



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

EDUSKUNNAN TARKASTUSVALIOKUNNAN JULKAISU 1 | 2025

EDUSKUNNAN TARKASTUSVALIOKUNNAN JULKAISU 1 | 2025

ISSN 2342-6594 (PAINETTU) ISBN 978-951-53-3832-7 (NID)

ISSN 2342-6608 (VERKKOJULKAISU) ISBN 978-951-53-3833-4 (PDF)

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

Sisällys

VALIOKUNNAN ALKUSANAT	6
TIIVISTELMÄ	7
SAMMANDRAG	9
SUMMARY	11
1 Johdanto	13
1.1 Tutkimuksen tavoitteet	14
2 Suomen avosairaanhoidon järjestelmän historia ja nykytila	17
2.1 Perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmän historia	17
2.2 Perustason avosairaanhoidon nykytila	19
2.3 Aikaisempi tutkimus järjestelmän toiminnasta sosioekonomisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta	21
3 Tutkimuksen rajaukset, määritykset, aineistot ja menetelmät	24
3.1 Tutkimuksen rajaukset sekä yleiset määritykset	24
3.2 Määritykset, aineistot ja menetelmät väestön palvelujen käyttöä sekä henkilöstöresursseja käsittelevissä osioissa	26
3.2.1 THL:n hoitoilmoitusrekisterit	26
3.2.2 Tarkemmat määritykset ja menetelmät palvelujen käyttöä tarkastelevassa osiossa	30
3.3 Aineistot rahoituksen monikanavaisuutta käsittelevässä osiossa	34
4 Perustason avosairaanhoidon palvelujen käytön tarpeenmukainen jakautuminen ja rinnakkaisten sektorien rooli	35
4.1 Käyttäjien jakautuminen perustason eri sektorien välillä	36
4.2 Perustason palvelujen käyttö eri sektoreilla ikä- ja sukupuoliryhmittäin	38
4.3 Perustason palvelujen käyttö alueittain eri sektoreilla	40
4.4 Perustason palvelujen käyttö suhteessa palvelutarpeeseen eri sektoreilla	42
4.5 Alueelliset erot perustason palvelujen käytön ja palvelutarpeen suhteessa	48
4.6 Palvelujen tarpeenmukainen käyttö ja rinnakkaiset sektorit	50
4.7 Palvelujen tarpeenmukainen käyttö tulotason mukaan	67

5	Henkilöstöresurssien riittävyys ja työn jakautuminen	71
5.1	Henkilöstöresurssien jakautuminen eri sektorien välillä valtakunnallisesti ja hyvinvointialueittain	71
5.2	Henkilöstöresurssien tarve tulevaisuudessa suhteessa palvelutarpeen ennakoituun kehitykseen	79
5.2.1	Sote-henkilöstön tarjonta suhteessa ammattilaisten kysyntään	83
5.2.2	Sote-henkilöstön riittävyys tulevaisuudessa	85
6	Perustason avosairaanhoidon menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä	87
6.1	Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämisvastuulla olevat perustason avosairaanhoidon palvelut	87
6.2	Työnantajien järjestämä työterveyshuolto	89
6.3	Kela-korvauksella tuetut yksityisesti rahoitetut sairaanhoidon vastaanottopalvelut	91
6.4	Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sekä Kelan järjestämä opiskeluterveydenhuolto	94
6.5	Perustason avosairaanhoidon neljän eri sektorin rahoituksen kokonaisuus	96
7	Tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja suositukset	98
7.1	Perustason avosairaanhoidonjärjestelmä on hajanainen	101
7.2	Palvelujen tarve ja palvelujen käyttö eivät kohtaa – järjestelmässä merkittävää tehottomuutta	103
7.3	Julkisella sektorilla on päävastuu haavoittuvien ryhmien perustason avosairaanhoidosta	107
7.4	Työterveyshuollon kattavuus vaihtelee – lisää hoidon sirpaleisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta	109
7.5	Ammattilaisten sijoittuminen ja työnkuvan vaihtelu sektoreilla lisää tehottomuutta	111
7.6	Lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula	114
7.7	Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus haastaa sen läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä	115
7.8	Tutkimuksen rajoitteet	118
	Lähteet	120
	Liitteet	126

Valiokunnan alkusanat

Eduskunnan tarkastusvaliokunta on teettänyt tutkimuksen Suomen perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmästä. Valiokunta päätti syksyllä 2023, että vaalikauden ensimmäinen tutkimushanke kohdistetaan terveydenhuoltoon, ja kuuli asiantuntijoita siitä, miten tutkimushanke tulisi suunnata. Valiokunnan kuulemien asiantuntijoiden mukaan Suomen terveydenhuollon ongelmat kytkeytyvät monella tapaa monikanavaiseseen palvelujärjestelmään, minkä vuoksi tutkimus päätettiin keväällä 2024 suunnata palvelujärjestelmän rakenteisiin, resursseihin ja rahoitukseen kokonaisuutena.

Käsillä oleva rekisteriaineistoihin perustuva tutkimus kattaa perustason avosairaanhoidon neljä rinnakkaista sektoria: hyvinvointialueiden järjestämä terveydenhuolto, työterveyshuolto, yksityinen terveydenhuolto ja opiskeluterveydenhuolto.

Tutkimuksen on toteuttanut kilpailutuksen perusteella Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Tutkimushankkeen vastuullisena johtajana on toiminut tiimipäällikkö, johtava tutkija Sonja Lumme. Tutkimuksen toteutukseen on osallistunut THL:n tutkijoista ja asiantuntijoista koostuva 11 henkilön ryhmä.

Tutkimuksessa tarkastellaan perustason avosairaanhoitoa seuraavista näkökulmista: sektoreiden rinnakkainen käyttö, palvelujen käyttö suhteessa palvelutarpeeseen, henkilöstöresurssien riittävyys ja työn jakautuminen sekä menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä. Tutkimus tuottaa tietoa perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmän tarkoituksenmukaisuudesta, joka tutkimuksessa määritellään järjestelmän kyvyksi tuottaa palveluja mahdollisimman resurssitehokkaasti ja oikeudenmukaisesti palvelutarpeeseen nähden eri sektorien, väestöryhmien sekä alueiden välillä.

THL:n tutkimusryhmä on laatinut joukon suosituksia toimenpiteistä, joiden avulla tarpeenmukaiset palvelut olisivat koko väestön tasolla yhdenvertaisemmin saatavilla ja hoito annettaisiin siihen parhaiten soveltuvassa paikassa.

Tutkimustulokset ja tutkimusryhmän suositukset palvelujärjestelmän kehittämiseksi tarjoavat hyvän perustan aiheen jatkokäsittelylle tarkastusvaliokunnassa ja laajemmin aihepiiristä käytävälle keskustelulle. Valiokunnan puolesta haluan kiittää tutkijoita hyvin tehdystä työstä.

Tarkastusvaliokunnan puheenjohtaja
JOHANNA OJALA-NIEMELÄ

Tiivistelmä

Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmän rahoitus, tuotanto ja käyttö on historian saatossa muodostunut hajautuneeksi. Perustason avosairaanhoito rakentuu neljästä rinnakkaisesta sektorista: 1) hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä julkinen perusterveydenhuolto, 2) työnantajien järjestämä työterveyshuolto, johon usein kuuluu sairaanhoidon palveluja, 3) yksityisesti rahoitetut ja osin Kela-korvatut palvelut, sekä 4) opiskeluterveydenhuolto. Tämä rakenne sekä ohjausmekanismien riittämättömyys on arvioitu keskeisiksi syiksi sille, että resurssit eivät kohdennu tarkoituksenmukaisesti. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu palvelujen saatavuudessa, jatkuvuudessa ja hoidon lopputuloksissa merkittäviä sosioekonomisia ja alueellisia eroja, eivätkä resurssit kohdennu tällä hetkellä väestön tarpeen mukaisesti.

Tämä eduskunnan tarkastusvaliokunnan tilaama tutkimus on tietävästi ensimmäinen kattava analyysi Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmän rakenteesta ja rahoituksesta sekä resurssien ja palvelujen käytön jakautumisen oikeudenmukaisuudesta. Aiemmin tutkimuskäyttöön ei ole ollut olemassa koko maan kattavaa tietoa kaikkien sektoreiden avosairaanhoidon käynneistä. Raportin tuloksista saa näin ollen tärkeää tietopohjaa järjestelmästä käytävän julkisen ja poliittisen keskustelun tueksi. Tutkimuksen tulokset sekä niiden pohjalta tehdyt suositukset toivottavasti edistävät tietoon perustuvaa terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä.

Tutkimuksen tavoitteena oli muodostaa kokonaiskuva järjestelmän toiminnasta ja arvioida, kuinka tehokkaasti ja oikeudenmukaisesti palvelut ja resurssit jakautuvat suhteessa väestön palvelutarpeeseen. Järjestelmän toimintaa analysoitiin kolmen teeman kautta: 1) väestön palvelujen käytön alueellinen ja tarpeenmukainen jakautuminen sekä rinnakkaisten sektorien rooli perustason avosairaanhoidossa, 2) henkilöstöresurssien riittävyys ja ammattilaisten työn jakautuminen perustason avosairaanhoidossa, sekä 3) perustason avosairaanhoidon menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä. Tarkastelu pohjautuu laajoihin rekisteriaineistoihin, jotka kattavat nykyisin aiempaa paremmin myös työterveyshuollon ja yksityissektorin. Lisäksi hyödynnettiin entistä hienojakoisemmin raportoituja taloustietoja.

Tämän tutkimuksen yksi keskeinen johtopäätös on, että järjestelmän hajanaisuus johtaa rinnakkaiseen sektorien käyttöön, mikä puolestaan voi vaikeuttaa hoidon koordinaatiota ja heikentää paljon palveluja tarvitsevien hoidon laatua. Järjestelmätasolla hajanaisuus hankaloittaa tai jopa kokonaan estää kohdentamasta resursseja tarpeenmukaisesti ja vaikuttavasti. Tuloksista voidaan päätellä myös, että palvelujen tarve ja palvelujen käyttö eivät kohta, ja järjestelmän toiminta on tehotonta. Pelkästään julkisen sektorin varassa olevat käyttävät palveluja vähiten suhteessa

ennustettuun palvelutarpeeseen. Sitä vastoin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt käyttävät palveluja enemmän suhteessa ennustettuun palvelutarpeeseen. Esimerkiksi työterveyshuoltoa pelkästään tai muiden sektoreiden rinnalla käytävillä havaitaan eniten palvelujen käyttöä suhteessa palvelutarpeeseen.

Tulokset osoittavat, että julkinen sektori on keskeinen erityisesti haavoittuvien ryhmien hoidossa, mutta julkisen perusterveydenhuollon saatavuusongelmat heikentävät palvelujen käytön yhdenvertaisuutta. Julkisen sektorin käyttäjäkunnassa painottuvat ennen kaikkea eläkeikäinen väestönosa ja alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ihmiset. Myös lapsista iso osa on käyttänyt vain julkista sektoria. Julkisen sektorin rooli myös kasvaa kaikissa ikäryhmissä aina sen mukaan, mitä sairaammasta väestönosasta on kyse.

Työterveyshuollon osalta keskeinen johtopäätös on, etteivät sen sairaanhoitopalvelut näytä kattavan työssäkäyvän väestön tarpeita kokonaisvaltaisesti, sillä sopimusten kattavuus vaihtelee työnantajittain. Tämä pakottaa monet täydentämään hoitoaan yksityisellä tai julkisella sektorilla, mikä todennäköisesti hajauttaa palvelukokonaisuuksia ja hankaloittaa hoidon koordinaatiota sekä jatkuvuutta, tekee järjestelmän vaikeasti ymmärrettäväksi, lisää kustannuksia ja asettaa työssä käyvät ihmiset eriarvoiseen asemaan keskenään. Työterveyshuollon palvelujen käyttö vaihtelee myös alueittain.

Henkilöstöresurssien osalta voidaan todeta, että ammattilaisten työnjako vaihtelee merkittävästi eri sektoreilla eivätkä resurssit todennäköisesti jakaudu optimaalisesti suhteessa tarpeeseen. Lisäksi on yleistä, että lääkärit työskentelevät samanaikaisesti usealla sektorilla. Väestönkasvun ennustetaan johtavan siihen, että henkilöstöresurssit tulevat jakautumaan epätasaisesti alueiden välillä. Avosairaanhoidon henkilöstötarve kasvaa vuoteen 2040 mennessä noin 3 350 henkilöllä, joista kaksi kolmasosaa on hoitajia. Samalla joillakin alueilla henkilöstötarve voi jopa laskea, kun väestö vähenee. Erityisesti lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula.

Keskeisin johtopäätös rahoitusjärjestelmästä on, että sen monikanavaisuus heikentää järjestelmän läpinäkyvyyttä ja vaikeuttaa sen ymmärrettävyyttä. Rahoitus kerätään useista lähteistä ja jaetaan useaan eri sektoriin erilaisia periaatteita noudattaen. Päällekkäiset vakuutus- ja asiakasmaksut sekä moninkertainen hallinto tekevät järjestelmästä epätarkoituksenmukaisen.

Tutkimuksessa annetaan useita eri taseisia suosituksia, joilla perustason avosairaanhoidon nykytilaa voitaisiin mahdollisesti parantaa. Järjestelmän kehittäminen vaatisi vähintään julkisen sektorin vahvistamista sekä useita muutoksia kaikkien sektoreiden työnjakoon ja ohjaukseen. Näiden lisäksi järjestelmän kokonaisuudistus on tarpeen, jos perustason avosairaanhoitoa halutaan kehittää siten, että se on yhdenvertainen, tehokas ja vaikuttava.

Sammandrag

Finlands system för öppen sjukvård på basnivå har historiskt utvecklats till ett splittrat koncept vad gäller finansiering, produktion och användning. Systemet bygger på fyra parallella sektorer: 1) den offentliga primärvården som ordnas av välfärdsområdena och Helsingfors stad, 2) företagshälsovården som arbetsgivare tillhandahåller och som ofta inkluderar sjukvårdstjänster, 3) privatfinansierade tjänster som delvis ersätts av FPA, samt 4) studenthälsovården. Denna struktur och otillräckliga styrmekanismer har bedömts vara centrala orsaker till att resurserna inte fördelas ändamålsenligt. Tidigare forskning har visat på betydande socioekonomiska och regionala skillnader i tillgång till tjänster, kontinuitet i vården och behandlingsresultat. Resurserna fördelas för närvarande inte i enlighet med befolkningens behov.

Denna rapport, beställd av riksdagens revisionsutskott, är veterligen den första heltäckande analysen av strukturen på och finansieringen av Finlands öppna sjukvård på basnivå samt av hur rättvis fördelningen av resurser och tjänster är. Tidigare har det inte funnits riktäckande uppgifter om besök inom alla sektorer av den öppna sjukvården. Resultaten i rapporten utgör därmed ett viktigt kunskapsunderlag för den offentliga och politiska debatten om systemet. Förhoppningen är att resultaten och de rekommendationer som baseras på dem ska främja en kunskapsbaserad utveckling av hälso- och sjukvårdssystemet.

Syftet med studien var att skapa en helhetsbild av systemets funktion och att bedöma hur effektivt och rättvist tjänster och resurser fördelas i förhållande till befolkningens behov. Systemet analyserades utifrån tre teman: 1) den regionala och behovsbaserade fördelningen av användningen av tjänster samt de parallella sektorernas roll inom den öppna sjukvården på basnivå, 2) tillgången till personalresurser och fördelningen av de yrkesutbildades arbete inom den öppna sjukvården på basnivå, samt 3) kostnader och finansiering i flerkanalssystemet. Analysen bygger på omfattande registerdata, som bättre än tidigare täcker även företagshälsovården och den privata sektorn. Dessutom har mer detaljerad ekonomisk rapportering blivit tillgänglig, vilket utnyttjades i analysen.

En av studiens centrala slutsatser är att det splittrade systemet leder till att olika sektorer används parallellt, vilket försvårar samordningen av vården och kan försämra kvaliteten för personer med stora vårdbehov. På systemnivå försvårar eller förhindrar splittringen en behovsbaserad och effektiv resursfördelning. Resultaten visar också att behovet av tjänster och den faktiska användningen av tjänster inte sammanfaller, vilket gör systemet ineffektivt. Personer som enbart är beroende av den offentliga sektorn använder tjänsterna minst i förhållande till det prognostiserade behovet av tjänster. Däremot använder personer med bättre socioekonomisk ställning tjänsterna mer än vad deras behov indikerar. Exempelvis är användningen

av tjänster i förhållande till behovet störst bland dem som använder enbart företagshälsovård eller företagshälsovård i kombination med andra sektors tjänster.

Resultaten visar att den offentliga sektorn är särskilt viktig för vården av utsatta grupper, men bristande tillgång till offentlig primärvård försämrar jämlikheten i användningen av tjänster. Den offentliga sektorns tjänster används främst av äldre personer och individer i lägre socioekonomiska grupper. Även en stor andel barn har endast använt den offentliga sektorn. Den offentliga sektorns roll ökar i alla åldersgrupper i takt med att hälsotillståndet försämras.

Vad gäller företagshälsovården är en viktig slutsats att dess sjukvårdstjänster inte tycks täcka hela behovet hos den yrkesverksamma befolkningen, eftersom avtalens omfattning varierar mellan arbetsgivare. Detta tvingar många att komplettera vården genom den privata eller offentliga sektorn, vilket sannolikt fragmenterar vårdkedjan, försvårar samordningen av och kontinuiteten i vården, gör systemet svårbegripligt, ökar kostnaderna och skapar ojämlikhet mellan arbetstagarna. Användningen av företagshälsovård varierar också regionalt.

När det gäller personalresurser konstateras att arbetsfördelningen varierar avsevärt mellan sektorerna och att resurserna sannolikt inte fördelas optimalt i förhållande till behoven. Det är också vanligt att läkare arbetar inom flera sektorer samtidigt. Befolkningstillväxten förväntas leda till att personalresurserna fördelas ojämnt mellan regioner. Behovet av personal inom den öppna sjukvården beräknas öka med cirka 3 350 personer fram till år 2040, varav två tredjedelar är vårdpersonal. Samtidigt kan personalbehovet rentav minska i vissa regioner där befolkningen minskar. Framför allt hotar en betydande brist på läkare.

Den viktigaste slutsatsen om finansieringen är att flerkanalssystemet gör verksamheten mindre transparent och svårare att förstå. Finansieringen samlas in från flera källor och fördelas till olika sektorer enligt olika principer. Överlappande försäkrings- och kundavgifter samt flerdubbel administration gör systemet ineffektivt.

Studien innehåller flera rekommendationer på olika nivåer för att förbättra nuläget inom den öppna sjukvården på basnivå. Utvecklingen av systemet kräver åtminstone en förstärkning av den offentliga sektorn samt flera förändringar i arbetsfördelningen och styrningen inom alla sektorer. Utöver detta är en systemomfattande reform nödvändig om den öppna sjukvården på basnivå ska utvecklas till att bli jämlik, effektiv och verkningsfull.

Summary

The Finnish primary outpatient care system has historically evolved into a fragmented structure in terms of financing, provision, and use. The primary care system consists of four parallel sectors: 1) public primary care provided by the well-being services counties and the City of Helsinki, 2) occupational health care provided by employers, 3) services privately funded and partly reimbursed by Kela, and 4) student health care. This fragmented structure, combined with insufficient steering mechanisms, have been identified as key reasons for difficulties in allocating resources appropriately. Previous research has found significant socioeconomic and regional disparities in the availability, continuity, and outcomes of services. Resources are not currently optimally allocated according to the needs of the whole population.

This study, commissioned by the Parliament's Audit Committee, is to our knowledge the first analysis of the structure of the Finnish primary outpatient care system, the use of services, and the equity of service use and distribution of resources across the country and population. Until now, the nationwide database on outpatient visits covering all sectors has not been comprehensively available for research. The findings therefore provide important evidence to support the public and political debate on the system. The results and recommendations are intended to promote the development of an evidence-based healthcare system.

The aim of the study was to provide an overall picture of the system's functioning and to assess how effectively and equitably services and resources are distributed in relation to population's service needs. The functioning of the system was analysed through three themes: 1) the regional and needs-based distribution of the use of services and the role of parallel sectors in primary outpatient care, 2) the sufficiency of personnel resources and the distribution of professional work within primary outpatient care, and 3) the expenditures and financing of primary outpatient care in a multichannel system. The analysis is based on extensive register data, which now better covers occupational health care and the private sector. In addition, more detailed financial data has become available and was used in the analysis.

One of the key conclusions is that the fragmented system leads to parallel use of sectors, which in turn complicates care coordination and may undermine the quality of care for those with extensive service needs. At the system level, because of fragmentation needs-based and effective resource allocation is difficult, if not impossible. The results also show a clear gap between service needs and utilisation, highlighting substantial inefficiencies in the system. People who use only the public services, use services the least in relation to the estimated need. In contrast, people with a higher socioeconomic status use services more in relation to

the estimated need. For example, individuals who use only occupational health care – or in combination with other sectors – show the highest level of service use in relation to need.

The results show that the public sector plays a central role, especially in providing care for vulnerable groups, but problems with access to public health care weaken the equality in access to services. The public sector users are primarily elderly people and people with a lower socioeconomic background. A large proportion of children also use solely the public sector. Furthermore, the role of the public sector increases across all age groups as the rate of illnesses increases.

In terms of occupational health care, the key conclusion is that its medical services do not appear to cover the needs of the working-age population comprehensively, as the coverage of contracts varies by employer. As a result, many people must complement their care with services from the private or public sector, which likely fragments care further, complicates coordination and continuity of care, reduces system comprehensibility, increases costs and inequity among the working population. The use of occupational health care services also varies by region.

Regarding human resources, the division of labour among professionals varies considerably between sectors and is not optimal from the perspective of distributing resources according to need. Physicians also often work in several sectors simultaneously. According to population projections, the relation of population growth with availability of workforce indicates future imbalances between regions. The need for personnel in outpatient care staff will grow by approximately 3 350 people by year 2040, two thirds of whom are nurses. At the same time, in some regions, the need for personnel may even decrease due to the population decline. A significant shortage of physicians in particular is anticipated.

The key conclusion concerning the financing system is that its multichannel structure challenges the transparency and comprehensibility of the system. Funding is collected from multiple sources and distributed across several sectors according to different principles. Overlapping insurance and user fees, as well as multiple administrations, create inefficiencies in the system.

The study provides a range of recommendations at different levels that could potentially improve the current state of primary outpatient care. Improvements would require, at a minimum, strengthening the public sector and several cross-sectoral changes related to division of labour and steering. In addition, a comprehensive reform of the system is necessary if primary outpatient care is to be developed into a system that is equitable, efficient, and effective.

1 Johdanto

Yksi suomalaisen terveystalouden keskeinen tavoite on taata kaikille väestöryhmille yhtäläiset mahdollisuudet riittäviin terveyspalveluihin. Nykyisellään terveydenhuoltojärjestelmä ei kuitenkaan toimi tämän tavoitteen mukaisesti, etenkin kun tarkastellaan perustason avosairaanhoitoa. Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä on merkittäviä sosioekonomisia sekä alueellisia eroja hoidon saatavuudessa, jatkuvuudessa ja lopputuloksissa, mikä kuvastaa järjestelmän rakenteellisia ongelmia (Aalto ym. 2023; Satokangas 2021). Esimerkiksi tyydyttymättömien palvelutarpeiden osalta sosioekonomiset erot ovat Suomessa merkittävästi suuremmat kuin keskeisissä verrokki-maissa (Tynkkynen, Keskimäki, ja Karanikolos 2024). Suomessa tyydyttymättömien palvelutarpeiden syiksi raportoidaan verrokkimaita enemmän terveyspalvelujärjestelmään liittyviä tekijöitä, ja erityisesti pitkät jonotusajat nousevat kyselytutkimuk-sissa hoidon esteeksi (Eurostat 2024; Tynkkynen ym. 2023).

Suomen perustason terveydenhuoltojärjestelmän hajanaisuus ja ohjausmekanismien puutteet on jo pitkään tunnistettu ja arvioitu niiksi rakenteelliseksi tekijöiksi, jotka haittaavat palvelujen yhdenvertaista saatavuutta sekä resurssien tehokasta ja vaikut-tavaa hyödyntämistä. Perustason palvelut ovat hajautuneet neljään rinnakkaiseen sektoriin: 1) hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämät avosairaanhoi-don palvelut, 2) työnantajien järjestämät, työterveyshuoltojärjestelmän kautta tuo-tetut avosairaanhoidon palvelut, 3) yksityisesti rahoitetut ja osin Kela-korvauksella tuetut avosairaanhoidon palvelut sekä 4) hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sekä Kelan järjestämät opiskeluterveydenhuollon palvelut.

Raportti tarjoaa uutta tietopohjaa Suomen perustason avosairaanhoidon järjestel-mästä sekä sen toiminnasta. Tähän mennessä on ollut rajallisesti tutkimustietoa siitä, miten perustason avosairaanhoidon käynnit Suomessa sektorikohtaisesti jakautu-vat, sillä avohoidon rekisteritietojen kerääminen painottui pitkään vain julkiseen perusterveydenhuoltoon¹. Tutkimus pohjautuu pääosin laajoihin terveydenhuollon rekisteriaineistoihin, joiden avulla saatavaa tietoa myös työterveyshuollon sekä yksi-tyisen sektorin toiminnasta hyödynnetään nyt kattavasti². Sen lisäksi, että terveyden-huollon rekisteripohjaisten toimintatietojen tietopohja on kehittynyt, myös taloustie-toja raportoidaan aiempaa hienojakoisemmin. Hyvinvointialueiden Valtiokonttorille raportoimat palveluluokkakohtaiset taloustiedot mahdollistavat sen, että perustason vastaanottopalvelujen kustannuksia voidaan tarkastella aiempaa tarkemmin. Moni-

1 Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTHS) aloitti käyntitietojen siirtämisen perusterveyden-huollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteriin (Avohilmo) vuonna 2015 ja suurimmat yksityiset toimijat asteittain vuodesta 2019 alkaen. Jatkossa THL:n hallintopäätöksen mukaisesti yksityiset lääkäripalvelujen järjestäjät ja tuottajat ovat velvollisia luovuttamaan hoitoilmoitustietonsa THL:lle viimeistään 1.1.2026 alkaen (THL 2024).

2 Tutkimuksen osalta avohoidon hoitoilmoitusrekisterin tiedot ovat luotettavalla tasolla vuodesta 2021 alkaen (Satokangas ym. 2024).

kanavarahoituksen tarkastelun pohjana työssä hyödynnetään THL:n julkaisemaa Terveydenhuollon menot ja rahoitus -raporttia (Matveinen 2023).

Tässä raportissa annetaan suosituksia koko järjestelmän toiminnan kehittämiseksi tarkoituksenmukaisemmaksi. Tutkimus keskittyy erityisesti oikeudenmukaisuuden sekä tehokkuuden parantamisen näkökulmiin. Aiemmin perustason avosairaanhoidon kokonaisuutta on tarkasteltu esimerkiksi yhden kunnan alueella (Blomgren, Jäppinen, ja Lahdensuo 2022; Blomgren ja Virta 2020). Lisäksi aihetta on tarkasteltu esimerkiksi tietopohjan laatua arvioimalla (Satokangas ym. 2024) ja paljon palveluja käyttävien ihmisten näkökulmasta (Satokangas 2025). Järjestelmän rakenteellisten ongelmien vuoksi avosairaanhoidon järjestelmää on tärkeä tarkastella hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämien palvelujen lisäksi myös muiden sektorien näkökulmasta. Tutkimuksessa tarkastellaankin tiettävästi ensimmäistä kertaa perustason avosairaanhoidon järjestelmän kokonaisuutta (pois lukien päivystyspalvelut sekä suun terveydenhuolto) ja sen toimintaa koko maassa. Uusien tutkimustulosten pohjalta palvelujärjestelmää voidaan kehittää ja keskustelua tulevaisuudesta käydä entistä paremmin, kattavaan tietoon pohjautuen.

Tässä raportissa perustason avosairaanhoidolla tarkoitetaan sellaisia lääkärin ja hoitajien läsnä- ja etäpalveluja, joiden piiriin ihminen voi hakeutua ilman lähetettä, pois lukien päivystyspalvelut. Lisäksi tähän lasketaan kuuluviksi palvelut, joissa lähetekäytännöt ovat palveluntuottajan sisäisiä, kuten työterveyshuollossa työterveyslääkärin lähete erikoislääkärikonsultaatioon, eikä niihin sisälly leikkaussaliolosuhteita vaativia toimenpiteitä. Tutkimukseen on sisällytetty yksityissektorilla tuotetut erikoislääkärikäynnit sekä työterveyshuollon erikoislääkärikonsultaatiot, mutta ei erikoissairaanhoidon poliklinikkakäyntejä. Tätä perustellaan kahdella tavalla. Ensinnäkin julkisessa perusterveydenhuollossa yleislääkäreiden toimenkuva on laaja ja siihen sisältyy myös sellaista toimintaa, jota työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla usein hoitavat erikoislääkärit. Toiseksi julkisessa terveydenhuollossa läheteet arvioidaan erikoissairaanhoidossa. Työterveyshuollon sairaanhoitopalveluissa erikoislääkäripalvelut ovat usein joustavammin käytettävissä perustasolla, ja ne kuuluvat usein työterveyshuoltosopimukseen lähettävän lääkärin tekemän arvion perusteella. Käynnit myös tuotetaan usein samassa organisaatiossa. Näin ollen erikoislääkäripalvelut ovat julkiseen sektoriin verrattuna kiinteämmin osa ihmisen perustason palvelukokonaisuutta.

1.1 Tutkimuksen tavoitteet

Tämän eduskunnan tarkastusvaliokunnan tilaustutkimuksen tarkoituksena on tuottaa synteesi Suomen perustason avosairaanhoidon toiminnan tarkoituksenmukaisuudesta. Toiminnan tarkoituksenmukaisuus määritellään tässä tutkimuksessa järjestelmän kyvyksi tuottaa palveluja mahdollisimman resurssitehokkaasti ja oikeudenmukaisesti palvelutarpeeseen nähden eri sektorien, väestöryhmien sekä alueiden välillä. Operationalisointi pohjautuu Suomen terveystaloudessa määri-

teltyyn keskeiseen yhdenvertaisuuden tavoitteeseen sekä aiempaan tutkimusnäyttöön siitä, että erityisesti sosioekonomisten ryhmien välillä on merkittäviä eroja palvelujen käytössä hoidon tarpeeseen nähden. Tutkimus kattaa kaikki palvelujärjestelmän perustason avosairaanhoidon sektorit: hyvinvointialueiden järjestämän terveydenhuollon, työterveyshuollon, opiskeluterveydenhuollon sekä yksityisen terveydenhuollon.

Keskeisimpänä tavoitteena tutkimuksessa on arvioida, vastaako kiireettömien palvelujen käyttö palvelutarvetta eri sektoreilla. Raportin lopussa annettavat suositukset järjestelmän kehittämiseksi pohjautuvat koko järjestelmän toiminnasta saatuihin tuloksiin. Suositusten tavoitteena on ehdottaa toimenpiteitä, joilla tarpeenmukainen palvelujen saatavuus paranisi koko väestön tasolla yhdenvertaisemmaksi ja hoito annettaisiin siihen parhaiten soveltuvassa paikassa. Näin hoito ei olisi enää niin pirstaloitunutta usealle sektorille ja järjestelmä toimisi tehokkaammin.

Synteesin pohjana on olemassa olevan tietopohjan kokoaminen ja täydentäminen rekistereihin ja tilastoihin perustuen. Tutkimuksessa tarkastellaan palvelujärjestelmän toimintaa kolmen keskeisen teeman kautta: 1) väestön palvelujen käytön alueellinen ja tarpeenmukainen jakautuminen sekä rinnakkaisten sektorien rooli perustason avosairaanhoidossa, 2) henkilöstöresurssien riittävyys ja työn jakautuminen perustason avosairaanhoidossa sekä 3) perustason avosairaanhoidon menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä. Raportti on jaettu näiden teemojen mukaan kolmeen sisällölliseen osioon, joilla kullakin on omat tavoitteensa ja tutkimuskysymyksensä, ja jotka yhdessä tuottavat kattavaa uutta tietoa perustason avosairaanhoidon toiminnasta.

Osioiden tarkemmat tutkimuskysymykset ovat:

1. Väestön palvelujen käytön alueellinen ja tarpeenmukainen jakautuminen sekä rinnakkaisten sektorien rooli perustason avosairaanhoidossa

- Miten palvelujen käyttäjät ja käyttö jakautuvat sektoreilla ja alueilla?
- Vastaako palvelujen käyttö palvelutarvetta eri sektoreilla?
- Kuinka yleisesti väestö käyttää rinnakkain eri sektorien palveluja?
- Onko tulotasolla vaikutusta tarpeenmukaiseen palvelujen käyttöön?

2. Henkilöstöresurssien riittävyys ja työn jakautuminen perustason avosairaanhoidossa

- Miltä henkilöstöresurssien jakautuminen eri sektorien välillä näyttää valtakunnallisesti ja hyvinvointialueittain?
- Miten henkilöstöresurssien tarve jakaantuu eri sektoreilla suhteessa siihen, miten palvelutarpeen ennakoidaan kehittyvän?
- Miten sote-henkilöstön työmarkkinakysyntä ja -tarjonta vastaavat toisiaan?

- Miten sote-henkilöstön tarjonta kehittyy koulutusmäärien ja koulutuksen-
nusteiden perusteella, ja onko tarjonta riittävää vastaamaan tulevaan
tarpeeseen?

3. Perustason avosairaanhoidon menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä

- Miten palvelujärjestelmän rahoituksen kokonaisuus rakentuu?
- Kuinka paljon julkista rahoitusta kohdistuu eri sektoreille?

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?
- Toteutuuko henkilöstöresurssien jakautumisessa tarkoituksenmukaisuus ja tehokkuus?
- Onko julkisen rahoituksen käyttö tarkoituksenmukaista ja tehokasta?

2 Suomen avosairaanhoidon järjestelmän historia ja nykytila

2.1 Perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmän historia

Suomessa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys alkoi kansainvälisesti tarkasteltuna verrattain myöhään. Toisen maailmansodan jälkeinen taloudellinen niukkuus ja jälleenrakennus hidastivat terveyspalvelujen järjestelmällistä kehittämistä, ja järjestelmää ryhdyttiin rakentamaan laajemmin vasta 1960-luvulta lähtien. Suomen perustason avosairaanhoidon historiaa on viime aikoina kuvattu kattavasti (Keskimäki 2022; Koponen ja Tynkkynen 2023). Alla käydään läpi keskeiset näkökulmat järjestelmän kehittymisestä.

