

Lausunto Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnalle asiasta O 41/2023 vp Terveystieteiden toimivuus

Lausunnon antajana totean alkuun, että toimin Oulun yliopistossa yleislääketieteen professorin toimessa ja Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella ylilääkärin sivuvirassa. Lisäksi toimin Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueen aluehallituksessa Oulun yliopiston edustajan varajäsenenä ilman äänioikeutta. Pohjaan lausuntoni tieteelliseen, koulutukselliseen ja kliiniseen asiantuntemukseeni kokemukseeni perusterveydenhuollosta ja terveystieteiden palvelujärjestelmästä. Annan lausunnon yleislääketieteen professorina, en hyvinvointialueen sivuvirkaisena ylilääkärinä tai aluehallituksen yliopiston edustajan varajäsenenä.

Eduskunnan tarkastusvaliokunta on ottanut tarkasteluun Suomen terveydenhuollon suurimman epäkohdan ja ongelman, joka aiheuttaa epäyhtenäisyyttä ja heikentää palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja on omiaan kasvattamaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on tuottanut tarkastusvaliokunnalle *Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus* -tutkimuksen, joka julkaistiin lokakuussa 2025. Eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunta pyytää nyt lausuntoa *Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus* -tutkimuksesta. Kohdennan lausuntoni asiantuntemukseni mukaisesti suosituksiin, en koko tutkimukseen. Lopuksi esitän keskeisimmät kehittämiskohteet ja toimenpiteet, jotka näen tärkeimmiksi toteuttaa tulevien 1-3 vuoden aikana.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on toteuttanut syvällisen, asiantuntevan ja tietoon pohjautuvan tutkimuksen. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että Suomen perustason vastaanotto toiminta ja potilaiden sairauksien ennaltaehkäisy, diagnostiikka ja hoito on jakautunut epätarkoituksenmukaisesti neljälle eri sektorille, joka heikentää hoidon laatua, jatkuvuutta, yhtenäisyyttä ja on omiaan kiihdyttämään terveydenhuollon kokonaiskustannusten nousua. Diagnostiikan ja hoidon piiriin pääsy eivät määritä vain tarve vaan myös henkilökohtainen varallisuus ja työnantajan työterveyshuollon sopimuksen kattavuus. Tutkimuksen perusteella em. sopimusten kirjallisuus aiheuttaa epäyhtenäisyyttä myös työterveyshuollon piirissä olevien työntekijöiden välillä.

Asiantuntijana näköni tutkimuksen suosituksiin (kursivoituna)

1.2. Arvioidaan mahdollisuutta siirtää yksityis palvelujen Kela-korvaukset hyvinvointialueiden kautta järjestettyjen palvelujen rahoittamiseen.

- Vuosille 2023-2027 suunnitellulla 650 miljoonan euron yksityisten terveystieteiden palveluiden Kela-korvaus määräraha (162 milj. € / v) palkattaisiin vuosittain yli 1200 yleislääkärin perusterveydenhuollon vastaanotto toimintaan, joka ratkaisisi yleislääkärille pääsyn ongelman, hoidon tarpeen arvioinnin ongelman ja mahdollistaisi kattavan ja yhtenäisen omalääkärimallin kaikille suomalaisille. Kyse on siis kansallisesta perustason vastaanotto toiminnan ohjauksesta eli siitä kuinka kustannustehokas kokonaisterveydenhuolto Suomeen halutaan jatkossa rakentaa.

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.

- Kansallisten hoitosuositusten ja hoidon porrastusten perustasolta edellytettävää ennaltaehkäisyä, diagnostiikkaa ja hoitoa on mahdoton taata työterveyshuollossa,

yksityislääkäritoiminnassa ja opiskelijaterveydenhuollossa, koska näillä sektoreilla toiminnan laajuus pohjautuu potilaan maksukykyyn ja -halukkuuteen ja hoidonporrastuksista riippumattomiin sopimuksiin. Ainoastaan hyvinvointialueilla, eli järjestämisvastuussa olevilla organisaatioilla, on edellytykset noudattaa kansallisten hoitosuositusten ja hoidonporrastusten noudattamista koko laajuudessaan. Tämän vuoksi potilaan lukitsemista yhteen neljästä sektorista on mahdotonta toteuttaa nykyisessä järjestelmässä. Jos tällainen malli kuitenkin toteutettaisiin, edellyttäisi se esim. työterveyshuollon palveluiden julkista rahoittamista niiltä osin kun työnantajan sopimus ei perustasolta edellyttävää diagnostiikkaa ja hoitoa kata. Tämä tulis kuitenkin rahoittaa ja toteuttaa vastaavilla kustannuksilla kuin julkisessa perusterveydenhuollossa. Tässä tapauksessa potilaan perustason hoitava taho kuitenkin vaihtuisi työnantajan tai työterveyshuollon palveluntuottajan vaihtuessa tai potilaan eläköityessä, jotka pirstaloivat potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta.

