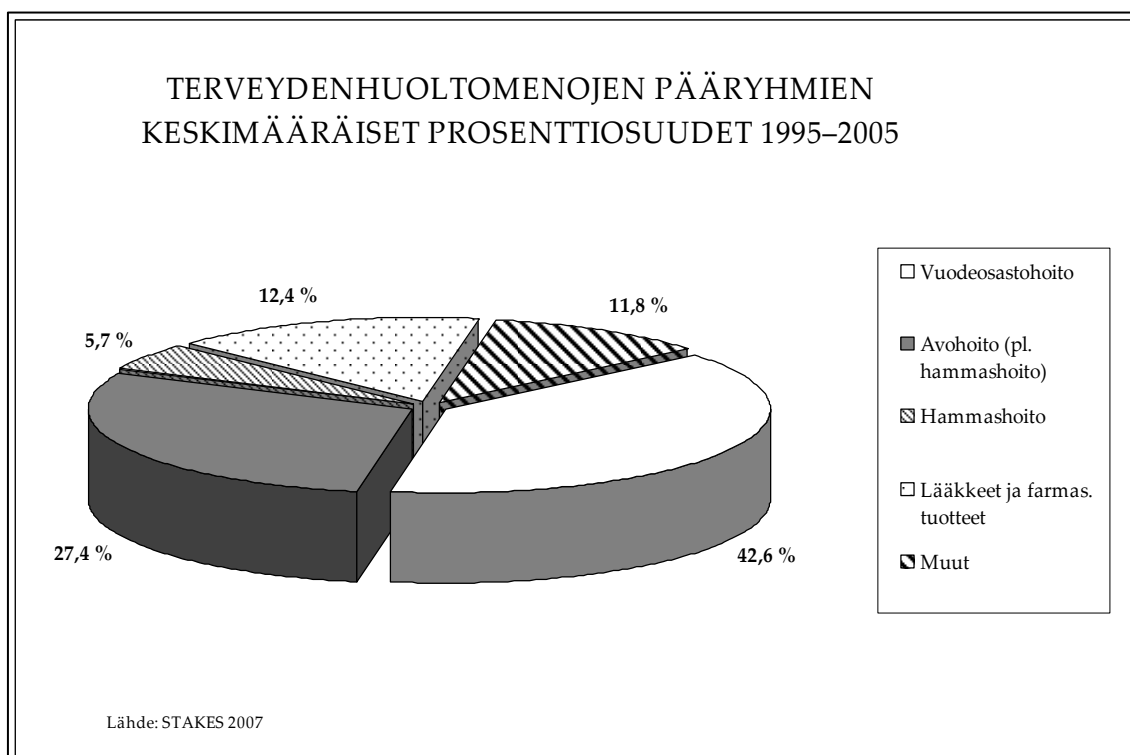
Sen sijaan sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien määrät ovat lisääntyneet ja suhteelliset muutokset ovat koko toimialan suhteellista muutosta suuremmat. Työikäisiä laillistettuja sairaanhoitajia oli vuonna 2005 noin 27 % enemmän kuin 1995. Terveydenhoitajien suhteellinen muutos on vielä suurempi. Työikäisiä laillistettuja terveydenhoitajia oli vuonna 2005 noin 35 % enemmän kuin 1995. Yhteenlaskettu hoitajamäärien muutos vuodesta 1995 vuoteen 2005 on noin 17 600 henkilöä. Vuonna 2005 työikäisiä laillistettuja hoitajia oli Suomessa yhteensä 77 813 henkilöä. (Stakes 2007.)

**Taulukko 1.** Terveydenhuollon ammattihenkilöiden muutokset.

ERÄIDEN TYÖIKÄISTEN TERVEYDENHUOLLON LAILLISTETTUIJEN AMMATTIHENKILÖIDEN MUUTOKSET VUOSINA 1995–2005		
Ammattiryhmä	Muutos (hlö) 1995–2005	Muutos (%) 1995–2005
Lääkärit	+ 2 960	20,93 %
Hammaslääkärit	- 224	-4,70 %
Sairaanhoitajat	+ 13 192	26,85 %
Terveydenhoitajat	+ 3 659	35,30 %
Kaikki ammattihenkilöt yht.	+ 28 692	25,04 %

Vuodeosastohoito sekä avohoito (pl. hammashoito) ovat terveydenhuoltomenojen pääryhmistä kaksi suurinta menoerää. Vuodeosastomenot lohkaisevat keskimäärin yli 40 prosentin osuuden vuosittaisista kokonaismenoista. (ks. kuvio 5) Vuodeosasto- ja avohoidon kustannukset muodostavat noin 70 % terveydenhuollon vuosittaisista kokonaiskustannuksista. Kuviossa 5 esitetty kustannusjako tukee taulukossa 1

esitettyjä tietoja alan ammattihenkilöiden muutoksista. Suurilla vuodeosasto- ja avohoidon kustannuksilla voidaan selittää henkilöstörakenteen kehitystä. Toisaalta hoitohenkilöstön voimakas kasvu lisää entisestään suurimpien pääryhmien kustannuksia.



**Kuvio 5.** Terveystenhoitomenot pääryhmittäin.

## 2.5. Kuntien palvelu- ja rakenneuudistus, PARAS-hanke

Suomen haja-asutus sekä väestön ikärakenne huomioiden tullaan toistuvasti saman ongelman äärelle. Palveluiden tuottaminen lain edellyttämin vaatimuksin on haastavaa. Kunnat, kuntayhtymät ja kaupungit kamppailevat vaativan tehtävän kanssa. Ongelma ajoi valtioneuvoston tilanteeseen, jossa se

lopulta päätti käynnistää kunta- ja palvelurakennemuutoksen. Valtioneuvoston asetti hankkeen 11.5.2005 ja siitä valmisteltiin laki (puitelaki), joka annettiin eduskunnalle syyskuussa 2006. Laki astui voimaan 23.2.2007. Kunta- ja palvelurakenne uudistus on tähän mennessä Suomen historian suurin kunnallishallinnon ja palveluiden uudistus. Hankkeen päätarkoitus on vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta. Kunnat toteuttavat hankkeen yhteistyössä valtion kanssa aina vuoteen 2012 loppuun saakka. Uudistuksella pyritään edistämään uusien palveluiden tuottamistapoja sekä organisointia, uudistamaan kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä, tarkistamaan kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoa siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta tulevana vuosikymmeninä. (Valtionvarainministeriö 2008.)

Huolimatta hankkeesta, Suomessa terveydenhuoltopalveluiden tarjoaminen elää murroksessa. Suomen maantieteellinen rakenne on pysyvä haaste. Ikääntyvä väestö tarvitsee tulevaisuudessa yhä enemmän palveluita. Tämä on toinen merkittävä haaste. Kunnat, kuntayhtymät ja kaupungit kamppailevat rekrytointiongelmien kanssa, kun virkoja ja toimia ei aina kyetä täyttämään. Rekrytointi koituu ongelmaksi ja työllistää hallinto-organisaatiota erityisesti pienemmissä kunnissa. Huolimatta työikäisten terveydenhuoltoalan laillistettujen ammattihenkilöiden lisääntymisestä, hoitaja- ja lääkäri työvoimaa ei riitä joka paikkaan. Kysyntä ja tarjonta ohjaavat markkinoita yhä voimakkaammin. Väestön keskittyminen kaupunkeihin ja isompien kaupunkien taajama-alueille vaikuttaa oleellisesti myös terveydenhuollon toimialalla. Kaupungistumisen lisäksi työikäisen väestön sijoittumiseen vaikuttaa myös se, kuinka houkuttelevana työpaikka nähdään. Työnantajilla, niin julkisen hallinnon alaisuudessa olevilla kuin yksityissektorilla toimivilla,

on suuri haaste olla haluttu työnantaja. Yritysmailmassa imagoon panostetaan erittäin voimakkaasti, jotta yritys saisi parhaimmat työntekijät käyttöönsä. Tässä mielessä kuntatyönantaja on uudessa tilanteessa joutuessaan kilpailemaan työvoimasta yritysmailman kanssa. Vaikka varsinaista työvoimapulaa ei koeta, voidaan kunnassa päätyä hankkimaan sijaisia tai osa-aikaisia työntekijöitä terveydenhuoltoalan henkilöstövuokrausta harjoittavien yritysten kautta. Näillä toimilla voidaan hakea kustannus- tai tehokkuussäästöjä. Pienemmissä tai syrjäisemmissä kunnissa vuokratyövoiman hankinta saattaa olla ainut vaihtoehto selvittää työvoimaongelmasta.

### 3. TERVEYDENHUOLLON ULKOISTAMINEN

Terveydenhuollon ulkoistaminen tarkoittaa terveyspalveluiden ostamista ulkoiselta palveluntuottajalta. Henkilöstövuokraaminen sekä henkilöstöpalveluiden tarjoaminen ovat lisääntyneet voimakkaasti viime vuosien aikana. Keskittymällä päätoimisesti henkilöstöpalveluiden kehittämiseen, henkilöstövuokrausyritykset kykenevät toimimaan tehokkaasti sekä nopeasti. Terveydenhuollon henkilöstöpalveluita tuottavat yritykset tarjoavat vaihtoehtoisia toimintamalleja kunnille ja kaupungeille. Terveydenhuollosta vastuussa olevat julkishallinnon yksiköt voivat ulkoistaa toimintaansa tekemällä yhteistyötä alalla toimivien yritysten kanssa.

#### 3.1. Hoitotakuu

Suomessa astui voimaan 1.3.2005 laki kansanterveyslain muuttamisesta. Vuonna 1972 annettuun kansanterveyslakiin lisättiin 15 b §, jossa määritellään kiireettömän hoidon saatavuuden enimmäisajat. Kiireelliseen hoitoon on päästävä välittömästi, mutta kiireettömän hoidon saatavuus määritellään laissa siten, että potilaan tulee saada arkipäivisin virka-aikaan välittömästi yhteys terveyskeskukseen. Arvio hoidon tarpeesta tulee terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta suorittaa viimeistään kolmantena arkipäivänä potilaan yhteydenotosta, mikäli arviota ei kyetty tekemään ensimmäisen yhteyden aikana. Jos perusterveydenhoidon yhteydessä on tarvetta erikoissairaanhoidolle, tulee hoidon tarpeen arvio aloittaa kolmen viikon



kuluessa lähetteen saapumisesta toimintayksikköön (Kansanterveyslaki 17.9.2004/855: 15 b §).

Lakiuudistuksen tarkoitus on taata kaikille kansalaisille yhtäläiset mahdollisuudet saada kiireetöntä hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Tätä hoidon saantia turvaavaa lainsäädäntöä kutsutaan hoitotakuuksi. Se on merkittävin terveydenhuoltoa koskeva uudistus vuoden 1993 jälkeen, jolloin kuntien valtionosuuden uudistettiin. (Pekurinen, Mikkola & Tuominen 2008.) Stakesin teettämän *Hoitotakuun talous-* raportin mukaan lakiuudistuksella on ollut konkreettisia vaikutuksia valtiontalouteen. Sen lisäksi, että valtio ja kunnat ohjasivat vuosina 2003–2004 erikseen varattua rahaa yhteensä 50,0 miljoonaa euroa potilasjonojen lyhentämiseksi, lakiuudistuksen katsotaan nostaneen terveydenhuollon kustannuksia liki 400 miljoonaa euroa vuosina 2002–2007. Lisämenoista noin 70,0 % kohdentui erikoissairaanhoidon ja noin 30,0 % perusterveydenhuoltoon. 380,0 miljoonan euron menolisäyksestä noin 69,0 % (yht. 263,0 milj. euroa) syntyi vuosina 2005 ja 2006, eli kahtena ensimmäisenä toimintakautena, jolloin hoitotakuu oli voimassa. (Pekurinen ym. 2008.)

### 3.2. Toimintojen ulkoistaminen

Ulkoistamiselle löytyy useita erilaisia tulkintoja. Yleisesti jonkun toiminnon ulkoistaminen voidaan kuitenkin määritellä tuotteen tai palvelutuotannon ostamiseksi ulkopuolelta organisaatiota, jossa tuote tai palvelu tähän saakka on tuotettu. Ulkoistamiseen liittyy keskeisesti palvelun ostajan ja tuottajan välinen sopimus tuotteen tai palvelun sisällöstä sekä hinnasta (Kankaanpää 2005). Ulkoistamisen määrittelyssä mainittu tuotteen tai palvelutuotannon ostaminen

voi toimia myös vuokrausperiaatteella. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa palvelutuotannon ulkoistaminen voidaan toteuttaa yksittäisinä työvoimavuokrauksina tai vastaavasti koko terveyskeskustoiminnan ulkoistamisena. Terveyspalveluiden ostaminen on yleistymässä. Ostopalvelutoiminnan kysyntä on lisääntynyt vuoden 2005 jälkeen, jolloin hoitotakuu astui voimaan. Ostopalvelun rahallinen osuus koko terveydenhuollon palvelutuotannosta on kuitenkin vielä vähäinen. Avosairaanhoidon sekä mielenterveystyön piirissä tilanne on erilainen. Näillä osa-alueilla ostopalvelutoiminta on vakiintuneempaa ja kattaa noin 10 % kokonaismenoista. (Pekurinen ym. 2008.)

### 3.3. Miksi päädytään ulkoistamaan

Tuotteen tai palvelutuotannon ulkoistamiselle on yleensä hyvin tarkasti perustellut syyt. Esimerkiksi teollisuudessa keskeisin motiivi on toiminnan tehostaminen. Teollisuusyrityksen hakevat kustannustehokkuutta ulkoistamalla sisäisiä toimintojaan. Erityisosaaminen tai suuremmat tuotantomäärät mahdollistavat parempien skaalaetujen hyödyntämisen ja johtavat alhaisempiin yksikkökustannuksiin (Pajarinen 2001). Teollisuuden ulkoistaminen ei ole suoraan verrattavissa terveydenhuollon ulkoistamiseen. Eri toimialoilla tuotteiden ja palvelutuotannon ulkoistamiseen johtavat syyt sekä motiivit voivat kuitenkin olla vertailukelpoisia ellei jopa osittain samoja.

Tiedustelin tutkimuksessa mukana olevilta yksiköiltä, Kuusamon kaupungilta ja Toholammin kunnalta, ulkoistamiseen liittyviä syitä. Molemmissa yksiköissä oli päädytty ulkoistamaan terveyspalveluiden tuottaminen toistuvien

rekrytointiongelmien vuoksi. Työntekijöiden rekrytoiminen työllistää hallintoorganisaatiota. Sairauslomien tai muiden syiden vuoksi estyneille pyritään saamaan sijainen, jotta yksikkö välttyy palvelutuotannon katkoksilta. On ymmärrettävää, että poissaolevan henkilökunnan tilanne on erittäin vaikea saada nopeasti sijaistyövoimaa. Lyhyellä varoitusaikalla hoitajien ja lääkärien saaminen epäsäännölliseen työsuhteeseen on lähes mahdotonta. Työpaikan syrjäinen sijainti heikentää entisestään mahdollisuuksia. Voidaankin siis sanoa, että terveydenhuollon yksikkö toimii kustannustehokkaasti ulkoistamalla palvelutuotantonsa, mikäli työvoiman hankinta koituu erittäin vaikeaksi. Terveydenhuollon toimialalla ei voida toimia teollisuusyritysten tavoin, mikäli toiminta osoittautuu kannattamattomaksi. Terveyskeskuksia ei voida sulkea kustannustehokkuuteen vedoten, vaan palvelut on tuotettava. Lisäksi toimintaan vaikuttavat keskeisesti aika ja raha. Palvelut on kyettävä tuottamaan hoitotakuuta noudattaen ja budjetin määräämissä rajoissa.

