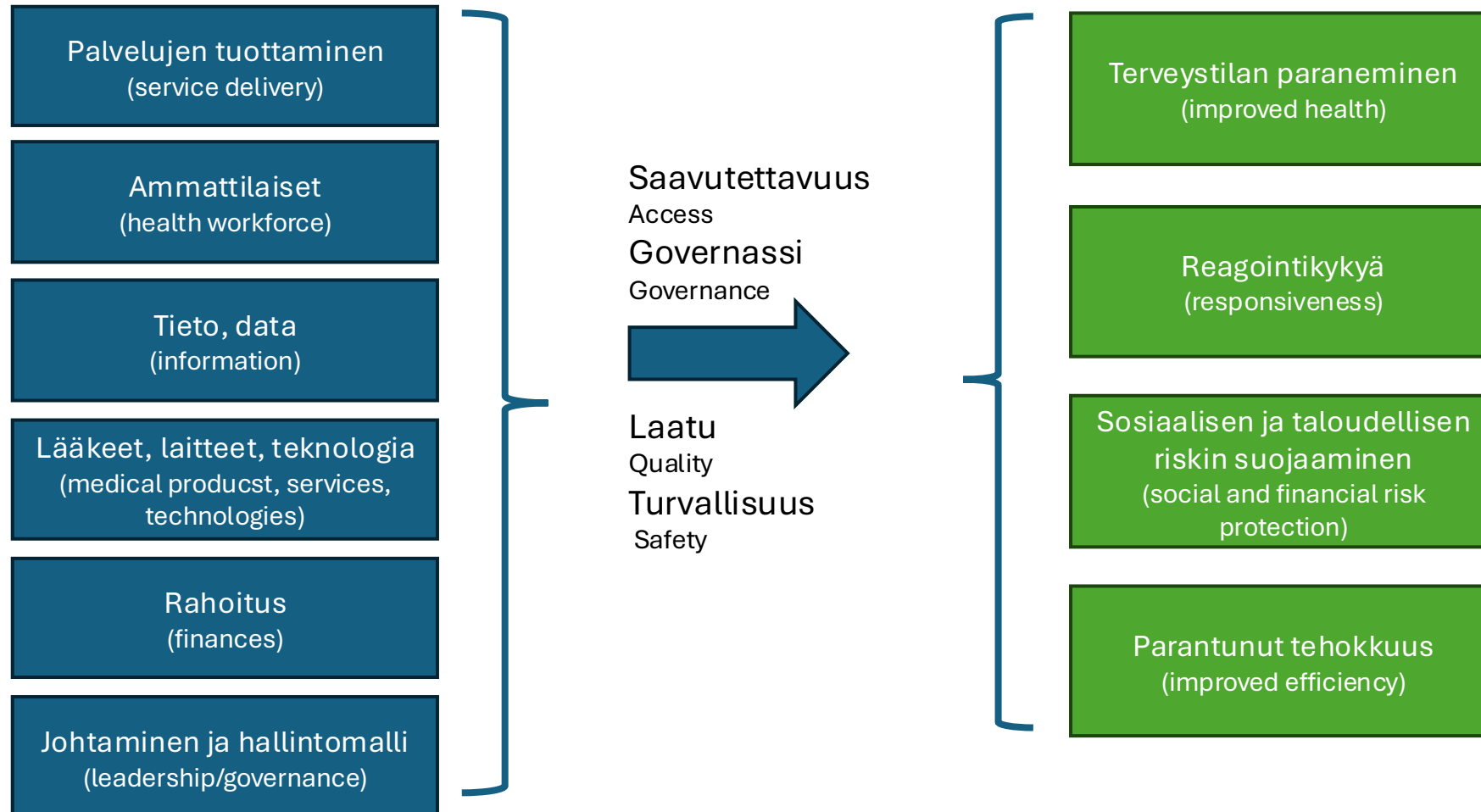




THL:n raportti ”Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus”, Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/25

Professori Kristiina Patja
Helsingin yliopisto, LTKD
Ylilääkäri, HUS Lääketieteellinen johto
Kristiina.patja@helsinki.fi

