

Lausunto Eduskunnan
sosiaali- ja terveysvaliokunnalle
asiasta O 41/2023 vp
12.2.2026

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori

Väestöterveyden tutkimusyksikkö

Oulun yliopisto

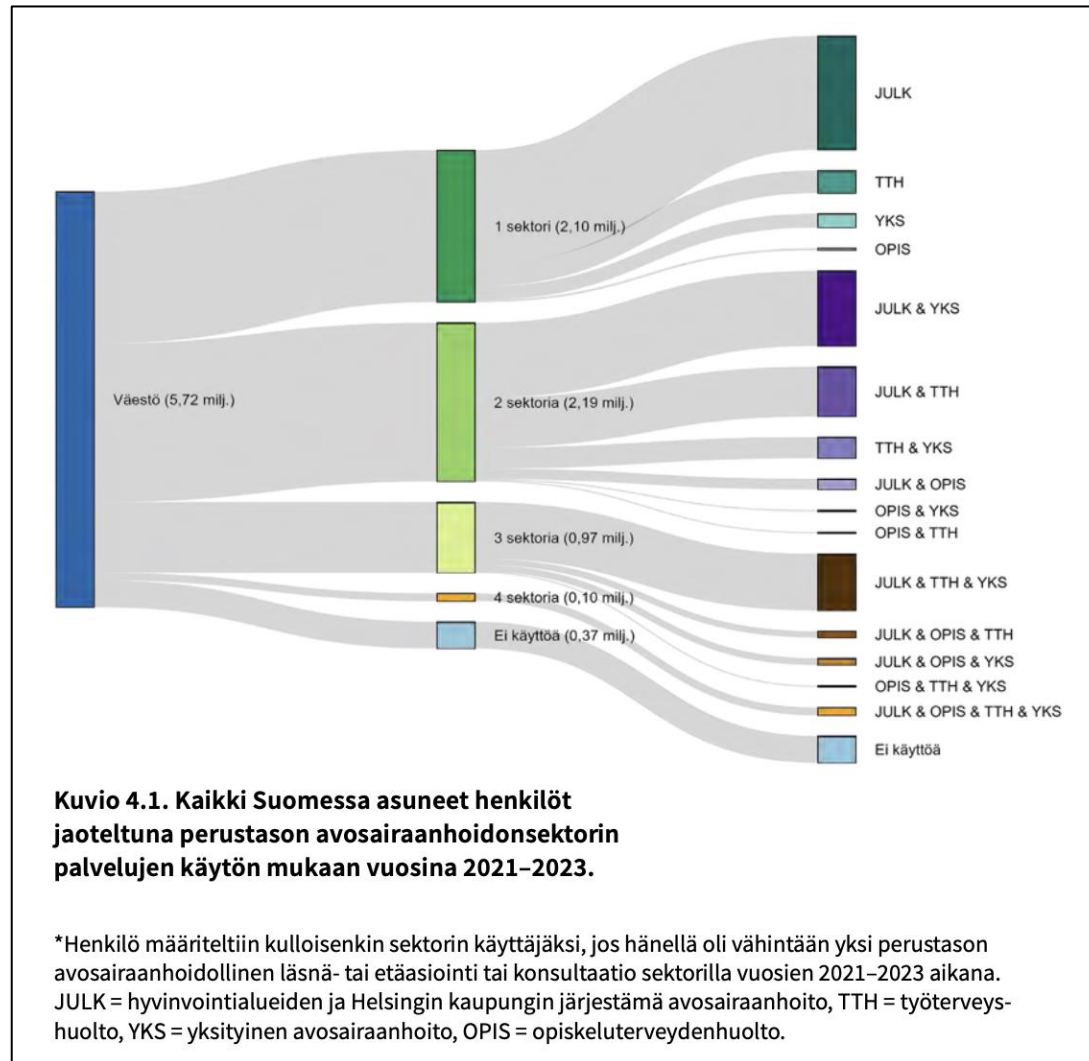
juha.auvinen@oulu.fi

+358406736344

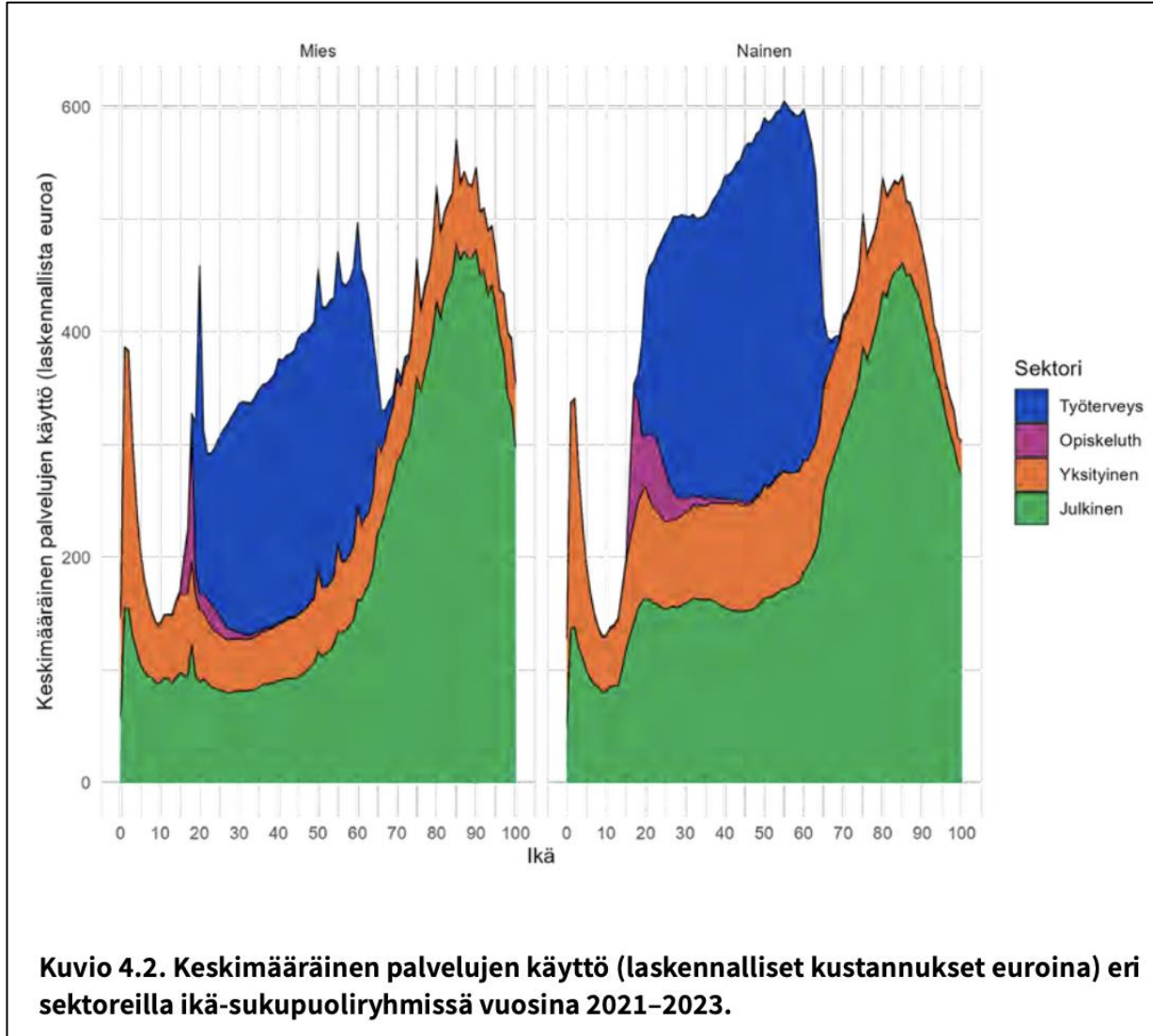
Sidonnaisuudet ja tausta

- Nykyinen työ:
 - Yleislääketieteen professori, Oulun yliopisto
 - LL-tutkinto-ohjelman vastuhenkilö
 - Väestöterveyden tutkimusyksikön johtaja
 - Ylilääkäri, Pohde
- Yhdistys- ja järjestötoiminta:
 - Suomen yleislääketieteen yhdistys, hallituksen pj
 - Suomen yleislääketieteen säätiö, hallituksen jäsen
 - Pohjoismainen yleislääkäriyhdistys (NFGP), hallituksen jäsen
 - Lääkäriliiton valtuuskunta 2024-
 - Duodecimin valtuuskunta 2024-
- Muu kansallinen yhteistyö:
 - STM Palveluvalikoimaneuvosto, jäsen
 - Lanpsy-jaoston pj
- Aiempi työ
 - Johtava lääkäri Oulunkaaren ky 2018-2019
 - Terveyskeskuslääkäri: Utajärvi, Vaala, Pudasjärvi; yle eval: Oys jne.
- Omalääkäri-aiheeseen liittyvä toiminta
 - Omalääkäri 2.0 -selvityksen projektipäällikkö
 - Perusterveydenhuollon avovastaanottotoiminnan mallit sote-järjestelmässä, Hyvä käytäntö –konsensussuositus – paneelin puheenjohtaja
 - Omalääkäriohjelman johtoryhmä (STM), vara-pj

Perustason avosairaanhoito on pirstaloitunut



Ikäryhmittäiset perustason vastaanottotoiminnan kustannukset eivät ole linjassa sairauksien lukumäärään



Lumme ym. Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2025.

