

StV@eduskunta.fi

Asia: O 41/2023 vp

Lausunto: Terveystenhuollon toimivuus

Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue on toimittanut 24.11.2025 eduskunnan tarkastusvaliokunnalle (asia: O 41/2023 vp Terveystenhuollon toimivuus) kirjallisen asiantuntijalausunnan. Lausunnossa esitetyt kannanotot ovat edelleen voimassa, eikä Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue pidä aiheellisena muutosten tekemistä antamaansa asiantuntijalausuntoon.

Ystävällisin terveisin



Tiina Perä, johtajaylilääkäri, toimialuejohtaja
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue

TrV@eduskunta.fi

Asia: O 41/2023 Terveystenhuollon toimivuus

Teema: Valiokunta käsittelee THL:n tuottamaa tutkimusta perustason avosairaanhoidon rakenteista, resursseista ja rahoituksesta.

Lausunto: Terveystenhuollon toimivuus

Kiitos mahdollisuudesta antaa lausunto asiasta. Tehty selvitys on erittäin ajankohtainen ja siinä on nostettu esiin oleelliset asiat.

Sosiaali- ja terveystenhuollon uudistuksen tavoitteena on ollut tasa-arvoisempi palvelujen saatavuus ja terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen. Tärkein keino tähän on perusterveystenhuollon vahvistaminen, mikä on ollut kaikkien hallitusten hallitusohjelmissa jo 1990-luvulta lähtien. Perustason avohoidon järjestelmän ongelmat ovat syntyneet pitkä ajan kehityksen tuloksena, avoterveystenhuollon järjestelmää on yritetty vuosien saatossa paikata erilaisilla vaihtoehdoilla, mutta muutoksia ei ole arvoitu kokonaisuutena ja järjestelmästä on tullut pirstaleinen.

Lääkäreiden koulutusmääriä on lisätty, mutta edelleen lääkäriresurssista on julkisessa terveystenhuollosta vaje, etenkin perusterveystenhuollossa, ja tulevaisuudessa vaje uhkaa lisääntyä. Työkuorma perusterveystenhuollossa muodostuu suureksi. Potilaat ovat valikoimattomia "vauvasta vaariin", kaikista sosiaaliluokista ja -ryhmistä ja oireiden ja sairauksien kirjo on laaja erilaisine viranomastehtävineen. Toisaalta juuri työn laajuus tekee perusterveystenhuollosta työskentelystä merkityksellistä ja kiinnostavaa. Lääkärit siirtyvät työterveyshuoltoon, jossa toimiva lääkärimäärä on suhteessa suuri. Lääkärivaje aiheuttaa sen, että hyvinvointialueilla joudutaan turvautumaan ostopalveluihin.

On huomioitava, että julkisen toimijan vastuulla on järjestää potilaiden hoito, jos muualla esimerkiksi työterveyshuollossa resurssi muuttuu. Julkisen terveystenhuollon pitää varautua, ja sillä tulee olla resurssit, virka-ajan

ulkopuoliseen toimintaan, epidemioiden hoitoon, ennaltaehkäisevän toiminnan järjestämiseen, rokotuksiin, lääkäreiden sektorityöhön, viranomaistehtäviin, virka-apuun ja valmiuteen jne. Henkilöstöresurssia joudutaan suuntaamaan usealle sektorille, millä on vaikutusta avovastaanotolla käytettävissä olevaan resurssiin.

Julkisella puolella on päävastuu haavoittuvien ryhmien, ikääntyvien ja lasten avosairaanhoidon hoidosta. Työssä käyvillä on mahdollisuus hakeutua työterveyshuoltoon. Toisaalta työterveyshuollon kattavuus vaihtelee. Ammattilaisten sijoittuminen ja työnkuvan vaihtelu eri sektoreilla lisää tehottomuutta.

Suomalaiseen perustason avosairaanhoidon järjestelmään liittyy merkittäviä haasteita.

Pieniä uudistuksia ja sektorien välistä koordinaatiota voidaan parantaa, mutta rakenteellisten ongelmien ratkaisemiseksi tarvitaan laaja kokonaisuudistus.