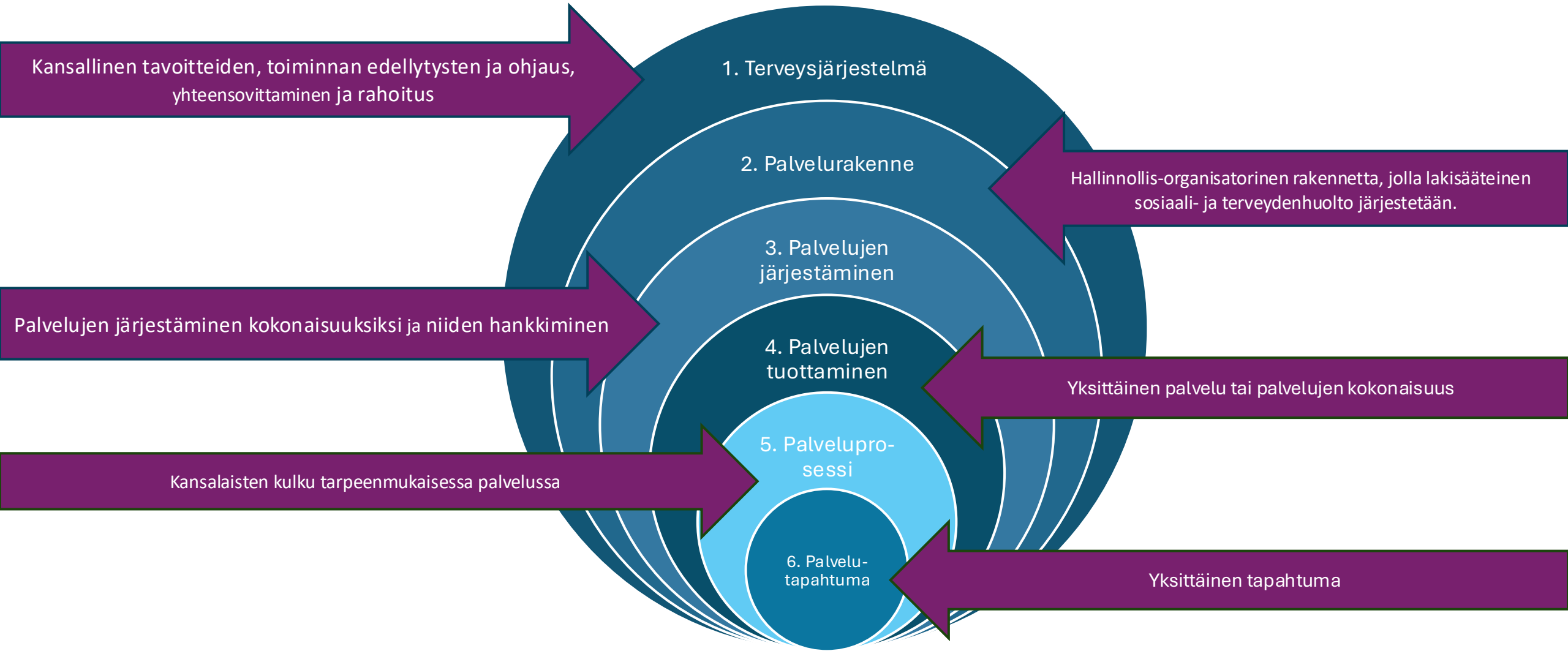
Terveysjärjestelmä, WHO



Karkea arvio rahoittajista 2023 (mrd €)

Sektori	Yksityinen rahoittaja	KELA (verotuksella kerätty)	Verorahoitus
HVA:t (sote) (23,7)	2 (pääosa asiakasmaksuja)		23
Työterveys (0,9)	0,5 (työnantajamaksut)	0,4 (palkansaajat)	
Avolääkkeet (1,8)		1,8	
KELA muut (0,5)		0,5	
YHTS (Kela		0,8	
Kotitalouksien vakuutukset (1,9)	1,9		
Yritysten	0,3		
	Yksityinen yhteensä	Julkinen yhteensä	Yhteensä
	4,7	26,3	31,1

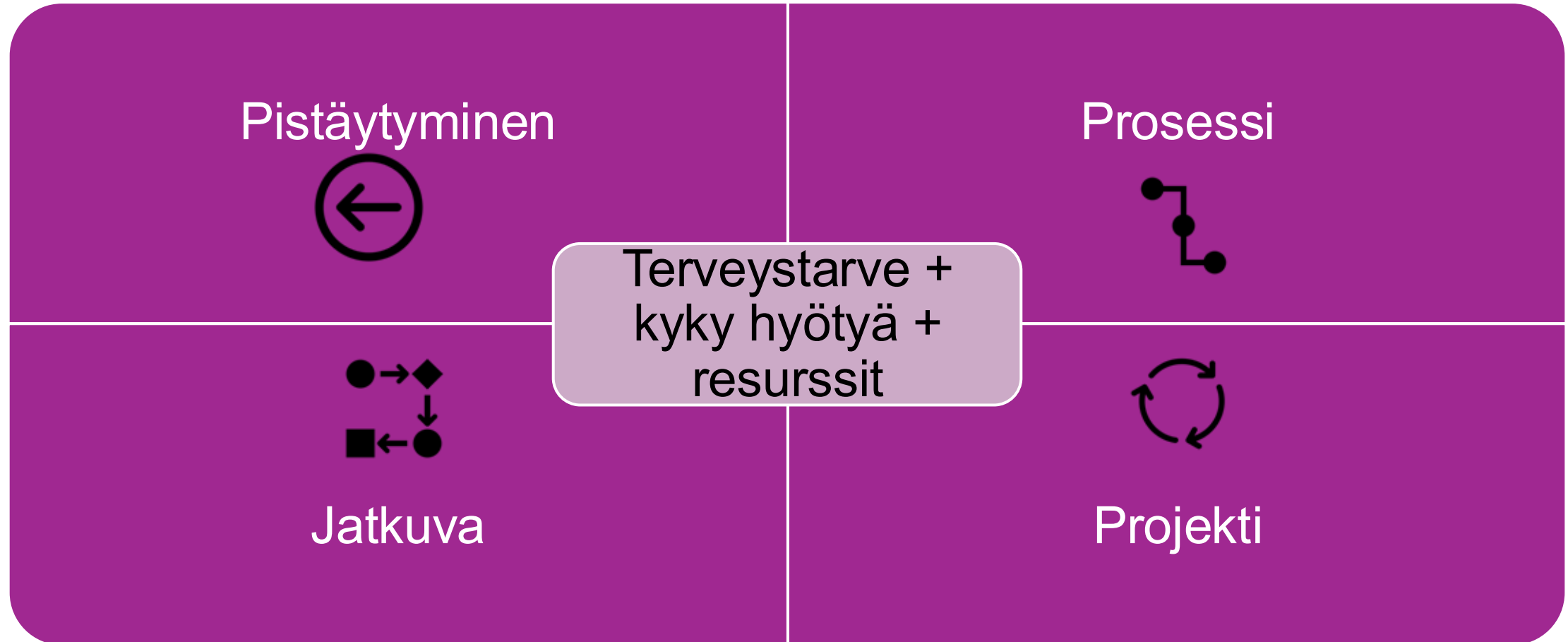
Miten raportti tukee järjestelmäohjauksen kehittämistä?



