

Asiantuntijalausunto

O 41/2023 vp Terveystieteiden tutkimuskeskus

SONJA LUMME, MARKKU SATOKANGAS, TUUKKA HOLSTER, MARJA-LISA LAUKKONEN, TARU HAULA, JUHA HONKATUKIA, TIINA HETEMAA, JUTTA NIEMINEN, MERJA KORAJOKI, ILMO KESKIMÄKI JA LIINA-KAISA TYNKKYNNEN Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus

Kiitän mahdollisuudesta arvioida Eduskunnan tarkastusvaliokunnan tilaamaa THL:n toteuttamaa tutkimusta perustason avosairaanhoidon rakenteista, resursseista ja rahoituksesta. Raportti sisältää runsaasti ansiokkaita tuoreita analyyseja ja huomioita järjestelmän rakenteesta ja kehittämisestä. Raportissa on kuitenkin myös joitakin järjestelmään ja sen rahoitukseen liittyviä väärinymmärryksiä ja tulkinallisia puutteita.

Tutkimushankkeen uutuusarvona on se, että tuotettu tieto sisältää kuvausta palvelujärjestelmästä ja henkilöstöstä suhteutettuna laajimpaan suoritustietoon, jota koko maan aineistolla ei ole aikaisemmin tuotettu. Erityisesti uutta ja mielenkiintoista tietoa on tuotettu läsnä- ja etäasioinneista ja konsultaatioista eri sektoreilla. Kaikilla hyvinvointialuevertailuilla on varmasti myös uutuusarvoa. Kokonaisuutena raportissa korostuu oikeudenmukaisuusnäkökulma, josta raportin laatineilla tutkijoilla onkin runsaasti kokemusta.

Oikeudenmukaisuusnäkökulmasta raportti ei tuota juurikaan uutta tietoa, sillä jo aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että esimerkiksi yksityissektorin käyttäjät ovat useimmiten parempituloisia kuin julkisen sektorin käyttäjät ja työterveyshuollossa palvelujen tarjonta ja saatavuus on paremmalla tasolla kuin julkisella sektorilla. Terveyspalvelujen käytössä onkin tyypillistä, että hyvä saatavuus ja tarjonta lisää palvelujen käyttöä. Tämä selittää osin työterveyshuollon suhteellisesti suurempia käyntimääriä suhteessa sairastavuuteen ja verrattuna muihin kanaviin.

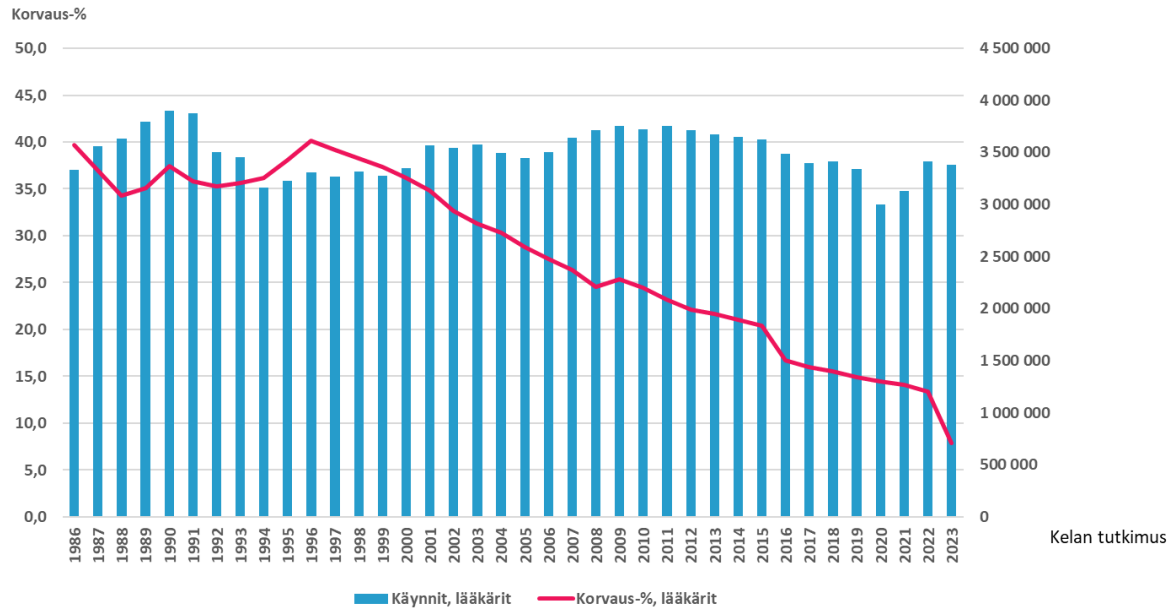
Raportin perusteella ei voida kuitenkaan vetää johtopäätöksiä siitä onko järjestelmä tehoton vai tehokas. Eri kanavien palvelulogiikoissa on suuria eroja ja asiakasryhmät ja -segmentit erilaisia. Suomi on maantieteellisesti myös laaja maa ja alueiden väestörakenteet ovat erilaisia, joten myös alue-eroja syntyy väistämättä.

Ohessa muutamia havaintoja raportista:

KPL 2 Suomen avosairaanhoidon järjestelmän historia ja nykytila

Sairaanhoitovakuutuksen rooli täydentävänä järjestelmänä on osin kuvattu puutteellisesti historiakatsauksessa. Näkökulmana näyttää olevan se, että universaalin systeemin kehittämisen yhteydessä Kela-korvaukset yksityisiin lääkäripalveluihin olisi pitänyt lopettaa. Tämä ei todennäköisesti ollut mahdollista, koska yksityissektorin rooli oli jo muodostunut niin merkittäväksi.

Yksityisten lääkäripalkkioiden Kela-korvausprosentit (%) ja käynnit vuosina 1986-2023. Lähde: Kelasto



Toisaalta esimerkiksi historiakatsauksessa ei ole mainittu sitä, että kansanterveysjärjestelmän kehittämistä tuettiin pitkään maksamalla terveyskeskuksille sairaanhoitokorvauksia lääkäripalveluista vuoteen 1983 asti. Ennen järjestelmän vaiheittaista alasajoa korvauksia maksettiin 147 miljoonaa euroa (nykyrahassa) terveyskeskuksille vuonna 1981. [Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta](#) (s.243)

Myöskään Kelan rahoittamasta omalääkärikokeilusta ei löydy mainintaa. Kelan omalääkärikokeilussa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteistoiminnan kehittäminen olivat keskeisiä terveystaloudellisia tavoitteita. Kelan rahoituksella kokeiltiin neljässä kaupungissa vuosina 1985-1993 toimintamallia, jossa yksityisinä ammatinharjoittajina työskennelleet lääkärit toimivat omalääkäreinä. [Yksityislääkärit omalääkäreinä : Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta](#)

KPL 3 Tutkimuksen rajaukset, määrittelyt, aineistot ja menetelmät

Avosairaanhoidon määritelmä on haasteellinen ja täysin vertailukelpoista tietoa on vaikea tuottaa. Esimerkiksi rajanveto sen välillä ovatko yksityissektorin erikoislääkärikäynnit, esimerkiksi silmälääkärikäynnit rinnastettavissa hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon käynteihin. Tiettyjen erikoisalojen osalta olisi voinut olla järkevä ottaa mukaan myös erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnit, jotka vertautuvat yksityissektorin erikoislääkärikäynteihin.