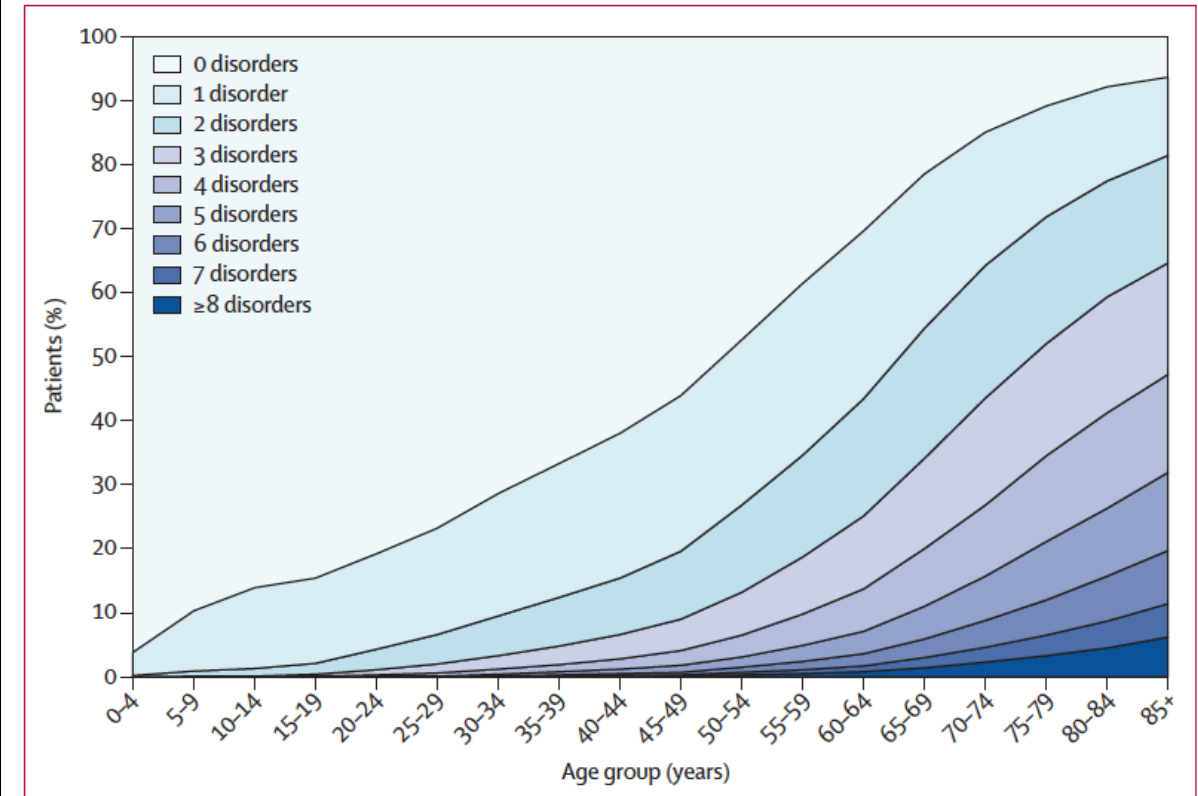
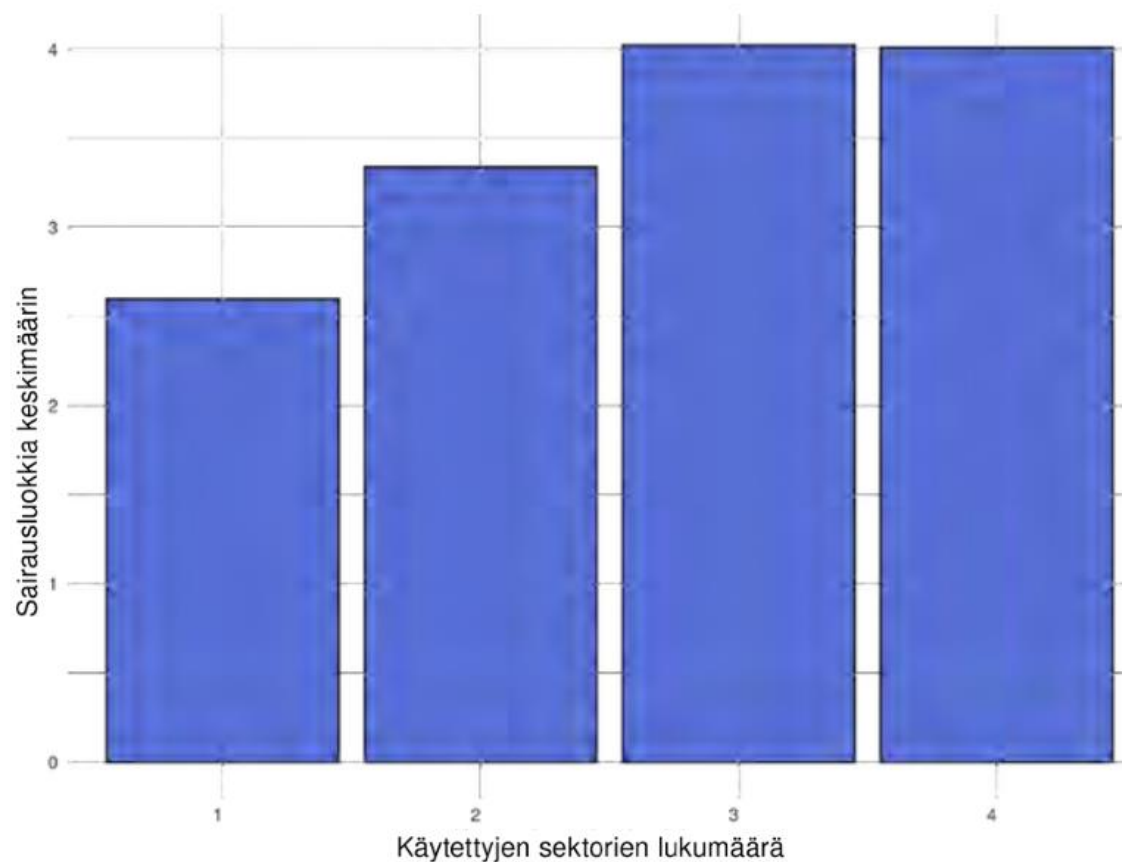


Figure 1: Number of chronic disorders by age-group

Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37-43. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2. Epub 2012 May 10. PMID: 22579043.

