



Neuer Zuschnitt für die Kliniklandschaft

Was hierzulande heftige Kontroversen auslöst, vollzieht Finnland fast ohne Tamtam: Das Land der Samen stützt die Krankenhauslandschaft, zentralisiert die Akut- und Notfallversorgung und stellt die Finanzierung des Gesundheitswesens auf eine neue Grundlage. Hintergründe von

Uwe K. Preusker

Fragte man Kenner in den vergangenen Jahren nach den herausragenden Kennzeichen des finnischen Gesundheitssystems, gehörte zu den Antworten immer ein spezieller Aspekt: Es ist das demokratischste der Welt, weil für die gesundheitliche und soziale Versorgung die Kommunen zuständig sind.

Bisher sind sie – nach deutschem Verständnis – Krankenversicherung, Betreiber von Medizinischen Versorgungszentren und Krankenhausträger in einem. Was und in welchem Ausmaß in der Gesundheitsversorgung der Bürger geschieht, entscheidet der Gemeinderat, also die kommunale Basis. Ab Anfang 2019 aber sollen nach dem Willen der finnischen Regierungskoalition aus Zentrum, konservativer Sammlungspartei und „Echten Finnen“ statt der derzeit noch gut 300

Kommunen 18 neu geschaffene Regionen die gesundheitliche und soziale Versorgung sicherstellen.

Mehr Qualität und weniger Kosten. Für dieses Vorhaben gibt es vor allem drei Gründe: Zum einen haben sich die Qualität und die Erreichbarkeit der kommunalen Gesundheitsversorgung im Laufe der Jahre erheblich auseinanderentwickelt. So variieren die Wartezeiten auf einen Termin in einem Gesundheitszentrum in nicht akuten Fällen zwischen einer und sechs Wochen. Zum anderen will die Regierungskoalition die Qualität der Versorgung und die Verfügbarkeit von gut ausgebildetem Personal auch für hochspezialisierte Aufgaben dauerhaft sichern. Und drittens will sie die Ausgaben für Gesundheit und Soziales senken – bis 2021 um drei Milliarden Euro.

Was sich so leicht liest, ist in der Realität ein gravierender Umbruch: Bisher haben die Kommunen über lokale Gesundheitszentren in zumeist eigener Trägerschaft die ambulante medizinische Grundversorgung sichergestellt. Gleichzeitig waren die Kommunen Träger von insgesamt 20 Krankenhausbezirken, die die fachärztliche Versorgung sicherstellten. Im Zuge der Reform wechseln nun bis Anfang 2019 nicht nur 220.000 Beschäftigte des Gesundheits- und Sozialbereiches zu den 18 Regionen als neuem Arbeitgeber, sondern auch Gesundheits- und Sozialimmobilien im Milliarden-Wert ihren Besitzer. Diese sogenannte SOTE-Reform (SOsiali ja Terveys – Soziales und Gesundheit), wie sie im finnischen Politik-Jargon heißt und rund zehn Jahre in Arbeit war, steht jetzt vor der endgültigen Umsetzung.

Wichtiger Bestandteil der Reform ist eine vollständige Neuordnung des öffentlichen Krankenhauswesens, die im Dezember 2016 verabschiedet wurde und bereits bis Anfang 2018 umgesetzt sein soll. Konkret wird die Zahl der zentralen Krankenhäuser, die eine 24-Stunden-Bereitschaft in allen Fachabteilungen an sieben Tagen in der Woche bereithalten sollen, von bisher 40 auf 12 Häuser verringert. Diese Kliniken müssen über mindestens zehn Fachabteilungen verfügen und in allen dort jeweils vertretenen chirurgischen Fachabteilungen eine 24-Stunden-OP-Bereitschaft vorhalten. Zu diesen Krankenhäusern gehören auch die fünf finnischen Universitätskliniken, die jeweils über mehr als 20 Fachabteilungen verfügen.