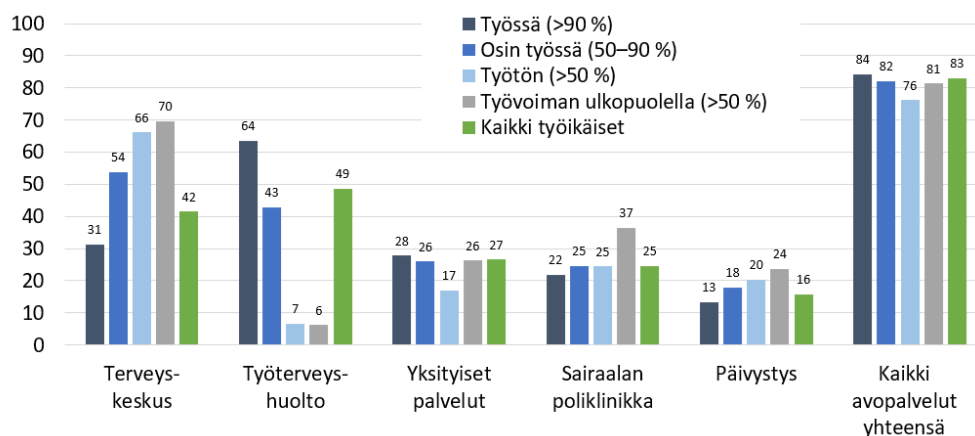
Lisäksi osa päivystyspalveluita on myös avosairaanhoidoa, ja osa kiireettömästä hoidosta korvautuu päivystyspalvelujen kautta. Työterveyshuollon palvelutkin ovat käytössä usein iltaisin ja viikonloppuisin, joten osaa niistäkin on päivystysluonteista palvelua.

Kelan tutkimuksen Oulu-hankkeessa tehtiin monipuolisesti erilaisia vertailuja ja alla olevasta kuvasta näkee, että avosairaanhoido voidaan määritellä ottaen huomioon myös sairaalan poliklinikkakäynnit ja päivystyskäynnit.

Avosairaanhoidon palveluiden käyttö eriytynyt sektoreittain, mutta kokonaisuutena erot työmarkkina-asemien välillä pieniä

Eri sektoreiden avosairaanhoidon palveluita vähintään kerran vuonna 2018 käyttäneiden **osuudet** työmarkkina-aseman mukaan (Oulussa vuonna 2018 asuneet 25–64-vuotiaat, ml. lääkäriä tai hoitajalla käynnit)

Palvelua käyttäneiden osuus (%)



Työssä: yli 90 % vuoden 2018 päivästä työssä
Osin työssä: 50–90 % vuodesta työssä
Työtön: yli 50 % vuodesta työttömänä
Työvoiman ulkopuolella: alle 50 % vuodesta työssä tai työttömänä

Lähde: Blomgren J, Jäppinen S, Lahdensuo K (2022): Avosairaanhoidon palveluiden käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. Suomen Lääkärilehti 2022; 77: e30509. www.laakarilehti.fi/e30509

tietopalvelut

Aineistosta on rajattu ulos kaikilla sektoreilla toteutetut mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvät hoitotapahtumat. Näiden palveluiden tarve on suurempi pienituloisilla, joten oletettavasti ainakin julkisen sektorin avopalveluiden kokonaiskäyttö näyttää pienituloisilla tästä syystä laskelmissa todellista pienemmältä. Muiden sektoreiden osalta on epäselvää, miten mielenterveys- ja päihdepalveluiden käyttö jakautuu tuloryhmittäin. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden tarpeenmukaista kohdentumista eri väestöryhmissä olisikin tärkeää tarkastella erikseen.

Esimerkiksi korkeakouluopiskelijoiden masennus- ja ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyys on huomattavasti korkeampi kuin muulla samankäisellä väestöllä. Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon mielenterveyspalvelut ovat myös sellainen osa-alue, jossa on tärkeää hyödyntää YTHS:lle opiskelijoiden hoitoon keskittyntä erityisosaamista. Selvityksestä kuitenkin on rajattu kokonaisuudessaan pois mielenterveyspalvelut. Opiskeluterveydenhuollon palveluita ei ole mielekästä tarkastella ilman mielenterveyspalveluita, koska mielenterveyspalvelut muodostavat noin 30 % kaikista YTHS:n tuottamista yleisterveydenpalveluista. YTHS ja hyvinvointialueet ovat tehneet eniten yhteistyötä sujuvia palvelupolkuja rakentaakseen juuri mielenterveyspalveluissa.

Tutkimuksessa on pyritty erikseen ennustamaan palvelutarvetta ja suhteuttamaan toteutunutta palvelujen käyttöä ennustettuun palvelutarpeeseen eri tuloryhmissä. Tuloksen mukaan palveluita käytetään palvelutarvetta vähemmän pienituloisten keskuudessa ja palvelutarvetta enemmän suurituloisten keskuudessa (Kuvio 4.26).

Ennustetun palvelutarpeen mittari perustuu kuitenkin käytettyihin palveluihin, joita on ennustettu vain iällä, sukupuolella ja koetulla terveydentilalla. Koska pienituloisten tiedetään käyttävän palveluita muita

vähemmän, vaikka heillä on enemmän terveysongelmia ja huonompi koettu terveydentila, on ennustettu palveluntarve väkisinkin aliarvio todellisesta palvelutarpeesta pienituloisilla ja yliarvio suurituloisilla. Tämä käy ilmeiseksi kuviosta 4.26, jossa ennustettu palvelutarve ei juuri vaihtelee tulojen mukaan, vaikka itsearvioitu terveydentila (Kuvio 4.27), sairauksien lukumäärä (Kuvio 4.25) ja kuolleisuus (Kuvio 4.28) kaikki osoittavat terveyden olevan merkittävästi heikompia mitä pienituloisemmista on kyse.

Ennustettua palvelutarvetta koskevaa tulosta on siis pidettävä aliarviona siitä, kuinka epätarkoituksenmukaisesti perustason avosairaanhoidon palvelut kohdentuvat niitä tarvitseviin väestöryhmiin.

Alueellisesta eriarvoisuudesta voi todeta, että hyvinvointialueen keskimääräinen palveluiden käyttö ei juurikaan korreloi alueen väestön keskimääräisen sairausluokkien lukumäärän kanssa (Kuvio 4.11).

