

Hyvinvointiala Hali ry:n kirjallinen lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan kuulemiseen 13.2.2022

Asia: O 41/2023 vp Terveydenhuollon toimivuus

Lausunnon pääkohdat

Hyvinvointiala Hali ry kiittää sosiaali- ja terveysvaliokuntaa mahdollisuudesta lausua eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisuun 1 | 2025: *Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus*.

Lausunnon pääkohdat:

- 1) Suomen perustason avosairaanhoidon keskeiset ongelmat liittyvät julkisen terveydenhuollon ongelmiin, kuten pitkään jatkuneeseen aliresursointiin ja palveluketjujen toimimattomuuteen. Kuitenkin ratkaisuja haetaan usein niistä osista palvelujärjestelmästä, jotka toimivat verrattain hyvin, kuten työterveyshuolto.
- 2) Järjestelmän kehittämis ehdotukset eivät ota riittävällä tavalla huomioon monikanavaisen rahoitusjärjestelmän vahvinta puolta eli sitä, että monikanavaisuus tuo verorahoituksen lisäksi palveluihin merkittävän määrän yksityistä rahaa (noin puolet perustason avosairaanhoidon rahoituksesta), osaamista ja innovaatioita. Vastaavasti monikanavarahoituksen hallitsemattomat purkamisyrietykset saattaisivat johtaa päinvastaiseen kuin tavoitellaan, eli rahoituksen pakenemiseen erityisesti työnantajien rahoittamista työterveyshuollon palveluista, palvelujen sosioekonomisen käytön eriytymiseen entisestään ja julkisten palveluiden ruuhkautumiseen.
- 3) Raportista piirtyy kuva työterveyshuollosta toimijana, joka 1) veronmaksajien rahoilla hoitaa 2) terveitä ihmisiä 3) tehottomasti. Näin ei ole, koska 1) työterveyshuollon rahoittavat pääasiassa työnantajat jäljempänä kuvatuilla mekanismeilla 2) THL:n raportissa työterveyshuollon käyntien osalta on huomioitu ehkäisevän työterveyshuollon käynnit, julkisen osalta pelkät sairaanhoidon käynnit 3) edellisestä rajauksesta ja eräistä muista tutkimuksen vertailun rajauksista johtuen myöskään kustannukset eivät ole vertailukelpoisia.
- 4) Järjestelmiä on mahdollista sovittaa yhteen ilman tarpeetonta vastakkainasettelua tai ajatusta esimerkiksi työterveyden alajajasta. Julkisen perusterveydenhuollon tuottavuuden lisäämiseksi ja hoitoonpääsyn parantamiseksi on välttämätöntä ottaa yksityiset palveluntuottajat nykyistä järjestelmällisemmin mukaan, jotta muun muassa näiden teknologiset ratkaisut ja prosessiosaaminen saataisiin täysipainoisesti julkisen terveydenhuollon käyttöön.
- 5) Hallittua kehitystä kohti on mahdollista päästä yksityisen ja julkisen sektorin nykyistä selkeämmällä työnjaolla sekä lisäämällä rahoituksen ja järjestämisen välineitä, joilla raha ja tieto saadaan terveydenhuollossa seuraamaan asiakasta.

Perustason avosairaanhoidon suurimmat epäkohdat liittyvät julkisen perusterveydenhuollon resursointiin ja hoitoonpääsyyn

Raportin keskeisistä johtopäätöksistä, kuten palvelutarpeen ja palvelujen käytön kohtaamattomuudesta, erityisesti julkista sektoria uhkaavasta lääkäripulasta ja rahoitusjärjestelmän läpinäkyvyyden ja ymmärrettävyyden haasteista, voi olla pitkälle samaa mieltä. Keskeinen kysymys on kuitenkin se, miten järjestelmän havaittuihin epäkohtiin tai ei-toivottuihin piirteisiin voisi puuttua aiheuttamatta entistä suurempaa vahinkoa ja tahattomasti kiihdytettyä eriytymiskehitystä.