Nicht jedes Haus darf alles machen. Die übrigen finnischen Krankenhäuser müssen ihr Versorgungsangebot dagegen einschränken. Die acht größten davon sollen weiterhin eine fachübergreifende 24-Stunden-Notaufnahme anbieten. Zu den dort vorhandenen Fachabteilungen gehört in allen acht Kliniken auch die Allgemeinchirurgie. Sie sollen aber keine Operationen während der Nacht und an Wochenenden ausführen. Das bleibt den 12 Krankenhäusern der höchsten Versorgungsstufe vorbehalten. Alle übrigen Kliniken haben sich verstärkt um rehabilitative Aufgaben und die ambulante Notfallversorgung zu kümmern. Operieren dürfen sie künftig nicht mehr. In den Regionen, in denen durch die Konzentration der stationären Versorgung vor allem nachts und an Wochenenden zu lange Anfahrtswege entstehen – dies betrifft vor allem Nord- und Ostfinnland – können künftig ausgesuchte Gesundheitszentren eine 24-Stunden-Bereitschaft anbieten. Sie brauchen dafür aber eine Genehmigung des Gesundheits- und Sozialministeriums.

OPs nur in spezialisierten Kliniken. Finnlands Gesundheits- und Sozialminister Juha Rehula will mit der Reform sowohl eine ausreichende Personalversorgung speziell in hochspezialisierten Bereichen sichern als auch die Qualität der operativen Versorgung und die Patientensicherheit verbessern. Insgesamt soll die Hälfte der Bevölkerung ein Krankenhaus mit der höchsten Bereitschafts-Stufe in weniger als 30 Minuten erreichen können. Ziel der Reform ist es einerseits, durch eine verstärkte Konzentration von spezialisierten Leistungen in den fünf Universitätskliniken und den weiteren sieben Krankenhäusern der Maximalversorgung die Qualität der Versorgung landesweit zu erhöhen. Als Beispiele werden hier operative Eingriffe etwa bei Brust- oder

Prostatakrebs genannt, die heute noch insgesamt 30 Kliniken in zum Teil sehr geringer Zahl ausführen und künftig auf die zwölf Maximalversorger konzentriert werden sollen. Zugleich will die Regierung – vor allem durch die Konzentration operativer Leistungen in der Nacht und an Wochenenden – Einsparungen von bis zu 350 Millionen Euro jährlich erreichen.

Bereitschaftsdienste ausgeweitet. Rund 500 Erste-Hilfe-Versorgungsangebote ergänzen die neuen Krankenhausstrukturen. Dabei handelt es sich um mit Rettungssanitätern besetzte Fahrzeuge, die über die landesweit arbeitenden Notrufzentralen erreichbar sind. Ihre Aufgabe ist es auch, Patienten, die einen spezialisierten Behandlungsbedarf haben oder nachts beziehungsweise am Wochenende operiert werden müssen, in eine der Kliniken der höchsten Versorgungsstufe zu bringen. Außerdem sieht die Neuordnung vor, in den Gesundheitszentren des Landes den Nacht- und Wochenend-Bereitschaftsdienst für ambulante Notfälle deutlich auszuweiten.

Darüber hinaus müssen die Kliniken Bereitschaftsdienste für soziale Notfälle einrichten, zum Beispiel für Hilfe in akuten Krisensituationen, bei familiärer Gewalt oder akuten Problem- und Gefahrensituationen für Kinder und Jugendliche sowie bei Alkohol- und Drogenproblemen. Dafür waren bisher die Kommunen als Träger der Sozialhilfe und -fürsorge zuständig. Künftig gibt es hierfür 24-Stunden-Bereitschaften an den Krankenhäusern. Dies soll die Kooperation zwischen Gesundheits- und Sozialbereich gezielt für all jene Finnen verbessern, bei denen gesundheitliche und soziale Probleme in einem direkten Zusammenhang stehen.

