

# OMALÄÄKÄRI- OPAS

**Opas  
omalääkäri-  
järjestelmän  
kehittämiseen**



Kunnallinen työmarkkinalaitos  
Kommunala arbetsmarknadsverket

**KT ja Lääkäriliitto päivittivät oppaan syksyllä 2009.  
Päivitykset koskevat viittauksia sopimuksiin.**

**ISBN 978-962-213-542-1  
päivitetty 2. painos**

# Omalääkäriopas

Opas omalääkärijärjestelmän  
kehittämiseen

päivitetty 2. painos

Omalääkärijärjestelmän selvitys- ja kehittämistyöryhmä 2004

Kunnallinen työmarkkinalaitos:  
Neuvottelupäällikkö Ulla-Riitta Parikka,  
työmarkkinalakimies Tarja Tuominen,  
työmarkkinalakimies Juha Myllymäki ja  
työmarkkinatutkija Mika Juutinen

Itä-Suomen lääninhallitus:  
Lääninlääkäri Pirkko Valtola

Sosiaali- ja terveysministeriö:  
Lääkintöneuvos Sakari Lankinen ja  
lääkintöneuvos Martti Rissanen

Suomen Kuntaliitto:  
Toimialajohtaja Matti Liukko,  
erityisasiantuntija Hannele Häkkinen ja  
hallintoylilääkäri Liisa-Maria Voipio-Pulkki

Suomen Lääkäriliitto:  
Edunvalvontajohtaja Markku Kojo,  
neuvottelupäällikkö Mikko Kangas ja  
terveyskeskuslääkäri Kaisa Nissinen-Paatsamala

2. painos

ISBN 978-962-213-542-1

Opas päivitetty syksyllä 2009

Kunnallinen työmarkkinalaitos  
Työmarkkinalakimies Lotta Harjunpää

Suomen Lääkäriliitto  
Neuvottelupäällikkö Heikki Pärnänen

Kunnallinen työmarkkinalaitos  
Toinen linja 14  
00530 HELSINKI  
puh. 09 7711  
faksi 09 701 2239

# OMALÄÄKÄRIOPAS

## SISÄLLYS

<b>JOHDANTO</b> .....	<u>5</u>
<b>OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN KESKEISET PIIRTEET</b> .....	<u>6</u>
<b>KUNNANLÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄSTÄ OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄÄN</b> .....	<u>7</u>
Kunnallislääkäristä terveyskeskuslääkäriksi .....	<u>7</u>
Terveyskeskuslääkäristä omalääkäriksi .....	<u>7</u>
Kokeiluista viralliseksi perusterveydenhuollon järjestelmäksi .....	<u>8</u>
<b>OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄÄN SIIRTYMINEN</b> .....	<u>9</u>
Kunnan toimenpiteet omalääkärijärjestelmän käyttöönotossa .....	<u>9</u>
Suunnitelma omalääkärijärjestelmän toteuttamisesta.....	<u>10</u>
Tiedottaminen .....	<u>11</u>
Seurantajärjestelmä ja henkilökunnan koulutus .....	<u>11</u>
Päätös omalääkärijärjestelmän aloittamisesta.....	<u>11</u>
<b>VASTUUVÄESTÖN MUODOSTAMINEN, SEURANTA JA MUUTTAMINEN</b> .....	<u>12</u>
Henkilökohtaisten vastuuväestöjen muodostaminen .....	<u>12</u>
Vastuuväestöjen ja lääkärien muun työn työllistävyyden kartoittaminen.....	<u>14</u>
Vastuuväestöjen ja lääkärien työmäärän seuranta ja muuttaminen.....	<u>15</u>
Osa-aikatyon tekemismahdollisuus omalääkärijärjestelmässä .....	<u>16</u>
<b>OMALÄÄKÄRIN TYÖNKUVA</b> .....	<u>16</u>
Omalääkäri koordinaattorina .....	<u>16</u>
Omalääkärien tehtäväkuvat paikallisten tarpeiden mukaan.....	<u>17</u>
Laajojen ja erityisosaamista vaativien tehtävälueiden hoitaminen .....	<u>17</u>
Töiden suunnittelu omalääkärin päivittäisen työnhallinnan avuksi.....	<u>18</u>
Toiminnan tehostaminen hoitaja-lääkäriyöparilla .....	<u>18</u>
Järjestelmällinen täydennyskoulutus ja sisäinen konsultaatio osaamisen varmistajina.....	<u>19</u>
Sijaisuuksien hoitaminen.....	<u>20</u>
Kehityskeskustelut johtamisen tukena.....	<u>20</u>
<b>OMALÄÄKÄRIEN PALKKAUSJÄRJESTELMÄ</b> .....	<u>20</u>
Kannustavan palkkausjärjestelmän rakenne .....	<u>20</u>
Toimivat työjärjestelyt .....	<u>21</u>
Palkkauksen määrittämisessä huomioon otettavia seikkoja .....	<u>22</u>
Palkan määrittäminen omalääkärijärjestelmään siirryttäessä .....	<u>23</u>
Palkkausmäärysten soveltaminen lääkäriyövoiman vajaustilanteissa.....	<u>24</u>
<b>OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN TULOKSIA</b> .....	<u>25</u>
Yhteenveto .....	<u>25</u>
Toiminnallisia tuloksia .....	<u>25</u>
Ennalta ehkäisevän terveydenhuollon merkitys selkeytyy .....	<u>27</u>
Potilasohjauksessa ja lääkärin valinta-oikeudessa puutteita.....	<u>27</u>
Lääkärien rekrytointi omalääkäripaikkakunnilla helpompaa .....	<u>28</u>
Terveydenhuollon menoissa ei eroja eri järjestelmissä .....	<u>29</u>
Hyödyt näkyvät viiveellä.....	<u>29</u>
<b>OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN HAASTEET</b> .....	<u>30</u>

## LIITTEET

- 1 Omalääkärien palkanosat
- 2 Omalääkärien ja perinteisen järjestelmän piirissä toimivien lääkäreiden (kaikki virat) palkkavertailu elokuussa 2002 ja syyskuussa 2009
- 3 Päiväajan työskentelyn jakautuminen eri tehtäviin viikon aikana sekä päivystystunnit päivystysmuodoittain elokuussa 2002
- 4 Omalääkärijärjestelmää soveltavat terveyskeskukset

## JOHDANTO

Omalääkärijärjestelmää on toteutettu noin 15 vuotta. Sen piirissä on 2/3 väestöstä ja vastaava osuus perusterveydenhuollon lääkäreistä. Osa lääkäreistä tulee tehtäviensä luonteen vuoksi toimimaan aina muina kuin omalääkäreinä.

Perusterveydenhuollon ongelmina 1970–1980-luvuilla olivat pitkät potilasjonot ja osittainen lääkäripula. Omalääkärijärjestelmän keskeisiä tavoitteita olivatkin perusterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuuden ja vastaanotto toiminnan sujumuuden sekä hoidon laadun turvaaminen huonontamatta jo entuudestaan hyvin toimivia palveluja. Samalla sen toivottiin lisäävän perusterveydenhuollon lääkärintyön arvostusta ja lääkäreiden hakeutumista terveystyöhön.

Omalääkärijärjestelmä on saavuttanut sille asetetut keskeiset tavoitteet, mutta ei ongelmitta eikä ilman takapukkeja. Tässä oppaassa on selostettu omalääkärijärjestelmään liittyviä keskeisiä kysymyksiä ja pyritty tuomaan samalla esille järjestelmän toimivuudessa esiintyneitä ongelmia sekä, miten näitä ongelmia voidaan ennalta välttää. Omalääkärijärjestelmä vaatii paikallisesti jatkuvaa seuranta ja arviointia sekä ongelmien havaitsemista ja ratkaisemista eli aktiivista johtamista ja hyvää esimiestyötä. Omalääkäreiltä se edellyttää aktiivista otetta omien työskentelytapojensa jatkuvaan uudistamiseen sekä koordinaattorin ja ohjaajan roolin omaksumista vastuuväestönsä kysymyksissä.

Tämä opas on tarkoitettu johtavien lääkäreiden ja terveydenhuollon muun johdon avuksi omalääkärijärjestelmää paikallisesti kehitettäessä. Sen toivotaan toimivan käytännön apuvälineenä myös omalääkäreille heidän kehittäessään omaa ja lähitiiminsä työtä. Opas soveltuu myös omalääkärijärjestelmän yleiskatsaukseksi kunnallisille päättäjille.

Oppaan on laatinut Lääkärisopimuksen allekirjoituspöytäkirjan perusteella asetettu omalääkärijärjestelmän selvitys- ja kehittämistyöryhmä. Työryhmä on toiminut samalla yhtenä kansallisen terveysprojektin hankeryhmänä.

OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN SELVITYS- JA KEHITTÄMISTYÖRYHMÄ, 2004

### Opas päivitetty syksyllä 2009

Oppaan teksti kuvastaa aikaa ennen vuotta 2004. Omalääkärijärjestelmän toiminnassa ja toimivuudessa, samoin kuin sitä toteuttavissa terveystieteissä on tapahtunut viimeisenä viitenä vuotena huomattaviakin muutoksia, mutta oppaan tekstin korjaamista tältä osin ei pidetty tarkoituksenmukaisena.

Syksyllä 2009 KT ja Lääkäriliitto ovat yhteistyössä päivittäneet oppaan viittaukset KVTES:een ja Lääkärisopimukseen vastaamaan nyt voimassa olevia sopimuksia. Tämän lisäksi on lisätty joitakin uusia viitteitä ja eräitä viitteitä on täydennetty. Lisäykset ja täydennysten ajankohta ilmenevät viitteistä.

Liite 1, jossa kuvataan omalääkärien palkanosat, on päivitetty vastaamaan voimassa olevien sopimusten määräyksiä ja kunta-alan palkkausjärjestelmää. Liitteeseen 2 on lisätty palkkavertailu vuoden 2009 palkkatietojen perusteella, mutta myös alkuperäinen elokuun 2002 tietoihin perustunut palkkavertailu on säilytetty.

Liitteiden 3-4 osalta vastaavaa ajankohtaista tietoa ei ole käytettävissä, vaan liitteet ovat alkuperäisiä ja kuvastavat siten alkuperäisen oppaan laatimisen aikaan vallinnutta tilannetta.

Helsingissä 9. joulukuuta 2009

Lotta Harjunpää  
työmarkkinalakimies, KT

Heikki Pärnänen  
neuvottelupäällikkö, SLL

## OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN KESKEISET PIIRTEET

Omalääkärijärjestelmässä jokaiselle omalääkärille määrätään henkilökohtainen vastuuväestö, jonka perusterveydenhuollon palveluista hän vastaa yhdessä muun henkilöstön kanssa. Vastuuväestöt määritellään paikallisiin olosuhteisiin soveltuvasti (ks. jäljempänä kohta Vastuuväestöjen muodostaminen ym.). Kunkin omalääkärin vastuuväestöön kuuluvat henkilöt todetaan yksilöidysti. Lisäksi vastuuväestöstä selvitetään ns. perusvastuuväestö, johon kuuluvat vähintään kolme kertaa vuodessa lääkärin vastaanotolla käyvät vastuuväestön potilaat.

Keskeinen asia omalääkäritoiminnassa on lääkärin henkilökohtainen vastuu väestöstään ja tämän vastuun tosiasiallinen toteutuminen. Organisaation kannalta on olennaista toimintaedellytysten luominen em. vastuun ottamiselle sekä eri ammattiryhmien työnjako ja yhteistyö toiminnan toteuttamisessa.

Omalääkärijärjestelmän yhtenä perusajatuksena on omalääkärin velvollisuus huolehtia siitä, että hänelle määrätty vastuuväestö saa asianmukaisen hoidon mahdollisimman pian. Tätä perusajatusta tukemaan on virkaehtosopimuksessa korvattu perinteiset työaikamääräykset omalääkärin tavoitettavuudella. Tavoitettavuudella tarkoitetaan sitä, että omalääkäri on pääsääntöisesti tavoitettavissa päivittäin yleisinä säännönmukaisina työpäivinä ja että potilaalla on oikeus saada kolmen päivän kuluessa yhteys omalääkäriinsä ja tämän ohjeet hoidon järjestämisestä asianmukaisesti. Tavoitteena luonnollisesti on, että potilas pääsee lääkärin tai tarpeen mukaan muun terveydenhuollon tai sosiaalihuollon ammattihenkilön luokse potilaalle mahdollisimman sopivana ajankohtana.<sup>1</sup>

Toimivan omalääkärijärjestelmän edellytyksenä on, että omalääkärillä on kokonaisvaltainen vastuu väestönsä terveydenhuollon palveluista ja niiden koordinoinnista järkevästi mitoitettujen resurssien puitteissa. Pitkän potilaslääkärisuhteen perusteella omalääkärillä on parhaat mahdollisuudet arvioida, minkälaisia terveys- ja myös sosiaalitoimen palveluja hänen asiakkaansa kulloinkin tarvitsevat. Työn onnistumiseksi on omalääkärillä oltava ajantasainen tieto vastuuväestönsä kuuluvista potilaista.

Omalääkäritoiminta toteutetaan paikallisesti tarkoituksenmukaiseksi harkitulla työnjaolla lääkärin kesken (ottaen mm. huomioon lääkärin erityisosaamiset ja lääketieteelliset suuntautumiset) sekä lääkärin ja terveydenhuollon muiden ammattihenkilöiden välillä. Tässä työnjaossa omalääkäri on koordinaattori ja ohjaaja. Omalääkärin lähitiimi ja moniammatilliset yhteistyöryhmät muodostavat yhdessä järjestelmän rungon.

---

<sup>1</sup> Ks. myös valtioneuvoston periaatepäätös 13.9.2001, jossa on asetettu yhdeksi perusterveydenhuollon tavoitteeksi turvata vuoteen 2005 mennessä jokaiselle henkilölle pääsy perusterveydenhuollon ammattilaisen, tavallisesti lääkärin, ensiarvioon kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta, sekä STM:n työryhmämuistio 2003:33, Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi, Hoidon saatavuus ja jonojen hallinta. Kiireetöntä hoitoa koskeva hoitotakuu tuli voimaan 1. maaliskuuta 2005. Kansanterveyslain (15 b § ja 49 §) ja erikoissairaanhoidon lain muutoksilla säädettiin kiireettömille hoidoille ja tutkimuksille tietyt määräjat. (9.12.2009)

# KUNNANLÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄSTÄ OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄÄN

## Kunnallislääkäristä terveyskeskuslääkäriksi

Lääkäripalvelujen saatavuutta pyrittiin kohentamaan 1960-luvulla sairausvakuutuksen ja vuonna 1972 kansanterveyslain avulla. Kansanterveyslain avulla pyrittiin ratkaisemaan myös terveydenhuoltopalvelujen parempi saatavuus syrjäseuduilla. Kansanterveyslain tultua voimaan kunnallista terveydenhuoltoa laajennettiin, terveydenhuollon henkilöstön määrää lisättiin ja kunnanlääkärit muuttivat terveyskeskuslääkäreiksi.

Ensimmäisen kymmenen vuoden kokemukset uudesta terveyskeskus pohjaisesta järjestelmästä osoittivat kuitenkin, että väestö oli edelleen tyytymätön lääkäripalvelujen saatavuuteen ja laatuun. Terveyskeskuslääkärien vastaanotto toiminnan toivottiinkin muuttuvan taas enemmän vanhan kunnanlääkäritoiminnan kaltaiseksi. Palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat koskettivat erityisesti kaupungeissa asuvia. Sitä vastoin palvelujen tarjonnan alueellinen tasa-arvo näytti toteutuvan maaseudulla asuvan väestön näkökulmasta.

## Terveyskeskuslääkäristä omalääkäriksi

Terveydenhuoltojärjestelmän kehittäminen jatkui 1980-luvun alkupuolella perhelääkäri- ja perheterveydenhoitajakokeiluilla eräissä Keski-Suomen kunnissa. Kokeilujen tavoitteena oli perheiden kokonaistilanteista lähtevä palvelujen kehittäminen, palvelujen saatavuus ja hoidon jatkuvuus.

Laajempi, sosiaali- ja terveysministeriön alainen omalääkärikokeilu toteutettiin Helsingissä, Turussa, Tampereella ja Lahdessa vuosina 1985–1987. Kokeilu keskittyi terveyskeskuslääkärien vastaanotto työn keskeisimpiin ongelmiin, ja kokeilussa verrattiin erilaisia toiminnallisia malleja. Asukkaat pitivät kokeiluja parannuksena entiseen tilanteeseen, tyydyttämättömän hoidon tarve väheni, palvelujen peittävyys kasvoi, odotusajat lääkärin vastaanotolle lyhenivät ja terveydenhuoltotoiminnan kustannukset laskivat.

Vuosina 1985–1993 toteutettiin Helsingissä, Tampereella, Turussa ja Lahdessa myös Kansaneläkelaitoksen kokeilu, jossa itsenäisinä ammatinharjoittajina työskennelleet 17 lääkäriä toimivat omalääkäreinä. Vastuuväestöt oli muodostettu asunto-osoitteiden perusteella, ja lääkärit vastasivat näiden ihmisten sairaanhoidosta sisältäen kotisairaanhoidon. Lääkärit eivät vastanneet neuvolatoiminnasta, äitiyshuollosta eikä kouluterveydenhuollosta eikä heillä ollut päivystysvelvollisuutta. Kokeilun loppuraportti valmistui 1998<sup>2</sup>.

1980-luvulla alkaneet perusterveydenhuollon lääkärikokeilut rohkaisivat laajentamaan kokeiluja koskemaan kaikkia terveyskeskuksen keskeisiä ammattiryhmiä, kaikkia keskeisiä avohoidon toimintoja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon

---

<sup>2</sup> Yksityislääkärit omalääkäreinä, raportti Kelan omalääkärikokeiluista, Kela, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksia 39/1998.

yhteistyötä.<sup>3</sup> Vuosina 1989–1992 Virroilla, Kotkassa, Jyväskylässä, Espoossa, Lahdessa, Porissa, Kolarissa ja Orivedellä sekä Mikkelin ja Haminan kuntainliitoissa toteutetut väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut<sup>4</sup> olivatkin luonnollinen jatko aiemmille 1980-luvun perusterveydenhuollon lääkärikokeiluille. Uusien kokeilujen tavoitteena oli palvelujen kehittäminen väestön tarpeita vastaaviksi, asiakkaiden kokeman palvelun laadun kehittäminen sekä työntekijöiden työtyytyväisyyden ja terveyskeskustyön sisällön kehittäminen. Tavoitteiksi asetettiin myös terveydenhuollon kustannusten kasvun pysäyttäminen, hallinnollisen ohjauksen vähentäminen ja eri ammattiryhmien aseman ja palkkauksen kehittäminen.

### **Kokeiluista viralliseksi perusterveydenhuollon järjestelmäksi**

Edellä mainittujen kokeilujen jälkeen monet terveyskeskukset ottivat käyttöön väestövastuisen omalääkärijärjestelmän, ja toiminta laajeni melko nopeasti. Järjestelmän läpivieminen kautta maan otettiin myös sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman TATO:n yhdeksi tavoitteeksi.

Toteutetussa toimintamallissa lääkäreillä ei ole ollut työaika, mutta heillä on ollut velvollisuus ottaa hoitovastuu hoidon tarpeessa olevasta potilaasta kolmen päivän sisällä yhteydenotosta ja kiireellisissä tapauksissa samana päivänä. Lisäksi omalääkärien tehtäviin on kuulunut hoitaa yhdessä muun terveydenhuollon henkilöstön kanssa vastuuväestön kotisairaanhoidon, neuvolatoimintaa, äitiyshuoltoa, kouluterveydenhuoltoa ja lakisääteinen työterveyshuoltoa sekä yleensä myös lääkäripäivystys ainakin osittain. Päivystysjärjestelyt on toteutettu useimmiten alueellisena yhteistyönä terveyskeskusten ja/tai sairaalan kanssa<sup>5</sup> ja sittemmin myös vuokratyövoimaa ja ostopalveluja hyväksi käyttäen. —

---

<sup>3</sup> Koska KELA:n 1985 alkanut omalääkärikokeilu jatkui edelleen STM:n 1989 aloittamien väestövastuukokeilujen aikana ja jälkeen, ei KELA:n kokeilujen tuloksia voitu hyödyntää väestövastuukokeiluissa. Myöskään KELA:n kokeiluissa ei hyödynnetty väestövastuukokeiluista saatuja tuloksia. Näin ollen jäi em. kokeilujen tulosten keskinäinen vertailu ja optimaalisten hyötyjen arviointi tekemättä, mikä olisi kuitenkin ollut perusteltua näinkin laajoissa, vaikkakin toisistaan olennaisesti poikkeavissa kokeiluissa. Myöskään KELA:n ja STM:n suurten kaupunkien kokeiluihin liittyneitä erikoislääkärikonsultaatioiden parannettuja käyttömahdollisuuksia ei tarkemmin analysoitu eikä hyödynnetty väestövastuukokeiluissa. Yhtenä tulevien kehittämishankkeiden selvityskohteena voisikin olla em. erikoislääkärikonsultaatioita koskevien tulosten hyödyntämismahdollisuus nykyisessä omalääkärijärjestelmässä.

<sup>4</sup> VPK väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut, Kokeilujen tausta ja tavoitteet, Liukko ym., Lääkintöhallituksen julkaisu 156/1990.

VPK väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut, väliraportti lääkäreiden ja terveydenhoitajien työstä, työterveydenhuollosta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyöstä, Aro ym., Sosiaali- ja terveyshallituksen raportti 24/1991.

Väestövastuu henkilökunnan kokemana, Sosiaali- ja terveyshallituksen raportti 56/1992.

VPK väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992, Mikä muuttui, Aro ym., STAKESin raportti 105/1993.

Alueellinen väestövastuu terveyskeskuksissa, Toiminta ja kustannukset, Mäkelä ym., STAKESin raportti 107/1993.

Väestövastuisen toiminnan tuloksia ja arviointia, Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ja Suomen Lääkäriliiton selvitys, KT:n julkaisu 7/1993.

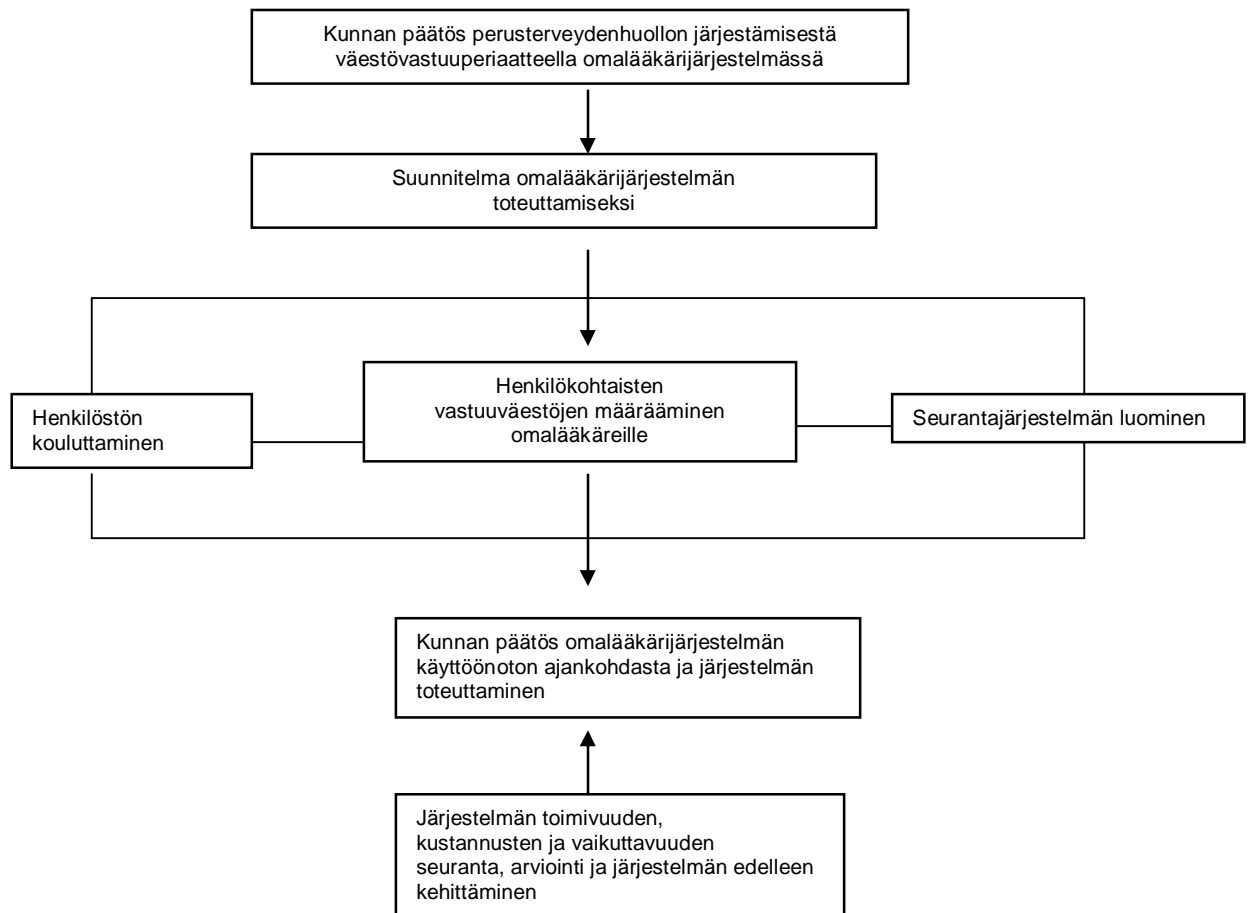
<sup>5</sup> Ks. esim. Työryhmäraportti lääkäripäivystyksen rationalisointimahdollisuuksista ym., KT 1991.

Vaikka omalääkäritoiminnan laajenemisen myötä perusterveydenhuollon toimintoja kehitettiin ja järjesteltiin uudelleen sekä mm. lääkärin ja hoitajien välistä työnjakoa uudistettiin (mm. kansansairauksien kuten astman, reuman ja diabeteksen osalta), vaikeutti samaan aikaan osunut taloudellinen lama omalääkärijärjestelmän edelleen kehittämistä ja toteuttamista. Monet kunnat joutuivat ”säästämään” väestövastuujärjestelmän avulla. Samalla kun väestön terveyspalvelujen kysyntä lisääntyi, jouduttiin rationalisoimaan ja vähimmäistämään sijaisten määrää, mikä lisäsi lääkärin ja muun henkilöstön kuormitusta ja vähensi työtyytyväisyyttä. Näin alkoi myös omalääkärijärjestelmä – perusterveydenhuollon aiempien järjestelmien tapaan – saada negatiivisia leimoja.

## OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN SIIRTYMINEN

### Kunnan toimenpiteet omalääkärijärjestelmän käyttöönotossa

Kunnan toimivaltainen viranomainen päättää väestövastuuperiaatteella toimivan omalääkärijärjestelmän käyttöönotosta perusterveydenhuollossa. Toiminnan onnistumisen perusedellytyksenä on laaja-alainen valmistelu koko terveyskeskuksen henkilökunnan keskuudessa. Samassa yhteydessä päätetään järjestelmään siirtävistä lääkäreistä, hoitajista ja muusta henkilökunnasta sekä toiminnoista, jotka jätetään omalääkärijärjestelmän ulkopuolelle. Kunnan toimenpiteet omalääkärijärjestelmän käyttöönotossa sisältävät yleensä seuraavat vaiheet:



## Suunnitelma omalääkärijärjestelmän toteuttamisesta

### *Suunnitelma*

Omalääkärijärjestelmän toteuttamisen läpivienti on ajallisesti ja sisällöllisesti vaativa prosessi, jota varten tarvitaan yksityiskohtainen suunnitelma taustaselvityksineen. Suunnitteluun lähdettäessä on suositeltavaa selvittää myös seudullisen ja kuntien välisen muun alueellisen yhteistyön mahdollisuudet ja hyödyntää näitä järjestelmän toteuttamisessa.

Suunnitelma sisältää mm. omalääkärijärjestelmälle asetetut tavoitteet ja keinot tavoitteiden saavuttamiseksi, nykytilan kuvauksen alueen perusterveydenhuollon palveluista ja voimavaroista, väestörakenne- ja palvelutarveanalyysit, arvion käytössä olevien tilojen sopivuudesta toimintaan sekä suunnitelman omalääkärijärjestelmän toteuttamisesta käytännössä kustannusselvityksineen. Suunnitelmassa todetaan omalääkärijärjestelmän piiriin kuuluva väestö ja/tai alueet sekä linjataan henkilöstö- ja taloudellisten resurssien käyttö. Suunnitelma sisältää myös aikataulun eri vaiheiden toteuttamiselle.

### *Palvelutarpeen ja voimavarojen selvittäminen<sup>6</sup>*

Väestön palvelutarpeen kartoittaminen edellyttää vähintään väestön ikärakenteen, aiempien terveyspalvelujen ja sosiaalisen taustan selvittämistä. Myös väestön ikärakenteen kehitys on perusteltua arvioida. Lisäksi on aiheellista selvittää muiden kuin kuntalaisten (kesäasukkaat, opiskelijat, työterveyshuollon piirissä olevat jne.) osuus terveyskeskuksen palveluiden käyttäjistä.

Esimerkiksi moniammatillinen työryhmä voi selvittää, mitä palveluja omalääkäritoiminta tulee sisältämään. Samalla harkitaan mm. se, miten laajasti myös muiden henkilöstöryhmien kuin lääkärien osalta siirrytään väestövastuiseen toimintaan.

Työvoiman riittävyyden sekä sen osaamisen ja koulutustarpeiden arvioimiseksi kartoitetaan myös käytettävissä olevat henkilöstöresurssit.

### *Kustannusten selvittäminen*

Omalääkärijärjestelmään siirtymisen kustannusvaikutukset tulee selvittää mahdollisimman tarkasti, jotta päätöksentekijöillä on käytössään riittävät tiedot. Luottamushenkilöorganisaation tulee saada valmistelusta vastaavalta operatiiviselta johdolta asianmukainen selvitys palvelutarjonnan nykytilasta, mahdollisista puutteista ja muista siirtymiseen vaikuttavista seikoista. Varsinkin paikkakunnilla, joissa terveyskeskuksen palvelujen saatavuus on ollut heikkoa, tulee järjestelmän käyttöönoton alkuvaiheessa varautua kustannusten nousuun. Lisääntyvillä kustannuksilla parannetaan väestölle tarjottavan palvelun tasoa ja perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Järjestelmän vakiintuessa palvelujen kysyntä ja kustannukset yleensä tasaantuvat.

---

<sup>6</sup> Väestön tarpeet puntariin, Elonheimo, Kunnallislääkäri-vuosikirja 2002–2003.

## **Tiedottaminen**

Kunnan on kuntalain mukaan tiedotettava asukkailleen kunnassa vireillä olevista asioista, niitä koskevista suunnitelmista, asioiden käsittelystä, tehdyistä ratkaisuksista ja niiden vaikutuksista. Tiedottamisen tavat ja laajuus ovat kunnan harkittavissa. Erilaisten tiedotusvälineiden ja -kanavien kautta välitettävällä tiedolla voidaan avata yleinen keskustelu jo suunnitteluvaiheessa.

Tiedotussuunnitelman laatiminen kunnan asukkaille omalääkärijärjestelmän valmistelu- ja käyttöönottovaiheista jättevöittää tiedottamista ja varmistaa oikean tiedon välittämistä.

Vaikka tiedottaminen kunnan asukkaille olisikin tehokkaasti järjestetty, on tiedotussuunnitelman laatiminen erikseen myös henkilöstöä varten perusteltua, koska näin varmistetaan henkilöstön oikea-aikainen ja oikeasisältöinen tiedonsaanti. Tiedottaminen omalääkärijärjestelmän tavoitteista, valmistelun etenemisestä sen eri vaiheissa sekä järjestelmän vaikutuksista henkilöstöön vähentää henkilöstön muutosvastarintaa ja tukee henkilöstön sitoutumista. Käytettävissä ovat mm. henkilöstöjulkaisut ja -tiedotteet, henkilöstökokoukset sekä ilmoitustaulut, sisäiset tietoverkot ja sähköposti.

## **Seurantajärjestelmä ja henkilökunnan koulutus**

Kunta luo tarvittavan seurantajärjestelmän paikallisia tarpeita vastaavaksi.

Toiminnalle asetettujen tavoitteiden toteutumista voidaan seurata erilaisten mittarien avulla. Palvelun saatavuutta voidaan mitata esimerkiksi toteutuneita tavoitettavuusajkoja tarkkailemalla, palvelun laatua esimerkiksi asiakaskyselyin ja kustannustehokkuutta esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kustannuksilla asiakasta tai kunnan asukasta kohti.

Omalääkärijärjestelmään siirtyminen edellyttää koko henkilöstön koulutusta. Valmisteluvaiheessa on hyvä laatia koulutussuunnitelma, joka toteutetaan joko omin voimin tai ulkopuolisten kouluttajien avulla. Koulutus on aloitettava jo ennen järjestelmään siirtymistä.

## **Päätös omalääkärijärjestelmän aloittamisesta**

Kunta päättää omalääkärijärjestelmän aloittamisesta sen jälkeen, kun suunnitelman mukaiset toimenpiteet on toteutettu ja järjestelmän muut soveltamisen edellytykset täyttyvät.

Omalääkärijärjestelmän ja kunnallisen lääkärisopimuksen omalääkäreitä koskevien sopimusmääräysten soveltaminen edellyttää, että lääkärille on määritelty henkilökohtainen vastuuväestö ja perusvastuuväestö ja että omalääkäri on tavoitettavissa tavoitettavuusajan puitteissa. Ennen soveltamista tulee siis mm. lääkäreiden vastuuväestöjen olla määritelty, työnjaon olla selvä, riittävä koulutus henkilöstölle annettu ja tarvittavat palvelussuhteen ehtoja koskevat päätökset tehty (esim. väestöosan euromääräinen suuruus).

Jotta kuntalaiset osaavat hakeutua omalääkäriinsä hoitoon, heitä tulee informoida palvelun käytännön järjestelyistä. Kuntalaisille suunnatun tiedottamisen avulla pyritään mm. helpottamaan kunkin hakeutumista henkilökohtaiselle omalääkärilleen esimerkiksi ilmoittamalla omalääkärit kuntalaisille postitse.

## VASTUUVÄESTÖN MUODOSTAMINEN, SEURANTA JA MUUTTAMINEN

### Henkilökohtaisten vastuuväestöjen muodostaminen

Ennen omalääkärijärjestelmän käyttöönottamista määrätään jokaiselle omalääkärille henkilökohtainen vastuuväestö, josta on tiedettävä lukumäärä ja siihen kuuluvat henkilöt yksilöidysti. Lisäksi vastuuväestöstä määritellään erikseen ns. perusvastuuväestö eli henkilöt, joilla on avosairaanhoidon lääkäriiskäyntejä vähintään kolme vuodessa<sup>7</sup>. Em. käynteihin lasketaan mukaan päivääjän vastaanottokäynnit ja päivystyskäynnit sekä esimerkiksi neuvolassa ja työterveydenhuollossa suoritettut sairauskäynnit.

Lääkärille määrätty vastuuväestö määritellään paikallisesti paikallisiin olosuhteisiin soveltuvasti. Vastuuväestö voidaan muodostaa esimerkiksi

- maantieteellisesti määrätyn alueen väestöstä
- lääkärin aiemmista potilassuhteista
- potilaiden oman valinnan perusteella<sup>8</sup>
- kokonaan tai osittain tietyistä potilasryhmistä (esim. työterveyshuolto, palvelutalot)
- edellä mainittujen yhdistelmistä.

---

<sup>7</sup> Perusvastuuväestö voidaan selvittää joko ennen omalääkärijärjestelmän soveltamisen alkamista tai soveltamisen alettua. Etukäteen perusvastuuväestö voidaan selvittää esim. käymällä potilasasiakirjoista läpi potilaskäynnit vuotta edeltävältä ajalta. Lääkärille määrätystä vastuuväestöstä poimitaan asiakirjojen perusteella ne, jotka ovat käyneet lääkärillä vähintään kolme kertaa (em. tavalla saatu perusvastuuväestön määrä on myös lääkärin palkkauksen väestöosan laskentaperusteena).

Toisena vaihtoehtona on, että, järjestelmän alkaessa lääkärille määritellään vain ns. laskennallinen perusvastuuväestö, mikä on 20 % lääkärin vastuuväestöstä (esim. jos lääkärille määrätty vastuuväestö on 2000 henkilöä, on laskennallinen perusvastuuväestö 400; perusvastuuväestöön kuuluvia henkilöitä ei siis tässä vaiheessa tiedetä yksilöidysti). Noin vuoden pituisen seurantajakson aikana selvitetään kunkin potilaan ensikäynnin yhteydessä aiemman potilashistorian ja nähtävissä olevan terveydentilan ennusteen mukaan, onko kysymyksessä lääkärin perusvastuuväestöön vai muuhun lääkärin vastuuväestöön kuuluva henkilö. Mikäli jo ensimmäisen vuoden kuluessa ilmenee, että perusvastuuväestön määrä nousee arvioitua korkeammaksi tai jää selvästi pienemmäksi, perusvastuuväestön määrä korjataan toteutuman mukaiseksi.

<sup>8</sup> Kun kunta mahdollistaa kuntalaisen rekisteröitymisen valitsemalleen omalääkärille, voidaan menetellä esim. siten, että omalääkärillä on "alkulista" etukäteen lääkärin itse valinneista potilaista ja lista täytetään lopullisesti myöhemmin hoitoon hakeutuvista. Koska lääkärin vastuuväestöä ei voida kasvattaa loputtomiin, voi syntyä tilanne, että listautuminen joudutaan katkaisemaan ja uusien potilaiden voidaan antaa listautua sitä mukaa kuin listalta poistuu henkilöitä. Listautumismallissa voi olla perusteltua mm. määritellä vastuuväestön enimmäismäärä etukäteen, ja kehottaa perheenjäseniä valitsemaan sama lääkäri.

Omalääkärien keskimääräinen vastuuväestö on nykyisin runsaat 2 000 lähtökohtana ns. laajan lääkärintyönmallin mukainen toimintatapa. Vastuuväestön koko voi kuitenkin vaihdella huomattavastikin vastuuväestön rakenteesta ja lääkärin muusta työstä riippuen, eikä yksiselitteistä vastausta vastuuväestön ”oikealle” koolle voida antaa.<sup>9</sup> Yhtenä lähtökohtana voidaan pitää 2000 henkilön rakenteeltaan monipuolista vastuuväestöä ja keskimäärin yhden viikkotyöpäivän työpanosta vastaavaa muun työn määrää. Kunkin omalääkäriin vastuuväestön koko määritellään kuitenkin tapauskohtaisesti arvioimalla mahdollisimman objektiivisesti vastuuväestön työllistävä vaikutus ja muuhun työhön keskimäärin kuluva aika. Arvioinnin lähtökohtana on – kuten työtutkimuksissakin – kokenut, hyvän ammattitaidon omaava terveystieteiden lääkäri.

Suosittelavana tavoitteena on, että lääkärikohtaiset vastuuväestöt jaetaan lääkärin kesken suhteellisen tasaisesti vastuuväestöjen aiheuttaman työmäärän perusteella. Tämän vuoksi tulee ennen lääkärikohtaisten vastuuväestöjen muodostamista selvittää omalääkärijärjestelmän piiriin kuuluvien asukkaiden terveyspalvelujen käyttö ja arvioida tuleva palvelutarve.

Lääkärille määrättävän vastuuväestön kokoon vaikuttaa myös lääkärin muu työ, jonka työllistävän vaikutuksen arvioiminen erikseen on tärkeää erityisesti niissä tapauksissa, kun lääkärin välillä toteutetaan muun työn osalta työnjakoa (esim. jollekin keskitetään neuvolatoimintaa omaa vastuuväestöä laajemmin, joku vastaa tiettyä erikoisosaamista vaativasta toiminnasta koko kunnan alueelle ja jollain ei ole erityistehtäviä ollenkaan). Vastuuväestöjä muodostettaessa tuleekin vastuuväestöjen ja muun työn työllistävää vaikutusta tarkastella yhdessä ja arvioida em. yhteenlaskettu kokonaistyömäärä.

Ennen vastuuväestöjen ja muun työn jakamista on hyödyllistä esimerkiksi kehityskeskusteluissa kartoittaa lääkärin erityisosaamiset, suuntautumishalukkuudet ym. henkilökohtaiset taidot, kyvyt ja toiveet, sekä ottaa niitä mahdollisuuksiensa mukaan huomioon työnjakoa toteutettaessa. Seudullinen yhteistyö antaa yleensä hyvät mahdollisuudet hyödyntää lääkärin ja terveydenhuollon muun henkilöstön osaamista ja henkilökohtaisia ominaisuuksia palvelutuotannon parhaaksi.

---

<sup>9</sup> Vastuuväestön ”oikeasta” koosta vallitsee erilaisia käsityksiä. Esim. selvityshenkilö Eila Uotilan raportissa Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen (STM Selvitykset 2004:3) suurten kaupunkien johtavat lääkärit ovat arvioineet, että vastuuväestö voi olla 2500, jos lääkäri hoitaa vain vastaanottotoimintaa (rakenteeltaan keskimääräinen monipuolinen väestö ja saatavilla myös korvaavia palveluja), ja 2000, jos lääkäriillä on keskimäärin päivä viikossa muuta työtä.

Lääkärikunnan piirissä on myös esitetty näkemyksiä, että vastuuväestö tulisi rajata 1800:aan ja muun työn määrä yhteen työpäivään viikossa. Myös pienempiä vastuuväestöjä on esitetty vedoten mm. Tanskan ja Norjan lääkärintyön malleihin (lääkärikohtainen väestö keskimäärin 1500–1600), mutta em. järjestelmät poikkeavat olennaisesti Suomen perusterveydenhuollon järjestelmästä. Em. selvityshenkilön raportissa on selostettu myös muiden Pohjoismaiden perusterveydenhuollon järjestelmiä.

Todennäköisenä voidaan pitää, että joissakin terveystieteiden tutkimuskeskuksissa vallinnut tilanne, jossa keskimääräinen monipuolinen vastuuväestö on runsaat 2000 (ja korvaavia palveluja yleensä vähän tai ei ollenkaan) ja sen lisäksi muun työn osuus keskimäärin 2–3 päivää viikossa, johtaa ajan ollen hallitsemattomaan työmäärään ja omalääkärijärjestelmästä palvelutuotannolle saatavien hyötyjen häviämiseen.

Myös muun terveydenhuollon henkilöstön määrä ja lääkärien ja hoitajien välinen työnjako vaikuttavat osaltaan omalääkäreiden työmäärään ja vastuuväestöjen kokoon.<sup>10</sup>

Selvittämällä mahdollisimman hyvin etukäteen lääkäreiden vastuuväestöjen ja muun työn työllistyvyys, kuormittavuus ja lääkäreiden henkilökohtaiset ominaisuudet sekä lääkäreiden ja hoitajien välinen tarkoituksenmukainen työnjako ym., vältetään toisaalta se, ettei erilaisten vastuuväestöjen aiheuttama työmäärä vaihtelee kohtuuttomasti lääkärikohtaisesti, ja turvataan se, että kukin lääkäri pystyy asianmukaisesti huolehtimaan vastuuväestöstään.

### **Vastuuväestöjen ja lääkäreiden muun työn työllistävyyden kartoittaminen**

Nykyisen tietotekniikan avulla on vastuuväestöt mahdollista jyvittää väestön palvelujen käytön ja tarvittaessa diagnoosienkin avulla siten, että vastuuväestöjen asukkaiden palvelutarve on suunnilleen yhtä suuri. Vastuuväestöt saatetaan siis jyvittämällä työmäärältään yhteismitallisiksi. Väestön iän, terveyskeskuskäyntien ja sosioekonomisen tilanteen perusteella on myös mahdollista määrittellä esimerkiksi alueellisen väestön käyttäjäprofiili.<sup>11</sup>

Väestön palvelutarpeen arvioimiseksi selvitetään mm.

- väestön ikärakenne ja sen kehitys
- väestön sosiaaliset taustat
- väestön aiempi terveydenhuoltopalvelujen käyttäminen
- ryhmät, joiden terveydenhuoltopalvelut hoidetaan pitkälti muiden kuin omalääkäreiden toimesta tai keskitetään jollekin omalääkärille (esim. työterveyshuolto)
- kunnan ulkopuoliset palvelujen käyttäjät ja heidän palvelutarpeensa (esim. kesäasukkaat ja opiskelijat).
- terveyskeskuksen palvelujen peittävyys ja arvio esimerkiksi omalääkärijärjestelmän tavoiteasetannan perusteella peittävydessä odotettavista muutoksista ja niiden vaikutuksista palvelujen kysyntään.

Väestön ikärakenne heijastaa palvelujen käyttömäärää, ja useimmista potilastietojärjestelmistä on saatavissa tiedot palvelujen todellisesta käytöstä eri ikäryhmillä. Vastuuväestöjen kokoja määriteltäessä voidaan apuna käyttää esimerkiksi ikäryhmiin perustuvia kertoimia<sup>12</sup> huomioiden myös ikääntyvien ihmisten terveydessä viime aikoina tapahtunut kehitys myönteisempään suuntaan.

---

<sup>10</sup> Kunnallinen työmarkkinalaitos on julkaissut vuonna 2009 oppaan ”Tehtävien ja työnjaon muutokset: Opas terveydenhuollon ja työelämän kehittämiseen”. Se perustuu muistioon, jonka sisällöstä on saavutettu yksimielisyys kunta-alan työmarkkinaosapuolten kesken 2.9.2008. (9.12.2009)

<sup>11</sup> Ks. alaviite 6.

<sup>12</sup> Esim. ns. RAVA -indeksiä käyttäen voi 65 vuotta täyttäneet saada suhdeluvukseen 1,5:n, 75–85-vuotiaat luvun 3 ja yli 85-vuotiaat luvun 6. Oulussa käytettiin kolmiportaista indeksiä eri-ikäisten väestöjen aiheuttaman työmäärän tasaamiseen. 0–6-vuotiailla kertoimena oli 1,5 ja 7–64-vuotiailla 1 ja vähintään 65-vuotiailla 3. Jos ikäkertoimia käytetään, on saatujen kokemusten mukaan kuitenkin suositeltavaa käyttää em. tiheämpää ikäryhmittelyä esim. 0–1 v, 1–2 v, 2–6 v, 7–20 v, 20–50 v, 50–65 v, 65–70 v, 70–75 v, 75–80 v ja yli 80 v.

Alueet, joissa on runsaasti vanhusväestöä, työllistävät lääkäreitä yleensä keskimääräistä enemmän. Huomioon on myös otettava esimerkiksi vanhusten ja vammaisten palvelutalot, kun ne sisältyvät lääkärin vastuuväestöön.

Uusilla asuinalueilla, joissa on paljon lapsiperheitä, pienten lasten suuri määrä näkyy toiminnassa äkillisten vastaanottoaikojen lisäyksenä ja edellyttää valmiutta lapsipotilaiden hoitoon. Neuvolatyön määrä on myös suurempi, mikä on huomioitava omalääkärin muussa työssä.

Kaupungeissa käytetään usein korvaavia lääkäripalveluja maaseutupaikkakuntia enemmän ja vastaavasti vähemmän julkisen terveydenhuollon palveluja. Samanlainen tilanne voi olla myös kunnan ns. hyvinvointialueilla. Päinvastainen tilanne taas voi olla alueilla, missä sosiaalista asuntotarjontaa on merkittävästi.

Työterveyshuolto hoitaa huomattavan osan väestön palvelutarpeesta alueilla, joissa on paljon työkäistä väestöä, työllisyystilanne hyvä ja työterveyshuolto on toimiva. Tämä vähentää vastaavasti alueen omalääkärin työtä. Jos työterveyshuolto muodostaa oman vastuuväestönsä tai osan jonkun lääkärin vastuuväestöstä, vähennetään tämän piiriin kuuluvat henkilöt toisen lääkärin maantieteellisesti määrätystä vastuuväestöstä. Vastuuväestöjä muodostettaessa onkin syytä kiinnittää huomiota myös siihen, että eri väestöryhmät otetaan huomioon vain kertaalleen.

Ainakin omalääkärijärjestelmän siirtymävaiheessa on syytä varautua siihen, että mikäli terveyskeskuksen palvelujen peittävyys on ollut huonoa ja asiakkaat ovat käyttäneet terveyskeskuksen palveluja vähän, potilasmäärät nousevat järjestelmän alkuvaiheessa huomattavasti. Potilasmäärät kuitenkin yleensä tasoittuvat järjestelmän vakiintumisen myötä. Jos taas väestö on jo aiemmin käyttänyt terveyskeskuksen palveluja kattavasti, eivät asiakas- tai kokonaiskäyntimäärät myöskään omalääkärijärjestelmään siirryttäessä sanottavasti kasva.

Lääkärien muun työn vaikutuksista vastuuväestöjen kokoon on huomattava, että mikäli laajoja ja vaativia tehtäväkokonaisuuksia (erityisen työllistäviä erityistehtäviä tai tehtäväalueita) suunnataan vain joillekin lääkäreille, on heidän vastuuväestönsä yleensä määriteltävä muiden lääkärin vastuuväestöä pienemmäksi. Toisaalta vastaavien tehtäväkokonaisuuksien puuttuminen muilta omalääkäreiltä vapauttaa heidän työaikaansa keskimäärin enemmän normaaliin vastaanottoimintaan, mikä mahdollistaa heille keskimääräistä suuremmat vastuuväestöt.

### **Vastuuväestöjen ja lääkärin työmäärän seuranta ja muuttaminen**

Lääkärien kokonaistyömäärän kehitystä (mm. vastuuväestöjen mitoitus) tulee seurata jatkuvasti ja tarkastella sitä määräajoin esimerkiksi vuosittain käytävien kehityskeskustelujen yhteydessä sekä tasapainottaa työmäärää lääkärin kesken tarpeen mukaan. Myös omalääkäreitä koskevassa virkaehtosopimuksessa edellytetään lääkärin palkan väestöosan määrittämiseksi, että lääkärin vastuuväestö ja perusvastuuväestö tarkistetaan vähintään vuosittain ja lisäksi erikseen, kun vastuuväestöjä muutetaan<sup>13</sup>. Samassa yhteydessä tarkistetaan pe-

<sup>13</sup> Ks. Lääkärisopimuksen liitteen 1 2 §.

rusvastuuväestön laadussa mahdollisesti tapahtuneet muutokset ja niiden vaikutus palkkaan.

Väestörakenteen muutokset kunnassa tai tietyllä alueella taikka henkilöstömuutokset tai muutokset lääkärin muun työn määrässä voivat edellyttää omalääkärin vastuuväestön muuttamista. Koska omalääkärijärjestelmällä pyritään kunta-laisten ja omalääkärin välisen hoitosuhteen vakiinnuttamiseen, edellyttää vastuuväestöjen muuttaminen kuitenkin tarkkaa harkintaa ja vaihtoehtoisten menettelytapojen etsimistä. Ennen vastuuväestöjen muuttamista selvitetään edellä kohdassa ”Vastuuväestöjen ja muun työn työllistävyyden kartoittaminen” todetut seikat. Väestön kasvu saattaa aiheuttaa myös tarpeen perustaa lisää lääkärinvirkoja.

### **Osa-aikatyön tekemismahdollisuus omalääkärijärjestelmässä**

Omalääkäreillä ei ole säännöllistä työaikaa eikä siten voida puhua varsinaisista osa-aikaisista omalääkäreistä. Vastuuväestön koko voidaan kuitenkin määritellä siten, että sen hoitamisen vaatima työmäärä on pienempi kuin muilla omalääkäreillä. Työmäärää voidaan pienentää myös vähentämällä pelkästään omalääkärin muuta työtä. Tällaisen ”osa-aikaisen” omalääkärin palkka suhteutetaan alennetun työmäärän mukaan.<sup>14</sup>

—

Jos esimerkiksi vastuuväestön keskimääräinen koko on kunnassa 2000 henkilöä, voidaan olettaa 1000 henkilön vastuuväestön hoidosta vastaamisen vievän noin puolet vähemmän työaikaa keskiarvoon verrattuna, mikäli väestö on samanlaista ja myös muita tehtäviä on vähennetty vastaavassa suhteessa.

## **OMALÄÄKÄRIN TYÖNKUVA**

### **Omalääkäri koordinaattorina**

Johtavan lääkärin tehtävänä on koordinoida ja seurata omalääkärijärjestelmää, puuttua sen toimivuudessa havaittuihin epäkohtiin ja kehittää järjestelmää perusterveydenhuollon palvelutarpeen mukaisesti.

Omalääkäri vastaa vastuuväestönsä perusterveydenhuollon palveluista yhdessä moniammatillisen tiiminsä ja muun henkilöstön kanssa. Hänen tehtävänä on toiminnan kehittäminen väestön palvelutarpeita ja tehokasta työtappaa tukeväksi. Potilaansa hoidossa ja hoitoon ohjauksessa on omalääkärillä koordinaattorin rooli.<sup>15</sup>

Oikean suhteen löytäminen väestön palvelutarpeen ja väestökoon sekä lääkärin työskentelytavan ja osaamisalueiden välillä on olennaista omalääkärijärjestelmän toimivuuden kannalta (ks. edellä kohta Vastuuväestöjen muodostaminen). Kun tähän yhdistetään eri ammattihenkilöiden tarkoituksenmukainen ja joustava työnjako, tehokkaat terveyskeskuksen sisäiset konsultaatiomahdollisuudet, sujuvat lähetekäytännöt erikoissairaanhoidon ja nopea palaute erikoissairaanhoidon

<sup>14</sup> Ks. lääkärisopimuksen yleisen osan 3 §:n soveltamisohjeen kohta 4.

<sup>15</sup> Omalääkärinä toimimisen peruslähtökohdat, Liukko–Valtola, Kunnallislääkäri-vuosikirja 2000–2001.

dosta omalääkärille, sekä huolehditaan henkilöstön järjestelmällisestä täydennuskoulutuksesta, luodaan edellytykset potilaan parhaaksi toimivalle omalääkärijärjestelmälle.

### **Omalääkärien tehtäväkuvat paikallisten tarpeiden mukaan**

Omalääkärijärjestelmän lähtökohtana on lääkärintyön ns. laajan mallin mukainen toiminta eli omalääkärit hoitavat käytännössä kaikki kansanterveystyön 14 §:n mukaiset tehtävät.

Omalääkäriin keskeisiä tehtäviä ovat vastuuväestön avosairaanhoidon palveluita kuten päiväajan vastaanotto toiminnasta, kotisairaanhoidosta ja päivystyksestä huolehtiminen. Ennalta ehkäisevän työn painoarvo on omalääkärijärjestelmässä vähintäänkin sama tai korostuneempi kuin perinteisessä terveyskeskuslääkärijärjestelmässä.

Omalääkärijärjestelmä antaa kuitenkin hyvät mahdollisuudet ottaa huomioon mm. lääkärien erityisosaaminen ja toteuttaa paikallisesti tarkoituksenmukaiseksi katsottua työnjakoa niin lääkäreiden kuin lääkäreiden ja hoitohenkilöstön kesken. Tavoitteena on, että omalääkärien tehtäväkuvat muokataan paikallisten tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattihenkilöiden erityisosaamista mahdollisimman hyvin hyödyntäen. Tarkoituksenmukainen työnjaon toteuttaminen edellyttää yleensä kohtuullisen suuria yksiköitä. Kuntien seudullinen ja muu yhteistyö luo hyvät mahdollisuudet ammattihenkilöiden tietotaidon ja erityisosaamisen alueelliseen hyödyntämiseen.

### **Laajojen ja erityisosaamista vaativien tehtäväalueiden hoitaminen**

Omalääkärijärjestelmään siirryttäessä kartoitetaan mm. terveyskeskuksen perustoimintaan kuuluvat erityisosaamista vaativat alueet ja harkitaan, mitä laajoja, aikaa ja/tai erityisosaamista vaativia tehtäväkokonaisuuksia

- sisällytetään omalääkärien tehtäviin ja missä määrin
- keskitetään harvemmillä omalääkäreillä
- eriytetään osittain tai kokonaan omiksi toiminnoiksi ”omalääkärijärjestelmän ulkopuolelle” muille lääkäreille.

Työnjaon toteuttaminen on selvyuden vuoksi hyvä todeta ja se otetaan huomioon myös lääkäreiden vastuuväestöjen kokoja määriteltäessä (ks. edellä kohta Vastuuväestöjen ja lääkärin muun työn työllistävyyden kartoittaminen).

Erikseen harkittavia laajoja tai erityisosaamista vaativia tehtäväkokonaisuuksia voivat olla esimerkiksi suurten vuodeosastojen, palvelutalojen, päihde- ja kuntoutusyksikköjen sekä mielenterveyspotilaiden ym. erityisryhmien hoito, koulu-terveydenhuolto, äitiys- ja lastenneuvolatoiminta<sup>16</sup> sekä työterveyshuolto. Lää-

---

<sup>16</sup> Vaikka lasten- ja äitiysneuvolatoiminta voidaan joko sisällyttää omalääkäriin työhön tai eriyttää omaksi osaamiseksi, voidaan ennalta ehkäisevän toiminnan toteuttamiseksi pitää perusteltuna, että lastenneuvola, joka ajanjaksollisesti ulottuu koko lapsen leikki-ikänsä eli kouluun menoon asti, sekä äitiysneuvoloiden ennalta ehkäisevä sekä perhettä ja äitejä tukeva toiminta sisällytetään olennaisena osana perusterveydenhuollon toimintaa omalääkäriin toimintaan (äitiysneuvolatoimintaan kuuluva puhdas obstetriikka on pitkälti siirtynyt äitiyspoliklinikoille).

kärin erityisosaamiseen perustuvaa työnjakoa voidaan toteuttaa esimerkiksi diabeteslääkärinä, reumalääkärinä ja ehkäisyneuvolalääkärinä.

Kansantautien osalta voidaan myös täydennyskouluttaa ns. vastuomaalääkäreitä, joiden tehtävänä on mm. kehittää terveyskeskuksen toimintaa em. sairauksien osalta ja toimia omalääkärien konsulttina potilastapauksissa.<sup>17</sup>

Omalääkärien keskinäistä ja omalääkärien ja perusterveydenhuollon muiden lääkäreiden sekä hoitohenkilökunnan työnjaon tarkoituksenmukaisuutta tulee seurata ja kehittää sekä muuttaa sitä mm. palvelutarpeessa, seudullisessa yhteistyössä tai perusterveydenhuollon ja erikoisairaanhoidon työnjaossa tapahtuneita muutoksia vastaavasti taikka henkilöstömuutosten ym. takia.

### **Töiden suunnittelu omalääkärin päivittäisen työnhallinnan avuksi**

Omalääkärin eri tehtäväalueet sekä väestön ikärakenne ja erityispiirteet ym. edellyttävät, että lääkäri yhdessä moniammatillisen työryhmänsä kanssa suunnittelee kokonaistyömääränsä ja ajankäyttönsä eri tehtävien suhteen (päivittäinen ohjelma palvelujen takaamiseksi).

Esimerkiksi lapsivoittoisen väestön hoitaminen asianmukaisesti edellyttää varautumista akuuttiaikojen päivittäiseen kysyntään ja kysynnän vaihteluun eri aikoina. Vanhusvoittoisen väestön osalta taas tulee varautua kotikäynteihin ja siihen, että potilaan käynnit vastaanotolla ovat mahdollisesti tavanomaista pitempiä. Ehkäisevässä työssä onnistuminen edellyttää, että omalääkäri tuntee potilaansa, toiminta perustuu pysyvään potilas-lääkärisuhteeseen ja jokaiseen vastaanottotapahtumaan varataan riittävästi aikaa myös ehkäisevän työn (potilaiden ohjaus ym.) toteuttamiseksi. Lisäksi työn suunnittelussa tulee huomioida myös mm. vastaanottopisteiden pitkät välimatkat.

Etukäteen laaditut työsuunnitelmat toimivat lääkäreiden ja hoitajien välisen ja lääkäreiden keskinäisen yhteistyön, työnjaon ja ajankäytön koordinoinnin apuvälineenä. Suunnittelussa tulee myös ottaa huomioon yhteistyövaatteet muiden tahojen kuten sosiaalitoimen kanssa. Omalääkärin työnkuvaan kuuluu esimerkiksi osallistua tarpeellisiin neuvotteluihin eri hallinnonalojen ja eri viranomaisien kanssa yksittäistä omaa potilastaan koskevassa päätöksenteossa. Sen sijaan terveyskeskuksen yleisiin tai kaikkia potilaita koskeviin asioihin liittyvät järjestelyt em. tahojen kanssa on tarkoituksenmukaista hoitaa esim. erityisvastuuttamisen myötä jo ajankäytöllisistä syistä.

### **Toiminnan tehostaminen hoitaja-lääkäriyöparilla**

Hoitaja-lääkäriyöparien muodostamisen on todettu yleensä parantavan potilaiden palvelujen saatavuutta ja lisäävän hoitajien ja lääkäreiden työtyytyväisyyttä.

---

<sup>17</sup> Esimerkiksi yksinomaan omalääkärijärjestelmän alkuun liitettyllä siirtymisvaiheen koulutuksella ei ole pystytty takaamaan omalääkärien riittävää kansansairauksien osaamista, koska varsinkin omalääkärintyön alkuvaiheessa lääkärit voivat kohdata potilasryhmiä, joiden hoitoon he eivät ole osallistunut vuosiin. Kaikilla omalääkäreillä on oltava luonnollisesti valmiudet hoitaa tavanomaisia kansansairauksia.

Perusedellytyksenä hoitaja–lääkärityöparien ja moniammatillisten tiimien toimimiselle on henkilöstön keskinäinen luottamus toistensa osaamiseen ja yhteensopivuus. Mitä toimivampi työtiimi on, sitä paremmin osataan tehdä työtä yhdessä ja tunnistaa potilaiden tarpeet sekä pystytään soveltamaan työnjakoa mahdollisimman pitkälle. Em. toimintatapaa tukemaan on syytä kehittää myös toimiva varamiesjärjestelmä.

Johtavan lääkärin ja johtavan hoitajan onkin suositeltavaa käydä keskustelut työparien ja muiden tarkoituksenmukaisten tiimien muodostamisesta perustuen omaan tuntemukseen henkilöstöstään.

### **Järjestelmällinen täydennyskoulutus ja sisäinen konsultaatio osaamisen varmistajina**

Omalääkärijärjestelmää on kritisoitu erityisesti lääkärin koulutushalukkuuden vähentymisestä. Täydennyskoulutus toimii kuitenkin paitsi omalääkärin osaamisen vahvistajana myös työn kuormittavuuden vähentäjänä.

Täydennyskoulutuksella tarkoitetaan suunnitelmallista, tavoitelähtöistä lyhyt- ja pitkäkestoista koulutusta, jonka avulla saavutettu osaaminen näkyy parannuksina asiakas- ja potilastyössä. Täydennyskoulutuksen lähtökohtana on palvelutuotannon tarve ja tavoitteena henkilöstön ammattitaidon ylläpitäminen, kehittäminen ja syventäminen organisaation perustehtävään ja toiminnan kehittämiseen perustuen.<sup>18</sup>

Kehityskeskustelujen perusteella laaditaan omalääkäreille – kuten muillekin terveydenhuollon ammattihenkilöille – henkilökohtaiset, mielellään osaamiskartoi- tuksiin perustuvat täydennyskoulutussuunnitelmat, ja koulutuksen toteuttamista seurataan ja sen vaikuttavuutta arvioidaan vuosittaisissa kehityskeskusteluissa.

