

16.1.2026

Pirkanmaan hyvinvointialueen lausunto: O 41/2023 vp Terveystenhuollon toimivuus (perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus)

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt lausuntoa terveydenhuollon toimivuudesta: Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus.

Pirkanmaan hyvinvointialueen lausunto:

Annamme lausuntomme tutkimukseen ”Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus” katsoen asiaa Pirkanmaan hyvinvointialueen avopalvelulinjan kokonaisuuden näkökulmasta. Avopalveluihin sisältyy avoterveydenhuollon lääkäreiden ja hoitajien toiminnan lisäksi mm. avokuntoutuksen palvelut, suun terveydenhuolto, työikäisten sosiaalipalvelua, asumispalvelua ja kriisipalvelua sekä perustason mielenterveys- ja päihdepalvelut. **Näemme, että ”perustason avosairaanhoito” on katsottava etenkin edellä olevien tiiviissä yhteistyössä tuotettujen palveluiden näkökulmasta** vaikkakin käsiteltävä tutkimus keskittyy vertailemaan nimenomaan esillä olleita neljää kokonaisuutta. Siksi tuomme johtopäätöksien kommentointiin erityisesti yhteistyön näkökulmaa ja sen toteuttamisen huomiointia, jos järjestelmää ja vastuita jne. muutetaan.

Tehty tutkimus nähdään tärkeänä. Se on kattava ja hyvällä tavalla laajasti asiaa käsittelevä kokonaisuus. **Tutkimuksessa esitetyt ilmiöt ja havainnot ovat hyvin ymmärrettäviä. Ne heijastelevat yleistä näkemystä ja kokemusta.** Tutkimuksen kohteet on hyvin kuvattu eriytettyinä ja ymmärrettävinä. Rajaukset ovat mielestämme asiaan soveltuvat ja tutkimuksen rajoitteet näkyvillä. Tärkeimmät havainnot eivät mielestämme tarvitse tämän yksityiskohtaisempaa dataa taakseen.

Suosituksista nousee esille pieni puute siitä, että niissä mielestämme vajaasti pohditaan muiden kuin avosairaanhoidon lääkäri-hoitajapalvelujen tarpeellisuutta, eikä tämä asiaa mielestämme voida kokonaan erottaa suosituksista ja niiden kommentoinnista. Pitäisi pohtia kuinka eri palveluissa pääsääntöisesti asioivat tarvitsevat muita palveluja, kuten kuntoutusta, mielenterveys- ja



päihdepalveluja sekä sosiaalipalveluja. Tällä on siis vaikutusta mm. pohdittaessa suositusta, voimmeko jollakin keinolla valjastaa esim. työterveyden tai muun yksityisen toimijan vastaamaan asiakkaan kokonaisuudesta. Ensiarvio on, että vähintäänkin olisi huomioitava, kuinka yhteydenpito ja yhteistyö muiden palvelujen kanssa järjestetään sujuvasti. Mitä tahansa muutoksia tehdäänkään, niiden tulee olla kestäviä eikä uusia eriarvoisuuksia luovia.

Näemme tärkeäksi, että saamme julkisen rahan yhdenvertaiseen käyttöön. KELA-korvaus yksityisestä terveystalvasta ei ole perusteltua, eikä sillä ole tavoiteltua vaikuttavuutta. Tutkimuksessa myös todetaan, että jo yksityisellä asionnin mahdollisuus parantaa hoitoon pääsyä. Se vaikuttaa myös jatkohoitoihin esim. läheteiden kautta (ESH) sekä siten, että asioita, joita yksityiseltä ohjataan esh:on, olisi tutkittu julkisessa PTH:ssa ainakin ennen lähettämistä ESH:on. Yksityisellä asioivat ottavat usein yhteyden julkiseen toimijaan esim. suunniteltujen tutkimusten (laboratorio, kuvantaminen) toteuttamista varten. Tämä on kokonaisresurssin tuhlaamista, kun julkisella on aina tilanne uudestaan arvioitava, siltäkin kantilta ovatko pyydetty tutkimukset julkisen omien kriteereiden mukaisesti edes tarpeellisia. **Tuemme kuitenkin ajatusta monituottajuudesta, jossa yksityiseltä hankitaan harkitusti palveluja.** Nämä tulee kiinnittää kokonaisuuteen samoilla kriteereillä kuin muu järjestetty palvelu, eli kokonaisvastuun periaatteella eikä erillisesti käyntikohtaisesti. Tämän osalta odotamme myös KELA:n yli 65-vuotiaiden valinnanvapauskokeilun tuloksia ja vaikutusten arviointia.