Alueellista vertailua (kuten tuloryhmienkin vertailua) kuitenkin hankaloittaa raportissa jonkin verran se, ettei lukuja ole ikävakioitu.

Lisäksi keskimääräinen sairauksien lukumäärä (jolla pyritään mittaamaan palvelutarvetta) perustuu osittain aiempaan palveluiden käyttöön, joten se on empiirisesti osittain päällekkäinen keskimääräisen palveluiden käytön kanssa. Kärkevimmin tämä ongelma tulee näkyviin kuviossa 4.12, jossa on lisäksi tarkasteltu käytettyjen sektoreiden lukumäärää (joka sekin mittaa käyntien lukumäärää).

Palvelujen käyttöä eri sektoreilla on kuvattu ikäryhmittäin. Ikäryhmäjaottelussa lapset ja nuoret olisi ollut syytä erotella hienojakoisemmin. Nyt sekä lapset että nuoret ovat kaikki alle 24-vuotiaissa (Kuvio 4.6). Kuten kuvioista 4.2 on nähtävissä, pikkulasten palvelujen käyttö on huomattavasti runsaampaa kuin kouluikäisten ja nuorten yli 16-vuotiaiden palvelujen käyttö.

Työterveyshuollon aineistojen osalta epävarmuutena se, että raportissa kuvataan avohoidon hoitoilmoitusrekisteriä Avohilmoa suoritteiden lähteenä, myös työterveyshuollosta,. Kuitenkin luvussa ”6.2. Työnantajien järjestämä työterveyshuolto” käsitellään yksinomaan Kelan työterveyshuoltotilastojen suorite- ja kustannustietoja. Koska Avohilmon tiedot perustuvat päivittyvät vuorokausittain potilasrekistereiden hoitoilmoituksista ja Kelan tiedot perustuvat pääosin työnantajien ilmoittamiin laskutustietoihin työterveyshuollon järjestämisestä (työterveyshuoltorekisteri), rekisterit tuottavat hyvin erilaista tilannekuvaa työterveyshuollosta. THL:n työpaperissa (Satokangas ym. 2024) on todettu, että työterveyshuollon tilastoissa on eroja erityisesti sairaanhoidossa ja rekistereiden vertailun perusteella huomattavia eroja etäkäyntien suoritteissa.

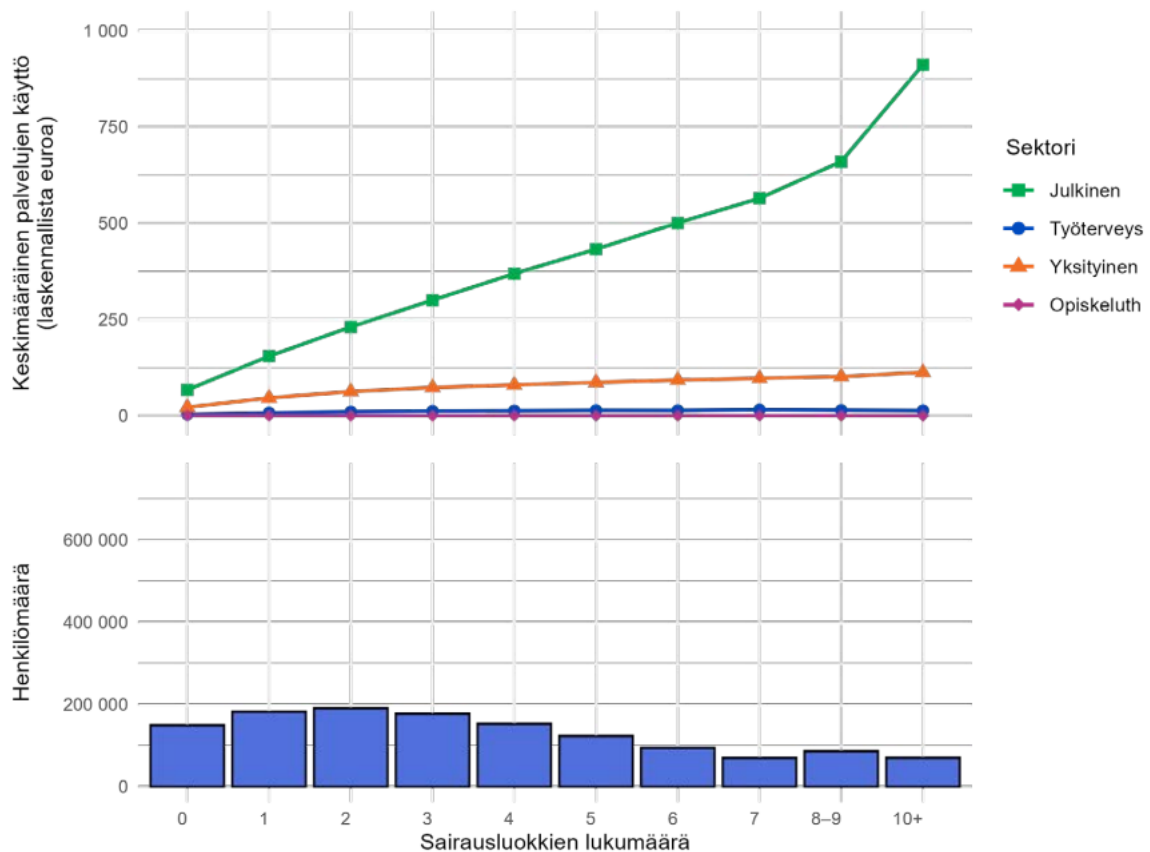
Raportin perusteella vaikuttaa siltä, että THL:n tilannekuva työterveyshuollosta poikkeaa Kelan näkemyksestä, joka perustuu tosiasialliseen laskutustietoon. Kela hyväksyy työterveyshuollon kustannuksia korvattaviksi, vain jos toiminta täyttää useita ehtoja [Työterveyshuollon korvauksen edellytykset | Työnantajat | Kela](#). Vastaavia luotettavuustarkistuksia Avohilmon suoritettuihin ei tehdä. Raportissa esitetyt Avohilmasta tuotettava tieto ei voi vastata todellista Kelan työterveyshuolloksi hyväksymää tietoa. Avohilmoon perustuvaan taloudelliseen arviointiin liittyy todennäköisesti epävarmuutta, etenkin jos tiedot eivät ole yhteydessä laskutukseen ja todellisiin kustannuksiin. Raportin perusteella jää hyvin epäselväksi kuinka paljon Avohilmon tiedot ovat tosiasiallisesti vaikuttaneet THL:n raportin johtopäätöksiin. Avohilmon kerättyjen tietojen luotettavuus olisi tarkastettava suhteessa Kelan tietoihin työterveyshuollosta.