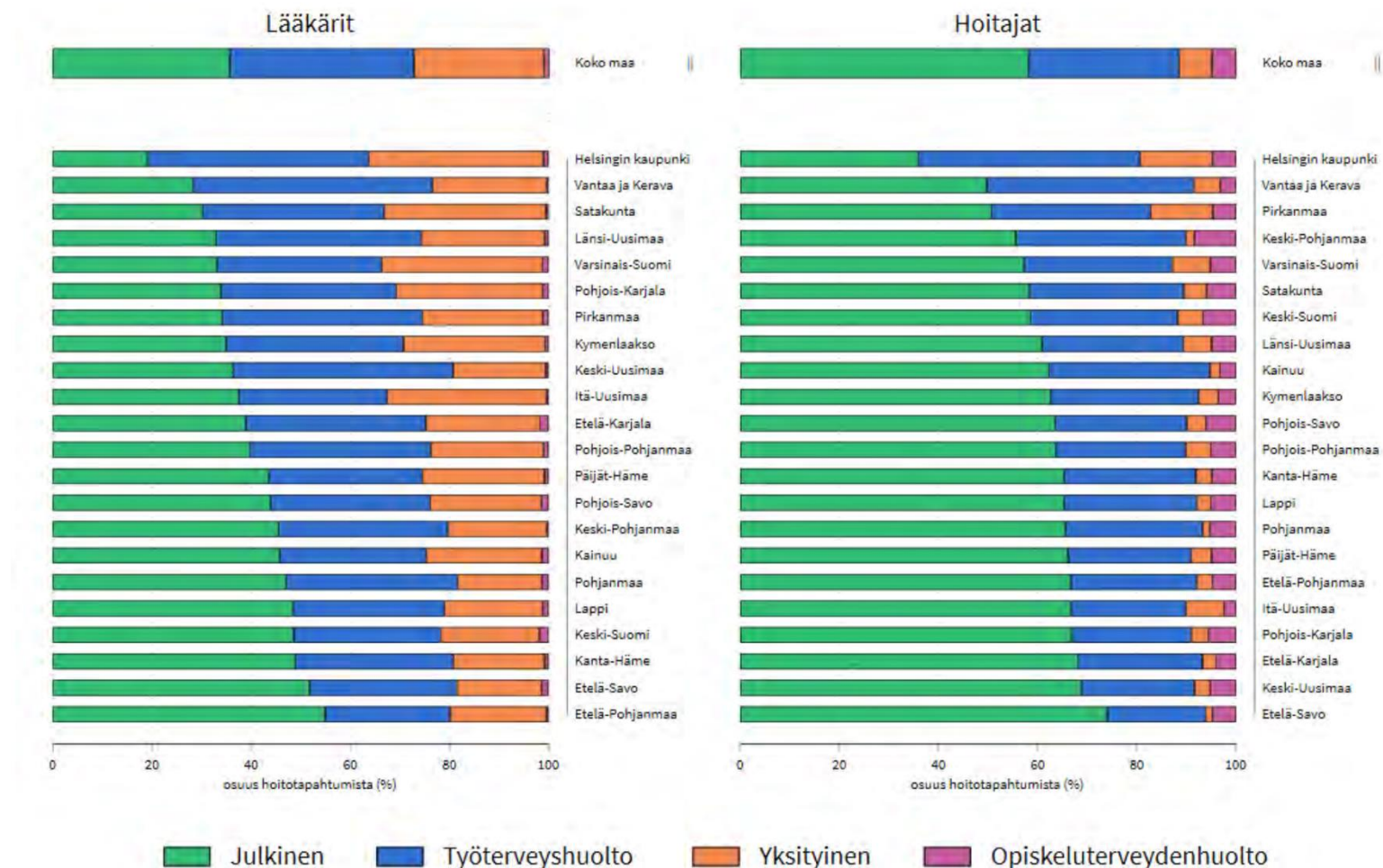
(Monisairaiden) potilaiden hoito jakautuu eri sektoreille, heikentää hoidon jatkuvuutta ja lisää kustannuksia



Kuvio 4.13. Sairausluokkien lukumäärä eri määrää rinnakkaisia sektoreita vuoden 2023 aikana käyttäneillä.

Universaali perusterveydenhuolto?

Julkisen pth:n rooli merkittävämpi kauempana suurista kaupungeista



Kuvio 5.5a. Perustason avosairaanhoidon läsnäasioinnit sektoreittain vuonna 2023.

Eduskunnan tarkastusvaliokunta on ottanut tarkasteluun Suomen terveydenhuollon suurimman epäkohdan ja ongelma, joka aiheuttaa epäyhdenvertaisuutta ja heikentää palveluiden laatua, vaikuttavuutta ja on omiaan kasvattamaan terveydenhuollon kokonaiskustannuksia

Asiantuntijanäkemykset johtopäätöksiin ja suositukseen

Yksityispalveluiden Kela-korvaukset, yhteen sektoriin lukitseminen ja omalääkärimallin toteuttaminen muualla kuin julkisessa pth:ssa

Suosituksat

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 ammatilainen, joka vastaisi hoidon kokonaisuudesta riippumatta siitä, mitä sektoreita henkilö käyttäisi.

Kommentti kohtaan 1.2.

- Nykyisellä vuosille 2023-2027 suunnitellulla 650 miljoonan euron yksityispalveluiden Kela-korvausmäärärahalla (162 milj. € / v) palkattaisiin vuosittain yli 1200 yleislääkäriä perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaan, joka ratkaisisi yleislääkärille pääsyn ongelman, hoidon tarpeen arvioinnin ongelman ja mahdollistaisi kattavan omalääkärimallin kaikille suomalaisille

Kommentti kohtaan 1.3.

- Potilaan lukitseminen yhteen neljästä sektorista voi olla mahdoton toteuttaa, koska vain hyvinvointialue on järjestämisvastuussa ja kykenee tuottamaan hoidon porrastuksen mukaisen perustason palveluvalikoiman

Kommentti kohtaan 1.4.

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

Perustason terveydenhuollon hoitoon pääsy ja hoidon tarpeen arvio

Tehdään lisätutkimusta

2.1. Tutkitaan, missä määrin palvelujen merkittävästi suurempi käyttö yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa suhteessa palvelutarpeeseen ja verrattuna julkisen sektorin ja opiskelu-terveydenhuollon käyttäjiin 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 ammattilaiselle hoitoon 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 hoitosuositukseen.

Kommentit kohtaan 2.2.

- Kansainvälisesti perustason vastaanottotoiminnan yhtenä pääperiaatteena on matalan kynnyksen pääsy yleislääkärin vastaanotolle = diagnostiikan ja hoidon piiriin pääsy
- Hoidon tarpeen arvio (HTA) nykyisessä muodossaan tulee lopettaa tai keventää merkittävästi
 - Yhteydenotot tulee ohjata omahoitajalle, joka toteaa tilanteen, neuvoo yksinkertaisemmissa asioissa puhelimesta / viestillä, tarvittaessa omalääkäriä konsultoiden, ja ohjaa kontaktin omalääkärille tai varaa ajan vastaanotolle
 - HTA ei saa olla työkalu, jolla pyritään pysymään hoitoon pääsyn määräajoissa, kuten koko 2000-luvulla on toimittu
 - HTA ei saa olla este omalääkärin vastaanotolle pääsyyn
 - Yhteydenoton aikana on saavutettava yhteisymmärrys potilaan kanssa.

Julkisen perusterveydenhuollon vahvistaminen ja monikanavarahoituksen purkaminen

Suosituksat

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 perusterveydenhuollon lääkärivakansseja tai hankkimalla palveluja yksityiseltä sektorilta.

Suosituksat

- 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.

Kommentit kohtiin 3.1., 3.2. ja 7.1.

- Rahoituksen kohdentaminen julkiseen perusterveydenhuoltoon, lääkärivakanssien määrän merkittävä kasvattaminen ja monikanavarahoituksen järjestelmän purkaminen ovat muutokset perusta, jos Suomeen halutaan kustannustehokas terveydenhuolto
- Julkisen perusterveydenhuollon lääkärivakanssien määrän muutoksia tulee tarkastella määrääjoin hyvinvointialueiden ohjauksen tukena

Vuosien 2022-2027 taloudellisen ohjauksen toimenpiteet

Lääkäri- ja hoitajaresurssin lisätarve pth:n 7 vrk ja 14 vrk hoitoon pääsyn määräaikojen saavuttamiseksi (HE 74/2022):

- 14vrk: n. 226 lääkäriä ja 208 hoitajaa
- 7vrk: n. 672 lääkäriä ja 476 hoitajaa

Hyvinvointialueille rahoitusta pth hoitotakuuseen pääsemiseksi:

- Vuodelle 2023: 71 milj €

PTH:n hoitoon pääsyn määräaikojen pidennys 3kk:een (alle 23v 14 vrk) 1/2025:

- Hva-rahoitus pienenee 96 milj €

- Yleis- ja erikoislääkäreiden vastaanottojen, psykoterapian ja hammaslääkärin perustutkimuksen Kela-korvauksiin suunnataan 650 milj € 2023-2027 hallituskauden ajalle

Työterveyshuollon sairastavastaanottotoiminta

Suositukset

Ks. myös suositus 1.3

Työterveyshuollon sisäisen toiminnan käytäntöjen selvitys

4.1. Selvitetään terveydenhuollon resurssien käytön tarkoituksenmukaisuutta 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 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.

Työnjaon tai ohjauksen uudistaminen

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 järjestämisestä palveluista tai vaihtoehtoisesti määritetään kaikille työntekijöille samanlainen palveluvalikoima.

Kommentit kohtiin 4.1., 4.2. ja 4.3.

- Työterveyshuollon sairastavastaanottotoimintaa saadaan kevennettyä lisäämällä kansallista hyvinvointialueiden ohjausta pth:n vastaanottotoiminnan vahvistamiseksi, jolloin työnantajilla ei ole enää tarvetta ostaa sairaskuluvakuutuksia tai sairastavastaanottoa
- Työterveyshuolto pystyy paremmin keskittymään ydintoimintaansa
- Sama koskee lisääntyviä yksityisiä sairaskuluvakuutuksia ja yksityislääkärikäyntejä

Työnjako ja digitaaliset palvelut ja yhteydenotot

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

Kommentit kohtiin 5.2. ja 5.3.

- Omalääkäri-omahoitaja työparimalli on todettu kehittämishankkeissa toimivaksi
 - Työpari vastaa tietyistä väestöstä ja muodostaa omat joustavat toimintamallinsa
- Ei ylhäältä ohjauttuja työnjakomalleja

Kommentit kohtaan 5.4.

- Digitaaliset työkalut ja etävastaanotot jokaiselle omalääkärille ja omahoitajalle
- Keskuksiin keskitetty hoidon tarpeen arvio ja digisotekeskukset rikkovat hoidon jatkuvuutta ja heikentävät työn vaikuttavuutta, vaikka tuottavat paljon kontakteja eli häiriökysyntään ja –tarjontaa
- Perustason kontaktien vaikuttavuutta ei pysty analysoimaan käyntimäärien ja diagnoositietojen perusteella

Omalääkärimalli

Kehitetään julkista sektoria

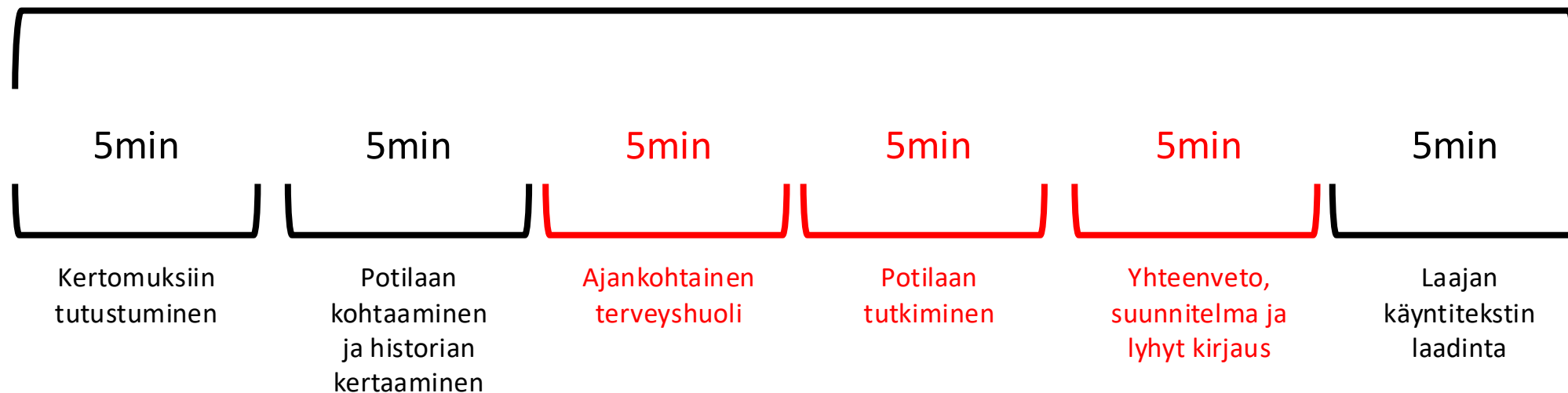
6.4. Kehitetään julkisen sote-sektorin houkuttelevuutta ja pitokykyä, jotta saadaan varmistettua erityisesti lääkärin riittävyys hyvinvointialueille, muun muassa uramahdollisuuksia parantamalla. Lääkärin ammatin autonomiaa vahvistetaan julkisella sektorilla esimerkiksi kehittämällä ammatinharjoittajamallia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

Kommentit kohtaan 6.4.