On sinänsä koko yhteiskunnan etu, että työssä käyvien sairastaminen on lyhyempää eli hoitoon pääsy nopeampaa niissä asioissa, joissa se todella on hyödykästä. Suuri osa työterveyshuollon palvelusta ei kohdistu kuitenkaan tähän. **Työterveydessä tulisikin keskittyä jatkossa vain välttämättömään ja lakisääteiseen toimintaan (KELA1) ja sairaanhoito olisi aiempaa paremmin resursoituna julkisella toimijalla.** Arvioitavana olevan tutkimuksen tulostenkin pohjalta on selvää, että **toiminnan vaikuttavuutta tulisi arvioida** paremmin. Arviomme on, että raha olisi tuottavammassa käytössä julkisella toimijalla, julkisen hoidon kriteerien mukaisesti.

Pohdittavana on myös työterveyden tai muun yksityisen toimijan ottaminen osaksi (julkista) avosairaanhoidoa. Tätä tulee erityisen tarkasti suunnitella, ja huomioida järjestelyt vastuiden, rahoituksen, yhteistyön ja tiedonkulun ym. kantilta laaja-alaisesti. **On pidettävä mielessä eri toimijoiden insentiivit eri toimintamalleihin.** Työote-malli on tutkimuksessa mainittu ja hyvinkin kannatettava malli, mutta tämänkin tarkempi määrittäminen olisi tehtävä em. elementtien kantilta.

Hoidon tarpeen arviointi (HTA) julkisella on paljon resursseja vievä velvoite, jota muualla ei ole ja tämä olisi huomioitava vertailuissa, kun pohditaan esim. resurssien käyttöä. **HTA-velvoitteeseen**

tulisi tehdä pikaisesti parannuksia. Tärkeimpänä huomioitavana asiana selkeästi kiireettömien asioiden käsittely. Prosesseja olisi kehitettävissä huomattavasti sujuvammiksi ilman jäykkää HTA-velvoitetta.

Keskeisimpiä ongelmia pirstaleisessa mallissa on työterveyshuollon sopimusten

kattavuuden vaihtelu. Tämä aiheuttaa paljon epätietoisuutta niin asiakkaissa kuin ammattilaisissakin. Asian läpinäkyväisyys vaikeuttaa erittäin paljon kokonaisuuden hallintaa ja sirpaloittaa hoitoa ja voi jopa jättää hoitotarvetta katveeseen, kun vastuut ovat epäselvät.

Kaikkiaan tutkimus nostaa esille kiistattomia kehittämiskohteita. Näiden tietojen pohjalta on tärkeä lähteä jo toimenpiteisiin ja kohdistaa ehdotettuja selvityksiä vain merkittävimpiin epäselviin asioihin.

Järjestelmän tärkeimmät kehityskohteet

- KELA-korvausta ei tulisi saada yksityisestä sairaanhoidosta
 - Tällä ei ole vaikutusta palvelujen käyttöön (todettu kokeilussa)
 - Yksinkertaistaisi ja selkeyttäisi asiointia ja hallinnointia
- Työterveyden vastuulle vain Kela1-toiminta
 - Julkiselle toimijalle paremmat edellytykset sairaanhoitoon
 - Selkeyttää vastuunjakoa
- Opiskeluterveydenhuollon velvoite täyttyvä tai sitä on muutettava
 - Asiakkaille kohtuuton maksu eikä mitään taetta hoitoon pääsystä, käyttävät runsaasti julkista palvelua. Menee oikeudettomasti paljon julkista rahaa.
- Yksityisen / tth:n ESH-lähetteen kriteerit tulisi saattaa yhdenmukaisiksi julkisen kanssa
 - Perustutkimukset tehtynä, lähettämisen kriteerit
- Muiden palvelujen huomioiminen niitä tarvitsevilla: yhteistyön mahdollistaminen eri palveluiden kesken
 - Yhteistyön ja tiedonkulun parantaminen
- Hoidon tarpeen arvion velvoitteen uudelleen arviointi
 - Kiireettömien yhteydenottojen hoitaminen viiveellä, ei samana päivänä