Vuosia 1960–1980 on pidetty suomalaisen julkisen terveydenhuoltojärjestelmän institutionalisoitumisen aikana (Harjula 2015). Tällä ajanjaksolla luotiin pohja julkiselle universaalille terveydenhuoltojärjestelmälle, mutta myös kylvettiin nykyisen hajautuneen avosairaanhoidon järjestelmän siemenet. Suomen avosairaanhoidon järjestelmän juuret ovat kunnanlääkärijärjestelmässä (1882–1972). Kunnanlääkärijärjestelmä keskittyi ennaltaehkäisyyn ja vuodeosastohoitoon, mutta vastaanotto- ja pienituloisten pääsyä hoitoon (Keskimäki 2022). Vuonna 1963 säädetty sairausvakuutuslaki laajensi kansalaisten oikeuksia niin, että korvauksia saatiin myös yksityisen sektorin lääkärikäynneistä, tutkimuksista ja lääkkeistä. Tavoitteena oli paikata julkisen kunnanlääkärijärjestelmän puutteita. Kuitenkin vasta vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki loi perustan suomalaiselle perusterveydenhuololle ja takasi koko väestölle oikeuden julkisiin terveyspalveluihin. Kuntiin rakennettiin terveyskeskusverkosto ja kunnille asetettiin velvoite kansanterveystyöhön, joka sisälsi sekä yksilöllisen että yhteisöllisen terveyden edistämisen. Samalla lääkäreistä tuli työsuhteisia. Yksityinen ammatinharjoittaminen oli kuitenkin edelleen mahdollista yksityissektorilla (Keskimäki 2022; Tynkkynen, Keskimäki, ja Koivusalo 2021). Merkittävää suomalaisen järjestelmän kehittämisessä on ollut se, että sairausvakuutuksen korvauksista yksityislääkärikäynneille ei luovuttu, vaikka universaali julkinen järjestelmä otettiin käyttöön.

1980-luvulla alettiin julkisen järjestelmän piirissä kehittää perhe- ja omalääkärijärjestelmiä, ja kokeiltiin myös työterveyshuollon palvelujen yhdistämistä väestövastuulliseen perusterveydenhuoltoon (Aro ja Liukko 1993). Käytännön haasteet, kuten rahoitusmallien erillisyydet, kuitenkin estivät laajemman integraation (Notkola, Räsänen, ja Peurala 1993). 1980–90-luvuilla terveydenhuollon kansallista ohjausta myös kevennettiin ja kunnille annettiin lisää autonomiaa päättää palvelujen järjestämisestä. Erikoissairaanhoitolaki (1062/1989) ja sen myötä muodostetut sairaanhoito-

piirit sekä vuoden 1993 valtionosuusuudistus hajauttivatkin järjestelmän rakenteita merkittävästi. Uudistusten toimeenpanoa leimasi kuitenkin 1990-luvun alun syvä lama, jonka seurauksena valtionosuuksia leikattiin ja kuntien taloustilanne heikkeni, mikä vaikutti kuntien mahdollisuuksiin resursoida perusterveydenhuoltoa (Keskimäki 2022). 2000-luvulle tultaessa alueelliset erot väestön palvelutarpeissa, palvelujärjestelmän suorituskvyssä ja taloudellisessa kantokvyssä kasvoivat edelleen. Myös perustason avosairaanhoidon eriytymiskehitys kiihtyi.

Vuonna 2009 säädettiin terveydenhuoltolaki (1326/2010), jossa yhdistettiin kansanterveyslaki (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaki (1062/1989), mutta nämä uudistukset koskivat terveydenhuollon sisältöjä, eivät rakenteita. Vasta vuoden 2023 alussa tehtiin merkittävä hallinnollinen uudistus, kun hyvinvointialueet perustettiin (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021). Tätä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta (sote-uudistus) säädettäessä tapahtui kuitenkin sama kuin jo kansanterveyslakia säädettäessä. Kela-korvausjärjestelmään ei tässä yhteydessä tehty uudistuksia eikä edellisten vuosikymmenten aikana vahvistuneeseen työterveyshuollon sairaanhoitoon suunnattua rahoitusta otettu myöskään tarkasteluun. Sote-uudistus koskikin avosairaanhoidon osalta vain osaa järjestelmän kokonaisuudesta. Kaiken kaikkiaan julkisen perusterveydenhuollon kehittäminen ja uudistaminen on ollut pistemäistä. Esimerkiksi julkisen perusterveydenhuollon kehittämiseksi on toteutettu useita hankkeita tällä vuosituhanella (Heinänen ym. 2024; Kallinen 2016; Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 2010). Parhaillaan on EU:n elpymisvälineen rahoittama Suomen kestävä kasvun ohjelma (2022–2025), jossa yhtenä tavoitteena on hoitoon pääsyn nopeuttaminen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2025).

Työterveyshuollon juuret ulottuvat universaalia järjestelmää kauemmas. Ennen kansanterveyslain säätämistä työnantajat tarjosivat terveyspalveluja työntekijöille etenkin suurilla teollisuuspaikkakunnilla (esim. tehtaanlääkärijärjestelmät) tavoitteenaan varmistaa työvoiman saatavuus (Hassard, Jain, ja Leka 2021; Heikkilä, Kautto, ja Teperi 2005). Tätä käytäntöä ei haluttu katkaista vuonna 1978 säädetyllä työterveyshuoltolain (743/1978) yhteydessä (Mussalo-Rauhamaa ym. 2015). Työterveyshuoltolaki tuli voimaan vuonna 1979, ja lakisääteisten, ennaltaehkäisevien palvelujen lisäksi siihen sisällytettiin työnantajien mahdollisuus järjestää myös avosairaanhoidon palveluja työntekijöille ja saada niistä korvausta sairausvakuutuksesta.

Opiskeluterveydenhuolto pohjaa historiallisesti Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön eli YTHS:n toimintaan. Se on vastannut yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuollon tuottamisesta 1954 alkaen. Sitten, vuonna 2021, sen palvelut laajentuivat kattamaan kaikkien korkeakouluopiskelijoiden terveyspalvelut. Perusterveydenhuollon palvelujen lisäksi YTHS tuottaa mielenterveys-, laboratorio- ja kuvantamispalveluja, suun terveydenhuollon palveluja, rokotuksia ja erilaisia ennaltaehkäiseviä palveluja sekä opiskeluyhteistyötä. (Kunttu ja Kunttu 2021) Kela on vastannut korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä valtakunnalli-

sesti vuodesta 2021 lähtien (Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 695/2019).

2.2 Perustason avosairaanhoidon nykytila

Suomalaisessa terveystalvuljärjestelmässä on edellä kuvatun historian vuoksi useita rinnakkaisia perustasoisen avosairaanhoidon järjestelmiä. Kaikki Suomessa vakituisesti oleskelevat kuuluvat hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien laajojen palvelujen piiriin ja ovat myös oikeutettuja Kelan kautta maksettaviin sairaskvakuutuskorvauksiin yksityisten avosairaanhoidon palvelujen käytöstä.

Työnantajan on kustannuksellaan järjestettävä työntekijöille työterveyshuolto, joka voi olla joko pelkästään lakisääteistä ennaltaehkäisevää (korvausluokka I) tai sisältää myös vapaaehtoisesti järjestettävää sairaanhoitoa (korvausluokka II). Työterveyshuollosta säädetään työterveyshuoltolaissa (1383/2001) sekä valtioneuvoston asetuksissa (708/2013 ja 1485/2001) (Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013; Valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä 1485/2001).

Vuonna 2023 työterveysopimuksista 74 prosenttia sisälsi myös sairaanhoitoa. Työterveyshuollon piiriin kuului 2 084 752 henkilöasiakasta, 76 prosenttia työllisistä. (Nissinen ym. 2023) Vuonna 2022 lääkärikeskukset tarjosivat työterveyshuolto palvelut 90 prosentille työterveyshuollon piiriin kuuluvista, työterveysasemilta palvelut sai 133 000 ja terveyskeskuksista 60 000 henkilöä. Sairaanhoidoon liittyvistä käynneistä 88 prosenttia tehtiin lääkärikeskuksiin ja 8 prosenttia työnantajien omille työterveysasemille (Kela c).

Opiskeluterveydenhuollon palvelujen sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja valtioneuvoston asetuksessa (338/2011), ja korkeakouluopiskelijoiden osalta opiskeluterveydenhuollon palvelut järjestetään, tuotetaan ja rahoitetaan erillisesti omaan lainsäädäntöönsä perustuen (695/2019). Opiskeluterveydenhuoltoa ovat opiskelijoiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja seuraamiseksi sekä sairauksien hoitamiseksi annettavat palvelut sekä opiskeluyhteisön ja -ympäristön terveellisyttä, turvallisuutta ja hyvinvointia edistävät palvelut. YTHS:n palvelujen piirissä olevia korkeakouluopiskelijoita oli 294 198 vuonna 2023 (YTHS 2024).

Tämän useille eri sektoreille hajautuneen järjestelmän yhdeksi keskeiseksi ongelmaksi on tunnustettu se, että sen seurauksena eri väestöryhmillä on erilaiset mahdollisuudet päästä palvelujen piiriin esimerkiksi siksi, kuuluuko työterveyshuoltoon ja miten kattava se on. Myös palvelujen saatavuudessa on eroja. Henkilö voi käyttää eri sektorien palveluja rinnakkain erilaisten terveysongelmien hoitamiseen. Esimerkiksi työssä käyvä korkeakouluopiskelija on oikeutettu käyttämään kaikkien neljän sektorin avosairaanhoidon palveluja.

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kootaan eri lähteistä ja varoja ohjataan palveluihin useiden eri toimijoiden kautta (ks. tarkemmin luku 6). Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä sosiaali- ja terveydenhuollon pääasialliset rahoitusmuodot ovat verotus, pakolliset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut sekä asiakas- ja työnantajamaksut. Institutionaaliset rahoittajat keräävät verotuksella ja vakuutusmaksuilla tarvitsemansa varat eri rahoituslähteistä. Pääasiallisia institutionaalisia rahoittajia ovat valtio ja Kansaneläkelaitos (Kela), rahoituslähteitä kotitaloudet ja työnantajat. Valtio kerää verotuloja muun muassa tulo- ja pääoma, valmiste- ja arvonlisäverotuksen muodossa, samoin sairausvakuutusmaksuja. Verotulot kohdennetaan hyvinvointialueille hyvinvointialueiden rahoitusmallin mukaisesti, ja niistä maksetaan myös valtion rahoitusosuus Kelan sairausvakuutusrahastoon, johon myös sairausvakuutusmaksut ohjataan. Sairausvakuutusrahastosta maksetaan erilaisia päivärahoja ja korvauksia muun muassa kustannuksista, jotka aiheutuvat lääkkeiden ja yksityisten palvelujen käytöstä, kuntoutuksesta ja matkoista sekä työterveyshuollon järjestämisestä. Yksityiset vakuutusyhtiöt maksavat korvauksia niin vakuutetuille, vakuuttajille kuin hoitolaitoksille. Yksityisiä terveysvakuutuksia voi sisältyä esimerkiksi sairauskuluvakuutuksiin, vapaa-ajan tapaturmavakuutuksiin, matkavakuutuksiin, urheiluvakuutuksiin tai työnantajan tarjoamiin vapaaehtoiisiin terveysvakuutuksiin.

Rahoituksen jakautumisen ohella suomalaisen sote-järjestelmän keskeisiä haasteita ovat ammattilaisten työpanoksen epätasainen jakautuminen eri sektoreille ja maan eri osien välillä sekä ammattilaisten riittävyys vastaamaan väestön hoitotarpeisiin. Vuoden 2022 lopussa terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli Manner-Suomessa yhteensä noin 366 200 henkilöä. Julkisen sektorin sosiaali- ja terveyspalveluissa oli lokakuun 2023 lopussa yhteensä noin 217 000 työntekijää, joista 6 800 hallinnossa, 83 500 sosiaalihuollossa ja 126 200 terveydenhuollossa (Palmgren ja Karvonen 2024). Terveydenhuollossa valtaosa lääkäreistä, noin 10 600 (73 %), työskenteli pääasiallisesti sairaalapalveluissa, ja terveyskeskuksissa noin 3 800 (26 %). Samoin valtaosa sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja kättilöistä, noin 32 600 (70 %) työskenteli sairaalapalveluissa, ja terveyskeskuksissa noin 13 400 (29 %). Terveydenhuollossa työskentelevien määrä pysyi lähes ennallaan vuodesta 2022 vuoteen 2023 (Palmgren ja Karvonen 2024). YTHS:llä työskenteli vuoden 2023 aikana 1 060 työntekijää (YTHS 2024). Yrityksissä työskenteli noin 5 540 lääkärinä ja 13 400 sairaan- ja terveydenhoitajana tai kättilänä vuonna 2022 (Karvonen ja Palmgren 2025).

Useissa terveydenhuoltoalan ammattiryhmissä on henkilöstövajetta, ja myös esimerkiksi OECD on tuonut raportoinnissaan esiin, että huolimatta työnjaon merkittävästä edistymisestä työvoimapula on kasvava huolenaihe (OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies 2023). Suomessa on vähemmän lääkäreitä ja enemmän sairaanhoitajia tuhatta asukasta kohti kuin EU:ssa keskimäärin. Lisäksi lääkärit ovat jakautuneet alueille huomattavan epätasaisesti. Kaikkien lääkärin osalta eniten lääkäreitä on väestömääriin suhteutettuna yliopistosairaala-alueilla eli Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa, Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla (Lääkäriliitto 2024). Terveyskeskusten lääkärivajeessa on

myös huomattavia alueellisia eroja: vajetta oli vuonna 2022 eniten Pohjois- ja Etelä-Karjalassa, Itä-Savossa, Keski-Pohjanmaalla sekä Kainuussa (Lääkäriliitto 2023). Lääkärripula on 2000-luvulla ohjannut tehtävien siirtymistä lääkäreiltä sairaanhoitajille, mikä on näkynyt muun muassa reseptien määräämisessä, perusterveydenhuollon konsultaatioissa sekä edistyneemmissä sairaalahoidon toiminnaissa. Viime vuosina erityisesti hoitohenkilöstön vaje on kasvanut sekä julkisessa että yksityisessä palvelutuotannossa. Myös yksityisillä lääkäriasemilla työskentelevien lääkäreiden osuus alueen lääkäreistä vaihtelee (Lääkäriliitto 2024). Esimerkiksi Länsi-Uudellamaalla 30 prosenttia ja Kainuussa 10 prosenttia alueen lääkäreistä työskenteli yksityisillä asemilla.

Henkilöstön saatavuutta haastaa myös eläköityminen. Kevan ennusteen mukaan hyvinvointialueiden terveyssektorilla työskentelevästä noin 167 000 henkilöstä lähes 19 prosenttia siirtyy vanhuuseläkkeelle ja lähes 4 prosenttia täydelle työkyvyttömyyseläkkeelle seuraavan kymmenen vuoden aikana (2025–2034). Vanhuuseläkkeelle siirtyy sairaan- ja terveydenhoitajista reilu 15 prosenttia, yleislääkäreistä reilu 10 prosenttia ja erikoislääkäriestä lähes 10 prosenttia (Keva 2025). Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT:n tekemän tuoreen selvityksen mukaan lokakuussa 2024 terveyskeskusten lääkäreiden tehtäviä oli täyttämättä hyvinvointialueilla 483, joka vastaa lähes 14 prosentin osuutta kaikista tehtävistä (Parmanne 2025).

Pidemmillä aikavälillä terveydenhoidon palvelujen kysyntä on kasvussa. Keskeisenä ajurina tälle on väestön ikääntyminen. Ikääntymisen vaikutuksia voidaan arvioida THL:n kehittämällä hyvinvointialueiden ennakointityökalulla (THL 2025a). Työkalun avulla nähdään, että vuosien 2023–2045 välillä palvelutarpeen ennakoitaan kasvavan koko maassa 22 prosenttia, josta yli puolet syntyy ikääntyneiden palvelutarpeen ja kolmannes erikoissairaanhoidon palvelutarpeen kasvusta. Perustason avosairaanhoidon sairaanhoidon palvelutarve ei kasva aivan yhtä nopeasti, sillä se jakautuu väestöön tasaisemmin kuin edellä mainittujen palvelutarve. Ikärakenteen muutos näkyy kuitenkin kiireettömän avosairaanhoidon palvelutarpeen kasvussa.

2.3 Aikaisempi tutkimus järjestelmän toiminnasta sosioekonomisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta

Terveyspalvelujen oikeudenmukainen jakautuminen suhteessa väestön palvelutarpeisiin on yksi keskeinen ulottuvuus, kun arvioidaan järjestelmän toiminnan tarkoituksenmukaisuutta. Palvelujen käyttö on monen eri tekijän yhteisvaikutuksen tulos. Siihen vaikuttavat muun muassa käyttäjien terveydenhoidolliset tarpeet sekä mahdollisuudet hakeutua hoitoon, palvelujärjestelmään kohdistuva kysyntä, palvelujen järjestämisvelvoitteet ja -tavat sekä niiden saatavuus ja saavutettavuus (Levesque, Harris ja Russell 2013). Suomessa on kiistatonta näyttöä siitä, että terveyspalvelujen käytössä on merkittäviä sosioekonomisia eroja, ja että myös palvelu-

järjestelmän hajaantuneet rakenteet ovat syynä siihen. Myös palvelutarve vaihtelee sosioekonomisen aseman mukaan siten, että matalammassa asemassa olevilla sairastavuus on väestötasolla korkeampi. Tästä huolimatta he eivät aina saa tai käytä tarvitsemiaan palveluja yhtä kattavasti kuin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat. Palvelujen sosioekonomista oikeudenmukaisuutta arvioitaessa onkin syytä huomioida väestöryhmien erilaiset palvelutarpeet. Tässä luvussa 2.3 keskitytään tarkastelemaan Suomen järjestelmän toiminnassa havaittuja haasteita sosioekonomisen oikeudenmukaisuuden näkökulmasta, eli arvioidaan palvelujen käyttöä suhteessa palvelutarpeeseen.

Eri sektoreita pääasiallisesti käyttävä väestö eroaa toisistaan sosioekonomisen taustan mukaan (Aalto ym. 2023). Väestökyselytutkimuksen mukaan julkisia palveluja käyttävät ovat useammin matalammassa sosioekonomisessa asemassa, kun taas yksityisiä palveluja käyttävät ovat useammin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa. Lisäksi työmarkkina-asema ja ikä vaikuttavat siihen, minkä sektorin palveluja pääasiassa käytetään. Tutkimuksen mukaan julkisia palveluja käyttävistä alle puolet on työelämässä, reilu viidennes eläkkeellä ja noin joka kymmenes työtön. Yksityisiä palveluja käyttävistä taas kaksi kolmasosaa on työelämässä, ja työttömiä tai eläkkeellä olevia on vain pieni osa.

Sosioekonomiset erot palvelujen tarpeenmukaisessa käytössä näkyvät myös palvelujärjestelmän eri tasoilla, kuten avosairaanhoidon peruspalveluissa ja sen eri sektoreilla sekä erikoissairaanhoidossa. Rekisteritutkimustietoa palvelujärjestelmän sosioekonomisesta eriarvoisuudesta on ollut saatavilla lähinnä erikoissairaanhoidosta, mikä heijastaa puutteita perusterveydenhuollon rekisteritietojen kattavuudessa. Aiemmin kuntien ja nykyisin hyvinvointialueiden järjestämästä avosairaanhoidosta ja opiskeluterveydenhuollosta on kerätty käyntitietoja Avohilmoon jo useiden vuosien ajan. Sen sijaan yksityisten toimijoiden tuottamasta työterveyshuollosta ja yksityisestä avosairaanhoidosta on alettu saada luotettavaa Avohilmoitietoa vasta vuodesta 2021 alkaen (Satokangas ym. 2024).

Erikoissairaanhoidon osalta on raportoitu laajasti eroja palvelujen käytössä sosioekonomisten ryhmien välillä, mutta vain harvoin on voitu tutkia palvelujen käyttöä suhteessa palvelutarpeeseen, sillä sen arvioiminen puhtaissa rekisteritutkimuksissa ei ole yksinkertaista. Aiempi tutkimus osoitti kuitenkin, että esimerkiksi sepelvaltimotoimenpiteitä tehdään palvelutarpeeseen nähden enemmän korkeammassa sosioekonomisessa asemassa oleville (Lumme, Manderbacka ja Keskimäki 2017). Havaittu eriarvoisuus erikoissairaanhoidossa heijastelee osin myös perustason avosairaanhoidon toiminnan rakenteellisia ongelmia.

Perustason avosairaanhoitoa tarkastelevassa Terveys 2000-väestökyselyyn perustuvassa tutkimuksessa havaittiin, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät suhteessa enemmän lääkäripalveluja, kun otetaan huomioon vastanneiden itse arvioitu hoidon tarve (Häkkinen ja Alha 2006). Useisiin väestökyselyihin pohjautuvassa tutkimuksessa havaittiin, että palvelujen tarpeenmukaisessa

käytössä on selvät erot perustason avosairaanhoidon eri sektoreilla (Häkkinen ja Alha 2006; Manderbacka ym. 2017). Tutkimuksen mukaan suurituloiset käyttävät työterveydenhuollon palveluja sekä yksityisiä palveluja pienituloisempia enemmän suhteessa palvelutarpeeseen, kun taas julkiset palvelut painottuvat pienituloisiin. Pääasiallisesti julkisia palveluja käyttävät ihmiset myös raportoivat itse tyydyttymättömästä palvelutarpeesta useammin kuin työterveyshuollon palvelujen käyttäjät (Aalto ym. 2023).

Rekistereihin sekä väestökyselyihin perustuva tutkimus perustason palvelujen käytöstä osoitti, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat henkilöt ovat terveempiä ja käyttävät enemmän työterveyshuoltoa sekä yksityistä terveydenhuoltoa, kun palvelutarve huomioidaan (Holster, Nguyen ja Häkkinen 2021). Perusterveydenhuollon lopputuloksia käsittelevä rekisteritutkimus näytti, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on selvästi muita vähemmän vältettävissä olevia sairaalahoitojaksoja, kun palvelutarpeen arviona käytetään muuta sairastavuutta (Satokangas ym. 2021). Oulun kaupungin väestöä käsittelevässä rekisteritutkimuksessa havaittiin, että matalampi sosioekonominen asema on yhteydessä sekä vähäiseen palvelujen käyttöön että julkisen sektorin palvelujen käyttöön, kun pitkäaikaissairaudet huomioidaan palvelutarpeena (Blomgren ja Virta 2020). Toinen Oulun kaupungin väestöä käsittelevä tutkimus osoitti, että palvelujen käyttö vaihtelee ammatin mukaan eikä eroja voi täysin selittää taustatekijöillä tai terveydentilalla (Rinne, Laaksonen ja Blomgren 2022).

Kattavaa tutkimustietoa siitä, miten Suomen koko väestön perustason terveydenhuollon lääkäri- ja hoitajakäynnit jakautuvat tarpeenmukaisesti palvelujärjestelmän eri sektorien välillä, on siis yhä rajallisesti. Tämä tutkimus pyrkii tuomaan lisää tietoa koko Suomen väestön perustason avosairaanhoidon palvelujen käytöstä eri sektoreilla palvelutarve huomioiden. Tutkimuksessa hyödynnetään rekisteritietoja, joiden kattavuus kaikilla sektoreilla on viimein parantunut.

3 Tutkimuksen rajaukset, määritykset, aineistot ja menetelmät

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksessa monipuolisesti käytetyt aineistot: tilastotiedot, usean rekisterinpitäjän rekisteriaineistot sekä selvitykset. Lisäksi kerrotaan tarkasti, millaisia rajauksia kysymyksenasetteluun tehtiin käytettävissä olevien tietojen näkökulmasta sekä kuvataan aineistojen määritykset ja analyyseissä käytetyt tilastolliset menetelmät.

3.1 Tutkimuksen rajaukset sekä yleiset määritykset

Tutkimuksessa tarkasteltiin työn tilauksen mukaisesti perusterveydenhuollon kiireetöntä avosairaanhoitoa. **Kiireetön hoito** määriteltiin pääsääntöisesti muuksi kuin päivystykselliseksi hoitotapahtumaksi. Rajausta johtui siitä, että työterveyshuollossa ja yksityisessä avosairaanhoidossa ei ole vastaavaa kiireellisyysjaottelua tai hoidon tarpeen arviointia kuin julkisella sektorilla. Jaottelu kiireettömiin ja kiireellisiin sekä päivystyksellisiin hoitotapahtumiin on rakennettu tukemaan julkisen perusterveydenhuollon toiminnan ohjausta ja resurssien hallintaa. Kiireellisyysarvioinnin tekee ammattihenkilö. Lisäksi rahavirtojen osalta on eroteltavissa vain ympärivuorokautiset päivystyspalvelut, eikä perustason avosairaanhoidosta ole eroteltavissa kiireetöntä toimintaa.

Työssä tarkasteltiin palvelutuotantoa **neljällä eri sektorilla**: julkisesti järjestetyt palvelut, työterveyshuolto, yksityisesti järjestetyt palvelut ja opiskeluterveydenhuolto. Julkisesti järjestetyt palvelut kattavat myös yksityiseltä sektorilta ostetut palvelut ja kokonaisulkoistukset, mutta yksinkertaisuuden vuoksi tekstissä viitataan vain julkiseen terveydenhuoltoon. Lisäksi julkisella rahoituksella tarkoitetaan tässä työssä varoja, jotka valtio kerää verotuksen keinoin, samoin lakisääteisesti perittäviä maksuja kuten työnantajien sairausvakuutusmaksuja ja palkansaajien päivärahamaksuja sekä korkeakouluopiskelijoiden maksamia terveydenhoitomaksuja.

Perustason avosairaanhoidon määrittely ja rajaukset

Tutkimuksessa tarkasteltiin lääkärin ja hoitajien fyysisillä vastaanotoilla tapahtuneita asiointeja (tästä eteenpäin läsnäasiointeja), etäasiointeja ja konsultaatioita, jotka kaikki yhdessä määriteltiin hoitotapahtumiksi. Konsultaatio määritellään vuoden 2023 Hoitoilmoitusoppaan (Mölläri ym. 2023) mukaisesti kahden tai useamman ammattihenkilön väliseksi asiointiksi, jossa asiakkaan asian hoidosta vastuussa oleva ammattihenkilö (esim. hoitaja) kysyy kannanottoa toiselta ammattihenkilöltä (esim. lääkäri) ilman, että konsultoitava osapuoli on suoraan yhteydessä asiakkaa-

seen. Tällaiset konsultaatiot ovat tyypillisimpiä julkisessa terveydenhuollossa. Vastaavasti työterveyshuollon sisäisiä erikoislääkärikonsultaatioita ei katsottu määritelmän mukaisiksi konsultaatioiksi vaan yhteystapa-luokituksen mukaan läsnä- tai etäasioinneiksi. Näissä työterveyslääkäri (työterveyshuollon erikoislääkäri tai erikoistuva lääkäri) tekee konsultaatiolähetteen erikoislääkärille, joka selvittää konsultaatiolähteessä kuvattua ongelmaa läsnäasiointilla tai videovastaanotolla.

Tarkasteluun sisällytettiin lääkärien ja hoitajien hoitotapahtumia erikoisalasta riippumatta, sillä erikoislääkärien työpanos on merkittävä osa työterveyshuollon ja yksityisen avosairaanhoidon toimintaa. Käytetyn perustason avosairaanhoidon määritelmän mukaisesti tarkastelujen ulkopuolelle rajattiin kuitenkin julkisen erikoissairaanhoidon polikliininen vastaanottotoiminta ja vuodeosastohoito sekä hoitotapahtumat, joiden yhteydessä toteutetaan leikkaussaliolosuhteita vaativia toimenpiteitä. Samalla rajattiin tarkastelun ulkopuolelle julkisella sektorilla toteutetut neuvoloihin, kouluterveydenhuoltoon, mielenterveystyöhön ja seuluntoihin liittyvät hoitotapahtumat. Nämä julkisen sektorin osalta keskeisimmät rajaukset tehtiin käyttämällä Avohilmon palvelumuotoluokitusta (ks. Taulukko 3.1). Lisäksi tarkastelun ulkopuolelle jätettiin kaikilla sektoreilla toteutetut suun terveydenhuoltoon liittyvät hoitotapahtumat.

Tarkasteluun otettiin mukaan vain hoitajien ja lääkärien toteuttamat hoitotapahtumat. Tarkastelun ulkopuolelle jäi siis kaikilla sektoreilla muiden ammattilaisten toteuttamat hoitotapahtumat, joihin pääsy edellyttää useimmiten lääkärin tai hoitajan edeltävää arviota. Pois rajatut ammattiryhmät olivat esimerkiksi fysioterapeuttit, toimintaterapeutit, psykiatriset sairaanhoitajat, psykologit ja työpsykologit. Tällä rajauksella varmistettiin se, että opiskeluterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa tuotetut suun terveydenhuollon ja mielenterveystyön palvelumuotoja vastaavat palvelut jäivät tarkastelun ulkopuolelle. Tutkimuksessa ei rajattu pois mitään käyntisyitä diagnoosien perusteella valituilta palvelumuodoilta. Näin ollen avosairaanhoidon, työterveyshuollon tai opiskeluterveydenhuollon palvelumuodoilla toteutetut lääkärien ja hoitajien hoitotapahtumat, joissa käyntisyinä oli esimerkiksi mielen-terveys- ja päihdesyyt, olivat mukana tarkastelussa.

Raportin luvussa 4 tarkastellaan eri **sektorien palvelujen rinnakkaista käyttöä**. Palvelujen rinnakkainen käyttö määriteltiin siten, että henkilö käyttää useaa palvelujärjestelmän sektoria tarkastelujaksolla ottamatta kantaa siihen, onko kyseessä saman sairauden hoito tai milloin palvelua on ajallisesti käytetty tarkastelujakson aikana.

3.2 Määritykset, aineistot ja menetelmät väestön palvelujen käyttöä sekä henkilöstöresursseja käsittelevissä osioissa

Väestön palvelujen käyttöä sekä henkilöstöresursseja koskevissa osioissa keskeisimpinä rekisteriaineistolähteinä olivat THL:n ylläpitämän kansallisen hoitoilmoitusrekisterikonaisuuden (Hilmo) rekisterit, erityisesti perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (Avohilmo) (ks. tarkemmin alaluku 3.2.1). Väestön palvelukäyttöä koskevassa osiossa käytettiin rätätölöityjä aineistoja vuosien 2021–2023 tiedoista, ja henkilöstöä koskevassa osiossa käytettiin vuoden 2023 tietoja. Hoitoilmoitusrekistereiden tiedot yhdistettiin Tilastokeskuksen koko vakinaisen väestön kattaviin henkilötietojen pitkittäisaineistoihin. Näistä FOLK-moduuleista ja työssäkäyntitilastosta saatiin tiedot henkilön asuinpaikasta, sosioekonomisesta asemasta ja muista taustatekijöistä. Tutkimus kattaa myös henkilöt, jotka eivät ole käyttäneet palveluja.

Osaan analyyyseistä aineistoon lisättiin Terve Suomi 2022 -väestökyselyaineiston tiedot itsekoetusta terveydentilasta niiltä, jotka olivat vastanneet kyselyyn (27 638 henkilöä rajausten jälkeen). Digi- ja väestötietoviraston väestötietojärjestelmästä poimittiin kuolinpäivämäärät. Lisäksi tutkimuksessa hyödynnettiin syntymä-, syöpä- ja näkövammarekistereitä sekä Eläketurvakeskuksen ja Kelan rekistereitä (vammainen tukijaksot, kuntoutus, työkyvyttömyyseläkkeet, sairaspäivärahaajaksot, lääkkeiden korvausoikeudet ja korvatut lääkeostot) sairastavuuden määrittelyssä (Holster ym. 2025) kuvatulla tavoin. Henkilöstön riittävyyttä arvioivassa osiossa hyödynnettiin myös Tilastokeskuksen vuonna 2024 tuottamaa väestöennustetta.

3.2.1 THL:N HOITOILMOITUSREKISTERIT

Koko Suomen väestön sektorikohtaiset hoitotapahtumat tunnistettiin pääasiassa Avohilmasta, josta on mahdollista erotella koko maan ja hyvinvointialueiden tasolla yksittäiset läsnä- ja etäasioinnit sen perusteella, ovatko ne hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämisvastuulla olevan perusterveydenhuollon, työterveyshuollon, yksityisen avosairaanhoidon vai opiskeluterveydenhuollon tuottamia. Avohilmon tietoja täydennettiin terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteristä (Terveys-Hilmo) tunnistettavilla yksityisillä erikoislääkärikäynneillä.

Avohilmasta poimittiin perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumat kaikilta neljältä sektorilta (pois lukien hammashuollon palvelutapahtumat ja ammattilaiset) ilman ikärajoja (taulukko 3.1 ja lisäksi sektorien tarkka määrittely on kuvattu taulukossa 3.2). Aineisto rajattiin erityisesti lääkärin ja hoitajien tekemiin läsnä-asiointeihin, etäasiointeihin ja konsultaatioihin. Julkisella sektorilla on käytössä hoidon tarpeen arviointikäytäntö, ja aineistoon ei sisällytetty sellaisia hoidon tarpeen arviointeja, jotka eivät johtaneet tutkimuksen määritelmän mukaiseen hoitotapahtumaan. Erillistarkastelussa tällaisia hoidon tarpeen arviointeja oli vuonna

2023 noin 2,8 miljoonaa. Aineistosta tunnistettiin lääkärrien ja hoitajien toteuttamat hoitotapahtumat käyttäen ammattiryhmä- ja ammattioikeustietoja. Hoitotapahtuma tulkittiin kiireettömäksi myös, jos tieto sen kiireellisyydestä puuttui. Lisäksi päivystykselliseksi kirjattu hoitotapahtuma tulkittiin kiireelliseksi, mikäli sitä ei ollut toteutettu yksikössä, jolle oli myönnetty poikkeuslupa perusterveydenhuollon ympäri-vuorokautisen päivystyksen järjestämiseen. Rajauksella pyrittiin huomioimaan tilanteet, joissa terveysasemilla päiväaikaisena toimintana toteutettuja kiirevastaanottoja oli kirjattu virheellisesti päivystystoiminnaksi. Terveys-Hilmosta poimittiin yksityyppisen avosairaanhoidon hoitotapahtumien tiedot vastaavilla määrittelyillä.

Taulukko 3.1. Tutkimuksen aineistoon sisällytetyt Avohilmo-tiedot muuttujakohtaisesti eriteltyinä.