#### 3.4. Ulkoistamisen hyödyt ja haitat

Yleisesti voidaan todeta, että julkishallinnon ja yritysmaailman yhteistyö on kehitysaskel eteenpäin. Yritykset pyrkivät toiminnassaan kustannustehokkuuteen, unohtamatta laatua sekä kehitystä. Voitontavoittelu on luonnollinen osa yritystoimintaa. Yrityksen menestystavoitteet ohjaavat liiketoimintaa pitkäjänteisyyteen. Lyhytnäköinen toiminta ei siivitä yritystä yleensä kovinkaan pitkälle. Tästä johtuen yritysten toimintamalli luo uusia ja innovatiivisia vaihtoehtoja julkisen terveydenhuollon hyväksi. Näen, että yhteistyön suurin hyöty on yritysmaailman toimiminen osana julkista terveydenhuoltoa. Ulkoistamalla terveydenhuollon palvelutuotannon tai osan

sitä, yksikkö siirtyy kokeilemaan vaihtoehtoista tapaa tuottaa palvelu. Kokeilun kautta voidaan löytää myös muita kombinaatioita, joiden avulla saavutetaan taloudellista hyötyä. Kustannustehokkuuden tai taloudellisen hyödyn lisäksi ulkoistamisen avulla voidaan hakea sosiaalista hyötyä. Esimerkiksi päivytystyön ulkoistaminen vähentää yksikön ”omien” työntekijöiden työtaakkaa, lisää resursseja ja vaikuttaa sitä kautta positiivisesti yksikön toimintaan. Mikäli terveyskeskuksen toiminta ulkoistetaan kokonaan terveyspalveluita tuottavalle yritykselle, saatetaan havaita eroavaisuuksia myös palvelumäärissä. Kustannusten lisäksi palvelumääriin on tärkeä kiinnittää huomiota. Yleisesti voi vallita tilanne, että yksikköön ei saada riittävästi ”omaa” työvoimaa. Ulkoistamiseen päädytään nimenomaan siksi, kun riittäviä terveydenhuollon palveluita ei kyetä tarjoamaan. Ulkoistamisen myötä työvoiman tilanne stabilisoituu, jolloin myös palvelun saatavuus nousee riittävälle tasolle.

Ulkoistamiseen liittyviä riskitekijöitä voidaan tarkastella yksinkertaisella kuluttaja-tuottaja esimerkillä. Kuluttajana on palvelun ostaja, tässä tapauksessa kunta tai kaupunki. Tuottajana toimii puolestaan palveluntuottaja, terveydenhuollon henkilöstöpalveluita tuottava yritys. Täydellisillä markkinoilla kuluttaja omaa kaiken saatavissa olevan informaation, joka liittyy alalla toimiviin yrityksiin sekä heidän tuotteisiinsa tai palveluvalikoimiinsa. Reaalimaailmassa tällainen tilanne vallitsee harvoin ja kuluttajalla sekä palvelun tuottajalla saattaa olla hallussaan hyvinkin erilainen informaatio. Epäsymmetriseen informaatioon liittyy ongelma. Esimerkiksi vakuutuslalla puhutaan niin sanotusta epäedullisen asiakaskunnan valikoitumisesta (engl. adverse selection). Tämä on epäsymmetrisen informaation keskeinen osa-alue. Vakuutusyhtiön asiakaskunta valikoituisi harhaisesti, mikäli vakuutusmaksu perustuisi keskimääräiseen onnettomuusriskiin kyseisen onnettomuuden osalta

eikä keskimääräiseen onnettomuusriskiin kyseisen asiakaskunnan keskuudessa (Tuomala 1997). Vaikka vakuutusosalalla tunnettua käsitettä ei voida yksioikoisesti soveltaa terveystalouden ulkoistamiseen, täytyy epäsymmetrinen informaatio huomioida. Jos esimerkiksi terveystalouden ulkoistamista suunnitteleva yksikkö valitsisi palveluntuottajan pelkästään edullisimman hinnan mukaan, saattaa palveluntuottaja valikoitua harhaisesti. Toisin sanoen, edullisimman hinnan perusteella valittu palveluntuottaja voi lopulta olla epäedullisempi vaihtoehto kuin muut. Valintaperusteina tulisi käyttää palvelun hinnasta, laadusta ja toimitusvarmuudesta muodostuvaa kombinaatiota. Vaikka palvelun ulkoistaminen laadittaisiin huolellisesti, täytyy epäsymmetrisen informaation mukana tuoma riski huomioida.

Toinen riski liittyy sopimussuhteisiin kuluttajan ja tuottajan välillä. Tämä fakta on tiedostettava myös terveystalouksien ulkoistettaessa. Esimerkiksi vakuutus sopimukseen voidaan katsoa sisältyvän riski, että vakuutusnottaja muuttaa käyttäytymistään sopimuksen allekirjoittamisen jälkeen, mikäli vakuutus kattaa täydellisesti vahinkoon liittyvät kulut. Vakuutusyhtiö ei kykene rajoitetun informaation avulla valvomaan asiakkaansa toimintaa ja syntyy väistämättä ongelma, jota kutsutaan nimellä *moral hazard*. (Tuomala 1997.) Terveystalouksien ulkoistamisessa *moral hazard*-ongelma saattaa esiintyä tilanteissa, jossa palvelun tilaaja ei kykene rajallisen tai epäsymmetrisen informaation vuoksi valvomaan palvelun tuottamista. Tällöin palveluntuottajalla saattaa syntyä tilanne, että palvelua tuotetaan yli tarpeen. Toisin sanoen, päätös palvelun tuottamisesta saatetaan tehdä normaalia kevyemmin perustein, tiedostaen palveluntuottamisen lisäävän tuottajan taloudellista hyötyä. Tämän takia on tärkeää, että sopimusosapuolet kiinnittävät jo neuvotteluvaiheessa huomiota mahdollisiin *moral hazard* -ongelmiin.

## 4. TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

### 4.1. Tietojen kerääminen ja käsitteleminen

Tutkimuksessa käytetään Kuusamon kaupungin sekä Toholammin kunnan aineistoa. Näiden yksiköiden data on poimittu terveyskeskusten potilastietojärjestelmistä sekä kuntien taloudenpitojärjestelmistä liitteen 4 pohjalta. Lähtökohtana on, että kerättyjä tietoja analysoidaan kvantitatiivisin menetelmin. Kvalitatiivisten eli laadullisten asioiden tutkiminen ja mittaaminen on tässä tutkimustyössä jätetty pois. Kuusamon ja Toholammin terveydenhuolto-, talous- ja väestötietoja on täydennetty Tilastokeskuksen ja Kuntaliiton aineistoilla. Tutkimuksen aikana terveyskeskuksissa on ollut käytössä Tietoenatorin Efficia-ohjelmisto, joka laajojen ominaisuuksien ansiosta mahdollistaa hyvin yksityiskohtaisten tietojen poimimisen tietokannasta. Tutkimuksen kannalta keskeisimmät potilastietojärjestelmästä poimittavat tiedot liittyvät erilaisiin kontakteihin potilaan ja hoitohenkilöstön tai lääkärihenkilöstön välillä. Vastaanottokäyntien lisäksi erilaisia kontakteja ovat puhelinkontaktit, (työterveyshuollon) työpaikkakontaktit sekä muut kontaktit. Tietoja on kerätty kolmelta peräkkäiseltä vuodelta 2005, 2006 ja 2007. Eri vuosien toimintajaksot ovat samanmittaisia ja samalta aikaväliltä. Kahden ensimmäisen jakson aikana yksikkö on tuottanut palvelun itse ja viimeisen jakson aikana palveluntuottajana on toiminut yksikön ulkopuolinen toimija. Jokainen potilastietojärjestelmästä poimittu tieto täytyi valikoida manuaalisesti.

Tietojen tilastointiin liittyy aina virhemarginaali. Potilastietojen tilastoinnissa virhemahdollisuudet korostuvat, kun tilasto-ohjelmalla on useita eri käyttäjiä.

Terveyskeskuksissa ja sairaaloissa jokainen työntekijä käyttää potilastietojärjestelmää henkilökohtaisilla tunnuksillaan. On siis olemassa riski, että tietoja ei aina tilastoida samalla tavalla. Tutkimuksessa ilmeni, että esimerkiksi Kuusamon työterveyshuollossa puhelinkontakteja on kirjattu muihin kontakteihin, vaikka puhelinkontakti on oma kontaktilajinsa. Ilman tätä lisätietoa, tulokset antavat harhaanjohtavan kuvan kontaktien määrästä. Laajojen tilastojen avulla terveydenhuoltoa voidaan kehittää. Laajuuteen liittyy kuitenkin riski, mikäli tilasto-ohjelmat ovat liian monimutkaisia ja aiheuttavat liikaa tulkinnanvaraisuuksia. Tilastointiohjelmien käytettävyyden tulee olla helppo ja toimiva. Tällöin tilastoinnista saadaan paras hyöty.

#### 4.2. Kuusamon kaupunki

Koillismaalla sijaitseva Kuusamo on noin 17 000 asukkaan kaupunki. Kuusamo kuuluu Pohjois-Pohjanmaan maakuntaan ja on pinta-alaltaan noin 5 000 neliökilometriä suuri. Väestörakenteeltaan Kuusamo ei poikkea oleellisesti maakuntansa tai koko maan väestörakenteesta. Alle 14-vuotiaita Kuusamossa on suhteessa enemmän kuin Suomessa yleensä, mutta Pohjois-Pohjanmaan väestöön nähden vähemmän. Suurin eroavaisuus on yli 65-vuotiaiden kohdalla. Kuusamossa liki 18 % väestöstä on yli 65-vuotiaita, kun vastaava luku Pohjois-pohjanmaalla on noin 14 % ja koko Suomessa noin 16,5 %. Taulukossa 2 esitetään tilastotietoa Kuusamon kaupungin, Pohjois-Pohjanmaan maakunnan sekä koko maan väestöön ja toimialarakenteeseen liittyen. Kuusamossa työttömyysaste (n. 12,9 %) on korkeampi kuin muualla Suomessa (n. 9,7 %) tai vastaavasti Pohjois-Pohjanmaalla (n. 11,4 %). Teollisuutta Kuusamossa on vähemmän kuin muualla Suomessa tai Pohjois-Pohjanmaalla

yleensä. Tilastokeskuksen aineistosta ilmenee myös, että Kuusamon työikäisestä väestöstä yli 90 % työskentelee kaupungin rajojen sisäpuolella. Muualla Suomessa tilanne on toisenlainen, sillä koko maan työikäisestä väestöstä 33,5 % työskentelee jossain muualla kuin kotikuntansa alueella.

**Taulukko 2.** Kuusamon väestö- ja toimialarakenne.

Muuttuja	Koko maa Suomi	Maakunta Pohjois-Pohjanmaa	Seutukunta Kuusamo
Väestö 31.12.2006	5 276 955	380 668	17 000
0–14 vuotiaat	901 181 (17,1%)	78 901 (20,7 %)	3 084 (18,1%)
15–64 vuotiaat	3 507 057 (66,5 %)	248 976 (65,4 %)	10 912 (64,2 %)
Yli 65-vuotiaat	868 717 (16,5 %)	57 791 (13,9 %)	3 004 (17,7%)
<b>TOIMIALARAKENNE 2005</b>			
Maa- ja metsätalous	3,9 %	5,6 %	8,2 %
Teollisuus	25,2 %	27,1 %	18,9 %
Palvelut	68,9 %	64,8 %	69,4 %
Työpaikkoja	2 288 774	150 608	6 331
Työttömyysaste (-06)	9,7 %	11,4 %	12,9 %
Pendelöinti	33,5 %	28,2 %	9,1 %

#### 4.3. Toholammin kunta

Toholampi on noin 600 neliökilometriä suuri kunta Keski-Pohjanmaan maakunnassa. Vuoden 2006 lopussa Toholammin väkiluku oli 3 643. Alle 14 -



vuotiaita väestöstä on noin 19,4 %. Maakunnassa luku on hiivenen pienempi, noin 18,9 % ja koko maan väestö huomioiden luku on noin 17,1 %. 15–64 -vuotiaita Toholammin väestöstä on noin 62,4 %. Määrä on maakunnan ja koko maan väestöön verrattuna matalampi. Sen sijaan yli 65 -vuotiaiden osuus väestöstä on maakunnan ja koko maan väestöön verrattuna korkeampi. Toholammin asukkaista noin 18,3 % on yli 65 -vuotiaita. Koko maassa yli 65 -vuotiaiden osuus on noin 16,5 %. Taulukossa 3 vertaillaan vastaavasti Toholammin, Keski-Pohjanmaan ja koko maan väestö- ja toimialatietoja.

**Taulukko 3.** Toholammin väestö- ja toimialarakenne.

Muuttuja	Koko maa Suomi	Maakunta Keski-Pohjanmaa	Seutukunta Toholampi
Väestö 31.12.2006	5 276 955	70 672	3 643
0–14 vuotiaat	901 181 (17,1%)	13 367 (18,9 %)	706 (19,4%)
15–64 vuotiaat	3 507 057 (66,5 %)	45 286 (64,1 %)	2 727 (62,4 %)
Yli 65-vuotiaat	868 717 (16,5 %)	12 019 (17,0 %)	665 (18,3%)
<b>TOIMIALARAKENNE 2005</b>			
Maa- ja metsätalous	3,9 %	10,1 %	23,6 %
Teollisuus	25,2 %	27,2 %	28,0 %
Palvelut	68,9 %	60,1 %	45,2 %
Työpaikkoja	2 288 774	28 445	1 318
Työttömyysaste (-06)	9,7 %	9,2 %	6,0 %
Pendelöinti	33,5 %	22,2 %	23,3 %

Vuonna 2005 maa- ja metsätalous muodosti noin 23,6 prosentin osuuden kaikista toimialoista. Teollisuuden osuus toimialajaosta on noin 28 % ja palveluiden osuus noin 45,2 %. Tilastosta havaitaan, että maa- ja metsätalouden osuus on merkittävästi suurempi kuin Keski-Pohjanmaalla yleensä. Suomessa teollisuuden osuus kaikista toimialoista on noin 25,2 %, mikä on vähemmän kuin Keski-Pohjanmaalla yleensä (27,2%). Taulukosta havaitaan, että toimialat ovat jakautuneet Toholammin kunnassa melko tasaisesti verrattuna maakuntaan tai koko maan tilanteeseen. Toholammin työttömyysaste on myös merkittävästi matalampi kuin Keski-Pohjanmaalla tai Suomessa. Toholammin työikäisestä väestöstä noin 23,3 % työskentelee kotikuntansa ulkopuolella. Luku on noin 10 prosenttia alhaisempi kuin koko maassa yleensä.

Kuusamon kaupunki ja Toholammin kunta ovat sekä pinta-alaltaan että väestöltään hyvin erikokoisia. Toholammin pinta-ala on noin 12,0 % Kuusamon pinta-alasta. Toholammin väestö muodostaa puolestaan noin 21,4 % Kuusamon väestöstä. Pinta-ala ja väestöluvusta nähdään, että Toholampi on tiheimmin asuttu alue kuin Kuusamo. Yksiköiden ikärakenne on myös erilainen. Toholammilla alle 14-vuotiaita on suhteessa enemmän kuin Kuusamossa. 15–64-vuotiaiden suhteellinen osuus on puolestaan Kuusamossa suurempi kuin Toholammilla. Yli 65-vuotiaita on kuitenkin Toholammilla suhteessa enemmän kuin Kuusamossa. Kyseisten yksiköiden toimialarakenne on myös hyvin erilainen. Maa- ja metsätalous sekä teollisuus ovat Toholammilla yleisempiä kuin Kuusamossa, jossa palvelut muodostavat liki 70 % koko toimialarakenteesta. Työttömyysaste on Toholammilla kaksi kertaa pienempi kuin Kuusamossa. Myös ulkoistaminen on toteutettu eri tavalla näiden yksiköiden välillä. Kuusamossa ulkoistamisen kohteena on koko työterveysyksikkö ja Toholammilla perusterveydenhuollon lääkärivastaanotto.