Suosituksista nostomme:

7.1 Perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajanainen

- Suositukset
- Yhteistyön kehittäminen sektorien välillä
- 1.1. Kehitetään eri sektorien välisiä yhteistyömalleja ja hoidon koordinaatiota. Selvitetään esimerkiksi mahdollisuuksia laajentaa olemassa olevia toimintamalleja eri väestöryhmien palveluihin (esim. Työote-malli) sekä konsultaatiokäytäntöjen laajentamista.
- Työnjaon tai ohjauksen uudistaminen
- 1.2. Arvioidaan mahdollisuutta siirtää yksityispalvelujen Kela-korvaukset hyvinvointialueiden kautta järjestettyjen palvelujen rahoittamiseen.
- 1.3. Arvioidaan mahdollisuutta 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.
- 1.4. Selvitetään, voitaisiinko potilaalle nimetä hoitovastuullinen ammattilainen, joka vastaisi hoidon kokonaisuudesta riippumatta siitä, mitä sektoreita henkilö käyttäisi.

Kommentit pääkohtaan:

Samaa mieltä. Tämä näkyy mm. niin että ihmiset käyvät eri tahoilla saamassa palveluita ja jatkuvuus kärsii. Vastuukysymykset ovat ”veteen piirrettyjä”, eli erityisesti tth:sta sekä opiskelijoiden osalta (YTHS) tulee paljon asioita hoidettavaksi, vaikka oletus olisi, että niitä hoidetaan ko. paikoissa sovitusti. Tässä voi olla jopa tietoisia asiakasvalintaa, että haastavampia asioita siirretään julkisen vastuulle? Iso riski siihen, että tärkeitäkin asioita jää kokonaan hoitamatta epätietoisuuden vuoksi. Rahoitusmallista johtuen vain julkisella toimijalla on intressi korjata nykytilaa.

- 1.1 Esim. Työote-malli erinomainen avaus asiaan. Tässä huomioitava kuitenkin tarkasti eri tahojen intressit ja rahoitusmallit. Edellyttää erityisesti tiedonkulun parantamista sirpaleisessa järjestelmässä ja monien tuottajien kentässä. Velvoitteiden kautta mahdollista toteuttaa. Erityisesti tiedonkulku sekä vastuut eri tahoilla: tth-sopimusten mukaisen hoidon koordinointi tth:ssa. Ohjausmahdollisuus julkisesta pth:sta tth-hoidon piiriin, jos asiakkaalla oikeus. Ks. myös kohta 4.3. toteutus.
- 1.2. Yksi nostoistamme tärkeimmäksi kehittämiskohteeksi. Yksinkertaistaisi koko järjestelmää helpolla toimenpiteellä.
- 1.3. Tässä erittäin paljon haasteita nähdäksemme, mutta kannatamme vahvasti mm. tth:n ja oth:n velvoitteiden selkeyttämistä. Nykyisellään palvelut eivät ole yhdenmittaisia. Sidosryhmät / muut palvelut huomioitava toteutuksessa. Muualla kuin valitussa hoitopaikassa asiointin tulisi vaikuttaa rahoituksen kohdentamiseen. Parasta olisi, että sairaanhoito olisi julkisen halussa aiempaa paremmalla rahoituksella ja resursoinnilla.
- 1.4. Hoidon ja palvelun jatkuvuus ykkösasia. Monia palveluita tarvitsevan koordinaatio esim. tth:ssa on hankalaa. Edellyttää saumatonta yhteistyötä eri julkisten palvelujen kanssa (tiedonkulku!) Tässä haasteena erityisesti rahoitusmalli: miten vastuu varmasti pysyy valitulla taholla sovitussa asioissa, vaikka asiakkaan palvelusta syntyisi ylimääräistä kustannusta?