1.4. Selvitetään, voitaisiinko potilaalle nimetä hoitovastuullinen ammattilainen, joka vastaisi hoidon kokonaisuudesta riippumatta siitä, mitä sektoreita henkilö käyttäisi.

- Omalääkärimallia on mahdoton toteuttaa kokonaisvaltaisesti muutoin kuin järjestämisvastuussa olevalla hyvinvointialueella (virka- tai ammatinharjoittajamallilla).

2.2. Selvitetään, miten ammattilaiselle hoitoon pääsyn periaatteet toimivat eri sektoreilla. Arvioidaan hoidontarpeen arvioinnin käytäntöjä sekä erilaisten työnjaon mallien vaikuttavuutta.

- Julkisen perusterveydenhuollon nykyinen hoitajavetoinen hoidon tarpeen arvionti on ristiriidassa yhden perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnan kansainvälisen pääperiaatteen, matalan kynnyksen pääsyn yleislääkärin vastaanotolle eli diagnostiikan ja hoidon piiriin pääsyn kanssa.
- Hoidon tarpeen arvio (HTA) nykyisessä muodossaan tulee lopettaa tai sitä tulee keventää merkittävästi.
 - Yhteydenotot tulee ohjata potilaan omahoitajalle, joka toteaa tilanteen, neuvoo yksinkertaisemmissa asioissa puhelimesta tai viestillä, tarvittaessa omalääkärinä konsultoiden, ja ohjaa kontaktin omalääkärille tai varaa ajan omalääkärin vastaanotolle.
 - Hoidon tarpeen arvio ei saa olla työkalu, jolla pyritään pysymään lakisääteisissä hoitoon pääsyn määräajoissa, kuten 2000-luvun aikana perusterveydenhuollossa on toimittu.
 - Hoidon tarpeen arvio ei saa olla este omalääkärin vastaanotolle pääsyyn.
 - Yhteydenoton aikana on saavutettava yhteisymmärrys potilaan kanssa.

3.1. Julkisen perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä tulisi vahvistaa, eikä suunnata rahoitusta yksityissektorin palvelujen käyttöön.

3.2. Julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuutta tulisi merkittävästi parantaa esimerkiksi lisäämällä perusterveydenhuollon lääkärivakansseja tai hankkimalla palveluja yksityiseltä sektorilta.

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.

- Rahoituksen kohdentaminen julkiseen perusterveydenhuoltoon, lääkärivakanssien määrän merkittävä kasvattaminen ja monikanavarahoituksen järjestelmän purkaminen ovat

universaalia ja kustannustehokasta perusterveydenhuoltoa tavoittelevan muutokset perusta. Tämä muutos on toteutettava viimeistään seuraavalla hallituskaudella, jos tavoite universaalista perusterveydenhuollosta halutaan toteuttaa. Samalla tulee tiiviisti seurata julkisen perusterveydenhuollon lääkärivakanssien määrän muutoksia hyvinvointialueiden ohjauksen tukena. Mainittakoon että THL:n tutkimuksen mukaan esim. Helsingin kaupungin asukkaiden perustason avovastaanoton lääkärivastaanottokäynneistä (läsnä) vain 20% toteutui julkisessa perusterveydenhuollossa. Tämä on jo kaukana universaalin perusterveydenhuollon tavoitteesta, joten on viimeinen hetki toimia.

4.1. Selvitetään terveydenhuollon resurssien käytön tarkoituksenmukaisuutta suhteessa työnantajien käytäntöihin (esimerkiksi sairauslomatoimintakäytännöt) ja luodaan tähän käytännöt, jotka huomioivat sekä työnantajien tarpeet että terveydenhuollon resurssien tarkoituksenmukaisen käytön.

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 kehittämiseksi. 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.