Avohilmon muuttuja	Sisällytetyt muuttujan arvot
Palvelumuoto	T11 Avosairaanhoito T27 Opiskeluterveydenhuolto T30 Ehkäisevä työterveyshuollon toiminta T31 Sairaanhoito ja muu terveydenhuolto työterveyshuollossa T32 Muu työterveyshuolto
Ammattiryhmä	Ammatti- tai ammattioikeus
Lääkärit ja erikoislääkärit	TK ammattiluokitus: 22210–22213 TAI Valviran ammattioikeusluokitus: 000–002, 031–032, 034, 701–702, 717–720, 722–724, 810–812 tai 900–901
Sairaanhoitajat, terveydenhoitajat ja lähihoitajat	TK ammattiluokitus: 223, 2230, 22301–22302, 323, 3231, 32311–32315, 3232, 5132, 51321–51324, 51326 TAI Valviran ammattioikeusluokitus: 100, 253, 263, 300, 400, 508, 509, 603, 605, 607, 614, 710, 727–730, 737–738, 740, 780, 790, 795, 800, 803, 820
Hoitotapahtuman tyyppi	Hilmo yhteystavat
Läsnäasiointi	R10 Asiakkaan käynti vastaanotolla R20 Ammattihenkilön käynti asiakkaan luona kotona R30 Ammattihenkilön käynti asiakkaan luona työpaikalla R40 Sairaalakäynti R41 Ammattihenkilön käynti asiakkaan luona muualla kuin kotona tai työpaikalla
Etäasiointi	R50 Etäasiointi reaaliaikaisesti ääniyhteydellä R51 Sähköinen asiointi R52 Reaaliaikainen etäasiointi R55 Asiointi kirjeitse R56 Etäasiointi ilman reaaliaikaista kontaktia
Konsultaatio	R60 Ammattihenkilön konsultaatiovastaus
Hoitotapahtuman kiireellisyys	Hilmo kiireellisyys
Kiireetön	E Kiireetön hoito TAI puuttuva tieto

Avohilmon muuttuja	Sisällytetyt muuttujan arvot
Kiireellinen	K Kiireellinen hoidon tarve 2 1–7 päivää 5 Hoito muulla kiirevastaanotolla kuin 24/7-päivystysyksikössä
Kiireelliseksi tulkittu päivystyskäynti	V Välitön hoidon tarve 1 Päivystyskäynti 6 Hoito 24/7-päivystysyksikössä JA SoteOID-koodi muu kuin: 1.2.246.10.22658751.10.10033, 1.2.246.10.22658751.10.10034, 1.2.246.10.1734161.10.21014, 1.2.246.10.1756221.10.1.110, 1.2.246.10.2092420.10.1012010, 1.2.246.10.1907587.10.1000, 1.2.246.10.1864185.10.100013, 1.2.246.10.2102860.10.100

Vuodesta 2021 alkaen Avohilmo-tietojen kattavuus yleisellä tasolla on parantunut selvästi, mutta samalla puuttuvien tietojen osuus on hiukan lisääntynyt. Liite-
taulukossa 1 esitetään hyvinvointialueittain ne tietopuutteet Avohilmo-aineiston
muuttujissa, jotka ovat keskeisiä tämän tutkimuksen kannalta. Huomioimme mer-
kittävimmät puutteet aineistomäärittelyissä. Tulkitsimme puuttuvan kiireellisyys-
tiedon kiireettömäksi asioinniksi. Alueellisten tietopuutteiden takia (erityisesti
Apotti-alueet, kuten Helsingin kaupunki sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialue)
aineistoon sisällytettiin yksilökäyntien lisäksi myös ryhmä- ja perhekäynnit, ryh-
mävastaanotot sekä yhteisötilaisuudet (ts. ei kävijäryhmärajausta). Lisäyksen myötä
sisällytimme aineistoon myös kävijäryhmän suhteen puuttuvat tiedot, joita oli mer-
kittävässä määrin erityisesti etäasioinneissa ja konsultaatioissa. Ryhmävastaanot-
toja on kuitenkin kaikilla sektoreilla hyvin vähän suhteessa kaikkiin käynteihin.
Näiden aineistopuutteiden merkitys on erittäin vähäinen, kun huomioidaan aineis-
ton koko.

Sektorijaottelu

Rekisteriaineistojen sektorimäärittelyt pohjautuivat Avohilmon palvelumuotomuut-
tujaan, jota täydennettiin toimipaikkarekisterin palvelutuottajakohtaisella koodilla
(taulukko 3.2). Määrittelyä tarkennettiin aineistolähtöisesti niiden palveluntuotta-
jien osalta, joiden kaikki hoitotapahtumat oli rekisteröity avosairaanhoidon palve-
lumuodolle, mutta palvelutuottajakoodi viittasi työterveyshuollon palveluntuotan-
toon (ts. alkaa 95*:llä). Näiden palveluntuottajien tiedot tarkistettiin käsin heidän
verkkosivuiltaan marraskuussa 2024. Jos palveluntuottaja tarjosi työterveyshuollon
palveluja, se luokiteltiin työterveyshuollosi; muussa tapauksessa se määritettiin
yksityiseksi terveydenhuollosi.

Taulukko 3.2. Avohilmasta tunnistettujen hoitotapahtumien sektorijaottelu.

Sektori	Sektorin tunnistuksessa käytetyt muuttujat ja arvot, joiden perusteella jaottelu tehty
Julkinen terveydenhuolto	Palvelumuoto: T11 Avosairaanhoito JA palveluntuottajan toimipaikkakoodi: alkaa 90*/91*/99*:llä TAI 60629, 60711, 60718, 60776, 60788, 60792, 60804, 60818, 60820, 60821, 60825, 60827, 60828, 60834, 60836, 60838, 60839, 60840, 60842, 60850, 60871, 60889, 66260, 66260 (THL:n tunnistamat kokonaisulkoistukset) TAI Joko palveluseteli_antaja_oid tai ostopalvelu_tilaaaja_oid kirjattu ja määrittäisi muuten yksityiseksi terveydenhuollosi.
Opiskeluterveydenhuolto	Palvelumuoto: T27 Opiskeluterveydenhuolto
Työterveyshuolto	Palvelumuoto: T30 Ehkäisevä työterveyshuollon toiminta T31 Sairaanhoito ja muu terveydenhuolto työterveyshuollossa T32 Muu työterveyshuolto TAI Palvelumuoto: T11 Avosairaanhoito JA palveluntuottajan toimipaikkakoodi: 95026, 95064, 95096, 95097, 95100, 95145, 95156, 95157, 95160
Yksityinen terveydenhuolto	Palvelumuoto: T11 Avosairaanhoito JA palveluntuottajan toimipaikkakoodi: alkaa 6*:lla TAI 95009, 95037, 95042, 95118, 95132, 95162, 95164, 95174, 95175, 95179

Taulukoiden 3.1 ja 3.2 mukaisesti tehtyjen määritysten ja rajausten perusteella aineistosta tunnistettiin sektoreille tyypillisiä hoitotapahtumia seuraavasti:

Hyvinvointialueiden sekä Helsingin kaupungin järjestämä perusterveydenhuolto

- sisältää muita sektoreita enemmän ammattihenkilöiden välisiä, hoitajien toteuttamia lääkärikonsultaatioita
- sisältää pieniä määriä muiden erikoisalojen (kuin yleislääketieteen) erikoislääkärien toteuttamia hoitotapahtumia

Työterveyshuolto

- sisältää runsaasti muiden erikoisalojen (kuin työterveyshuollon tai yleislääketieteen) erikoislääkärien toteuttamia hoitotapahtumia

Opiskeluterveydenhuolto

- sisältää korkeakoulu- ja toisen asteen opiskeluterveydenhuollon hoitotapahtumat
- sisältää pieniä määriä muiden erikoisalojen (kuin yleislääketieteen) erikoislääkärien toteuttamia hoitotapahtumia

Yksityinen terveydenhuolto

- sisältää runsaasti muiden erikoisalojen (kuin yleislääketieteen) erikoislääkärien toteuttamia hoitotapahtumia

Laskennalliset palvelujen käytön kustannukset

Luvussa 4 käytettiin laskennallisia palvelujen käytön kustannuksia, kun arvioitiin palvelujen käyttöä. Hilmo-rekisterien hoitotapahtumista muodostettiin yksilötasolla laskennallisia palvelujen käytön vuosikustannuksia arvottamalla tapahtumia yksikkökustannuksilla. Näin erityyppiset hoitotapahtumat saadaan yhteismitallistettua sen mukaan, kuinka paljon niiden tuottaminen keskimäärin maksaa. Tietolähteenä käytettiin FCG:n laskemia keskimääräisiä yksikkökustannuksia julkisen perusterveydenhuollon hoitotapahtumista vuodelta 2019. Tätä selvitystä varten yksikkökustannuksiin tehtiin vuoden 2021 hintatason mukainen indeksikorotus.

Käytetyt yksikkökustannukset on listattu taulukossa 3.3. Kaikkien sektorien osalta käytettiin samoja yksikkökustannuksia. Tällöin sektorien väliset erot laskennallisissa kustannuksissa heijastavat eroja palvelujen käytössä, eivät eroja tuotantokustannuksissa. Valittuun lähestymistapaan liittyy myös ongelmia, joista keskeisin on se, että eri sektoreilla tuotettujen hoitotapahtumien yksikkökustannukset eroavat todennäköisesti toisistaan. Eri sektorien yksikkökustannusten arvioiminen on kuitenkin vaikeaa, sillä eri sektoreilta ei ole saatavissa samoin menetelmin laskettuja yksikkökustannustietoja.

Taulukko 3.3. Julkisen perusterveydenhuollon keskimääräiset yksikkökustannukset (eur) vuonna 2019, indeksikorotettuna vuoden 2021 hintatasoon.

Ammatti-luokka	Palvelumuoto	Läsnä-asiointi	Etäasiointi, reaaliaikainen	Etäasiointi, ei-reaaliaikainen	Konsultaatio
Hoitajat	Avosairaanhoito (T11) Työterveyshuolto (T30, T31)	52,17	33,03	34,37	51,82
Hoitajat	Opiskeluterveydenhuolto (T27)	47,74	27,14	34,37	34,36
Lääkärit	Avosairaanhoito (T11) Työterveyshuolto (T30, T31)	115,93	66,20	56,45	80,30
Lääkärit	Opiskeluterveydenhuolto (T27)	108,36	50,05	56,68	47,59

3.2.2 TARKEMMAT MÄÄRITYKSET JA MENETELMÄT PALVELUJEN KÄYTTÖÄ TARKASTELEVASSA OSIOSSA

Tutkimusraportin eri osioiden välillä on jossain määrin eroja aineistojen määrittelyissä ja tarkasteluajanjaksoissa. Tämä on olennaista huomioida etenkin tarkasteltaessa palvelujen käytön ja henkilöstön alueellista jakautumista. Palvelujen käyttöä käsittelevässä osiossa tarkasteltiin kolmen vuoden ajanjakson aikana, vuosina 2021–2023, väestön hoitotapahtumia ja palvelutarpeita henkilötasolla hyödyntäen Hilmo-rekistereitä. Hoitotapahtumia tarkastellaan siis potilaan kotikunnan mukaan.

Terveystilan ja palvelutarpeen määrittäykset

Palvelujen käytön jakautumista ja rinnakkaisten sektorien roolia tarkastelevassa osiossa arvioitiin palvelujen havaittua käyttöä suhteessa henkilöllä todettujen sairausluokkien lukumäärään (tunnistettu rekistereistä) ja koettuun terveystilaan (tunnistettu Terve Suomi- väestökyselyaineistoista). Eri sektoreita käyttävien tai eri määrää sektoreita käyttävien henkilöiden perustasoisen terveydenhuollon palvelujen käytön vertailusta ei voida tehdä yksiselitteisiä johtopäätöksiä palvelujen saatavuudesta järjestelmän eri sektoreilla, sillä erot palvelujen käytössä voivat johtua myös eroista sairastavuudesta, palveluihin hakeutumisen preferensseistä tai osto-voimasta. Useampaa sektoria käyttävät henkilöt saattavat olla keskimäärin sairaampia, jos esimerkiksi julkisen perusterveydenhuollon käyttäjistä sairaimmat hakeutuvat puutteellisten palvelujen vuoksi yksityisen sektorin palvelujen käyttäjiksi. Toisaalta on myös mahdollista, että työnantajan järjestämä työterveyshuolto kattaa vain osan henkilön tarvitsemista palveluista, minkä vuoksi hän joutuu hankkimaan palveluja yksityiseltä sektorilta omakustanteisesti tai hakeutumaan julkisen sektorin palvelujen piiriin. Työterveyshuollon käyttö voi osin heijastella myös työnantajien vaatimuksia (esimerkiksi vaatimukset sairauslomatodistuksista). Yksityisten palvelujen ja työterveyshuollon palvelujen käyttöön voi liittyä myös vakuutuksiin yleisesti liittyvää moraalikatoa, mikä voi näkyä runsaana palvelujen käyttönä. Mahdollisuuksia yksityisten palvelujen käyttöön rajoittavat myös henkilöiden käytettävissä olevat tulot.

Periaatteessa käyttäjäryhmien palvelukäytön vertailuun tarvittaisiin kattava sairausluokitus, missä sairaudet painotettaisiin kustannuspainoilla, jotka heijastaisivat haluttujen yhteiskunnallisten tavoitteiden mukaisia hoitoratkaisuja: esimerkiksi sellaista terveydenhuoltojärjestelmää, jossa sairauksien hoidolla maksimoitaisiin väestön terveystilaa (tai vaihtoehtoisesti vaikkapa minimoitaisiin terveyseroja), järjestelmän budjetin rajoissa. Vakioimalla palvelutarve voitaisiin verrata, miten samassa palvelutarpeessa olevien henkilöiden palvelujen käyttö eroaa käyttäjäryhmien välillä. Oikeita kustannuspainoja ei kuitenkaan tunneta, eikä niitä voida suoraan arvioida aineistosta.

Koska kaikissa terveystilan ja palvelutarpeen mittaustavoissa on omat ongelmansa, tässä tutkimuksessa käytettiin useita, toisiaan täydentäviä mittareita. Yhtenä mittarina käytettiin hyvinvointialueiden rahoituksen tarvevakiointiin kehitettyä sairausluokitusta mittaamaan monisairastavuutta (Holster ym. 2025). Luokitus pohjautuu mm. Avohilmon, Terveys-Hilmon ja Kelan etuusrekisterien diagnositietoihin ja kattaa lähes 200 sairausluokkaa. Luokitus tunnistaa erityisesti kroonista sairastavuutta, joskin se sisältää myös tapaturmia ja lyhytkestoisia sairauksia. Diagnosiperusteisesti ei pystytäkään kovin hyvin erottelemaan sairauksien eri vakavuusasteita, vaan samaan sairausluokkaan voi sisältyä erilaisia tapauksia.

Sairausluokitusta voisi käyttää myös tilastollisessa mallinnuksessa vakioimaan palvelukäyttöä sairastavuuden perusteella. Tilastollisessa tarvevakioinnissa terveystalvelujen käyttöä selitetään sairausluokilla ja ikä-sukupuoli-muuttujilla käyttäen tilastollista mallia, jolloin sairausluokat saavat painoiksi niihin liittyvän palvelukäytön kustannukset. Sairaudet, jotka ovat kalliimpia hoitaa, saavat korkeamman painon. Mallista saatava henkilön ennustettu palvelutarve mittaa siis hänen sairautensa määrää painotettuna sairauksiin liittyvillä kustannuksilla. Vastaava tarvevakiointi on tyypillistä terveystalvelujen horisontaalisen tasa-arvon tutkimuskirjallisuudessa, (Bago d’Uva, Jones ja van Doorslaer 2009; Doorslaer, Koolman ja Jones 2004) ja esimerkiksi Curto ym. (2019) vertaavat eri vakuutusjärjestelmien asiakasryhmien palvelukäyttöä vakioiden henkilöiden havaitut ominaisuudet.

Sekä rekisteritiedoista sairastavuusluokituksen perusteella havaittu monisairastavuus että siihen perustuva tarvevakiointi ovat väistämättä sidoksissa aiempaan palvelujen käyttöön. Ensinnäkin runsaammin palveluja käyttäville todennäköisesti kirjataan useampia diagnooseja kuin vähemmän palveluja käyttäneille, joiden palvelutarve tulee suhteessa todennäköisesti alimitatuksi. Toisekseen sairausluokien painoarvot heijastelevat sitä, miten paljon niitä nykyjärjestelmässä käytetään, mikä ei välttämättä vastaa haluttuja yhteiskunnallisia tavoitteita. Jos palvelujärjestelmä kohdistaa palveluja suhteellisen terveelle väestöosalle, saa matala sairastavuus korkean painon suhteessa korkeaan sairastavuuteen. Siksi tarvevakiointi on haastava sovellettava ja tässä tutkimuksessa keskitytään käyttämään suurempia terveydentilan mittareita.

Rekisterien diagnoositietoihin perustuvaa analyysia palvelujen käytön ja sairastavuuden suhteesta täydennettiin väestökyselyn (Terve Suomi 2022) tiedoilla itsekoetusta terveydentilasta. Itsekoettu terveydentila on viisiportainen kategorinen muuttuja, jossa arvo 1 kuvaa koetun terveydentilan olevan huonoin ja arvo 5 paras mahdollinen. Tämän THL:n toteuttaman kyselytutkimuksen tiedot ovat yhdistettävissä eri rekisterinpitäjien ylläpitämiin rekisteriaineistoihin. Itsekoettua terveydentilaa analysoitiin erikseen, ja lisäksi itsekoetun terveyden perusteella vakioitiin palvelujen käyttöä tilastollisessa mallissa. Mallissa palvelujen käyttöä selitettiin itsekoetun terveydentilan luokilla ja ikä-sukupuoli-muuttujilla käyttäen lineaarista regressiota. Heikkoutena väestökyselyaineistoissa on, että ne kattavat vain pienen osan väestöstä ja ovat sisällöltään huomattavasti kapeampia kuin rekisterien diagnoositiedot. Periaatteessa on myös mahdollista, että terveydentilan kokemuksessa olisi systemaattisia eroja eri palveluja käyttävien henkilöiden välillä.

Itsekoettu terveydentila on suoraviivaisin tapa mitata terveyttä, eikä se ole monisairastavuuden tapaan sidoksissa palvelujärjestelmässä kirjattuihin diagnooseihin. Itsekoettu terveydentila ja diagnooseihin perustuva monisairastavuus ovat kuitenkin molemmat ongelmallisia siksi, etteivät ne ole yhteismitallisia palvelujen käytön kustannusten kanssa, eikä ole selvää, kuinka paljon perustason avosairaanhoidon palveluja tulisi käyttää tietyllä koetun terveydentilan tasolla tai sairauksien lukumäärällä. Lisäksi täytyy olettaa, että palvelujen käytön vaikutus koettuun terveydentilaan

on vähäinen. Hyvä itsekoettu terveydentila voi muuten johtua korkeasta palvelujen käytöstä, mikä saa palvelujen käytön vaikuttamaan suhteettoman korkealta. Tutkimuksessa verrattiin myös käyttäjäryhmien kuolleisuutta. Kuolleisuuserojen tulkin-
taa koskevat kuitenkin samat rajoitteet kuin itsekoettua terveydentilaa.

3.2.3. TARKEMMAT MÄÄRITYKSET HENKILÖSTÖN JAKAUTUMISTA TARKASTELEVASSA OSIOSSA

Aineisto

Henkilöstöresursseja tarkastelevassa osiossa käytettiin vuoden 2023 Hilmo-rekisteritietoja. Tässä osiossa tarkastelunäkökulmana oli ammattilaisten tuottamat hoitotapahtumat, jotka kirjautuvat toimipaikan sijaintitiedon mukaan. Läsnäasioinnit kohdentuvat todennäköisemmin sinne, missä ne on tosiasiallisesti tuotettu. Vuoden aikana palveluja tuottaneiden ammattilaisten määriä arvioitiin Hilmo-rekisterin ammattiryhmätiedon ja yksilöllisen Terhikki-tunnuksen perusteella. Taulukoissa 3.1 ja 3.2 esitettyjen rajausehtojen lisäksi aineistoon sisällytettiin vain sellaiset hoitotapahtumat, joille löytyi ammattilaisen yksilöivä Terhikki-tunnus sekä tiedot ammattiluokasta, yhteystavasta ja palvelun tuottajan sijaintipaikkakunnasta. Ammattilaisten lukumäärien lisäksi aineistosta tutkittiin muun muassa tietoja suoritelmääristä ja niiden jakautumisesta eri sektoreille sekä yhteystavoittain. Rekisterin avulla ei kuitenkaan voida arvioida sitä, kuinka paljon henkilötöyvuosia tarvittaisiin suoritelmäärien tuottamiseksi. Hilmo-rekisterien sisällöt eivät myöskään täysin kuvasta resurssien käyttöä, sillä esimerkiksi hoitohenkilöstön avustavia suoritteita ei ohjeistusten mukaan raportoida Hilmoon, ja rekisteriin toimitettujen tietojen kattavuudessa voi olla vaihtelua.

Toinen tapa arvioida henkilöstömäärää olisi ollut hyödyntää Tilastokeskuksen FOLK-työssäkäyntitilastoa, joka kuvaa henkilöstön määrää vuoden viimeisellä viikolla. Tässä raportissa tätä tilastoa ei kuitenkaan käytetty, koska sen avulla resurssien jakautumista eri sektoreille ei olisi voitu tarkastella tutkimuksen vaatimalla tarkkuudella. Tutkimuksessa vertailtiin Hilmo-aineistoista saatuja henkilöstömäärätietoja Sosiaali- ja terveystieteiden henkilöstötarpeen ennakointi -hankkeessa (Sotehen) raportoituihin tietoihin, jotka perustuivat työssäkäyntitilastoon (Honkatukia ym. 2024). Luvut vastasivat toisiaan riittävän hyvin, minkä perusteella voitiin todeta, että Hilmo-aineiston kattavuus ja soveltuvuus tämän tutkimuksen tarkoitukseen oli riittävä.

Henkilöstön riittävyys

Henkilöstön riittävyttä tarkastelevassa osiossa tutkittiin, miten perustason avosairaanhoidon palvelutarpeen odotetaan kasvavan vuoteen 2040 mennessä. Tässä perustana olivat Hilmo-rekisteritiedot ja Tilastokeskuksen tuottama väestöennuste. Ennakoidun palvelutarpeen arviona käytettiin ammattilaisten tekemien hoitota-

pahtumien laskennallisia kustannuksia. Niiden perusteella arvioitiin, kuinka paljon henkilöstöä palvelujen tuottamiseen tarvitaan, jos palvelutarve (esim. sairastavuus) ja tuotantorakenne ikäryhmää kohden säilyy nykyisen kaltaisena. Ennakoinnissa hyödynnetään Sotehen-hankkeessa kehitettyä ennakointityökalua (Honkatukia ym. 2024). Palvelutarvetta arvioidaan samaan tapaan kuin THL:n SOME-malleissa, palvelujen käytön rekisteriaineistojen ja niiden yksikkökustannusten perusteella (THL 2025b).

3.3 Aineistot rahoituksen monikanavaisuutta käsittelevässä osiossa

Julkisen rahoituksen monikanavaisuutta tarkastelevassa osiossa (luku 6) hyödynnettiin THL:n Terveystietojärjestelmän menot ja rahoitus -raportin ennakkotietoja vuodelta 2023 (THL 2025c). Tässä tutkimuksessa esitetyt hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämän perustason avohoidon kustannukset perustuivat Valtiokonttorille raportoituihin AURA-palveluluokkakohtaisiin taloustietoihin ja ne rajattiin palveluluokkiin 2536 (perustason vastaanottopalvelut) sekä 2534 (opiskeluterveydenhuollon palvelut) (Valtiokonttori 2025). Tarkastelussa on käytetty julkisten kulutusmenojen kaavaa, ja luvut on täsmäytetty Tilastokeskuksen sektoritilinpitoon. Kelan korvaamien palvelujen osalta tiedot perustuivat Kelan tilastollisen vuosikirjan, tilastotietokanta Kelaston sekä YTHS:n tietoihin.

Työterveyshuollon menoja ja rahoitusta ei ole mahdollista jakaa sekä korvausluokittain että ammattiryhmittäin, minkä vuoksi rajausta ei ole täysin yhtenevä muiden tarkasteltavien osioiden kanssa. Työterveyshuollon kustannuksiin sisältyivät lääkäreiden ja erikoislääkäreiden vastaanottoiminta, terveydenhoitajien, fysioterapeuttien ja muiden asiantuntijoiden palvelut, laboratorio- ja kuvantamispalvelut sekä muut käyttöön liittyvät kustannukset. Rahoituksen tarkastelussa käsiteltiin molempia korvausluokkia I ja II.

4 Perustason avosairaanhoidon palvelujen käytön tarpeenmukainen jakautuminen ja rinnakkaisten sektorien rooli

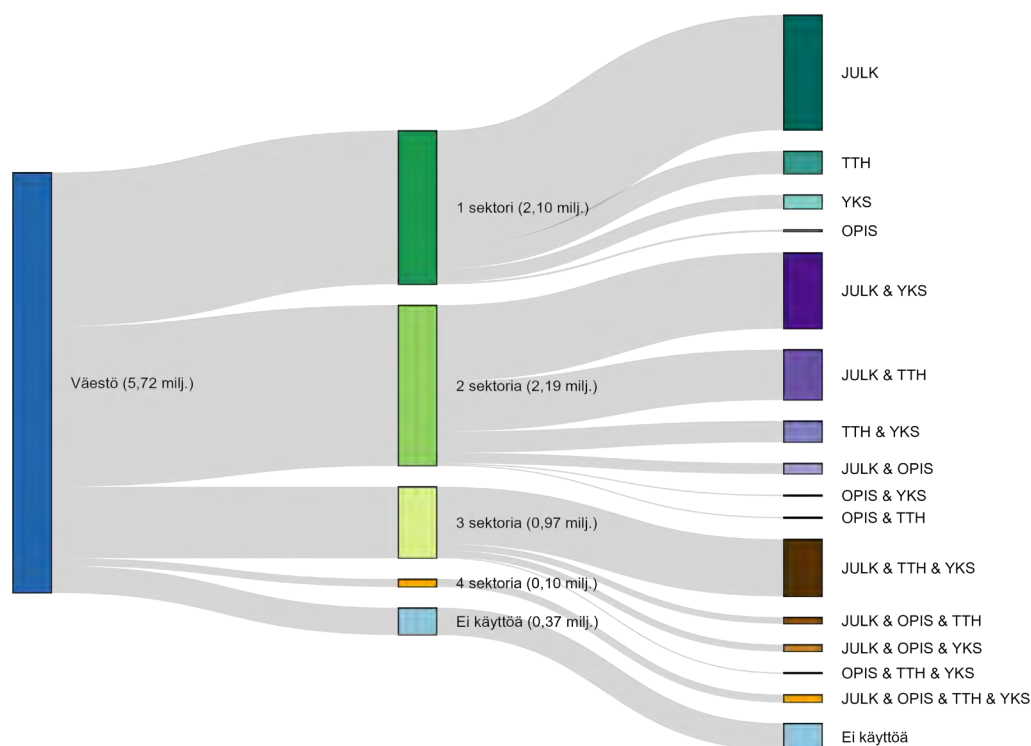
Tutkimuksen tämän osion tavoitteena oli kuvata perustason avosairaanhoidon palvelujen (läsnä- ja etäasioinnit sekä konsultaatiot) jakautumista palvelujärjestelmän eri sektoreille palvelujen käyttäjien eli väestön näkökulmasta. Tavoitteena oli lisäksi tutkia sektorien rinnakkaista käyttöä ja arvioida, onko käytettyjen sektorien lukumäärällä vaikutusta palvelujen tarpeenmukaiseen käyttöön.

Käyttäjien jakautumista eri sektoreille tarkasteltiin koko maan tasolla vuosina 2021–2023. Palvelujen käytön ikä- ja sukupuolittaisissa sekä alueellisissa sektoritarkasteluissa käytettiin vuoden 2023 aineistoja. Osiossa tutkittiin vuosien 2022 ja 2023 aineistoilla myös väestön havaittua palvelujen käyttöä, eli palvelujen käytön laskennallisia kustannuksia, suhteessa ennustettuun palvelujen käyttöön, toisin sanoen palvelutarpeeseen. Vuoden 2022 aineistoa käytettiin niissä analyysissä, joissa taustalla oli väestökyselyaineistot palvelutarpeen arviona, ja vuoden 2023 aineistoa pelkästään rekisteriaineistoja koskevissa analyysissä.

Tavoitteena oli lisäksi tutkia sektorien rinnakkaista käyttöä ja arvioida, onko käytettyjen sektorien lukumäärällä vaikutusta palvelujen tarpeenmukaiseen käyttöön. Palvelutarvetta arvioitiin kahdella tapaa (ks. luku 3.2.2). Rekisteriaineistoista tunnistettiin sairauksia, jotka luokiteltiin erilaisiin sairausluokkiin. Toisena tapana käytettiin kyselyaineistossa raportoitua koettua terveydentilaa. Sairausluokkien määrää tulkittaessa on tärkeää huomioida, että analyysissä kaikkia sairausluokkia käsiteltiin samanarvoisina, ilman painotusta niiden vakavuuden tai vaikutuksen mukaan. On esimerkiksi todennäköistä, että suuri osa väestöstä on sairastanut akuutteihin ylähengitystieinfektioihin kuuluvia sairauksia, kun taas tyypin 2 diabetesta esiintyy harvemmin ja vaikeaa kroonista munuaisten vajaatoimintaa vain pienellä osalla väestöstä. Täten erityisesti suuri sairausluokkien lukumäärä kuvastaa todennäköisemmin runsaampaa sairastavuutta ja terveydellisiä tarpeita. Herkkyystarkasteluna tehtiin vastaavat analyysit rajaamalla mukaan vain kroonisen monisairastavuuden määritelmään sisältyvät sairausluokat (Wikström ym. 2023). Näiden tarkastelujen tulokset – joita ei esitetä raportissa – olivat varsin yhteneväisiä raportin kuvioiden kanssa, joskin erityisesti julkisten palvelujen käyttäjien sairastavuus oli entistäkin korostuneempaa.

4.1 Käyttäjien jakautuminen perustason eri sektorien välillä

Aineistoista tunnistettiin 5 723 932 Suomessa vuosien 2021–2023 aikana asunutta henkilöä, joista 5 354 796 (93,6 %) oli käyttänyt tarkastelujaksolla perustason avosairaanhoidon palveluja vähintään kerran ja joista 369 136 (6,4 %) ei ollut käyttänyt lainkaan näitä palveluja (kuvio 4.1 ja taulukko 4.1). Väestöstä 2 092 218 henkilöä (36,6 %) käytti tarkastelujaksolla vain yhden sektorin palveluja, 2 186 006 (38,2 %) kahden sektorin palveluja, 971 794 (17,0 %) kolmen sektorin palveluja ja 104 778 (1,8 %) neljän sektorin palveluja. Näin ollen yhteensä 3 262 578 henkilöä (57,0 % väestöstä ja 60,9 % palveluja käyttäneistä) käytti perustason palveluja rinnakkain kahdella tai useammalla sektorilla kolmen vuoden tarkastelujaksolla.



Kuvio 4.1. Kaikki Suomessa asuneet henkilöt jaoteltuna perustason avosairaanhoidonsektorin palvelujen käytön mukaan vuosina 2021–2023.

*Henkilö määriteltiin kulloisenkin sektorin käyttäjäksi, jos hänellä oli vähintään yksi perustason avosairaanhoidollinen läsnä- tai etäasiointi tai konsultaatio sektorilla vuosien 2021–2023 aikana. JULK = hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä avosairaanhoito, TTH = työterveys-huolto, YKS = yksityinen avosairaanhoito, OPIS = opiskeluterveydenhuolto.

Kun palvelujen käyttöä eri sektoreilla tarkasteltiin vuosittain, tulokset poikkesivat jonkin verran kolmen vuoden tarkastelusta (ks. liitekuviot 1–3). Huomionarvoista on se, että kolmen vuoden kuvaaja antoi vuosittaista tarkastelua luotettavamman kuvan niiden henkilöiden määrästä, jotka eivät käytä perustason avosairaanhoidon palveluja, sillä suuri osa väestöstä ei tarvitse palveluja vuosittain. Samalla on hyvä huomioda, että kolmen vuoden tarkastelujakso korostaa useampia sektoreita käyttävien määrää. Osa näistä henkilöistä on voinut käyttää yhtenä vuotena pääasiallisesti yhtä sektoria ja toisena vuotena toista esimerkiksi työttömyyden takia. Kolmen vuoden tarkastelussa työmarkkinasiirtymiä kokeneet henkilöt näkyvät useamman kuin yhden sektorin käyttäjinä. Tulokset kuvaavat väestön palvelujen käytön jakautumista palvelujärjestelmän tasolla. Niistä ei voida suoraan päätellä, onko henkilö käyttänyt usean sektorin palveluja saman sairauden hoitamiseen vai onko hoito toteutunut yhden sektorin piirissä.

Väestöstä 4 492 586 henkilöä (78,5 %) käytti tarkastelujaksolla ainakin kerran hyvinvointialueiden (sis. Helsingin kaupungin) järjestämää avosairaanhoitoa, 2 519 579 (44,0 %) yksityistä avosairaanhoitoa, 2 285 019 (39,9 %) työterveyshuoltoa ja 501 540 (8,8 %) opiskeluterveydenhuoltoa. (luvut laskettavissa taulukosta 4.1)

Kaikista julkisia palveluja käyttäneistä 1 568 066 henkilöä (35 %) käytti tarkastelujaksolla pelkästään julkisia palveluja. Julkisia palveluja käyttäneistä 1 916 482 henkilöä (42 %) käytti rinnakkain yksityisiä palveluja ja 1 653 419 (37 %) työterveyshuollon palveluja. Kaikista työterveyshuollon palveluja käyttäneistä 309 760 henkilöä (13 %) käytti pelkästään työterveyshuollon palveluja. Kaikista työterveyshuollon palveluja käyttäneistä 1 653 419 henkilöä (72 %) käytti työterveyshuollon lisäksi julkisia palveluja ja 1 187 861 (52 %) yksityisiä palveluja. Vastaavasti yksityis palveluja käyttäneistä 188 885 henkilöä (7 %) käytti pelkästään näitä palveluja. Heistä 2 008 654 henkilöä (79 %) käytti rinnakkain julkisia palveluja ja 1 187 861 (47 %) työterveyshuollon palveluja. (luvut laskettavissa taulukosta 4.1)

Tarkastelujaksolla (2021–2023) kuolleiden osuus oli suurin pelkästään julkista perusterveydenhuoltoa käyttäneillä ja niillä, jotka eivät olleet käyttäneet lainkaan perustason avosairaanhoidon palveluja. Niistä henkilöistä, joilla ei ollut perustason avosairaanhoidon käyttöä, merkittävä osa oli sellaisia, joilla ei ollut kotikuntaa Suomessa kaikkina kolmena vuonna, mikä viittaa muun muassa maahan- tai maastamuuttoon tarkastelujakson aikana. (taulukko 4.1)

Taulukko 4.1. Vuosina 2021–2023 Suomessa asuneiden sekä kotikunnan omanneiden ja kuolleiden henkilöiden määrät ja osuudet jaoteltuna perustason avosairaanhoidon sektorin palvelujen käytön mukaan*.