7.2. Palvelujen tarve ja palvelujen käyttö eivät kohtaa – järjestelmässä merkittävää tehottomuutta

- **Suositukset**
- Työnjaon ja ohjauksen uudistaminen: Ks. myös suositukset 1.3 ja 1.4
- **Tehdään lisätutkimusta**
- 2.1. Tutkitaan, missä määrin palvelujen merkittävästi suurempi käyttö yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa suhteessa palvelutarpeeseen ja verrattuna julkisen sektorin ja opiskelu-terveydenhuollon käyttöihin selittyy järjestelmän rakenteisiin liittyvillä tekijöillä (esim. sektorien väliset koordinaatio-ongelmat), tuottajien luomalla palvelujen kysynnällä, niin sanotulla käyttäjien ja tuottajien moraalikadolla tai muilla tekijöillä.
- 2.2. Selvitetään, miten ammatilliselle hoidon pääsyn periaatteet toimivat eri sektoreilla. Arvioidaan hoidontarpeen arvioinnin käytäntöjä sekä erilaisten työnjaon mallien vaikuttavuutta.
- 2.3. Arvioidaan eri sektoreita rinnakkain käyttävien ihmisten palvelujen vaikuttavuutta suhteessa hoitosuosituksiin.

Kommentit pääkohtaan:

Hyvin tiivistetty ja oikea havainto. Paremmassa asemassa olevat käyttävät palveluita yli tarpeen, kun muut ovat hoitovajeessa. Vastuuta siirretään herkästi muille, kun joku muu taho vastaa kustannuksista. Tämä näkyy arkityössä. Velvoitteilla ja rahoitukseen liitettynä korjattavissa. Tutkimusta ja arviointia tarvitaan, mutta se ei ratkaise asiaa. Järjestelmän ei tulisi mahdollistaa julkisella rahalla toteutettua tehottomuutta. On todennäköistä, että yhteinen raha olisi vaikuttavammissa käytössä julkisen toimijan palveluissa.

- 2.1 Tämän lisäselvitystä kannatamme vahvasti.
- 2.2 Julkisen HTA-velvoite on suuri resurssia kuluttava tehtävä, joka myös tulisi huomioida palveluja verrattaessa. HTA-vaadetta tulisi tarkastella uudelleen kokonaisuutena, huomioiden etenkin selkeästi kiireettömien asioiden osalta. Samoja määritelmiä esim. hoidon tarpeen arvioinnista tulisi käyttää kaikessa julkisesti rahoitetussa palvelussa. Tähän liittyvät myös hoidon seurannan kriteerit, lähetekriteerit jne. Palveluja käytetään ilman arviointia tehtynä todennäköisesti laajastikin ilman merkittävää vaikuttavuutta, eli samalla kustannustehottomasti.
- 2.3. Ks. edellä.

7.3 Julkisella sektorilla on päävastuu haavoittuvien ryhmien perustason avosairaanhoidosta

Julkisen perusterveydenhuollon vahvistaminen

- 3.1. Julkisen perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä tulisi vahvistaa, eikä suunnata rahoitusta yksityissektorin palvelujen käyttöön.
- 3.2. Julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuutta tulisi merkittävästi parantaa esimerkiksi lisäämällä perus-terveydenhuollon lääkäri- ja sairaanhoitajien määrää tai hankkimalla palveluja yksityiseltä sektorilta.
- 3.3. Julkisen perusterveydenhuollon ammattilaisten työnjakoon, työhallintaan ja työoloihin tulee panostaa, jotta julkinen sektori olisi houkutteleva työpaikka.
- 3.4. Keskeisiltä erikoisaloilta tulisi lisätä perusterveydenhuoltoon säännöllisiä erikoislääkärin konsultaatio-tapaamisia vaativahoitoisten potilaiden hoidon vuoksi ja koulutusmielessä.
- 3.5. Lainsäädäntövaateita tietojen kirjaamisesta tulisi selkeyttää, jotta asiakastyöhön saadaan enemmän aikaa.
- 3.6. Hoidon tarpeen arviota tulisi selkeyttää yksinkertaistamalla nykyistä hoitotakuulainsäädäntöä.

Kommentti pääkohtaan:

Myös työssä käyvät ja työterveyspalveluihin oikeutetut henkilöt käyttävät julkisia palveluita, kun tilanne on haastavampi tai he eivät syystä tai toisesta halua esim. saattaa työterveyden tietoon tietyjä ongelmiaan. Tämä osaltaan tuo hyvääkin, koska julkinen pystyy helpommin hyödyntämään koko tarvittavaa palvelupertuaaria, mutta näissä tilanteissa tth:n (tai oth:n) rooli jää syrjään, vaikka niiden interventioista olisi vahva apu. Vrt. esitetty Työote-malli.