Taulukossa 6.3. Kelan korvaaman yksityisen terveydenhuollon rahoittajina kuvataan yksityistenvakuutusten osuudeksi 71,5 %, mutta lähdettä ei mainita. Laskennallinen osuus vaikuttaa olevan virheellinen, sillä mm. suurimmat erikoislääkäripalvelujen erikoisalajat ovat silmätaudit ja gynekologia, joilla yksityisen vakuutuksen osuus ei voi olla niin suuri. Todennäköisesti yksityisten vakuutusten osuus perustuu lähteeseen Valtonen ym. 2014, jossa arvioitiin yksityisten vakuutusten osuutta lasten erikoislääkäripalveluissa.

4 Perustason avosairaanhoidon palvelujen käytön tarpeenmukainen jakautuminen ja rinnakkaisten sektorien rooli

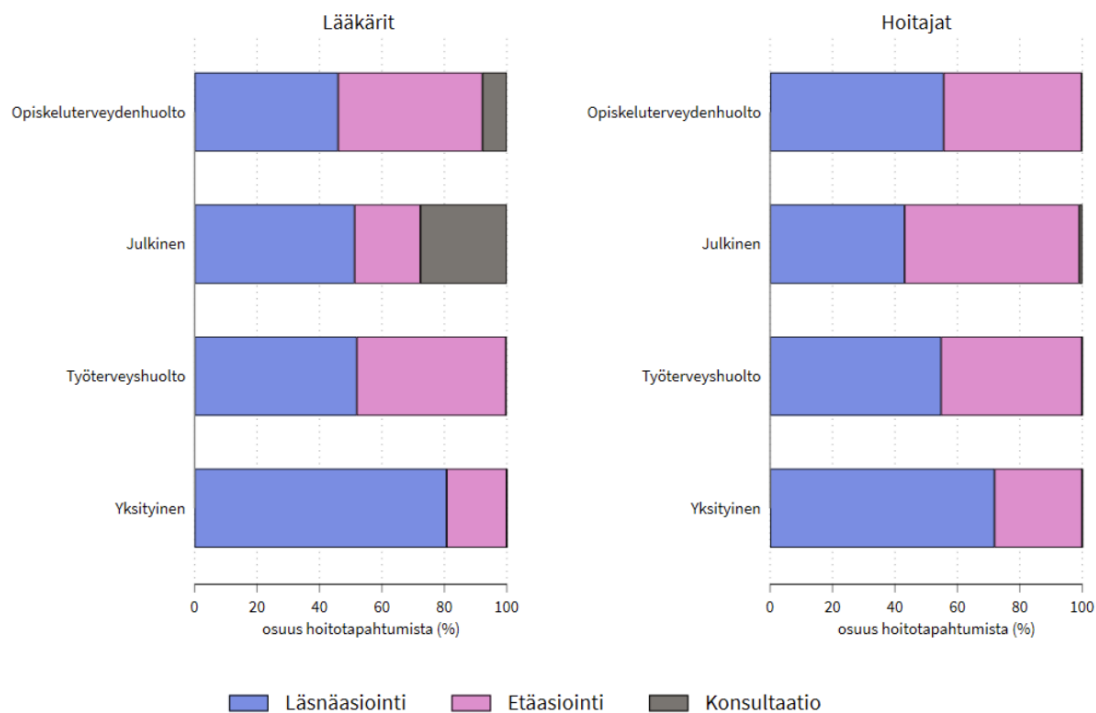
Lähtökohtaisesti tarkastelussa oli otettu mukaan vuodet 2021-2023, eli kolmen vuoden aikana tapahtuneet käynnit eri sektoreilla. Näin saatiin mahdollisimman kattava kuva koko Suomen väestöstä, joista 96,3 % oli käyttänyt jotakin palvelua kolmen vuoden aikana. Kolmen vuoden tarkastelu luonnollisesti lisää erilaisten kombinaatioiden määrää. Raportissa todetaankin, että kyse on yksittäisistä käynneistä, eikä välttämättä lainkaan saman sairauden hoidosta.

Raportissa on tuotettu monipuolista aineistoa eri sektoreittain.



Oheisessa kuviossa 4.9 on kuvattu yli 65-vuotiaiden palvelujen käyttöä ja kustannuksia sairausluokkien lukumäärän mukaan. Tästä kuviosta havaitaan, että yli 65-vuotiailla on käytössä 2 kanavaa, julkinen ja käytännössä itse maksetut yksityislääkärikäynnit, jotka Kelan korvaustilastojen mukaan painottuvat silmäsairauksiin, tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, naistentauteihin ja yleislääkärikäynteihin.

Erityisesti raportissa on uutta ja mielenkiintoista tietoa läsnä- ja etäasioinneista ja konsultaatioista eri sektoreilla (Kuvio 5.4).



Kuva kertoo, että läsnäasiointi on yleisempää yksityisissä palveluissa. Tämä johtuu osin myös siitä, että yksityisten palvelujen avokäynteihin on tässä laskettu erikoislääkärikäynnit.

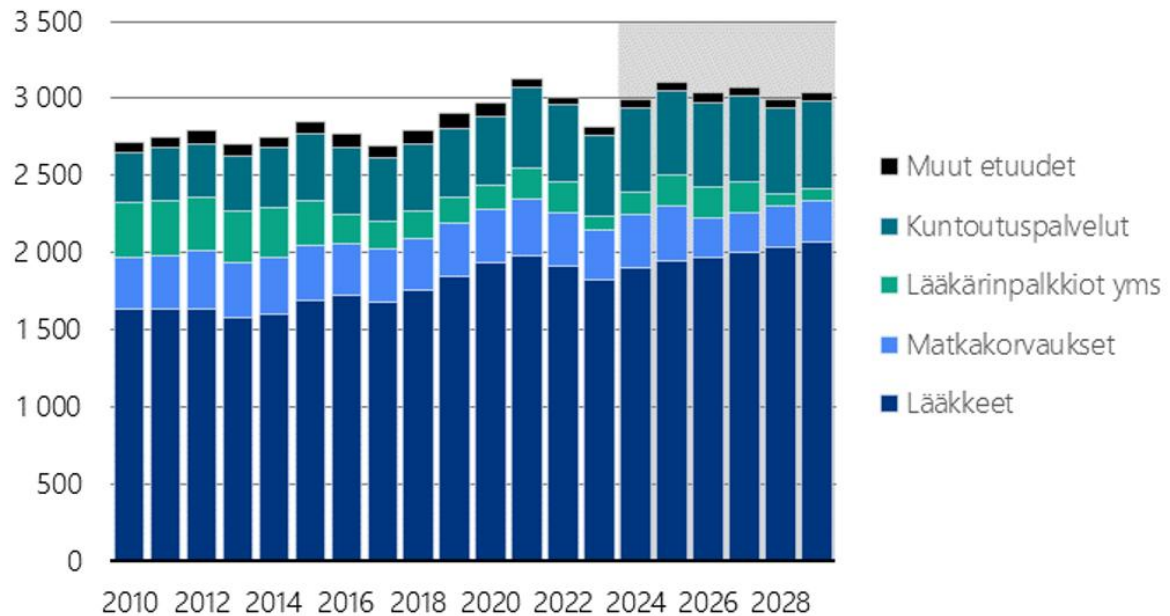
6 Perustason avosairaanhoidon menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä

Raportin kuudes luku, joka käsittelee avosairaanhoidon menoja, on paikoin sairausvakuutuksen osalta kuvattu vaikeaselkoisilla kuvioilla ja taulukoilla.