Käytetty sektori	Suomessa asuneet	Kotikunta Suomessa	Kuolleet
JULK	1 568 066	1 425 655 (90,9 %)	83 150 (5,3 %)
TTH	309 760	298 201 (96,3 %)	912 (0,3 %)
YKS	188 885	164 273 (87 %)	1 855 (1,0 %)
OPIS	25 507	23 066 (90,4 %)	34 (0,1 %)
JULK & YKS	1 034 443	993 409 (96 %)	16 932 (1,6 %)
JULK & TTH	684 814	676 889 (98,8 %)	2 239 (0,3 %)
TTH & YKS	290 027	284 970 (98,3 %)	448 (0,2 %)
JULK & OPIS	144 486	142 049 (98,3 %)	208 (0,1 %)
OPIS & YKS	16 218	15 677 (96,7 %)	12 (0,1 %)
OPIS & TTH	16 018	15 637 (97,6 %)	8 (<0,1 %)
JULK & TTH & YKS	777 261	772 364 (99,4 %)	1 288 (0,2 %)
JULK & OPIS & YKS	92 172	91 279 (99 %)	85 (0,1 %)
JULK & OPIS & TTH	86 566	86 034 (99,4 %)	34 (<0,1 %)
OPIS & TTH & YKS	15 795	15 625 (98,9 %)	5 (<0,1 %)
JULK & OPIS & TTH & YKS	104 778	104 328 (99,6 %)	27 (<0,1 %)
EI KÄYTTÖÄ	369 136	256 389 (69,5 %)	16 057 (4,3 %)
YHTEENSÄ	5 723 932	5 365 845 (93,7 %)	117 912 (2,1 %)

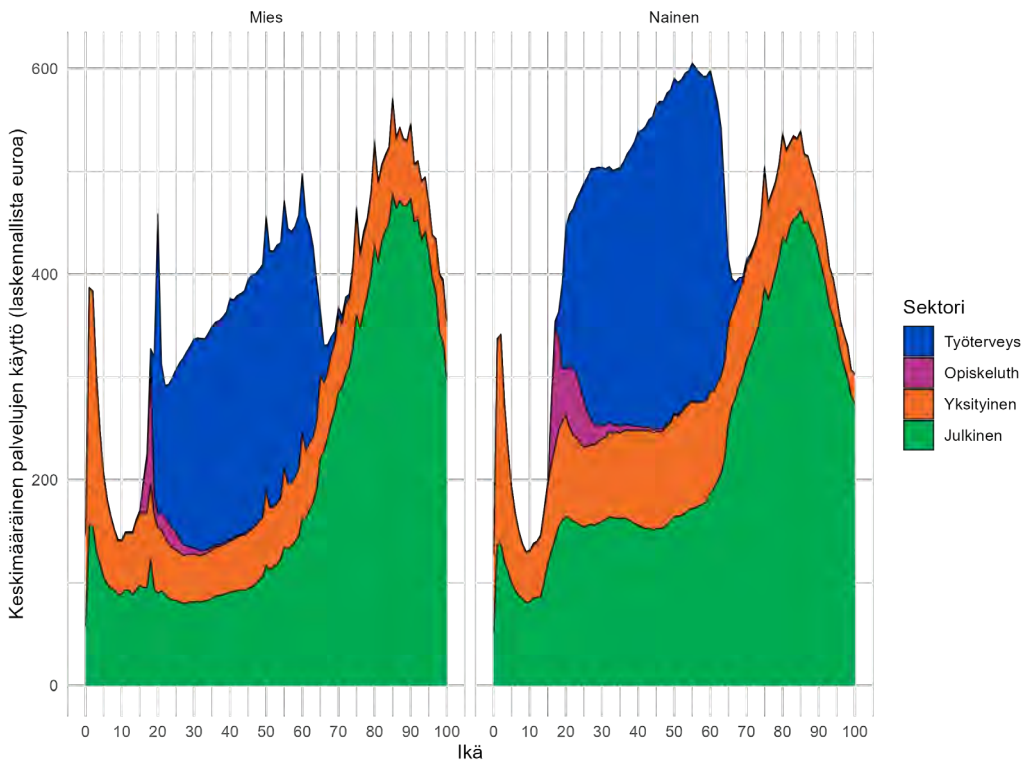
*Lukumäärät ja prosenttiosuudet taulukossa kaikkina kolmena vuonna 2021–2023 Suomessa asuneiden, kotikunnan omanneiden ja kuolleiden osalta. Palvelujen käyttönä huomioitu läsnä- ja etäasioinnit sekä konsultaatiot. JULK = hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä avosairaanhoito, TTH = työterveyshuolto, YKS = yksityinen avosairaanhoito, OPIS = opiskeluterveydenhuolto.

4.2 Perustason palvelujen käyttö eri sektoreilla ikä- ja sukupoliryhmittäin

Kuvio 4.2 osoittaa, että palvelujen käytössä ja sen jakautumisessa eri sektoreille oli huomattavia eroja eri ikäisten sekä sukupuolten välillä. Perustason avosairaanhoidon käyttö painottui pieniin lapsiin, oli vähäisempää nuorilla ja nousi jälleen nopeasti 15 ikävuoden jälkeen. Lapsilla perustason palvelujen käyttö jakautui melko tasan julkisen ja yksityisen sektorin kesken. Opiskeluterveydenhuollon palvelujen käyttö kohdistui muutamille nuoruusiän vuosille ja kattoi hyvin pienen osan perustason palvelujen käytön kokonaisuudesta.

Suurin osa työikäisten palvelujen käytöstä kohdistui työterveyshuoltoon, ja toiseksi eniten oli julkisten palvelujen käyttöä. Erityisesti työikäiset naiset käyttivät perustason avosairaanhoitoa kokonaisuudessaan jonkin verran samanikäisiä miehiä enemmän johtuen julkisten ja yksityisten palvelujen suuremmasta käytöstä. Työelämän loppuvaiheilla olevat (55–65-vuotiaat) naiset käyttivät avosairaanhoitoa kaikista ikäryhmistä eniten. Julkisten palvelujen käyttö kasvoi molemmilla sukupuolilla 50 ikävuoden jälkeen, mutta naisilla kasvu oli hieman hitaampaa. (kuvio 4.2)

Eläkeikään tultaessa palvelujen käyttö kokonaisuudessaan väheni jälleen selvästi, kun työterveyshuollon palvelujen käyttö korvautui pääosin julkisten palvelujen käytöllä. Tämän jälkeen käyttö lisääntyi taas asteittain 85 ikävuoteen asti, minkä jälkeen se kääntyi jälleen laskuun. Ikääntyneillä valtaosa palvelujen käytöstä kohdistui julkisiin palveluihin, joskin yksityisiä palveluja käytettiin yhä jonkin verran. Kuviossa nähdään ikäkausittaisia piikkejä, jotka viittaavat rutiiniluontoisiin tarkastuksiin, kuten 18-vuotiaiden miesten kutsunnat ja viiden vuoden välein toteutettavat ajoterveystarkastukset ammattiautoilijoille 50-vuotiaista alkaen. (kuvio 4.2)



Kuvio 4.2. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) eri sektoreilla ikä-sukupuoliryhmissä vuosina 2021–2023.

4.3 Perustason palvelujen käyttö alueittain eri sektoreilla

Kuviosta 4.3 nähdään, että keskimääräinen palvelujen käyttö eri sektoreilla vaihteli merkittävästi alueiden välillä. Tässä tarkastelussa ei otettu huomioon palvelujen tarvetta. Julkisen sektorin keskimääräinen palvelujen käyttö oli suurinta Kainuun hyvinvointialueella. Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella julkisten palvelujen käyttö oli vähäisintä ja noin puolet Kainuun tasosta. Tämä selittynee pääosin väestön ikärakenteen eroilla, joita tässä ei ole otettu huomioon.

Myös työterveyshuollon palvelujen käytössä nähtiin suurta alueellista vaihtelua, joskin absoluuttiset erot olivat hieman maltillisemmat kuin julkisen sektorin alueelliset erot. Vaikka työterveyshuollon palvelujen käyttö oli jonkin verran vähäisempää kuin julkisen sektorin, nähtiin siinäkin selvät erot alueiden välillä. Työterveyshuollon palvelujen käyttö oli suurinta Pirkanmaalla ja pienintä Keski-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla. Myös muiden kasvukeskusten alueilla eli Helsingissä, Keski-Uudellamaalla ja Vantaalla ja Keravalla työterveyshuollon käyttö oli korkealla tasolla. Uudenmaan kaikilla hyvinvointialueilla lukuun ottamatta Itä-Uttamaata työterveyshuollon palvelujen käyttö oli suurempaa kuin julkisen sektorin palvelujen käyttö.

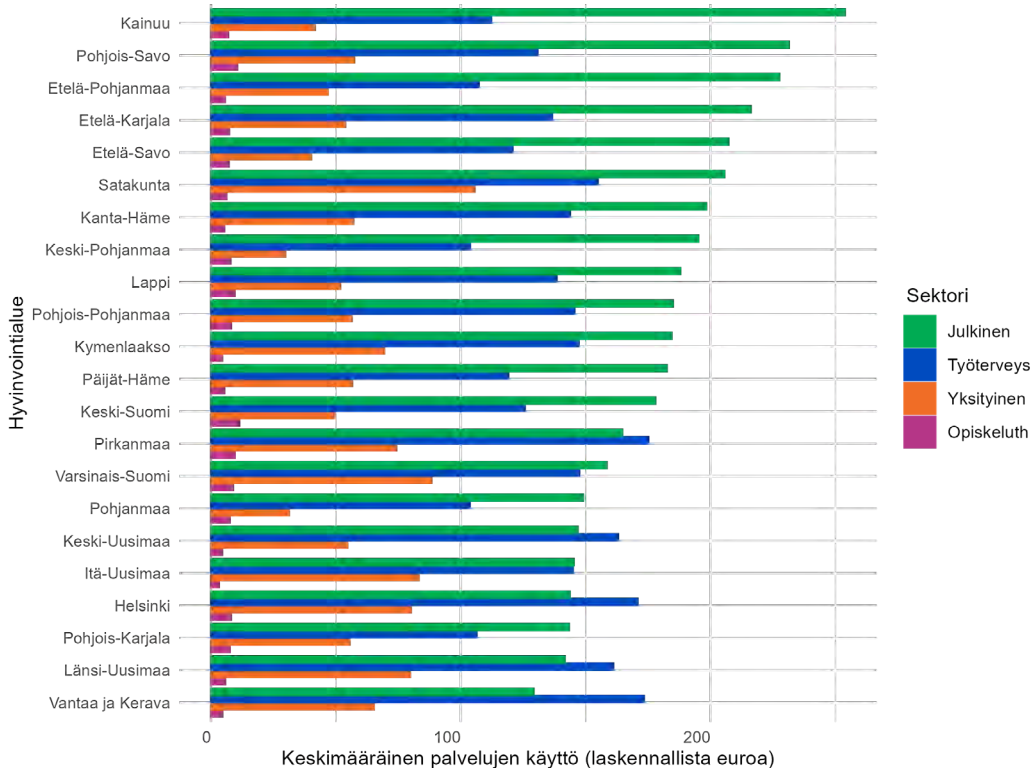
Yksityisen sektorin palvelujen käyttö oli koko maan tasolla vähäisempää kuin julkisen sektorin ja työterveyshuollon käyttö, mutta siinäkin nähtiin alueellisia eroja, etenkin suhteellisesti arvioituna. Yleisellä tasolla yksityisen sektorin käytön vaihtelu alueiden välillä oli kuitenkin maltillisempaa ja siinä korostui muutama poikkeava alue. Satakunnassa käyttö oli yleistä, kun se Keski-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla oli vähäistä.

Alueellisista sektorikohtaisista palvelujen käytön eroista voidaan tehdä useita päätelmiä. Kun sairastavuutta arvioidaan kansallisella sairastavuusindeksillä (THL, Sotkanet, indikaattori 5641), keskimääräistä terveemmillä alueilla, kuten Pohjanmaalla ja Uudellamaalla, näyttäisi julkisen sektorin palvelujen käyttö olleen vähäisintä. Tässä sairastavuuden arviossa huomioidaan alueiden erilaiset ikärakenteet. Korkean sairastavuuden alueilla Kainuussa ja Pohjois-Savossa nähdään myös suurempaa julkisen sektorin käyttöä. Pohjois-Karjala näyttäytyy vähäisen julkisen sektorin käytön sekä korkean sairastavuuden osalta tässä kohtaa poikkeuksena. Yleisesti näyttäisi siis siltä, että alueen korkea sairastavuus lisää erityisesti julkisen sektorin palvelujen käyttöä.

Työterveyshuollon palvelujen käytön alueellinen vaihtelu selittyy useilla tekijöillä. Kasvukeskuksissa työterveyshuollon palveluntarjoajia on enemmän. Oletettavasti näillä alueilla on myös enemmän suuria ja keskisuuria työnantajia, joilla työterveyshuollon kattavuudet voivat olla paremmat. Myös työllisyysaste ja työikäisen väestön osuus ovat suurempia kaupunkiseuduilla, mikä näkyy suurempana työterveyshuollon käyttönä.

Yksityisen sektorin palvelujen käytön maltillisempi vaihtelu voi viitata siihen, että yksityisiä palveluja käytetään melko samalla tavalla eri puolilla maata, riippumatta esimerkiksi väestörakenteesta tai työmarkkinoista. Tämä antaa viitteitä yksityisen sektorin täydentävästä roolista palvelukanavana. Satakunnan alueen suuri yksityisen sektorin käyttö voi johtua alueen julkisen sektorin lääkäripulasta sekä toisaalta yksityispalvelujen hyvästä tarjonnasta.

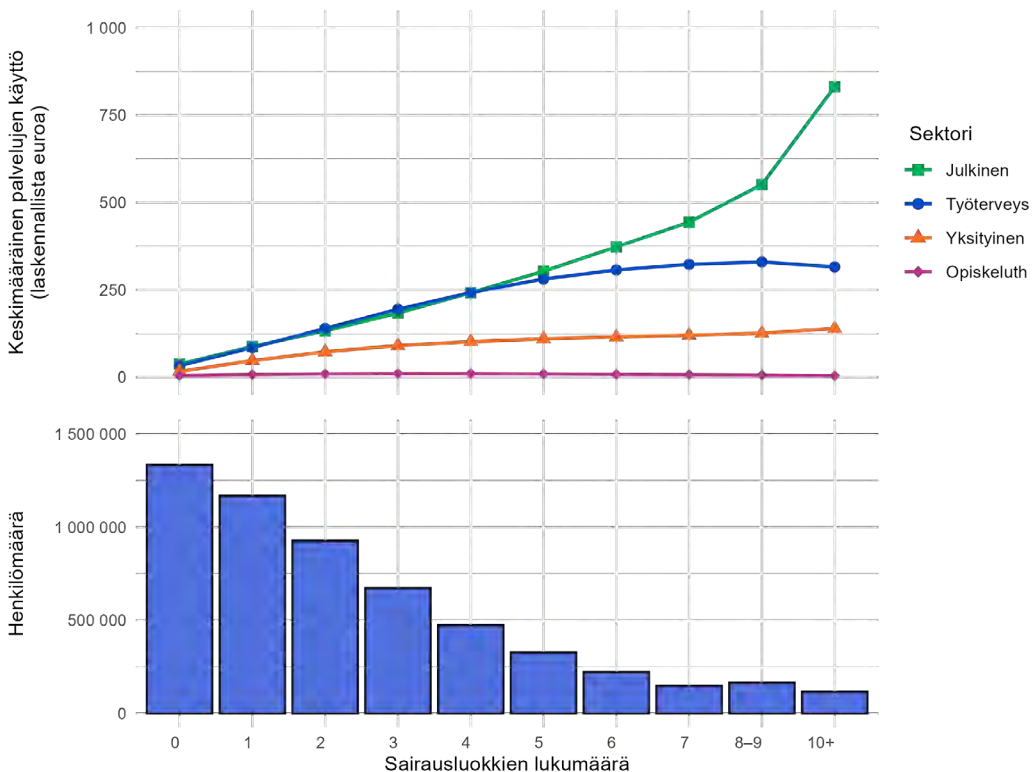
Eri sektorien käytön erot voivat johtua useista tekijöistä, joihin vaikuttavat niin työllisten osuus väestöstä kuin ikääntyneidenkin osuus sekä palvelujen saatavuus. Lisäksi palvelutuotannon järjestämisessä voi olla eroja: esimerkiksi ikääntyvien terveyspalvelut on voitu tuottaa ostopalveluina sosiaalihuollossa. Tutkimusaineistomme ei anna näihin vastauksia.



Kuvio 4.3. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) sektoreittain eri alueilla vuonna 2023.

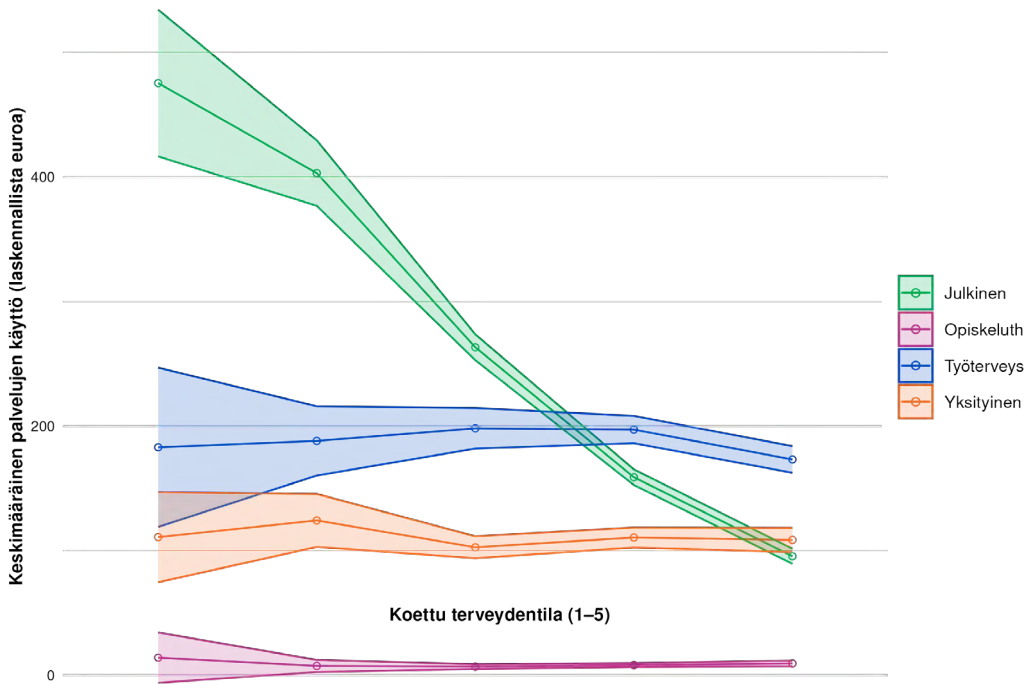
4.4 Perustason palvelujen käyttö suhteessa palvelutarpeeseen eri sektoreilla

Koko väestön tasolla julkisten, työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käyttö oli pääpiirteittäin sitä suurempaa, mitä useampia sairauksia henkilöllä oli todettu Hilmo-rekistereistä (kuvio 4.4). Henkilöillä, joilla oli enintään viiteen sairausluokkaan kuuluvia rekisteristä tunnistettuja sairauksia, palvelujen käyttö jakautui melko tasaisesti julkisen sektorin ja työterveyshuollon kesken. Sairastavuuden lisääntyessä palvelujen käyttö kuitenkin painottui yhä selvemmin julkiseen terveydenhuoltoon, samalla kun yksityisen sektorin ja työterveyshuollon käyttö näytti tasaantuvan. Toisin sanoen julkinen terveydenhuolto oli sitä merkittävämmässä roolissa, mitä sairaampi henkilö oli.



Kuvio 4.4. Koko väestön keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) eri sektoreilla rekisterien diagnoosikirjauksiin perustuvien sairausluokkien lukumäärän mukaan vuonna 2023.

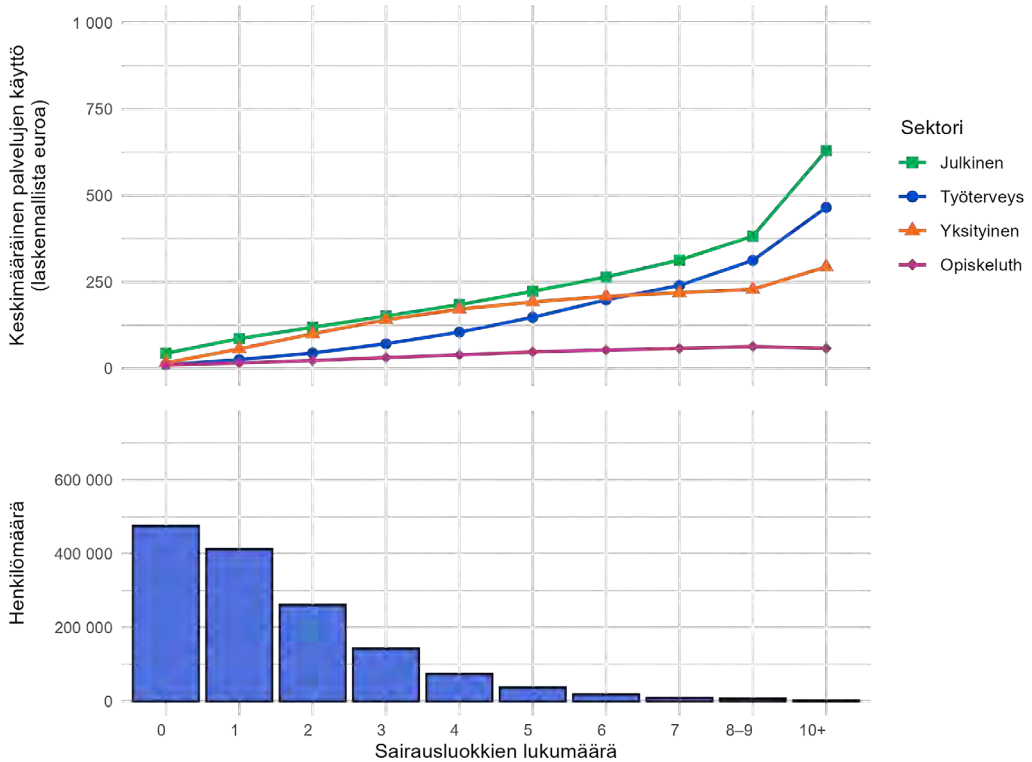
Kun palvelutarvetta arvioitiin väestökyselyaineiston itse koetun terveydentilan avulla (kuvio 4.5), saatiin julkisen sektorin palvelujen käytön osalta vastaava tulos kuin rekisteriaineistosta arvioituna. Julkisen sektorin palvelujen käyttö oli sitä suurempaa, mitä huonompi koettu terveydentila oli. Muiden sektorien keskimääräinen palvelujen käyttö ei juurikaan vaihdellut koetun terveydentilan eri luokissa 1–5. Terveytensä huonoimmaksi arvioivat käyttivät eniten julkista sektoria, ja terveytensä parhaimmaksi arvioivat taas käyttivät eniten työterveyshuoltoa.



Kuvio 4.5. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina sekä 95 % luottamusväli) eri sektoreilla koetun terveydentilan eri luokissa vuonna 2022.

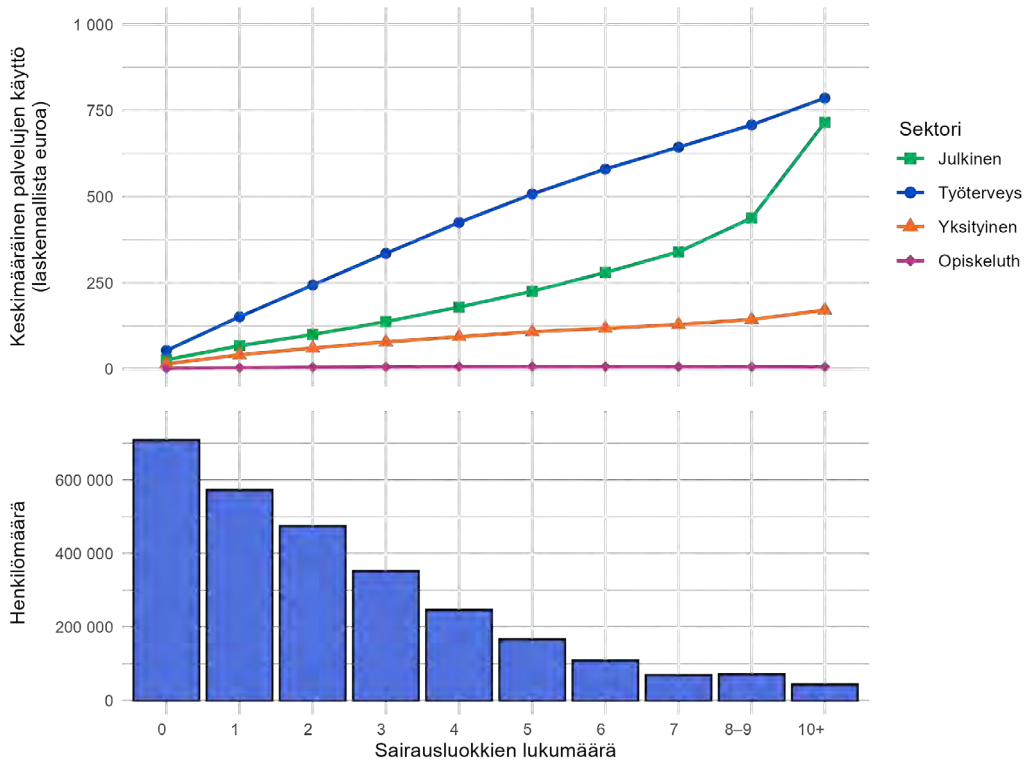
Kuvioissa 4.6–4.10 esitetään vastaavat tulokset eri sektorien keskimääräisestä palvelujen käytöstä palvelutarpeen eri luokissa kolmessa eri ikäryhmässä: lapset ja nuoret, työikäiset ja ikääntyneet. Tulokset esitetään käyttäen molempia tapoja arvioida sairastavuutta. Väestökyselyaineiston osalta tuloksia ei kuitenkaan esitetä lapsille ja nuorille aineistopuutteiden takia, sillä Terve Suomi -tutkimus kattoi vain yli 20-vuotiaat. Kaikissa ikäryhmissä palvelujen käyttö kasvoi sairastavuuden lisääntyessä: mitä sairaampi henkilö oli, sitä enemmän hän keskimäärin käytti palveluja. Tämä yhteys näkyi johdonmukaisesti riippumatta siitä, mistä aineistosta sairastavuus tunnistettiin.

Lapsilla ja nuorilla (0–24-vuotiaat) julkisten ja yksityisten palvelujen käyttö jakautui varsin tasaisesti niillä, joilla oli enintään viiden eri sairausluokan sairauksia (kuvio 4.6). Julkisten palvelujen käyttö korostui niillä, joilla tunnistettiin yli kuusi sairausluokkaa. Tässä ikäryhmässä oli myös jonkin verran nuoria, joilla oli korkeaa palvelutarvetta ja paljon työterveyshuollon käyttöä.



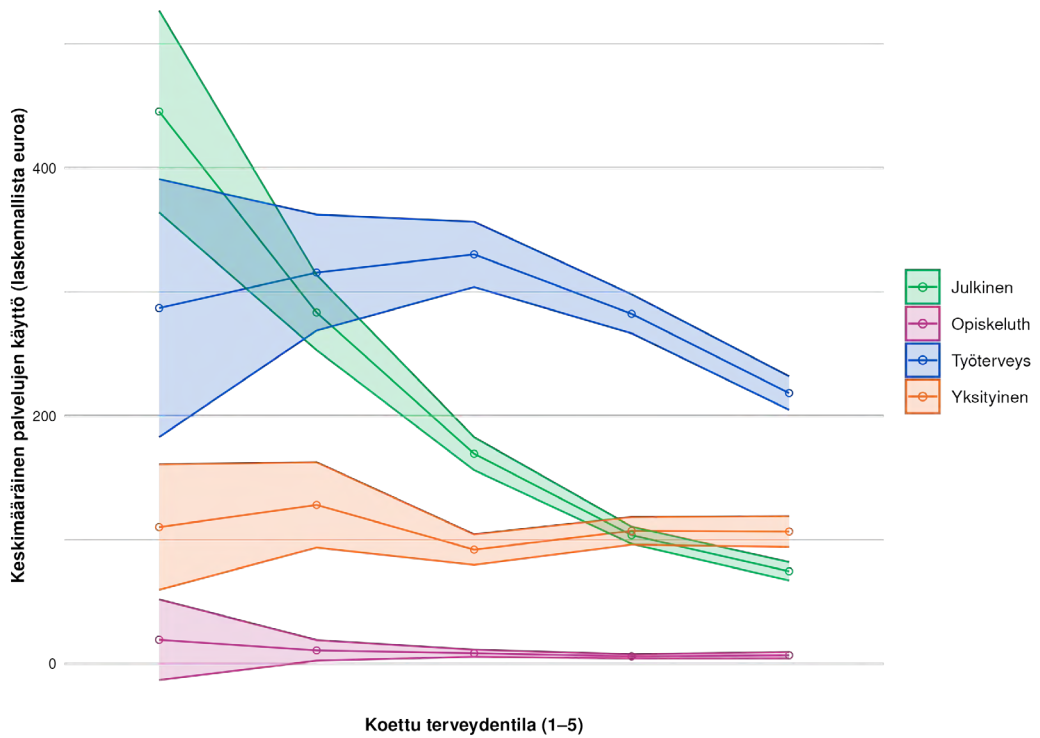
Kuvio 4.6. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) 0–24-vuotiailla eri sektoreilla rekisterien diagnoosikirjauksiin perustuvien sairausluokkien lukumäärän mukaan vuonna 2023.

Työikäisillä (25–64-vuotiaat) suurempi sairastavuus yhdistyi erityisesti työterveys-
huollon suurempaan käyttöön (kuviot 4.7 ja 4.8). Kun sairastavuutta arvioitiin rekis-
teriaineistolla (kuvio 4.7), palvelujen käyttö oli suurinta työterveyshuollossa kaikilla
sairastavuuden tasoilla. Kun palvelutarpeen arviona oli koettu terveys, työterveys-
huollon palvelujen käyttö oli melko tasaista eri terveydentilan luokissa, mutta jon-
kin verran matalammalla tasolla kaikista terveimmillä (kuvio 4.8). Julkisen sektorin
palvelujen käyttö vaihteli eniten sairastavuuden eri tasoilla, mutta korostui selvästi
kaikista sairaimmilla (kuviot 4.7 ja 4.8). Yksityisen sektorin käyttö lisääntyi sairasta-
vuuden kasvaessa selvästi maltillisemmin eikä juurikaan vaihdellut koetun tervey-
dentilan eri tasoilla. Huomiona, että myös iäkkäillä oli opiskeluterveydenhuollon
käyttöä, mutta palvelujen käyttö oli erittäin matalaa.



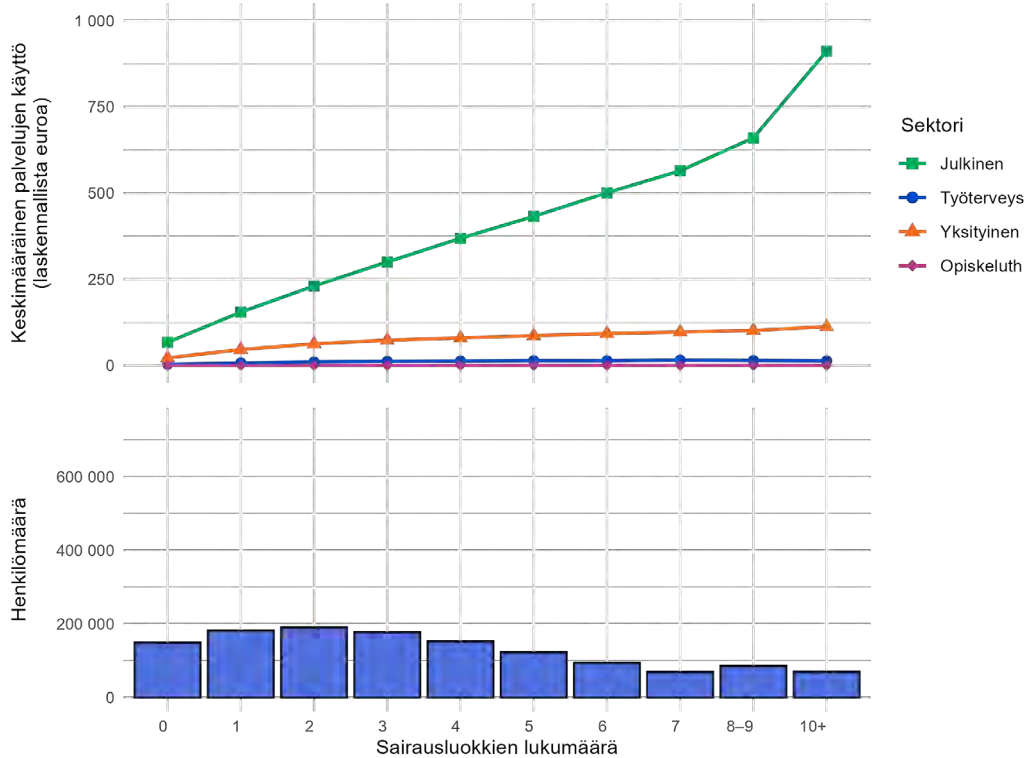
**Kuvio 4.7. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina)
25–64-vuotiailla eri sektoreilla rekisterien diagnoosikirjauksiin perustuvien sairaus-
luokkien lukumäärän mukaan vuonna 2023.**

4 PERUSTASON AVOSAIRAANHOIDON PALVELUJEN KÄYTÖN TARPEENMUKAINEN JAKAUTUMINEN JA RINNAKKAISTEN SEKTORIEN ROOLI

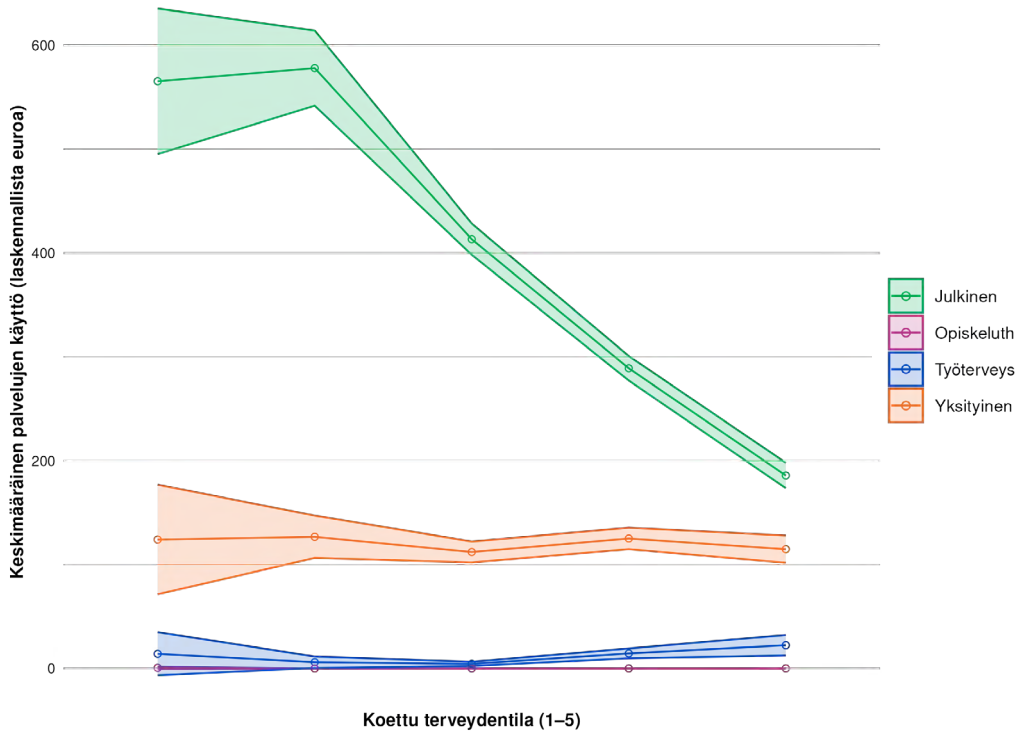


Kuvio 4.8. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina sekä 95 % luottamusväli) 25–64-vuotiailla eri sektoreilla koetun terveydentilan eri luokissa vuonna 2022.