Wenig Aufhebens um die Reform. Die Diskussion um die tiefgreifende Neuordnung der Krankenhausversorgung war in Finnland nicht allzu kontrovers. Kommunen, in deren Gebiet sich Krankenhäuser befinden, deren Leistungsangebot künftig deutlich eingeschränkt ist, haben lediglich auf die Gefahr hingewiesen, dass es schwerer sein könnte, genügend Personal für die „restliche“ Versorgung zu bekommen. Grundsätzliche Einwände oder gar Bürgerproteste gab es dagegen so gut wie nicht. Der einzige echte Streitpunkt bei der abschließenden Beratung der Krankenhaus-Reform Mitte Dezember 2016 im finnischen Parlament war die Bereitstellung aller sozialen und gesundheitlichen Dienstleistungen in schwedischer Sprache. Konkret forderte die Schwedische Volkspartei, dass mindestens eine der zwölf Maximalversorger-Kliniken in einem überwiegend schwedischsprachigen Gebiet liegen müsste oder aber das dortige Krankenhaus – konkret ging es um Vaasa an der finnischen Westküste – auch künftig Maximalversorger sein müsste. Zwar bezweifelte die Vorsitzende der Schwedischen Volkspartei, Anna-Majja Hendriksson, die Verfassungsmäßigkeit der Reform im Hinblick auf die Sicherung der Gesundheitsversorgung auf höchstem Niveau für die schwedisch sprechende Bevölkerung. Doch die Mehrheit im finnischen Parlament befürwortete den Vorschlag der Regierung, die Versorgung der schwedisch sprechenden Bürgerinnen und Bürger in ihrer Muttersprache durch ausreichend sprachkundiges Personal am Krankenhaus der Maximalversorgung im nächstgelegenen Seinäjoki sicherzustellen.



Finnland hat ein öffentliches Gesundheitssystem. Es gibt eine **einheitliche Krankenversicherung**, die für alle Einwohner Pflicht ist. Sie ist in zwei Bereiche unterteilt: Die medizinische Versicherung erstattet die Kosten für ärztliche Leistungen, verordnete Medikamente und für Krankentransporte. Der zweite Bestandteil ist die Einkommensversicherung, die bei Einkommensausfällen im Krankheitsfall und bei Elternschaft aufkommt. Die **Finanzierung der Gesundheitsversorgung erfolgt aus Steuergeldern**, teils aus kommunalen, teils aus gesamtstaatlichen Mitteln. Der Zuschuss aus staatlichen Steuermitteln an die Gemeinden bemisst sich an der Bevölkerungsdichte, Altersstruktur, Arbeitslosenquote und Mortalitätsrate. Kranken- und Mutterschaftsgeld werden durch Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge finanziert. Arbeitnehmer zahlen 2,1 Prozent ihres Bruttoverdienstes. Der Arbeitgeberanteil beträgt 2,06 Prozent. Für Rentner (1,5 Prozent) und Selbstständige (2,35 Prozent) gilt ebenfalls eine Abgabepflicht. Eine Beitragsbemessungsgrenze wie in Deutschland gibt es nicht. Auch die zahnärztliche Versorgung wird durch Steuergelder finanziert. **Für einen Arztbesuch** müssen die Finnen je nach Gemeinde **bis zu elf Euro** (für die ersten drei Besuche) oder eine Jahresgebühr von 22 Euro bezahlen. Bei Aufenthalt im **Krankenhaus** ist eine **Selbstbeteiligung von 26 Euro pro Tag** fällig. Die Obergrenze liegt hier bei 590 Euro im Jahr. Die Grundversorgung erfolgt in **Gesundheitszentren**, die im Besitz einer oder mehrerer Gemeinden sind. Die spezialisierte Versorgung erfolgt in **Krankenhäusern** ambulant oder stationär durch Fachärzte. Finnland war bislang in 20 Krankenhausbezirke eingeteilt und verfügt über fünf Universitätskliniken, 15 zentrale Krankenhäuser und 40 Fachkliniken. Künftig übernehmen 18 neu geschaffene Regionen die Gesundheits- und Sozialversorgung. Zudem werden Krankenhausleistungen an weniger Standorten konzentriert. ■

G+G-Redaktion

Einwohner
5,5
Millionen
in 2016

Fläche
338.432
Quadratkilometer

Zahlen, Daten, Fakten

	Finnland	Deutschland	EU*
Gesamtausgaben für Gesundheit pro Kopf (2015)	2.988 Euro	4.003 Euro	2.781 Euro
Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt (2015)	9,6 Prozent	11,1 Prozent	9,9 Prozent
Zahl der Ärzte je 1.000 Einwohner (2014)	3,0	4,1	3,5
Arztkonsultationen je Einwohner (2014)	4,2	9,9	6,8
Zahl der Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner (2014)	4,5	8,2	4,7
Krankenhaus-Verweildauer (2014)	7,1 Tage**	9,0 Tage	8,0 Tage