Sairaanhoitovakuutuksen etuuskulut yksityislääkäripalkkioiden osalta ovat kutistuneet hyvin pieniksi, ja edelleen kutistuvat vuoden 2026 alusta. Seuraavissa Kelan arvioihin perustuvissa kuvioissa näkyvät sairaanhoitovakuutuksen kulut ja arviot kehityksestä vuoteen 2029 saakka.

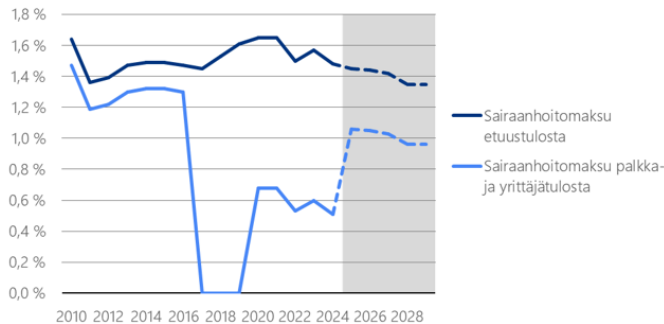
Sairaanhoitovakuutuksen etuuskulut 2010-2029

Milj. euroa (vuoden 2024 rahassa)

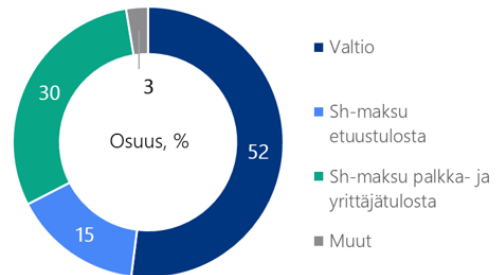


Sairaanhoitovakuutuksen maksut

Sairaanhoitovakuutuksen maksuprosentit 2010-2029



Sh-vakuutuksen rahoitusosuudet 2025



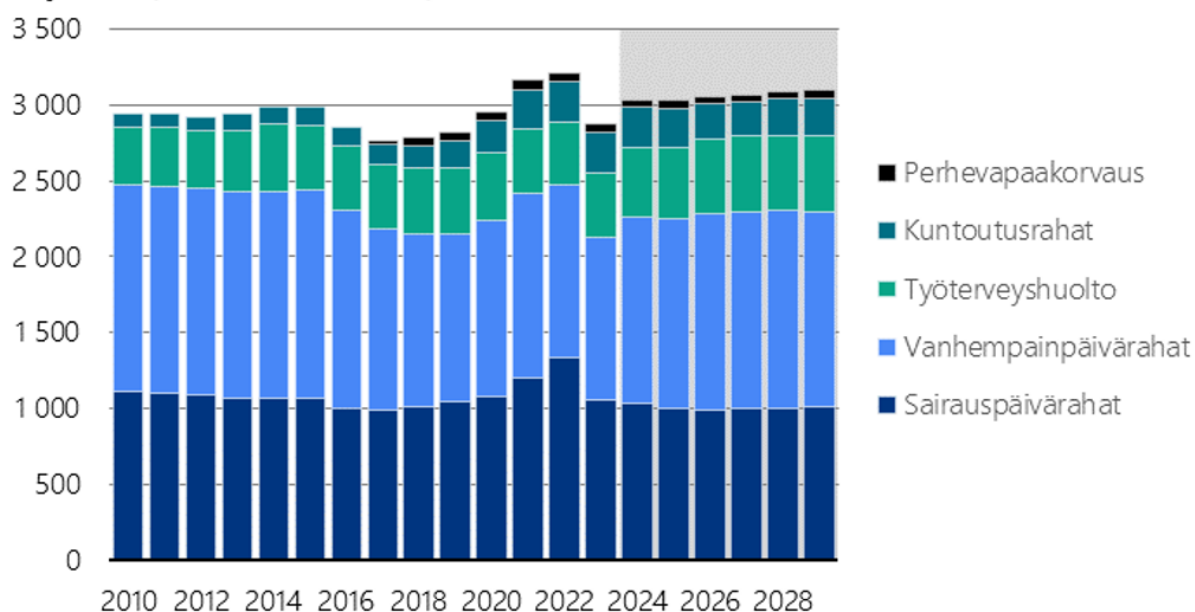
Sairaanhoitomaksu palkka- ja yrittäjätulosta 2025
1,06 %

Sairaanhoitomaksu etuustulosta 2025
1,45 %

Valtion osuus sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta on 52%. Esimerkiksi jos yksityislääkärin palkkioihin vuonna 2026 leikkausten jälkeen käytettävä rahoitus olisi 30-40 miljoonaa ja siitä valtion osuus siirrettäisiin hyvinvointialueille, kyse olisi varsin vaatimattomasta 15-20 miljoonan euron summasta arvoterveydenhuollon kokonaisuudessa.

Työtulovakuutuksen etuuskulut 2010–2029

Milj. euroa (vuoden 2024 rahassa)



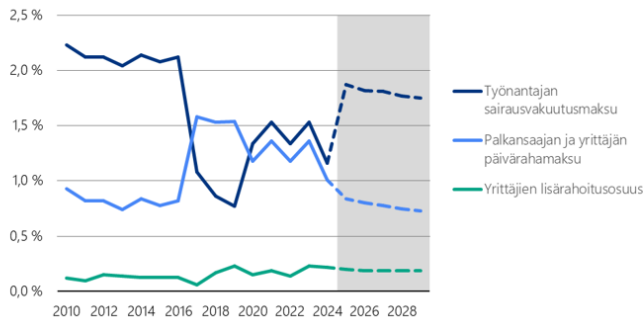
Työterveyshuollon korvausten rahoituksen osalta selvityksessä kuvataan julkisen rahoituksen määräytymistä harhaanjohtavasti. Yrittäjät ja työnantajat rahoittavat työterveyshuollon kustannukset. Kela korvaa yrittäjien ja työnantajien maksamista työterveyshuollon kustannuksista vain osan. Varsinainen valtion rahoitusosuus työterveyshuollon rahoituksesta on hyvin pieni. Pääosin työterveyshuollon korvaukset rahoitetaan työtulovakuutuksesta työnantajilta perittävillä lakisääteisillä sairausvakuutusmaksuilla sekä palkansaajien ja yrittäjien sairausvakuutuksen päivärahamaksuilla.