## 5. TUTKIMUSTULOKSET

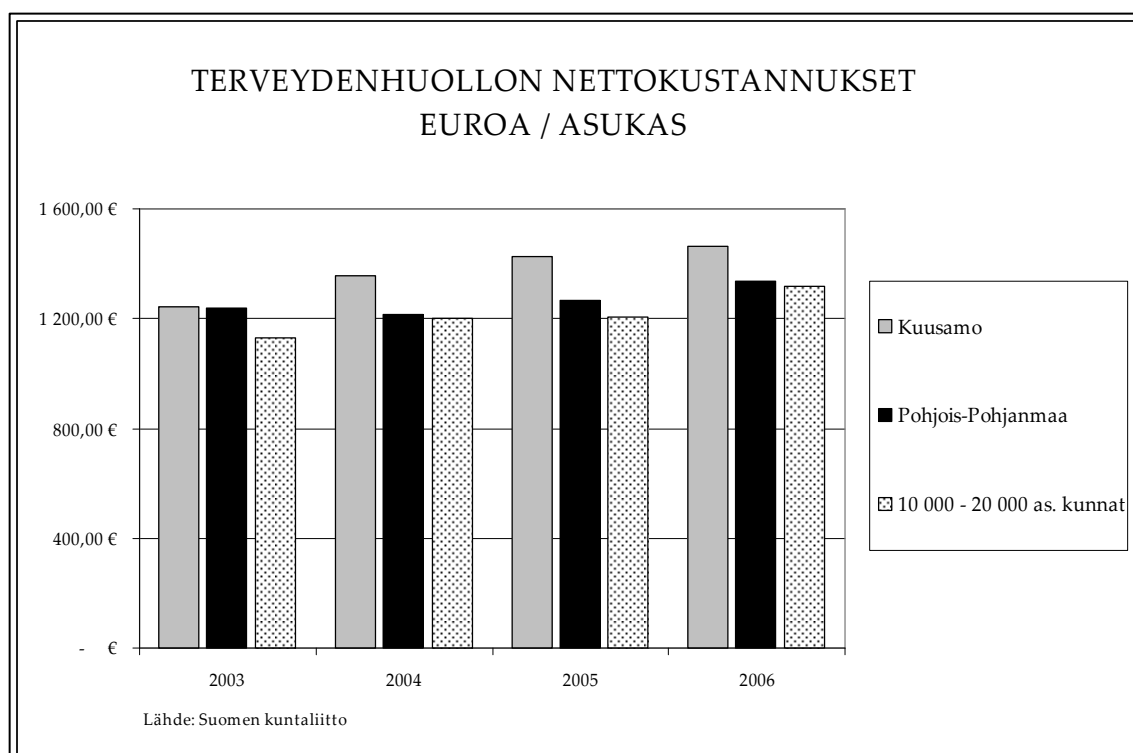
Esitän tässä luvussa tutkimustulokset sekä Kuusamon kaupungin työterveyshuollon että Toholammin kunnan perusterveydenhuollon osalta. Vaikka työterveyshuolto on osa perusterveydenhuoltoa, on Toholammin kunnan tilastoista jätetty työterveyshuolto tietoisesti huomioimatta, sillä ulkoistaminen kohdistuu Toholammilla vain lääkärin vastaanotto toimintaan. Sen sijaan Kuusamosta on kerätty tiedot sekä työterveyshuollosta että perusterveydenhuollosta. Tämä siksi, että voidaan vertailla Kuusamolaisten käyttäytymistä työterveys- ja perusterveydenhuollon välillä. Varsinaisten tutkimustulosten lisäksi käyn läpi sekä Kuusamon että Toholammin terveydenhuoltoon liittyviä talousfaktoja.

### 5.1. Kuusamo

#### 5.1.1. Terveysthuolto Kuusamossa

Terveysthuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään ovat Kuusamossa korkeammat kuin Pohjois-Pohjanmaalla keskimäärin. Myös muualla Suomessa 10 000–20 000 asukkaan kunnissa nettomääräiset terveydenhuoltokulut suhteessa asukasmäärään ovat Kuusamoa alhaisemmat. Terveysthuollon kustannukset ovat kehittyneet Kuusamossa tasaisesti, vuonna 2003 rahaa kului noin 1 240 euroa asukasta kohden. Vuonna 2006 vastaava luku oli noin 1 460 euroa. Kustannukset ovat siis kasvaneet tuona

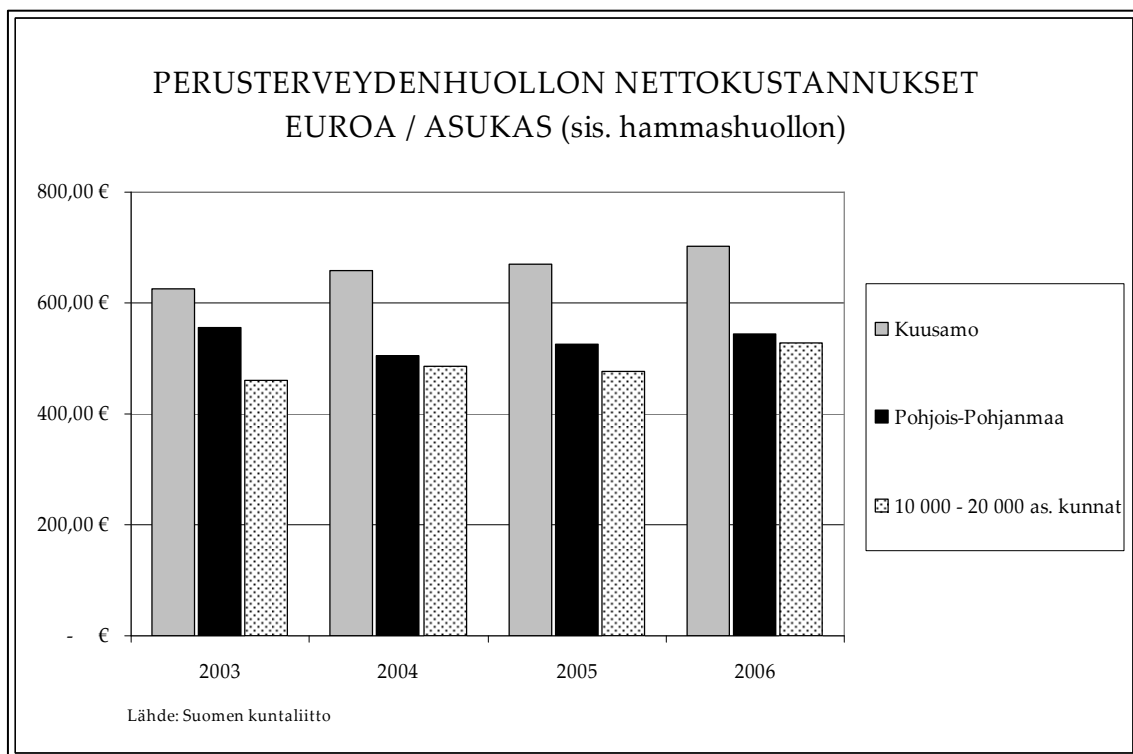
aikana noin 18,0 %. Pohjois-Pohjanmaalla kehitys on ollut huomattavasti maltillisempi. Kustannukset ovat kasvaneet noin 8,0 % 2003–2006 välisenä aikana. Kuviossa 6 vertaillaan terveydenhuollon asukaskohtaisia nettokustannuksia vuosien 2003–2006 aikana.



**Kuvio 6.** Terveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.

Edellä esitetyt terveydenhuollon nettokustannukset pitävät sisällään myös erikoissairaanhoidon sekä ympäristöterveydenhuollon. Tutkimuksen kannalta on kuitenkin oleellisempaa tarkastella perusterveydenhuollon nettokustannuksia. Kuviossa 7 vertaillaan tilannetta perusterveydenhuollon osalta. Asukaskohtaisten nettokustannusten kehitys on samansuuntainen kuin edellä esitetty kuvio koko terveydenhuollon osalta. Kuusamossa perusterveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset ovat keskimäärin

25,0 % suuremmat kuin muualla Pohjois-Pohjanmaalla ja noin 36,0 % suuremmat kuin 10 000–20 000 asukkaan kunnissa muualla Suomessa. Euromääräisesti tämä tarkoittaa sitä, että Kuusamon kaupungilla menee perusterveydenhuoltoon nettomääräisesti rahaa noin 664,0 euroa jokaista asukasta kohden vuodessa. Vastaava summa samansuuruisissa kunnissa muualla Suomessa on noin 488,0 euroa ja Pohjois-Pohjanmaalla noin 533,0 euroa per asukas.



**Kuvio 7.** Perusterveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.

Kuvioiden 6 ja 7 perusteella voidaan havaita, että Kuusamossa terveydenhuoltoon ja perusterveydenhuoltoon kuluu keskimäärin enemmän rahaa kuin muualla Suomessa. Terveystuottopalveluiden tuottamisen osalta Kuusamo on haasteellinen kaupunki. Kuusamo sijaitsee kaukana

kasvukeskuksista ja väestö on ikääntyvää. Taulukossa 4 (s. 48) esitetään perusterveydenhuollon asiakaskäynnit Kuusamossa. Taulukosta ilmenee asiakaskäyntien määrä eriteltyinä hoitohenkilöstön ja lääkärihenkilöstön mukaan. Yhteenlasketut kokonaiskäyntimäärät ilmenevät taulukon alimmaisesta osasta. Taulukossa eritellään perusterveydenhuollon palveluita käyttäneiden asiakkaiden määrät, käyntimäärät, sukupuolijakaumat, keskimääräiset käyntikerrat jakson aikana sekä keski-iat. Aineisto on jaettu kolmeen aikajaksoon tutkimuksen muun aineiston mukaisesti. Tutkimusjakso (myöh. jakso) on jokaisen vuoden (2005, 2006, 2007) osalta aikavälillä 1.6.–30.11. On hyvin oleellista, että tutkimusajankohta on sama jokaisena vuonna. Tällöin minimoidaan vuodenaikojen vaikutukset aineistoon. On todennäköistä, että asiakkaat käyttäytyvät eri tavalla vuodenaikojen riippuen ja vuosihavaintoja vertailtaessa täytyy tämä asia huomioida.

Kuusamossa perusterveydenhuollon vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on laskenut jaksojen välillä tasaisesti. Keskimäärin vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on vähentynyt noin 2,6 % vuosivauhtia. Kokonaiskävijämäärä jaksojen 2005 ja 2007 välillä on laskenut noin 5,2 % (20 842 henkilöstä 19 754 henkilöön). Naisten osuus kaikista kävijöistä on vähentynyt voimakkaammin kuin miesten. Kaikista kävijöistä jaksolla 2007 naisia oli 10 789, kun vastaava luku jaksolla 2005 oli 11 440. Muutos on noin 5,7 % negatiivinen. Vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrämuutoksesta johtuen vastaanottokäyntien määrät ovat myös laskeneet tasaisesti. Jakson 2007 aikana perusterveydenhuollon vastaanotolla käytiin yhteensä 56 440 kertaa. Jakson 2005 aikana käyntimäärä oli 59 475. Käyntimäärät ovat laskeneet jaksojen välillä noin 5,1 %. Suurin notkahdus tapahtui jaksojen 2005 ja 2006 välillä, jolloin käyntimäärät vähenivät noin 4,6 %. Miesten keskimääräinen osuus jaksojen aikana vastaanotolla käyneistä henkilöistä on noin 45,0 % ja naisten 55,0 %.

Naiset kävivät myös miehiä useammin vastaanotolla tutkimusjaksojen aikana. Kaikista käynneistä keskimäärin 57,8 % oli naisia. Vastaanotolla käyneiden naisten keski-ikä on noin 44 vuotta ja vastaanottokäyntejä naisilla kertyi keskimäärin 3 kappaletta. Miesten keski-ikä on noin 41 vuotta ja vastaanotolla miehet kävivät keskimäärin 2,7 kertaa jakson aikana.

Erityisesti lääkärin vastaanotolla käyminen on vähentynyt. Kokonaiskävijämäärä väheni noin 9,0 % jaksojen 2005 ja 2007 välillä. Jaksolla 2007 lääkärin vastaanotolla kävi 9 528 eri henkilöä ja jaksolla 2005 henkilöiden määrä oli 10 471. Miesten osuus väheni noin 7,7 % ja naisten noin 10,1 %. Myös käyntimäärät vähenivät merkittävästi jaksojen 2005 ja 2007 välillä. Naisten käyntimäärät lääkärin vastaanotolla laskivat noin 11,4 % ja miesten 6,5 %. Kaikista lääkärin vastaanotolla käyneistä henkilöistä naisia on noin 53,8 % ja miehiä noin 46,2 %. Kaikista lääkärin vastaanoton käyntimäärästä noin 56,3 % on naisten käyntejä ja 43,7 % miesten käyntejä. Naisilla oli tutkimusjaksojen aikana keskimäärin 2,5 lääkärikäyntiä ja miehillä 2,3 käyntiä. Lääkärin vastaanotolla käyneiden naisten keski-ikä on noin 45 vuotta ja miesten 42 vuotta. Hoitajien vastaanotolla käynti ei ole muuttunut merkittävästi jaksojen aikana. Vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on laskenut alle 1,0 prosenttia. Keskimäärin hoitajan vastaanotolla kävi jakson aikana 10 337 henkilöä ja miesten osuus näistä on noin 44,0 %, naisten 56,0 %. Käyntimääriä jaksolle kertyi keskimäärin 33 644, joista miesten käyntien osuus on noin 41,0 % ja naisten osuus noin 59,0 %. Miehet kävivät jakson aikana hoitajan vastaanotolla keskimäärin 3,1 kertaa naiset hivenen useammin, 3,4 kertaa. Hoitajien vastaanotolla käyneiden henkilöiden keski-ikä on huomattavasti matalampi kuin lääkärin vastaanotolla käyneiden henkilöiden.

Edellä mainittujen suhdelukujen lisäksi, vertailua voi tehdä myös ”ka 05 – 06” ja jakson 2007 välillä. Mainittu muuttuja on keskiarvo jaksojen 2005 ja 2006 arvoista. Tällainen vertailu on mielestäni tärkeää, koska jakso 2006 saattaa olla normaalista poikkeava. Kontaktien määrät saattavat olla normaalista poikkeavia jaksolla 2006 ja esimerkiksi työvoimapulan takia on päädytty ulkoistamaan palveluiden tuottaminen. Konkreettinen esimerkki voidaan laskea esimerkiksi yhteenlaskettujen käyntien määrissä taulukon alimmasta osasta. Jakson 2005 aikana käyntejä oli yhteensä 59 475 kappaletta. Jakson 2006 aikana käyntimäärä oli 56 733, joka on 2 742 käyntiä vähemmän. Keskimäärin näiden jaksojen aikana käyntimäärä oli 58 104. Jos suoritetaan vertailua jakson 2007 määrään, niin on saatavissa täysin erilaiset tulokset riippuen siitä, mihin jakson 2007 arvoa verrataan. Jos jakson 2007 käyntimäärää verrataan jakson 2006 käyntimäärään, havaitaan, että käyntimäärät ovat vähentyneet vain 333 kappaletta. Tällöin voitaisiin todeta, että muutos ei ole merkittävä. Mikäli vertailu suoritetaan jaksojen 2005 ja 2006 keskiarvoon, tulos osoittaa käyntimäärien laskeneen 1 664 kappaletta.