Quelle: OECD Health Data 2016

** Nordic Medico-Statistical Committee 2016: Health Statistics for the Nordic Countries

* Durchschnitt

Finanzierung zentralisiert. Die Reform des Krankenhaussystems ist aber nur ein Vorgeschmack auf die umfassende Reform des Gesundheits- und Sozialsystems. Nach mehreren Anläufen, die bisher vor allem an den Selbstbestimmungsrechten der Kommunen gescheitert waren, hat die derzeitige Koalition aus Konservativen, Zentrumspartei und „Echten Finnen“ nun ein Modell entwickelt, mit dem der Umbau von einem kommunal gesteuerten zu einem in Regionen organisierten Gesundheits- und Sozialsystem verfassungskonform gelingt. Kern ist dabei, auch die bisherige Finanzierung aus kommunalen Steuermitteln auf ein durch den finnischen Staat zentral finanziertes System umzustellen.

Ab 1. Januar 2019 fallen für die Kommunen rund 17,7 Milliarden Euro Netto-Kosten weg – Gelder, die sich bisher zu zwei Dritteln aus der kommunalen Einkommens- und Gewerbesteuer speisten. Entsprechend sinkt ab 2019 die kommunale Einkommenssteuer um 60 Prozent und die Gewerbesteuer um 40 Prozent. Um die Kosten für die Kliniken tragen zu können, passt der Staat die zentralen Steuern entsprechend nach oben an. Um die Gesundheits- und Sozialversorgung zu finanzieren, fließen zudem knapp sechs Milliarden Euro staatliche Zuschüsse, die bisher die Kommunen erhielten, in die neuen 18 Regionen. Diese erhalten auf Basis des Versorgungsbedarfs ihrer Bevölkerung (Kriterien: Altersquotient, Krankheits- und Soziallast) jährlich Budgetmittel vom Staat. Wie die staatlichen Mittel zu verwenden sind, entscheiden die Regionalparlamente und -regierungen. Zusätzlich fließen die Gelder aus der in Finnland recht hohen Selbstbeteiligung im Gesundheitssystem – sie machen etwa 20 Prozent der gesamten Gesundheitskosten aus – direkt an die Regionen.

Die demokratische Legitimation der neuen 18 Regionen wird durch die Direktwahl der Regionalparlamente sichergestellt. Die Regionalparlamente wiederum wählen dann die Regionsregierung, der die politische Führung und die Leitung der Regionsverwaltung obliegt. Die erste Regionalwahl erfolgt Anfang 2018. Ab 2021 sollen die Kommunal- und Regionalwahlen alle vier Jahre an einem gemeinsamen Termin stattfinden.

Beschäftigte behalten ihre Rechte. Zu den zu bewältigenden Aufgaben im Zuge der Reform gehört, dass rund 220.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialbereich einen neuen Arbeitgeber bekommen. Die meisten von

ihnen waren bisher bei den Kommunen oder den 20 Krankenhausbezirken beschäftigt. Sie wechseln spätestens bis Ende 2020 zu den neuen Regionen. Ihre erworbenen Rechte bleiben erhalten. Denn die bereits eingerichteten Vorläufer der neuen Regionen und die Gewerkschaften haben schon entsprechende Tarifverträge abgeschlossen, um den reibungslosen Übergang sicherzustellen.

Auch für die Frage, was aus den vielen Gesundheits- und Sozialimmobilien wird, die sich bisher im gemeinsamen Besitz der Kommunen und der Krankenhausbezirke befanden, ist eine Lösung gefunden: Sie gehen in das Eigentum der neuen Regionen über. Jene Immobilien, die ausschließlich die Kommunen für die Gesundheitsversorgung, soziale Aufgaben und den Rettungsdienst nutzten, bleiben in ihrem Besitz, werden aber von den Regionen für eine Mindestdauer von drei Jahren angemietet. Nach Ende dieser Übergangszeit könnte es also dazu kommen, dass manche Kommunen über Gesundheits- und Sozialimmobilien verfügen, die sie aber nicht mehr benötigen – ein Punkt, der im Rahmen der Reform zu kontroversen Diskussionen geführt hatte. Daraufhin sicherte die finnische Regierung den Kommunen zu, den möglicherweise entstehenden Leerstand der Gebäude vorübergehend finanziell auszugleichen.

Patienten können private Anbieter wählen. Die Reform umfasst auch neue Möglichkeiten für private und freigemeinnützige Erbringer von Gesundheits- und Sozialleistungen. Hier gibt es vor allem in der ambulanten Grundversorgung künftig deutlich mehr Wettbewerb und damit mehr Wahlmöglichkeiten für die Patienten. Vorgesehen ist, dass die Patienten ab Anfang 2019 neben den öffentlichen Gesundheitszentren auch private und freigemeinnützige Anbieter frei wählen können. Allerdings entspricht dieses System nicht dem deutschen Modell der freien Arztwahl. Vielmehr bezieht sich die Wahlfreiheit auf medizinische Einrichtungen, in denen neben in der Grundversorgung tätige Ärztinnen und Ärzte auch Krankenschwestern und -pfleger, Physiotherapeuten sowie möglicherweise weitere Gesundheitsberufe und Sozialarbeiter tätig sind.

Gesundheitsminister Rehula wies in diesem Zusammenhang darauf hin, dass der grundlegende Wandel vor allem darin liegt, dass künftig die Gesundheits- und Sozialleistungen, die ein Patient benötigt, nach dessen Bedürfnissen erbracht werden und nicht nach den Vorstellungen der Leistungserbringer. Außerdem würde unnütze Bürokratie abgebaut. Ziel ist es, auch bei den privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringern ein breites Angebot für die Grundversorgung zusammenzufassen – so, wie es bisher typisch für die öffentlichen Gesundheitszentren ist. Die Zulassung solcher Einheiten für die medizinische Grundversorgung erfolgt nach gesetzlich festgelegten Grundsätzen. Auch für die zahnärztliche Versorgung gilt ab Anfang 2019 die freie Wahl des Anbieters. Zugelassen werden – unabhängig von ihrer Trägerschaft – alle zahnärztlichen Versorger, die ein festgelegtes Mindestspektrum an zahnmedizinischen und prothetischen Leistungen bieten. Die Patienten können dann unter allen zugelassenen Zahnärzten wählen.

Ein neues Vergütungssystem für die ambulante Primärversorgung befindet sich noch in der Entwicklung. Es wird in jedem

Konzentration stationärer Leistungen: Beispiel Geburten

Vorläufer der finnischen Krankenhausreform ist die Konzentration in der Geburtshilfe. Hier gilt seit 2014 eine **Mindestzahl von 1.000 Geburten pro geburtshilflicher Abteilung** sowie eine 24-Stunden-Operationsbereitschaft als Voraussetzung für die weitere Existenz solcher Abteilungen. Wegen dieser Neuregelung ist bereits in vier Krankenhäusern die Geburtshilfe geschlossen worden. Die Versorgung haben Kliniken in der Nachbarschaft übernommen. Zwei weitere Krankenhäuser, in denen die Geburtenzahl knapp unter der geforderten Mindestmenge liegt, haben eine Ausnahmegenehmigung bis Mitte 2017. Dann fällt die Entscheidung, ob sie geschlossen werden müssen oder weiter arbeiten dürfen. ■



Großer Umbruch, wenig Aufruhr: Die Klinikreform erfolgt im Konsens.

Fall verschiedene Bestandteile haben. Dazu gehören sowohl eine Kopfpauschale pro eingeschriebenem Patient als auch Leistungs-komplex-Pauschalen sowie feste Einzelleistungs-Pauschalen – vor allem für Leistungen aus dem Bereich Gesundheitsschutz und -förderung wie etwa Impfungen. Die Vergütung der Krankenhäuser bleibt unverändert. Im Unterschied zu Deutschland können allerdings im finnischen DRG-System einzelne Kliniken und Regionen Fallpauschalen direkt verhandeln. Hinzu kommen Mengenrabatte, die bisher schon Teil der Vergütungsvereinbarungen in Finnland waren.

Ausschreibungen sorgen für Wettbewerb. Um einen fairen Wettbewerb zwischen öffentlichen, privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringern sicherzustellen, müssen die Regionen die von den Kommunen übernommenen Einrichtungen der Gesundheits- und Sozialversorgung in rechtlich selbstständige Unternehmen überführen, die im Wettbewerb mit privaten und freigemeinnützigen Leistungserbringern stehen. Die Gesundheitsunternehmen der Regionen finanzieren sich dann nicht mehr über staatliche Mittel, sondern über Leistungsvergütungen und damit nach den gleichen Grundsätzen wie die privaten und gemeinnützigen Anbieter. Es gilt der Grundsatz: Alle Leistungen, die nicht ausschließlich von eigenen Einrichtungen der Regionen erbracht werden beziehungsweise werden können, sind auszuschreiben. An diesen Ausschreibungen können dann qualifizierte Anbieter in nicht-öffentlicher Trägerschaft teilnehmen.