Ikääntyneillä palvelujen käyttö keskittyi julkisiin palveluihin ja kasvoi voimakkaasti sen mukaan, mitä sairaampi henkilö oli (kuviot 4.9 ja 4.10). Ikääntyneillä yksityisten palvelujen käyttö oli selvästi julkisten palvelujen käyttöä vähäisempää. Yksityisten palvelujen käyttö ei juurikaan vaihdellut sairastavuuden eri tasoilla.



Kuvio 4.9. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) yli 65-vuotiailla eri sektoreilla rekisterien diagnoosikirjauksiin perustuvien sairausluokkien lukumäärän mukaan vuonna 2023.



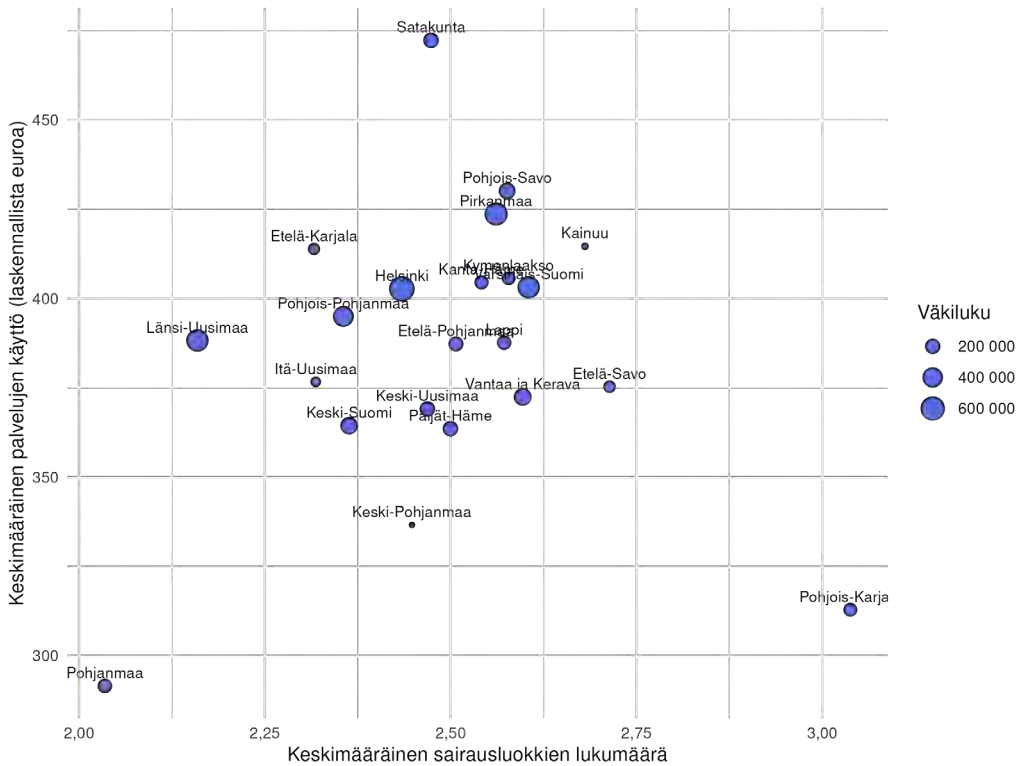
Kuvio 4.10. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina sekä 95 % luottamusväli) yli 65-vuotiailla eri sektoreilla koetun terveydentilan eri luokissa vuonna 2022.

4.5 Alueelliset erot perustason palvelujen käytön ja palvelutarpeen suhteessa

Kuviossa 4.11 esitetään hyvinvointialueiden keskimääräinen palvelujen käyttö suhteessa keskimääräiseen sairausluokkien määrään. Havaintopisteen koko kuvaa alueen väkilukua. Kuviossa joidenkin alueiden havaintopisteiden nimet menevät osin päällekkäin, ylempänä olevassa ryppäässä ovat Kanta-Häme, Kymenlaakso ja Varsinais-Suomi (alueet tässä järjestyksessä vasemmalta oikealle). Alempana kuviossa nimet menevät osin päällekkäin Etelä-Pohjanmaan ja Lapin osalta (alueet tässä järjestyksessä). Kuviossa Pohjois-Karjala näkyy nimellä Pohjois-Karja.

Kaiken kaikkiaan kuviosta nähdään, että palvelujen käyttö ja sairausluokkien määrä olivat yhteydessä toisiinsa. Toisin sanoen mitä enemmän sairastavuutta alueella on, sitä enemmän siellä myös käytettiin palveluja. Selvät poikkeamat olivat yksittäisiä. Satakunta erottui muista alueista selvästi suurimmalla palvelujen käy-

töllä suhteessa sairastavuuteen. Alueella oli paljon terveystarpeiden käyttöä kaikilla sektoreilla, mutta erityisesti korostui yksityisen sektorin käyttö (ks. luku 4.3). Länsi-Uusimaa erottautui myös jonkin verran, sillä vaikka siellä oli keskimääräistä hieman pienempi sairastavuus, palvelujen käyttö oli maan keskitasoa. Vaikka Pohjois-Karjalassa oli kaikkein korkein sairastavuus, siellä käytettiin toiseksi vähiten palveluja. Pohjois-Karjalan pieni perustason avosairaanhoidon käyttö voi viitata esimerkiksi saatavuuden ongelmiin, korkeaan tyydyttymättömyyden palvelutarpeeseen, matalaan työllisyysasteeseen tai palvelujen erilaiseen järjestämiseen iäkkäille (koti-sairaala, kotihoito). Pohjanmaalla käytön ja sairastavuuden suhde oli linjassa, sillä siellä käytettiin vähiten palveluja ja alueen sairastavuus oli pienin. (kuvio 4.11)



Kuvio 4.11. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) suhteessa keskimääräiseen sairausluokkien määrään alueittain vuonna 2023.

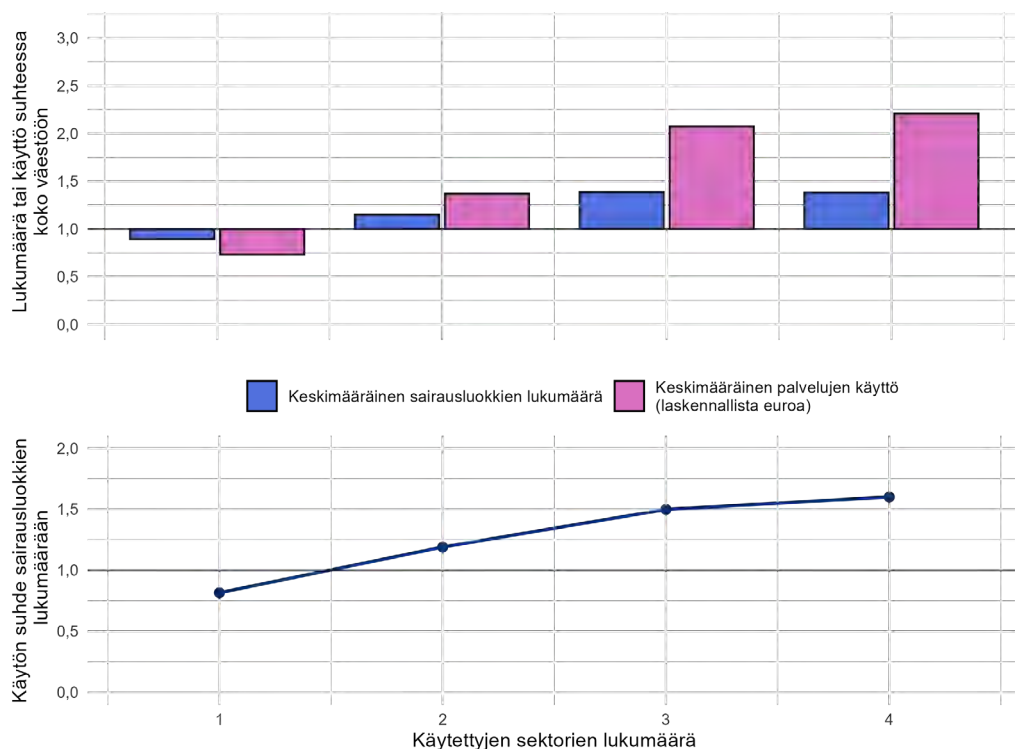
4.6 Palvelujen tarpeenmukainen käyttö ja rinnakkaiset sektorit

Seuraavaksi tutkittiin, kuinka eri sektoreita ja niiden yhdistelmiä käyttävien henkilöiden keskimääräinen palvelujen käyttö (arvioituna laskennallisilla kustannuksilla) vastasi heidän arvioitua palvelutarvettaan. Palvelutarvetta arvioitiin kahdella eri tavalla kuten aiemmin. Sairausluokkien määrää tulkittaessa on tärkeää huomioida, että analyyseissä kaikkia sairausluokkia käsiteltiin samanarvoisina, ilman painotusta niiden vakavuuden tai vaikutuksen mukaan. On esimerkiksi todennäköistä, että suuri osa väestöstä on sairastanut akuutteihin ylähengitystieinfektioihin kuuluvia sairauksia, kun taas tyypin 2 diabetesta esiintyy harvemmin ja vaikeaa kroonista munuaisten vajaatoimintaa vain pienellä osalla väestöstä. Täten erityisesti suuri sairausluokkien lukumäärä kuvastaa todennäköisemmin runsaampaa sairastavuutta ja terveydellisiä tarpeita. Herkkyystarkasteluna tehtiin vastaavat analyysit rajaamalla mukaan vain kroonisen monisairastavuuden määritelmään sisältyvät sairausluokat (Wikström ym. 2023). Näiden tarkastelujen tulokset – joita ei esitetä raportissa – olivat varsin yhteneväisiä raportin kuvioden kanssa, joskin erityisesti julkisten palvelujen käyttäjien sairastavuus oli entistään korostuneempaa.

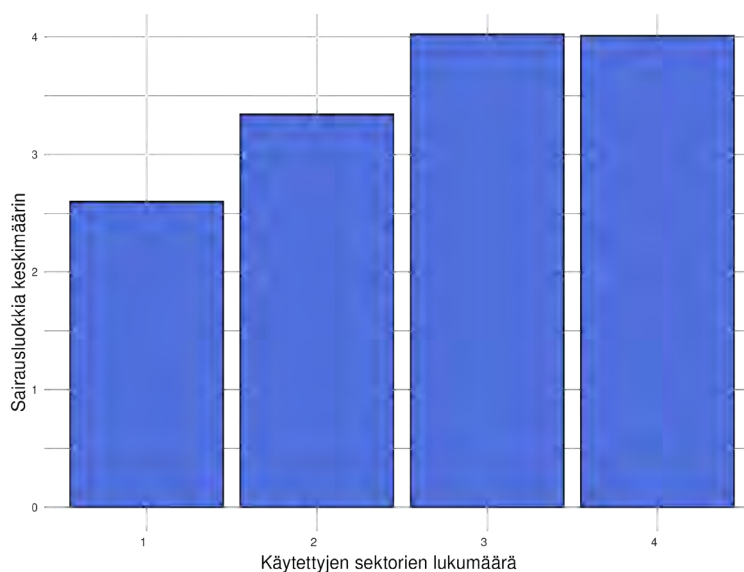
Kuvion 4.12 yläosassa esitetään henkilöiden vuoden 2023 keskimääräinen palvelujen käyttö sekä sairausluokkien lukumäärä sen mukaan ryhmiteltynä, kuinka montaa perustason avosairaanhoidon sektoria henkilö oli käyttänyt. Keskimääräiset luvut on esitetty suhteessa koko väestön keskiarvoon, jota kuvataan luvulla 1. Alle yhden olevat arvot kuvaavat siis keskimääräistä alhaisempaa sairauksien lukumäärää / palvelujen käyttöä ja yli yhden arvot keskimääräistä korkeampaa sairauksien lukumäärää / palvelujen käyttöä. Kuvion alaosassa näytetään suhdeluku, joka on saatu jakamalla kunkin ryhmän keskimääräinen palvelujen käyttö ryhmän keskimääräisellä sairausluokkien lukumäärällä. Alle yhden suhdeluku kuvaa sitä, että keskimääräinen palvelujen käyttö suhteessa sairauksien lukumäärään on vähäisempää kuin väestössä keskimäärin. Yli yhden suhdeluku puolestaan kuvaa sitä, että käyttö suhteessa sairauksien lukumäärään on suurempaa kuin väestössä keskimäärin. Kuviossa 4.13 esitetään sairausluokkien lukumäärien keskiarvot ryhmiteltynä sen mukaan, kuinka montaa eri sektoria henkilöt käyttivät vuoden 2022 aikana.

Kuvion 4.12 perusteella nähdään, että palvelujen käyttö oli sitä suurempaa, mitä useampaa sektoria henkilö oli käyttänyt rinnakkain. Lisäksi havaitaan, että sairastavuus näyttäisi olleen korkeampi useampia sektoreita käyttäneillä. Kolmea ja neljää sektoria rinnakkain käyttäneiden välillä sairausluokkien määrä ei vaihdellut. Sairausluokkien lukumäärien keskimääräiset erot olivat kuitenkin maltillisia (kuvio 4.13).

4 PERUSTASON AVOSAIRAANHOIDON PALVELUJEN KÄYTÖN TARPEENMUKAINEN JAKAUTUMINEN JA RINNAKKAISTEN SEKTORIEROOLI



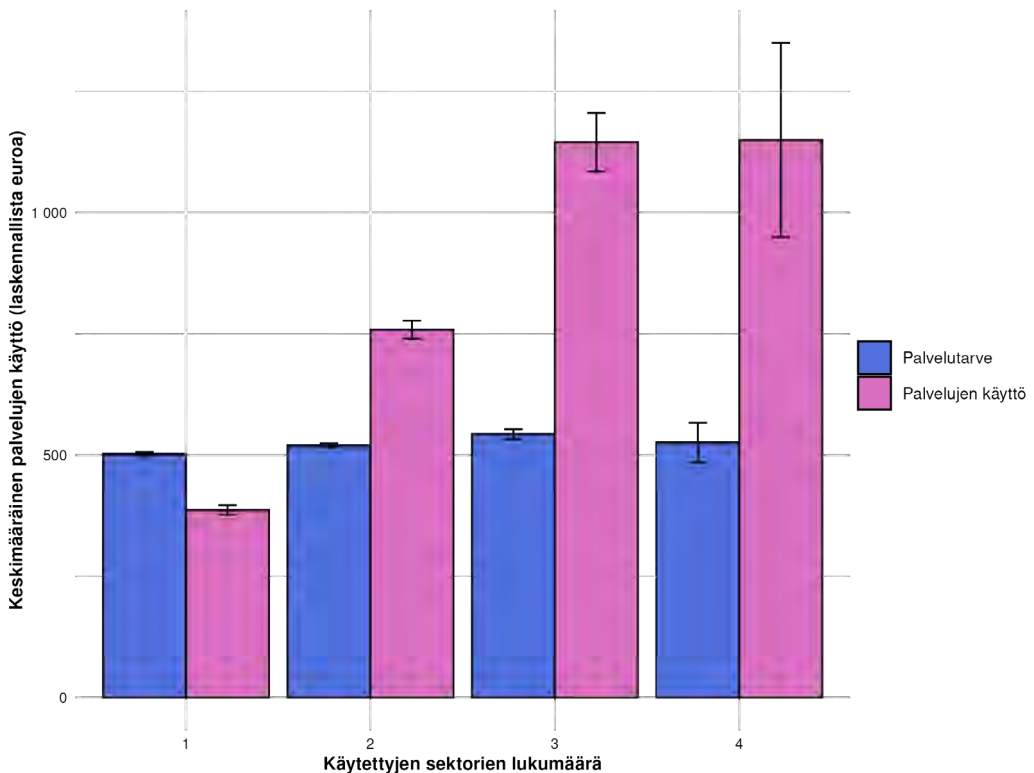
Kuvio 4.12. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina), sairausluokkien lukumäärä ja näiden kahden luvun välinen suhde henkilön vuoden 2023 aikana käyttämien sektorien lukumäärän mukaan.



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

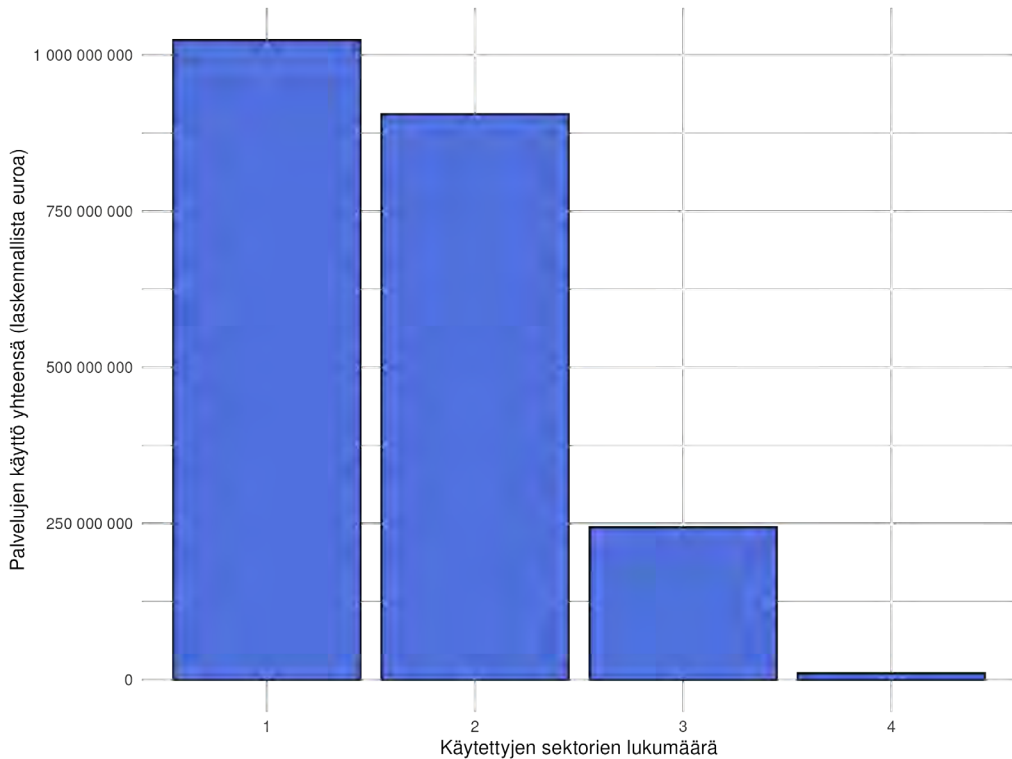
Kuviossa 4.14 esitetään vuoden 2022 keskimääräinen rekistereistä havaittu palvelujen käyttö sekä koetun terveydentilan perusteella ennustettu palvelujen käyttö sen mukaan ryhmiteltynä, kuinka montaa perustason avosairaanhoidon sektoria henkilö oli käyttänyt. Nähdään, että koettuun terveydentilaan perustuva ennustettu palvelutarve oli hyvin samansuuruinen ryhmien välillä. Tästäkin kuvioista nähdään, että useampia sektoreita vuoden aikana käyttäneiden henkilöiden keskimääräinen palvelujen käyttö oli huomattavasti suurempaa kuin yhtä sektoria käyttäneillä. Tämän lisäksi useampaa sektoria käyttäneillä palvelujen käyttö ylitti selvästi ennustetun palvelutarpeen. Vain yhtä sektoria käyttäneillä palvelujen keskimääräinen käyttö oli noin puolet kahta sektoria käyttäneisiin verrattuna ja kolmasosan kolmea sektoria käyttäneisiin verrattuna.

Useampia sektoreita käyttäneiden henkilöiden selvästi suurempi palvelujen käyttö näyttää siis heijastavan muutakin kuin pelkästään terveydellisten tarpeiden eroja. On todennäköistä, että useampia sektoreita käyttävien suurempi palvelujen käyttö selittyy osin sillä, että sektorit tekevät enemmän päällekkäistä diagnostiikkaa ja työtä pelkästään yhtä sektoria käyttäneiden hoitoon verrattuna.



Kuvio 4.14. Keskimääräinen palvelujen käyttö ja koettu terveydentila palvelutarpeen arviona henkilön vuoden 2022 aikana käyttämien sektorien määrän mukaan.

Kuviosta 4.15 nähdään, että kahta tai kolmea sektoria vuoden aikana käyttäneille kohdistui huomattava osuus koko väestön palvelujen käytöstä, minkä vuoksi rinnakkainen palvelujen käyttö on myös taloudellisesti merkittävä asia. Neljää sektoria käyttäneiden palvelujen käyttö on kuitenkin mitätön osuus kokonaisuudesta.



Kuvio 4.15. Palvelujen käytön laskennalliset kustannukset (euroa) yhteensä eri määrää sektoreita vuoden 2023 aikana käyttäneiden henkilöiden ryhmissä.

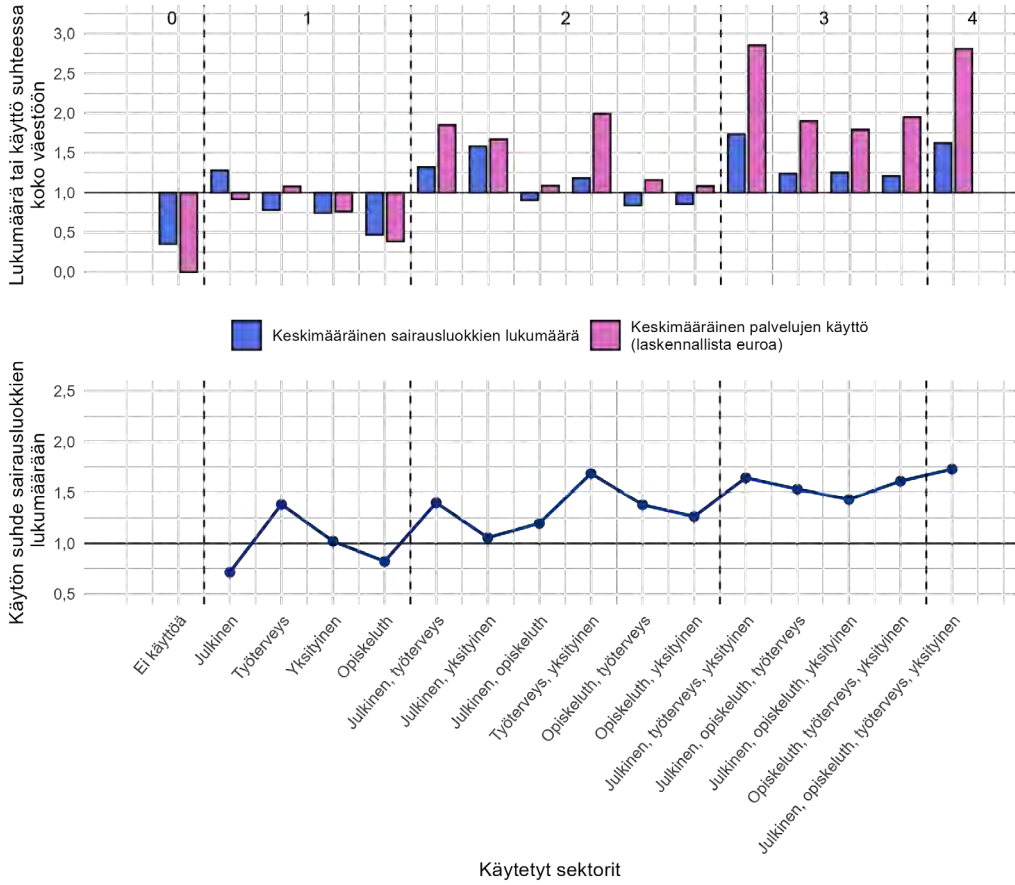
Seuraavissa kuvioissa esitetään, miten palvelujen käyttö suhteutuu kahdella eri tavalla arvioituun palvelutarpeeseen. Tarkastelut on ryhmitelty sen mukaan, kuinka monella sektorilla henkilö on asioinut, sekä tarkempien sektoriyhdistelmien mukaan. Kuviossa 4.16 palvelutarpeen arviona käytetään sairausluokkien lukumäärää ja esitetään palvelujen käytön ja sairausluokkien lukumäärän suhde. Liitekuvioissa 4–7 esitetään nämä tulokset eri ikäryhmissä.

Kuviosta 4.16 nähdään, että vain yhtä sektoria käyttäneiden joukossa julkisen terveydenhuollon käyttäjillä oli selvästi enemmän havaittuja sairausluokkia kuin työterveyshuollon, yksityisen sektorin tai opiskeluterveydenhuollon käyttäjillä. Samalla vain työterveyshuollon sektoria käyttäneiden palvelujen käyttö oli muita yhden sektorin käyttäjiä suurempaa. Käytön ja sairauksien lukumäärän suhde

viittaakin siihen, että työterveyshuollon havaittu palvelujen käyttö oli selvästi suurempaa kuin sairastavuus antaisi odottaa. Toisaalta suhdelukua voi tulkita myös niin, että erityisesti vain julkisen sektorin käyttö oli vastaavasti vähäisempää kuin sairastavuus antaisi odottaa. Luvut tuovat esille eri sektorien toimintalogiikkojen erot ja resursoinnin. Toisin sanoen julkinen sektori pyrkii kohdentamaan ja rajoittamaan palvelujen käyttöä hoidon tarpeen arvioinnin kautta, kun taas yksityisen sektorin ja työterveyshuollon osalta on mielekästä pyrkiä vastaamaan markkinaehtoisesti kaikkeen kysyntään (esim. kapasiteettia lisäämällä).

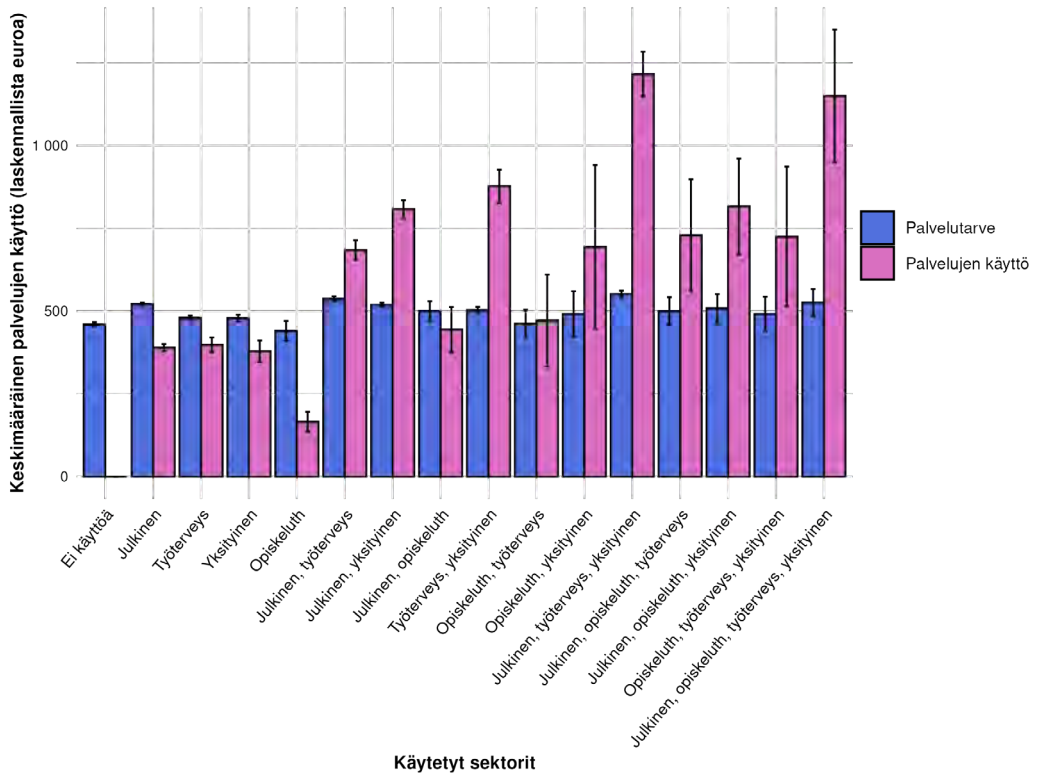
Kahta sektoria vuoden aikana käyttäneillä nähdään, että palvelujen käytön suhde sairausluokkien lukumäärään oli huomattavan suuri erityisesti yksityistä sektoria ja työterveyshuoltoa rinnakkain käyttäneillä. Toisin sanoen keskimääräinen palvelujen käyttö oli selvästi suurempaa kuin sairastavuus antoi olettaa. Julkista sektoria ja joko työterveyshuoltoa tai yksityistä sektoria rinnakkain käyttäneillä suhdeluku on keskimäärin pienempi, mikä viittaisi siihen, että näissä sektoriyhdistelmissä eri sektorien käyttö mahdollisesti tasapainottaa toistensa puutteita. Esimerkiksi yksityisen käyttö täydentää julkisia palveluja tai julkisen käyttö täydentää työnantajan järjestämän työterveyshuollon palveluja. Kolmea tai neljää sektoria käyttäneillä palvelujen käyttö näytti puolestaan kaikilla sektoriyhdistelmillä selvästi suuremmalta kuin sairausluokkien lukumäärä antoi odottaa. Keskimäärin vähiten rekistereihin kirjautuneita sairauksia oli henkilöillä, jotka eivät käyttäneet tarkastelujaksolla lainkaan perustason avosairaanhoitoa, sekä niillä, jotka käyttivät vain opiskeluterveydenhuollon palveluja.

4 PERUSTASON AVOSAIRAANHOIDON PALVELUJEN KÄYTÖN TARPEENMUKAINEN JAKAUTUMINEN JA RINNAKKAISTEN SEKTORIEROOLI



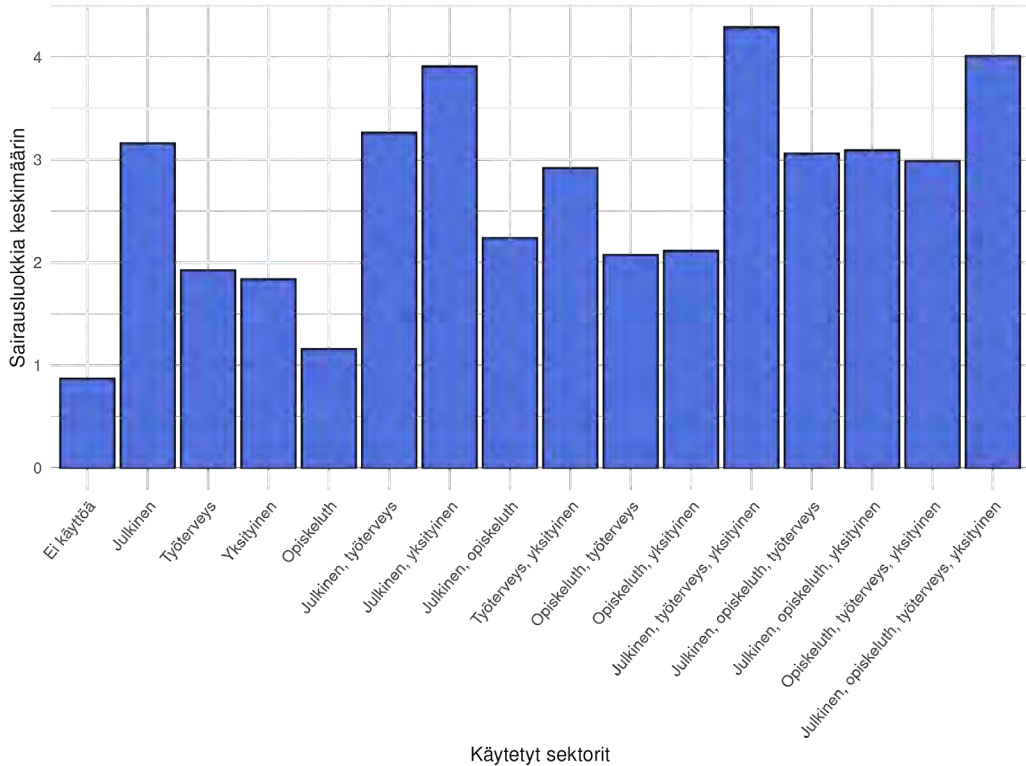
Kuvio 4.16. Keskimääräinen palvelujen käyttö, sairausluokkien lukumäärä ja näiden kahden luvun välinen suhde henkilön vuoden 2023 aikana käyttämän sektoriyhdistelmän mukaan. Yläreunan numerot kertovat käytettyjen sektorien määrään.