- 3.1. Kannatamme vahvasti: yksi keskeisimmistä nostoistamme on yksityisen korvausten poistaminen sekä sairaanhoidon ottaminen julkiselle toimijalle.
- 3.2. Tämä olisi mielekästä: yksityiseltä tehtäisiin hankintaa vain, jos se nivoutuu kokonaissuuteen ja samoilla palvelu- ja hoitokriteerillä kuin muussa julkisesti rahoitetussa. Käyntejä ei ole syytä korvata erikseen vaan vastu tulee olla kokonaisvaltainen. Selkeintä olisi julkisen toimijan vahvistaminen tai ainakin saman järjestäjän vastuulla ja piirissä työskentely.
- 3.3. Tämä tulisi olla itsestäänselvyys jokaisella työpaikalla. Tätä tehdään jo paljon. Viittaamme myös kohtaan 5.1.
- 3.4 Kannatamme vahvaa ja helppoa konsultaatiomahdollisuutta PTH-ESH. Tähän tulee aina sisältää oppimistapahtuma. Koulutuksissa tulisi näkyä yhdessä tekeminen. Erikseen on pohdittava ns. jalkautuvat erikoislääkärit kohdennetusti tietyissä tilanteissa, mutta ei velvoitteena.
- 3.5. Erityisen tärkeää olisi kokonaisuutena vähentää kirjaamista. Esimerkkinä vaikkapa negatiivisten löydösten kirjauskäytännöt (poisto) sekä erilaisten koosteiden hyödyntäminen. Kirjaamisen apuna voisi olla myös tarkemmin yhtenäisiksi määritellyt pohjatiedot potilastietojärjestelmissä, jolloin esim. tilastotietoa saataisiin kätevämmiin. Kirjaamisen tulisi palvella erityisesti ammattilaisia. Asiakkaille laajemmin Terveys- ja hoitosuunnitelma hyödynnettäväksi, toki tämä hyödyttäen myös ammattilaisia. Tekoälyn hyödyntäminen osaksi arkea. Edellyttää tarkkoja ja hyviä tietosuojakysymysten ratkaisuja.
- 3.6 HTA-velvoitteita tulisi kokonaan arvioida uudestaan. Asiaan sisältyy huomattavia toiminnan järjestämisen vaikeuksia sekä resurssin kulutusta. Kiireettömien asioiden erikseen tehtävä arviointi. Viittaamme myös kohtaan 2.2.

7.4 Työterveyshuollon kattavuus vaihtelee – lisää hoidon sirpaleisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta

Suositukset

Ks. myös suositus 1.3

Työterveyshuollon sisäisen toiminnan käytäntöjen selvitys

4.1. Selvitetään terveydenhuollon resurssien käytön tarkoituksen-mukaisuutta suhteessa työnantajien käytäntöihin (esimerkiksi sairauslomatoistuskäytännöt) ja luodaan tähän käytännöt, jotka huomioivat sekä työnantajien tarpeet että terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaisen käytön.

Tehdään lisätutkimusta työterveyshuollon toiminnan vaikutuksista

4.2. Toteutetaan riippumaton arviointi työterveyshuollon kautta tarjottujen avosairaanhoidon palvelujen tarkoituksenmukaisuudesta osana perustason avosairaanhoidon järjestelmää, jossa tutkitaan järjestelmästä aiheutuvia hyötyjä ja ongelmia koko perustason avosairaanhoidon järjestelmän kehittämiselle. Osana arviointia tulisi selvittää eri työterveyshuollon vaihtoehtoisia järjestämismalleja ja niiden vaikutuksia palvelujen laatuun, yhdenvertaisuuteen, vaikuttavuuteen, kustannuksiin sekä kokonaisjärjestelmälle koituviin vaikutuksiin. Arvioinnissa tulisi huomioida vaikutukset niin työssäkäyvään väestöön kuin koko väestöön sekä resurssien (raha ja ammattilaiset) tarkoituksenmukaiseen käyttöön.