Työterveyshuollon rahoituksen osalta selvityksessä todetaan, että työntekijä ei voi itse päättää olla maksamatta osin työterveyshuoltoon kanavoituvia päivärahamaksuja, vaan ne vähennetään automaattisesti palkasta. Vuonna 2025 palkansaajien sekä yrittäjien sairausvakuutusmaksun päivärahamaksu on 0,84 prosenttia palkka- tai yrittäjätulosta. Vakuutusmaksulla rahoitetaan koko työtulovakuutuksen vakuutusmaksuilla rahoitettavia kuluja, ei pelkästään työterveyshuoltoa. Työterveyshuollon korvausten osuus maksusta on laskennallisesti likimain 18 %.

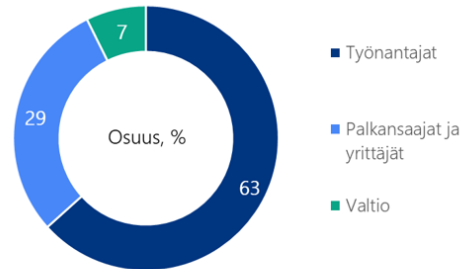
Esimerkiksi 2500 euron bruttopalkasta palkansaaja maksaa noin 4 euroa työterveyshuollon korvausten rahoitukseen kanavoituvaa rahaa. Vuonna 2022 keskimääräiset työnantajan maksamat kustannukset olivat työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohti 545 euroa, joista Kela korvasi työterveyshuollon kustannuksina työntekijää kohden noin 226 euroa. Kun otetaan huomioon keskimääräiset työnantajan maksamat vuosittaiset työntekijäkohtaiset työterveyshuollon kustannukset, voidaan todeta työntekijän maksaman summan olevan suhteessa pieni hänen saamaansa hyötyyn nähden.

Työtulovakuutuksen rahoitus

Työtulovakuutuksen maksuprosentit 2010-2029



Työtulovakuutuksen rahoitusosuudet 2025



Työnantajan sairausvakuutusmaksu 2025
1,87 %

Palkansaajan ja yrittäjän päivärahamaksu 2025
0,84 %

Yrittäjien lisärahoitusosuus 2025
0,20 %

Raportin taulukkoon 6.2 on koottu tietoja työterveyshuollon menoista ja rahoituksesta. Kela korvasi työnantajille korvausluokka II (joka on vapaaehtoinen) yhteensä 133,9 miljoonaa euroa, josta laskennallisesti palkansaajien ja yrittäjien osuus on 38,8 miljoonaa euroa.

Yhteenvedona, sairausvakuutuksen osalta monikanavarahoituksen purkaminen ja nyt käytössä olevan rahoituksen siirtomahdollisuudet ovat hyvin pienet ja myös euromääräisesti marginaaliset. Ja vaikka järjestelmä purettaisiin, näin pienellä rahamäärällä olisi koko järjestelmän kehittämisen kannalta hyvin vähäinen merkitys.

Korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon rahoitus

Selvityksessä todetaan, että opiskelijat maksavat terveydenhoitomaksua, vaikka eivät käyttäisi opiskeluterveydenhuollon palveluita. Vaikka opiskelija ei käyttäisi YTHS:n tarjoamia sairaanhoidon palveluita, hyötyvät kaikki opiskelijat YTHS:n tekemästä terveyttä ja hyvinvointia edistävästä työstä kuten opiskeluyhteistyöstä sekä opiskeluympäristön tarkastuksista.

Selvityksen mukaan järjestelmän monisektorisesta rakenteesta kärsivät todennäköisesti ne väestöryhmät, joilla maksukyky on heikoin. Korkeakouluopiskelijoiden terveydenhoitomaksu oli 73,60 euroa vuonna 2023. Opiskelijoilta ei peritä muita asiointimaksuja YTHS:llä asiointista (pl. peruuttamatta jääneestä ajasta perittävä maksu). Siten korkeakouluopiskelijat saavat kaikki tarvitsemansa perusterveydenhuollon yleis- ja mielenterveyspalvelut sekä suunterveyspalvelut YTHS:ltä yleensä edullisemmin kuin julkisessa terveydenhuollossa asioidessaan.

6 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Monikanavarahoituksen purkaminen olisi epärealistinen ja tehoton toimenpide avoterveydenhuollon järjestelmän kehittämiseksi. Purettavaa valtion budjettirahoitusta on jäljellä kovin vähän ja työtulovakuutuksen purkaminen työterveyshuollon osalta ei myöskään toisi hyvinvointialueiden kirstuun rahoitusta. Työvoiman liikkuvuuttakaan eri sektoreiden kesken tuskin on järkevää lainsäädännöllä rajoittaa.

Eri sektoreilla tehdyistä työtunneista ja erityisesti lääkäreiden työpanoksesta olisi hyvä saada tarkempaa tietoa. Lisäksi asiakaspolkuanalyysien avulla potilaiden liikkuvuus eri kanavissa kontaktien osalta kuin myös tutkimus- ja hoitopalveluissa olisi hyvä läpivalaista. Hoidon jatkuvuutta ja sen esteitä olisi hyvä selvittää myös tarkemmin.

Purkamisen sijaan realistisempi vaihtoehto olisi kehittää eri kanavien yhteistyötä. Avoterveydenhuoltoon syntyneillä kanavilla on historialliset lähtökohdat ja vahva polkuriippuvuus. Toisaalta eri palvelukanavat ovat erikoistuneet tiettyihin asiakassegmentteihin. Esimerkiksi työkyvyn arviointi on työterveyshuollon erityistehtävä, jota tuskin ideaalitalanteessakaan omalääkärijärjestelmä kykenisi hoitamaan.

Nykyiset tietojärjestelmät ja erityisesti Kanta-järjestelmän kehittäminen mahdollistaisivat paremman tiedon kulun. Tiedon avulla voitaisiin ennaltaehkäistä esimerkiksi moninkertaisten tutkimustoimenpiteiden tekeminen, silloin kun potilaan on syytä siirtyä kanavasta toiseen tai erikoissairaanhoidon kanavaan.

Tulevaisuuden kysymys lieneekin, miten omalääkärijärjestelmiä onnistutaan kehittämään hyvinvointialueilla ja mikä yksityissektorin ja mahdollisesti sairausvakuutuksen rooli siinä voisi olla. Omalääkärijärjestelmätkin on syytä kohdentaa niille potilasryhmille, jotka siitä eniten hyötyvät. Suuri osa opiskelijoista ja työkäisistä pärjäävät kevyemmälläkin palvelurakenteilla, joista nopeaa vauhtia kehittyvät digitaaliset palvelut ovat hyvä esimerkki.

Sairaanhoitovakuutuksen korvamerkittyä rahoitusta käytettiin aikanaan lääkärinpalkkioihin silloisissa terveyskeskuksissa aina vuoteen 1983 asti. Korvamerkityn rahoituksen käyttö parantamaan erityisesti ikääntyneiden ja monisairaiden asemaa on varteenotettava vaihtoehto nopeuttamaan järjestelmän kehittämistä.