- Hyvinvointialueita tulee ohjata vahvasti omalääkärimallin toteuttamiseen virka- ja ammatinharjoittajamallilla kaikilla ohjauksen keinoilla
 - Kaikille suomalaisille nimetty omalääkäri ja omahoitaja
 - Keskeistä on että omalääkärillä on suora suhde hyvinvointialueeseen ja vastuu omasta kiinteästä väestöstä joko virkahenkilönä, yrittäjänä tai ammatinharjoittajana – ei toisen yrityksen palkkaamana (“keikkalääkäri 2.0”)
 - Omalääkärin autonomiaa tulee lisätä ja mahdollistaa todellinen oman väestön ennaltaehkäisyn 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 omalääkärin (tai sijaisen) vastaanotolle 14 vrk:ssa
 - Yhteyden saaminen omahoitajaan (tai sijaiseen) saman päivän aikana

Vastaanottotyön tehokkuus ja vaikuttavuus: **omalääkäri** ja ei-omalääkäri

30min vastaanottoaika - lääkärille tuntemattoman monisairas potilas



Lääkärien koulutus ja koulutusmäärät

Suosituks

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 lääkärien koulutusmääriä tulisi nostaa ja miten lääkärien työpanosta voitaisiin paremmin ohjata koko väestön palvelutarpeita vastaavasti.

Kommentit kohtaan 6.3.

- *“Kuntatyöntantajien tiedon mukaan joka kolmas vuonna 2024 laillistettu lääkäri oli suorittanut tutkintonsa muualla kuin Suomessa (Kuntatyöntantajat 2025)”*
 - Eli Suomen viiden lääketieteellisen tiedekunnan lisäksi kolme vastaavan kokoista tiedekuntaa Suomen ulkopuolella kouluttaa lääkäreitä Suomeen
 - Lääkäriin työn tuottavuuden ja lääkäriä työvoiman eri sektoreille jakautumisen kehittäminen on vaikuttavampaa kuin koulutusmäärien lisääminen (→ koulutuksen laadun heikentyminen)
 - Lääkärikoulutukseen sisäänoton kasvattaminen on väärä lääke syrjäseutujen lääkäripulaan. Sisäänottoa kasvattamalla otamme opiskelijoita enemmän pääkaupunkiseudulta, jonne valmistuvat lääkärit palaavat.
 - Oikea lääke on valintamenettelyn muutos ja lääkäriä työvoiman ohjaaminen sinne missä sitä eniten tarvitaan eli monikanavajärjestelmän purkaminen

WHO guideline on health workforce development, attraction, recruitment and retention in rural and remote areas

An update of the WHO guideline Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations (2010) (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240024229>)

3.1. WHO recommends using targeted admission policies to **enrol students with a rural background in health worker education programmes**

Having a rural background has been described as the single factor most strongly associated with rural practice (72). The positive effects of selecting students with a rural background and other educational and training interventions designed to channel students to rural practice was highlighted by the United States Council on Graduate Medical Education's 1998 report (73) and presented as the rural physician training pipeline in 2000 (74). This strategy is widely referred to as the "rural pipeline" or "rural pathway" approach. Evidence demonstrates that having a rural background (that is, having spent some childhood years in rural areas) and rural exposure during the programme (that is, being trained in rural environments, with rurally relevant curriculum and support) have both individual and synergistic effects on rural development, attraction, recruitment and retention (58, 75)...