Perustason avosairaanhoidon ilmeiset epäkohdat liittyvät julkisen perusterveydenhuollon resursoinnin (niin rahan kuin ammattilaisten osalta) sekä hoitoonpääsyn ongelmiin. Siitä huolimatta järjestelmän korjausta lähestytään usein niistä osista, jotka eivät ole julkisesti järjestettyjä ja toimivat itse asiassa pääpiirteissään hyvin, kuten työterveyshuolto. Korjausliikkeitä tulisikin tehdä nimenomaan julkiseen perusterveydenhuoltoon, jossa tehdyt parannukset voisivat heijastua myös työnantajien hankkimaan työterveyshuollon sairaanhoitoon. Järjestelmiä on mahdollista sovittaa yhteen ilman tarpeetonta vastakkainasettelua tai ajatusta esimerkiksi työterveyden alasajosta. Panostaminen perustason palveluihin johtaisi todennäköisesti verrattain nopeasti myös säästöihin erikoissairaanhoidossa ja koko sosiaaliturvan rahoituksessa, jos painopistettä saataisiin siirrettyä varhaisemman vaiheen palveluihin.

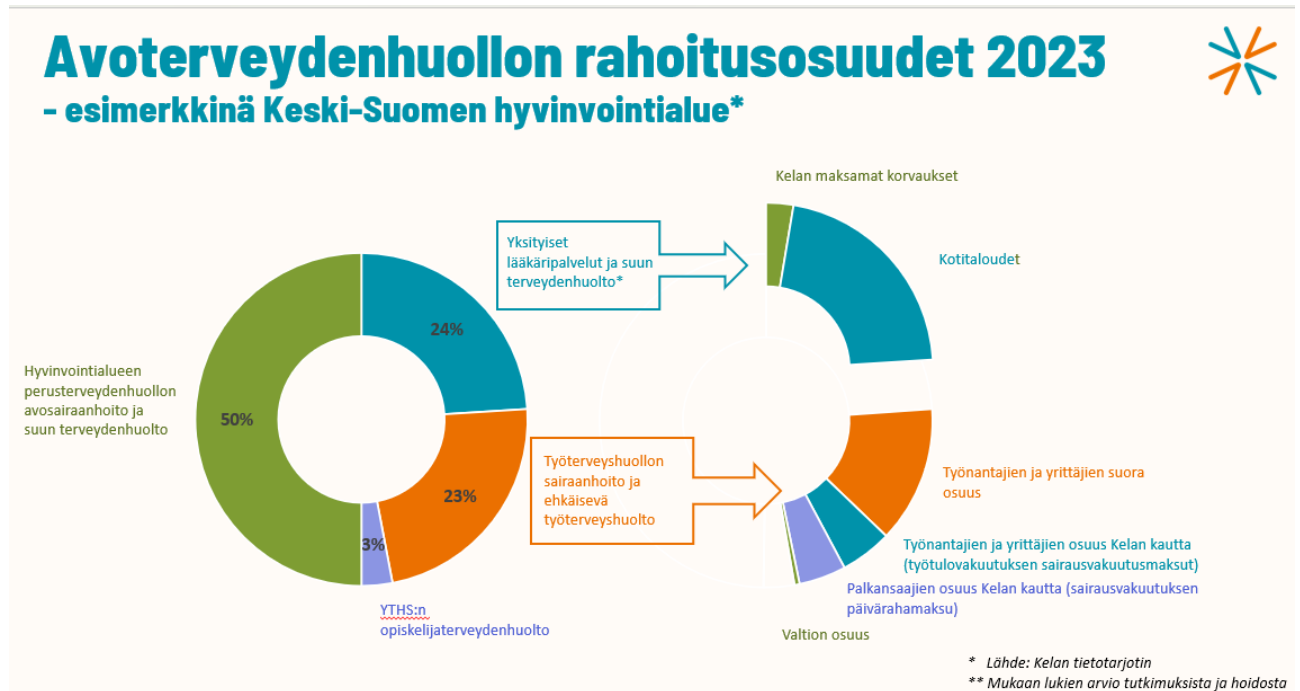
Raportin huoli lähtee siitä huomiosta, että sosiaali- ja terveystalouden ammattilaiset eivät ole jakautuneet optimaalisesti ja erityisesti julkisella sektorilla ammattilaisista on paikoin pulaa. Toisaalta yksityinen palvelutuotanto huomioiden Suomessa on riittävä määrä korkeasti koulutettuja sote-ammattilaisia, myös lääkäreitä.

Yli puolet kaikista perustason avoterveydenhuollon lääkärivastaanotoista tehdään jo nyt yksityisten palveluntuottajien voimin. Samassa yhteydessä on huomioitava, että myös perustason avoterveydenhuollon rahoituksesta yli puolet tulee yksityisiltä rahoittajilta – kotitalouksilta tai työnantajilta¹. Yksityistä terveydenhuoltoa ei voi tarkastella yksipuolisesti vain siitä näkökulmasta, että se ”sitoo” ammattilaisresursseja, koska se myös tuo huomattavan määrän lisärahaa ihmisten palveluihin verorahoituksen ja budjettitalouden ulkopuolelta.

Koska yksityisellä terveydenhuollolla on merkittävä rooli palvelutuotannossa eri maksukavien johdosta ja moni ammattilainen myös kokee sen mielekkäänä tapana tehdä työtä, ei ole mahdollista eikä syytäkään ”pakottaa” ammattilaisia siirtymään julkisen työnantajan palvelukseen. Sen sijaan yksityisten palveluntuottajien olemassa oleva potentiaali on nykyistä

¹ Ks. esim.: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1103916/hyvinvointialue-tarvitsee-tyoterveyshuollosta-ja-yksityista-palveluista-ajantasaista-tietoa-nain-sote-eurot-jakautuvat-eri-sektoreille-keski-suomessa>

laajemmin mahdollista ottaa julkisen terveystalvelujärjestelmän käyttöön järjestämis- ja rahoitusmekanismeja kehittämällä.



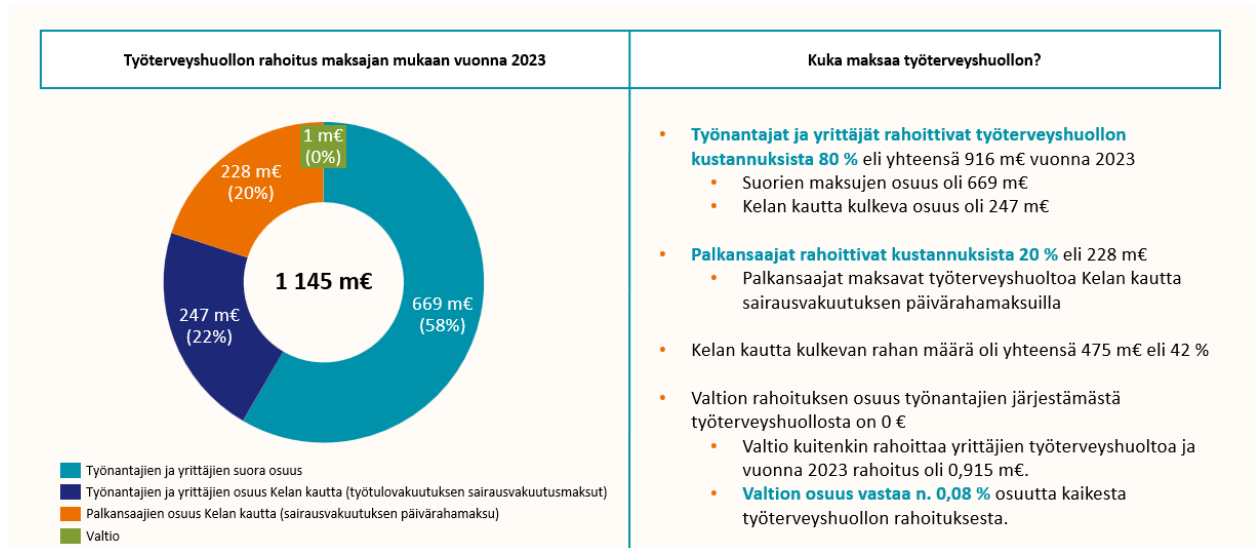
Työterveyshuollon rahoitus

Työterveyshuollon piirissä oli vuonna 2023 yhteensä 2 085 000 työntekijää, joista 91 % sai palvelunsa lääkärikeskuksista. Työnantajan järjestämän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 1 137 miljoonaa euroa. Kustannuksista 580 miljoonaa aiheutui ehkäisevän työterveyshuollon palveluista ja 557 miljoonaa euroa sairaanhoidon ja muun terveydenhuollon palveluista. Kelan työnantajille työterveyshuollosta takaisin päin maksamat korvaukset olivat 471 miljoonaa euroa. Yrittäjien työterveyshuollon kustannukset olivat runsaat 7 miljoonaa euroa.²

Kelan kautta takaisin työnantajille maksetut korvaukset (edellä mainittu 471 me) kerätään sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen kautta. Työnantajilta peritään sairausvakuutusmaksua sekä työntekijöiltä ja yrittäjiltä palkka- ja yrittäjätulon perusteella määräytyvää sairausvakuutusta ja päivärahamaksua. Tämä raha on työnantajien ja -tekijöiden näkökulmasta vakuuttamista työntekijöiden työkyvyn ylläpitoon ja palauttamiseen. Tähän kerätyt maksut palautuvat juuri tähän tarkoitukseen kohdennettuina korvauksina työnantajille työterveyshuollon kustannuksista. Varojen kohdentumista eli palvelun sisältöä säädellään työterveyshuoltolailla ja sen nojalla annettavalla asetuksella.

² Kelan työterveyshuoltotilasto, 2023. Ks. esim. <https://tilastojulkaisut.tietotarjotin.fi/tyoterveyshuolto/2023/>

Työnantajille siis palautuu näiden työterveyshuoltoon panostamasta reilusta 1,1 miljardista eurosta vuosittain vain noin 470 miljoonaa euroa, joka ei kata edes lakisääteiseen, ehkäisevään työterveyshuoltoon laitettua osuutta. Vuonna 2023 pelkästään ehkäisevän työterveyshuollon hyväksytyt kustannukset olivat 580 miljoonaa euroa, joista palautui työnantajille Kela-korvauksina 338 miljoonaa euroa.



Työnantajat ja yrittäjät siis laittoivat esimerkiksi vuonna 2023 omasta taskustaan asiakasmak-suina työntekijöidensä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen noin 670 miljoonaa euroa. Tä-män lisäksi työnantajat hankkivat vielä merkittävän määrän lisäpalveluja, jotka eivät ole Kela-korvattavia (ns. KL3), kuten lyhytpsykoterapioita tai päihdehuollon palveluja. Näitä rahoja ei ole mahdollista millään mekanismilla ottaa pois ja ohjata toiseen tarkoitukseen – paitsi kiel-tämällä terveyspalvelujen hankkimista työntekijöille, mihin tuskin lainsäätäjällä on haluk-kuutta.

Mikäli työterveyshuollon sairaanhoidon kannusteita ja rakenteita heikennettäisiin, vaarana olisi juuri päinvastainen kehitys kuin mihin pyritään. Työnantajilla olisi esimerkiksi ilman työ-terveyshuoltopalvelujen kustannusten verovähennysmahdollisuutta edelleen tarve hankkia työterveyshuollon sairaanhoitoa henkilöstölleen, mutta ne voisivat siinä tapauksessa tehdä sen ilman velvoitetta hankkia sitä yhdenmukaisesti koko henkilöstölleen. Todennäköisesti sai-raanhoitoa hankittaisiin siinä tapauksessa vakuutusten turvin enenevästi vain avainhenki-löille, mikä lisäisi sosioekonomisia eroja sairaanhoidon saatavuudessa työterveyshuollon si-sällä. Nykyisellään verovähennyksen saamiseksi työterveyshuollon palveluiden on työpaikan sisällä oltava samantasoisia kaikille työntekijöille, oli sitten kyse toimitusjohtajasta tai harjoit-telijasta.

Perusterveydenhuollon kokonaisuutta tarkasteltaessa onkin keskeinen kysymys, miten jatkos-akin pääosin säilytetään sinne vuosittain laitettava merkittävä yksityinen rahoitus samalla

kun parannetaan eri järjestelmien yhteentoimivuutta ja hyödynnetään nykyistä paremmin monituottajuutta kaikkien ihmisryhmien palvelujen tuottamisessa. Työterveyshuollon parempaa saatavuutta kaikille työkäisille vastaavasti voitaisiin parantaa vahvistamalla kaikkien työikäisten – myös työttömien ja pienyrittäjien – oikeutta työterveyden erikoisan osaamiseen ja palveluihin.