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

- Työterveyshuollon sairasvastaanottoa saadaan kevennettyä julkisen perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnan vahvistamiseen tähtäävällä määrätietoisella hyvinvointialueiden ohjauksella. Tällöin:
 - työnantajilla ei ole enää tarvetta ostaa sairaskuluvakuutuksia ja sairasvastaanottoa.
 - työterveyshuolto pystyy paremmin keskittymään ydintoimintaansa.
- Edellä kuvattu dynamiikka koskee myös lisääntyviä yksityisiä sairaskuluvakuutuksia ja yksityislääkärikäyntejä.

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.

- Omalääkäri-omahoitaja -työparimalli on todettu suomalaisissa kehittämishankkeissa toimivaksi.
 - Työpari vastaa tietystä väestöstä ja muodostaa omat joustavat toimintamallinsa.
- Joustavuus ja ketteruus on perusterveydenhuollossa tärkeää, eikä perusterveydenhuolto hyödy ylhäältä ohjautuista kankeista työnjakomalleista.

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

- Digitaalisten työkalujen käyttö ja etävastaanotot tulee tieteellisen näytön mukaan toteuttaa omalääkäriin ja omahoitajan toimesta.
- Keskuksiin keskitetty hoidon tarpeen arvio ja digisotekeskukset rikkovat hoidon jatkuvuutta ja heikentävät työn vaikuttavuutta, vaikka tuottavat paljon kontakteja eli häiriökysyntään ja -tarjontaa.
- Keskitettyjen etäkontaktien vaikuttavuutta ei voi tutkia ilman kontaktien sisällön analysoimista. Diagnoosikoodit eivät kerro perusterveydenhuollon kontaktien sisällöistä riittävästi. Sisältöä täytyy siis analysoida potilaskertomusten tasolla – onko kontakti edistänyt potilaan diagnostiikkaa ja hoitoa ja toteutunut hoidon porrastusten ja suositusten mukaisesti. Lähivastaanotolla otetaan usein kantaa useisiin asioihin ja esille nousee ongelmia, joita ei etävastaanotolla havaita. On myös pohdittava kriittisesti mikä on terveydenhuollon eri ammattiryhmien ydinosoaminen ja kuinka sitä terveydenhuollossa hyödynnämme. Esim. yleislääketieteen erikoislääkäriin ydinosoamisen hyödyntäminen perustuu potilaan kokonaisvaltaiseen kohtaamiseen ja tutkimiseen ja potilaan tuntemiseen. Konsultatiivisessa työssä ja etävastaanottotyössä tuntemattomien potilaiden kanssa emme siis hyödynnä yleislääketieteen erikoislääkäriin ydinosoamista.

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 ammatinharjoittajamallia (käytössä mm. Länsi-Uudellamaalla) sekä omalääkärimallia.

- Hyvinvointialueita tulee ohjata vahvasti omalääkärimallin toteuttamiseen virka- ja ammatinharjoittajamallilla kaikilla ohjauksen keinoilla:
 - Kaikille suomalaisille tulee nimetä omalääkäri ja omahoitaja.
 - Omalääkärimalliin tulee pitkällä tähtäimellä sisällyttää kiireetön vastaanotto, kiirevastaanotto ja ns. sektorityöt (mm. neuvola, kouluterveydenhuolto, palveluasumisyksiköt ja kotisairaanhoido).
 - Keskeistä on että omalääkäriillä on suora suhde hyvinvointialueeseen ja vastuu omasta kiinteästä väestöstä joko virkahenkilönä, yrittäjänä tai ammatinharjoittajana – ei toisen yrityksen palkkaamana (“keikkalääkäri 2.0”). Tällöin toteutuu todellinen vastuu väestöstä, joka on kustannustehokkaan toiminnan edellytys.
 - Omalääkäriin autonomiaa tulee lisätä ja mahdollistaa todellinen oman väestön ennaltaehkäisyyn diagnostiikan ja hoidon johtaminen.
 - Omalääkärimalli tulee kirjata lainsäädäntöön ja hyvinvointialueella työskentelevä omalääkäri tulee nimetä koko väestölle.
 - Potilaan oikeus omalääkäriin ja oikeus vaihtaa omalääkäriä niin halutessaan.
 - Potilaan pääsy omalääkäriin (tai sijaisen) vastaanotolle 14 vrk:ssa.
 - Yhteyden saaminen omahoitajaan (tai sijaiseen) saman päivän aikana.