Kuviossa 4.17 palvelutarpeen arviona käytetään koetun terveydentilan perusteella mallinnettua palvelutarvetta. Nähdään, ettei koetussa terveydentilassa ollut merkittäviä eroja sen mukaan, asioiko henkilö yhdellä vai useammalla sektorilla. Pelkästään työterveyttä tai yksityisiä palveluja käyttäneisiin verrattuna koettu terveydentila oli heikompi julkisia palveluja käyttäneillä sekä niillä, jotka käyttivät lisäksi myös työterveyttä ja/tai yksityisiä palveluja. Väestökyselyiden perusteella tehdyt palvelujen käyttöä koskevat havainnot ovat varsin yhdenmukaisia koko väestön tasolla muodostetun kuvan kanssa.



Kuvio 4.17. Keskimääräinen palvelujen käyttö ja itse koettu terveydentila palvelutarpeen arviona henkilön vuoden 2022 aikana käyttämän sektoriyhdistelmän mukaan.

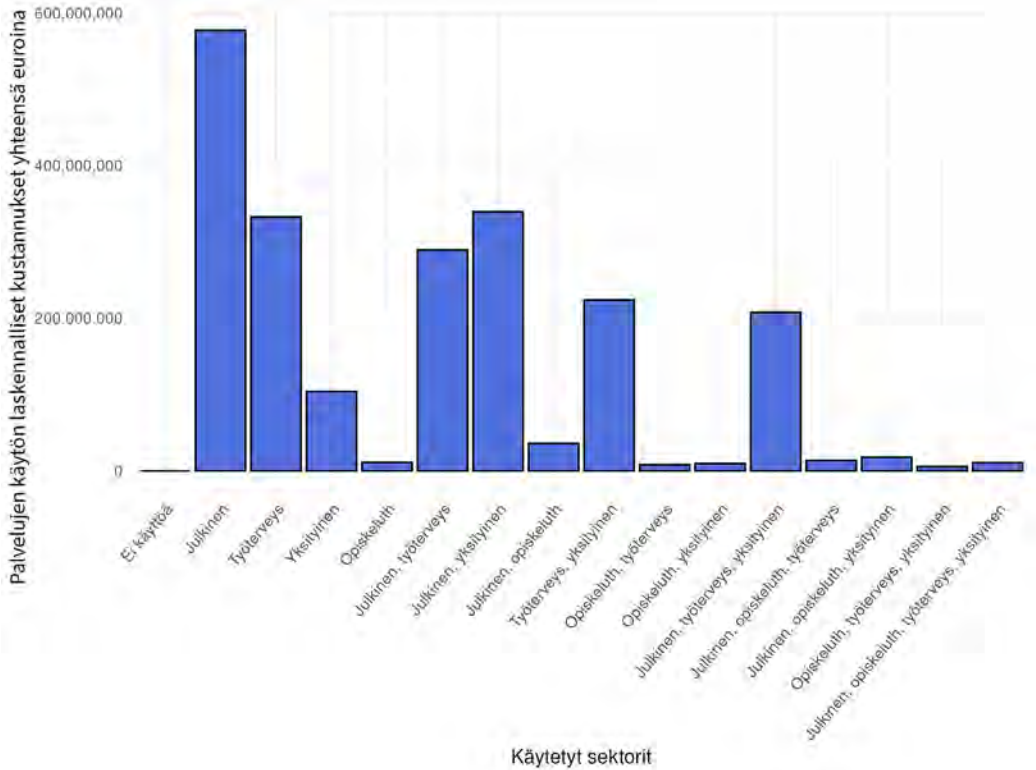
Kuviosta 4.18 taas nähdään, että koko väestön rekisteriaineistosta laskettu keskimääräinen sairausluokkien määrä vaihteli hiukan enemmän eri sektoriyhdistelmissä.



Kuvio 4.18. Sairausluokkien lukumäärä eri sektoriyhdistelmiä vuoden 2023 aikana käyttäneiden henkilöiden ryhmissä.

Palvelujen käytön, sairausluokkien lukumäärän ja koetun terveydentilan tarkasteluista voidaan nostaa esiin muutamia keskeisiä havaintoja. Kun tarkastellaan palvelujen käyttöä suhteessa väestön sairastavuuteen, näyttää siltä, että julkinen järjestelmä kykenee yksin tarjoamaan vain rajallisen määrän palveluja. Osa väestöstä pystyy täydentämään tätä tarjontaa hyödyntämällä erityisesti yksityisiä palveluja. Vastaavaa täydentämistä tapahtuu myös julkisen ja työterveyshuollon välillä, mutta tässä tapauksessa on todennäköisempää, että julkinen sektori toimii täydentäjänä – erityisesti pitkäaikaissairauksien hoidossa. Lisäksi yksityisen sektorin ja työterveyshuollon yhdistelmään sekä vähintään kolmen sektorin käyttöön liittyy selvästi suurempaa palvelujen käyttöä kuin mitä pelkkä sairastavuus ennustaisi.

Kuviosta 4.19 havaitaan, että eri sektoreita käyttäneiden palvelujen käytön yhteenlasketut laskennalliset kustannukset vaihtelivat merkittävästi eri sektoriyhdistelmien mukaan. Pelkästään julkisia palveluja käyttäneiden laskennalliset kustannukset olivat yhteenlaskettuina suurimmat kaikista sektoriyhdistelmistä. Toiseksi suurimmat yhteenlasketut laskennalliset kustannukset aiheutuivat sekä julkisia että yksityisiä palveluja käyttäneiden palveluista ja kolmanneksi suurimmat pelkästään työterveyshuoltoa käyttäneiden palveluista.



Kuvio 4.19. Palvelujen käytön laskennalliset kustannukset (euroa) yhteensä eri sektoriyhdistelmiä vuoden 2023 aikana käyttäneiden henkilöiden ryhmissä.

Seuraavissa taulukoissa esitetään perustason avosairaanhoidon palvelujen käytön ja eri taustamaisuuksien keskiarvoja väestössä sekä käytettyjen sektorien lukumäärän (taulukko 4.2) että eri sektoriyhdistelmien mukaan (taulukko 4.3). Taustamaisuuksina tarkastellaan muun muassa henkilöiden ikää, sosioekonomista asemaa, työkyvyttömyysjaksojen tai -eläkkeiden yleisyyttä, lääkekustannuksia, julkisen erikoissairaanhoidon käyttöä ja kuolleisuutta. Näitä tietoja tarkastelemalla saadaan tietoa siitä, millaiset henkilöt käyttivät – tai pystyivät käyttämään – eri sektoreita. Tämän lisäksi tiedot antavat myös viitteitä mahdollisista eroista eri sektoreita käyttävien väestöryhmien välillä.

Vain yhtä sektoria käyttäneet olivat muihin verrattuna hieman vanhempia, ja heillä oli muita korkeampi kuolleisuus (taulukko 4.2). Lisäksi he olivat pienituloisempia ja useammin toimeentulotuen varassa tai työkyvyttömyyseläkkeellä kuin kahta tai kolmea sektoria käyttäneet. Avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset ja julkisen somaattisen erikoissairaanhoidon käyttö oli yhtä sektoria käyttäneillä samalla tasolla kahta tai kolmea sektoria käyttäneiden kanssa. Kirjattujen sairausluokkien ja sairauspäivärahojen määrä oli kuitenkin yleisesti ottaen matalampi vain yhtä sektoria käyttäneillä.

Taulukko 4.2. Kuvailevien muuttujien keskiarvot eri määrää sektoreita vuosina 2021–2023 käyttäneillä.

Käytettyjen sektorien lkm.	Perust. palvelujen käyttö (eur)	Ikä	Tulot (eur)	Toimeentulotuki (%)	Sairauksien lkm.	Sairauspäivärahat (eur)	Työkyvyttömyyseläke (%)	Kuolleisuus (%)	Avoh. reseptilääkkeiden kustannukset (eur)	Julk. esh:n palvelujen käyttö (eur)
0	0	36,4	28 061	18,3 %	0,86	19	5,5 %	1,0 %	196	542
1	357	45,6	30 744	7,9 %	2,43	82	9,4 %	1,5 %	504	1 344
2	683	44,6	35 266	5,1 %	3,00	170	6,0 %	0,5 %	506	1 359
3	1 041	40,0	35 954	4,5 %	3,59	320	4,1 %	0,1 %	496	1 342
4	1 114	26,7	26 629	6,1 %	3,65	159	1,1 %	0,0 %	341	954

Taulukko 4.3 osoittaa, ettei käytettyjen sektorien lukumäärä yksin selitä eroja väestön taustatekijöissä tai palvelujen käytössä, vaan myös käytettyjen sektorien yhdistelmällä oli merkitystä. Yhtä sektoria käyttäneiden ryhmissä julkisia palveluja käyttäneet olivat keskimäärin vanhempia, sairaampia ja pienituloisempia ja käyttivät enemmän toimeentulotukia kuin työterveyden ja yksityisen sektorin käyttäjät. He käyttivät myös selvästi enemmän reseptilääkkeitä ja somaattista erikoissairaanhoitoa.

Kaikkien sektoriyhdistelmien tarkastelussa ainoastaan julkista perusterveydenhuoltoa ja yksityistä sektoria rinnakkain käyttäneiden ikäprofiili muistutti pelkästään julkisia palveluja käyttäneiden ryhmää. Näissä kahdessa ryhmässä oli myös suurimmat avohoidon reseptilääkkeiden kustannukset sekä julkisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttö. Tämä viittaa siihen, että osa iäkkäistä, pääasiassa julkista sektoria käyttävistä henkilöistä täydentää hoitoaan yksityisen sektorin palveluilla. Julkisia ja yksityisiä palveluja rinnakkain käyttäneiden sosioekonominen asema, sairauksien lukumäärä, avohoidon reseptilääkkeiden ja erikoissairaanhoidon käyttö olivat kuitenkin pelkästään julkisen sektorin palveluja käyttäneitä korkeampia, kun taas kuolleisuus oli alhaisempi. Luvussa 4.7 tuodaan esiin lisänäyttöä siitä, että saman ikäisten henkilöiden keskuudessa sosioekonominen asema on merkittävästi yhteydessä siihen, minkä sektorin tarjoamia perustason avosairaanhoidon palveluja henkilö Suomessa pystyy käyttämään. (taulukko 4.3)

Taulukko 4.3. Kuvailevien muuttujien tunnusluvut eri sektoriyhdistelmiä vuosina 2021–2023 käyttäneillä.

Käytetyt sektoriyhdistelmät	Perust. palvelujen käyttö (eur)	Ikä	Tulot (eur)	Toimeentulotuki	Sairauksien (lkm)	Sairauspäivärahat (eur)	Työkyvyttömyyseläke (%)	Kuolleisuus (%)	Avoh. reseptilääk. kustannukset (eur)	Julk. esh:n palvelujen käyttö (eur)
EI KÄYTTÖÄ	0	36,4	28 061	18 %	0,86	19	5,5 %	1,0 %	196	542
JULK	346	49,3	25 568	9 %	2,85	86	13,8 %	2,3 %	665	1 863
TTH	407	43,0	39 222	6 %	1,78	93	1,5 %	0,1 %	236	449
YKS	352	35,1	42 540	5 %	1,76	45	3,4 %	0,4 %	264	601
OPIS	146	21,6	23 933	16 %	1,10	48	1,0 %	0,0 %	127	296
JULK, TTH	670	42,6	33 951	5 %	2,79	252	3,9 %	0,2 %	450	1 279
JULK, YKS	696	51,8	33 508	4 %	3,59	110	10,9 %	1,2 %	713	1 972
JULK, OPIS	415	22,4	22 797	19 %	2,02	98	2,1 %	0,1 %	224	778
TTH, YKS	812	44,8	46 709	3 %	2,72	175	2,0 %	0,1 %	341	605
OPIS, TTH	433	26,7	26 081	7 %	1,92	50	0,6 %	0,0 %	169	352
OPIS, YKS	472	20,9	32 735	7 %	2,00	44	0,7 %	0,0 %	197	384
JULK, TTH, YKS	1 121	44,0	38 428	3 %	3,80	373	4,7 %	0,2 %	552	1 481
JULK, OPIS, TTH	696	26,7	24 783	9 %	2,70	115	1,1 %	0,0 %	268	773
JULK, OPIS, YKS	751	22,6	27 327	10 %	2,87	120	1,9 %	0,0 %	304	938
OPIS, TTH, YKS	793	26,5	28 491	4 %	2,78	84	0,7 %	0,0 %	233	420
JULK, TTH, YKS, OPIS	1 114	26,7	26 629	6 %	3,65	159	1,1 %	0,0 %	341	954

Keskimääräinen tulotaso oli muita ryhmiä selvästi korkeampi erityisesti pelkästään yksityistä sektoria sekä rinnakkain työterveyshuoltoa ja yksityistä sektoria käyttäneillä. Pelkästään opiskeluterveydenhuoltoa käyttäneillä ja niillä, joilla opiskeluterveydenhuolto oli osana sektoriyhdistelmiä, nähtiin pääsääntöisesti muita sektoreita korkeampaa toimeentulotuen tarvetta. Näihin ryhmiin kuuluvat olivat myös ymmärrettävästi selvästi muita ryhmiä nuorempia. (taulukko 4.3)

Henkilöillä, jotka eivät käyttäneet lainkaan perustason avosairaanhoidon palveluja, esiintyi keskimääräistä enemmän toimeentulotuen käyttöä, ja heissä oli myös jonkin verran enemmän työkyvyttömyyseläkkeellä olevia. Tässä ryhmässä oli vähiten todettuja sairauksia ja sairauspäivärahojen saajia, mutta siitä huolimatta kolmanneksi suurin kuolleisuus ja kohtalaista somaattisen erikoissairaanhoidon käyttöä. Ryhmä näyttäisi olevan rakenteeltaan monimuotoinen: Osalla ei todennäköisesti ole tarvetta avosairaanhoidon palveluille, vaan heillä on esimerkiksi hyvä terveydentila tai aktiivinen hoitokontakti julkiseen erikoissairaanhoitoon, jota tässä tutkimuksessa ei

tarkastella. Osalla taas voi olla tyydyttymätöntä palvelutarvetta sekä haasteita käyttä perustason avosairaanhoidoa. (taulukko 4.3)

Taulukoiden 4.2 ja 4.3 tulokset tukevat luvun aiempia havaintoja siitä, että Suomessa väestö käyttää yleisesti eri sektorien palveluja rinnakkain ja pääasiallisesti julkisia palveluja käyttävät ovat vanhempaa väestöä ja työelämän ulkopuolella. Useita rinnakkaisia sektoreita käyttävät taas ovat nuorempia ja työssäkäyviä. Vaikka julkinen terveydenhuolto järjestää perustason avosairaanhoidoa koko väestölle, näyttäisivät Suomen perustason avosairaanhoidon sektorit vahvasti eriytyneen palvelemaan eri väestöryhmiä.

Taulukossa 4.4 esitetään lukuina henkilöiden palvelujen käytön laskennallisten kustannusten yhteys käytettyjen sektorien lukumäärään (malli 1) tai eri sektoriyhdistelmiin (malli 3). Tämä eroaa kuvion 4.19 tuloksista siten, että kuviossa kuvataan sektorin yhteenlasketut kustannukset ja tässä taulukossa laskennalliset kustannukset henkilötasolla. Tilastollisena menetelmänä käytettiin lineaarista regressiomallia. Tuloksista nähdään, että mitä useampaa sektoria henkilö käytti, sitä suuremmiksi palvelujen käytön laskennalliset kustannukset todennäköisemmin kasvoivat (ts. sitä enemmän palveluja henkilö yhteensä käyttää). Yhtä sektoria käyttäneillä korkeammat laskennalliset kustannukset olivat yhteydessä työterveyshuollon tai yksityisen sektorin käyttöön. Kahta sektoria käyttäneillä korkeat laskennalliset kustannukset olivat vastaavasti yhteydessä erityisesti yksityisen sektorin ja joko työterveyshuollon tai julkisen sektorin käyttöön. Kolmea sektoria käyttäneillä korkeat laskennalliset kustannukset olivat puolestaan yhteydessä erityisesti julkisen ja yksityisen sektorin sekä työterveyshuollon samanaikaiseen käyttöön.

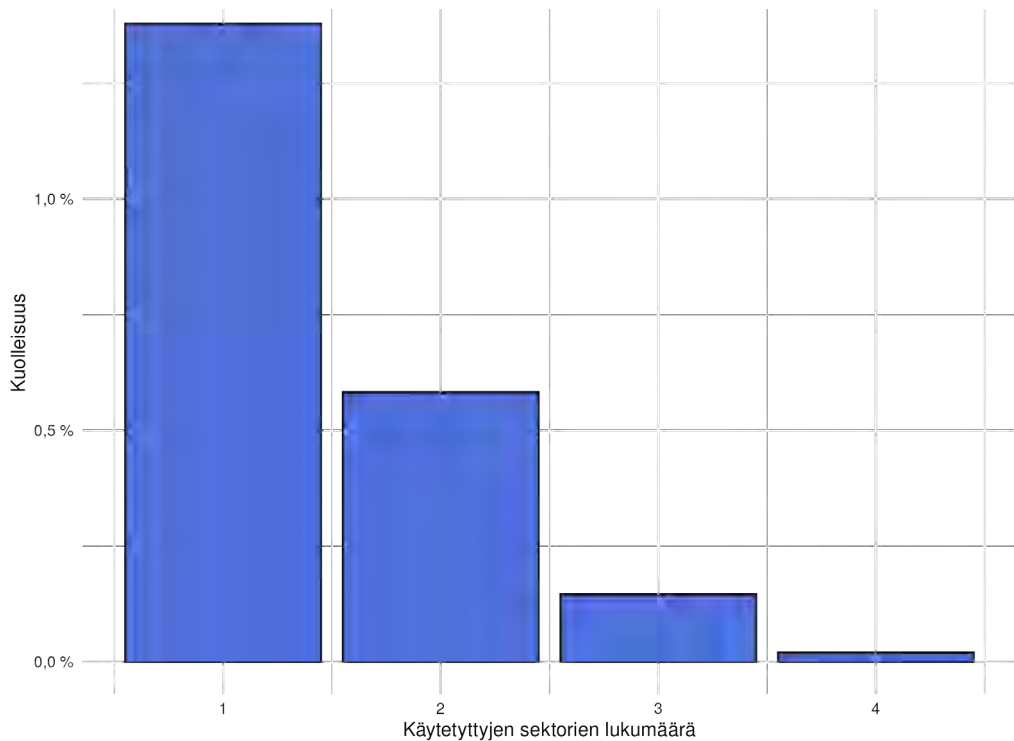
Taulukko sisältää myös tarkastelun, jossa käytettyjen sektorien lisäksi huomioidaan (ts. vakioidaan) myös henkilön ikä, sukupuoli ja terveydentila sairausluokitusta käyttäen (mallit 2 ja 4). Näiden ominaisuuksien vakiointi ei muuta keskeisiä tuloksia: havaittu yhteys laskennallisten kustannusten ja käytettyjen sektorien välillä säilyi, vaikka tilastollinen malli huomioi eri sektoreita käyttäneiden väliset erot iässä, sukupuolella ja terveydentilassa. Näistäkin tuloksista nähdään, että mitä useampaa sektoria henkilö käytti, sitä suurempia palveluista kertyvät laskennalliset kustannukset todennäköisesti olivat. Lisäksi suurimmat laskennalliset kustannukset yhdistyivät erityisesti kaikkien neljän sektorin käyttöön ja sellaiseen kolmen sektorin käyttöön, jossa henkilö käytti niin julkista terveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa kuin yksityistä terveydenhuoltoakin. Vähiten laskennallisia kustannuksia liittyi pelkästään julkisen tai opiskeluterveydenhuollon käyttöön. Kahden sektorin käytössä laskennalliset kustannukset olivat matalimmat, jos henkilö käytti opiskeluterveydenhuollon lisäksi joko julkisia tai työterveydenhuollon palveluja.

Taulukko 4.4. Palvelujen käyttö selitettynä käytetyillä sektoreilla sekä eri sektoriyhdistelmillä vuoden 2023 aineistossa.

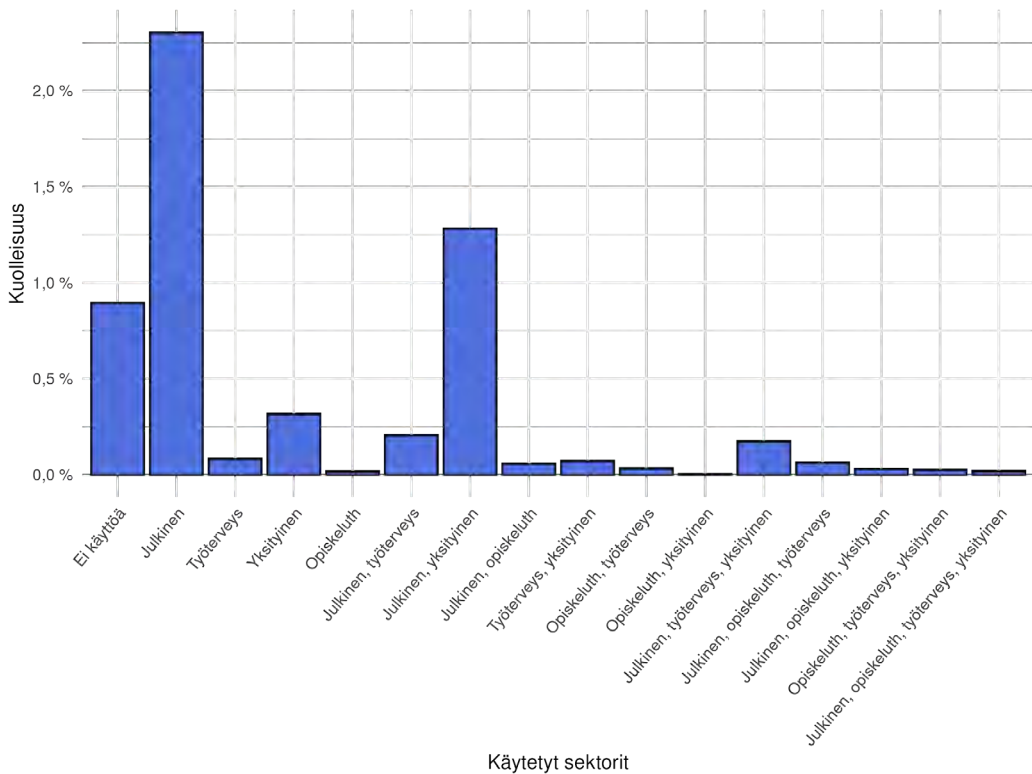
Muuttuja	Malli 1	Malli 2	Malli 3	Malli 4
Vakiotermi	364,31 (0,3)	24,01 (6,21)	0 (0,4)	-142,29 (4,81)
Käyttöä 2 sektorilla	318,51 (0,53)	184,95 (0,45)		
Käyttöä 3 sektorilla	671,08 (1,07)	397,33 (0,92)		
Käyttöä 4 sektorilla	737,76 (5,06)	460,41 (4,16)		
JULK			359,83 (0,53)	151,11 (0,48)
TTH			422,69 (0,64)	234,48 (0,59)
YKS			298,06 (0,85)	145,11 (0,72)
OPIS			151,35 (1,66)	128,7 (1,42)
JULK, TTH			725,63 (0,8)	395,24 (0,74)
JULK, YKS			655,88 (0,73)	325,77 (0,66)
JULK, OPIS			425,94 (1,56)	274,2 (1,35)
TTH, YKS			782,41 (0,91)	454,8 (0,83)
OPIS, TTH			454,33 (3,33)	265,29 (2,79)
OPIS, YKS			424,16 (2,95)	251,61 (2,48)
JULK, TTH, YKS			1121,02 (1,1)	642,13 (0,99)
JULK, OPIS, TTH			745,34 (3,26)	428,93 (2,74)
JULK, OPIS, YKS			703,65 (2,77)	413,46 (2,34)
OPIS, TTH, YKS			765,15 (5,09)	436,44 (4,25)
JULK, TTH, YKS, OPIS			1102,07 (4,45)	640,8 (3,72)
Kontrollit	-	X	-	X
R ² -luku	0,13	0,42	0,28	0,51

Malleissa on selitetty palvelujen käytön laskennallisia kustannuksia käytettyjen sektorien lukumäärällä (mallit 1 ja 2) ja käytettyjen sektorien yhdistelmällä (mallit 3 ja 4). Mallit on estimoitu lineaarisella regressiolla. Kontrollimuuttujina ovat sairausluokitus ja ikä-sukupuoliryhmät viisivuotiskäryhmittäin (mallit 2 ja 4). Suluissa oleva arvo on estimaatin keskihajonta.

Kuvioista 4.20 ja 4.21 nähdään, että kuolleisuus oli suurinta pelkästään julkista terveydenhuoltoa tai sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa käyttäneillä ja henkilöillä, jotka eivät käyttäneet perustason avosairaanhoitoa lainkaan. Näiden ryhmien korostunutta kuolleisuutta voi tulkita ainakin kahdella, toisistaan eriävällä tavalla. Kuolleisuus voi olla merkki havaitsemattomasta sairastavuudesta, eli toisin sanoen siitä, etteivät palvelut riittävästi tavoita niitä tarvitsevia henkilöitä. Tämä lie-nee ainakin osaselitys henkilöillä, jotka eivät ole käyttäneet perustason avosairaan- hoidon palveluja. Toinen vaihtoehto on, että suurempi kuolleisuus voi heijastella luonnollisen kuoleman riskiä erityisesti ikääntyneillä henkilöillä, mikä tarjoutuu luontevana tulkintana vain julkista terveydenhuoltoa ja sekä julkista että yksityistä terveydenhuoltoa käyttävillä. Jatkotutkimusta tarvitaan selvittämään näiden tulkin- tojen paikkansapitävyyttä eri käyttäjäryhmien osalta.



Kuvio 4.20. Kuolleisuus vuonna 2024 eri määrää sektoreita vuoden 2023 aikana käyttäneiden henkilöiden ryhmissä.

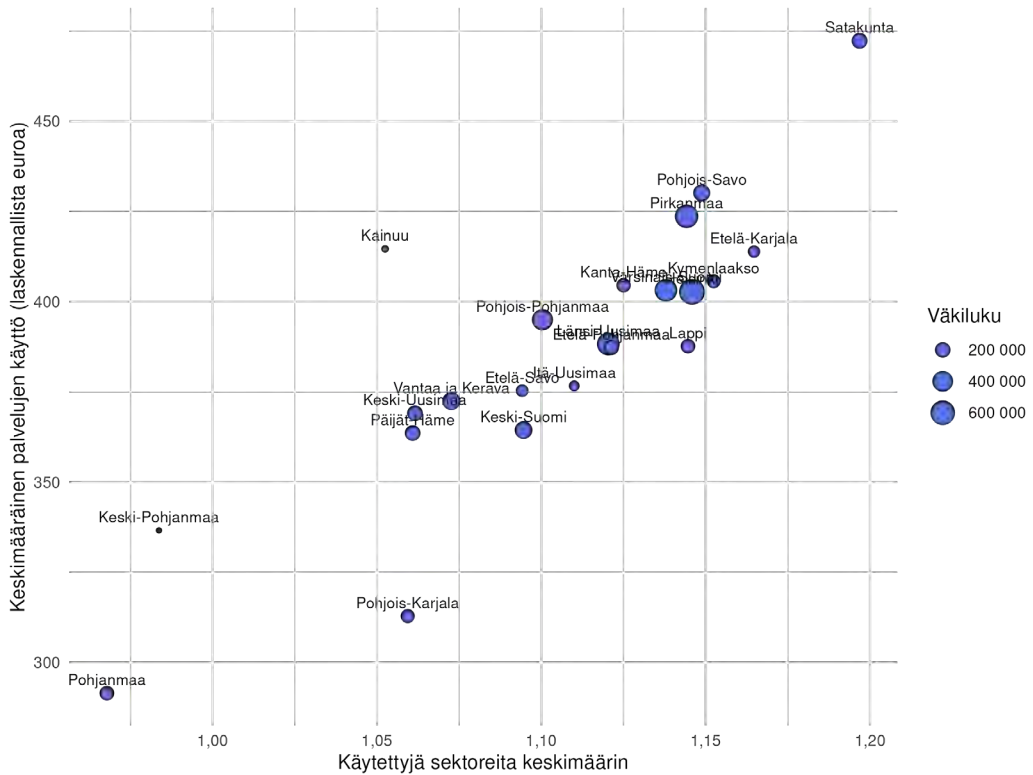


Kuvio 4.21. Kuolleisuus vuonna 2024 eri sektoriyhdistelmiä vuoden 2023 aikana käyttäneiden henkilöiden ryhmissä.

Seuraavassa kuviossa 4.22 esitetään keskimääräisen palvelujen käytön suhde käytettyjen sektorien lukumäärään eri hyvinvointialueilla. Havaintopisteen koko kuvaa alueen väkilukua. Kuviossa joidenkin alueiden havaintopisteiden nimet menevät osin päällekkäin. Kuviossa ylimpänä olevassa ryppäässä ovat Kanta-Häme, Varsinais-Suomi, Helsinki (suurin havaintopiste) ja Kymenlaakso (alueet tässä järjestyksessä vasemmalta oikealle). Alemmassa ryppäässä Länsi-Uusimaa ja Etelä-Pohjanmaa menevät kuviossa päällekkäin.

Kuviosta nähdään, että palvelujen käyttö on selvässä yhteydessä käytettyjen sektorien määrään. Mitä enemmän alueella oli palvelujen käyttöä, sitä enemmän sektoreita käytettiin rinnakkain. Pohjanmaalla käytettiin vähiten palveluja ja samanaikaisesti siellä oli vähiten rinnakkaisten sektorien käyttöä. Satakunnassa taas suurin palvelujen käyttö heijastui useampien sektorien käyttöön. Poikkeavia alueita oli muutama. Keski-Pohjanmaalla ja Kainuussa oli selvästi muuta maata vähemmän rinnakkaisten sektorien käyttöä suhteessa alueiden palvelujen käytön tasoon. Pohjois-Karjalassa taas rinnakkaisten sektorien käyttöä oli muuta maata enemmän suhteessa alueen palvelujen käytön tasoon. (kuvio 4.22)

Kainuun rinnakkaisten sektorien vähäisempi käyttö voi johtua julkisen sektorin roolin painotuksesta keskimääräistä sairaamman väestön vuoksi. Keski-Pohjanmaalla taustalla voi olla vähäisempi yksityispalvelujen käyttö. Pohjois-Karjalassa selityksenä voivat olla julkisten palvelujen saatavuuden ongelmat ja väestön korkea sairastavuus.

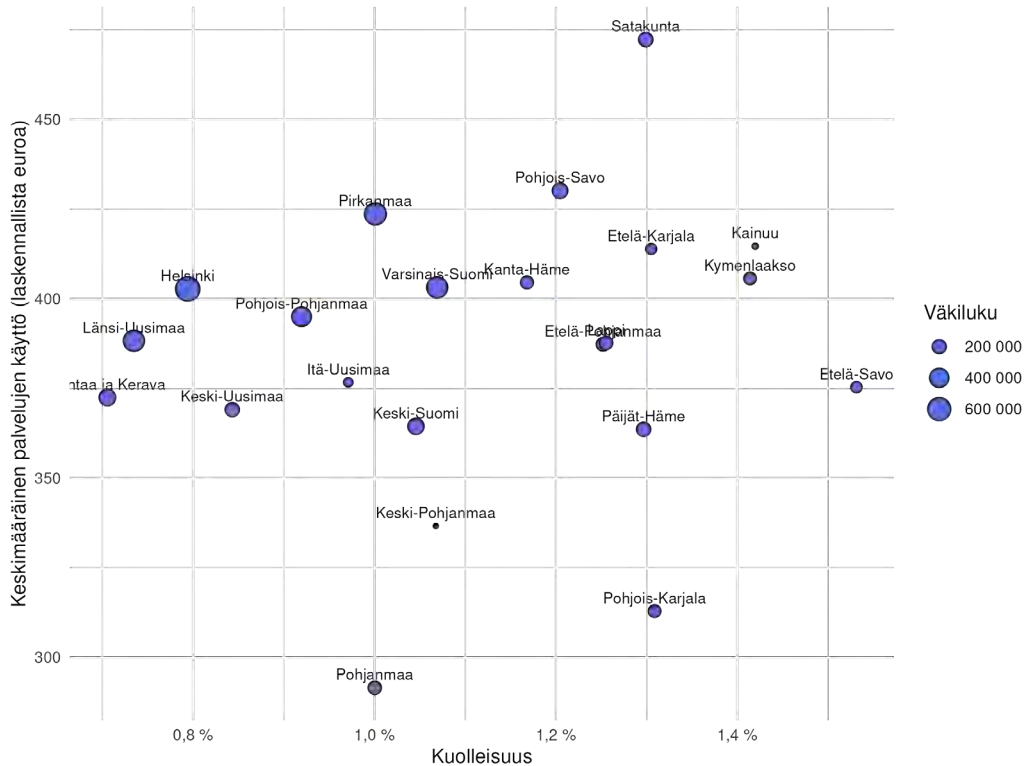


Kuvio 4.22. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) suhteessa sektorien lukumäärään alueittain vuonna 2023.

Kuviossa 4.23 esitetään keskimääräisen palvelujen käytön ja kuolleisuuden yhteys eri hyvinvointialueilla. Kuviossa Etelä-Pohjanmaan ja Lapin havaintopisteiden nimet menevät lähes kokonaan päällekkäin. Vantaan ja Keravan nimi näkyy kuviossa vain osittain.