Monituottajuuden parempi koordinointi edellyttää rahoitusmekanismien tarkastelua

Yksityisen palvelutuotannon resurssien ja tuottavuuden lisäämisen potentiaalin hyödyntämiseen on keinoja jo nykyisen järjestelmän puitteissa, mutta kehitystä on myös mahdollisuutta kiihdyttää erilaisilla rahoitukseen ja järjestämiseen liittyvillä mekanismeilla.

Yhtenä vaihtoehtona olisi esimerkiksi Ruotsin tapaan³ säätää laaja valinnanvapaus asiakkaille siten, että asiakas voisi itse valita haluamansa, joko yksityisen tai julkisen tuottajan, terveyspalveluidensa tuottamiseen. Yksityisillä ja julkisilla palveluntuottajilla olisi yhtäläiset ehdot liittyen tuottamiensa palvelujen sisältöön, laajuuteen ja hintaan veronmaksajalle ja asiakkaalle. Palvelujen järjestäjänä voisi toimia joko hyvinvointialue tai esimerkiksi Kansaneläkelaitos. Rahoitus olisi mahdollista kanavoida joko hyvinvointialueiden kautta tai vaihtoehtoisesti rakentaa se sairausvakuutusjärjestelmän pohjalle.

Yksityisen palvelutuotannon resurssien hyödyntämisessä on mahdollista edetä nopeastikin ilman mittavia lakihankkeita myös erilaisten kohdennettujen kokeilujen, kuten nyt käynnissä olevan 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeilun tyyppisten mallien, avulla. Kokeilu on saatu käyntiin ennätysnopeasti ja sitä voidaan myös kokeilun kestäessä säätää tarvittavilta osin joustavasti. Kokeilussa yhden lääkärikäynnin hinta on selkeästi määritelty: se on kaikissa tapauksissa tasan 100 euroa, josta julkiselle taloudelle maksettavaksi jäi vuonna 2025 asiakkaan maksaman osuuden jälkeen 71,80 euroa ja vuoden 2026 terveyskeskusmaksun korotuksen jälkeen 69,80 euroa. THL:n mukaan vuonna 2021 julkisessa terveydenhuollossa toteutettu lääkärikäynti maksoi keskimäärin 115 euroa.⁴ Arvio on todennäköisesti alakannttiin, sillä kustannukseen ei näytä lasketun mukaan nykyisellään julkisella varsin raskaan hoidontarpeen arvioinnin kustannuksia. Jos pääsy lääkärille edellyttää useita hoitajakontakteja, myös näille tulisi laskea hinta. Asiakkaan ajalle vastaavasti ei lasketa minkäänlaista arvoa – ja tässä on

³ Ks. esim.: Suunnittelu- ja tutkimuspalvelut Pekka Lith, 2025: Ruotsin terveydenhuollon asiakkaan valintajärjestelmä pääpiirteittäin. <https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2025/04/raportti-ruotsin-terveydenhuollon-asiakkaan-valintajarjestelma-paapiirteittain-2025-04-23.pdf>

⁴ EDUSKUNNAN TARKASTUSVALIOKUNNAN JULKAISU 1 | 2025: Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus, s. 30. https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/julkaisut/Documents/TrV_1_2025.pdf

yksi syy, miksi työnantajat haluavat varmistaa työntekijöilleen nopean pääsyn hoitoon. Jokainen sairauspoissaolopäivä maksaa työnantajille EK:n laskelman mukaan noin 370 euroa⁵.

Vaihtoehtoisia tapoja yksityisten palvelujen tehokkaampaan hyödyntämiseen on useita

Julkisen perusterveydenhuollon tuottavuuden lisäämiseksi ja hoitoonpääsyn parantamiseksi on välttämätöntä ottaa yksityiset palveluntuottajat nykyistä järjestelmällisemmin mukaan, jotta muun muassa näiden teknologiset ratkaisut ja prosessiosaaminen saataisiin täysipainoisesti julkisen terveydenhuollon käyttöön. Yksi keino siihen ovat edellä kuvattujen vaihtoehtojen lisäksi myös terveysasemaulkoistukset, joiden kautta on pystytty saamaan hallintaan niin kustannuksia kuin parantamaan hoitoonpääsyä ammattilaisresurssia ja digitaalisia ratkaisuja optimoiden. Koska Suomi on olosuhteiltaan niin maantiedon, demografian kuin taloudellisen kantokyvyn puolesta vaihteleva, myös palveluiden tuottamisen ja järjestämisen tapoja kannattaa jatkossakin olla monia. Parhaisiin vaihtoehtoihin päästään, kun julkisen tuotannon kustannukset ovat mahdollisimman yhdenmukaisesti laskettuja ja päättäjien vertailtavissa. Vain tätä kautta päästään kiinni eri tuottamisen tapojen kustannusten vertailuun, optimaalisten palvelujen tuottamisen tapojen valintaan sekä järjestelmän epätarkoituksenmukaisten päällekkäisyyksien purkamiseen ja strategiseen monituottajuuteen.

THL:n tutkimuksen lähtökohtien arviointia

THL:n raportissa on laajasti avattu perustason avosairaanhoidon tilastoja. Tutkimuksen rajauksia tarkastellessa on kuitenkin hyvä tunnistaa, että tehdyt valinnat vaikuttavat myös johtopäätöksiin. Esimerkiksi julkisen terveydenhuollon osalta ennaltaehkäisevät käynnit on raportin tarkastelusta rajattu pois, mutta työterveyshuollon osalta ne ovat kuitenkin mukana. Raportissa mukana olevista 6,3 miljoonasta työterveyshuollon käynnistä peräti 2,6 miljoonaa koski terveyden edistäminen.⁶ Raportista on myös rajattu ulkopuolelle mielenterveysperusteiset käyntisytyt, vaikka suuri osa (lähes kolmannes) työterveyshuollon käynneistä johtuu juuri mielenterveyden ongelmista. Vastaavasti julkisesta terveydenhuollosta on ennaltaehkäisevien käyntien ohella suljettu ulos hoidon tarpeen arvioinnit, jotka eivät johtaneet hoitotapahintaan. Edelleen työterveyshuollon osalta mukana tarkastelussa ovat erikoislääkärikäynnit, toisin kuin julkisen osalta mukana ei ole erikoissairaanhoidon osaamisen hyödyntämistä. Kaiken tämän seurauksena julkisen terveydenhuollon asiakkaat vaikuttavat merkittävästi sairauksiltaan kuin työterveyshuollon ja toisaalta julkisen tuottamat käynnit vaikuttavat edullisemmilta suhteessa hoidettavaan kohderyhmään. Toki käyttäjäryhmissä on myös esimerkiksi

⁵ <https://ek.fi/ajankohtaista/uutiset/paivan-sairauspoissaolosta-aiheutuu-tyonantajalle-keskimaarin-370-euron-kustannus/>

⁶ Ks. myös työterveyshuollon professorien kirjoitus Lääkärilehdessä 7.11.2025: *Eduskunnan tilaama raportti avosairaanhoidosta vaatii korjausta* (Luoto, Ala-Mursula, Oksanen, Liira, Furu, Sauni, Reijula) [Eduskunnan tilaama raportti avosairaanhoidosta vaatii korjausta](#)

sosioekonomisista syistä johtuvia eroja: julkinen sektori hoitaa pääosin esimerkiksi vanhukset ja työttömät, kun taas työterveyshuolto nimensä mukaisesti keskittyy työikäisiin, työssä oleviin asiakkaisiin. Erot kuitenkin kasvavat kohtuuttomasti johtuen tutkimuksen valuvioista. Moni hoitajakäynneistä liittyy julkisessa terveydenhuollossa hoidon tarpeen arviointiin, mikä lisää julkisen terveydenhuollon kokonaiskustannuksia, mutta se ei näy raportissa rajauksen vuoksi. Edellisten seikkojen takia eri sektorien hinta- ja asiakasainesvertailuun tulee erityisesti luvun 4 (*Perustason avosairaanhoidon palvelujen käytön tarpeenmukainen jakautuminen ja rinnakkaisten sektorien roolit*) osalta suhtautua suurella varauksella.

Raportin johtopäätöksissä esimerkiksi työterveyshuolto näyttäytyykin raportissa toimijana, joka 1) veronmaksajien rahoilla hoitaa 2) terveitä ihmisiä 3) tehottomasti. Näin ei suinkaan ole, koska suoraan valtion maksamaa rahaa järjestelmässä on vain alle 0,1 % ja loput (n. 470 me) kerätään edellä kuvatuilla mekanismeilla työnantajilta, työntekijöiltä ja yrittäjiltä palauttaen ne täsmällisesti työkyvyn ylläpitoon ja palauttamiseen. Tämän vero- tai vakuutusluonteisen maksun lisäksi työnantajat maksavat vielä suuremman osuuden (n. 670 me) suoraan omasta taskustaan asiakasmaksuina.