Perusongelmaa ylläpitää monikanavarahoitus, mikä on nostettu esiin myös tässä selvityksessä. Rahoitusmalli suosii paremmin toimeentulevia ja se korostuu työterveyshuollossa ja yksityisissä palveluissa ja kannustaa eri tahoja osaoptimoimaan toimintaansa.

Arvioita raportissa esitetyistä toimenpide-ehdotuksista

1) Perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajanainen.

1.1. Yhteistyön kehittäminen sektorien välillä

Kehitetään eri sektorien välisiä yhteistyömalleja ja hoidon koordinaatiota.

Raportissa on nostettu esiin erilaisia yhteistyömalleja. Vaikka esimerkiksi työote-mallia voidaan ottaa käyttöön ja se on kannatettavaa, kohdistuu sen vaikutus kuitenkin rajattuun potilasryhmään, eikä se muuta järjestelmän pirstaleisuutta. Erilaisia konsultaatiomalleja on ollut jo nyt perustasolla runsaasti käytössä, konsultaatiomallit eivät myöskään ratkaise tilannetta. Näillä muutoksella voidaan parantaa yhteistyötä eri sektorien välillä, mutta niiden vaikutus peruspotilaiden hoitoon on vähäinen.

1.2. *Yksityispalvelujen Kela-korvausten siirtäminen hyvinvointialueen kautta järjestettyjen palvelujen rahoittamiseen on syytä arvioida. Esimerkkinä tästä on yli 65-vuotiaiden kelakokeilu, jolla näyttää olevan eriarvoistava vaikutus (alueellinen, hoidon tarpeen arvio, lääkäripainotteisuus).*

1.3. Mahdollisuus rajata avosairaanhoidon sektorien rinnakkaiskäyttöä esimerkiksi siten, että ihminen valitsee käyttämänsä perustason avosairaanhoidon sektorin, eikä muiden sektorien palvelujen käyttö olisi mahdollista.

Tämän selvittäminen on kannatettavaa. Tämä edellyttää yhtenäisiä hoitoon pääsyn kriteerejä, hoitolinjauksia ja hoito- ja tutkimusmalleja kaikilla sektoreilla. Tutkimusmahdollisuudet ovat esimerkiksi kuvantamismahdollisuudet ja laboratoriotutkimukset ovat erilaisia eri sektoreilla. Tämä tulisi muuttamaan mm. työterveyshuollon tehtäviä ja toimintaa. Viranomaistehtävien vastuut ja virka-ajan ulkopuolisen toiminnan vastuut tulee selvityksessä ottaa huomioon. Edelleen on todennäköistä, että julkisen toimijan hoidettavaksi jäävät haavoittuvassa asemassa olevat potilaat, lapset ja iäkkäät. Perheenjäsenillä hoitava taho ei välttämättä sama. Todellinen mahdollisuus valita olisi työssä käyvillä. Terveyspalvelujen saatavuudessa on alueellisia eroja, eikä myöskään yksityislääkäripalveluja ole saatavissa yhdenmukaisesti eri alueilla Suomessa.

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

Tämä kysymys liittyy edelliseen. Jotta tämä järjestelmä toimii, tulee huomioida se, että julkisella sektorilla ja yksityissektorilla palkkausjärjestelmät ovat erilaisia, mikä vaikuttaa henkilöstön työskentelysektoriin.

2) Palvelutarve ja palvelujen käyttö eivät kohtaa – järjestelmässä on merkittävää tehottomuutta.

Selvityksen tulokset osoittavat, että palvelujärjestelmän resurssit eivät kohdennu tarpeen mukaisesti ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleva henkilöt käyttävät palvelua tarpeeseen nähden enemmän ja julkisen sektorin käyttäjät

tarpeeseen nähden vähemmän. Järjestelmä mahdollistaa päällekkäisen palvelujen käytön.

2.1 Palvelujen runsas käyttö yksityissektorilla ja työterveyshuollossa julkiseen sektoriin verrattuna voi johtua järjestelmän rakenteista, tuottajien luomasta kysynnästä tai muista tekijöistä, kuten moraalikadosta. Jos potilaalle ei aiheudu lisäkuluja ja palvelu on saatavilla, sitä myös käytetään.