Ehrgeiziger Zeitplan. Mit der Verabschiedung der Krankenhaus-Neuordnung im Dezember 2016 hat die finnische Regierung den ersten Teil der Gesundheits- und Sozialreform auf den Weg gebracht. Das Gesetz ist seit 1. Januar 2017 in Kraft. Nun haben die Kliniken ein Jahr Zeit, alle Aspekte der Neuordnung fristgerecht umzusetzen. Der nächste Schritt soll bis Mitte 2017 erfolgen. Dann muss die Gebietsreform zur Einrichtung der neuen 18 Regionen in Kraft treten, damit sie genügend Zeit haben, um die Übernahme der gesetzlichen Aufgaben ab Anfang

2019 vorzubereiten. Hierzu gehört auch die erste Wahl der Regionalparlamente im Januar 2018. Den Regionen bleibt dann ein Jahr, um ihre volle Funktionsfähigkeit ab Anfang 2019 sicherzustellen. Bis 2021 soll die Neuordnung den Ausgabenanstieg im finnischen Gesundheits- und Sozialsystem um insgesamt drei Milliarden Euro senken.

Wenige Monate nach dem vollständigen Inkrafttreten der Reform findet dann die nächste Parlamentswahl in Finnland statt. Spätestens dann stimmen die finnischen Bürger auch darüber ab, ob sie die grundlegende Strukturreform ihres Gesundheitssystems für gelungen halten. Der Vorsitzende der sozialdemokratischen Opposition, Antti Rinne, hat im Falle einer Regierungsbeteiligung seiner Partei jedenfalls schon angekündigt, die neuen Regelungen zur Wahlfreiheit der Patienten teilweise wieder zurücknehmen zu wollen. Insbesondere die Zulassung privater und freigemeinnütziger Leistungserbringer und damit das Ende der bisherigen Sonderstellung der kommunalen Gesundheitszentren lehnen die Sozialdemokraten ab. Und sollte die Schwedische Volkspartei ab Frühjahr 2019 in einer neuen Regierung vertreten sein, würde sie versuchen, das Zentralkrankenhaus in Vaasa ebenfalls auf die Ebene eines Maximalversorgers zu heben.

Kompromissbereitschaft liegt den Finnen im Blut. Noch hat das finnische Parlament nicht alle Reformvorhaben verabschiedet. Aber die gerade begonnene Anhörungsrunde zeigt vor allem eines: Es besteht weitestgehend Einigkeit, dass eine grundlegende Reform erforderlich ist. Kritik gibt es in wenigen Detailfragen. Doch anders als in Deutschland spricht die politische Kultur Finnlands dafür, dass die Reform – so umwälzend sie auch ist – am Ende umgesetzt und politisch nicht zerredet wird oder am Protest von Interessengruppen scheitert. Denn zur politischen Kultur des skandinavischen Landes gehört es, gemeinsam einen Kompromiss zu finden und nicht einfach an Althergebrachtem festzuhalten. Das kennzeichnet nicht nur das finnische Parlament, sondern die gesamte Gesellschaft. Und Bundesländer, die bis zum Letzten an ihren Kompetenzen festhalten, gibt es in Finnland nicht. Dort beschließen Politiker die massive Verlagerung der Zuständigkeiten von den Kommunen zu den neuen Regionen, die meist sowohl Kommunal- als auch Landespolitiker sind. Das ist in Finnland so üblich. ■

Dr. Uwe K. Preusker ist Publizist und Moderator im Gesundheitswesen. Er lebt seit Langem in Finnland.

Kontakt: Uwe.Preusker@kolumbus.fi

Webtipps

- <http://alueuudistus.fi/en/frontpage> Englischsprachige Website mit vielfältigen Informationen zu den verschiedenen Teilbereichen der Gesundheits- und Sozialreform; Titel: „Health, Social Services and Regional Government Reform“
- <http://stm.fi/en/frontpage> Englischsprachige Website des finnischen Sozial- und Gesundheitsministeriums
- <http://valtioneuvosto.fi/frontpage> Englischsprachige Website der finnischen Regierung