Kuusamon kaupungin perusterveydenhuolto ei ole tutkimisen varsinaisena kohteena. Laadin tilastotiedoista kuitenkin taulukon, jotta asiakaskäyntien vertailu työterveyspalveluiden määriin olisi helpompaa. Eräs keskeinen havainto on kävijämäärien sekä käyntimäärien väheneminen jaksojen 2005 ja 2007 välillä. Kävijä- ja käyntimäärät ovat vähentyneet niin työterveyshuollossa kuin perusterveydenhuollon osa-alueella. Näin ollen muutosta ei voida selittää pelkästään ulkoistamisella, vaan terveyspalveluiden kysynnän laskulle täytyy löytyä myös muita selittäviä tekijöitä. Kaupungin väkiluku on vähentynyt keskimäärin noin 0,6 % vuosivauhtia vuosien 2005 ja 2007 välillä. Väkiluvun muutokset vaikuttavat oleellisesti vastaanottokäyttämiseen.



**Taulukko 4.** Perusterveydenhuollon asiakaskäynnit Kuusamon terveyskeskuksessa jaksojen 2005–2007 aikana.

PERUSTERVEYDENHUOLLON ASIAKASKÄYNNIT (HOITAJA) (sis. työterveyshuollon asiakaskäynnit)																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	10371	4579	5792	33733	14016	19717	44,2 %	55,8 %	41,5 %	58,5 %	3,3	3,1	3,4	40,7	39,6	41,6
2006	10413	4513	5900	34111	13602	20509	43,3 %	56,7 %	39,9 %	60,1 %	3,3	3,0	3,5	41,5	40,4	42,4
2007	10226	4512	5714	33089	13911	19178	44,1 %	55,9 %	42,0 %	58,0 %	3,2	3,1	3,4	42,0	41,0	42,8
Ka 05-06	10392	4546	5846	33922	13809	20113	43,7 %	56,3 %	40,7 %	59,3 %	3,3	3,1	3,5	41,1	40,0	42,0

PERUSTERVEYDENHUOLLON ASIAKASKÄYNNIT (LÄÄKÄRI) (sis. työterveyshuollon asiakaskäynnit)																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	10471	4823	5648	25742	11179	14563	46,1 %	53,9 %	43,4 %	56,6 %	2,5	2,3	2,6	43,1	41,7	44,2
2006	9719	4442	5277	22622	9713	12909	45,7 %	54,3 %	42,9 %	57,1 %	2,3	2,2	2,5	44,1	42,7	45,2
2007	9528	4453	5075	23351	10449	12902	46,7 %	53,3 %	44,7 %	55,3 %	2,5	2,4	2,5	43,8	42,3	45,2
Ka 05-06	10095	4633	5463	24182	10446	13736	45,9 %	54,1 %	43,2 %	56,8 %	2,4	2,2	2,5	43,6	42,2	44,7

PERUSTERVEYDENHUOLLON ASIAKASKÄYNNIT YHTEENSÄ (HOITAJA + LÄÄKÄRI) (sis. työterveyshuollon asiakaskäynnit)																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	20842	9402	11440	59475	25195	34280	45,1 %	54,9 %	42,4 %	57,6 %	2,9	2,7	3,0	41,9	40,7	42,9
2006	20132	8955	11177	56733	23315	33418	44,5 %	55,5 %	41,1 %	58,9 %	2,8	2,6	3,0	42,8	41,6	43,8
2007	19754	8965	10789	56440	24360	32080	45,4 %	54,6 %	43,2 %	56,8 %	2,8	2,7	3,0	42,9	41,7	44,0
Ka 05-06	20487	9179	11309	58104	24255	33849	44,8 %	55,2 %	41,7 %	58,3 %	2,9	2,6	3,0	42,3	41,1	43,4

### 5.1.2. Kuusamon työterveyshuolto

Tutkimuksen varsinainen kohde on Kuusamon kaupungin työterveyshuolto. Työterveyshuollon toimipisteet sijaitsevat Kuusamossa ja Posiolla. Kuusamon kaupunki päätyi ulkoistamaan työterveyshuollon ja jätti tarjouspyynnön palvelun tuottamisesta 28.11.2006. Sopimus syntyi ulkoisen palveluntuottajan kanssa 1.6.2007. Työterveyshuollon palveluiden tuottamisesta vastaa ODL Terveys Oy:n ja Coronaria Hoitoketju Oy:n muodostama ODL-Hoitoketju. Työterveyshuollon piirissä olevien henkilöiden määrä on noin 5 794. Sopimuksen työterveyshuollon kanssa ovat solmineet noin 1 086 asiakasta. Heistä selkeästi suurin on Kuusamon kaupunki, jonka työntekijät muodostavat noin 11,5 % osuuden sopimuksen piiriin kuuluvista henkilöistä. Seuraavaksi suurin työnantajayritys on Koillismaan Osuuskauppa (2,1 %), Kainuun rajavartiolaitos (1,8 %) ja Rukakeskus Oy (1,7 %). Luvat asiakastietojen julkaisemiseen on pyydetty kultakin työnantajayritykseltä erikseen. Suurimmat yksittäiset työnantajayritykset, jotka hyödyntävät Kuusamon kaupungin tarjoamia työterveyspalveluita, eritellään tarkemmin taulukossa 5. Taulukon suhdeluku ilmaisee työnantajayrityksen henkilöstömäärän prosenttiosuuden kaikkien työnantajayritysten yhteenlasketusta henkilöstömäärästä (5 794).

**Taulukko 5.** Kuusamon kaupungin työterveyshuollon suurimmat asiakkaat.

ASIAKAS (työnantajayritys)	SOPIMUKSEN PIIRISSÄ (henkilöä)	SUHDELUKU (%)
Kaikki työnantajayrit. yht.	5794	100,0 %
Kuusamon kaupunki	667	11,5 %
Koillismaan Osuuskauppa	124	2,1 %
Kainuun rajavartiosto	104	1,8 %
Rukakeskus Oy	100	1,7 %

Sivun 52 taulukossa 6 esitetään Kuusamon työterveyshuoltopalveluita käyttäneiden asiakkaiden käyntimäärät. Taulukointi on toteutettu samalla tavalla kuin aikaisemmin esitetty taulukko perusterveydenhuollon asiakaskäynneistä. Kuusamossa työterveyshuollon vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on laskenut jaksojen välillä. Havainto on siis samansuuntainen perusterveydenhuollon kanssa. Vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on vähentynyt keskimäärin noin 16,6 % vuosivauhtia. Voimakkain muutos tapahtui jaksojen 2006 ja 2007 välillä. Tällöin muutos oli noin 26,8 % negatiivinen. Henkilömäärissä tämä tarkoittaa sitä, että jakson 2005 aikana työterveyshuollon palveluita käytti 3 622 henkilöä. Jakson 2006 aikana vastaava luku oli 3 389 ja jakson 2007 aikana 2 481. Kokonaiskävijämäärä jaksojen 2005 ja 2007 välillä on siis vähentynyt 1 141 henkilöllä (- 31,5 %). Miesten määrä väheni hivenen voimakkaammin kuin naisten. Miehiä kävi työterveyshuollossa jakson 2005 aikana yhteensä 1 482. Vastaava luku jaksolla 2006 oli 1 325 ja jaksolla 2007 999 henkilöä. Muutos jaksojen 2005 ja 2007 välillä on siis 483 henkilöä (- 32,6 %). Naisten määrä samalla aikavälillä väheni noin 30,7 % (2 140 henkilöstä 1 482 henkilöön).

Vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrämuutoksesta johtuen vastaanottokäyntien määrät ovat myös laskeneet tasaisesti. Tämä oli havaittavissa myös perusterveydenhuollon osalta Kuusamossa. Jakson 2005 aikana työterveyshuollon vastaanotolla käytiin yhteensä 6 637 kertaa. Jakson 2006 aikana käyntimäärä oli 6 140 ja jakson 2007 puolestaan 4 044. Käyntimäärät ovat laskeneet keskimäärin noin 20,8 % vuosivauhtia. Suurin notkahdus tapahtui jaksojen 2006 ja 2007 välillä, jolloin käyntimäärät vähenivät noin 34,1 %. Miesten keskimääräinen osuus jaksojen 2005 ja 2006 aikana vastaanotolla käyneistä henkilöistä on noin 40,0 % ja naisten 60,0 %. Jaksolla 2007 miesten ja naisten suhteelliset osuudet kävijöistä pysyttelivät jokseenkin samana (40,3 % /

59,7 %). Käyntimääristä on havaittavissa, että naiset kävivät työterveyshuollon vastaanotolla useammin kuin miehet. Kaikista käyntimääristä naisten käyntejä oli jaksojen 2005 ja 2006 aikana keskimäärin noin 62,7 %. Jakson 2007 aikana suhdeluku oli noin 63,3 %. Tämä tarkoittaa sitä, että keskimäärin nainen kävi vastaanotolla jaksojen 2005 ja 2006 aikana 1,9 kertaa ja miehet 1,6 kertaa. Jaksolla 2007 keskimääräiset käynnit vähenivät hiukan. Vastaanotolla käyneiden keski-ikä jaksojen 2005 ja 2006 aikana oli noin 46,2 vuotta. Miesten keski-ikä oli 45- ja naisten 46,8 vuotta. Jaksolla 2007 käyneiden keski-ikä oli sama. Miesten keski-ikä laski 44,7- ja naisten nousi 47 ikävuoteen.

Taulukosta 6 on edelleen havaittavissa, että hoitajan vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä sekä yhteenlasketut käyntimäärät ovat vähentyneet lääkärin vastaanottoa enemmän. Kun kävijämäärät yhteensä vähenivät jaksojen 2005 ja 2007 välillä noin 31,5 %, väheni hoitajan vastaanotolla käyneiden määrä noin 33,2 %. Lääkärin vastaanotolla käyneiden määrä väheni puolestaan noin 30,1 %. Käyntimäärissä trendi oli sama. Kokonaiskäynnit vähenivät noin 39,1 %, hoitajakäynnit noin 41,8 % ja lääkärikäynnit noin 37,2 %. Yleisesti ottaen voidaan myös sanoa, että käyttäytyminen hoitajan- ja lääkärin vastaanottojen välillä on hivenen toisistaan poikkeavaa. Hoitajan vastaanotolla käyneiden henkilöiden keski-ikä on vähän matalampi kuin lääkärin vastaanotolla käyneiden ihmisten. Samoin käyntejä hoitajan vastaanotolla kertyi keskimäärin vähemmän kuin lääkärin vastaanotolla. Taulukossa 7 (s. 53) eritellään kontaktilajit yksityiskohtaisemmin. Taulukoiden oikeassa reunassa jakson 2007 kohdalla mainitut "muut kontaktit" sisältävät puhelinkontakteja, kuten aiemmin mainitsin. Tämä tekee vertailun vaikeammaksi kyseisten muuttujien osalta. Vertailua hoitajien ja lääkärin välillä voi kuitenkin tehdä. Myös toimipisteiden (Kuusamo ja Posio) välinen vertailu on mahdollista.

**Taulukko 6.** Työterveyshuollon asiakaskäynnit Kuusamon ja Posion toimipisteissä jaksojen 2005–2007 aikana.

<b>ASIAKASKÄYNNIT KUUSAMO-POSIO TYÖTERVEYSHUOLLOSSA YHTEENSÄ (HOITAJA)</b>																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	1602	719	883	2759	1209	1550	44,9 %	55,1 %	43,8 %	56,2 %	1,7	1,5	1,8	45,9	44,7	46,7
2006	1525	627	898	2630	1108	1522	41,1 %	58,9 %	42,1 %	57,9 %	1,7	1,7	1,7	45,8	44,7	46,5
2007	1070	500	570	1607	743	864	46,7 %	53,3 %	46,2 %	53,8 %	1,6	1,5	1,6	45,4	43,7	46,5
Ka 05-06	1564	673	891	2695	1159	1536	43,0 %	57,0 %	43,0 %	57,0 %	1,7	1,6	1,8	45,8	44,7	46,6

<b>ASIAKASKÄYNNIT KUUSAMO-POSIO TYÖTERVEYSHUOLLOSSA YHTEENSÄ (LÄÄKÄRI)</b>																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	2020	763	1257	3878	1311	2567	37,8 %	62,2 %	33,8 %	66,2 %	1,9	1,7	1,9	46,2	45,0	46,6
2006	1864	698	1166	3510	1145	2365	37,4 %	62,6 %	32,6 %	67,4 %	1,8	1,5	2,0	46,8	45,7	47,4
2007	1411	499	912	2437	743	1694	35,4 %	64,6 %	30,5 %	69,5 %	1,9	1,7	2,0	47,0	45,7	47,6
Ka 05-06	1942	731	1212	3694	1228	2466	37,6 %	62,4 %	33,2 %	66,8 %	1,8	1,6	2,0	46,5	45,3	47,0

<b>ASIAKASKÄYNNIT KUUSAMO-POSIO TYÖTERVEYSHUOLLOSSA (HOITAJA + LÄÄKÄRI)</b>																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	3622	1482	2140	6637	2520	4117	40,9 %	59,1 %	38,0 %	62,0 %	1,8	1,6	1,9	46,1	44,8	46,6
2006	3389	1325	2064	6140	2253	3887	39,1 %	60,9 %	36,7 %	63,3 %	1,8	1,6	1,9	46,3	45,2	46,9
2007	2481	999	1482	4044	1486	2558	40,3 %	59,7 %	36,7 %	63,3 %	1,7	1,6	1,8	46,2	44,7	47,0
Ka 05-06	3506	1404	2102	6389	2387	4002	40,0 %	60,0 %	37,3 %	62,7 %	1,8	1,6	1,9	46,2	45,0	46,8

**Taulukko 7.** Työterveyshuollon kontaktiyhteenvetot Kuusamon ja Posion toimipisteissä 2005–2007.

<b>KONTAKTIYHTEENVETO (KUUSAMON TOIMIPISTE)</b>															
Erittely	Kaikki kontaktit			Vastaanottokäynnit			Puhelinkontaktit			Työpaikkakäynnit			Muut kontaktit		
Suorittaja	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki
2005	5343	3055	<b>8890</b>	3475	2390	<b>5865</b>	402	500	<b>902</b>	8	33	<b>41</b>	1439	437	<b>1907</b>
2006	4564	2941	<b>7985</b>	3061	2233	<b>5294</b>	375	50	<b>425</b>	6	19	<b>25</b>	1110	570	<b>1717</b>
2007	2988	1947	<b>9523</b>	1971	1136	<b>3107</b>	27	8	<b>35</b>	3	21	<b>24</b>	974	775	<b>2859</b>
Ka 05 - 06	4954	2998	<b>8438</b>	3268	2312	<b>5580</b>	389	275	<b>664</b>	7	26	<b>33</b>	1275	504	<b>1812</b>

<b>KONTAKTIYHTEENVETO (POSION TOIMIPISTE)</b>															
Erittely	Kaikki kontaktit			Vastaanottokäynnit			Puhelinkontaktit			Työpaikkakäynnit			Muut kontaktit		
Suorittaja	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki
2005	571	422	<b>1321</b>	403	369	<b>772</b>	0	1	<b>1</b>	0	4	<b>4</b>	164	48	<b>215</b>
2006	675	815	<b>1817</b>	449	397	<b>846</b>	0	7	<b>7</b>	0	4	<b>4</b>	213	407	<b>622</b>
2007	640	685	<b>1961</b>	466	471	<b>937</b>	0	29	<b>29</b>	0	8	<b>8</b>	173	176	<b>410</b>
Ka 05 - 06	623	619	<b>1569</b>	426	383	<b>809</b>	0	4	<b>4</b>	0	4	<b>4</b>	189	228	<b>419</b>