2.2. Hoidontarpeen arvioinnin käytäntöjen selvittäminen ja erilaisten työnjaon mallien vaikuttavuuden selvittäminen on syytä tehdä.

Yksityissektorilla hoidon tarpeen arviointia ei yleensä tehdä, vaan hoito on lääkärikeskeistä ja perustuu potilaan omaan haluun hakeutua hoitoon. Työterveyshuollossa toimintamallit vaihtelevat, mutta potilaille tehdään hoidon tarpeen arvio, jonka perusteella ohjataan sopivalle vastaanotolle tai resurssipulan ilmetessä julkiselle sektorille. Julkisella sektorilla hoidon tarpeen arviointi ja kirjaaminen ovat lakisääteisiä, vaikka resurssit ovat rajalliset.

2.3. Arvioidaan eri sektoreita rinnakkain käyttävien ihmisten palvelujen vaikuttavuutta suhteessa hoitosuosituksiin.

Hoitosuosituksen suosittamisessa on eroa. Toisaalta tuoreen väitöskirjan mukaan neljä lääkäriä viidestä arvioi ylihoidon ja ylidiagnostiikan olevat iso ongelma myös perustasolla. Maksavan asiakkaan näkökulma on myös erilainen.

3) Julkisella sektorilla on päävastuu haavoittuvien ryhmien perustason avosairaanhoidosta.

Tutkimuksen johtopäätökset julkisen sektorin merkityksessä hoidon yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Julkisen sektorin toimintaedellytysten heikentäminen todennäköisesti vaikuttaa keskeisemmin kaikista haavoittuvimpiin väestöryhmiin.

Julkisen perusterveydenhuollon vahvistaminen on erittäin tärkeää.

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.

Suurimmassa osassa hyvinvointialueita ongelmallista ei ole julkisen terveydenhuollon virkavakanssien puute, vaan se että virkoihin ei saada tekijöitä. Julkiseen terveydenhuoltoon tulisi saada lisää lääkäreitä. Palvelujen ostojen lisääminen, lisää lääkäreiden siirtymistä pois julkiselta sektorilta. Lääkärit hakeutuvat parempien palkkojen vuoksi yksityissektorille. Mikäli palvelun ostoihin joudutaan, koordinaatiovastuun tulisi olla julkisella sektorilla.

3.3. Julkisen perusterveydenhuollon ammattilaisten työnjakoon, työhallintaan ja työoloihin tulee panostaa, jotta julkinen sektori olisi houkutteleva työpaikka.

Julkisen sektorin työoloihin ja työnjakoon on pyritty panostamaan. Työnkuva on monipuolista ja työyhteisö sitouttavat lääkäreitä perusterveydenhuoltoon. Haasteena on palkkaratkaisu ja tietysti viranomastehtävät, jotka on hoidettava. Lääkäreiden osallistuminen virka-ajan ulkopuoliseen työhön (esimerkiksi. päivystysvelvollisuus) vähentävät osalla lääkäreistä halukkuutta työskennellä julkisella sektorilla.

3.4. Keskeisiltä erikoisaloilta tulisi lisätä perusterveydenhuoltoon säännöllisiä erikoislääkärin konsultaatiotapaamisia vaativahoitoisten potilaiden hoidon vuoksi ja koulutusmielessä.

Erikoissairaanhoidon lisääminen perusterveydenhuoltoon ei vahvista perusterveydenhuoltoa, eikä se vahvista perusterveydenhuollon perustehtävää. Haaste perusterveydenhuollossa ei ole erikoissairaanhoidon puute- vaan yleislääketieteen tekijöiden ja osaajien puute. Yleislääketieteen erikoislääkärin määrän lisääminen on perusteltua. Geriatrien erikoislääkäreiden työskentely perustasolla on kannatettavaa.

On kuitenkin tärkeä vahvistaa ja kehittää yhteistyötä ja toimintamalleja erikoissairaanhoidon kanssa.

3.5. Lainsäädäntövaateita tietojen kirjaamisesta tulisi selkiyttää, jotta asiakastyöhön saadaan enemmän aikaa.

Kirjaamiseen menee paljon aikaa ja kirjaamisen ohjeistuksen selkeyttäminen on kannatettavaa. Tässä tulee pystyä käyttämään AI:tä ja puheentunnistusta apuna.