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

- *“Kuntatyöntantajien tiedon mukaan joka kolmas vuonna 2024 laillistettu lääkäri oli suorittanut tutkintonsa muualla kuin Suomessa (Kuntatyöntantajat 2025)”*
 - Tällöin voidaan todeta, että Suomen viiden lääketieteellisen tiedekunnan lisäksi kolme vastaavan kokoista tiedekuntaa Suomen ulkopuolella kouluttaa lääkäreitä Suomeen ja tämä tulee huomioida laskelmissa.
- Lääkärin työn tuottavuuden parantaminen ja monikanavaisuuden purkaminen vapauttaa lääkäri työvoimaa. Nämä ovat vaikuttavampia ja kestävämpiä ohjauskeinoja kuin koulutusmäärien lisääminen, joka johtaa koulutuksen laadun heikkenemiseen.
- Suomen lääkäripula sijoittuu syrjäseuduille. Lääkärikoulutuksen sisäänottomäärän nostaminen on väärä lääke syrjäseutujen lääkäripulaan, koska sisäänottomäärää kasvattamalla otamme koulutukseen yhä enemmän Etelä-Suomen kasvukeskuksissa asuvia opiskelijoita.
- WHO on julkaissut suosituksen terveydenhuollon ammattilaisten saamisesta maaseutupaikkakunnille (*WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas*)¹, jossa todetaan seuraavaa:
 - Terveydenhuollon ammattilaisten koulutus tulisi järjestää lähellä niitä alueita, joissa on pulaa ammattilaisista.
 - Opiskelijoita tulisi ottaa sisään terveydenhuollon koulutusohjelmiin niiltä alueilta, missä on suurin pula ammattilaisista.
 - Koulutusohjelmien harjoittelujaksoja tulisi järjestää niillä alueilla, joissa on pulaa ammattilaisista.
- Suomessa yliopistojen yhteisvalintaan siirtyminen vuonna 2018 ja ensisijaisuuspisteiden antamisen lakkauttaminen vuonna 2021 johti esim. Oulun yliopiston lääkärikoulutukseen valinnassa siihen, että Pohjois-Suomen YTA-alueelta sisäänotettujen osuus putosi noin 68%:sta noin 48%:iin. Oulun yliopistossa on meneillään tieteellinen tutkimus lääkäriksi opiskelua edeltävän asuinmaakunnan ja opiskelukaupungin vaikutuksesta asuinmaakuntaan 1, 3 ja 5 vuotta valmistumisen jälkeen. Tuloksia on luvassa helmi-huhtikuun 2026 aikana.
- Norjassa on onnistuttu rekrytoimaan omalääkäreitä maaseudulle. Käytössä useita kannustimia ja järjestelmiä, joilla edistetään omalääkärien asettumista maaseudulle. Toimenpiteitä on sekä valtion että kuntien tasolla (taloudellisia, verotuksellisia, koulutukseen ja työhön liittyviä kannustimia).

Järjestelmän tärkeimmät kehittämiskohteet ja toimenpidesuosituks

Kustannustehokkaan terveydenhuollon edellytys on toimiva ja riittävästi resursoitu perusterveydenhuolto.

1. Pirstaleinen ja monikanavainen perustason vastaanottotoiminnan malli on muutettava universaaliksi ja yhtenäiseksi vahvistamalla julkisen perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa.
2. Julkisen perusterveydenhuollon lääkärivakanssien määrää tulee lisätä merkittävästi niin että keskimäärin yhdellä täysiaikaisella omalääkärillä on vastuullaan noin 1200 asukasta.

3. Omalääkärin autonomiaa tulee lisätä ja mahdollistaa todellinen oman väestön ennaltaehkäisyn diagnostiikan ja hoidon johtaminen.
4. Diagnostiikan ja hoidon piiriin pääsy tulee muuttaa kaikille kansalaisille yhtenäiseksi riittävästi resursoidin omalääkärimallin kautta.
5. Omalääkärimalli tulee kirjata lainsäädäntöön ja hyvinvointialueella työskentelevä omalääkäri tulee nimetä koko väestölle:
 - Potilaan oikeus omalääkäriin ja oikeus vaihtaa omalääkäriä niin halutessaan.
 - Potilaan pääsy omalääkärin (tai sijaisen) vastaanotolle 2 viikossa.
 - Yhteyden saaminen omahoitajaan (tai sijaiseen) saman päivän aikana.

Kirjallisuusviitteet

1. WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas. Geneva: World Health Organization; 2021.

Oulussa 12.2.2026



Juha Auvinen, yleislääketieteen professori
Väestöterveyden tutkimusyksikkö, Oulun yliopisto
juha.auvinen@oulu.fi, +358406736344