Omalääkärien ja terveydenhuollon muun henkilöstön erityisosaamisen turvaaminen on erityisen tärkeää esimerkiksi ennen kuin ryhdytään toteuttamaan uusia työnjakoja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tai muutoin alueellisesti. Lisäksi on syytä kiinnittää huomiota siihen, että esimerkiksi konsultaatiomahdollisuuksien turvaaminen lähiympäristössä lisää työn mielenkiintoisuutta ja tekee siitä helpompaa sekä luo mahdollisuuksia tietynasteiseen erikoistumiseen myös omalääkäritoiminnassa. Samalla tunne osaamisesta ja uuden oppimisesta realisoituu.

Henkilöstön jatkuvan täydennyskoulutuksen ohella tulee kiinnittää erityistä huomiota myös työuransa alkuvaiheessa olevien nuorten ja muiden vähäisen työkokemuksen omaavien työn tukemiseen ja ohjaukseen vaativassa terveyskeskustyössä.

---

<sup>18</sup> Ks. terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta kansanterveyslain (66/1972) 41 §, sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta (1194/2003) (9.12.2009), STM:n kuntatiedote 19/2003 ja STM:n opas 2004:3, Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus sekä KT:n yleiskirje 11/2004.

## **Sijaisuuksien hoitaminen**

Omalääkärijärjestelmä vähentää yleensä lyhytaikaisten sijaisten tarvetta, koska vastuuväestö oman lääkärin lyhytaikaisissa poissaolotilanteissa hakeutuu sijais- tai muiden lääkärin hoitoon lähinnä välttämättömissä akuuteissa tilanteissa. Mikäli omalääkärin palvelujen saatavuutta ei lääkärin pidempiaikaisissa poissaolotilanteissa turvata sijaisjärjestelyin, hakeutuu väestö muiden omalääkärin hoitoon tai päivystykseen, mikä voi johtaa jonojen muodostumiseen muilla omalääkäreillä ja mm. kolmen päivän säännön romuttumiseen käytännössä.

Em. syystä tulisi omalääkärin pidempien, noin yli viikon kestävien poissaolojen ajaksi luoda selkeä sijaistusjärjestelmä. Perinteisen, ulkopuolisten sijaisten käytön ohella voidaan isoimmista terveyskeskuksissa luoda lyhyt- ja pidempiaikaisempiakin omalääkärin poissaoloja varten esim. ns. vakituisten sijaisten tai varahenkilölääkärin järjestelmä, jossa varahenkilö tulee kulloinkin poissa olevan omalääkärin tilalle. Sijaisuuksien hoitamisen on katsottu helpottuvan myös esim. silloin, kun omalääkärit toimivat useamman lääkärin (vähintään 3–5 lääkäriä) tiimeissä tai soluissa, jossa kullakin lääkärillä on omat potilaansa eli oma vastuuväestönsä, mutta jossa kokonaisvastuu omalääkäripalveluista on em. ryhmällä. Monesti jo omalääkärin työn vaatimat tavanomaiset poissaolot työllistävät solun muut omalääkärit.

Ks. myös jäljempänä kohta Palkkausmääräysten soveltaminen lääkäri työvoiman vajaustilanteissa.

## **Kehityskeskustelut johtamisen tukena**

On suositeltavaa, että johtavat lääkärit ja muut esimiehet ottavat käyttöön säännönmukaisesti, vähintään kerran vuodessa käytävät kehityskeskustelut. Tätä edellyttävät jo lääkärisopimuksessa määrätyn henkilökohtaisen lisän myöntäminen, joka perustuu lääkärin henkilökohtaisen työsuorituksen arviointiin, järjestelmällisen täydennyskoulutuksen toteuttaminen ja sen vaikuttavuuden seuranta sekä lääkärisopimuksessa edellytetty vastuuväestöjen päivittäminen, jonka yhteydessä arvioidaan myös mm. lääkärin kokonaistyömäärän kehitystä.<sup>19</sup>

Kehityskeskustelut auttavat esimiehiä perehtymään alaistensa omalääkärin työhön ja työntekoon sekä saamaan kokonaiskuvan omalääkäritoiminnasta, minkä perusteella voidaan ryhtyä esimerkiksi tasapainottamaan työmäärää lääkärin kesken tai muuttamaan lääkärin ja muun henkilöstön työn sisältöjä, työnjakoja ja noudatettuja toimintamalleja tarpeen mukaan.

## **OMALÄÄKÄRIEN PALKKAUSJÄRJESTELMÄ**

### **Kannustavan palkkausjärjestelmän rakenne**

Omalääkärin palkkausjärjestelmä perustuu kunta-alalla yleisesti maksettaville periaatteille: Palkkaus muodostuu omalääkärin työn vaatavuuden mukaan maksettavasta peruspalkasta (omalääkärin palkan perusosa) sekä omalääkärin

<sup>19</sup> Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen II luvun 6 § ja lääkärisopimuksen yleisen osan 11 § sekä liitteen 1 2 §.

henkilökohtaisen ammatinhallinnan, pätevyyden ja henkilökohtaisten työtulosten perusteella maksettavasta henkilökohtaisesta lisästä<sup>20</sup>.

Palkan määrittäminen yksilötasolla tehtävien vaativuuden ja tulosten mukaan eli palkan ns. yksilövastaavuus on tärkeää yksilön työmotivaation kannalta. Tätä palkan yksilövastaavuutta on pyritty omalääkäreillä parantamaan lisäämällä palkkausjärjestelmään väestövastuista toimintaa ja omalääkärien työn erityispiirteitä huomioon ottavia palkkatekijöitä. Tällaisia ovat perusvastuuväestön määrän ja laadun mukaan maksettava väestöosa (ns. kapitaatio-osa), muun väestön käynneistä maksettavat käyntipalkkiot sekä omalääkäriin suorittamista toimenpiteistä maksettavat toimenpidepalkkiot (suoriteperusteiset korvaukset). Päivystysajalta omalääkärille maksetaan lääkärisopimuksessa erikseen määrätty korvaukset.

Palkan mahdollisimman hyvän yksilövastaavuuden ohella on tärkeää, että koko työyhteisöä palkitaan hyvistä työtuloksista ja ennalta asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta ns. työyhteisön menestymisosuudella, esimerkiksi tulospalkkiolla. Tulospalkkiolla tuetaan työyhteisön toimimista yhdessä asetettujen tavoitteiden suuntaan ja palkitaan työyhteisöä tuloksellisuuden lisääntymisestä. Tulospalkkiojärjestelmä lisää yhteenkuuluvaisuutta ja identifioitumista työyhteisöön ja selkiyttää ja konkretisoi asetettuja tavoitteita.

Oppaan liitteenä 1 olevasta taulukosta ilmenevät tarkemmin omalääkäriin eri palkanosat ja niiden määräytymisperusteet.<sup>21</sup> Liitteenä 2 on myös omalääkärien ja perinteisen järjestelmän piirissä toimivien lääkärien palkkatekijäkohtainen palkkavertailu.

### **Toimivat työjärjestelyt**

Myös omalääkärijärjestelmässä tulee huolehtia siitä, että omalääkäri ja muu henkilöstö pystyy asianmukaisesti suoriutumaan työstään ja saavuttamaan asetetut tavoitteet. Kannustavan palkkauksen ohella henkilöstön vaikutusmahdollisuudet omaan työhönsä, oikein muodostetut ja mitoitettut vastuuväestöt, oikea työnjako, järkevästi jaksotetut työ- ja vapaa-ajat ja osaamisen varmistaminen ammatillisin täydennyskoulutuksin sekä toimivat sijaisjärjestelyt auttavat henkilöstöä jaksamaan. Samat tekijät edistävät omalääkärijärjestelmän toimivuutta ja takaavat perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden sekä potilaiden hoitoon pääsyn sovituissa ajassa.

---

<sup>20</sup> Kunnallisen yleisen virka- ja työehtosopimuksen 2005-2007 palkkauslukuun lisättiin uusi palkkausjärjestelmäpykälä (2 §), jossa määritellään palkkausjärjestelmän tavoitteet sekä termit eri palkanosille. Kun Lääkärisopimuksen 2005-2007 termit muutettiin vastaavasti, ovat tekstin palkkausjärjestelmää koskevat termit osin vanhentuneita. Peruspalkka (omalääkäriin palkan perusosa) on muutettu tehtäväkohtaiseksi palkaksi ja omalääkäriin varsinainen palkka on tehtäväkohtainen palkka, väestöosa, henkilökohtaisesta lisästä sekä mahdollinen määrävuosilisä (9.12.2009).

<sup>21</sup> Omalääkärien ja kunta-alan palkkausjärjestelmästä katso lisää KVTES:n palkkausluvun 2 § ja 5-6 § soveltamisohjeineen sekä lääkärisopimuksen yleisen osan 5 § ja 11 § soveltamisohjeineen. Kunta-alan palkkausjärjestelmää yleensä ja erityisesti työn vaativuuden arviointia on selostettu Kuntatyönantajan 3/2003, henkilökohtaisen työsuorituksen arviointia ja henkilökohtaista lisästä Kuntatyönantajan 2/2004 ja tulospalkkioita Kuntatyönantajan 3/2003 palkkaliitteissä.

Omalääkäreille ei ole määrätty virkaehtosopimuksessa säännöllistä työaika (ks. edellä kohta Omalääkärijärjestelmän keskeiset piirteet). Omalääkärijärjestelmään siirtymisen myötä muuttuvat yleensä aiemmin totut työtavat, ja toiminta keskittyy päiväajalle samalla, kun päivystystarve vähenee olennaisesti. Omalääkärit käyttävät esimerkiksi päiväajan vastaanotto toimintaan perinteistä järjestelmää selvästi enemmän aikaa. Omalääkärien kokonaistyöhönsidonnaisuus (päiväajan tehty työaika ja päivystys yhteensä) jää kuitenkin yleensä perinteisessä järjestelmässä toimivien työhönsidonnaisuutta lyhyemmäksi päivystyksen vähenemisen takia.<sup>22</sup>

Omalääkärijärjestelmää on pidetty jossain määrin perinteistä järjestelmää psyykkisesti kuormittavampana (mm. henkilökohtainen vastuu ja persoonallisuusvaatimukset), joskin samalla palkitsevampana työskentelymuotona. Vaikka omalääkärien työskentelytapojen onkin todettu muodostuvan perinteistä järjestelmää rationaalisemmiksi, on vastuuväestöjen työllistävää vaikutusta yksilötasolla ja lääkäreiden välisen työnjaon toimivuutta syytä jatkuvasti seurata, ja muuttaa työskentelytapoja tarpeen mukaan.

Oppaan liitteenä on vertailu omalääkärien ja perinteisen järjestelmän piirissä toimivien lääkäreiden työajan käytöstä sekä päivä- ja päivystysajan käynneistä ja toimenpiteistä, liitteet 3 ja 4.

### **Palkkauksen määrittämisessä huomioon otettavia seikkoja**

Palkka on merkittävä johtamisen väline, jolla vaikutetaan henkilön hakeutumiseen työhön, tapaan tehdä työtään ja kehittää itseään sekä pysyä työssään.

Omalääkärijärjestelmän palkkausjärjestelmä rakentuu yksilöpalkkaukseen, ja järjestelmää soveltavat terveyskeskukset ovatkin tiedostaneet nykyisin varsin hyvin tarpeen ottaa työnjaossa ja palkkauksessa huomioon mm. erilaisten vastuuväestöjen eri tavoin työllistävä vaikutus. Vähemmälle huomiolle on sitä vastoin jäänyt lääkärin henkilökohtaisen ammatinhallinnan, työtulosten ja kehityskykyyden huomioon ottaminen. Henkilökohtainen lisä onkin otettu laajamittaisemmin käyttöön vasta viime vuosien aikana, vaikka juuri yksilöllisyyden huomioon ottaminen on keskeinen motivaatiotekijä. Henkilöstön palkitseminen organisaation menestymisestä tulospalkkioin yms. on jäänyt toistaiseksi marginaaliseksi palkkatekijäksi, mitä on pidettävä epätyytyttävänä tilanteena.

Koska eri palkkatekijät muodostavat palkkauksellisen kokonaisuuden palkiten eri asioista, on hyvä pyrkiä ottamaan kaikki palkkatekijät – myös harkinnanvaraiset – käyttöön samanaikaisesti. Eri palkkatekijöitä ja niiden käyttöä kannattaa arvioida yhdessä ja tarkistaa niiden keskinäisiäkin suhteita olosuhteissa tapahtuneita muutoksia vastaavasti.

---

<sup>22</sup> Palkkatutkimusten mukaan omalääkärien päiväajan työaika ei poikkea erityisesti perinteisessä järjestelmässä toimivien vastaavasta työajasta. Elokuussa 2002 tehdyn selvityksen mukaan omalääkärien päiväajan työaika oli keskimäärin 38,37 tuntia ja muun terveyskeskuslääkärien 38,28 tuntia. Omalääkärien palkkausjärjestelmää rakennettaessa lähdettiin ns. päiväajan toiminnasta, jolloin yhdistettiin säännöllinen työaika 37 tuntia ja silloinen keskimääräinen kliininen lisätö 1,3 tuntia viikossa eli keskimääräinen päiväajan työaika oli tuolloin 38,3 tuntia viikossa.

Yleensä on perusteltua tarkastella rinnakkain esimerkiksi tehtäväkohtaisen palkan määräytymisperusteita ja henkilökohtaisen lisän myöntämisperusteita, koska näin tulevat huomioiduiksi ongelmalliset raja-alueet ja se, kumpaan palkkatekijään jokin elementti kuuluu. Myös omalääkärin väestöosaa ja päiväajan käyntipalkkiota on yleensä perusteltua tarkastella palkkauksellisenä kokonaisuutena siten, että niiden euromääriä voidaan tarvittaessa tarkistaa puoleen ja toiseen mm. omalääkärijärjestelmän vakiinnuttua tai vastuuväestöjä muutettaessa taikka potilaskäyttötymisen muuttuessa esimerkiksi väestön ikärakenteen muutosten seurauksena.

Mikäli tulospalkkiojärjestelmän käyttöönotto esimerkiksi järjestelmän alkuvaiheessa koetaan liikaa aikaa vieväksi, voidaan tämän asemasta harkita ”kevyemmän”, esimerkiksi bonusjärjestelmän (kannustuslisä yms.) käyttöönottoa tavoitteiden saavuttamista tukevana palkitsemismuotona.

### **Palkan määrittäminen omalääkärijärjestelmään siirryttäessä**

Kun omalääkärijärjestelmään siirrytään, määritellään kunkin lääkärin palkkaus uudelleen omalääkäreitä koskevien sopimusmääräysten mukaan. Lääkärin aiemmalla palkanmuodostuksella tai palkkatasolla ei ole merkitystä. Tavoitteena on muodostaa eri palkkatekijöistä kokonaisuus, joka vastaa mahdollisimman hyvin kunkin lääkärin työn vaativuutta ja määrää sekä henkilökohtaisia ominaisuuksia ja tuloksia. Tämä edellyttää, että mm. vastuuväestöjen ja lääkärille määrättyjen muiden laajojen ja vaativien tehtäväkokonaisuuksien työllistävät vaikutukset on selvitetty tai arvioitu ennalta ja että eri tehtäväalueiden työllistävää vaikutusta tarkastellaan kokonaisuutena.

Vaikka omalääkärijärjestelmään siirryttäessä kunkin lääkärin palkka määritellään uudelleen ns. puhtaalta pöydältä, tarkoituksena ei ole, että ”täyttä työaika” tekevän päiväajan keskimääräiset ansiot alenisivat normaaliin järjestelmään verrattuna. Perusteitakaan tälle ei ole, koska omalääkäri-toimintamalli oikein toteutettuna on perinteistä järjestelmää tuloksellisempaa ja omalääkärijärjestelmän myötä lääkärin työajan käyttö jättevöityy ja tehostuu.

Omalääkärijärjestelmään siirryttäessä omalääkärin palkan määrittämiseen kuuluvat mm.

- perusosan peruspalkan suuruus määräytymisperusteineen
- henkilökohtaisen palkanlisän suuruus määräytymisperusteineen
- väestöosan euromäärän (euroa/perusvastuuväestöön kuuluva henkilö) suuruus, joka riippuu perusvastuuväestön luonteesta
- päiväajan vastaanottoiminnan käyntipalkkioiden suuruus
- tulospalkkion yms. maksuperusteet ja palkkion suuruus.

Palkkauksen eri osien määräytymisperusteista neuvotellaan ao. lääkärin ja heitä edustavan luottamusmiehen kanssa. Tärkeää on, että palkan määräytymisperusteet ovat selkeät, oikeudenmukaiset ja työn tekemistä kannustavat.

Koska omalääkärijärjestelmän vakiintuminen vaatii jonkin verran aikaa ennen kuin esimerkiksi vastuuväestöt ovat muodostuneet ja perusvastuuväestöt erottuneet vastuuväestöstä, on syytä varautua siihen, että varsinkin järjestelmän

alkuvaiheessa myös palkkauksen määräytymisperusteita joudutaan tarkastelemaan ja muuttamaan.<sup>23</sup>

### **Palkkausmääräysten soveltaminen lääkäri työvoiman vajaustilanteissa**

Lääkäri työvoiman vajaustilanteissa aloitetaan ratkaisujen etsiminen siitä, millä edellytyksellä voidaan palvelut tuottaa olemassa olevalla pienemmällä henkilöstömäärällä esimerkiksi lisäämällä yhteistyötä lähialueen kuntien ja sairaanhoitopiirien kanssa, kehittämällä henkilöstön työnjakoa ja tehtäviä, sekä motivoimalla olemassa olevaa henkilöstöä palkkauksellisin ja muin keinoin. Omalääkärijärjestelmän palkkausmääräykset antavat mahdollisuudet hyvinkin erilaisten palkkauksellisten ratkaisumallien rakentamiseen lähtökohtana se, että lisäpalkka ansaitaan toteutuneesta lisääntyneestä työmäärästä, jolla palvelujen asianmukainen saatavuus on pystytty turvaamaan.

Kun jonkin alueen omalääkäri lähtee pois ja hänen vastuuväestönsä joudutaan tilapäisesti jakamaan muille omalääkäreille, vastaavat omalääkärien palkkausmääräykset automaattisesti vajaustilanteiden hoitamiseen: perusvastuuväestön nousu lisää palkan väestönosaa, ja muun väestön käynneistä maksetaan käyntipalkkiot.

Pidempiaikaisessa vajaustilanteessa voidaan mm. harkita, onko väestöosaa perusteltua maksaa asteikon rajoissa korotettuna esimerkiksi lisäväestön osalta ja/tai päiväajan käyntipalkkioita korotettuina esimerkiksi aiempien keskimääräisten käyntien ylittävistä käynneistä. Samalla harkitaan, missä määrin uudet järjestelyt lisäävät lääkärin muuta työtä, mikä pitäisi ottaa huomioon palkan perusosaa korottamalla ja/tai henkilökohtaisena lisänä.<sup>24</sup>

Oli kysymys lyhyempi- tai pidempiaikaisesta lääkäri työvoiman vajaustilanteesta, selvitetään ennen vastuuväestöjen jakamista vastuuväestöjen ja lääkärin muiden töiden työllistävä vaikutus, ja työmäärä pyritään jakamaan yleensä suhteellisen tasaisesti lääkärin kesken. Mikäli terveyskeskuksessa ei ole ollut käytössä tulospalkkiojärjestelmää, voi sen käyttöönotto olla ratkaiseva keino työvoiman vajaustilanteissa. Ensivaiheessa voidaan käyttää esimerkiksi kannustullisää bonustyyppisenä lisänä ratkaisemaan lääkäri työvoiman vajaustilanteesta palvelutuotannolle muodostuneita pullonkauloja ja ohjaamalla toiminnat näin oikealle tielle.

Lääkäri työvoiman vajeus ei välttämättä kaada omalääkärijärjestelmää, vaan työnjaot ja toiminnot uudelleen tarkoin harkittuina ja järjestettyinä sekä palkkusta motivoivasti tukena käyttäen on omalääkärijärjestelmää usein mahdollista jatkaa. Esimerkiksi 1980-luvun lopulla moni lääkäri työvoimavajauksesta kärsinyt kunta siirtyi omalääkärijärjestelmään ja sai järjestelmän avulla tarvittavat lääkärintuotot täytettyä.

<sup>23</sup> Ks. esim. lääkärisopimuksen liitteen 1 4 §:n soveltamisohjetta väestöosan ja päiväajan käyntipalkkioiden yhdessä tarkastelusta erityisesti toiminnan alkuvaiheessa.

<sup>24</sup> Mikäli joudutaan käyttämään ulkopuolisia sijaisia, kts. sijaisen palkan määräämisestä lääkärisopimuksen yleisen osan 7 § 2 momentin soveltamisohje. (9.12.2009)

# OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN TULOKSIA

## Yhteenveto

Omalääkärijärjestelmästä 15 vuoden aikana saadut kokemukset ovat pääosin myönteisiä ja järjestelmän tuloksia käsittelevät selvitykset<sup>25</sup> yhdensuuntaisia. Palvelujen saatavuus ja hoidon jatkuvuus ovat omalääkärijärjestelmässä perinteistä perusterveydenhuollon järjestelmää paremmat. Omalääkärit tulevat yleensä toimeen suhteellisesti vähemmällä diagnostisilla tutkimuksilla ym. ja vähäisemmällä vuodeosasto- ja erikoistason hoidon käytöllä. Järjestelmän vakiintumisen myötä väestön sairaanhoidollisten palvelujen kokonaiskäyttö vähenee. Terveysterveystenhuollon menot asukasta kohti ovat suunnilleen samat perinteisessä ja omalääkärijärjestelmässä, mutta kustannusvaikuttavuudeltaan omalääkärijärjestelmän on todettu oleva perinteistä järjestelmää parempi.

Peruste omalääkärijärjestelmän myönteisiin toiminnallisiin tuloksiin piilee sen lähtökohdissa.

Ennen järjestelmän aloittamista harkitaan toiminta ja työnjaot kokonaisvaltaisesti uudelleen samalla, kun jokaiselle lääkärille tulee henkilökohtainen vastuu väestöstään. Hyvien saavutusten vaaliminen vaatii kuitenkin jatkuvaa seuranta ja arviointia sekä ongelmien havaitsemista ja ratkaisemista. Tämän laiminlyönti ja toimintojen uudistamatta jättäminen olosuhteissa tapahtuvia muutoksia vastavasti onkin muodostunut lääkäriävoiman vajauksen ohella omalääkärijärjestelmän yhdeksi kompastuskiveksi.

## Toiminnallisia tuloksia

### *Toiminta keskittyy omalääkärille ja päiväajalle*

Omalääkärijärjestelmän toimivuutta voidaan tarkastella mm. palvelujen ja hoidon saatavuuden, jatkuvuuden ja tarkoituksenmukaisuuden sekä toiminnan tehokkuuden ja taloudellisuuden näkökulmasta. Selviä mittareita omalääkärijärjestelmän toimivuudesta tai toimimattomuudesta ovat omalääkärille kohdistuneiden avosairaanhoidon käyntien osuus ja päivystysajan potilaskäyntien osuus

---

<sup>25</sup> Ks. esim. alaviitteen 4 lähdeluettelo ja esim. seuraavat selvitykset ym: Terveysterveystenhuolto 2000-luvulle projekti, Väestövastuun toteuttaminen potilaan näkökulmasta (Sisä-Suomi, Pohjanmaa), Mattila; Kunnallislääkäri-vuosikirja 2000–2001 Lisääkö väestövastuinen omalääkärijärjestelmä asiakastytyväisyyttä, Väestövastuisten omalääkärijärjestelmän tuloksia Jyväskylässä, Nakari, Möttönen, Suomen lääkärilehti 21/2000; Miksi omalääkärijärjestelmä toimii Porissa, Karra, Kunnallislääkäri-vuosikirja 1999–2000; Hoitotakuu potilaiden ja lääkärin kokemana, Suomen Kuntaliitto 1999; Näkökohtia lääkärin väestövastuujärjestelmästä, Uotila, Kuntatyönantaja 1/1999; Väestövastuu ja kuntatyönantajan odotukset, Uotila, Suomen Lääkärilehti 12/1999 Potilastytyväisyyskysely terveysasemien lääkärivastaanotoilla, Oulu 1997, ja Yleissuunnitelma omalääkäritoimintaan siirtymisestä, Voutilainen, Oulu 1996, Väestövastuujärjestelmä Suomessa, Väestövastuuvirkaehtosopimus ja terveyskeskuslääkärin työ, Paunio, Kunnallinen työmarkkinalaitos 1997 (selostus myös Kuntatyönantajassa 4/1997) Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ja Suomen Lääkäriliiton yhteiset palkkaselvitykset, joiden yhteydessä on selvitetty mm. omalääkärin ja perinteisessä järjestelmässä toimivien lääkärin potilaskäyntien ja toimenpiteiden määriä, työajan käyttöä eri tehtäviin sekä päivystystuntien määriä ja päivystyksen luonnetta kuten päivystysmuotoja ja aktiivisuuden määrää.

kaikista avosairaanhoidon käynneistä. Nämä kuvaavat hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta.

Omalääkärijärjestelmästä tehtyjen selvitysten mukaan potilasjonot ovat omalääkärijärjestelmään siirtymisen jälkeen hävinneet terveyskeskuksissa. Neljä viidestä terveyskeskuksen kaikista lääkäriiskäynneistä on suuntautunut omalle lääkärille, ja omalääkäripalvelujen hyvän saatavuuden vuoksi muiden lääkäreiden palveluja käytetään aiempaa harvemmin. Käyntien keskittyminen omalle lääkärille koskee kaikkia potilasryhmiä muutoksen ollessa suurin satunnaiskävijöiden kohdalla.

Omalääkärijärjestelmässä toiminta keskittyy selkeästi päiväajalle: yhdeksän kymmenestä terveyskeskuksen avosairaanhoidon käynnistä on päiväajan käynnejä. Päivystyspotilaiden osuus on käytännössä puolittunut perinteiseen järjestelmään verrattuna ja asettunut noin 10–15 %:iin avosairaanhoidon käynneistä, mikä on antanut aiempaa paremmat mahdollisuudet päivystysjärjestelyjen uusimiselle. Kun omalääkärijärjestelmää rakennettaessa odotusarvona oli päivystyspotilaiden määrän väheneminen lähes olemattomiin, on viimeaikoina esiintynyt viitteitä päivystyspotilaiden osuuden lisääntymisestä.

Syyt omalääkärijärjestelmän toimimattomuudelle – se, ettei pääosa avosairaanhoidon käynneistä suuntaudu omalääkärille ja/tai etteivät päivystysajan käyntimäärät selvästi vähene tai ne vaihtelevat merkittävästi – voivat olla moninaisia kuten esimerkiksi, että järjestelmää ei ole sisäistetty, lääkärin sopeutumattomuus omalääkärin työhön, erilaisten vastuuväestöjen hyvinkin erilaisilla työllistävää vaikutusta ei ole otettu huomioon vastuuväestöjä muodostettaessa tai muutettaessa, toimimattomat sijaisjärjestelyt tai pidempään jatkunut lääkäriytyövoiman selvä vajaus.

#### *Väestö kokee omalääkärijärjestelmän tarpeellisena*

Omalääkärijärjestelmässä tehdyistä eri selvityksistä on todettavissa, että yli 80 % ja jopa yli 95 % väestöstä pitää omalääkärijärjestelmää tarpeellisena. Yhdeksän kymmenestä palvelujen käyttäjästä on saanut ajan lääkäriin itselleen sopivana aikana ja on tyytyväinen saamiinsa terveyskeskuspalveluihin.

#### *Potilaskäyttäjytymisen muutokset ennakoitava*

Perusvastuuväestön osuus lääkärin koko vastuuväestöstä on keskimäärin noin viidennes, mutta se voi vaihdella merkittävästikin ja sen osuus on kasvamassa väestön ikärakenteen muutosten myötä.

Omalääkärijärjestelmän vakiintumisen myötä perusvastuuväestön lääkäriiskäynnit vähenevät, mutta toisaalta satunnaiskävijöiden määrä lisääntyy hoidon saatavuuden parantuessa. Järjestelmän vakiintumisen myötä perusvastuuväestön käyntien osuus avosairaanhoidon vastaanottokäynneistä on asettunut keskimäärin noin 60 %:n tasolle ja satunnaiskävijöiden noin 40 %:iin. Perusvastuuväestöön kuuluvien käyntien vähenemä (keskimäärin noin viidenneksen) on tapahtunut järjestelmään kohdistuneiden odotusten mukaisesti hoidon jatkuvuuden ja palvelujen saatavuuden parantumisen myötä.

Keskeisin muutos omalääkärijärjestelmään siirryttäessä on jonojen häviäminen ja toiminnan keskittyminen päiväajalle. Samalla, kun avosairaanhoidon päiväajan potilaskäyntien määrä on lisääntynyt noin kolmanneksella, on päivystyskäyntien määrä alentunut 40–50 %. Em. muutos on otettava huomioon järjestelmää suunniteltaessa.

Riippuen palvelutuotannon aiemmasta peittävydestä ja palvelujen saatavuudesta kasvaa myös perusterveydenhuollon tarjoamien palvelujen peittävyys. Kuntakohtaiset erot voivat olla merkittäviä. Vaikka potilasmäärien onkin todettu tasoittuvan järjestelmän vakiintumisen myötä, on niiden kuntien, joissa peittävyys on ollut huono, syytä varautua kokonaispotilasmäärien lisääntymiseen ja sitä kautta työmäärän ja kustannusten lisääntymiseen eritoten järjestelmän alkuvaiheessa.

### **Ennalta ehkäisevän terveydenhuollon merkitys selkeytyy**

Selvitysten mukaan ennalta ehkäisevien käyntien (terveydenhoitokäyntien) suhteellinen osuus kaikista avohoidon käynneistä (sairaanhoito- ja terveydenhoitokäynnit yhteensä) on vähentynyt ja myös käyntimäärät ovat vähentyneet omalääkärijärjestelmässä, mutta vastaavalla tavalla kuin perinteisen järjestelmänkin piirissä. Eräiden selvitysten mukaan esimerkiksi neuvolakäynnit ovat omalääkärijärjestelmässä jopa lisääntyneet, mitä tukee myös se, että työaikatiedustelujen mukaan omalääkärit käyttävät neuvolatoimintaan enemmän aikaa kuin perinteisen järjestelmän piirissä toimivat. Kouluterveydenhuollon käynnit ovat vähentyneet kummassakin järjestelmässä suunnilleen samalla lailla, mikä ainakin osittain johtunee ikäluokkien pienenemisestä.

Ennalta ehkäisevän työn merkityksen ei ole todettu omalääkärijärjestelmässä vähenevän<sup>26</sup>. Eri asia on, että lääkärin toimintatavat ovat muodostuneet rationaalisemmaksi. Terveystieteiden tutkimuksissa tehtyjen kyselyjen perusteella on voitu havaita, että ennalta ehkäisevän työn mahdollisuudet omalääkärijärjestelmässä paranevat usein perinteiseen järjestelmään verrattuna, koska omalääkärijärjestelmässä sairaanhoidon ja ehkäisevän työn välinen raja häviää ja hoito ja ehkäisy sekoittuvat ja sulautuvat enemmän toisiinsa. Ehkäisevän työn voidaan katsoa kuuluvan käytännössä osana kaikkiin asiakaskontakteihin eikä erittely terveyden- ja sairaanhoitokäynteihin ole tässä mielessä välttämättä relevantti tarkastelukulma.

### **Potilasohjauksessa ja lääkärin valintaoikeudessa puutteita**

Omalääkärijärjestelmää suunniteltaessa on tarpeellista selvittää ja ratkaista muun ohella omalääkärijärjestelmää koskeva tiedottaminen väestölle (asiallinen tiedottaminen ilman katteettomia lupauksia) ja mahdollisimman toimivat potilasohjauksen tavat. Samalla tulee henkilöstöä kouluttaa sovitun potilasohjauksen toteuttamiseen.