Kuviosta havaitaan, ettei alueiden väestön keskimääräisellä palvelujen käytöllä ollut selkeää yhteyttä alueiden väestön kuolleisuuteen. Joitakin selkeitä poikkeamia keskimääräisiin havaintoihin kuitenkin oli. Esimerkiksi Satakunnassa oli korkeahko kuolleisuus sekä koko maan suurin palvelujen käytön taso. Pohjois-Karjalassa taas oli myös keskimääräistä korkeampi kuolleisuus mutta vähän palvelujen

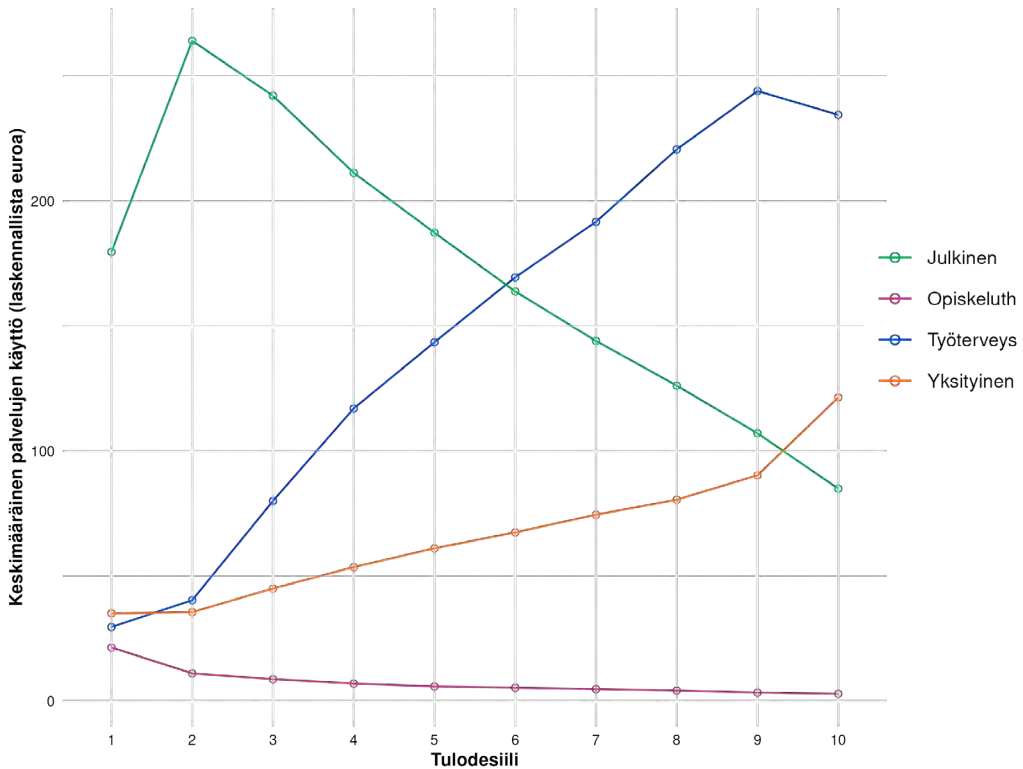
käyttöä. Uudenmaan osalta väestön nuori ikärakenne ja hyvä terveydentila selittävät alueen matalan kuolleisuuden. Vantaalla ja Keravalla oli kaikista matalin kuolleisuus. Pohjanmaalla oli vähiten palvelujen käyttöä koko maassa ja alueen kuolleisuus oli maan keskitasoa tai vähän sitä matalampi. (kuvio 4.23)



Kuvio 4.23. Keskimääräinen palvelujen käyttö (laskennalliset kustannukset euroina) suhteessa kuolleisuuteen alueittain vuonna 2023.

4.7 Palvelujen tarpeenmukainen käyttö tulotason mukaan

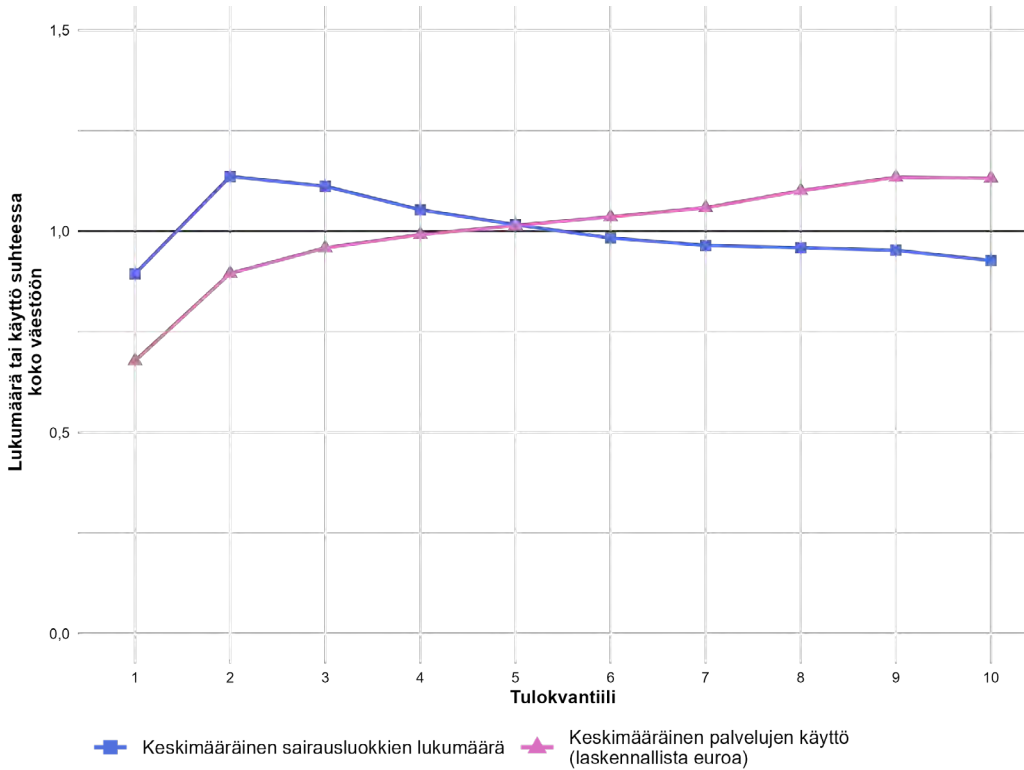
Kuviosta 4.24 nähdään, että julkisen perustason avosairaanhoidon palvelujen käyttö oli suurempaa alemmissa tuloryhmissä ja väheni tasaisesti tulojen kasvaessa. Työ-terveyshuollon ja yksityisten palvelujen käyttö oli puolestaan vähäistä alemmissa tuloryhmissä ja yleistyi tulojen kasvaessa. Opiskeluterveydenhuollon käyttö painottui hieman alimpiin tuloryhmiin.



Kuvio 4.24. Keskimääräinen palvelujen käyttö eri sektoreilla asuntokunnan käyttötulodesiileissä vuonna 2023.

Kokonaisuudessaan perustason avosairaanhoidon palveluja käytettiin enemmän ylemmissä tuloryhmissä, kun taas diagnoosien perusteella mitattu sairastavuus painottui hieman enemmän alempiin tuloryhmiin (kuvio 4.25). Toisin sanoen mitä korkeammasta tuloryhmästä oli kyse, sitä selvemmin havaittu palvelujen käyttö ylitti sen, mitä sairastavuus antoi odottaa. Vastaavasti mitä alemmasta tuloryhmästä oli kyse, sitä selvemmin havaittu palvelujen käyttö alitti sen, mitä sairastavuus

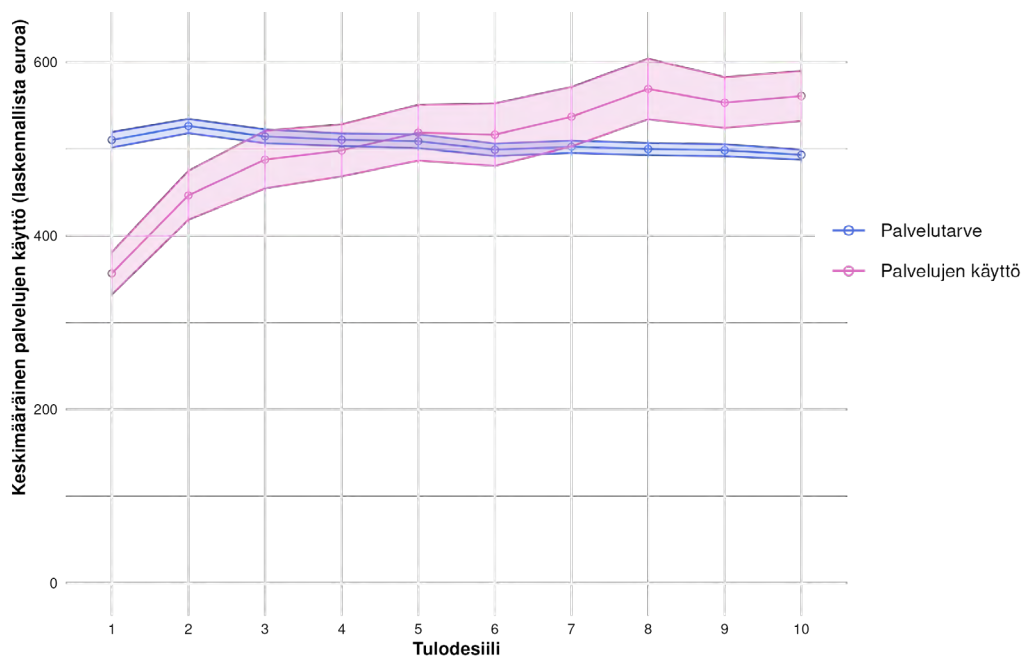
antoi odottaa. Tämä havainto viittaa siihen, että perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmämme monikanavainen rakenne mahdollistaa hyvätuloiselle väestölle paremmat edellytykset käyttää palveluja. Koska resursseja on rajallisesti, tämä samalla rajaa pienituloisten mahdollisuuksia käyttää palveluja heidän tarpeidensa mukaisesti.



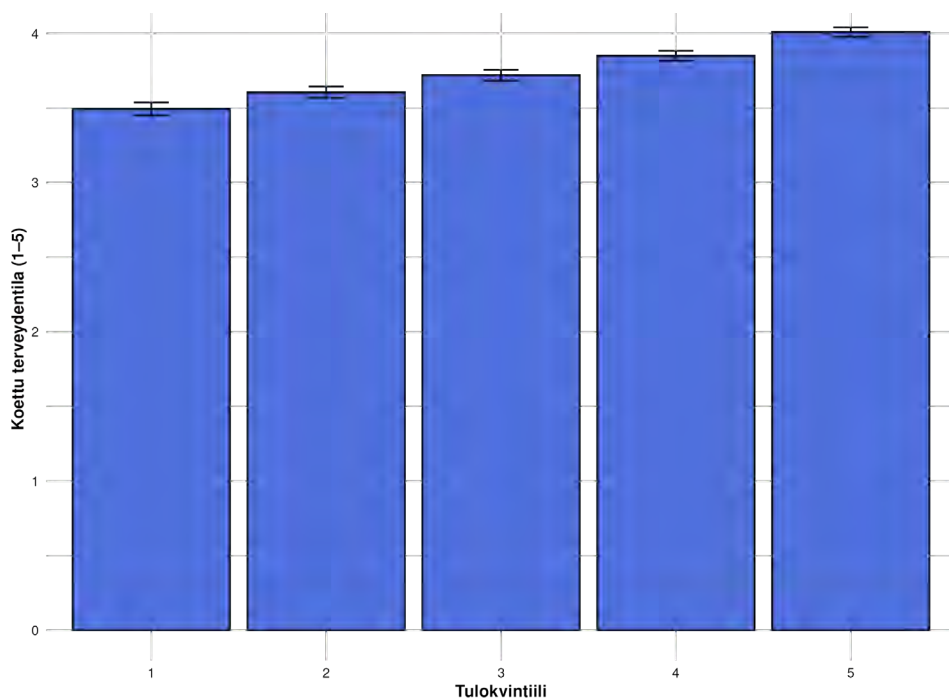
Kuvio 4.25. Keskimääräinen palvelujen käyttö ja sairausluokkien lukumäärä tulodesiileittäin vuonna 2023.

Koetun terveydentilan pohjalta ennustettu palvelujen käyttö (ts. palvelutarve) ei puolestaan juuri eronnut tuloryhmien välillä, joskin korostui hieman enemmän pienituloisilla (kuvio 4.26). Koettu terveydentila itsessään oli sen sijaan matalampi alemmissa tuloryhmissä ja kuolleisuus moninkertainen ylimpään tuloryhmään verrattuna (kuviot 4.27 ja 4.28). Ennustetun palvelutarpeen suhteesta havaittuun palvelujen käyttöön nähdään kuitenkin saman suuntainen yhteys kuin edellä. Mitä korkeampi tulotaso, sitä enemmän nähdään palvelujen käyttöä suhteessa palvelutarpeeseen. Havaitut palvelujen käytön ja kuolleisuuden tuloryhmittäiset erot viittaavat siihen, että palvelujen jakautumista ohjaa ensisijaisesti saatavuus eikä väestön todellinen terveydentila.

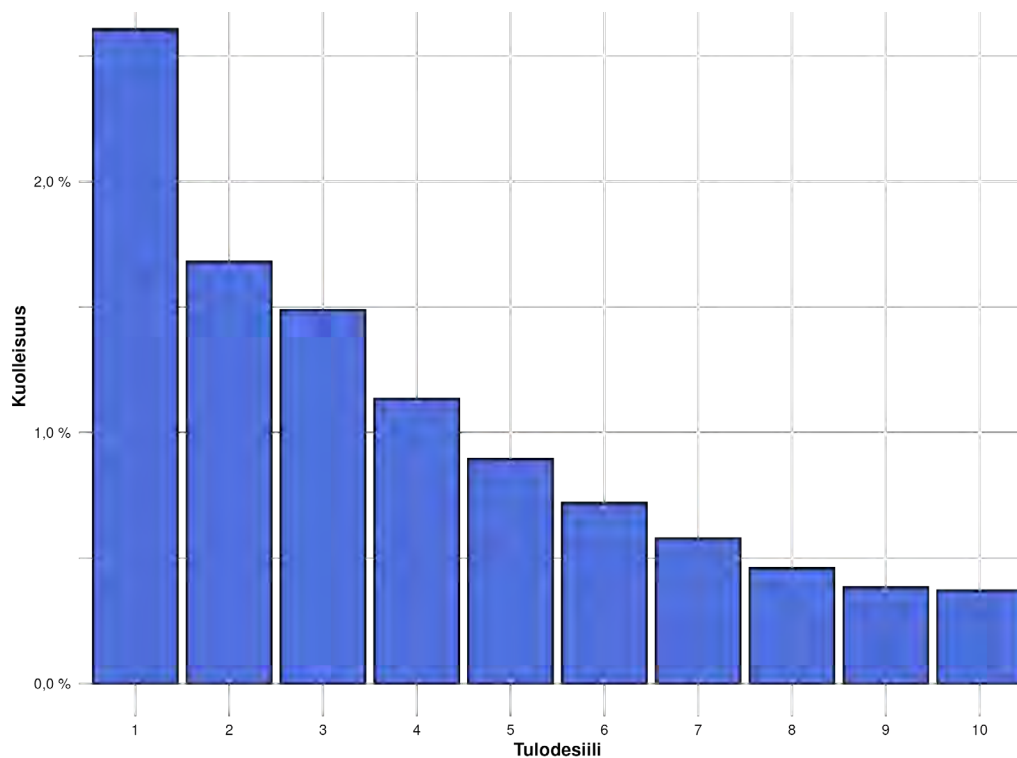
4 PERUSTASON AVOSAIRAANHOIDON PALVELUJEN KÄYTÖN TARPEENMUKAINEN JAKAUTUMINEN JA RINNAKKAISTEN SEKTORIEROOLI



Kuvio 4.26. Keskimääräinen palvelujen käyttö ja palvelutarve koetun terveydentilan arviona tulodesiileittäin vuonna 2022.



Kuvio 4.27. Keskimääräinen koettu terveydentila tulokvintiileittäin vuonna 2022.



Kuvio 4.28. Väestön vuoden 2024 kuolleisuus tulodesiileittäin.

5 Henkilöstöresurssien riittävyys ja työn jakautuminen

Tässä luvussa tarkastellaan sote-henkilöstöresurssien jakautumista perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmän eri sektoreihin. Henkilöstöresurssien jakautumista arvioidaan lääkärin ja hoitajien kirjaamien hoitotapahtumien näkökulmasta sekä valtakunnallisesti että hyvinvointialueittain. Lisäksi tutkitaan henkilöstöresurssien tarvetta suhteessa palvelutarpeen ennakoituun kehitykseen. Henkilöstön tarjonnan kehitystä tarkastellaan toteutuneiden koulutusmäärien ja koulutusennusteiden näkökulmasta. Lopuksi tutkitaan, riittääkö henkilöstön tarjonta vastaamaan ammattilaisten kysyntää koko sote-sektorilla. Tässä luvussa esitettyjä alueellisia vertailuja tulkittaessa on hyvä huomioida, että hoitotapahtuman alueeksi rekisteröity se alue, joka vastaa palveluntarjoajan sijaintitietoa. Sijaintitieto ei välttämättä vastaa aluetta, missä asiointi on tosiasiaa tapahtunut, tai toisaalta palvelun käyttäjän kotipaikkaa.

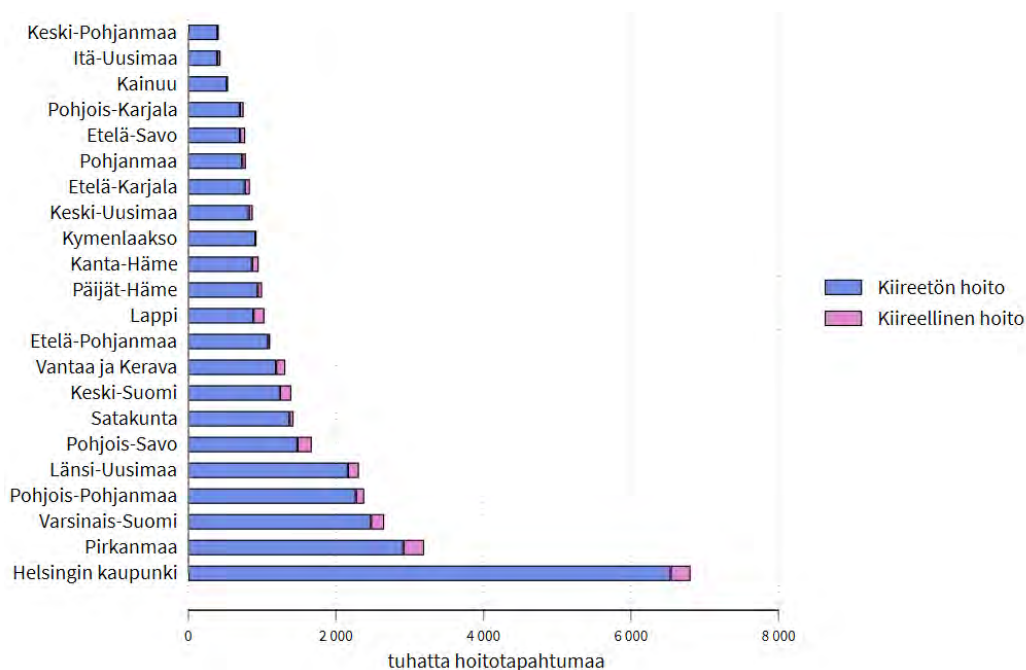
5.1 Henkilöstöresurssien jakautuminen eri sektorien välillä valtakunnallisesti ja hyvinvointialueittain

Lääkärin ja hoitajien tuottamien läsnä- ja etäasiointien eli hoitotapahtumien määrä vaihteli merkittävästi ammattilaisten välillä (liitekuviot 8 ja 9). Tästä syystä henkilöstöresurssien jakautumisen vaihtelua kuvataan sekä henkilöstön tuottamien hoitotapahtumien määrän että henkilöstön määrän avulla. Tarkasteluun sisällytetyt hoitotapahtumat voivat olla luonteeltaan hyvin erilaisia niin ammattilaisten käyttämän työajan kuin hoitotapahtumasta yleisemmin aiheutuvien kustannusten näkökulmasta. Käynnin keston voivat vaikuttaa esimerkiksi hoidettavan sairauden vaikeusaste ja potilaan heikentynyt toimintakyky, joka voi johtua potilaan korkeasta iästä, sairaudesta tai vammasta. Merkitystä voi olla myös sillä, miten käynti on tuotettu. Läsnaasiointi vaatii usein enemmän ammattilaisen työaikaa kuin chat-palveluna tuotettu etävastaanotto, eivätkä hoitotapahtumien määrät siksi kerro työntekijän todellisesta työpanoksesta.

Vuonna 2023 kaikilla neljällä sektorilla havaittiin yhteensä 33 miljoonaa hoitotapahtumaa, jotka olivat tutkimuksen määrittelyjen mukaista perustason avosairaanhoidon hoitoa. Ne kattoivat 45 prosenttia kaikista avohoidoilmoitusrekisteriin kirjatusta hoitotapahtumista. Kuviosta 5.1 nähdään, että hoitotapahtumien määrä vaihteli merkittävästi hyvinvointialueiden (ml. Helsingin kaupunki) välillä, mikä heijastaa erityisesti eroja alueiden väkiluvuissa, mutta myös palvelujen järjestämisessä ja väestön palvelutarpeessa sekä mahdollisissa tietopuutteissa. Uudelleen hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin hoitotapahtumien keskinäiseen jakautumi-

seen voi vaikuttaa myös se, että palveluntarjoajat eli terveysasemien ja yksityisten toimijoiden päätoimipaikat sijoittuvat tyypillisesti isomman väestöpohjan alueille, kuten Helsinkiin.

Vuonna 2023 määrällisesti vähiten hoitotapahtumia tuotettiin Keski-Pohjanmaalla ja selvästi eniten Helsingissä, jossa myös asukasluku on suurin. Koko maassa kiireettömien hoitotapahtumien osuus oli 94 prosenttia ja loput olivat kiireellisiä. Kiireellisten hoitotapahtumien osuus oli pieni kaikilla hyvinvointialueilla. Eniten kiireellisiä hoitotapahtumia oli Lapissa (14 %) ja vähiten Keski-Pohjanmaalla sekä Kainuussa (alle 1 %). Tässä raportissa kiireetöntä ja kiireellistä perustason terveydenhuoltoa tarkastellaan kokonaisuutena. (kuvio 5.1)

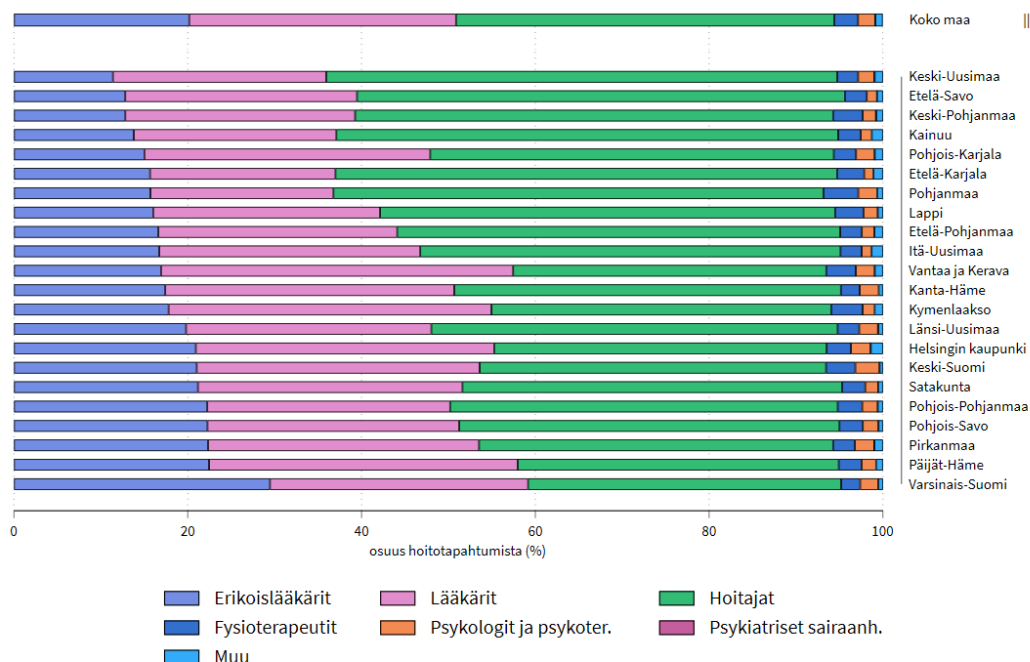


Kuvio 5.1. Perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumat kaikilla sektoreilla yhteensä hyvinvointialueittain (palveluntarjoajan sijaintitiedon mukaan) vuonna 2023.

Koko maassa valtaosan perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumista tuottivat erikoislääkärit, lääkärit ja hoitajat, joihin tässä tutkimuksessa kuuluvat sairaanhoitajat, lähihoitajat ja terveydenhoitajat (kuvio 5.2). Tarkastelu rajattiin näihin ammattiryhmiin, ja perustelut tälle on kerrottu luvussa 3.1. Lääkäreihin ja erikoislääkäreihin viitataan ammattiryhmänä lääkärit, ja sairaanhoitajiin, lähihoitajiin ja terveydenhoitajiin viitataan ammattiryhmänä hoitajat. Työn ulkopuolelle rajatut fysioterapeutit, psykologit ja psykoterapeutit, psykiatriset sairaanhoitajat ja muut ammattilaiset tuottivat yhteensä 6 prosenttia havaituista hoitotapahtumista koko

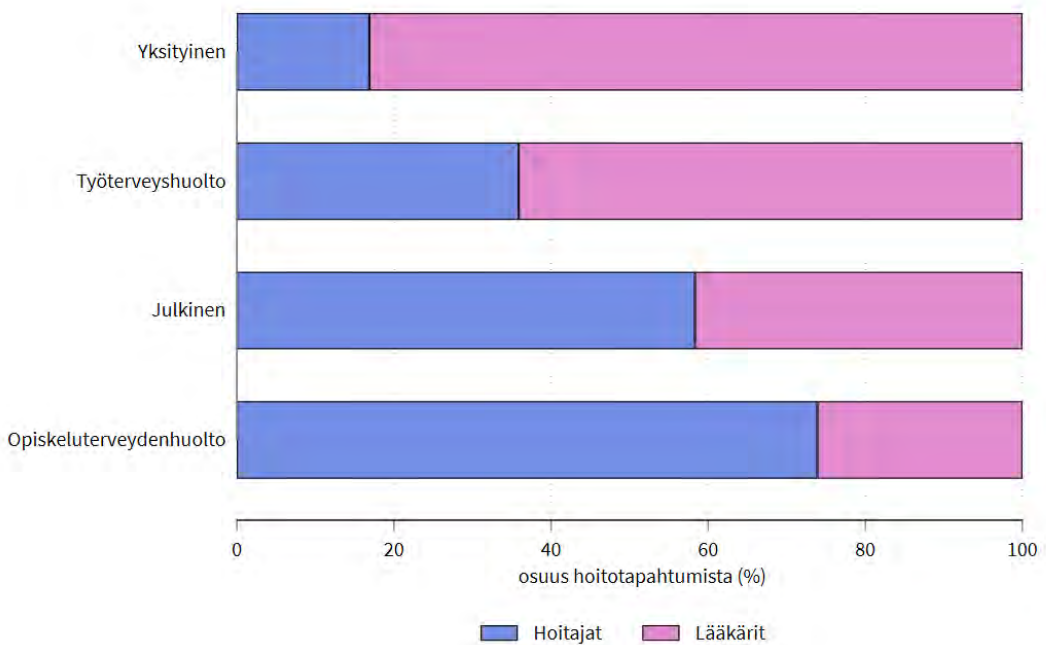
maan tasossa. Nämä ammattilaiset tuottivat eniten hoitotapahtumia Pohjanmaalla (7 %) ja vähiten Etelä-Savossa (4 %).

Tarkasteltavien ammattiryhmien painottumisessa oli alueellisia eroja: esimerkiksi vuonna 2023 erikoislääkäreillä oli palvelutapahtumia suhteellisesti eniten Varsinais-Suomessa, lääkäreillä Vantaalla ja Keravalla ja hoitajilla Keski-Uudellamaalla. (kuvio 5.2)



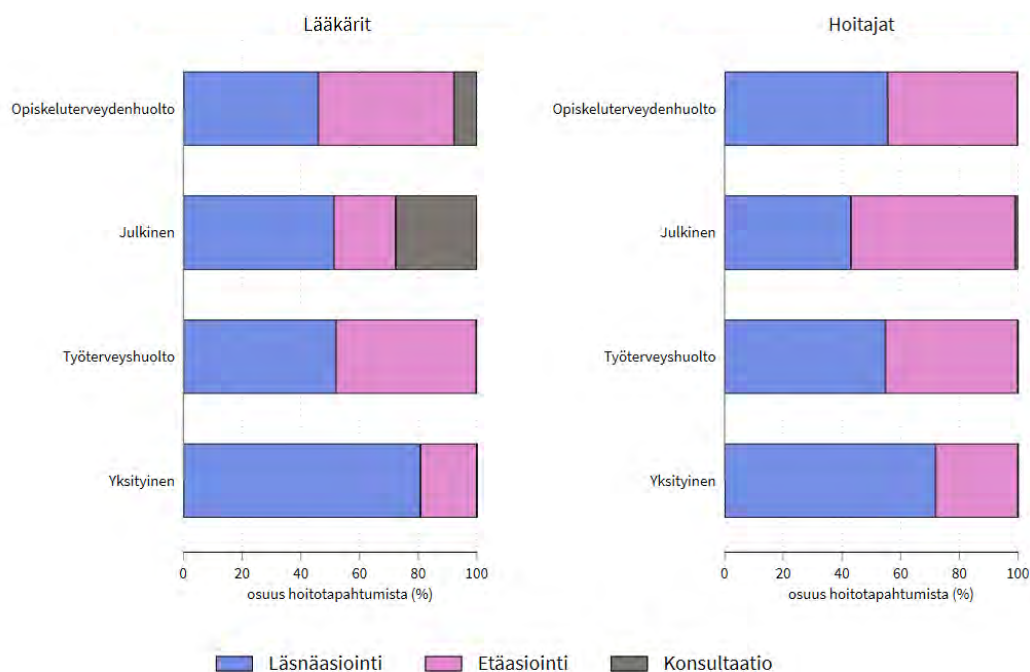
Kuvio 5.2. Perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumien osuudet ammattiryhmittäin hyvinvointialueilla (palveluntarjoajan sijaintitiedon mukaan) vuonna 2023.

Lääkärien ja hoitajien tuottama osuus hoitotapahtumista vaihteli sektoreittain (kuvio 5.3). Työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla lääkärit tuottivat selvästi yli puolet hoitotapahtumista, kun taas julkisella sektorilla ja opiskeluterveydenhuollossa isomman osuuden tuottivat hoitajat. Julkisella sektorilla hoitajien rooli korostui, koska he esimerkiksi arvioivat hoitoon pääsyä, hoitavat kroonisia sairauksia ja seuraavat hoitotasapainoa. Hoitajien rooli korostuisi vielä voimakkaammin, jos aineisto sisältäisi myös ne puhelimitse tehdyt hoidon tarpeen arvioinnit, joissa ei ole varattu käyntiä.



Kuvio 5.3. Perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumien osuudet ammattiryhmittäin eri sektoreilla vuonna 2023.

Kuviossa 5.4 esitetään lääkäreiden ja hoitajien tuottamat perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumat sektoreittain ja yhteystavan mukaan. Kuvioista havaitaan, että molemmilla ammattiryhmillä läsnäasiointien osuus oli suurin yksityisellä sektorilla. Hoitajilla läsnäasiointien osuus oli pienin julkisissa palveluissa ja lääkäreillä opiskeluterveydenhuollossa. Lääkärit tuottivat etävastaanottoja suhteellisesti eniten työterveyshuollossa ja hoitajat julkisella sektorilla. Lisäksi lääkärit antoivat suhteellisesti eniten konsultaativastauksia julkisella sektorilla, kun taas työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla niiden osuus oli alle prosentti. Hoitajat tuottivat konsultaatioita hyvin vähän, ja niiden osuus oli korkeintaan prosentti kaikista sektorikohtaisista hoitotapahtumista. Luvun 3.1 määritelmän mukaisesti konsultaatiot eivät sisällä työterveyshuollon erikoislääkärikonsultaatioita, sillä ne toteutuvat käynteinä.



Kuvio 5.4. Perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumat sektoreittain ja yhteystavan mukaan vuonna 2023.

Seuraavaksi esitetään perustason terveydenhuollon läsnä- ja etäasiointien jakautumista palvelusektoreille niin hyvinvointialueilla kuin koko maassa. Kuviosta 5.5a nähdään, että lääkäreiden julkisella sektorilla tuottamien läsnävastaanottojen osuus oli suurin julkisella sektorilla Etelä-Pohjanmaalla ja pienin Helsingin kaupungissa. Helsingissä korostuivat yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa tuotetut läsnävastaanotot. Lähes kaikilla alueilla, Helsingin kaupunkia sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialuetta lukuun ottamatta, hoitajat tuottivat valtaosan läsnävastaanotoista julkisella sektorilla, ja osuus oli suurin Etelä-Savossa. Lääkärit tuottivat vähiten läsnävastaanottoja opiskeluterveydenhuollossa ja hoitajat opiskeluterveydenhuollossa tai yksityisellä sektorilla alueen mukaan vaihdellen.

Kuviosta 5.5b nähdään, että Kainuussa lääkärit tuottivat suhteellisesti eniten etäasiointeja julkisella sektorilla. Lääkäreillä oli muihin alueisiin verrattuna poikkeavan vähän julkisen sektorin etävastaanottoja Helsingin kaupungissa, jossa valtaosa etävastaanotoista tuotettiin työterveyshuollossa. Mahdollinen selitys Helsingin poikkeaville luvuille on, että isot yksityiset palveluntuottajat tuottavat etäkäyntejä laajasti eri alueilla asuville potilaille, mutta ammattilaisen sijainti määrittyy päätoimipaikan sijaintitiedon mukaan Helsinkiin. Hoitajat tuottivat kaikilla hyvinvointialueilla valtaosan etäasioinneista julkisella sektorilla, ja osuus oli suurin Keski-Uudellamaalla. Kuten lääkärit, myös hoitajat tuottivat Helsingissä poikkeavan suuren osuuden etävastaanotoista työterveyshuollossa.



Kuvio 5.5a. Perustason avosairaanhoidon läsnäsiöinnit sektoreittain vuonna 2023.



Kuvio 5.5b. Perustason avosairaanhoidon etäsiöinnit sektoreittain vuonna 2023.

Vuonna 2023 noin 16 000 lääkäriä ja 23 000 hoitajaa tuotti vähintään yhden perustason avosairaanhoidon hoitotapahtuman (taulukko 5.1). Monikanavaisessa järjestelmässä on mahdollista, että ammattilainen työskentelee vuoden aikana useammalla kuin yhdellä sektorilla. Lääkäreistä noin puolet työskenteli yhdellä sektorilla, kun hoitajilla vastaava osuus oli lähes 80 prosenttia. Lääkäreillä oli kahdella tai kolmella sektorilla työskentely selvästi yleisempää kuin hoitajilla, mutta vain harva molempien ammattiluokkien henkilöstöstä työskenteli neljällä eri sektorilla. Toisaalta on huomattava, että tarkastelu rajautuu vain perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumiin, joten todellisuudessa ammattilaiset ovat voineet työskennellä useammalla eri sektorilla tässä esitettyä yleisemmin.