Työnjaon tai ohjauksen uudistaminen

4.3. Selvitetään mahdollisuutta yhdenmukaistaa työterveys-huollon kautta järjestettävien perustason avosairaanhoidon palvelujen kattavuus määrittämällä palveluille minimi-kattavuus, jota tuetaan julkisin varoin, ja poistetaan julkisen tuki muista työnantajan päätöksellään järjestämistä palveluista tai vaihtoehtoisesti määritetään kaikille työntekijöille samanlainen palveluvalikoima.

Kommentti pääkohtaan:

Työssä käyvät ja työterveyden piirissä olevat käyttävät runsaasti myös julkista palvelua. Tähän liittyy työntekijällekin epäselviä sopimuksia sekä tietoista tth-palvelujen käyttämättömyyttä joissakin asioissa. Asiat voivat olla olennaisesti työhönkin liittyviä, joten olisi kaikkien etu, että asioita voitaisiin ainakin perustellusti ohjata velvoittavasti hoidettavaksi tth:oon. Hyvät julkiset palvelut voivat johtaa sekä työterveys-sopimusten muutoksiin että palvelujen käytön muutoksiin. Esimerkiksi Pirkanmaalla hyvin toimivalla digiklinikalla asioidaan myös tth:n asiakkaiden toimesta paljonkin, vaikka oikeus olisi kohtuullisen hyvän saatavuuden työterveyshuollossakin asioida. Olisi selkeintä, että työterveys keskittyisi KELA1-toimintaan.

- 4.1. Erityisen tärkeä asia. Työnantajien vaatimukset esim. sairauslomatoistuksista tulisi aina toteuttaa tth:n kautta, jos ne todella ovat pakollisia (lyhyet sairauslomat, jotka olisivat esim. esihenkilön hyväksyttävissä yhtä lailla. Maksullisuus olisi hyvä ohjausmekanismi).

- 4.2. Kannatamme selvitystä. Erityisesti vaikuttavuuden arviointia tähän teemaan tarvitaan.

- 4.3. Jos sairaanhoitoa pohditaan

laajemmin toteutettavaksi työterveyshuollossa, niin tth:n nykyisen korvauksen tulisi jo helpostikin kattaa perustason sairaanhoito. Kustannukset per asukas ovat melko korkeat. Nykyisestä rahoituksesta suuri osa ohjautuu todennäköisesti vaikuttamattomaan hoitoon ja tutkimuksiin. On ymmärrettävästi koko yhteiskunnan etu, että työssäkäyvien edellytyksistä työhön huolehditaan ja nämä palvelut tulisi saada tth:sta.

Kannatamme kuitenkin yhdenmukaistamista. Erilaisia hoidon sisällön kriteereitä ym. on luotu mm. hyvinvointialueilla yksityiselle ostopalvelulle erittäin paljon. Näistä on helposti löydettävissä velvoittavat kriteerit sen mukaan mitä yhteisesti sovitaan tth:ssa hoidettavaksi. Vaikkakin pääasiallinen suosituksemme on, että (viittaamme aiempiin kohtiin) sairaanhoito järjestettäisiin julkisella toimijalla.

7.5 Ammattilaisten sijoittuminen ja työnkuvan vaihtelu sektoreilla lisää tehottomuutta

Suosituks

Julkisen perusterveydenhuollon vahvistaminen

5.1. Vahvistetaan julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuutta.

Tehdään selvitystä

5.2. Selvitetään, miten erilaiset työnjaon mallit vaikuttavat hoidon laatuun, vaikuttavuuteen, eri palvelujen saatavuuteen ja kustannuksiin eri väestöryhmissä.

5.3. Selvitetään mahdollisuutta työnjaon kehittämiseen niissä palveluissa, joihin suunnataan julkista rahoitusta.

5.4. Selvitetään eri palvelutyyppien vaikuttavuutta ja soveltuvuutta eri ammattiryhmien työhön (erityisesti digitaaliset palvelut).