Raportin rajaus on ongelmallinen

- Julkisessa perusterveydenhuollossa yleislääkäreiden toimenkuva on laaja ja siihen sisältyy myös sellaista toimintaa, jota työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla usein hoitavat erikoislääkärit.
- Kannatettavaa olisi ollut ottaa terveystieteiden lääkärin työnkuva ja tarkastella muiden sektorien potilasvirtoja, tarjontaa ja kustannuksia sitä vasten.
- Jos oletuksena on, että jatkossakin Suomessa tuotetaan nykyisen laajuista palveluvalikoimaa, jota tosin ei ole määritelty.

Terveydenhuollon tuotantotavat



Huom! Pistäytyminen sisältää ennaltaehkäisevän terveydenhuollon

(c) Patja Kristiina

Kansallisen terveydenhuollon tilastoinnin tila kuntoon huomioimaan kansalaisten tarpeet

- Terveydenhuollon palvelujen tarpeiden tyypit voidaan jakaa karkeasti neljään ryhmään: akuutteihin, määrämittäisiin, jatkuviin ja sekamuotoisiin.
- Kullakin kansalaisella voi olla useita palvelutarvetyyppejä yhtäaikaaisesti.
- Useasta pitkäaikaisen sairauden hoitoa tarvitseva voi tarvita akuutisti terveystalveta ja akuutin sairauden jälkitiulanan voi syntyä määrääjallinen jatkuvan hoidon tarve
- Tarpeen ja tuotannon välisestä yhteensopivuudesta ei tämä raportti tuota tietoa

Palvelukäyttötyypit

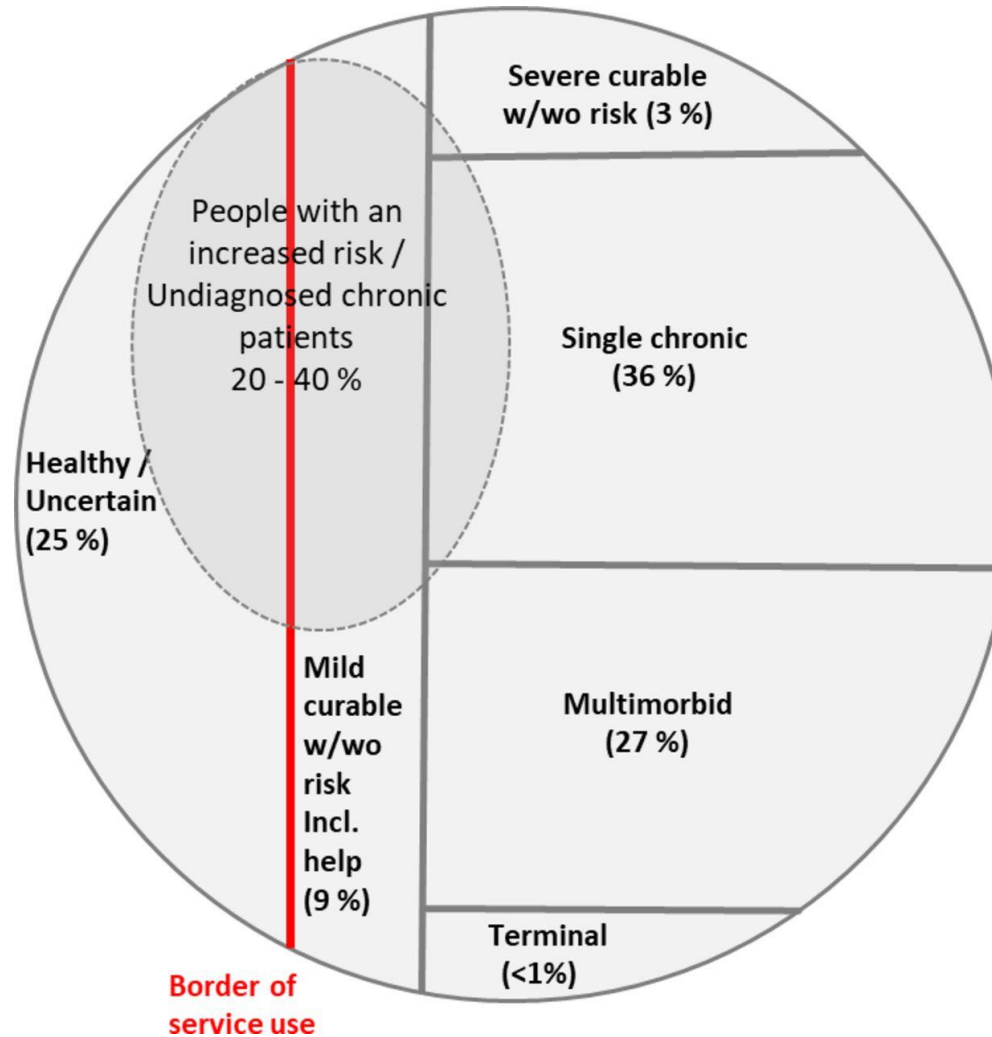
(yleisimmin käytetty, voivat siis hetkellisesti olla samaan aikaan käytössä)