3.6. Hoidon tarpeen arviota tulisi selkeyttää yksinkertaista:

Julkisella puolella joudutaan tekemään hoidontarpeen arvio kirjauksineen, mihin kuluu paljon aikaa. Yhtenäisten hoitoon pääsyn kriteeristö pitäisi saada käyttöön ja siinä hyödyntää.

Yksityissektorilla asiakkaat voivat varata ajan itse netissä tai puhelimme suoraan lääkärille. Terveyskeskuksissa hoidon tarpeen arviosta on valitettavasti muodostunut tiukka seula lääkärin vastaanotolle.

On syytä korostaa, että hoidon määräajat (hoitotakuu) koskevat hoitoon pääsyä, eikä välttämättä pääsyä lääkärille. Hoitoon pääsy ymmärretään julkisessa keskustelussa lääkäriin pääsynä.

4) Työterveyshuollon kattavuus vaihtelee – se lisää hoidon sirpaleisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta.

Raportissa esitettyjen selvitysten tekeminen on kannatettavaa.

Vaihtelevat työterveyshuollon sopimuskattavuudet aiheuttavat ongelmia todennäköisesti sekä hoidon koordinaation, palvelujärjestelmän ymmärrettävyyden sekä kustannusten näkökulmasta.

Työterveyshuollon tarkoitus ja rooli ennaltaehkäisyssä ja työkyvyn ylläpitämisen tehtävässä on tärkeä, ja on syytä selvittää tämän vaikutukset. Lisätutkimuksia työterveydenhuollon vaikutuksista on syytä tehdä.

Työterveyshuollon kautta tarjottujen avosairaanhoidon palvelujen tarkoituksenmukaisuus osana koko perustason avosairaanhoidon järjestelmää on syytä arvioida riippumattomassa selvityksessä.

5) Ammattilaisten sijoittuminen ja työnkuvan vaihtelu sektoreilla lisää tehottomuutta.

- 5.1. Vahvistetaan julkisen sektorin lääkäripalvelujen saatavuutta.
- 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).

Nykyisessä monikanavaisessa rahoituksessa perusterveydenhuollon vastuulle ovat useilla alueilla jääneet ikääntyneet potilaat, monisairaat potilaat, moniongelmaiset potilaat ja lapset (ns. vaikeammat potilaat). Yksityissektorilla ja työterveyshuollossa potilasryhmät ovat yleensä vähemmän sairaita.

6) Lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula.

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

Omalääkärimallin selvittäminen on kannatettava, mutta on syytä huomioda ne mallit, joita on kokeiltu Suomessa. Näitä ovat mm.

24.11.2025

väestövastuumalli, työparimalli, tiimimalli, jotka eivät ole toimineet lääkärien vaihtuvuuden vuoksi.

Hoidon jatkuvuuden vahvistaminen on erittäin tärkeää ja tavoiteltavaa toiminnassa.

On syytä ottaa huomioon, että mallien arvioinnissa on oltava riittävän pitkä aika. Ammatinharjoittajamallin kokeilut on ollut käytössä vain vähän aikaa, niiden vastuulla on varsin pieni väestömäärä ja kustannusvaikuttavuuden arviointi on vaikeaa. On varmistettava, että tässä mallissa ei osaoptimoida toimintaa siten, että päävastuu potilaista jää julkiselle puolelle.

Julkisen työnantaja on myös muuttanut toimintatapaansa, mutta lainsäädännön velvoitteet viranomasitehtävät tulee huolehtia. Koska toiminnan pitää pyöriä myös päivystysaikana, on hoidettava vaikeita potilaita. Lähtökohtaisesti työterveyshuollossa potilaat ovat helpompia ja selkeämpiä. Julkisessa terveydenhuollon tehtävät mm. viranomaistehtävät, päivystysaikainen työ.

7) Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus haastaa sen läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä.

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 korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltomaksujen yhdenvertaisuutta julkisten palvelujen käyttäjiin nähden

Tiina Perä
johtajaylilääkäri
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue