

Asia: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen lausuntopyyntö; O 41/2023 vp Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimivuus¹

Asiantuntijalausunto

Nykytila ja järjestelmän arviointi

Suomen perusterveydenhuollon järjestelmä on hajanainen. Järjestelmä pitää sisällään julkisen sektorin, työnantajien työterveyshuollon, opiskeluterveydenhuollon sekä yksityisen sektorin palvelut, joista osa on Kela-korvattuja. Lisäksi rahoitus tulee eri lähteistä, joihin kuuluu julkisen rahoituksen lisäksi yksityinen rahoitus (esim. kotitaloudet, työnantajat ja yksityiset vakuutukset).

Järjestelmän ongelmakohtien käsittelyn lisäksi sen edut on hyvä tunnistaa. Kun järjestelmä pitää sisällään useita palveluntuottajia, valinnanvapaus lisääntyy. Kun osa asiakkaista käy yksityisellä sektorilla tai työterveyshuollossa, paine julkisen sektorin palveluiden käytölle vähenee. Tämä säästää myös julkisia varoja. Työterveydenhuoltoa voidaan puolestaan perustella työkyvyn ylläpidolla, mikä voi hyödyttää kansantaloutta. Kun rahoitus kerätään useammista lähteistä, voi saatu rahoituksen määrä olla vakaampi ja rahoitusvastuu jakautuu useampien tahojen kesken.

Järjestelmän hajautuneisuus vaikeuttaa kuitenkin hoidon koordinaatiota eri sektorien välillä, resurssien kohdentumista, järjestelmän kokonaishallintaa ja lisää siten osaoptimoinnin riskiä. Näin voi tapahtua erityisesti silloin, kun päätöksiä eri osajärjestelmistä (esim. julkiset palvelut ja Kela-korvatut yksityiset palvelut) tehdään toisistaan irrallaan.

Raportti antaa viitteitä siitä, etteivät rajalliset resurssit kohdennu tehokkaasti perusterveydenhuollon järjestelmässä. Yksi merkki tästä voi olla se, että merkittävä osa resursseista (esim. lääkärit, hoitajat, rahoitus, saatavilla olevat palvelut) kohdentuvat terveemmälle väestölle sairaampien sijaan.

Resurssien epäoptimaalinen kohdentuminen voi ilmetä palveluiden yli- tai alikäyttönä (Brownlee ym. 2017, Elshaug ym. 2017). Merkki ylikäytöstä (alikäytöstä) on se, että terveystieteiden tutkimuskeskuksen tai hoidon tuottamat terveyshyödyt ovat vähäisiä (suuria) ja alittavat (ylittävät) sen kustannukset. Hoito ei siis ole kustannustehokasta. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen käyttöä ja mahdollista ylikäyttöä saattaa lisätä kattavampi sairausvakuutus, alhaisemmat omavastuuhinnat ja helppo hoitoon pääsy (esim. työterveyshuolto).

Järjestelmä on myös eriarvoistava. Nykyisestä järjestelmästä ja sen tuomasta valinnanvapaudesta (yksityinen, työterveyshuolto) hyötyvät todennäköisesti eniten ne väestöryhmät, jotka ovat hyvätuloisempia (työssäkäyviä) ja terveempiä. Raportin

¹ Tämä lausunto perustuu VATT:n aikaisempaan, Tanja Saxellin ja Tuomas Nurmisen tekemään lausuntoon (VATT/360/00.03.01/2025) asialle ”Eduskunnan tarkastusvaliokunnan asiantuntijapyyntö; O 41/2023 vp Terveystieteiden tutkimuskeskuksen toimivuus”.

perusteella nämä väestöryhmät käyttävät yksityisiä ja työterveyspalveluita enemmän. Heikommassa asemassa olevat (esim. matalatuloiset, työttömät, sairaammat) ovat puolestaan enemmän julkisten palveluiden varassa.

Empiirinen analyysi

Tutkimuksen empiirinen osuus on laaja ja huolellisesti tehty. Siinä on hyödynnetty parhaita saatavissa olevia aineistoja ja käytetty verrattain vakiintuneita menetelmiä esimerkiksi palveluiden käytön ja tarpeen mittaamisessa sekä tulevan palvelutarpeen ennakkoinnissa. Aiempaan (kotimaiseen) tutkimuskirjallisuuteen on myös viitattu kiitettävästi.

Tutkimuksen palvelujen käyttöä sekä henkilöstön riittävyttä koskevissa luvuissa (luvut 4 ja 5) keskeisimpänä aineistona on kansallisen hoitoilmoitusrekisterin Avohilmo-kokonaisuus. Tutkimuksessa tuodaan läpinäkyvästi esiin puutteet Avohilmon tietojen kattavuudessa ja luotettavuudessa muun muassa Apotti-alueiden sekä yksityisen terveydenhuollon osalta. Toisaalta todetaan, että puutteiden merkitys on erittäin vähäinen. Jää hieman epäselväksi, mihin tämä arvio perustuu. Onko esimerkiksi tarkempaa tietoa siitä, liittyykö Apotti-alueiden puuttuviin tietoihin jonkinlaista valikoitumista? Onko yksityisen sektorin tietoja täydennetty Kelan yksityisen sairaanhoidon korvaustiedoilla? Yleisesti ottaen kansallisen hoitoilmoitusrekisterin laadun ja kattavuuden jatkuva parantuminen tukisi oleellisesti sote-alan tutkimusta ja vahvistaisi siten päätöksenteon tutkimusperustaa.

Työssä on luonnollisesti jouduttu tekemään erilaisia rajauksia ja oletuksia (esim. henkilöstön sijoittuminen eri sektoreille) sekä valitsemaan mittareita ilmiöille, joita ei suoraan havaita aineistoista (esim. palvelutarve). Oletusten, rajausten ja määritelmien mahdollista merkitystä esitetyille tuloksille ja johtopäätöksille olisi voitu käsitellä hieman enemmän.

Esimerkiksi palveluiden tarpeenmukaisen käytön analyysissä (luku 4) terveydentilan ja palvelutarpeen tärkeimmäksi mittariksi on valittu sairausluokitukseen perustuva monisairastavuus. Mittari on yksinkertainen ja käyttökelpoinen, joskin kuten tutkimuksen kirjoittajat toteavat, se soveltuu huonosti eri sairauksien vakavuuden mittaamiseen. Voikin kysyä, kuinka hyvin valittu mittari tunnistaa "sairaimmat" tai eniten palveluja tarvitsevat (verrattuna mittariin, joka huomioisi paremmin sairauksien vakavuutta). Näitä huolia osittain lieventävät tarkastelut, joita on tehty kahdella vaihtoehtoisella terveydentilan mittarilla: koetulla terveydentilalla (raportoitu luvussa 4) sekä kroonisella monisairastavuudella (ei raportoitu). Tulokset ovat samansuuntaiset kaikilla mittareilla.

Toisena esimerkkinä tehdyistä menetelmällisistä valinnoista on palvelujen käytön määrittely. Tutkimuksessa palvelujen käyttöä mitataan hoitotapahtumilla, jotka muutetaan kustannuksiksi käyttäen ulkopuolisen konsultin (Finnish Consulting Group) laskemia toimenpiteiden yksikkökustannuksia vuodelta 2019 (muutettuna vuoden 2021 hintoihin). Käytetyt yksikkökustannukset ovat samat kaikilla tarkastelluilla sektoreilla. Tämä on perustelua, koska tuoreempia tai mahdolliset sektorierot paremmin huomioivia yksikkökustannuksia ei liene tarjolla. Silti on aihetta kysyä, miten tutkimuksen johtopäätöksiin vaikuttaisi esimerkiksi se, että julkisen ja

yksityisen sektorin yksikkökustannukset eroaisivat jollakin (oletetulla) systemaattisella tavalla. Yksikkökustannusten osalta tietopohja oletettavasti paranee lähitulevaisuudessa, kun sosiaali- ja terveysministeriön ja valtiovarainministeriön vetämä yksikkökustannusten kehityshanke etenee.