Vastaavasti myös työterveyshuollon käynneillä hoidetaan laajasti sairauksia ja tilanteita, joilla on suoraan vaikutusta työkykyyn pitkällä ja lyhyellä aikavälillä, oli kyse sitten akuuteista sairastumisista, työperäisten sairauksien ehkäisystä tai pitämisestä hallinnassa tai matalan kynnyksen palveluista mielenterveyden ongelmiin. Työterveyshuollon asiakkaiden pienempi diagnoosien määrä käyntiä kohden selittyy sillä, että iso osa työterveyshuollosta on ennaltaehkäisyä (kun taas julkisen ennaltaehkäisykäynnit on tutkimuksesta rajattu pois). Prosessien arvioinnissa taas ei ole huomioitu sitä, että työterveyshuollon toimintaperiaatteet, esimerkiksi hoidon tarpeen arvioinnin puuttuminen tai käyttäminen harvemmin sekä hyvä pääsy suoraan lääkärin vastaanotolle, ovat erilaisia kuin julkisen terveydenhuollon periaatteet. Tämä johtuu siitä, että työnantajat haluavat minimoida odottamisen, jonottamisen, sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden kustannukset.

Mahdollisesti osittain edellä kuvatuista virheellisistä asetelmista tai muista ennakoajatuksesta johtuen raportti päätyykin esittämään monikanavarahoituksen purkamista (suositus 7.1.). Ei ole tiedossa markkinataloudessa olevia maita, joilla olisi käytössään yksikanavainen rahoitusjärjestelmä, eikä tämä edes ole puhtaassa muodossa mahdollinen. Monikanavaisuutta on jo se, mikäli järjestelmään tulee rahoitusta valtiolta, asiakasmaksuina sekä vakuutuksista. Kelan tutkija Timo Hujanen toteaa monikanavaista rahoitusta käsittelevässä väitöskirjassaan seuraavasti: ”Tavoitteet yksikanavaisuudesta voivat ovat kalliita, jos rahoituksen lähteet ja määrät vähenevät” sekä edelleen: ”Monikanavarahoitusta ei voida kokonaan

poistaa, koska valtio osallistuu terveydenhuoltoon ja yksityinen rahoitus on oma rahoituskanavansa.”⁷

Monikanavarahoituksen itseisarvoisen purkamisen sijasta tulisikin kiinnittää huomiota monikanavaisesta rahoituksesta seuraaviin yksittäisiin ongelmakohtiin ja ratkaisemaan niitä ilman, että monikanavaisen rahoituksen merkitys kansalaisten käytettävissä olevien terveydenhuollon resurssien lisäämisen osalta menetetään. Tämä pitää tehdä hallitusti ja eri toimien seuraukset punniten, jotta ei ajauduta tilanteeseen, jossa viedään tiukkenevan talouden aikakautena rahaa palvelujärjestelmästä samalla kun aiheutetaan julkiseen terveydenhuoltoon hallitsemattomia asiakasvirtoja saamatta sinne yhtään lääkäriä lisää.

Hallittua kehitystä kohti on mahdollista päästä yksityisen ja julkisen sektorin nykyistä selkeämmällä työnjaolla sekä lisäämällä rahoituksen ja järjestämisen välineitä, joilla raha ja tieto saadaan terveydenhuollossa seuraamaan asiakasta. Yksityisten palveluntuottajien ottamisella systemaattisemmin mukaan perustason julkisen avosairaanhoidon tuottamiseen pystytään nopeastikin ratkaisemaan moni THL:n raportissa kuvatuista ongelmista.

Lisätietoja:

Hanna-Maija Kause

edunvalvontajohtaja, Hyvinvointiala Hali ry

hanna-maija.kause@hyvinvointiala.fi

p. 050 566 7949

⁷ Hujanen, Timo (2019): Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa. Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanottotoiminnasta, s.4. <https://helda.helsinki.fi/ser-ver/api/core/bitstreams/76395544-61f9-48a9-b64f-2cb15e33fc6b/content>