Varsin toimivaksi järjestelmäksi on koettu esimerkiksi se, että hyvän ammattitaidon omaava kokenut hoitaja seuloo lääkäripalveluja tarvitsevat potilaat ja ohjaa asiakkaat kulloinkin oikeiden ammattihenkilöiden luo ja palvelujen piiriin tai että

<sup>26</sup> Ks. esim. VPK:n raportit (alaviite 4) ja tämän oppaan liite 3.

hän ottaa potilaan soittopyynnön omalääkärille, joka ottaa yhteyttä potilaaseen. Toisaalta ”puskurin” asettamista potilaan ja lääkärin väliin on myös kritisoitu ja nähty sen byrokraatsoivan järjestelmää aiheuttaen turhien ajanvarausjonojen syntymistä ja lääkäriin pääsyn viivästymistä. Järjestelyjen haluttua vaikutusta voitaneen parantaa mm. lääkärin ja hoitajien välisellä tarkoituksenmukaisella työnjaolla. Myös esim. omalääkärin päivittäiseen työsuunnitelmaan ennalta varatun puhelinajan, jolloin hän ottaa yhteyttä potilaisiinsa, on todettu parantavan toiminnan sujuvuutta.

Kansainvälisten tutkimusten mukaan omalääkärijärjestelmän tyyppisissä järjestelmissä yleensä noin 10 % väestöstä haluaisi vaihtaa heille osoitetun omalääkärin ja myös Suomessa tehdyt selvitykset osoittavat samaa. Kuitenkin vain vajaa 2 % on toteuttanut vaihdon, mikä voi johtua tosiasiansa annetuista vaihtomahdollisuuksista tai vastuuväestöjen muodostamistavoista ym. Koska omalääkärijärjestelmä mm. asettaa lääkärin persoonallisuudelle perinteistä perusterveydenhuollon järjestelmää kovemmat vaatimukset, on toivottavaa, että vastuuväestöjä muodostettaessa kiinnitettäisiin suurempaa huomiota potilaiden mahdollisuuteen valita omalääkäriinsä (ks. edellä kohta 3 Henkilökohtaisten vastuuväestöjen muodostaminen).

### **Lääkärin rekrytointi omalääkäripaikkakunnilla helpompaa**

Omalääkäreille tehtyjen viimeaikaisten mielipidekyselyjen mukaan omalääkärin työtä ei koeta enää samalla lailla houkuttelevaksi kuin omalääkärijärjestelmän alkuvaiheissa. Syinä on mainittu mm. ongelmat oman työn hallinnassa ja työn pakkotahtisuus sekä työmäärän kasvu, mitkä johtunevat pidempään jatkuneesta lääkäri työvoiman vajaustilanteesta ja riittävän sijaistyövoiman puutteesta sekä puutteellisesti ja/tai epätarkoituksenmukaisesti organisoidusta työstä.

Kuitenkin vuonna 2002 tehdyssä mielipidekyselyssä 3/4 omalääkäreistä ilmoitti viihtyvänsä hyvin työssään ja he pitivät omalääkärijärjestelmän myönteisinä asioina mm. mahdollisuuden toteuttaa kansanterveystyötä kokonaisvaltaisesti sekä mahdollisuuden oman työn hallintaan, työnjaon tarkoituksenmukaiseen toteuttamiseen ja tiimityöskentelyyn sekä päivystyspalvelujen järjeistymiseen.<sup>27</sup> Ani harva omalääkärijärjestelmässä toimiva lääkäri olisi valmis siirtymään takaisin perinteiseen perusterveydenhuollon järjestelmään.

Työvoimaselvitysten mukaan lääkäri työvoiman saatavuus ja virkojen täyttöaste on ollut omalääkäripaikkakunnilla perinteistä perusterveydenhuollon järjestelmää noudattavia parempi.<sup>28</sup>

Omalääkärijärjestelmässä kannattaakin kiinnittää huomiota henkilöstön mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan työhönsä, tarkoituksenmukaisen työnjaon toteutta-

<sup>27</sup> Terveyskeskustöön nykytila ja tulevaisuus, Esko Kumpusalo ym., Kuopion yliopisto; Lääkärilehdet 42/2002 ja 49–50/2002; Lääkäri 2003-tutkimus, Terveyskeskuslääkärin mielipiteitä, Kuopion ja Tampereen yliopistot sekä Suomen Lääkäriliitto, Suomen Kuvalehti 1/2004.

<sup>28</sup> Lääkärilehti 4/2004, Suomen Lääkäriliiton selvitys terveysterveysterveyskeskuksen lääkäri työvoimatilanteesta.

Lääkäri- ja hammaslääkäri työvoima julkisessa terveydenhuollossa lokakuussa 2003, STM:n työryhmämuistio 2004:1

miseen kunkin ammattiryhmän tieto-taitoa ja osaamista mahdollisimman hyvin hyödyntäen ja ylläpitäen sujuviin työjärjestelyihin mm. tässä oppaassa esiin tuoduin tavoin. Keskeisiä kysymyksiä omalääkärijärjestelmän kannalta ovat myös nuorten lääkärien osaamisen varmistaminen ja kasvattaminen perusterveydenhuollon lääkärintyöhön sekä perusterveydenhuollon lääkärintyön arvos- tus suomalaisessa yhteiskunnassa ja lääkärien kesken.<sup>29</sup>

## **Terveydenhuollon menoissa ei eroja eri järjestelmissä**

Terveydenhuollon menoissa asukasta kohti ei ole todettu olevan merkittäviä eroja noudatettavasta perusterveydenhuollon järjestelmästä riippumatta. Vertail- levien kustannusselvitysten tekeminen on todettu myös varsin ongelmalliseksi mm. monien samanaikaisten muuttujien takia (esim. väestön ikä- ja muut ra- kennemuutokset, muutokset potilaskäyttäjytymisessä, taloudelliset suhdanne- vaihtelut).

Omalääkärijärjestelmään liitetään kuitenkin usein odotusarvoja kustannussääs- töistä tai vähintäänkin mahdollisuuksista hallita kustannuksia aiempaa parem- min mm. siitä syystä, että omalääkärijärjestelmässä toiminta- ja työskentelytavat tehostuvat ja terveyskeskuksen toiminta keskittyy päiväajalle, mikä mahdollistaa myös lääkäripäivystyksen järkiperaistämisen ja henkilöstövoimavarojen suun- taamisen päiväajan työskentelyyn. Lisäksi omalääkäreille muodostuu aiempaa paremmat mahdollisuudet tarkoituksenmukaiseen potilasohjaukseen ja hoidon porrastuksen toteuttamiseen.

## **Hyödyt näkyvät viiveellä**

Omalääkärijärjestelmästä saatavat hyödyt verrattuna perinteiseen perustervey- denhuollon järjestelmään eivät näy välittömästi. Pelkästään toiminnan suunnit- telu ja organisointi vievät vähintään vuoden ja järjestelmän sisäänajo noin vuo- den. Mikäli terveyskeskuksen palvelujen peittävyys on ollut huono, voi kunnallis- ten palvelujen piiriin tulla lyhyessä ajassa huomattava määrä uusia käyttäjiä, mistä seuraa kustannusten nousu alkuvaiheessa. Yksikkökustannukset ovat tällöinkin jääneet yleensä aikaisempaa pienemmiksi ja potilasmäärät ja kustan- nukset tasaantuvat omalääkärijärjestelmän vakiintumisen myötä.

Omalääkärijärjestelmän hyödyt näkyvät huonommin myös niillä paikkakunnilla, joissa omalääkärijärjestelmä on käytössä vain osittain (käyttöönotto esimerkiksi asteittain tai esimerkiksi lääkäriyövoimavajauksen takia on joillakin alueilla lu- ovuttu järjestelmästä). Omalääkärialueilla vallitsevan palvelujen paremman saa- tavuuden takia myös muiden alueiden väestö pyrkii hakeutumaan omalääkärien hoitoon, mikä vääristää omalääkärijärjestelmästä saatavia kokemuksia ja tulok- sia.

---

<sup>29</sup> Eila Uotila, Terveyskeskuksessa työskentelevien työn järjestäminen, toiminnan ohjaaminen ja kehittäminen, STM Selvityksiä 2004:3

## OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄN HAASTEET

Omalääkärijärjestelmä on muodostunut pysyväksi osaksi suomalaista perusterveydenhuollon järjestelmää. Sen myönteiset saavutukset palvelujärjestelmään ovat kiistatta siihen liitettyjä ongelmia suuremmat. Omalääkärijärjestelmää paikallisiin olosuhteisiin muokattaessa ja paikallisesti sovellettaessa on katseen kääntäminen myös aiempiin perusterveydenhuollon toimintamalleihin suotavaa, ja pyrkiä siirtämään niissä hyviksi havaittuja toimintamalleja omalääkärijärjestelmään.

Omalääkärijärjestelmän paikoittaiset toimimattomuuden syyt juontuvat osaltaan 1990-luvun alun syvästä lamasta ja siihen liittyvistä terveydenhuollon säästöistä sekä lääkäri työvoiman saatavuusongelmista. Keskeistä omalääkärijärjestelmän toimivuuden kannalta on kuitenkin se, että henkilöstön tehtäviä, keskinäistä työnjakoa ja tehtäväketjuja sekä terveyskeskuksen toimintaa kehitetään ja muokataan jatkuvasti palvelutuotannon muuttuvia tarpeita vastaavasti. Tämä voi onnistua vain huolehtimalla samalla henkilöstön osaamisesta ja uudistumiskyvystä järjestelmällisellä ammatillisella täydennyskoulutuksella.

Vastuuväestönsä avosairaanhoidon palveluista huolehtiminen (vastaanottotoiminta) on ja tulee olemaan omalääkärien keskeinen tehtävä, eikä liioin ennalta ehkäisevän työn merkitys omalääkärijärjestelmässä vähene. Osaa terveyskeskusten lääkäreistä tarvitaan aina muissa kuin omalääkärien tehtävissä. Palvelutarpeiden sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon työnjaossa tapahtuvien muutosten myötä on perusteltua pysähtyä aika ajoin tarkastelemaan omalääkärien ja perusterveydenhuollon muiden lääkäreiden työnjakoa erityisesti laajoilla tai erityisosaamista vaativilla tehtävä- ja toiminta-alueilla.

Tavoitteena on, että omalääkärien tehtäväkuvat muokataan ja muokkaantuvat paikallisten tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattihenkilöiden erityisosaamista mahdollisimman hyvin hyödyntäen. Kuntien seudullisen ja muun yhteistyön lisääntyminen luo hyvät mahdollisuudet ammattihenkilöiden tietotaidon ja erityisosaamisen alueelliseen hyödyntämiseen. Joustavana toiminnallisena järjestelmänä voidaan omalääkärijärjestelmää toteuttaa kuntien omana työnä ja ostopalveluina sekä limittää erilaisia palvelujen tuottamistapoja<sup>30</sup> toisiinsa sen mukaan, mikä on laadukkaiden palvelujen kustannustehokkain tuottamistapa.

Terveydenhuollon toimintojen ja tulosten jatkuva arviointi – kuten palvelutuotannon vaikuttavuuden ja aikaansaatuisten terveyshyötyjen arviointi suhteessa palvelutarpeeseen ja käytettävissä oleviin voimavaroihin – ja näiden peilaaminen asetettuihin tavoitteisiin ja kunnan strategioihin sekä tavoitteiden ja strategioiden päivittäminen uuden tiedon pohjalta on kiinteä osa arkipäivän johtamista ja työyhteisöjen toimintaa tämän päivän perusterveydenhuollossa.

---

<sup>30</sup> Kansallisen terveysprojektin yhteydessä selvitetään myös mm. terveyskeskustyön kehittämistä ja toteuttamista erilaisten lääkäri työmallien avulla. Ks. myös kuntalaki 2 § ja 76 § sekä laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta 4 §.

## LIITE 1

### OMALÄÄKÄRIEN PALKANOSAT

Palkkatekijä	Pääasiallinen maksuperuste	Pääasiallinen määräytymisperuste	Määräytymisperusteessa tapahtuvien muutosten huomioon ottaminen
Tehtäväkohtainen palkka	Ennalta ehkäisevä työ ym. vastuuväestön tarvitsemat vastaavat palvelut sekä hallinnolliset yms. tehtävät.	Tehtäväkohtaisen palkan määräytymisperusteena on ensisijaisesti tehtävien vaativuus.	Olosuhteissa mahdollisesti tapahtuneet muutokset selvitetään vuosittain esim. kehityskeskustelujen yhteydessä sekä erikseen vastuuväestöjä tai tehtäviä olennaisesti muutettaessa.
Väestöosa	Perusvastuuväestön avosairaanhoidon lääkäripalvelut.	Perusvastuuväestön suuruus eli lukumäärä ja laatu (mm. ikärakenne ja palvelujen käyttötottumukset). Lukumäärä otetaan huomioon suoraan virkaehtosopimuksessa (euroa/perusvastuuväestöön kuuluva henkilö). Laatu otetaan huomioon paikallisesti määrittelemällä väestöosa (euroa/henkilö) kullekin lääkärille yksilöllisesti hänen perusvastuuväestönsä työllistävän vaikutuksen mukaan (esim. laskemalla kullekin lääkärille oma painotettu euromäärä hänen väestöönensä sisältyvien eri väestöryhmien tms. perusteella).	Vastuuväestöjen ja perusvastuuväestön määrä tarkistetaan vuosittain ja erikseen, kun vastuuväestöjä muutetaan. Samassa yhteydessä tarkistetaan perusvastuuväestön laadussa mahdollisesti tapahtuneet muutokset ja niiden vaikutus palkkaan.
Vastaanottotoiminnan käyntipalkkiot	Muun kuin perusvastuuväestön avosairaanhoidon käynnit sekä perusvastuuväestön avosairaanhoidon käynnit eräissä poikkeustapauksissa.	Määritellään lääkärisopimuksen puitteissa paikallisten olosuhteiden mukaan.	Paikallisesti todetut muutokset esim. vastuuväestön rakenteessa ja käyntimäärissä.
Toimenpidepalkkiot	Lääkärin suorittama toimenpide potilaalle tai potilaalle puhelimitse annettu vastaanottokäynnin korvaava hoito-ohje.	Palkkioon oikeuttavat toimenpiteet ja euromäärät on lueteltu lääkärisopimuksessa. Palkkioiden suuruudet on porrastettu toimenpiteiden vaativuuden mukaan.	

<b>Palkkatekijä</b>	<b>Pääasiallinen maksuperuste</b>	<b>Pääasiallinen määräytymisperuste</b>	<b>Määräytymisperusteessa tapahtuvien muutosten huomioon ottaminen</b>
Henkilökohtainen lisä	Lääkärin hyvä ammatinhallinta, pätevyys ja työtulokset.	<p>Myöntämisperusteet määritellään paikallisesti ottaen huomioon lääkärin työtulokset, ammatinhallinta ja pätevyys sekä esim. monitaitoisuus/käytettävyys, erikoistiedot/-taidot, yhteistyökyky, oma-aloitteisuus, kehityshakuisuus, työetiikka.</p> <p>Myöntäminen perustuu henkilökohtaisen työsuorituksen ja ammatinhallinnan vähintään vuosittain tapahtuvaan arviointiin esim. kehityskeskustelujen yhteydessä.</p> <p>Henkilökohtaisen lisän vähimmäismäärä on 5 palvelusvuoden jälkeen 5 % ja 10 palvelusvuoden jälkeen 10 % peruspalkasta (ns. vuosisidonnainen osa).</p>	<p>Vuosittaisten kehityskeskustelujen yhteydessä asetetaan seuraavan vuoden yksilökohtaiset tavoitteet ja henkilökohtaisen lisän määräytymisperusteet.</p> <p>Lääkärillä on oikeus tietää suoritettujen arvioinnin tulokset, perusteet ja vaikutukset mm. palkkaan ja työtehtäviin.</p>
Tulospalkkio (yleensä ryhmäpalkkio)	Ennalta asetettujen tavoitteiden saavuttaminen tai ylittäminen. Maksetaan yleensä kerran vuodessa muusta palkasta erillisenä.	Tavoitteet asetetaan paikallisesti vuosittain ja tavoitteiden saavuttaminen mitataan tai arvioidaan etukäteen määrätyllä tavalla.	Maksetaan asetettujen tavoitteiden saavuttamisesta tai ylittämisestä.
Kannustuslisä ym. kertasuoritus	Voidaan palkita yksilöä tai työyhteisöä esim. tuloksellisuuden lisääntymisestä tai ennakoitua paremmista tuloksista (työnantajan kiitos), kun tulospalkkio ei ole käytössä, tai suorittaa korvaus esim. projektin suorittamisesta.	Määritellään paikallisesti.	Yleensä kyseessä ns. kertasuoritus.