Perustarve: avopalvelujen käyttö 0–2 kertaa vuodessa

Hoidon tarve: avopalvelujen tarve 5–10 kertaa vuodessa, satunnaisesti sairaalahoidon tai muu tuen tarve

Huolenpitotarve: Hoivan, pidemmän/laajemman sairaalahoidon/kuntoutuksen/lisätuen tarve, asuminen, sosiaalisen tuen tarve

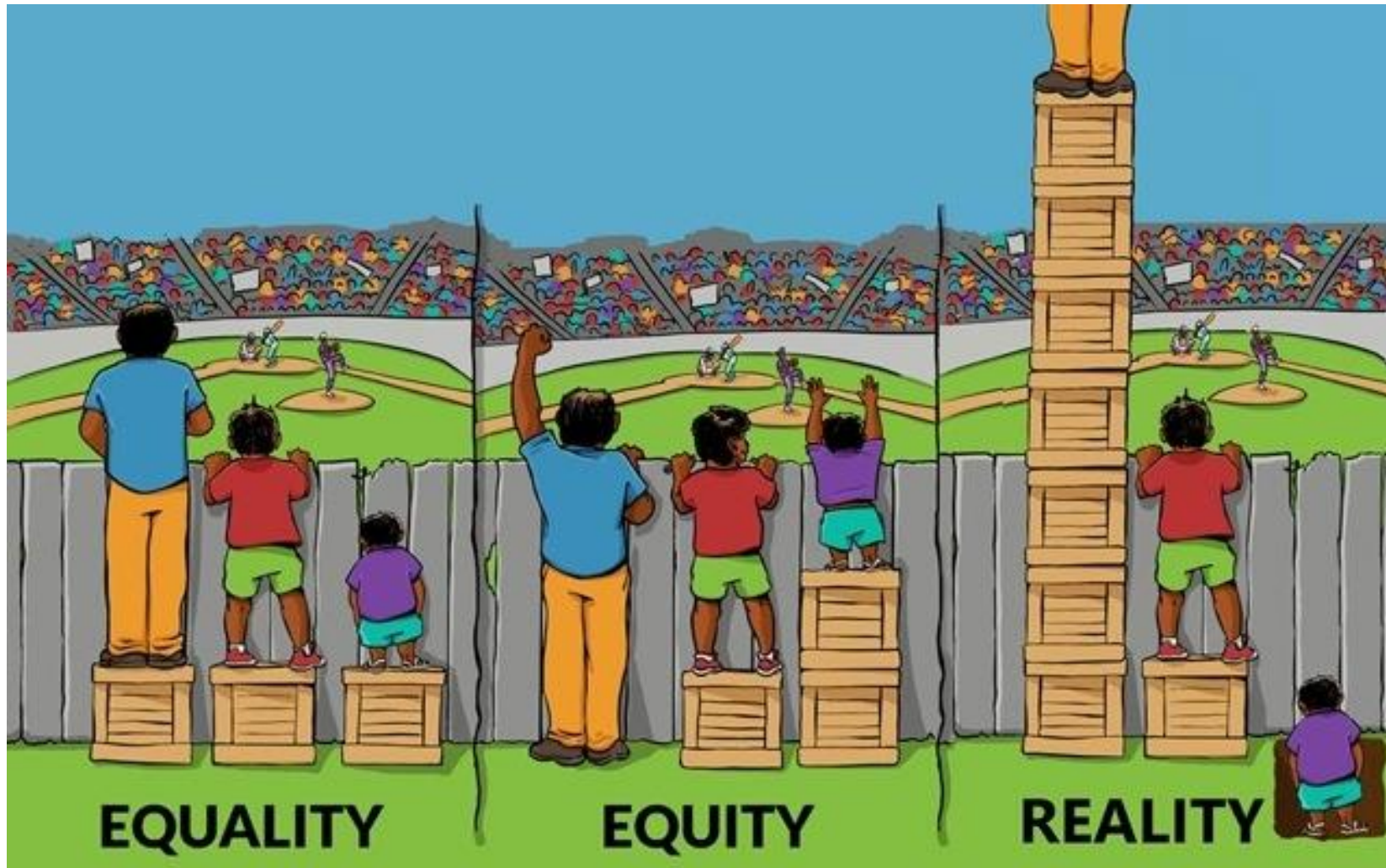
Estimated proportions of different segments based on Finnish data 2018. *People with increased risk may be 20%–40% of the population, depending on the definition and estimates.



Paulus Torkki et al. BMJ Open 2023;13:e077250

(c)PatjaKristiina

Väestöryhmien ja alueiden eriarvoisuus näkyy raportissa.