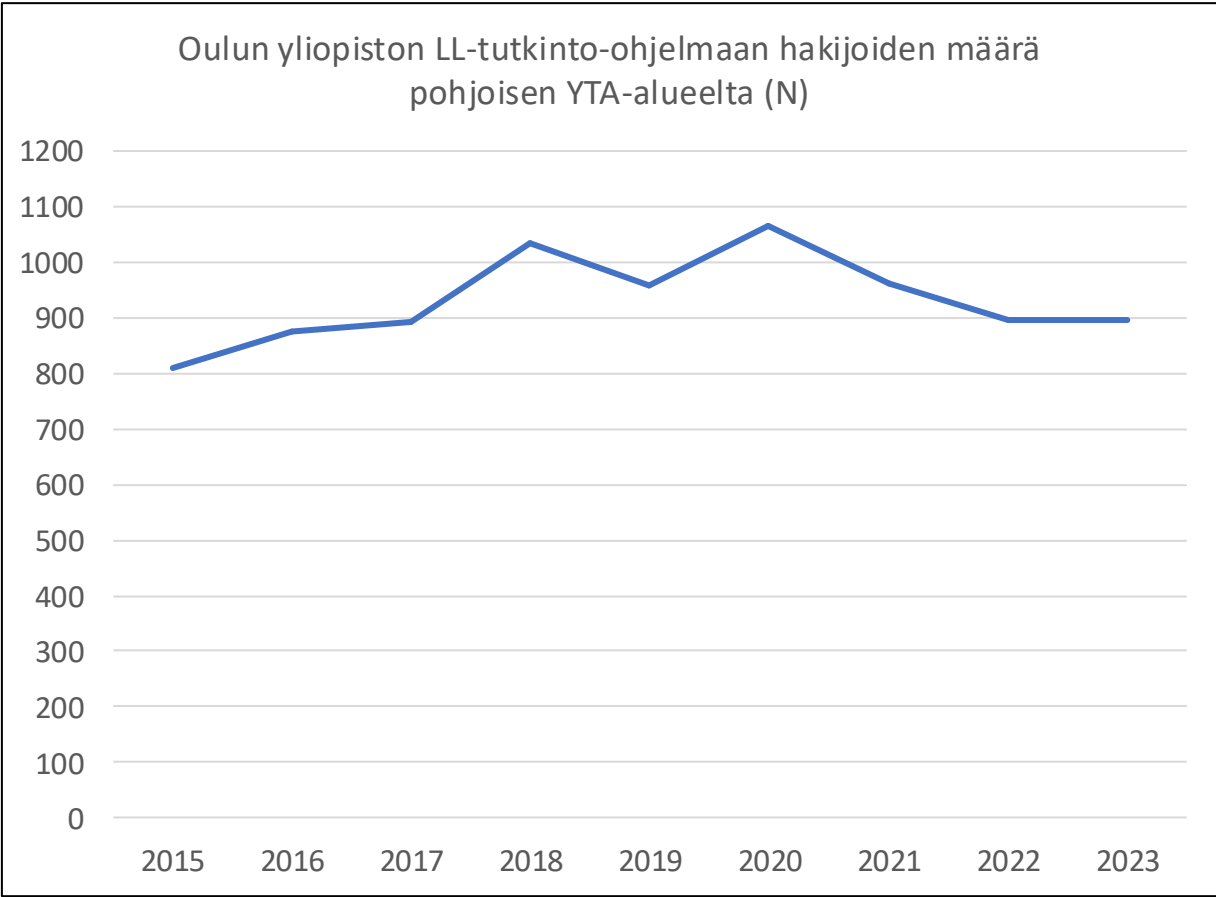
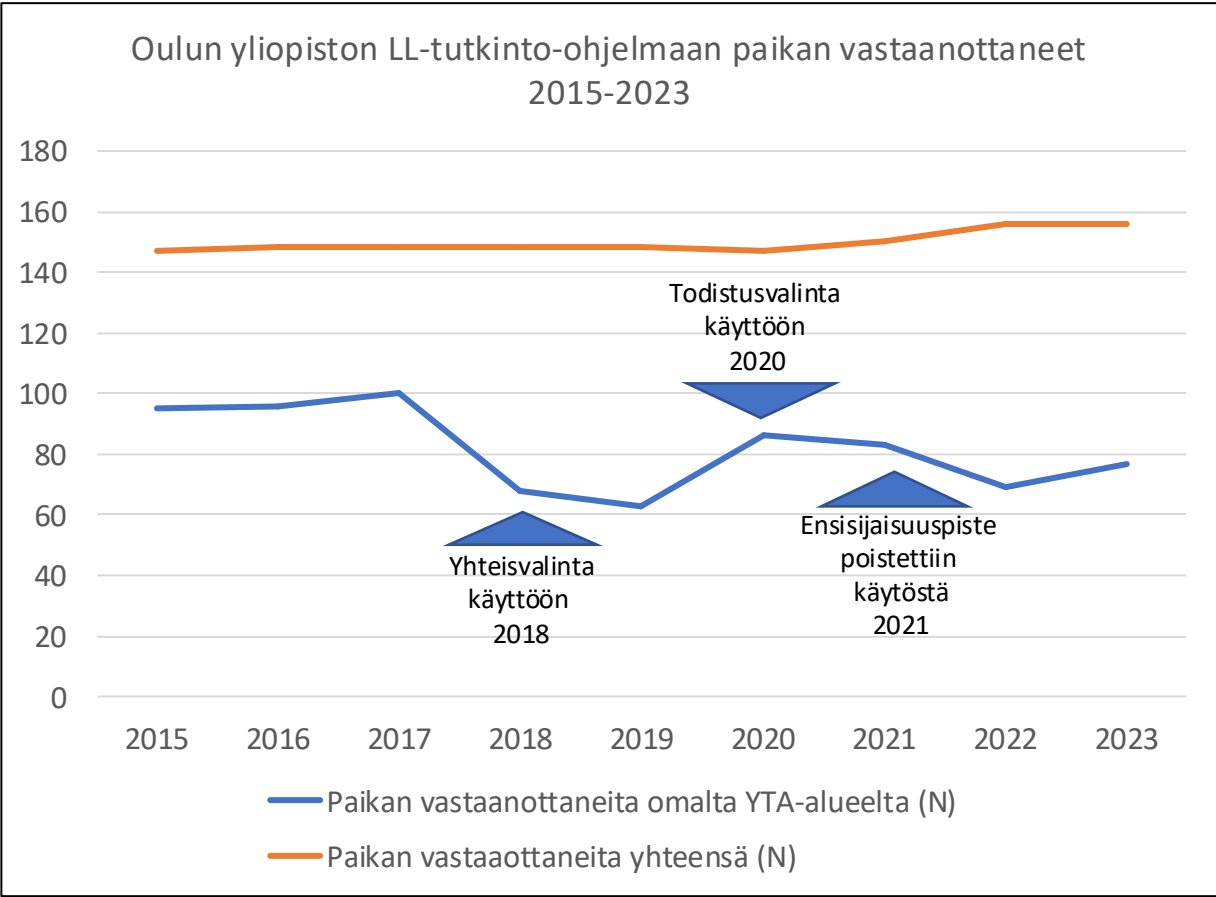
3.2. WHO suggests locating health education facilities closer to rural areas

3.3. WHO recommends exposing students of a wide array of health worker disciplines to rural and remote communities and rural clinical practices

3.5. WHO recommends designing and enabling access to continuing education and professional development programmes that meet the needs of rural health workers to support their retention in rural areas