Kommentti pääkohtaan:

Ammattilaisten työskentelyä eri sektoreilla liene haastava rajoittaa. On selvää, että työkuvat eri tehtävissä ovat erilaiset. Keskeistä on pohtia, mitä toimintaa tuetaan julkisella rahoituksella ja mitä kriteereitä näihin tehtäviin sisällytetään. Hoitajat ovat erittäin ammattitaitoisia ja heille voidaan hyvin antaa laajaakin vastuuta esim. pitkäaikaissairauksien seurannasta, lääkärin tuella tietysti. Tämä mahdollistaa myös paremman lääkärisaatavuuden niille, jotka sitä eniten tarvitsevat. Jonkinlainen keskitie nykyisestä huonon lääkärisaatavuuden julkisesta palvelusta ja ”turhien” lääkärikäyntien työterveyshuollosta olisi syytä löytää.

- 5.1. Julkisella on laajasti tehty toimenpiteitä lääkäriin pääsyn kohdentamisesta. Tehdyt toimenpiteet ovat seurausta niukkuudesta ja kuten tekstissä havaitaan, nämä alkavat jo osin olla epätarkoituksenmukaisia. Lääkärille olisi päästävä useammin kuin nyt yleisesti toteutuu. Nostamme tässä esille edelleenkin myös julkisen toimijan tiukan HTA-velvoitteen, joka vaikeuttaa kokonaisuuden järjestämistä. Liiallinen panos menee akuuteiksi luokiteltujen asioiden hoitamiseen. Ehdottamillamme keinoilla (viittaamme myös muut kohdat) saisimme todennäköisesti myös lääkäreitä ja muita ammattilaisia aiempaa helpommin työskentelemään julkiseen terveydenhuoltoon.
- 5.2 / 5.3 Tärkeä selvittää. Erityisesti yhteistyö julkinen-tth-oth edellyttäisi vahvaa selvitystä siitä mitä missäkin tehdään ja mitä pitäisi tehdä: tth:n tulisi tukea työnteko ja oth:n opiskelua. Ks. myös kohta 4.3.
- 5.4. Digipalveluista: digipalvelut on mahdollistettava asiointiväylänä laajasti kaikissa palveluissa ja kaikilla ammattilaisilla. Tähän liittyy sekä yhteydenotto että yhteydenpito. Tämä on kehittyvä palvelumuoto, josta tulemme saamaan todennäköisesti suuria hyötyjä. Vaikuttavuutta tietysti tutkittava.

7.6. Lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula

Suositukset

Tehdään selvitystä

6.1. Jatketaan henkilöstön saatavuuden riittävyyden ja jakautumisen arviointia eri sektorien ja alueiden näkökulmista.

6.2. Selvitetään, miten erilaiset henkilöstön työnjaon mallit vaikuttavat henkilöstön saatavuuteen ja riittävyyteen.

6.3. Selvitetään, missä määrin lääkärin koulutusmääriä tulisi nostaa ja miten lääkärin työpanosta voitaisiin paremmin ohjata koko väestön palvelutarpeita vastaavasti.

Kehitetään julkista sektoria

6.4. Kehitetään julkisen sote-sektorin houkuttelevuutta ja pitokykyä, jotta saadaan varmistettua erityisesti lääkärin riittävyys hyvinvointialueille, muun muassa uramahdollisuuksia parantamalla. Lääkäriin ammatin autonomiaa vahvistetaan julkisella sektorilla esimerkiksi kehittämällä ammatinharjoittaja-mallia (käytössä mm. Länsi-Uudellamaalla) sekä omalääkärimallia.

Kommentti pääkohtaan:

Myös hoitajapula tulee olemaan ongelma ainakin tietyillä alueilla. Lähihoitajapulaan osittaisena ratkaisuna on keventää velvoitteita toista ihmistä auttavan koulutusvaatimuksista. Lääkäripula tulee todennäköisesti ilmi etenkin alueellisena epätasapainona, joten tähän tulisi kiinnittää erityishuomio. Mm. etäpalveluiden (digi) vahva kehittäminen ja siihen liittyvän työkuulttuurin vakiinnuttaminen tulisi olla jo sote-ammattilaisten peruskoulutuksessa esille nostettava elementti. Päällekkäisen järjestelmän tuoma jatkuva niukkuus olisi korjattavissa ja toisi myös mahdollisuuden julkisen palkata ihmisiä. Tarvitaan toimenpiteitä poistamaan järjestelmässä selkeästi havaitut päällekkäisyydet ja vaikuttamattomat ja tehottomat prosessit. Lääkärit ja muut ammattilaiset hoitamaan ”aidosti sairaita”.