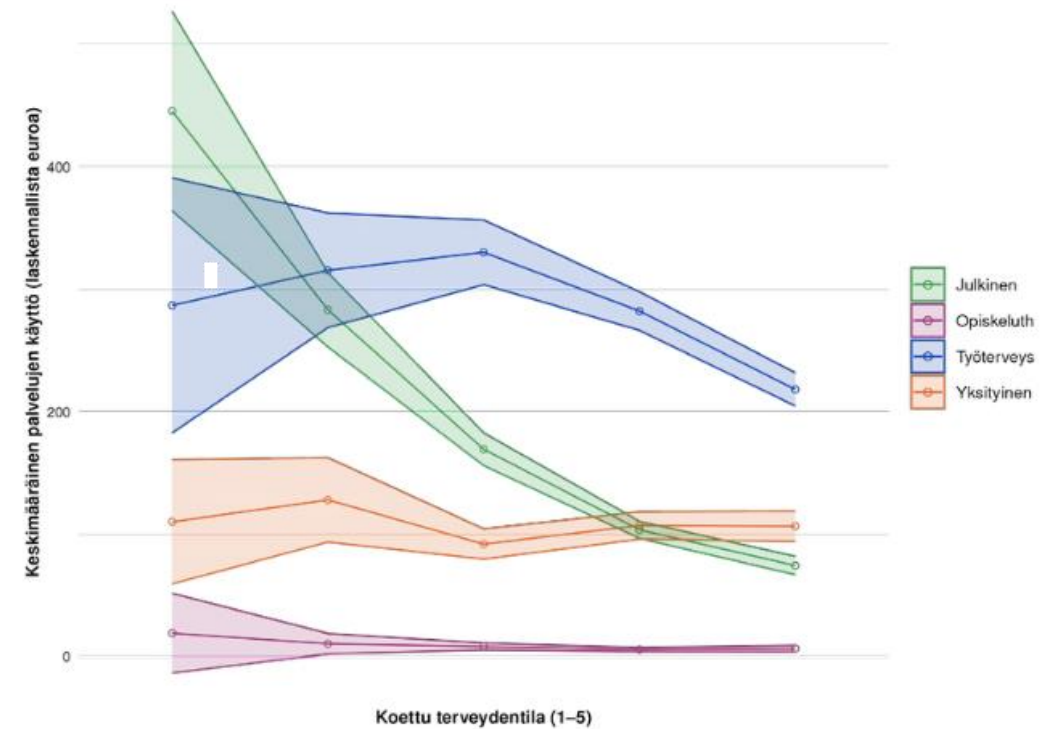


(c)PatjaK

<https://news.berkeley.edu/2023/03/29/equity-vs-equality-whats-the-difference>¹⁰

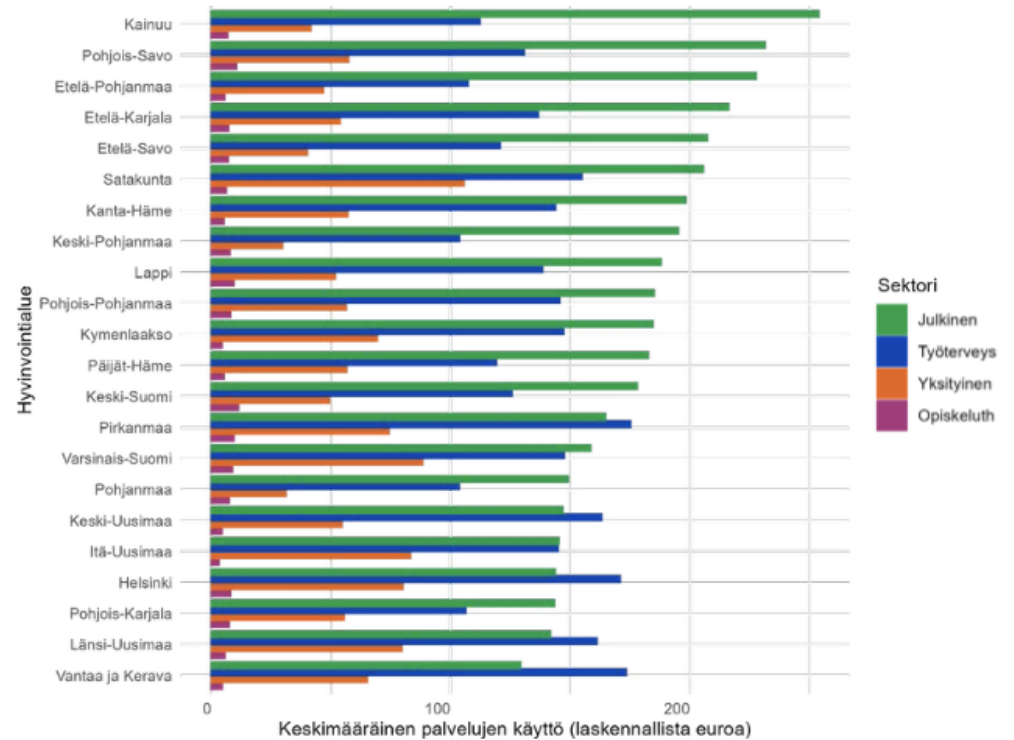
Yhdenvertaisuus:
julkinen hoitaa
sairaimmat

4 PERUSTASON AVOSAIRAANHOIDON PALVELUJEN KÄYTÖN TARPEENMUKAINEN JAKAUTUMINEN JA RINNAKKAISTEN SEKTORIEN ROOLI



Kuvio 4.8. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina sekä 95 % luottamusväli) 25–64-vuotiailla eri sektoreilla koetun terveydentilan eri luokissa vuonna 2022.