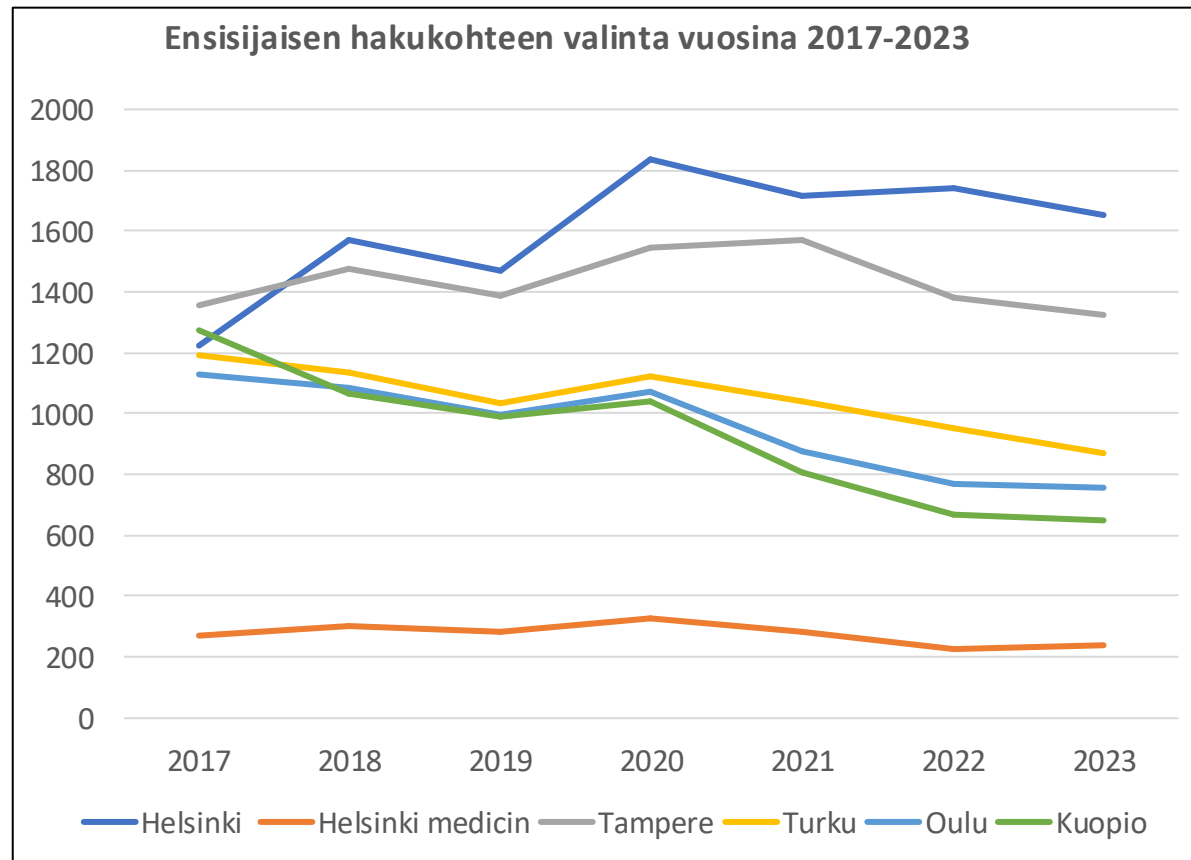
- Terveystenhuollon ammattilaisten koulutus tulisi järjestää lähellä niitä alueita, joissa on pulaa ammattilaisista
- Opiskelijoita tulisi ottaa sisään terveydenhuollon koulutusohjelmiin sieltä missä on suurin pula ammattilaisista
- Koulutusohjelmien harjoittelujaksoja tulisi järjestää niillä alueilla, joissa on pulaa ammattilaisista

Oulun yliopiston LL-tutkinto-ohjelmaan pohjoiselta YTA-alueelta hakeneet ja paikan vastaanottaneet vuosina 2015-2023



Ensisijaisen hakukohteen valinta vuosina 2017-2023

- Vuonna 2017 hakija saattoi hakea vain yhteen lääketieteen hakukohteeseen
- Vuodesta 2018 alkaen on käytetty yhteisvalintaa ja hakija saattoi hakea useampaan lääketieteen hakukohteeseen
- Vuosina 2018-2020 hakija sai yhden ensisijaisuuspisteen mikäli oli asettanut korkeakoulujen yhteishaussa ensimmäiseksi hakutoiveekseen lääketieteen hakukohteen
- Vuosina 2021-2023 ensisijaisuuspiste ei ollut käytössä



Norjan toimenpiteet omalääkärien rekrytoimiseksi maaseuduille

- Norjassa on onnistuttu rekrytoimaan omalääkäreitä maaseudulle – omalääkäreiksi, ei keikkalääkäreiksi (!)
- Käytössä useita kannustimia ja järjestelmiä, joilla edistetään omalääkärien asettumista maaseudulle
- Toimenpiteitä on sekä valtion että kuntien tasolla (taloudellisia, verotuksellisia, koulutukseen ja työhön liittyviä kannustimia)
 - Kts. erillinen dokumentti

Järjestelmän tärkeimmät kehittämiskohteet

- Kustannustehokkaan terveydenhuollon edellytys on toimiva ja riittävästi resursoitu perusterveydenhuolto.
- Pirstaleinen ja monikanavainen malli on muutettava universaaliksi malliksi vahvistamalla julkisen perusterveydenhuollon vastaanottotoimintaa.
- Julkisen perusterveydenhuollon lääkärivakanssien määrää tulee lisätä merkittävästi.
- Omalääkärin autonomiaa tulee lisätä ja mahdollistaa oman väestön ennaltaehkäisyn diagnostiikan ja hoidon johtaminen.
- Diagnostiikan ja hoidon piiriin pääsy tulee muuttaa kaikille kansalaisille yhtenäiseksi.
- 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.
- Tutkimusryhmästämme piakkoin valmistuvia tutkimustuloksia:
 - Lääkäriksi opiskelua edeltävän asuinmaakunnan ja opiskelukaupungin vaikutus asuinmaakuntaan 1, 3 ja 5 vuotta valmistumisen jälkeen
 - Omalääkärin omaavan väestön osuus terveysasemittain ja terveysasemilla töissä olevien lääkärin määrä ja henkilötyövuodet koulutustasoittain vuonna 2025