Hyvinvointialueet aloittivat toimintansa vuoden 2023 alusta. Aika ei ollut vielä kypsä hyvinvointialueen ja sairaanhoitovakuutuksen laajemmalle yhteistyölle tämän hallituskauden aikana. Yli 65-vuotiaille suunnattu valinnanvapauskokeilu tuo monipuolisesti uutta tietoa potilaan, lääkärin, palveluntuottajan, koko palvelujärjestelmän ja markkinoiden kehityksen näkökulmasta. Kokeilun tuloksia voidaan hyödyntää, kun seuraavia kehitysaskelaita otetaan avoterveydenhuollon järjestelmän kehittämiseksi.

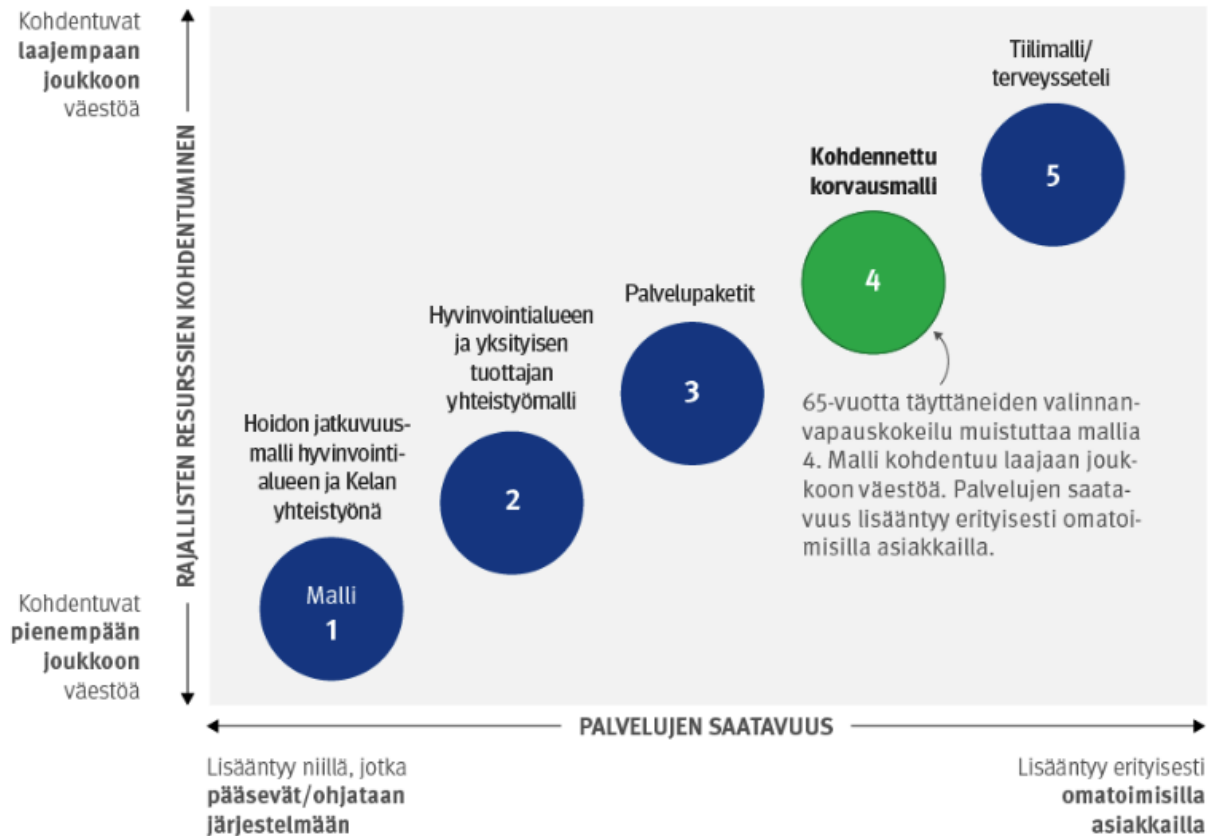
Ottaen huomioon julkisen talouden vakavan tilanteen, monikanavaisen järjestelmän purkamisen sijaan pitäisikin pohtia uusia malleja ja keinoja saada rahoitusta järjestelmän kehittämiseksi ja lisätä kansalaisten luottamusta järjestelmään. Julkisen palvelulupauksen kirkastaminen voisi olla ensimmäinen askel kohti kestävämpää järjestelmää.

Kela-korvauksia kehittäneissä työryhmissä oli jo pöydällä useita vaihtoehtoja, joita edelleen kehittämällä järjestelmää voidaan kehittää eteenpäin, mutta se vaatii laajaa yhteisymmärrystä eri tahojen kesken.

[Näin päädyttiin 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeiluun | Kelan tietotarjotin](#)

65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeilu kohdistuu laajaan joukkoon omatoimisia asiakkaita

Kela-korvausten kehittämisen vaihtoehdot syksyn 2023 valmistelussa palvelujen saatavuuden ja resurssien kohdentumisen mukaan



Grafiikka: Kela

Kelan tutkimusyksikössä on toteutettu useita avoterveydenhuoltoon liittyviä tutkimuksia Oulun väestöä koskevalla aineistolla.

Kelan tutkimuksessa on käynnissä myös laaja opiskeluterveydenhoitoa koskeva rekisteritutkimus.

Aiheeseen liittyviä tieteellisiä, vertaisarvioituja julkaisuja ja tutkimusblogeja.

Väestön avoterveyspalveluiden käyttö ja jakautuminen aikuisväestössä

- Blomgren Jenni (2023): Tuloryhmät eroavat merkittävästi eri sektoreiden avosairaanhoitopalveluiden käytössä. Kelan tutkimusblogi 14.12.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/883131/tuloryhmat-eroavat-merkittavasti-eri-sektoreiden-avosairaanhoitopalveluiden-kaytossa>
- Blomgren Jenni, Virta Lauri (2020): Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. PLoS ONE 2020; 15(4):e0231792. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0231792>