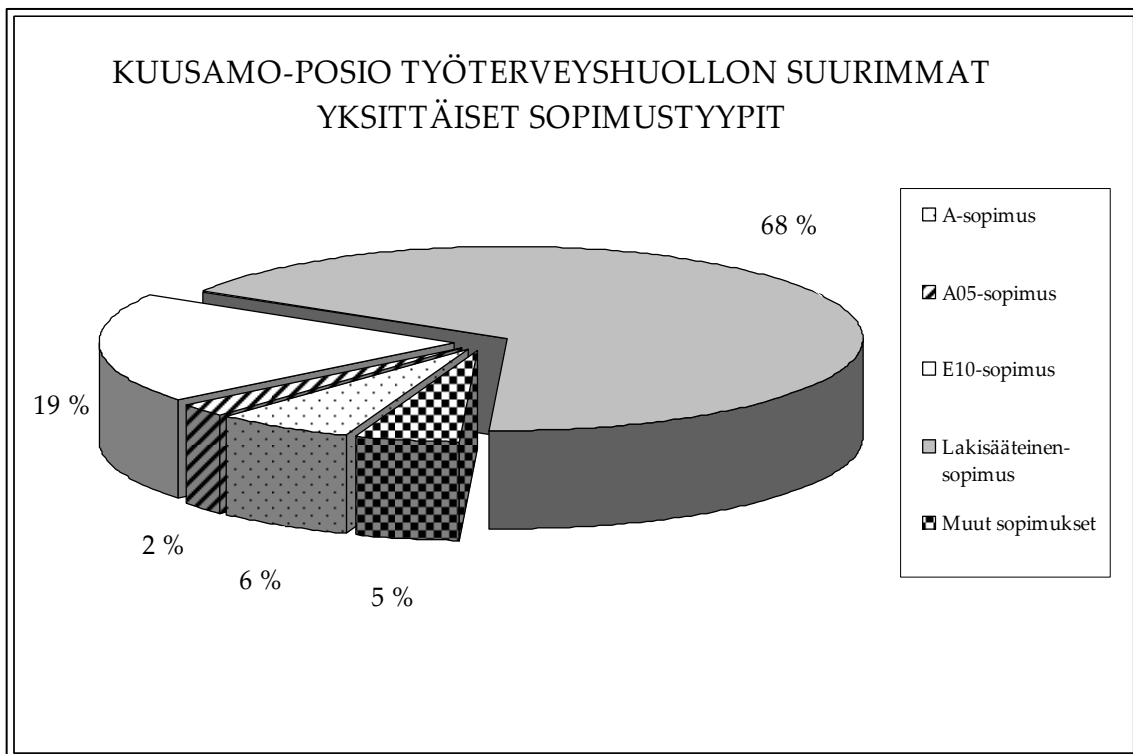
  

<b>KONTAKTIYHTEENVETO (KUUSAMO + POSION TOIMIPISTE YHT.)</b>															
Erittely	Kaikki kontaktit			Vastaanottokäynnit			Puhelinkontaktit			Työpaikkakäynnit			Muut kontaktit		
Suorittaja	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki
2005	5914	3477	<b>10211</b>	3878	2759	<b>6637</b>	402	501	<b>903</b>	8	37	<b>45</b>	1603	485	<b>2122</b>
2006	5239	3756	<b>9802</b>	3510	2630	<b>6140</b>	375	57	<b>432</b>	6	23	<b>29</b>	1323	977	<b>2339</b>
2007	3628	2632	<b>11484</b>	2437	1607	<b>4044</b>	27	37	<b>64</b>	3	29	<b>32</b>	1147	951	<b>3269</b>
Ka 05 - 06	5577	3617	<b>10007</b>	3694	2695	<b>6389</b>	389	279	<b>668</b>	7	30	<b>37</b>	1463	731	<b>2231</b>

Laki työterveyshuollosta määrittelee 2. luvussa työnantajan velvollisuudet työterveyshuollon järjestämisestä seuraavasti: ”Työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työterveyshuolto työstä ja työolosuhteista johtuvien terveysvaarojen ja -haittojen ehkäisemiseksi ja torjumiseksi sekä työntekijöiden turvallisuuden, työkyvyn ja terveyden suojelemiseksi ja edistämiseksi”. Järjestämisen laajuudesta sanotaan, että ”Työterveyshuolto tulee järjestää ja toteuttaa siinä laajuudessa kuin työstä, työjärjestelyistä, henkilöstöstä, työpaikan olosuhteista ja niiden muutoksista johtuva tarve edellyttää, siten kuin tässä laissa säädetään” (Työterveyshuoltolaki: 2. luku 4 §). Lain 7. pykälässä mainitaan palveluiden tuottamisesta ja annetaan työnantajalle eri vaihtoehtoja kuinka palvelu voidaan tuottaa. Palvelut voidaan hankkia terveyskeskukselta, tuottaa itse kokonaan tai yhdessä muiden työnantajien kanssa. Tarvittavat palvelut voidaan vaihtoehtoisesti hankkia erilliseltä toimintayksiköltä tai henkilöltä, jolla on oikeus tuottaa työterveyspalveluita (Työterveyshuoltolaki: 2. luku 7 §).

Kuusamon kaupungin työterveyshuollolla on kaiken kaikkiaan 38 erilaista sopimustyyppiä työnantajayritysten kanssa. Yleisin sopimustyyppi on lakisääteinen sopimus, joka muodostaa noin 68 prosenttia kaikista sopimuksista. Lakisääteisiä sopimuksia on yhteensä 729 työnantajayrityksellä. E10-sopimus on toiseksi yleisin sopimustyyppi, joka sisältää 211 työnantajayritystä ja muodostaa 19,0 % kaikista sopimuksista. Kolmanneksi yleisin sopimustyyppi on A-sopimus noin 6,0 % osuudellaan. Sen piiriin kuuluu 69 työnantajayritystä. Lakisääteisen sopimuksen lisäksi työnantajayritykset voivat tehdä laajempia sopimuksia, jotka ovat vapaaehtoisia. Näitä ovat muun muassa nämä edellä mainitut E-10- ja A-sopimukset, jotka poikkeavat lakisääteisestä sopimuksesta pääosin röntgen- ja laboratoriotutkimusten laajuudessa. Näistä kahdesta yleisimmästä tyyppistä A-

sopimus on laajempi ja myös siten kalliimpi. Kuviossa 8 esitetään tämän hetken tilanne lajiteltuna suurimpien sopimustyyppien mukaan. Kuviossa on eritelty suurimmat yksittäiset sopimustyytit. Ne sopimustyytit, joiden osuus ei ole merkittävän suuri, sisältyvät kohtaan ”muut sopimukset”. Muiden sopimusten osuus koko sopimusmäärästä on noin 2,0 %.



**Kuvio 8.** Kuusamon työterveyshuollon suurimmat yksittäiset sopimustyytit.

Työterveyshuollon korvausjärjestelmä muodostuu 3 erilaisesta korvausluokasta. Korvausluokka 1 sisältää lakisääteisen työterveyshuollon. Korvausluokan 2 piiriin sisältyy vapaaehtoinen sairaanhoito, johon työnantajayritykset saavat 50 % avustusta Kelalta. Kolmas vaihtoehto sisältää hoitotoimenpiteitä, joille ei ole määritelty korvausluokkaa. Nämä hoidot työnantaja joutuu maksamaan kokonaan. Taulukossa 8 on eritelty eri



korvausluokkien toimenpide- sekä laskutusmäärät. Taulukossa on laskettu myös toimenpidekohtaiset kustannukset. Taulukosta voidaan havaita, että korvausluokan 1 laskutus (pl. laboratoriset- ja radiologiset tutkimukset) on kasvanut noin 30,9 % vuosivauhtia. Jaksojen 2005 ja 2006 välissä laskutus kasvoi noin 8,2 % ja jakojen 2006 ja 2007 välissä 53,8 %. Euromäärissä tämä tarkoittaa sitä, että jakson 2005 korvausluokan 1 laskutus oli noin 230 000 euroa, jakson 2006 aikana noin 250 000 ja jakson 2007 aikana noin 380 000 euroa. Korvausluokan 1 laboratoriotutkimuksista syntynyt laskutus on kasvanut keskimäärin noin 57,0 % vuosivauhtia ja radiologisten tutkimusten osalta noin 25,0 %. Korvausluokassa 2 muutokset ovat hivenen poikkeavia korvausluokan 1 muutoksista. Korvausluokan 2 laboratoriotutkimusten laskutus on kasvanut noin 16,0 % ja radiologisten tutkimusten laskutus noin 45,0 % vuodessa. Kokonaislaskutuksen määrä oli jaksolla 2005 noin 531 000 euroa. Jaksolla 2006 luku oli noin 560 000 euroa ja jaksolla 2007 puolestaan noin 772 000 euroa. Laskutus on kasvanut jaksojen 2005 ja 2007 välillä 241 000 euroa eli noin 45,4 %.

On selvää, että laskutuksen kasvaessa myös hoitotoimenpiteiden määrä kasvaa. Taulukon keskivaiheilla on eritelty Kuusamon kaupungin työterveyshuollon toimenpiteet korvausluokittain. Jakson 2005 ja 2006 välillä korvausluokan 1 toimenpiteet (pl. laboratoriset- ja radiologiset tutkimukset) vähenivät yli 5,0 % (4 194 toimenpiteestä 3 977 toimenpiteeseen). Jaksojen 2006 ja 2007 välillä toimenpiteiden määrä kasvoi puolestaan noin 46,0 %. Jaksolla 2007 korvausluokan 1 toimenpiteiden määrä oli noin 5 800. Trendi säilyy samana korvausluokan 1 laboratorio- ja radiologiatutkimuksissa. Jaksojen 2005 ja 2006 välillä palvelutuotanto vähenee ja jaksojen 2006–2007 välillä palveluiden tuottaminen lisääntyy merkittävästi. Keskimmäisen taulukon oikeasta reunasta havaitaan, että toimenpiteiden yhteismäärä on suurin jakson 2007 aikana.

Taulukko 8. Työterveyshuollon kustannus- ja toimenpide-erittely 2005–2007.

KUSTANNUSERITTELY													
Erittely	Korvausluokka 1			Korvausluokka 2			Korvausluokka puuttuu			KAIKKI YHTEENSÄ			
Laskutettu	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	YHT.
2005	229 506,3 €	28 245,9 €	1 933,0 €	196 401,2 €	51 415,6 €	17 872,3 €	5 294,1 €	43,4 €	293,0 €	431 201,6 €	79 704,9 €	20 098,3 €	531 004,7 €
2006	248 224,7 €	42 705,7 €	2 169,0 €	167 451,7 €	63 146,5 €	27 549,0 €	6 280,7 €	1 032,0 €	420,0 €	421 957,2 €	106 884,3 €	30 138,0 €	558 979,4 €
2007	381 814,7 €	69 890,4 €	3 000,0 €	203 960,9 €	68 935,2 €	37 418,0 €	5 773,9 €	335,8 €	821,0 €	591 549,4 €	139 161,4 €	41 239,0 €	771 949,9 €
Ka 05 - 06	238 865,5 €	35 475,8 €	2 051,0 €	181 926,4 €	57 281,1 €	22 710,6 €	5 787,4 €	537,7 €	356,5 €	426 579,4 €	93 294,6 €	25 118,1 €	544 992,1 €

TOIMENPIDE-ERITTELY													
Erittely	Korvausluokka 1			Korvausluokka 2			Korvausluokka puuttuu			KAIKKI YHTEENSÄ			
Lkm	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	YHT.
2005	4 194	3 744	99	4 540	5 794	570	124	2	14	8 858	9 540	683	19 081
2006	3 977	3 698	67	4 229	5 187	627	124	67	14	8 330	8 952	708	17 990
2007	5 809	6 403	98	4 761	5 623	578	166	27	13	10 736	12 053	689	23 478
Ka 05 - 06	4 086	3 721	83	4 385	5 491	599	124	35	14	8 594	9 246	696	18 536

TOIMENPIDEKOHTAINEN KUSTANNUSERITTELY													
Erittely	Korvausluokka 1			Korvausluokka 2			Korvausluokka puuttuu			KAIKKI YHTEENSÄ			
€ / Lkm	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	Tuotemerk.	Laborat.	Radiolog.	YHT.
2005	54,72 €	7,54 €	19,53 €	43,26 €	8,87 €	31,35 €	42,69 €	21,70 €	20,93 €	48,68 €	8,35 €	29,43 €	27,83 €
2006	62,42 €	11,55 €	32,37 €	39,60 €	12,17 €	43,94 €	50,65 €	15,40 €	30,00 €	50,66 €	11,94 €	42,57 €	31,07 €
2007	65,73 €	10,92 €	30,61 €	42,84 €	12,26 €	64,74 €	34,78 €	12,44 €	63,15 €	55,10 €	11,55 €	59,85 €	32,88 €
Ka 05 - 06	58,57 €	9,55 €	25,95 €	41,43 €	10,52 €	37,65 €	46,67 €	18,55 €	25,46 €	49,67 €	10,15 €	36,00 €	29,45 €

### 5.1.3. Kuusamon työterveyshuollon taloudellinen toteutuma

Taulukossa 9 esitetään Kuusamon työterveyshuollon taloudellinen toteutuma kolmen peräkkäisen jakson ajalta. Taulukossa eritellään toimintatuotot, toimintakulut sekä toimintajäämä. Lisäksi taulukon alaosassa on laskettu kullekin osa-alueelle yksikköhinnat. Toimintatuotot, -kulut ja -jäämä on suhteutettu henkilö- ja käyntimääriin siltä osin, kun työterveyshuollon palveluita on käytetty. Toimintatuotot, -kulut ja -jäämä on suhteutettu myös potentiaaliseen asiakasmäärään (5 793 henkilöä). Potentiaalisella asiakasmäärällä tarkoitetaan työterveyshuollon piiriin kuuluvia henkilöitä. Toimintatuottojen yksi merkittävimmistä eristä on myyntituotot. Myyntituotto-erä sisältää muun muassa työterveyshuollon asiakasmaksut. Taulukosta havaitaan myyntituottojen vähentyneen jaksojen 2005 ja 2006 välillä (405 174,82 eurosta 390 219,38 euroon). Jaksojen 2006 ja 2007 välillä myyntituotot ovat puolestaan kasvaneet merkittävästi. Jaksolla 2007 myyntituotot olivat yli 500 000 euroa eli kasvua edelliseen jaksoon on noin 28,0 %.

Toimintatuottojen lisäksi myös toimintakulut kasvoivat. Kulujen keskeisimpiä eriä ovat henkilöstökulut sekä asiakaspalveluiden ostot. Henkilöstökulut sisältää yksikön henkilöstön palkka- ja palkkiokulut. Asiakaspalveluiden ostot -erä sisältää muun muassa ostopalveluista syntyneet kulut. Ostopalvelut voivat muodostua vuokralääkäritoiminnasta tai muusta vastaavasta palvelun ostamisesta. Jaksojen 2005 ja 2006 välillä toimintakulut vähenivät noin 5,4 % (504 368,54 eurosta 477 254,88 euroon). Jaksolla 2007 toimintakulut olivat 561 232,54 euroa. Henkilöstökulu- ja asiakaspalveluiden ostot -eriä tarkasteltaessa havaitaan, että kun henkilöstökulut kasvaa niin asiakaspalveluiden ostot vähenevät. Jakson 2007 toimintakuluissa ei ole eritelty

henkilöstökuluja. Kun koko työterveyshuollon palvelutuotanto ostetaan ulkoiselta palveluntuottajalta, merkitään kaikki toimintakulut asiakaspalveluiden ostot -tilille. Huolimatta toimintakulujen kasvusta, toimintajäämä on merkittävästi positiivinen jakson 2007 osalta (115 405,87 €). Esimerkiksi jakson 2005 osalta vastaava arvo oli selvästi alijäämäinen (- 20 720,54 €).

**Taulukko 9.** Kuusamon työterveyshuollon toteutumavertailu 2005–2007.

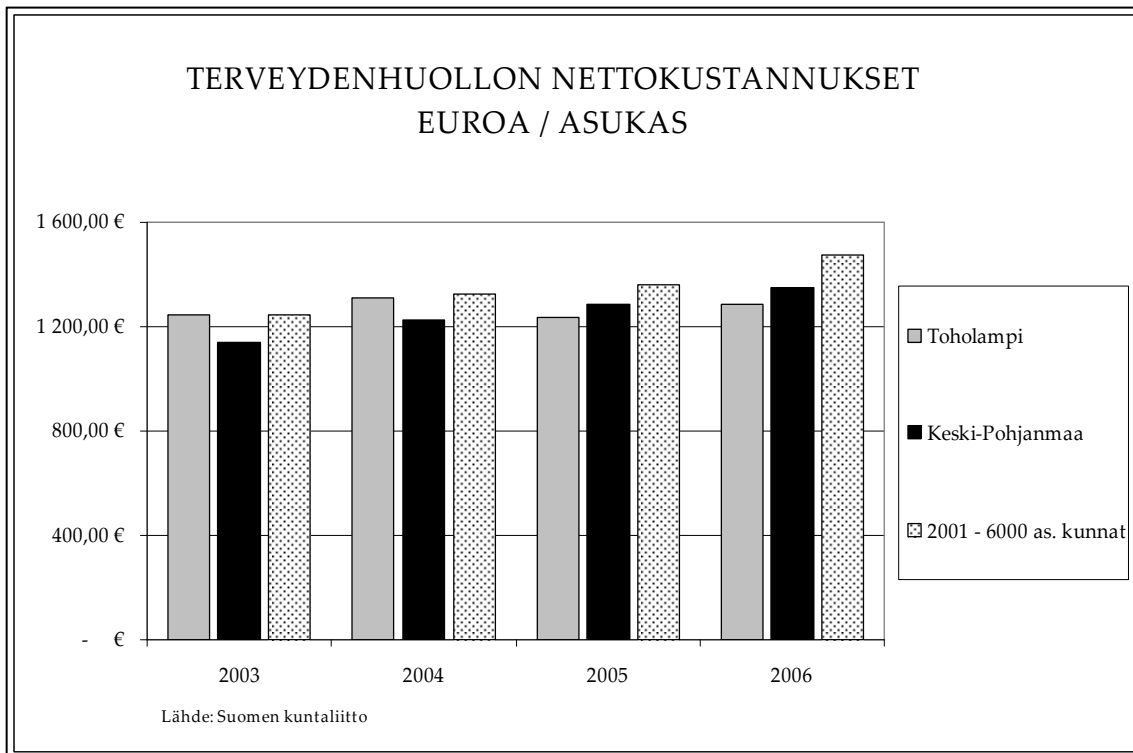
KUUSAMON TYÖTERVEYSHUOLLON TOTEUTUMAVERTAILU 2005 - 2007			
PALVELUNTUOTTAJA	KAUPUNKI	KAUPUNKI	YRITYS
TOIMINTAJAKSO	2005	2006	2007
<b>TOIMINTATUOTOT</b>			
<i>Myyntituotot</i>	405 174,82 €	390 219,38 €	501 195,48 €
<b>Toimintatuotot yhteensä</b>	<b>483 648,00 €</b>	<b>489 627,26 €</b>	<b>676 638,41 €</b>
<b>TOIMINTAKULUT</b>			
<i>Henkilöstökulut</i>	- 309 477,41 €	- 358 470,95 €	
<i>Asiakaspalveluiden ostot</i>	- 104 888,89 €	- 26 646,85 €	- 557 497,05 €
<b>Toimintakulut yhteensä</b>	<b>- 504 368,54 €</b>	<b>- 477 254,88 €</b>	<b>- 561 232,54 €</b>
<b>TOIMINTAJÄÄMÄ</b>	<b>- 20 720,54 €</b>	<b>12 372,38 €</b>	<b>115 405,87 €</b>
<b>TILIKAUDEN YLI- / ALIJÄÄMÄ</b>	<b>- 20 720,54 €</b>	<b>12 372,38 €</b>	<b>115 405,87 €</b>
Toimintatuotot / Asiakasmäärä	133,53 €	144,48 €	272,73 €
Toimintatuotot / Käyntimäärä	72,87 €	79,74 €	167,32 €
Toimintatuotot / Pot. asiakasmäärä	83,49 €	84,52 €	116,80 €
Toimintakulut / Asiakasmäärä	- 139,25 €	- 140,82 €	- 226,21 €
Toimintakulut / Käyntimäärä	- 75,99 €	- 77,73 €	- 138,78 €
Toimintakulut / Pot. asiakasmäärä	- 87,07 €	- 82,38 €	- 96,88 €
Toimintajäämä / Asiakasmäärä	- 5,72 €	3,65 €	46,52 €
Toimintajäämä / Käyntimäärä	- 3,12 €	2,02 €	28,54 €
Toimintajäämä / Pot. asiakasmäärä	- 3,58 €	2,14 €	19,92 €

## 5.2. Tohampi

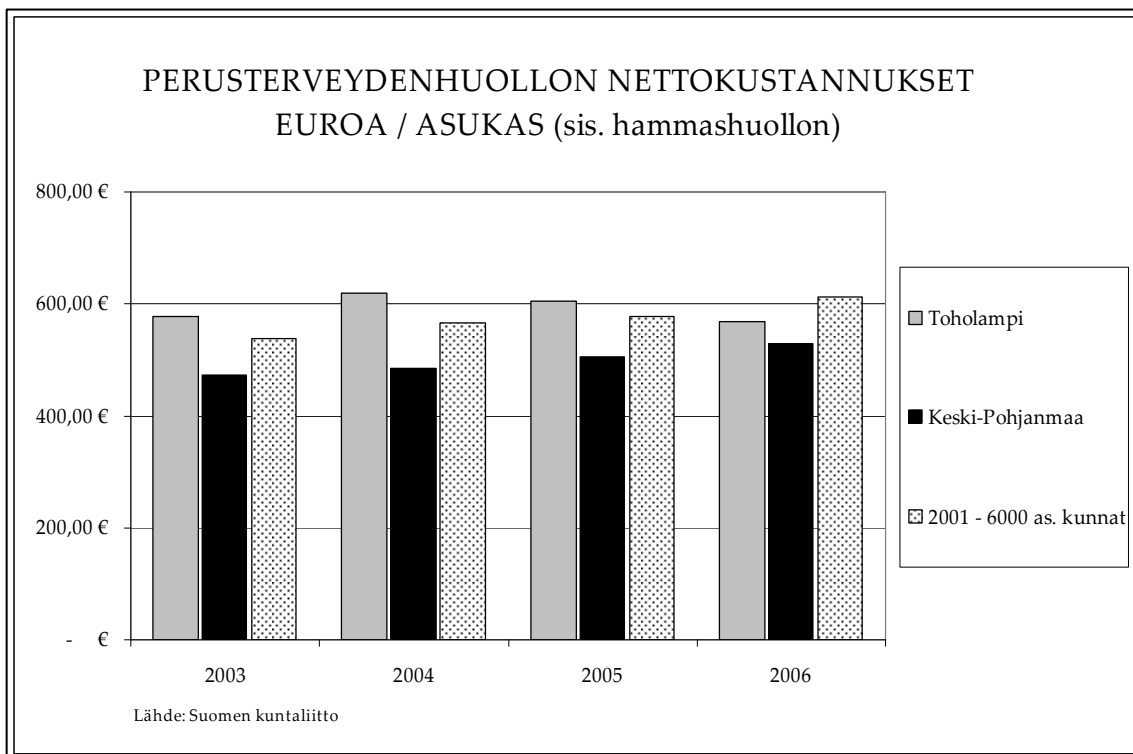
### 5.2.1. Terveydenhuolto Toholammilla

Terveydenhuollon nettokustannukset Toholammin kunnassa ovat pysyneet lähes samana vuosien 2003–2006 välisenä aikana. Kustannukset ovat kasvaneet noin 3,4 %, mikä poikkeaa huomattavasti Keski-Pohjanmaan kehityksestä. Euromääräisesti terveydenhuollon asukaskohtaiset kulut ovat kasvaneet 1 242,90 eurosta 1 285,20 euroon. Maakunnan alueella terveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukaslukuun kasvoivat vuosien 2003 ja 2006 välisenä aikana noin 18,5 prosenttia (1 139,55 eurosta 1 350,37 euroon). Myös muualla Suomessa 2001–6000 asukkaan kunnissa kehitys oli Toholammista poikkeavaa. Asukaskohtaiset terveydenhuollon nettokustannukset kasvoivat noin 18,3 % (ks. kuvio 9).

Vuosien 2003 ja 2006 välisenä aikana perusterveydenhuollon asukaskohtaiset nettokustannukset ovat olleet Toholammilla korkeammat kuin maakunnassa tai samankokoisissa kunnissa muualla Suomessa. Kehitys on kuitenkin ollut Toholammin osalta edullista, sillä kuluissa on onnistuttu säästämään. Vuodesta 2003 vuoteen 2006 terveydenhuollon nettokustannukset per asukas vähenivät noin 1,3 %. Maakunnassa kehitys on mennyt toiseen suuntaan. Keski-Pohjanmaalla kulut kasvoivat samalla aikavälillä noin 11,6 % ja muualla Suomessa samankokoisissa kunnissa noin 13,8 %. Euromäärissä prosenttiosuudet tarkoittavat sitä, että Toholammin kunnalla kului perusterveydenhuoltoon rahaa 569,04 euroa jokaista asukasta kohden vuonna 2006. Maakunnassa määrä oli 528,67 euroa ja 2001–6000 asukkaan kunnissa muualla Suomessa 611,95 euroa. (ks. kuvio 10)



**Kuvio 9.** Terveystenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.



**Kuvio 10.** Perusterveydenhuollon nettokustannukset suhteessa asukasmäärään.

Sivun 64 taulukossa 10 eritellään perusterveydenhuollon vastaanottokäynnit tutkimusjaksojen 2005, 2006 ja 2007 ajalta. Tutkimusjakso on kunakin vuonna 1.8.–31.12. eli viisi kuukautta. Vastaanottokäynnit ovat jaoteltu sen mukaan, onko käynti kohdistunut hoitaja- tai lääkärihenkilölle. Taulukon alimmassa osassa käynnit ovat laskettu yhteen. Toholammin aineiston taulukointi on toteutettu samalla tavalla kuin Kuusamon aineiston taulukointi edellä. On havaittavissa, että Toholammin terveyskeskuksen vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on laskenut jaksoiden 2005–2007 aikana. Jakson 2005 aikana vastaanotolla kävi 3 472 henkilöä, jaksolla 2006 vastaava luku oli 3 473 ja jaksolla 2007 3 179. Vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä laski 2005–2007 välisenä aikana kaiken kaikkiaan 293 eli noin 8,4 %. Myös vastaanottokäyntimäärissä on havaittavissa samansuuntainen kehitys. Jaksolla 2005 vastaanottokäyntejä oli yhteensä 7 490. Jakson 2006 aikana luku oli 7 241 ja jaksolla 2007 vastaavasti 6 513. Kokonaismuutos jaksoiden 2005 ja 2007 välillä on 977 negatiivinen (noin -13,0 %). Toholammin väkiluku on vähentynyt keskimäärin noin 1,1 % vuosivauhtia aikavälillä 2005–2007.

Hoitajan vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä on säilynyt suurin piirtein samana 2005–2007 välisenä aikana. Vuosivaihteluita on havaittavissa, mutta keskimäärin tilanne on pysynyt samana. Lääkäriin vastaanotolla käyneiden henkilöiden määrä sen sijaan on laskenut keskimäärin noin 10,1 % vuodessa. Kokonaismuutos lääkäriin käynneissä jaksoiden 2005 ja 2007 välillä on noin -19,1 %. Jakson 2005 aikana lääkäriin vastaanotolla kävi 1 563 henkilöä ja jakson 2007 aikana määrä oli 1 264. Koska asiakasmäärät ovat vähentyneet, on tuloksissa ollut havaittavissa käyntimäärien vähenemistä. Tilanne toistuu myös Toholammin aineistossa. Hoitajan vastaanottokäynnit ovat vähentyneet jaksoiden 2005 ja 2007 välisenä aikana noin 3,4 %. Jaksolla 2005 hoitajan vastaanottokäyntejä oli 4 666 ja jaksolla 2007 4 509. Lääkäriin

vastaanottokäynneissä tilanne on muuttunut voimakkaammin. Jaksolla 2005 lääkärin vastaanottokäyntejä oli 2 824 ja jaksolla 2007 puolestaan 2 004. Lääkärin vastaanottokäynnit vähenivät kyseisten jaksojen aikana 820 käynnillä (noin 29,0 %). Jaksojen 2005 ja 2006 asiakkaista keskimäärin 44,6 % oli miehiä ja 55,5 % naisia. Jaksolla 2007 miesten osuus oli 45,6 % ja naisten 54,4 %. Miesten käyntien osuus kokonaiskäyntimäärästä oli jaksojen 2005–2006 aikana keskimäärin noin 43,8 %. Vastaavasti naisten käyntien osuus oli noin 56,2 %. Jaksolla 2007 tulokset poikkesivat hivenen kahden edellisen jakson keskiarvosta. Miesten käyntien osuus oli tuolloin noin 45,1 % ja naisten noin 54,9 %.

Jaksojen 2005 ja 2006 aikana vastaanotolla käyneiden ihmisten keski-ikä oli noin 44,3 vuotta. Miesten keski-ikä oli 44,0 - ja naisten 44,5 vuotta. Jaksolla 2007 keski-ikä olivat selkeästi alhaisemmat. Miesten keski-ikä oli 43,2 - ja naisten 43,1 vuotta. Miehet ja naiset kävivät suurin piirtein yhtä usein vastaanotolla. Jokaista jaksoa kohden kertyi keskimäärin 2 käyntiä. Lisäksi on havaittavissa, että keskimäärin hoitajakäyntejä kertyi jokaista henkilöä kohden enemmän kuin lääkärikäyntejä. Hoitajalla käyneiden ihmisten keski-ikä olivat alhaisempia kuin lääkärin vastaanotolla käyneiden keski-ikä. Sivun 65 taulukossa 11 esitetään lisäksi yksityiskohtainen kontaktiyhteenveto. Taulukossa kontaktit on lajiteltu kontaktityypin ja suorittavan henkilöstön mukaan. Taulukosta ilmenee kaikki kontaktit, vastaanottokäynnit, puhelinkontaktit sekä muut kontaktit. Vastaanottokäynnin s-hoitaja -kohdassa on hoitotakuun vaatiman kiireellisen hoidoin tarpeessa oleville potilaille tarjotut vastaanottokontaktit. Niiden määrä on kasvanut merkittävästi edellisistä vuosista. Taulukon alareunassa on vastaanottotoiminnan toimenpide-erittely. Erittelystä ilmenee, että toimenpiteiden määrä jaksolla 2007 on korkeampi edelliseen jaksoon verrattuna.