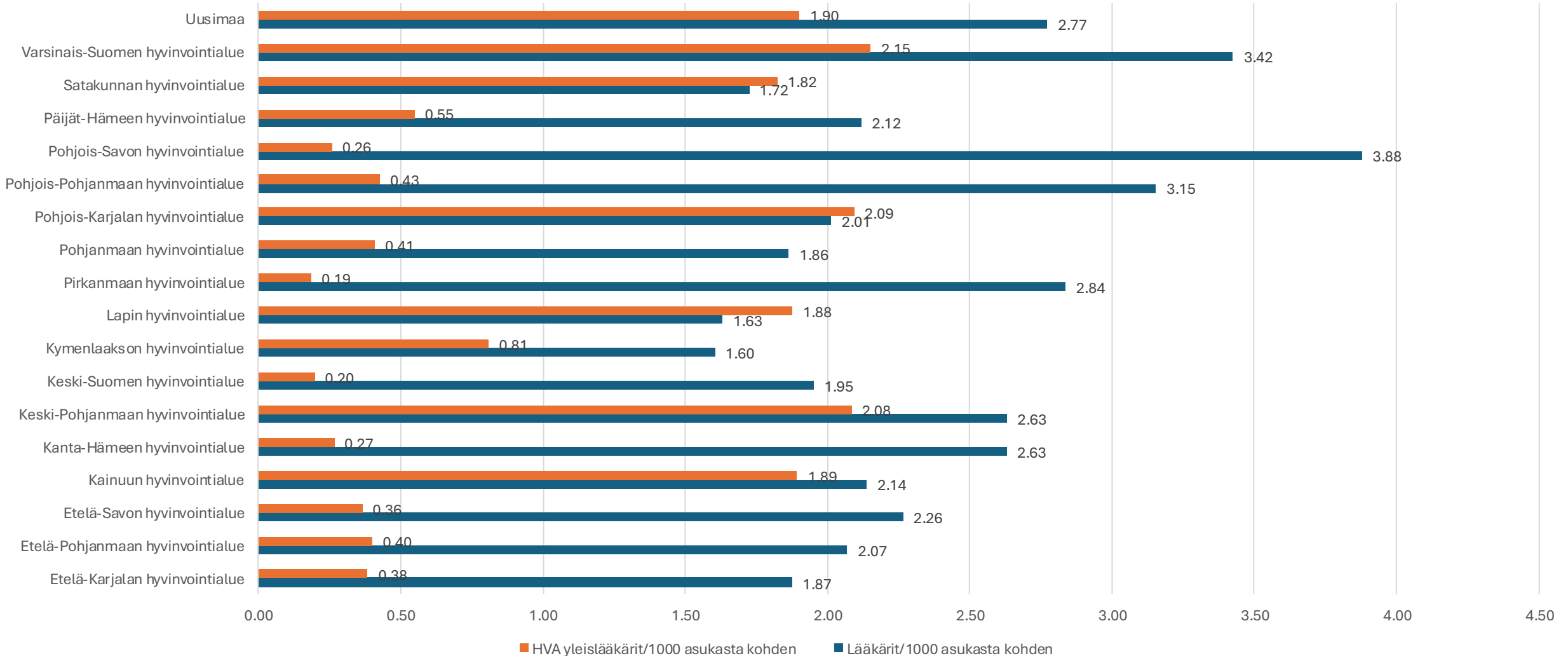
Tarjonta määrittelee palvelujen käyttöä



Kuvio 4.3. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) sektoreittain eri alueilla vuonna 2023.

Lääkärimäärä/1000 asukasta kohden

Lääkärit/1000 asukasta kohden HVA:t



Eri alueilla lääkäri työvoiman heilahteluihin erilainen valmius

Hyvinvointialuetyyppit: Ennen uudistusta integroidut, Uudistuksessa muodostetut, Yliopistosairaala HVA:t, Uusimaa oma kokonaisuutensa	2023	Väestömäärä	Lääkärit/1000 asukasta kohden	HVA yleislääkärit	HVA yleislääkärit/10 00 asukasta kohden
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	178	67690	2,63	45	0,69
Kainuun hyvinvointialue	149	69714	2,14	47	0,69
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	234	124831	1,87	48	0,38
Etelä-Savon hyvinvointialue	292	128955	2,26	76	0,42
Kymenlaakson hyvinvointialue	252	157147	1,60	54	0,46
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	326	162015	2,01	73	0,81
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	445	169313	2,63	132	0,75
Lapin hyvinvointialue	287	175941	1,63	127	0,57
Pohjanmaan hyvinvointialue	333	178664	1,86	101	0,47
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	393	189920	2,07	84	0,34
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	433	204415	2,12	64	0,55
Satakunnan hyvinvointialue	363	210709	1,72	112	0,85
Pohjois-Savon hyvinvointialue	963	248412	3,88	179	0,57
Keski-Suomen hyvinvointialue	534	273726	1,95	141	1,24
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	1 325	420210	3,15	339	0,91
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	1 694	494614	3,42	384	0,67
Pirkanmaan hyvinvointialue	1 545	544893	2,84	330	1,95
Uusimaa	4 958	1788660	2,77	1 064	1,90

Palvelujen käyttö
monikanavaista ja
suurin osa
kansalaisista
käyttää julkisia
avoterveyspalveluja
kolmen vuoden
seurantajaksolla.