## LIITE 2

### OMALÄÄKÄRIEN JA PERINTEISEN JÄRJESTELMÄN PIIRISSÄ TOIMIVIEN LÄÄKÄRIEN (KAIKKI VIRAT) PALKKAVERTAILU ELOKUUSSA 2002

Palkkatekijä	Terveyskeskusten lääkärit		Omalääkärit	
	€	%	€	%
Päivääjan ansiot	4 337	90	4 740	93
Peruspalkka	3 425	71	2 789	55
HPL, vuosisidonnainen osa	276	6	208	4
HPL, harkinnanvarainen osa	124	3	117	2
Muut palkanlisät	162	3	58	1
Toimenpidepalkkiot (päiväaikana)	329	7	356	7
Väestöosa	–		676	13
Käyntipalkkiot (päiväaikana)	22	0	535	11
Lisätyöpalkkiot	138	3	–	
Päivystyskorvaukset	346	7	354	7
<b>KOKONAISANSIOT</b>	<b>4 821</b>	<b>100</b>	<b>5 093</b>	<b>100</b>

Tiedot ovat elokuussa 2002 tehdystä KT:n ja Suomen Lääkäriliiton yhteisestä palkkatutkimuksesta

### OMALÄÄKÄRIEN JA PERINTEISEN JÄRJESTELMÄN PIIRISSÄ TOIMIVIEN LÄÄKÄRIEN (KAIKKI VIRAT) PALKKAVERTAILU SYYSKUUSSA 2009

Palkkatekijä	Terveyskeskusten lääkärit		Omalääkärit	
	€	%	€	%
Tehtäväkohtainen palkka	4 729	76	3 533	57
HPL, vuosisidonnainen osa	361	6	294	5
HPL, harkinnanvarainen osa	286	5	179	3
Väestöosa	-		730	12
Toimenpidepalkkiot (päiväaikana)	379	6	615	10
Käyntipalkkiot (päiväaikana)	29	0	374	6
Muut palkanlisät (päiväaikana)	145	3	138	2
Säännöllisen työajan/päivääjan ansiot	5 929	95	5 862	95
Lisätyöpalkkiot	15	0	2	0
Muut palkanlisät	6	0	-	
Päivystyskorvaukset	264	4	333	5
<b>KOKONAISANSIOT</b>	<b>6 214</b>	<b>100</b>	<b>6 198</b>	<b>100</b>

Lähde: Kuntasektorin palkat 2008, Tilastokeskus (1.9.2009 tullut 2,4 % yleiskorotus inputoitu tilastoaineistoon)

### LIITE 3

#### PÄIVÄAJAN TYÖSKENTELYN JAKAUTUMINEN ERI TEHTÄVIIN VIIKON AIKANA SEKÄ PÄIVYSTYSTUNNIT PÄIVYSTYSMUODOITTAIN ELOKUUSSA 2002

KT:n ja SLL:n tiedustelu, elokuu 2002 (Päiväajan tunnit perustuvat lääkärien omiin ilmoituksiin)

Työtehtävä	Muut kuin oma- lääkärit (N=272)	Omalääkärit (N=330)
	Tuntia/vko	Tuntia/vko
Vastaanottotyö	13,7	21,6
Äitiys- ja lastenneuvolatoiminta	1,8	1,9
Koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto	0,6	0,5
Työterveyshuolto	2,3	0,8
Muut terveystarkastukset	0,1	0,1
Vuodeosasto- ja huoltolaitostoiminta	5,1	1,6
Kotikäynnit ja kotisairaahoito	0,5	1,0
Potilaspuhelut	1,5	2,5
Todistukset ja lausunnot	1,9	2,4
Hallinnolliset tehtävät	4,6	1,5
Työpaikan sisäinen koulutus ja mee- tingit	2,0	2,1
Työpaikan ulkopuolinen koulutus	0,4	0,4
Poissaolot (esim. sairausloma)	2,0	1,1
Muuta, tunnit	1,6	1,5
Kliinisen lisätyön tunnit	0,6	--
Muun lisä- ja ylityön tunnit	0,2	--
<b>Päiväajan tunnit yhteensä</b>	<b>38,9</b>	<b>39,1</b>

Päivystys	Muut kuin omalääkärit			Omalääkärit		
	Tuntia/ vko	% tunneista	Aktiiviyön määrä, %	Tuntia/ vko	% tun- neista	Aktiiviyön määrä, %
<b>Päivystystunnit yhteensä</b>	<b>4,0</b>		<b>40,3</b>	<b>3,0</b>		<b>56,2</b>
Aktiivipäivystys	1,3	33	85,8	1,4	46	92,2
Muu työpaikkapäivystys	1,6	41	26,0	1,1	37	33,1
Vapaamuotoinen päivystys	1,0	26	3,7	0,5	18	11,7

LIITE 4

OMALÄÄKÄRIJÄRJESTELMÄÄ SOVELTAVAT TERVEYSKESKUKSET

	<i>Tk lkm</i>	<i>asukkaita 31.12.2003</i>	<i>asukkaita vv-piirissä</i>	<i>%</i>	<i>vv-lääk. virkoja</i>	<i>asukkaita/ virka</i>	<i>lääk. yht.</i>	<i>ei-vv lääk.</i>
<b>HUS</b>		<b>1 425 001</b>	<b>1 363 979</b>	<b>95,7</b>				
Espoo	1		224 231		105,5	2 125	150	44,5
Helsinki	1		559 330		247	2 264	323	76
Hyvinkää	1		43 169		21	2 056	30	9
Järvenpää	1		37 114		16	2 320	20	4
Karjaa/Folkhälsan	1		8 990		5	1 798	7	2
Karkkila	1		8 764		4	2 191	5	1
Kerava	1		31 170		14	2 226	18	4
Kirkkonummi	1		31 695		16	1 981	20	4
Lohja+Sammati	1		36 874		19	1 941	28,5	9,5
Loviisanseutu	1		18 640		10	1 864	14	4
Mäntsälä	1		17 203		7	2 458	11	4
Nurmijärvi	1		34 791		16	2 174	18	2
Porvoo	1		45 730		25	1 829	31	6
Sipoo	1		18 177		8	2 272	10	2
Siuntio	1		5 158		2,5	2 063	3	0,5
Tuusula	1		33 952		17	1 997	21	4
Vantaa	1		184 039		96	1 917	110	23
Vihti	1		24 952		13	1 919	14	1
<b>Varsinais-Suomen shp</b>		<b>457 739</b>	<b>296 715</b>	<b>64,8</b>				
Loimaa	1		18 709		11	1 701	13	2
Nauvo	1		1 446		1	1 446	1	0
Pöytyän seudun tk	1		11 754		6	1 959	6	0
Raisio	1		23 430		12,5	1 874	19	6
Rusko	1		3 629		2	1 815	2	0
Salon seutu	1		46 283		30	1 543	35	5
Turku	1		175 059		76	2 303	105	29
Uusikaupunki	1		16 405		9,5	1 727	12	2,5
<b>Satakunnan shp</b>		<b>228 161</b>	<b>181 496</b>	<b>79,5</b>				
Eura	1		9 371		5	1 874	6	1
Harjavallan seutu	1		17 087		11	1 553	12	1
Kankaanpään ktt tk, osa	1		4 329		2	2 165	2	0
Luoteis-Satakunta	1		14 244		9	1 583	11	2
Pori	1		76 189		41	1 858	41	0
Rauman seutu	1		46 397		30	1 547	36	6
Ulvila-Kullaa	1		13 879		6,5	2 135	8	1,5

	<i>Tk lkm</i>	<i>asukkaita 31.12.2003</i>	<i>asukkaita vv-piirissä</i>	<i>%</i>	<i>vv-lääk. virkoja</i>	<i>asukkaita/ virka</i>	<i>lääk. yht.</i>	<i>ei-vv lääk.</i>
<b>Kanta-Hämeen shp</b>		<b>166 657</b>	<b>166 648</b>	<b>100,0</b>				
Hämeenlinnan seutu	1		65 826		35,5	1 854	47,5	12
Janakkala	1		15 517		9	1 724	10	1
Lammi-Tuulos	1		7 152		3	2 384	5	2
Forssan seutu	1		35 477		24	1 478	25	1
Riihimäen seutu	1		42 676		26	1 641	32	6
<b>Pirkanmaan shp</b>		<b>458 643</b>	<b>357 960</b>	<b>78,0</b>				
Etelä-Pirkanmaa	1		13 517		8,5	1 590	10,5	2
Hämeenkyrö	1		10 009		6	1 668	6	0
Juupajoki	1		2 252		2	1 126	2	0
Kangasalan seutu	1		33 471		18	1 860	25	7
Lempäälä	1		17 397		9	1 933	11	2
Orivesi	1		8 839		6	1 473	7	1
Ruovesi	1		5 457		4	1 364	5	1
Tampere	1		200 966		74,5	2 698	105,5	31
Vesilahti	1		3 663		2	1 832	3	1
Valkeakoski	1		20 474		12	1 706	16	4
Vammala-Äetsä	1		20 217		10,5	1 925	15	4,5
Ylöjärvi	1		21 698		10	2 170	15,5	5,5
<b>Päijät-Hämeen shp</b>		<b>207 732</b>	<b>88 299</b>	<b>42,5</b>				
Asikkala	1		8 554		5,5	1 555	6	0,5
Heinola	1		20 887		11	1 899	13	2
Iitti	1		7 321		5	1 464	5	0
Orimattilan seutu	1		19 894		10	1 989	12	2
Padasjoki	1		3 721		3	1 240	3	0
Tiirismaa	1		27 922		16	1 745	18	2
<b>Kymenlaakson shp</b>		<b>181 267</b>	<b>160 208</b>	<b>88,4</b>				
Anjalankoski	1		17 106		10	1 711	17	7
Hamina+Virolahti	1		25 515		13	1 963	22	9
Kotka	1		54 618		28	1 951	37	9
Kouvola-Valkeala	1		42 577		24	1 774	28	4
Kuusankoski	1		20 392		11	1 854	14	3
<b>Etelä-Karjalan shp</b>		<b>129 106</b>	<b>108 713</b>	<b>84,2</b>				
Imatra	1		29 969		16	1 873	32	16
Joutseno	1		10 821		6	1 804	7	1
Lappeenranta	1		58 897		28	2 103	40	12
Savitaipale	1		4 224		3	1 408	4	1
Taipalsaari	1		4 802		3	1 601	3	0

	<i>Tk lkm</i>	<i>asukkaita 31.12.2003</i>	<i>asukkaita vv-piirissä</i>	<i>%</i>	<i>vv-lääk. virkoja</i>	<i>asukkaita/ virka</i>	<i>lääk. yht.</i>	<i>ei-vv lääk.</i>
<b>Etelä-Savon shp</b>		<b>104 625</b>	<b>93 456</b>	<b>89,3</b>				
Hirvensalmi	1		2 610		1,5	1 740	1,5	0
Kangasniemi	1		6 419		4	1 605	5	1
Mikkeli	1		46 511		24	1 938	35,5	11,5
Mäntyharju	1		7 013		5	1 403	5	0
Pertunmaa	1		2 167		2	1 084	2	0
Pieksämäen seutu	1		23 625		14	1 688	15	1
Ristiina	1		5 111		3	1 704	3	0
<b>Itä-Savon shp</b>		<b>64 764</b>	<b>1 605</b>	<b>2,5</b>				
Kangaslampi	1		1 605		1	1 605	1	0
<b>Pohjois-Karjalan shp</b>		<b>170 826</b>	<b>57 110</b>	<b>33,4</b>				
Heinävesi	1		4 451		4	1 113	4	0
Joensuu	1		52 659		24	2 194	28	4
<b>Pohjois-Savon shp</b>		<b>249 759</b>	<b>83 929</b>	<b>33,6</b>				
Leppävirta	1		11 038		6	1 840	8	2
Nilsinä	1		6 677		5	1 335	6	1
Siilinjärvi	1		23 902		14	1 707	18	4
Sisä-Savo	1		19 551		14	1 397	19	5
Varkaus	1		22 761		14	1 626	17	3
<b>Keski-Suomen shp</b>		<b>266 087</b>	<b>217 843</b>	<b>81,9</b>				
Jyväskylä	1		82 406		46	1 791	59	13
Jämsän seutu	1		27 501		16	1 719	17	1
Keuruu-Multia	1		13 460		8	1 683	8	0
Korpilahti-Muurame	1		13 526		8,5	1 591	9,5	1
Laukaa	1		16 929		10	1 693	12	2
Palokka	1		42 979		21	2 047	26	5
Saarijärvi-Karstula	1		21 042		14	1 503	16	2
<b>Etelä-Pohjanmaan shp</b>		<b>194 405</b>	<b>31 217</b>	<b>16,1</b>				
Isojoki	1		2 619		3	873	3	0
Kauhajoki	1		14 596		9	1 750	10	1
Lapua	1		14 002		8	1 750	8	0
<b>Vaasan shp</b>		<b>165 859</b>	<b>74 241</b>	<b>44,8</b>				
Kyrönmaa	1		17 288		9	1 921	12	3
Vaasa	1		56 953		25,5	2 233	42	16,5

	<b>Tk lkm</b>	<b>asukkaita 31.12.2003</b>	<b>asukkaita vv-piirissä</b>	<b>%</b>	<b>vv-lääk. virkoja</b>	<b>asukkaita/ virka</b>	<b>lääk. yht.</b>	<b>ei-vv lääk.</b>
<b>Keski-Pohjanmaan shp</b>		<b>77 371</b>	<b>44 168</b>	<b>57,1</b>				
Kokkolanseudun tk	1		44 168		20	2 208	30	10
<b>Pohjois-Pohjanmaan shp</b>		<b>375 774</b>	<b>196 277</b>	<b>52,2</b>				
Haukipudas	1		16 696		9	1 855	14	5
Kempele	1		13 633		8	1 704	10	2
Muhos	1		7 969		4	1 992	5	1
Oulu	1		125 928		59	2 134	73	14
Raahen seudun tk	1		32 051		20	1 603	25	5
<b>Kainuun shp</b>		<b>82 746</b>	<b>35 713</b>	<b>43,2</b>				
Kajaani	1		35 713		17	2 101	27	10
<b>Länsi-Pohjan shp</b>		<b>66 904</b>	<b>5 314</b>	<b>7,9</b>				
Ylitornio			5 314		4	1 329	4	0
<b>Lapin shp</b>		<b>119 998</b>	<b>37 680</b>	<b>31,4</b>				
Inari	1		7 153		5,5	1 301	6,5	1
Kolari	1		3 871		3	1 290	4	1
Rovaniemen mlk	1		21 874		11	1 989	14	3
Salla	1		4 782		4	1 196	4	0
<b>Ahvenanmaa</b>		<b>26 340</b>						
<b>Yhteensä</b>	<b>104</b>	<b>5 219 764</b>	<b>3 602 571</b>	<b>69,0</b>	<b>1 825,0</b>	<b>1 974</b>	<b>2 360,0</b>	<b>535,0</b>
						Väestö/kaikki lääkärit	1 527	
						Kuntia	446	
						Terveyskeskuksia	278	
						Tk-lääkäreitä	3356	
						Väestövastuu peitto väestön kautta	69,0 %	
						Väestövastuu peitto terveyskeskuksista	37,4 %	
						Väestövastuun peitto kunnista	43,0 %	
						Väestövastuun peitto tk-lääkäreistä	70,3 %	