**Taulukko 10.** Perusterveydenhuollon asiakaskäynnit Toholammin terveyskeskuksessa jaksojen 2005–2007 aikana.

ASIAKASKÄYNNIT TOHOLAMMIN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA YHTEENSÄ (HOITAJA)																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	1909	827	1082	4666	1958	2708	43,3 %	56,7 %	42,0 %	58,0 %	2,4	2,4	2,5	41,8	41,9	41,7
2006	2060	882	1178	5018	2150	2868	42,8 %	57,2 %	42,8 %	57,2 %	2,4	2,4	2,4	42,5	42,3	42,6
2007	1915	859	1056	4509	2009	2500	44,9 %	55,1 %	44,6 %	55,4 %	2,4	2,3	2,4	40,9	41,1	40,8
Ka 05-06	1985	855	1130	4842	2054	2788	43,1 %	56,9 %	42,4 %	57,6 %	2,4	2,4	2,5	42,2	42,1	42,2

ASIAKASKÄYNNIT TOHOLAMMIN PERUSTERVEDENSHUOLLOSSA YHTEENSÄ (LÄÄKÄRI)																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	1563	734	829	2824	1330	1494	47,0 %	53,0 %	47,1 %	52,9 %	1,8	1,8	1,8	46,3	45,1	47,3
2006	1413	654	759	2223	1012	1211	46,3 %	53,7 %	45,5 %	54,5 %	1,6	1,5	1,6	46,5	46,6	46,4
2007	1264	590	674	2004	928	1076	46,7 %	53,3 %	46,3 %	53,7 %	1,6	1,6	1,6	45,3	45,3	45,4
Ka 05-06	1488	694	794	2524	1171	1353	46,6 %	53,4 %	46,3 %	53,7 %	1,7	1,7	1,7	46,4	45,9	46,9

ASIAKASKÄYNNIT TOHOLAMMIN PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA YHTEENSÄ (HOITAJA + LÄÄKÄRI)																
	Asiakasmäärä (henkilöä)			Käyntimäärä (kpl)			Asiakasmäärä (%)		Käyntimäärä (%)		Käyntejä keskimäärin			Kävijöiden keski-ikä		
	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset	Kaikki	Miehet	Naiset
2005	3472	1561	1911	7490	3288	4202	45,0 %	55,0 %	43,9 %	56,1 %	2,1	2,1	2,2	44,1	43,5	44,5
2006	3473	1536	1937	7241	3162	4079	44,2 %	55,8 %	43,7 %	56,3 %	2,0	2,0	2,0	44,5	44,5	44,5
2007	3179	1449	1730	6513	2937	3576	45,6 %	54,4 %	45,1 %	54,9 %	2,0	2,0	2,0	43,1	43,2	43,1
Ka 05-06	3473	1549	1924	7366	3225	4141	44,6 %	55,4 %	43,8 %	56,2 %	2,1	2,0	2,1	44,3	44,0	44,5

**Taulukko 11.** Perusterveydenhuollon kontaktiyhteenvedo Toholammin terveyskeskuksessa jaksojen 2005–2007 aikana.

<b>KONTAKTIYHTEENVETO, PERUSTERVEYDENHUOLTO, TOHOLAMPI</b>													
Erittely	Kaikki kontaktit			Vastaanottokäynnit				Puhelinkontaktit			Muut kontaktit		
Suorittaja	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki	Lääkäri	Hoitaja	S-hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Yht.	Lääkäri	Hoitaja	Kaikki
2005	3830	7806	<b>12107</b>	2824	4666	19	<b>7509</b>	254	1586	<b>1840</b>	556	269	<b>861</b>
2006	4287	8396	<b>13178</b>	2223	5018	334	<b>7575</b>	297	1377	<b>1674</b>	1739	351	<b>2139</b>
2007	4198	8284	<b>13231</b>	1858	4509	571	<b>6938</b>	135	1516	<b>1651</b>	1795	380	<b>2312</b>
Ka 05 - 06	4059	8101	12643	2524	4842	177	7542	276	1482	1757	1148	310	1500

<b>TOIMENPIDE-ERITTELY</b>					
Erittely	Toimenp.	Laborat.	Radiolog.	Erik. lääk.	YHT.
2005	5 285	0	928	85	<b>6 298</b>
2006	4 025	0	692	62	<b>4 779</b>
2007	4 524	0	588	76	<b>5 188</b>
Ka 05 - 06	4611	0	736	74	<b>5422</b>

### 5.2.2. Toholammin vastaanottotoiminnan taloudellinen toteutuma

Taulukossa 12 on eritelty Toholammin vastaanottotoiminnassa syntyneet tuotot sekä kulut toimintajaksoittain. Kahden ensimmäisen toimintajakson aikana palveluntuottajana on toiminut kunta itse. Viimeisen jakson aikana lääkäri työvoimapalvelut tuottaa yritys. Toimintatuottojen yksi merkittävä erä on myyntituotot, jotka ovat terveydenhuollon tarjoamisesta syntyneitä tuottoja. Terveyspalvelut voidaan tuottaa joko oman tai naapurikunnan asukkaille. Yksi toimintakulujen suurimmista eristä on henkilöstökulut eli palkat, palkkiot sekä kaikki henkilöstöön liittyvät kustannukset. Henkilöstökulujen lisäksi toinen merkittävä erä on asiakaspalveluiden ostot, joka pitää sisällään kuluja eri palveluiden ostamisesta. Muun muassa vuokralääkäritoiminnasta syntyneet kulut sisältyvät tähän erään. Kun toimintatuotot ja toimintakulut lasketaan yhteen, saadaan toimintajäämä. Jäämä kertoo, onko kyseisen tulosyksikön toiminta ollut omavaraista, tuottavaa vai tyystin tappiollista tulosta synnyttävää. Taulukon alareunassa on lisäksi laskettu toimintatuottojen, toimintakulujen sekä toimintajäämän osalta ns. yksikkökustannukset. Laskelma on toteutettu hoidossa käyneiden määrän, hoitokertojen sekä potentiaalisten hoidossa kävijöiden määrän avulla. Potentiaalisia kävijöitä ovat kaikki kunnan asukkaat. Asukasmäärä on luonnollisesti muuttunut jaksojen välillä. Jakson asukasmääränä on käytetty kunkin vuoden asukastietoja. Vuonna 2005 Toholammin väkiluku oli 3 671, vuonna 2006 vastaava luku oli 3 643 ja vuonna 2007 väkiluku oli 3 590.

Toholammin vastaanottotoiminnasta havaitaan, että toimintatuotot ovat säilyneet ennallaan jaksojen 2005 ja 2006 välillä, mutta jakson 2007 osalta toimintatuotot ovat vähentyneet. Toimintatuottoihin sisältyvä myyntituotot-erä

on kuitenkin pysynyt jokseenkin samalla tasolla kaikkein jaksojen aikana. Toimintakulujen osalta jaksot 2005 ja 2007 ovat lähestulkoon vertailukelpoisia, mutta jakson 2006 aikana toimintakulut ovat oleellisesti pienemmät. Henkilöstökulut ovat vähentyneet tasaisesti ja asiakaspalveluiden ostot puolestaan lisääntyneet. Toimintajaksojen jäämä on ollut alijäämäinen kaikkien kolmen jakson aikana.

**Taulukko 12.** Toholammin vastaanottotoiminnan toteutumavertailu 2005–2007.

TOHOLAMMIN VASTAANOTTOTOIMINNAN TOTEUTUMAVERTAILU 2005 - 2007			
PALVELUNTUOTTAJA	KUNTA	KUNTA	YRITYS
TOIMINTAJAKSO	2005	2006	2007
<b>TOIMINTATUOTOT</b>			
<i>Myyntituotot</i>	36 109,00 €	23 151,40 €	23 049,09 €
<b>Toimintatuotot yhteensä</b>	<b>102 122,70 €</b>	<b>102 573,28 €</b>	<b>69 924,12 €</b>
<b>TOIMINTAKULUT</b>			
<i>Henkilöstökulut</i>	- 161 213,74 €	- 102 489,23 €	- 56 953,48 €
<i>Asiakaspalveluiden ostot</i>	- 48 018,72 €	- 82 189,02 €	- 198 434,01 €
<b>Toimintakulut yhteensä</b>	<b>- 323 143,28 €</b>	<b>- 290 408,37 €</b>	<b>- 380 998,85 €</b>
<b>TOIMINTAJÄÄMÄ</b>	<b>- 221 020,58 €</b>	<b>- 187 835,09 €</b>	<b>- 311 074,73 €</b>
<b>TILIKAUDEN YLI- / ALIJÄÄMÄ</b>	<b>- 221 020,58 €</b>	<b>- 187 835,09 €</b>	<b>- 311 074,73 €</b>
Toimintatuotot / Asiakasmäärä	29,41 €	29,53 €	22,00 €
Toimintatuotot / Käyntimäärä	13,63 €	14,17 €	10,74 €
Toimintatuotot / Pot. asiakasmäärä	27,82 €	28,16 €	19,48 €
Toimintakulut / Asiakasmäärä	- 93,07 €	- 83,62 €	- 119,85 €
Toimintakulut / Käyntimäärä	- 43,14 €	- 40,11 €	- 58,50 €
Toimintakulut / Pot. asiakasmäärä	- 88,03 €	- 79,72 €	- 106,13 €
Toimintajäämä / Asiakasmäärä	- 63,66 €	- 54,08 €	- 97,85 €
Toimintajäämä / Käyntimäärä	- 29,51 €	- 25,94 €	- 47,76 €
Toimintajäämä / Pot. asiakasmäärä	- 60,21 €	- 51,56 €	- 86,65 €

### 5.3. Pohdinta

Tutkimustuloksista on havaittavissa, että ulkoistamisen myötä palveluntuottaminen Kuusamon kaupungin työterveyshuollossa on lisääntynyt merkittävästi. Tulokset käyvät ilmi taulukosta 8 (s. 57), jossa eritellään työterveyshuollossa syntyneitä todellisia laskutuksia sekä toimenpidemääriä jaksoilla 2005, 2006 ja 2007. Huolimatta työterveyshuollon kokonaiskäyntimäärän sekä henkilömäärän vähenemisestä (taulukot 6 ja 7), hoitotoimenpiteiden määrä on lisääntynyt jaksolla 2007. Toimenpidemäärien muutos edelliseen jaksoon on noin 30,5 % (17 990 toimenpiteestä 23 478 toimenpiteeseen). Jos vertailu suoritetaan kahden edellisen jakson keskiarvoon, on muutos noin 26,7 % (18 536 toimenpiteestä 23 478 toimenpiteeseen). Toimenpidekohtaiset kustannukset ovat kasvaneet maltillisesti jaksolla 2007. Muutos edelliseen jaksoon on vain noin 3,8 % (31,1 eurosta 32,9 euroon). Jos toimenpidekohtaisten kustannusten muutosta verrataan kahden edellisen jakson keskiarvoon, on kyseessä noin 11,6 % kasvu (29,5 eurosta 32,9 euroon).

Näiden tietojen lisäksi taulukosta 9 on havaittavissa, että työterveysyksikön toiminta on merkittävästi ylijäämäinen jaksolla 2007. Toisin sanoen, toimintatuotot ovat kasvaneet toimintakuluja voimakkaammin. Esimerkiksi käyntimäärään suhteutettu toimintatuotto on kasvanut edellisestä jaksosta noin 109,8 % (79,7 eurosta 167,3 euroon). Kehitys on vielä voimakkaampaa, jos vertailu suoritetaan edellisten kahden jakson keskiarvoon. Tällöin on kyseessä liki 120 prosentin käyntikohtainen tuottokehitys. Toimintatuottoja voidaan suhteuttaa myös työterveyshuollon piirrin kuuluvien henkilöiden määrään. Toimintatuotot suhteessa tähän potentiaaliseen kävijämäärä -ryhmään ovat kehittyneet edellisestä jaksosta noin 38,2 % (84,5 eurosta 116,8 euroon). Kahden

edellisen jakson keskiarvoon nähden kehitys on prosentin verran korkeampi. Toimintakulut suhteessa käyntimäärään ovat puolestaan kehittyneet edellisestä jaksosta noin 78,5 % (77,7 eurosta 138,8 euroon). Edellisen kahden toimintajakson keskiarvoon verraten, kehitys on 80,6 %. Mikäli toimintakuluja suhteutetaan myös potentiaaliseen kävijämäärään, ovat kulut kasvaneet edellisestä jaksosta noin 17,6 % (82,4 eurosta 96,9 euroon). Kahden edellisen jakson keskiarvoon verrattuna toimintakulut jaksolla 2007 ovat kasvaneet vain 14,3 %. Tutkimustulokset osoittavat, että Kuusamon työterveyshuollon ulkoistamisella on saavutettu ulkoistamiselle tyypillisiä asioita, kuten tehokkuutta sekä taloudellista hyötyä. Näiden saavutusten lisäksi Kuusamon kaupunki on ulkoistamisella saavuttanut sen kaikkein tärkeimmän eli palveluiden pysyvyyden.

Toholammin kunnassa tilanne on osittain samanlainen. Asiakas- ja käyntimäärät ovat vähentyneet jakson 2007 aikana. Edelliseen jaksoon sekä kahden edellisen jakson keskiarvoon verrattuna, muutokset ovat melko vähäisiä. Toimenpiteiden määrä on kuitenkin lisääntynyt ulkoistamisen myötä noin 9 % (4 779 toimenpiteestä 5 188 toimenpiteeseen). Toholammilla taloudellinen toteutuma poikkeaa keskeisesti Kuusamon taloudellisesta toteutumasta. Ulkoistamisesta huolimatta, Toholammin vastaanotto toiminta on säilynyt edelleen alijäämäisenä. Toisin sanoen, toimintakulut ovat toimintatuottoja suuremmat. Toimintatuottojen suhde asiakas- ja käyntimäärään on laskenut noin 25–30 %. Kunnan asukaslukuun suhteutetut toimintatuotot ovat laskeneet edellisestä jaksosta noin 30,8 % (28,2 eurosta 19,5 euroon). Muutos kahden edellisen jakson keskiarvoon on samaa luokkaa, noin 30,4 % negatiivinen. Toimintakulut suhteessa asiakas- ja käyntimäärään ovat kasvaneet hivenen voimakkaammin jakson 2007 aikana. Esimerkiksi

asukaslukuun suhteutetut toimintakulut ovat kasvaneet edellisestä jaksosta noin 33,1 % (79,7 eurosta 106,1 euroon).

Tutkimustulokset osoittavat, että kahden erikokoisen yksikön erikokoiset ja erityyppiset ulkoistamistoimenpiteet antavat lähtökohtaisesti samanlaisia tuloksia. Yhtäläisyyksiä havaitaan palvelumäärien lisääntymisessä sekä käyntimäärien vähenemisessä. Taloudellinen toteutuma poikkeaa kuitenkin keskeisesti yksiköiden välillä.

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Ulkoistamisella pyritään tehostamaan toimintaa, säästämään kustannuksissa, turvaamaan toiminnan jatkuvuus sekä parantamaan laatua. Tässä tutkimuksessa mukana olevien Kuusamon kaupungin ja Toholammin kunnan osalta voidaan todeta keskeisimmäksi tavoitteeksi toiminnan jatkuvuuden turvaaminen. Suomen lainsäädäntö huomioiden, terveydenhuollon ulkoistaminen voi olla myös pakollinen toimenpide. Lain asettamia aikamääreitä tulee noudattaa. Kansalaisilla on oikeus saada terveydenhoitoa tiettyjen aikarajojen puitteissa. Vastuu työterveyspalveluiden järjestämisestä on myös julkisella vallalla. Mikäli työvoimaongelman vuoksi terveys- tai työterveyspalveluita ei kyetä tuottamaan, saattaa ulkoistaminen olla ainut vaihtoehto. Huolimatta haastavasta työvoimatilanteesta Suomessa, ulkoistaminen voi olla tietoinen ja haluttu ratkaisu.