Taulukko 4.1. Vuosina 2021–2023 Suomessa asuneiden sekä kotikunnan omanneiden ja kuolleiden henkilöiden määrät ja osuudet jaoteltuna perustason avosairaanhoidon sektorin palvelujen käytön mukaan*.

Käytetty sektori	Suomessa asuneet	Kotikunta Suomessa	Kuolleet
JULK	1 568 066	1 425 655 (90,9 %)	83 150 (5,3 %)
TTH	309 760	298 201 (96,3 %)	912 (0,3 %)
YKS	188 885	164 273 (87 %)	1 855 (1,0 %)
OPIS	25 507	23 066 (90,4 %)	34 (0,1 %)
JULK & YKS	1 034 443	993 409 (96 %)	16 932 (1,6 %)
JULK & TTH	684 814	676 889 (98,8 %)	2 239 (0,3 %)
TTH & YKS	290 027	284 970 (98,3 %)	448 (0,2 %)
JULK & OPIS	144 486	142 049 (98,3 %)	208 (0,1 %)
OPIS & YKS	16 218	15 677 (96,7 %)	12 (0,1 %)
OPIS & TTH	16 018	15 637 (97,6 %)	8 (<0,1 %)
JULK & TTH & YKS	777 261	772 364 (99,4 %)	1 288 (0,2 %)
JULK & OPIS & YKS	92 172	91 279 (99 %)	85 (0,1 %)
JULK & OPIS & TTH	86 566	86 034 (99,4 %)	34 (<0,1 %)
OPIS & TTH & YKS	15 795	15 625 (98,9 %)	5 (<0,1 %)
JULK & OPIS & TTH & YKS	104 778	104 328 (99,6 %)	27 (<0,1 %)
EI KÄYTTÖÄ	369 136	256 389 (69,5 %)	16 057 (4,3 %)
YHTEENSÄ	5 723 932	5 365 845 (93,7 %)	117 912 (2,1 %)

*Lukumäärät ja prosenttiosuudet taulukossa kaikkina kolmena vuonna 2021–2023 Suomessa asuneiden, kotikunnan omanneiden ja kuolleiden osalta. Palvelujen käyttönä huomioitu läsnä- ja etäasioinnit sekä konsultaatiot. JULK = hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä avosairaanhoido, TTH = työterveyshuolto, YKS = yksityinen avosairaanhoido, OPIS = opiskelu-terveydenhuolto.

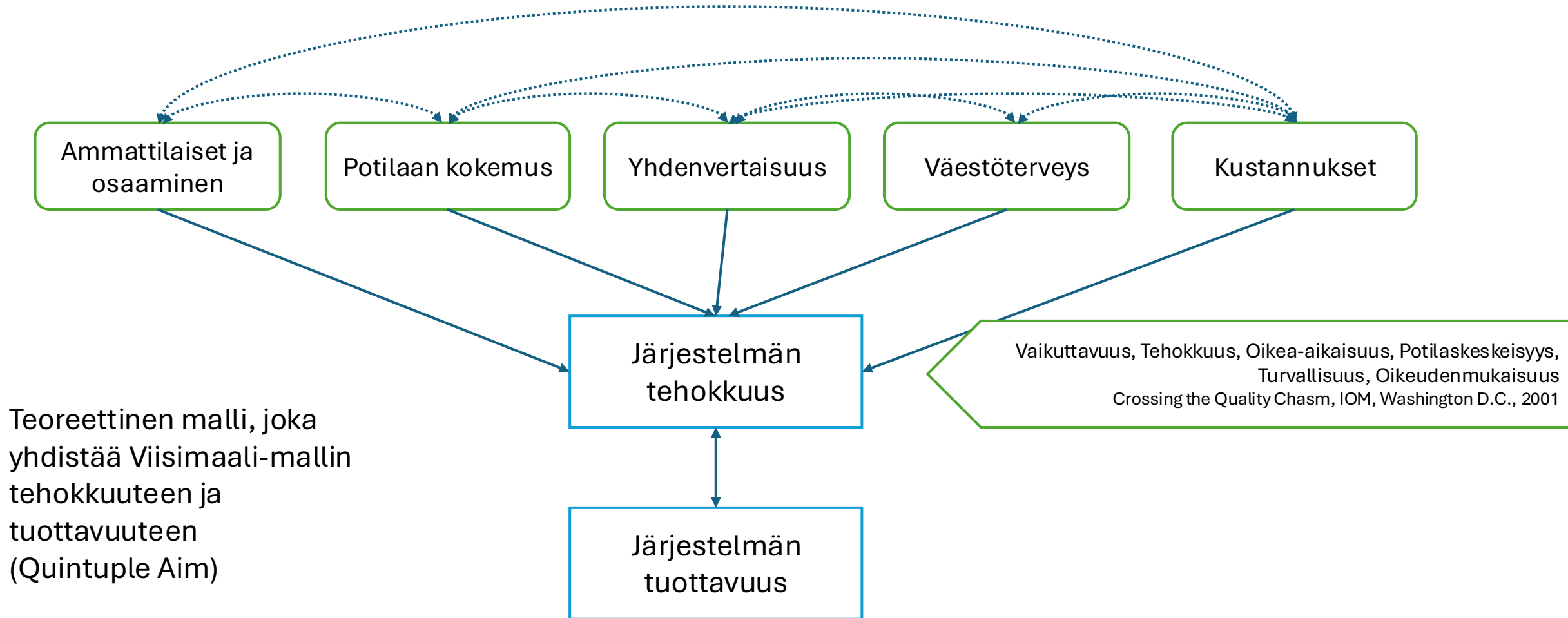
Kustannuksiin vaikuttaa olennaisesti palveluntuottajan insentiivit

TAULUKKO 1.