Kyseessä on poikkileikkaustutkimus, jossa järjestelmää tarkastellaan yhden vuoden tilanteessa (tutkimuksessa tarkasteluvuosi vaihtelee näkökulman mukaan). Tämä on perusteltu tutkimuksellinen valinta, jota puoltavat sekä riittävän laadukkaan aineiston saatavuus (Avohilmon tiedot vuodesta 2021 eteenpäin) että tutkimuksen pitäminen hallittavan mittaisena. On kuitenkin syytä korostaa, että kokonaiskuvan saamiseksi perustason avosairaanhoidosta myös pitkittäistarkastelu olisi jatkossa tärkeää. Pitkittäistarkastelulla saadaan käsitys palvelujen käytön ja –tarpeen muutoksesta ja samalla vähennettyä yksittäisen vuoden painoarvoa tehdyille havainnoille ja johtopäätöksille. Lisäksi pitkittäistarkastelu kenties mahdollistaisi eräiden tutkimuksessa käytettyjen menetelmien ja tehtyjen oletusten arvioinnin toteutunutta kehitystä vasten. Siten esimerkiksi luvussa 5 hyödynnetyn SOME-mallin menneitä ennusteita voisi verrata toteutuneeseen kehitykseen, jotta vuoteen 2040 ulottuvien ennusteiden luotettavuudesta saisi hieman paremman käsityksen.

Esitetyt toimenpiteet

Tutkimuksessa tehdään useita suosituksia, jotka pohjautuvat tehtyyn empiiriseen analyysiin ja aikaisempaan kirjallisuuteen. Tutkimuksen laaja ja huolellisesti tehty empiirinen osuus lisää johtopäätösten ja suositusten uskottavuutta. Tutkimuksen rajoitteet tuodaan selkeästi esiin luvussa 7.8. Empiirinen osuus on luonteeltaan kuvaileva eikä siinä tarkastella politiikkatoimenpiteiden kausaali vaikutuksia. Tutkimuksessa vedetyt johtopäätökset on esitetty paikoin kovinkin vahvasti, vaikka analyysiin liittyy selkeitä rajoitteita ja epävarmuuksia.

Perustason avosairaanhoidon järjestelmän hajanaisuuteen puuttuminen.

Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmän hajanaisuuteen liittyvien ongelmien vuoksi järjestelmän kriittinen arviointi sekä kokonaisuudistuksen tarpeen selvittäminen ovat perusteltuja. Järjestelmän suunnittelu yhtenä kokonaisuutena vähentäisi osaoptimoinnin riskiä.

Järjestelmän hajanaisuus näkyy eri sektorien rinnakkaisena käyttönä, mikä voi hankaloittaa hoidon koordinaatiota ja resurssien kohdentamista tarpeen mukaan. Yksi raportin esille tuoma mahdollisuus on rajata avosairaanhoidon sektorien rinnakkaiskäyttöä esimerkiksi siten, että ihminen ei kuuluisi enää useiden palvelujärjestelmien piiriin vaan valitsisi käyttämänsä perustason avosairaanhoidon sektorin, eikä muiden sektorien palvelujen käyttö olisi mahdollista. Tämä voi parantaa hoidon koordinaatiota mutta voi vähentää muiden sektoreiden palveluiden käyttöä, valinnanvapautta, hoidon saatavuutta ja sektoreiden välistä kilpailua. Eri politiikkatoimenpiteiden hyötyjä ja haittoja tulisi siis arvioida kriittisesti.

Julkisen perusterveydenhuollon vahvistaminen. Raportissa esitetään julkisen terveydenhuollon vahvistamista ja rahoituksen kanavoimista yksityiseltä sektorilta (esim. Kela-korvaukset) julkiselle. Osana tätä raportissa esitetään julkisen sektorin lääkäripalveluiden saatavuuden parantamista.

Julkisen terveydenhuollon vahvistaminen ja rahoituksen kanavoiminen yksityiseltä sektorilta julkiselle voi hyödyttää heikommassa asemassa olevia ja sairaampia, jotka käyttävät julkisia palveluita enemmän (ks. luku 4.6). Tämä saattaa edistää julkisten resurssien kohdentumista palveluita enemmän tarvitseville eli sairaille.

Ehdotukseen riskinä on kuitenkin se, että palveluiden saatavuuden parantaminen lisää myös palveluiden liikakäyttöä. Jos julkisten palveluiden saatavuus on hyvä ja omavastuuhinnat matalat, kuluttajat voivat siirtyä yksityiseltä sektorilta julkiselle tai alkaa käyttämään julkisia palveluita, joita eivät muutoin käyttäisi. Olennaista on kuitenkin varmistaa, että julkisia palveluita tarjotaan palveluita enemmän tarvitseville eli sairaille. Näin ollen ehdotuksen kannatettavuus riippuu keskeisesti siitä oletuksesta, että julkisten palveluiden saatavuuden parantamisen jälkeenkin nimenomaan sairaimmat käyttävät julkisia palveluja.