Tutkielma osoittaa, että ulkoistamisen myötä erityisesti Kuusamon työterveyshuollossa on tapahtunut selkeitä muutoksia. Palvelumäärät ovat lisääntyneet ja toiminnan tehostuminen on lisännyt työterveysyksikön kannattavuutta. Toholammin kunnan osalta muutokset ovat samansuuntaisia, lukuun ottamatta taloudellista toteutumaa Täytyy kuitenkin huomioida, että Toholammin kunta on ulkoistanut vain lääkärin vastaanottotoiminnan, mutta Kuusamossa kyseessä on koko työterveysyksikön ulkoistaminen. Tämän vuoksi muutokset havaitaan Kuusamossa helpommin. Toinen keskeinen havainto liittyy tutkimusmenetelmään. Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään ulkoistamisen vaikutuksia tuotetun palvelun määrään sekä kustannuksiin. Tutkielmassa käytetään vain ja ainoastaan kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimusmenetelmästä huolimatta voidaan todeta, että



tutkimuksessa mukana olevat yksiköt ovat saaneet ulkoistamisella myös laadullista hyötyä. Yleinen laatutekijä on palveluiden saatavuus ja toiminnan jatkuvuuden turvaaminen. Sekä Kuusamon että Toholampi ovat saavuttaneet nämä asiat.

Tämän tutkielman sekä kansainvälisten tutkimusten valossa voidaan vetää johtopäätöksiä terveydenhuollon ulkoistamisesta. Toimintamalli on lisääntynyt ja tulee vahvistumaan entisestään tulevaisuudessa. Kansainvälisistä tutkimuksista ilmenee, että yhteistyöhön ollaan tyytyväisiä. Suomessa kokemuksia terveydenhuollon ulkoistamisesta on toistaiseksi niukasti. Terveyspalveluita sekä terveydenhuollon henkilöstöratkaisuja tarjoavat yritykset kehittävät jatkuvasti toimintaansa. Tulevaisuudessa yhteistyö tiivistyy ja kokemukset lisääntyvät. Tällöin myös yritysten valmiudet ja taidot karttuvat. Tässä tutkimuksessa sekä Kuusamon työterveyshuolto että Toholammin vastaanottotoiminta olivat juuri aloittaneet toiminnan ulkoisen palveluntuottajan alaisuudessa. Tästäkin syystä tutkimustulokset ovat suuntaa antavia ja siinä määrin rajallisia. Entistä luotettavampia tutkimustuloksia voidaan saada esimerkiksi laajemmalla aikaperspektiivillä. Toimintaa voitaisiin tarkastella 5–6 kuukauden sijaan esimerkiksi 12 kuukauden ajalta. Samoin tutkimusjaksoja tulisi olla 2 ennen ulkoistamista sekä 2 jaksoa ulkoistamisen ajalta. Näin tulokset olisivat luotettavampia ja eroavaisuudet selkeämmin havaittavissa.

## LÄHDELUETTELO

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kankaanpää, Eila. (2005). Terveystuon ulkoistaminen ja insenttiivit. Kuopion Yliopiston. Väitöskirjan käsikirjoitus. Julkaisematon. [Siteerattu 10.4.2008 klo 11:56].

Kuntalaki 17.3.1995/365.

Kilpailuvirasto. (2005). OECD:n raportti suosittelee kilpailun lisäämistä palvelu-aloilla. [online]. [Siteerattu 26.3.2008 klo 12:13]. Saatavana internetistä: <URL: <http://www.kilpailuvirasto.fi/cgi-bin/suomi.cgi?sivu=uut/u-2005-3-1>>.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 17.9.2004/855.

Moschuris, Socrates J. & Kondylis, Michael N. (2007). Outsourcing in private healthcare organisation: a Greek perspective. *Journal of Health Organization and Management* 21: 2–3 [online], 220–3. [Siteerattu 13.5.2008 klo 11:30]. Saatavana internetistä: <URL: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do;jsessionid=9DB9A335D6FCD511E44BC5336786F039?contentType=Article&hdAction=lnkpdf&contentId=1610202&history=false>>.

Moschuris, Socrates J. & Kondylis, Michael N. (2006). Outsourcing in public hospitals: a Greek perspective. *Journal of Health Organization and Management* 20: 1 [online], 4–14. [Siteerattu 13.5.2008 klo 11:15]. Saatavana internetistä: <URL: <http://www.emeraldinsight.com/Insight/viewContentItem.do;jsessionid=18043FE4F3BB2BDF508D0E2C6DBC9450?contentType=Article&hdAction=lnkpdf&contentId=1549875&history=false>>.

Magnezi, R., Dankner, R., Kedem, R. & Reuveni, H. (2006). Outsourcing primary medical care in Israeli defense forces: Decision-makers' versus clients' perspectives. *Health Policy* 78:1 [online], 1–7. [Siteerattu 13.5.2008 klo 11:20]. Saatavana internetistä: <URL: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIImg&\\_imagekey=B6V8X-4HC76VR-1-1&\\_cdi=5882&\\_user=5391025&\\_orig=browse&\\_coverDate=08%2F22%2F2006&\\_sk=999219998&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWz&md5=b8308dbe cd314946c887af82bdc3da85&ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIImg&_imagekey=B6V8X-4HC76VR-1-1&_cdi=5882&_user=5391025&_orig=browse&_coverDate=08%2F22%2F2006&_sk=999219998&view=c&wchp=dGLbVzb-zSkWz&md5=b8308dbe cd314946c887af82bdc3da85&ie=/sdarticle.pdf)>.

- Pajarinen, Mika. (2001). Ulkoistaa vai ei – Outsourcing teollisuudessa. ETLA, Sarja B: 181. Taloustieto Oy, Helsinki. [online]. [Siteerattu 10.4.2008 klo 12:41. ]. Saatavana internetistä: <URL: <http://66.102.1.104/scholar?hl=en&lr=&q=cache:yBkMcKGNip8J:www.etla.fi/finnish/main/news/news20010629113059.pdf+ulkoistaminen+motiivi>>.
- Pekurinen, M., Mikkola, H. & Tuominen, U. (2008). Hoitotakuun talous. Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Teoksessa: Stakesin raportteja 5/2008. [online]. [Siteerattu 10.4.2008 klo 10:56]. Saatavana internetistä: <URL: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R5-2008-VERKKO.pdf>>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2006). Terveydenhuolto. Yksityinen terveydenhuolto. [online]. [Siteerattu 26.3.2008 klo 10:23]. Saatavana internetistä: <URL: <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/thyksityinen.htx>>.
- Stakes. (2007). Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2005 - Hälso- och sjukvårdsutgifter samt finansiering år 2005 - Health Care Expenditure and Financing in 2005. Tilastotiedote 2/2007, 26.1.2007. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2007. Stakes. [online]. [Siteerattu 7.4.2008 klo 09:36]. Saatavana internetistä: <URL: [http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/D0DE535C-0314-4A42-A4B8-154E073110D1/0/Tt07\\_02\\_liitetaulukot.xls](http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/D0DE535C-0314-4A42-A4B8-154E073110D1/0/Tt07_02_liitetaulukot.xls)>.
- Suomen kuntaliitto. (2007). Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset euroa/asukas. [online]. [Siteerattu 10.4.2008 klo 10:15]. Saatavana internetistä: <URL: [http://www.kunnat.net/k\\_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;10954;48923;112121](http://www.kunnat.net/k_peruslistasivu.asp?path=1;29;374;36984;10954;48923;112121)>.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.
- Tilastokeskus. (2008). Suomen väestö 2007. [online]. [Siteerattu 14.5.2008 klo 14:42]. Saatavana internetistä: <URL: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2007/vaerak\\_2007\\_2008-03-28\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2007/vaerak_2007_2008-03-28_tie_001_fi.html)>.
- Tilastokeskus. (2008). Bruttokansantuote (BKT) markkinahintaan 1975–2007. [online]. [Siteerattu 16.5.2008 klo 11:20]. Saatavana internetistä: <URL: [http://tilastokeskus.fi/til/vtp/2007/vtp\\_2007\\_2008-02-29\\_tau\\_001.html](http://tilastokeskus.fi/til/vtp/2007/vtp_2007_2008-02-29_tau_001.html)>.

- Tilastokeskus. (2008). Kuluttajahintaindeksin vuosimuutokset. [online]. [Siteerattu 16.5.2008 klo 12:20]. Saatavana internetistä: <URL: [http://pxweb2.stat.fi/temp/040\\_khi\\_tau\\_104\\_fi2008516145095.xls](http://pxweb2.stat.fi/temp/040_khi_tau_104_fi2008516145095.xls)>.
- Tuomala, Matti. (1997). Julkistalous. Gaudeamus. ISBN 951-662-692-X. Tammer-Paino Oy, Tampere.
- Valtionvarainministeriö. (2008). Julkishallinnon toiminta. Suomi.fi-portaali. [online]. [Siteerattu 13.3.2008 klo 13:30]. Saatavana internetistä: <URL: [http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/tietopaketti/julkishallinnon\\_toiminta/index.html](http://www.suomi.fi/suomifi/suomi/tietopaketti/julkishallinnon_toiminta/index.html)>.
- Valtionvarainministeriö. (2008). Kunta- ja palvelurakennemuutos. [online]. [Siteerattu 7.4.2008 klo 13:21]. Saatavana internetistä: <URL: [http://www.vm.fi/vm/fi/05\\_hankkeet/025\\_paras/index.jsp](http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_paras/index.jsp)>.
- Young, Suzanne. (2007). Outsourcing: two case studies from the Victorian public hospital sector. *Australian Health Review* 31:1 [online], 140–9. [Siteerattu 13.5.2008 klo 11:20]. Saatavana internetistä: <URL: <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1220935821&sid=2&Fmt=6&clientId=23361&RQT=309&VName=PQD>>.

## LIITTEET

## Liite 1. Bruttokansantuotte markkinahintaan 1975–2007 (Tilastokeskus 2008).

## BRUTTOKANSANTUOTE (BKT) MARKKINAHINTAAN 1975 - 2007

Vuosi	Käyvin hinnoin (milj. eur)	Vuoden 2000 hinnoin (milj. eur)	Arvon muutos (%)	Volyymin muutos (%)	Hinnan muutos (%)	BKT per asukas (eur)
1975	18 045	69 620				3 830
1976	20 474	69 806	13,5	0,3	13,2	4 332
1977	22 527	70 037	10	0,3	9,7	4 754
1978	24 882	71 859	10,5	2,6	7,7	5 235
1979	28 864	76 876	16	7	8,4	6 058
1980	33 322	80 810	15,4	5,1	9,8	6 971
1981	37 665	81 835	13	1,3	11,6	7 847
1982	42 368	84 310	12,5	3	9,2	8 777
1983	47 216	86 796	11,4	2,9	8,3	9 723
1984	52 824	89 437	11,9	3	8,6	10 820
1985	57 499	92 371	8,9	3,3	5,4	11 730
1986	61 864	94 797	7,6	2,6	4,8	12 579
1987	66 814	98 170	8	3,6	4,3	13 547
1988	75 712	103 177	13,3	5,1	7,8	15 308
1989	84 780	108 765	12	5,4	6,2	17 079
1990	89 747	108 854	5,9	0,1	5,8	18 000
1991	85 698	102 057	-4,5	-6,2	1,8	17 092
1992	83 041	98 245	-3,1	-3,7	0,7	16 470
1993	83 924	97 341	1,1	-0,9	2	16 566
1994	88 103	100 822	5	3,6	1,4	17 312
1995	95 916	104 780	8,9	3,9	4,8	18 778
1996	99 258	108 650	3,5	3,7	-0,2	19 367
1997	107 626	115 268	8,4	6,1	2,2	20 939
1998	117 111	121 246	8,8	5,2	3,4	22 727
1999	122 747	125 960	4,8	3,9	0,9	23 765
2000	132 272	132 272	7,8	5	2,6	25 555
2001	139 868	135 759	5,7	2,6	3	26 960
2002	143 974	137 989	2,9	1,6	1,3	27 682
2003	145 938	140 437	1,4	1,8	-0,4	27 995
2004	152 345	145 672	4,4	3,7	0,6	29 144
2005	157 335	149 810	3,3	2,8	0,4	29 997
2006*	167 041	157 081	6,2	4,9	1,3	31 719
2007*	178 759	163 991	7	4,4	2,5	33 803

\* Ennakkotieto. Aikasarjoja tarkistetaan vuonna 2009. Vuodesta 1975 lähtien aikasarjat ovat poimittavissa tietokantataulukoista.

**Liite 2.** Väestö iän mukaan vuosina 1980–2007 (Tilastokeskus 2008).

Väestö iän mukaan vuosina 1980 - 2007							
Vuosi	Väkiluku	Ikä 0 - 14	Ikä 15 - 64	Ikä 65 -	0 - 14 (%)	15 - 64 (%)	65 - (%)
1980	4787778	965209	3245187	577382	20,2	67,8	12,1
1985	4910664	951532	3341398	617734	19,4	68,0	12,6
1990	4998478	964203	3361310	672965	19,3	67,2	13,5
1995	5116826	971770	3412639	732417	19,0	66,7	14,3
2000	5181115	936333	3467584	777198	18,1	66,9	15,0
2005	5255580	906904	3507511	841165	17,3	66,7	16,0
2006	5276955	901181	3507057	868717	17,1	66,5	16,5
2007	5300484	894590	3530663	875231	16,9	66,6	16,5



**Liite 4.** Tutkimuksen outcome-muuttujat suunnitteluvaiheessa.

	PERUSTERVEYDENHUOLTO	TYÖTERVEYSHUOLTO
KUSTANNUKSET	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kokonaiskustannukset / tutkittava ajankohta</li> <li>- Kokonaiskustannukset / kunnan asukas</li> <li>- Kokonaiskustannukset / asiakaskäynti</li> <li>- Perusterveydenhuollon kustannukset / tutkittava ajankohta</li> <li>- Perusterveydenhuollon kustannukset / kunnan asukas</li> <li>- Perusterveydenhuollon kustannukset / asiakaskäynti</li> <li>- Erikoissairaanhoidon kustannukset / tutkittava ajankohta</li> <li>- Erikoissairaanhoidon kustannukset / kunnan asukas</li> <li>- Erikoissairaanhoidon kustannukset / asiakaskäynti</li> <li>- Kokonaislääkärikustannukset</li> <li>- Kokonaishoitajakustannukset</li> <li>- Kustannukset / lääkäri</li> <li>- Kustannukset / hoitaja</li> <li>- Laboratoriokulut (mukaan lukien rtg) / asiakaskäynti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työterveyshuollon kokonaiskustannukset / tutkittava ajankohta</li> <li>- Työterveyshuollon kokonaiskustannukset / potentiaalinen asiakas *</li> <li>- Työterveyshuollon kokonaiskustannukset / asiakaskäynti</li> <li>- Kokonaislääkärikustannukset</li> <li>- Kokonaishoitajakustannukset</li> <li>- Kustannukset / lääkäri</li> <li>- Kustannukset / hoitaja</li> </ul> <p>*) työterveyshuollon piiriin kuuluvat asiakkaat</p>
TUOTETUN PALVELUN MÄÄRÄ	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakaskäyntimäärät yhteensä</li> <li>- Lääkärikäyntimäärät yhteensä</li> <li>- Hoitajakäyntimäärät yhteensä</li> <li>- Lääkärikäyntimäärät / asiakas</li> <li>- Hoitajakäyntimäärät / asiakas</li> <li>- Mahdollisten erikoisosaamispoliklinikoiden käyttö ja määrät</li> <li>- Erikoislääkärien käyttö ja käyttömäärät</li> <li>- Läheteiden määrät erikoissairaanhoidon</li> <li>- Työntekijöiden koulutus ja kokemus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakaskäyntimäärät yhteensä</li> <li>- Lääkärikäyntimäärät yhteensä</li> <li>- Hoitajakäyntimäärät yhteensä</li> <li>- Lääkärikäyntimäärät / asiakas</li> <li>- Hoitajakäyntimäärät / asiakas</li> <li>- Mahdollisten erikoisosaamispoliklinikoiden käyttö ja määrät</li> <li>- Erikoislääkärien käyttö ja käyttömäärät</li> <li>- Läheteiden määrät erikoissairaanhoidon</li> <li>- Työntekijöiden koulutus ja kokemus</li> </ul>