Laboratoriotutkimusten hinnoissa on suuria eroja

	Islab	Fimlab	Nordlab	Huslab	Huslab päivystys	Terveystalo	Pihlajalinna	Synlab
Näytteenotto- ja palvelumaksut (€)	35 €	18,20 + 7,55 €	15 + 20,50 €	26 €. Läheteen vähintään 20 min kestäneestä selvitystyöstä 27 € lisämaksu.		Ei erillistä näytteenotto-maksua.	Ei erillistä näytteenotto-maksua.	19,90 €. Ei koske laboratorio-paketteja.
B -PVK+T	2,80	5,60	2,60	3,24	6,48	56,50	54,10	29,70
P -ALAT / S -ALAT	1,83	4,05	1,10	1,22	5,27	39,80	39,90	22,60
P- Krea / S -Krea	4,06	3,95	1,10	1,69	5,27	42	50,90	24,80
P -Na / S -Na	2,03	3,95	1,10	1,15	4,73	39,80	39,90	21,80
P -K / S -K	2,33	3,95	1,10	1,69	4,73	39,80	39,90	21,80
fP-Kol-LDL / fS-Kol-LDL	1,93	4,05	1,10	2,03	4,59	Kolesterolipaketti 83,80	S-Lipiditpaketti 93	20,80
fP-Trigly / fS -Trigly	1,93	4,05	1,10	1,76	5,27			29,80
fP-Kol-HDL / fS-Kol-HDL	1,93	4,05	1,10	1,89	4,59			11,80
fP-Kol / fS-Kol	1,93	4,05	1,10	1,89	4,59			29,80
P -TSH / S -TSH	5,18	5,85	1,70	4,73	8,10	79	78,50	42,40

Taulukko on Lääkärilehden, Minne verikokeisiin, kun potilas maksaa itse? Julkiselle puolelle lähetettynä hän pääsisi huomattavasti halvemmalla. artikkelista <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/huimia-eroja/>



Suomen terveysjärjestelmän ongelmien juurisyyt

- Terveysjärjestelmältä puuttuu (osallistava) visio ja missio, johon olisi sitouduttu ja jota vasten strategiaa peilataan ja toimintaa arvioidaan.
- Tavoite ei kohdistu kansantalouden kannalta vaikuttavimpaan tekijään, joka on väestön terveys, toimintakyky ja pärjääminen, joista syntyy työ, oppiminen, pärjääminen
- Kustannusten dynaaminen ja avoin systeeminen synty tapa ja samalla sitten myös niihin vaikuttamisen keinot ymmärretään heikosti
- Ohjaustapa vanhanaikainen, ei kannusteita uudistumiseen, ei tulokannusteita, ei resurssien ohjausta
- Poliittinen tahtotila heikko ja keskittyy kielteisiin asioihin, ei katso tulevaan eikä huomioi juurikaan kestävyysasioita terveysjärjestelmässä

Yhteenveto

- Lääkärien riittävyden osalta olen kuitenkin epäileväinen, koska lääkäreiden sijoittumisella systeemissä sekä työtehtävien uudistamisella ja vaikuttamattomien hoitojen sekä vähähyötyisen hoidon vähentämisellä voidaan vapauttaa lääkäri työvoiman aikaa.
- Rahoituksen monikanavaisuus on kansainvälisesti tavallista ja systeemissä tulee aina olemaan verovaroin kansalaisilta kerättyä rahaa (joko ansioverotuksessa tai erillisenä maksuna, kuten nyt sairausvakuutuksen työterveyshuollon osuus 1,08 %), yrityksiltä kerättyä rahaa, arvolisäverojen kautta tulevaa tuloa, vakuutus pohjaista rahaa sekä kansalaisten käyttämää ns. out-of-pocket rahaa.
- Monikanavarahoituksen purkamisen sijaan tulisi keskittyä työvoiman ja rahoituksen ohjaukseen, joita keinoja on jo olemassa: ammattihenkilölaki mahdollistaa tämän ja olisi nivottava myös valmiustyöhön ja varautumiseen
- Pienet pistemäiset uudistukset eivät ratkaise järjestelmän rakenteellisia ongelmia, mutta koko järjestelmän uudistus ei ole tarpeen vaan strategisella ohjauksella voidaan siirtää painopistettä hallitusti 5–10 vuoden aikajänteellä.



Ei tehdä lisää selvityksiä.

Pannaan toimeen aiemmat tutkimukset ja toimenpide-ehdotukset.

Asetetaan pitkän ajan väestöterveyden tavoitteet.

Seurataan toteutumista koko järjestelmässä.

WE CANNOT SOLVE OUR PROBLEMS
WITH THE SAME THINKING
WE USED WHEN WE
CREATED THEM

- Albert Einstein