- Blomgren Jenni, Jäppinen Sauli, Lahdensuo Kaisla (2022): Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. Suomen Lääkärilehti 2022; 77 (7-8): 314; verkkojulkaisu 7.2.2022. www.laakarilehti.fi/e30509.
 - Blomgren Jenni, Jäppinen Sauli (2022): Työikäiset käyttävät avosairaanhoidon palveluita eri tavoin, mutta sektorit kompensoivat toisiaan. Kelan tutkimusblogi 23.2.2022. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721429/tyoikaiset-kayttavat-avosairaanhoidon-palveluita-eri-tavoin-mutta-sektorit-kompensoivat-toisiaan>
- Blomgren Jenni, Jäppinen Sauli, Perhoniemi Riku (2023): Identifying user profiles of healthcare, social and employment services in a working-age population: A cluster analysis with linked individual-level register data from Finland. PLoS ONE 18(11): e0293622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293622>.
 - Blomgren Jenni, Jäppinen Sauli, Perhoniemi Riku (2024): Työikäiset jakaantuvat viiteen ryhmään sote- ja työllisyyspalveluiden käytön perusteella. Kelan tutkimusblogi 20.3.2024. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/984293/tyoikaiset-jakaantuvat-viiteen-ryhmaan-sote-ja-tyollisyyspalveluiden-kayton-perusteella>
- Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2021): Frequent attenders of three outpatient health care schemes in Finland: Characteristics and association with long-term sickness absences, 2016–2018. BMC Public Health 2021; 21: 870. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10866-x>.
 - Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2021): Avosairaanhoidon suurkäyttäjät sitovat kapasiteettia kaikilla palvelusektoreilla. Kelan tutkimusblogi 12.5.2021. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/722293/avosairaanhoidon-suurkayttajat-sitovat-kapasiteettia-kaikilla-palvelusektoreilla>
- Rinne Hanna, Laaksonen Mikko, Blomgren Jenni (2022): Use of outpatient and inpatient health care services by occupation - a register study of employees in Oulu, Finland. BMC Health Services Research 2022;22:597. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07970-y>.
 - Rinne Hanna (2022): Työterveyshuolto on kaikissa ammattiryhmissä eniten käytetty avosairaanhoidon muoto, mutta osuus käyntipäivistä vaihtelee. Kelan tutkimusblogi 3.8.2022. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/720724/tyoterveyshuolto-on-kaikissa-ammattiryhmissa-eniten-kaytetty-avosairaanhoidon-muoto-mutta-osuus-kayntipaivista-vaihtelee>
- Blomgren Jenni, Jäppinen Sauli (2021): Lähes kaikki käyttävät sote-palveluita tai etuuksia kalenterivuoden aikana. Kelan tutkimusblogi 3.6.2021. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/722212/lahes-kaikki-kayttavat-sote-palveluita-tai-etuuksia-kalenterivuoden-aikana>
- Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Pikkujämsä S, Haverinen A, Olli S-L, Ylitalo-Katajisto K (2013): Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. Suomen Lääkärilehti 2013; 68(48): 3163–3169.

Eri sektoreiden avoterveyspalveluiden käyttö ja yhteydet työkyvyttömyyteen

- Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2021): Frequent attenders of three outpatient health care schemes in Finland: Characteristics and association with long-term sickness absences, 2016–2018. BMC Public Health 2021; 21: 870. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10866-x>.
 - Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2022): Työkyvyttömyyseläkettä edeltää sairauspoissaolon aikainen runsas avo- ja vuodehoito. Kelan tutkimusblogi 17.5.2022. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/720980/tyokyvyttomyyselaketta-edeltaa-sairauspoissaolon-aikainen-runsas-avo-ja-vuodehoito>
- Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2022): Outpatient healthcare use before and during a long-term sickness absence spell: a register-based follow-up study comparing healthcare use by the length of

sickness absence and transition to disability pension in Finland. BMJ Open 2022; 12: e053948. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053948>.

- Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2022): Pitkää työkyvyttömyyttä edeltää tiivis avosairaanhoidon käyttö jo vuosia aiemmin. Kelan tutkimusblogi 2.3.2022. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721329/pitkaa-tyokyvyttomytta-edeltaa-tiivis-avosairaanhoidon-kaytto-jo-vuosia-aiemmin>
- Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2022): Use of health services and rehabilitation before and after the beginning of long-term sickness absence – comparing the use by employment and disability pension transition after the sickness absence in Finland. International Journal of Environmental Research and Public Health 2022; 19 (9): 4990. <https://doi.org/10.3390/ijerph19094990>.
- Perhoniemi Riku, Blomgren Jenni (2022): Työkyvyttömyyseläkettä edeltää sairauspoissaolon aikainen runsas avo- ja vuodehoito. Kelan tutkimusblogi 17.5.2022. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/720980/tyokyvyttomyyselaketta-edeltaa-sairauspoissaolon-aikainen-runsas-avo-ja-vuodehoito>

Terveyspalveluiden käyttö työttömillä ja toimeentulotuen asiakkaila

- Rinne Hanna, Blomgren Jenni (2023): Use of outpatient healthcare services before and after the onset of unemployment: A register-based propensity score matched study from Finland. PLoS ONE 18(8): e0288423. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0288423>
- Rinne Hanna, Blomgren Jenni (2023): Terveyspalveluiden käyttö vähenee työttömäksi jääneillä. Kelan tutkimusblogi 23.8.2023. <https://www.tietotarjotin.kela.fi/tutkimusblogi/774066/terveyspalveluiden-kaytto-vahenee-tyottomaksi-jaaneilla>
- Blomgren Jenni, Korpela Tuija, Rättö, Hanna (2023): Toimeentulotuen saajien terveysperusteisten etuuksien ja terveyspalveluiden käyttö: Rekisteritarkastelu Helsingistä ja Oulusta. Työpapereita 182. Helsinki: Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20231011139594>
- Blomgren Jenni, Korpela Tuija, Rättö Hanna (2023): Toimeentulotuen saajat käyttävät muuta väestöä yleisemmin julkisia terveyspalveluita. Kelan tutkimusblogi 1.12.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/853674/toimeentulotuen-saajat-kayttavat-muuta-vaestoa-yleisemmin-julkisia-terveyspalveluita>

Kustannukset ja rahoituskanavat

- Hujanen T, Mikkola H (2016): Työterveyshuollon kustannuskehitys. Suomen Lääkärilehti 2016; 71(21): 1537–1540.
- Leskelä R-L, Komssi V, Sandström S, Mikkola H, Ahola E, Pikkujämsä S, Olli S-L, Haverinen A, Ylitalo-Katajisto K, Huurre E (2016): Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveyspalveluissa. Suomen Lääkärilehti 2016; 71(11): 809–815. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/eri-rahoituskanavien-rooli-oululaisten-sosiaali-ja-terveyspalveluissa/>
- Leskelä R-L, Uimonen T, Virta L, Pikkujämsä S, Kopperoinen T, Mikkola H (2017): Peruspalvelujen käyttö ja kustannukset pitkäaikaissairaila. Julkisten, yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen käyttö. Suomen Lääkärilehti 2017; 72(6): 355–359. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/peruspalvelujen-kaytto-ja-kustannukset-pitkaaikaissairailajulkisten-yksityisten-ja-tyoterveyshuollon-palvelujen-vertailu/>
- Leskelä R-L, Hovi H, Pennanen P, Nuutinen M, Pikkujämsä S, Mikkola H (2018): Sote-keskuksen kapitaatiokorvauksen määrittely. Suomen Lääkärilehti 2018; 73(23): 1494–1498. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/sote-keskuksen-kapitaatiokorvauksen-maarittelymita-taustatekijoita-tulisi-ottaa-huomioon/>