- 6.1 liittyy vahvasti myös koulutusjärjestelyihin. Myös HVA:n sisäisesti tulisi tarkastella vahvasti resurssien tarvetta. Nykytilasta tulisi tehdä ”riippumaton tarvekartoitus”, josta voidaan jatkaa muutoksiin ja tulevaisuuden tarpeiden ennakointiin. Muutosta ei tule tehdä nopeasti. Jos toteamme että esim. tth:ssa on liiallista resurssia tarpeisiin nähden, tulisi sen näkyä myös rahoituksessa. Kohtuullisen hyvin esim. perustason lääkäripanoksen tarve tietyssä väestössä on määriteltävissä. Viittaamme myös aiempiin kommentteihin.
- 6.2. Tämä olisi hyödyllinen selvitys: paljon erilaisia malleja ja kaikissa omat hyvät ja huonot puolensa.
- 6.3 Ks. Kohta 6.1. Todennäköisesti koulutusmäärien nostaminen ei ratkaise yksin asiaa.
- 6.4 Tähän olisi tuotava mukaan kannustava palkkaus, osa-aikatyö jne. Etenkin 100 % työaika tekevät ja sitoutuneet (pitkät työsuhteet) tulisi erikseen huomioida kannustavasti.

7.7 Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus haastaa sen läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä

Suositukset

7.1. Suositellaan monikanavarahoituksen purkamista. Sen lähtökohta tulee olla julkisen rahoituksen riittävän tason varmistaminen keräämällä sitä eri lähteistä, samalla kun kehitetään järjestelmää siten, että rahoitus kanavoituu yhdenvertaisella tavalla koko väestön hyväksi ja palvelutarve huomioiden.

7.2. Selvitetään tarvetta kehittää korkeakoulupielijoiden terveydenhuoltomaksujen yhdenvertaisuutta julkisten palvelujen käyttäjiin nähden.

)

Kommentit pääkohtaan:

Suosittelimme monikanavarahoituksen purkamista. Tämä antaa vahvan intressin kehittää prosesseja ja poistaa päällekkäisyyttä, tehottomuutta ja vaikuttamattomuutta.

- 7.1 Hyvä tavoite, jos julkisen toimijan edellytykset säilyvät tai paranevat. Kokonaisvastuu tulisi olla tavoitteena. Palvelutarpeen määrä tässä olennaisin huomioitava asia.
- 7.2. Opiskelijoiden tilanne on tällä hetkellä huono. He maksavat palvelusta, jota ei ole tarjolla. Myös julkista rahaa ohjautuu oikeudettomasti tähän kanavaan. Opiskelijat käyttävät todella paljon julkista terveydenhuoltoa, vaikka he maksavat enemmän kuin moni muu palveluistaan. Tässä tulisi olla joko velvoite järjestäjälle kustantaa ne mitä käyttää (samaan tapaan kuin vakuutus) tai sitten järjestelmä tulisi purkaa.

7.8 Tutkimuksen rajoitteet

Lopuksi johtopäätösluvussa ehdotamme toimenpiteitä palvelujärjestelmän ohjauksen ja rakenteiden kehittämiseksi, jotta järjestelmä toimisi oikeudenmukaisemmin ja tehokkaammin. Keskeiset kysymykset ovat:

Onko sektorien rinnakkaisessa käytössä riski resurssien tehottomaan käyttöön?

- Vastaus: Kyllä. Tämä on ilmeistä ja prioriteettina korjattavaa. Jopa potilasturvallisuusriski, kun vastuut ovat epäselvät.

Toteutuuko henkilöstöresurssien jakautumisessa tarkoituksenmukaisuus ja tehokkuus?

- Vastaus: Ei toteudu. Paljon päällekkäistä toimintaa ja erilaisilla kriteereillä tuotettua hoitoa ja palvelua.

Onko julkisen rahoituksen käyttö tarkoituksenmukaista ja tehokasta?

- Vastaus: Ei ole. Kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta olisi parannettava.

Tampereella 15.1.2026

Taru Kuosmanen
sosiaali- ja terveysjohtaja
Pirkanmaan hyvinvointialue