Jo nyt Suomen julkinen talous kärsii velkaantumisesta ja resurssipulasta. Terveydenhuoltomenojen ja palvelutarpeen odotetaan kasvavan entisestään tulevaisuudessa väestön ikääntyessä. Tämä edellyttää sitä, että huomiota kiinnitetään entistä tarkemmin julkisten varojen käyttöön.

Julkisten palveluiden vahvistamisen ohella tulisi arvioida tarvetta julkisten palveluiden ja resurssien nykyistä voimakkaammalle priorisoinnille, joissa palveluita ja resursseja kohdennetaan niitä eniten tarvitseville (erit. sairaat) väestönsille.

Resurssien allokaation tehostaminen edellyttää lisäksi palveluiden yli- ja alikäytön minimointia (ks. Elshaug, A. G. ym. 2017). Uudet teknologiat tarjoavat yhden mahdollisuuden parantaa palveluiden saatavuutta ja ehkäistä ylikäyttöön liittyviä ongelmia (esim. hoidon tarpeen arviointi, kustannustehokas hoitojen käyttö).

Myös muita keinoja olemassa olevien resurssien käytön tehostamiselle tulisi arvioida. Näihin sisältyvät esimerkiksi tuottavuutta parantavat teknologiat (esim. tekoälypohjaiset työkalut lääkäreiden ja hoitajien työn tukena) ja paremmat johtamiskäytännöt sekä taloudelliset kannustimet osana rahoitusmallia.

Työvoimapula

Kysyntä hoitohenkilökunnasta voi lisääntyä tulevaisuudessa väestön ikääntyessä ja palvelutarpeen kasvaessa. Suomi ei ole tilanteessa yksin. WHO on myös arvioinut, että Euroopassa on pula 4.1 miljoonasta terveydenhuollon työntekijästä vuoteen 2030 mennessä, vaikka terveydenhuollon ja hoivan työntekijöiden määrä on korkeampi kuin aikaisempi (Zapata ym. 2023).

Raportissa suositellaan selvitystä, joissa arvioidaan työvoimapulaa, työvoiman jakautumista sektoreiden välillä ja keinoja työvoimapulan ratkaisemiseksi. Näihin keinoihin sisältyvät erityisesti henkilöstön koulutus ja julkisen sote-sektorin houkuttelevuuden ja pitokyvyn kehittäminen. Ehdotus on kannatettava.

Työolojen ja ei-rahallisten kannustimien ohella on tärkeää arvioida myös rahallisia kannustimia sekä julkisen sektorin palkkausjärjestelmää. Julkisella sektorilla palkat voivat olla yksityistä sektoria joustamattomampia. Tästä antaa viitteitä myös julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon palkkojen vähäisempi vaihtelu yksityisen sektorin palkkoihin verrattuna (Lyytikäinen ym. 2022). Palkkaharmonisaatio edistää palkkauksen yhdenvertaisuutta, mutta samalla se vähentää palkkausjärjestelmän

joustavuutta. Tämä voi vaikeuttaa julkisen sektorin työvoiman saatavuutta erityisesti rekrytointiongelmista kärsivillä alueilla, jos palkankorotuksia ei voida kohdentaa näille alueille ja tehtäväkohtaiset palkat ovat samat koko hyvinvointialueella palkkaharmonisaation vuoksi.

Yleisesti voi olla perusteltua arvioida kohdennettuja politiikkatoimenpiteitä työvoimapulan ratkaisemiksi erityisesti rekrytointiongelmista ja palveluiden heikosta saatavuudesta kärsivillä alueilla (ks. Zapata ym. 2023). Yhtenä mahdollisuutena on teknologian tarjoamat ratkaisut kuten etätö ja etänä toteutettavat palvelut (esim. digiklinikat).

Lähteet

Brownlee S. ym. (2017). Evidence for overuse of medical services around the world. *Lancet*. Vsk. 390(10090):156-168.

Elshaug, A. G. ym. (2017). Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high-value health care. *The Lancet*, Vks. 390(10090):191-202.

Lyytikäinen, Teemu; Saxell, Tanja; Siikanen, Markku; Toikka, Max (2022). Alueelliset palkkaerot sosiaali- ja terveydenhuollossa. VATT Tutkimukset 192, Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

Zapata, T. ym. (2023). From great attrition to great attraction: Countering the Great Resignation of health and care workers. *Eurohealth*, 29(1), 6-10.

Tanja Saxell
Erikoistutkija