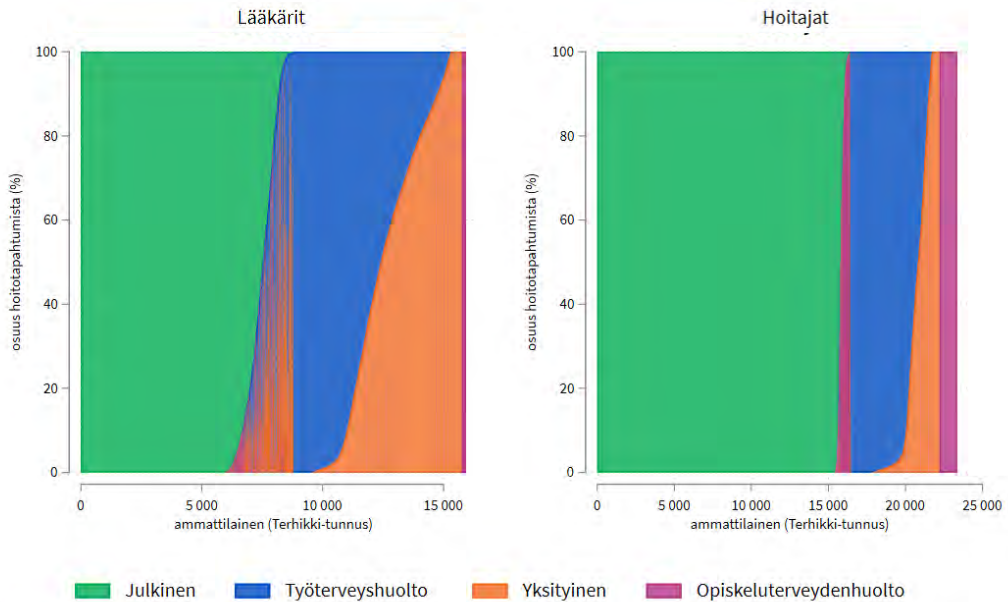
Taulukko 5.1. Vuonna 2023 eri sektoreilla työskennelleiden ammattilaisten lukumäärä (ja osuus saman ammattiryhmän henkilöstöstä) työskentelysektorien mukaan jaoteltuna.

Sektorit, joilla ammattilainen työskentelee (sektorien lukumäärän mukaan)	Lääkärit lkm (%)	Hoitajat lkm (%)
Yksi sektori	7 356 (46 %)	18 416 (79 %)
Kaksi sektoria	6 482 (41 %)	4 477 (19 %)
Kolme sektoria	1 892 (12 %)	410 (2 %)
Neljä sektoria	205 (1 %)	35 (0 %)
Henkilöstön määrä yhteensä	15 935	23 338
Vain yhdellä sektorilla työskennelleet ammattilaiset sektorin mukaan		
Vain julkinen	5 942 (37 %)	15 408 (66 %)
Vain työterveyshuolto	796 (5 %)	1 417 (6 %)
Vain yksityinen	450 (3 %)	474 (2 %)
Vain opiskeluterveydenhuolto	168 (1 %)	1 117 (5 %)

Myös kuviossa 5.6 tarkastellaan suoritemäärien sijaan ammattilaisten lukumääriä ja erityisesti sitä, miten yksittäisten ammattilaisten työ jakautui eri sektoreille vuonna 2023. Kuvion havainnot koskevat Terhikki-tunnuksen ja ammattiluokitus-tiedon avulla havaittuja yksittäisiä ammattihenkilöitä. Ne on järjestetty niin, että vasemmassa laidassa ovat kaikki ne ammattilaiset, jotka tuottivat vähintään yhden hoitotapahtuman pelkästään julkisella sektorilla (vihreän osuus 100 %). Tämän jälkeen kuviossa ovat ne henkilöt, jotka tuottivat hoitotapahtumia eri sektoreilla, sen mukaan, mikä oli heidän julkiselle sektorille tuottamiensa osuus kaikista hoitotapahtumista. Jäljelle jääneille ammattilaisille on tehty samankaltainen järjestely muiden sektorien osalta.

Yli kolmannes lääkäreistä ja yli puolet hoitajista tuotti vuoden aikana perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumia vain julkisella sektorilla. Hoitajat työskentelivät selvästi lääkäreitä yleisemmin vain yhdellä sektorilla. Molemmissa ammattiluokissa

henkilöt, jotka tuottivat suoritteita yksityisellä, tuottivat niitä todennäköisesti myös työterveyshuollossa. Tätä ilmiötä on aikaisemmin kuvattu THL:n ”Työterveyshuollon palveluiden käyttö työikäisten terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa” -työpaperissa (Satokangas ym. 2024). Alle 10 prosenttia molempien ammattiluokkien henkilöstöstä työskenteli pelkästään työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla. Kuviossa sahalaita kuvaa ammattilaisen hoitotapahtumien jakautumista useammalle kuin kahdelle eri sektorille. (kuvio 5.6 ja taulukko 5.1)



Huom. Kuvassa ei huomioida tuotettujen hoitotapahtumien määrää tai sitä, että ammattilainen voi tuottaa myös muita kuin perustason terveydenhuollon hoitotapahtumia.

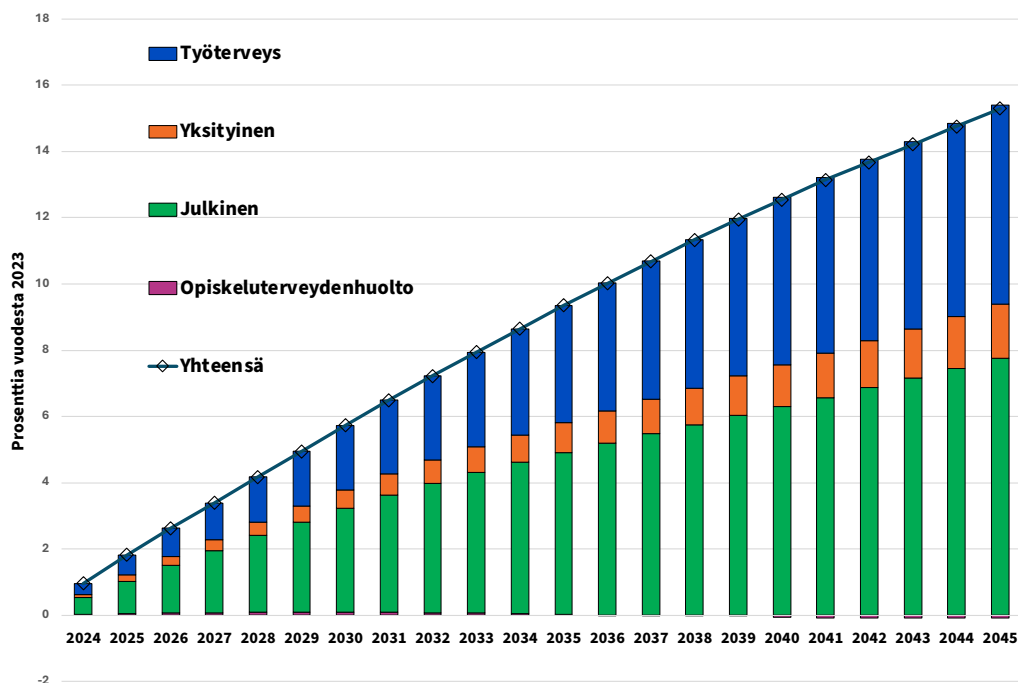
Kuvio 5.6. Perustason avosairaanhoidossa toimivien ammattilaisten tuottamien hoitotapahtumien jakautuminen eri sektoreille vuonna 2023.

Ammattilaisten välillä oli selvää vaihtelua siinä, kuinka paljon perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumia he tuottivat yhteensä vuoden aikana. Osa ammattilaisista tuotti vain yhden hoitotapahtuman, kun osalle niitä kertyi useita tuhansia. Aiemmin tekstissä kuvattiin, että hoitotapahtumien määriin vaikuttavat monet eri tekijät, kuten se, tuottiko ammattilainen pääasiassa läsnä- vai etäasiointoja (liitekuviot 8 ja 9). Lisäksi ammattilainen voi tuottaa muita kuin tämän tutkimuksen määritelmän mukaisia perustason avosairaanhoidon hoitotapahtumia, esimerkiksi julkisen erikoissairaanhoidon palveluja. Tätä ei kuviossa oteta huomioon. Kuviossa ei huomioida myöskään sitä, kuinka monta henkilötyövuotta palvelujen tuottamiseen tarvittiin.

5.2 Henkilöstöresurssien tarve tulevaisuudessa suhteessa palvelutarpeen ennakoituun kehitykseen

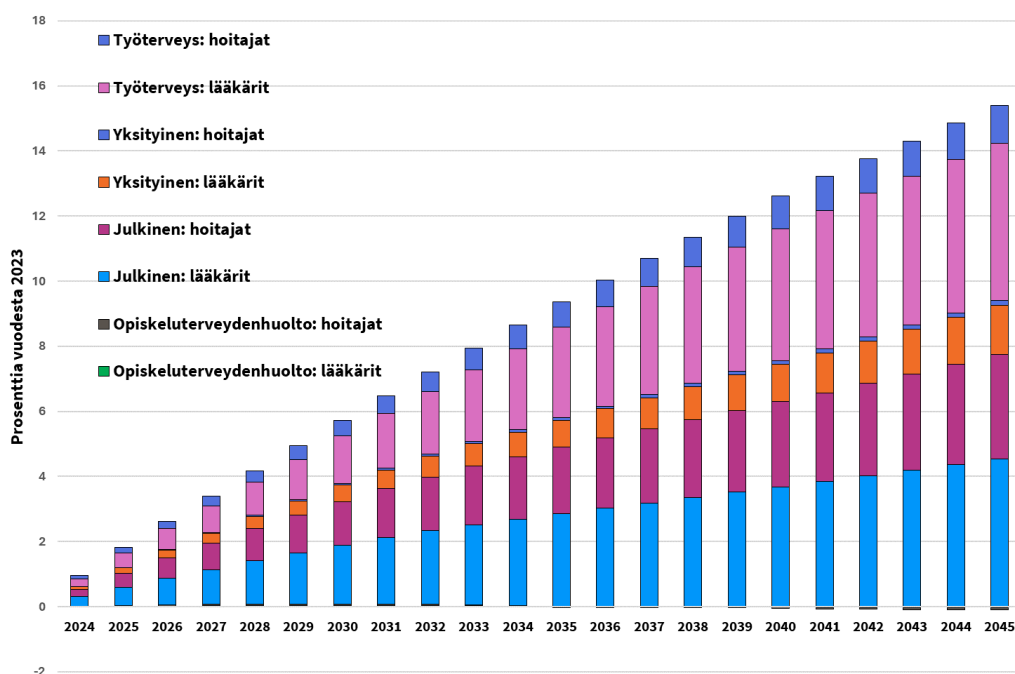
Henkilöstö voidaan kohdentaa sektoreille samaan tapaan kuin luvussa 4, jossa tarkasteltiin palvelutarvetta kustannuksiin perustuen. Aivan suoraviivaista kohdentaminen ei kuitenkaan ole. Kun palvelutarpeen tarkastelu yksikkökustannuksien avulla ei ota kantaa palvelun tuottaneen yksikön muuhun toimintaan, joudutaan henkilöstön kohdentamisessa arvioimaan, mihin sektoriin yksittäisen ammattilaisen työ kuuluu. Koska ammattilainen voi työskennellä useammalla sektorilla sekä usealla alueella vuoden aikana, luvun 5.2 ennusteissa ammattilainen on sijoitettu pääasialliselle sektorille ja alueelle, toisin sanoen sille sektorille ja alueelle, jolla hän teki eniten suoritteita. Jos ammattilainen työskenteli molemmissa ammateissa, hoitajana ja lääkärinä, hänet otettiin mukaan molempien ammattiryhmien ennusteisiin.

Kuviossa 5.7 esitetään eri sektorien tuottamien perustason avosairaanhoidon palvelujen osuus palvelujen tarpeen ennakoidusta kokonaiskasvusta. Siinä käytetään palvelutarpeen arvioinnissa THL:n SOME-mallia. Tämän kasvuhajotelman mukaan julkisten palvelujen kasvuvaikutus vuosina 2024–2045 on noin 7,6 prosenttiyksikköä, joka on noin puolet 15,3 prosentin ennakoidusta kokonaiskasvusta vuodesta 2023 lähtien. Työterveyshuollon kasvuvaikutus on noin 6 prosenttiyksikköä ja yksityisten palvelujen 1,6 prosenttiyksikköä. Opiskeluterveydenhuollon vaikutus on lievästi negatiivinen, mikä johtuu siitä, että opiskelijaikäluokat supistuvat vuoteen 2045 mennessä. Työterveyshuollon kasvavaa tarvetta selittää työikäisen väestön keski-ikäen nousu, mikä lisää palvelujen tarvetta, sekä se, että ennusteessa on käytetty Tilastokeskuksen vuoden 2024 väestöennustetta, jossa työikäisen väestön määrä kasvaa merkittävästi vuoteen 2045 mennessä.



Kuvio 5.7. Perustason avosairaanhoidon palvelutarpeen ennakoitu kasvu vuosina 2024–2045 vuoteen 2023 verrattuna.

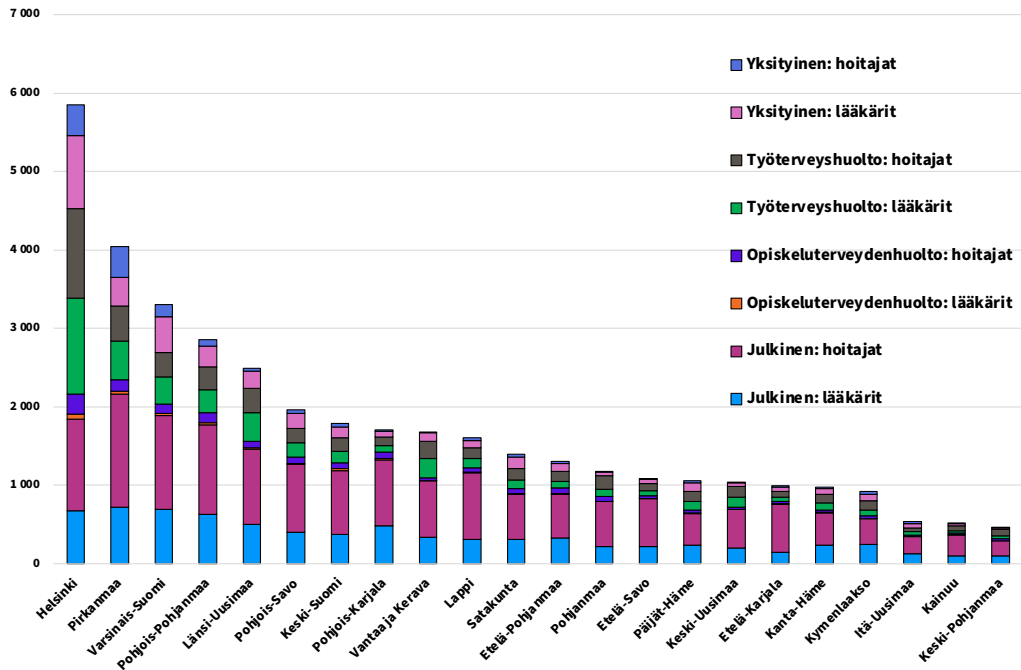
Kuviossa 5.8 näytetään perustason avosairaanhoidon palvelujen volyymin ennakoitu kasvu sektoreittain ja palveluja tuottavien ammattiryhmien mukaan jaoteltuna. Palvelutarvetta mitataan puolestaan perustason avosairaanhoidon sektorien yksikkökustannusten mukaisesti (ks. luku 3.2.2 yksikkökustannusten määrittäminen). Sen kasvun takana on Tilastokeskuksen vuoden 2024 väestöennusteen mukainen väestönkasvu eri ikäryhmissä. Tällä palvelutarpeen kasvuennusteella voidaan henkilöstötarpeen kehitystä vuosina 2024–2045 käyttäen lähtökohtana vuonna 2023 tuotettuja palveluja. Suurimmat kasvuvaikutukset, noin 4,8 prosenttiyksikköä, syntyvät työterveyshuollossa toimivien lääkäreiden tuottamista palveluista. Seuraavaksi suurimmat kasvuvaikutukset, 4,5 prosenttiyksikköä, on julkisen sektorin lääkäreiden tuottamilla palveluilla, ja kolmanneksi suurimmat, 3,2 prosenttiyksikköä, julkisen sektorin sairaanhoitajien tuottamilla palveluilla. Yksityisellä sektorilla työskentelevien lääkäreiden vaikutus on noin 1,5 prosenttiyksikköä ja työterveydessä työskentelevien sairaanhoitajien noin 1,1 prosenttiyksikköä.



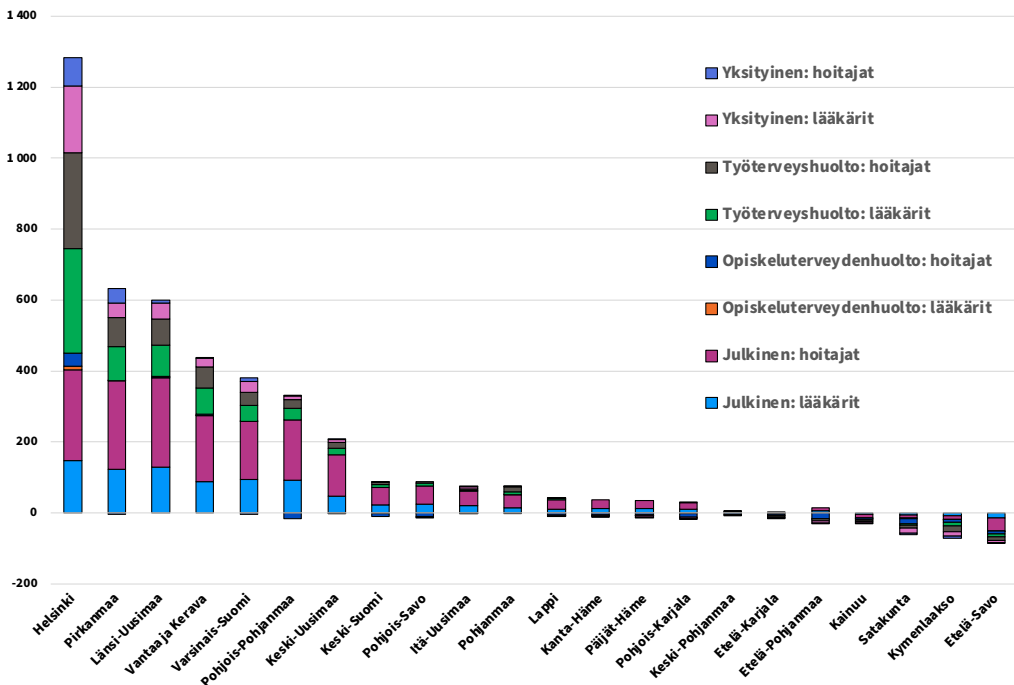
Kuvio 5.8. Perustason avosairaanhoidon palvelutarpeen ennakoitu kasvu sektoreittain ja ammattiryhmittäin vuosina 2024–2045 vuoteen 2023 verrattuna.

Vuonna 2023 tutkimuksessa tarkasteltuja palveluja tuotti yhteensä 38 724 lääkäriä ja sairaanhoitajaa (kuvio 5.9). Aineistossa henkilöstö keskittyi palvelutuottajien sijaintitiedon mukaan Helsingin kaupunkiin ja suurimmille hyvinvointialueille Uudellamaalla, Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Julkinen sektori oli suurin työllistäjä kaikkialla muualla paitsi Helsingissä, jossa työterveyshuollon osuus on huomattavasti suurempi kuin muualla maassa.

Kun henkilöstö kohdennetaan eri sektoreihin, voidaan henkilöstötarpeen kehitystä ennakoida samaan tapaan kuin palvelutarpeenkin kehitystä. Kuvio 5.10 ja taulukko 5.2 kuvaavat henkilöstötarpeen ennakoitua muutosta vuoteen 2040 mennessä. Taulukossa 5.2 esitetään kuvion 5.10 tulokset numeerisesti. Kaikkiaan henkilöstötarve kasvaa noin 3 970:lla, josta hoitajien osuus on 56 prosenttia ja lääkäreiden 44 prosenttia. Ennusteen mukaan vuonna 2040 tarvittaisiin siis 42 700 ammattilaista tuottamaan tutkimuksen rajauksen mukaisia perustason avosairaanhoidon palveluja. Helsingin kaupungissa ammattilaisten tarpeen kasvu on suurinta, lähes 1 300, sillä väestönkasvun ennakoidaan olevan alueella nopeinta. Helsingin osalta näkyy myös väestön muuta maata nuorempi rakenne, kun henkilöstötarve kohdistuu korostuneesti työterveyteen. Monilla alueilla perustason palvelujen työvoiman tarve pienenee osin väestön määrän kääntyessä laskuun, mutta osittain myös siksi, että väestön palvelutarve siirtyy vanhenemisen myötä perustasoa vaativampiin palvelumuotoihin.



Kuvio 5.9. Perustason avosairaanhoidon henkilöstö vuonna 2023.



Kuvio 5.10. Perustason avosairaanhoidon henkilöstötarpeen ennakoitu kasvu 2024–2040.

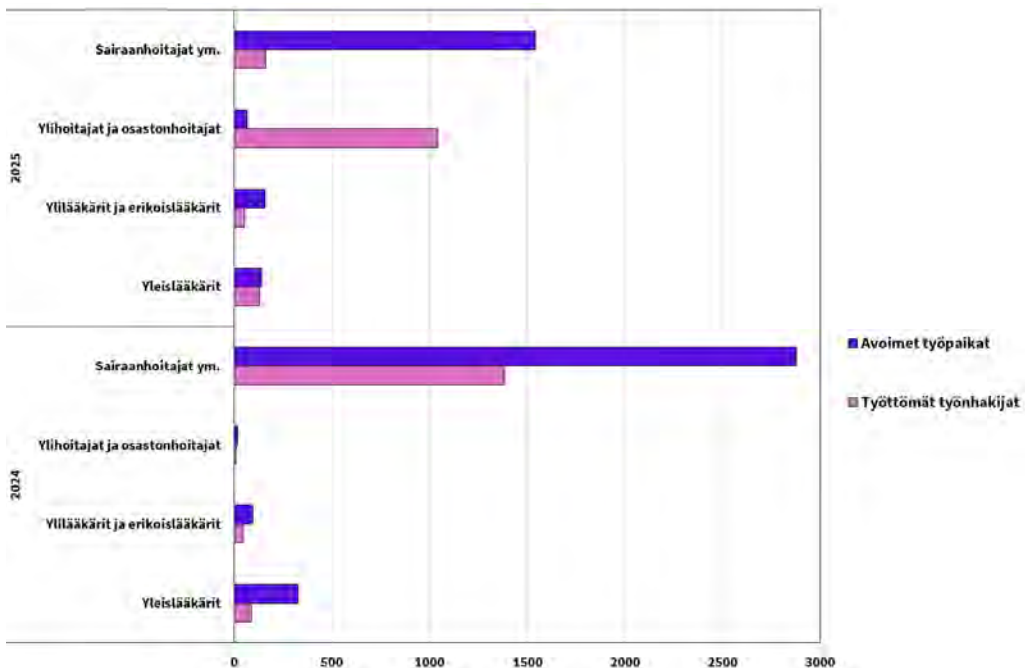
Taulukko 5.2. Perustason avosairaanhoidon henkilöstötarpeen ennakoitu kasvu 2023–2040.

Hyvinvointialue	Julkinen		Työterveyshuolto		Yksityinen		Opiskelu- terveydenhuolto		Yht.
	Lääkärit	Hoitajat	Lääkärit	Hoitajat	Lääkärit	Hoitajat	Lääkärit	Hoitajat	
Helsinki	147	257	295	270	187	82	9	37	1 284
Pirkanmaa	124	249	96	82	40	42	0	-5	629
Länsi-Uusimaa	130	251	88	74	44	8	1	3	600
Vantaa ja Kerava	87	188	72	60	24	2	1	4	437
Varsinais-Suomi	94	164	44	38	29	12	0	-4	378
Pohjois-Pohjanmaa	93	170	32	25	10	3	-1	-15	317
Keski-Uusimaa	48	116	18	17	7	2	0	-2	206
Keski-Suomi	22	49	8	7	0	1	-1	-8	78
Pohjois-Savo	24	52	8	5	-3	-1	-1	-9	75
Itä-Uusimaa	21	40	3	4	6	2	0	-1	74
Pohjanmaa	14	37	8	14	2	0	0	-1	74
Lappi	10	27	3	3	-2	-1	0	-6	34
Kanta-Häme	13	23	-1	-1	-1	-1	-1	-6	26
Päijät-Häme	13	22	-1	-2	-4	-1	-1	-5	22
Pohjois-Karjala	10	18	0	-1	-3	-1	-1	-11	11
Keski-Pohjanmaa	1	2	0	0	-1	0	0	-4	-2
Etelä-Karjala	0	2	-2	-4	-4	-1	-1	-4	-14
Etelä-Pohjanmaa	5	9	-1	-5	-6	-2	-1	-15	-14
Kainuu	-4	-10	-2	-5	-3	-1	-1	-3	-29
Satakunta	-5	-10	-5	-9	-14	-4	-1	-14	-61
Kymenlaakso	-8	-10	-10	-16	-13	-5	-1	-9	-72
Etelä-Savo	-14	-37	-8	-10	-6	-2	0	-9	-85
Yhteensä	827	1 610	646	547	290	134	2	-86	3 969

5.2.1 SOTE-HENKILÖSTÖN TARJONTA SUHTEESSA AMMATTILAISTEN KYSYNTÄÄN

Kun pohditaan henkilöstön riittävyyttä tulevaisuudessa, on perusteltua tarkastella hieman lähtötilannetta. Kuviossa 5.11 on koko maan työmarkkinoiden tilanteen vertailu vuoden 2024 ja vuoden 2025 helmikuun välillä Tilastokeskuksen työnvälitystilaston perusteella. Nähdään, että erityisesti ylihoitajan ja osastonhoitajan ammattien työttömien työnhakijoiden määrä oli kasvanut helmikuusta 2024

samaan aikaan, kun avoimien työpaikkojen määrä oli pienentynyt. Sairaanhoitajien ammatissa työnhakijoiden määrä oli laskenut noin 1 200:lla ja avoimien työpaikkojen määrä noin 1 300:lla, jolloin avoimien työpaikkojen suhde työnhakijoiden nähden oli kasvanut moninkertaiseksi. Työttömien lääkäreiden määrä oli kasvanut vajaalla 50:lla, kun taas avointen työpaikkojen määrä oli laskenut. Sen sijaan työttömien ylihoitajien ja osastonhoitajien määrä oli kasvanut yli tuhannella, selvästi enemmän kuin avoimien työpaikkojen määrä. Niinpä näyttää siltä, että nimenomaan sairaanhoitajien ammateissa oli edelleen työvoimapulaa.



Kuvio 5.11. Avoimet työpaikat ja työttömät työnhakijat koko maassa helmikuussa 2024 ja 2025.

Kuntatyönantajien tuoreen selvityksen mukaan lääkäreiden tehtäviä olisi kuitenkin täyttämättä huomattavasti enemmän. Selvityksen mukaan terveyskeskuksissa täyttämättä olevia yleislääkärien tehtäviä oli lokakuussa 2024 kaikkiaan 483 (Kuntatyönantajat 2025). Ero voi syntyä siitä, että vaikka työnvälitystilasto päivittyy kuukausittain, kaikkia avoinna olevia tehtäviä ei ilmoiteta työnvälityksen kautta. Lääkäripula näyttäytyy siis Kuntatyönantajien tiedoin suurempana kuin työnvälitystilaston.

5.2.2 SOTE-HENKILÖSTÖN RIITTÄVYYS TULEVAISUUDESSA

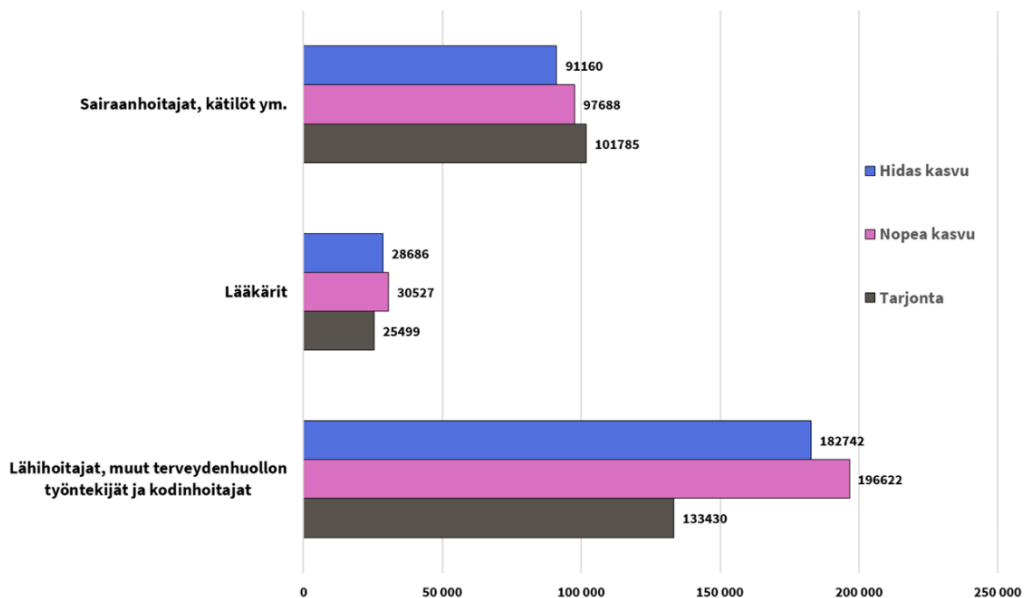
Henkilöstön riittävyyttä tulevaisuudessa voidaan pohtia kahdesta näkökulmasta: paljonko henkilöstöä tarvitaan ennakoituun palvelutarpeen kasvuun, ja miten sote-ammateissa toimivien työvoiman tarjonta kehittyy. Henkilöstötarpeen ennakoitua kehitystä pohdittaessa on syytä muistaa, että on kyse nettotarpeesta. Terveysten- ja sosiaalihuollon nykyhenkilöstöstä puolet eläköityy vuoteen 2040 mennessä, ja tämä poistumakin olisi kyettävä paikkaamaan, jos palveluja tuotettaisiin tulevaisuudessa nykyisen kaltaisella henkilöstöllä potilasta kohden. Tämän nettotarpeen ja bruttotarpeen tarkastelu vaatii siksi myös tarjonnan tarkastelua. THL toteutti tällaisen arvion yhdessä Labore-tutkimuslaitoksen kanssa Sotehen-hankkeessa vuonna 2024 (Honkatukia ym. 2024). Tarkastelu kattoi koko terveyden- ja sairauksienhoidon, eikä tämän työn tarkastelun kohteena olevia palveluja ole mahdollista siitä täysin erottaa. Tutkimuksessa esitetyt tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, voidaanko sairaanhoitajien ja lääkäreiden kysyntään vastata tulevaisuudessa. Sotehen-hankkeessa henkilöstön kehitystä tarkasteltiin AURA-palveluluokkien mukaisesti. Tässä tutkimuksessa perustason avosairaanhoito kuului osaksi AURA-luokituksen mukaista perusterveydenhoitoa. Koko perusterveydenhoidon piirissä työskenteli kaikista lääkäreistä 28 prosenttia, sairaanhoitajista 21 prosenttia ja lähihoitajista 8 prosenttia.

Kuvioon 5.12 on koottu edellä kuvatussa Sotehen-hankkeessa toteutettu ennuste lääkärien, sairaanhoitajien (mukaan lukien kätilöt) ja lähihoitajien tarpeesta vuonna 2040. Siinä on esitetty kaksi kasvuskenaariota ja verrattu ennustetta koulutusennusteen mukaiseen työn tarjontaan. Sote-ammateissa toimivan henkilöstön tarjonnan ennusteessa arvioidaan koulutuksen tai maahanmuuton kautta syntyvän tarjonnan kehitystä. Ennuste perustuu terveydenhoitoalan koulutuksen aloittaneiden arvioituihin uraprofileihin, toimintaan niissä ammateissa ja tehtävissä, joihin koulutus heidät päteväittää. Eri ammattiryhmien välillä on suuria eroja: lääkärit toimivat useimmiten koulutuksen mukaisissa tehtävissä koko uransa, kun taas esimerkiksi lähihoitajien urapolku johtaa useammin muille sektoreille. Maahanmuutto on tarjonnan kehityksessä merkittävässä asemassa. Kuntatyönantajien tiedon mukaan joka kolmas vuonna 2024 laillistettu lääkäri oli suorittanut tutkintonsa muualla kuin Suomessa (Kuntatyönantajat 2025).

Varsinaisissa sote-alan ammateissa työskentelevän työvoiman kysyntä kasvaa Sotehen-hankkeen arvion mukaan vuoteen 2040 mennessä kaikkiaan noin 438 000–469 000 henkilöön. Ennustettu tarjonta on 447 000. Ennuste kattaa myös varsinaisten sote-alojen ulkopuolella työskentelevät sote-ammattilaiset. Jos kysyntä kehittyy matalamman arvion mukaan, tarjonta pystyy siis vastaamaan kysynnän kasvuun kohtuullisen hyvin. Lääkärien ja hoitajien (huom. sisältää kätilöt ja kodinhoitajat) ammattiryhmien kysyntä kasvaa 303 000–325 000:een. Sairaanhoitajien ennustettu tarjonta kasvaisi yli sadantuhannen, kun kysyntäennuste oli 91 000–98 000. Tällöin ennustettu tarjonta olisi riittävää. Lääkäreiden tarjonta olisi noin 26 000, mutta kysyntä ylittäisi tämän noin 3 000–5 000:lla. Lääkäreiden osalta näyttäisi syntyvän

vajetta, mutta sen kohdentumista juuri perustason avosairaanhoidon on vaikea arvioida. Lisäksi on huomattava, että arvio perustuu toteutuneeseen palvelutuotantoon: jos palvelutuotannossa on täyttämättömiä virkoja tai toimia, niin ennusteessakin on tämä sama vaje. Myös lähihoitajien osalta näyttää olevan syntymässä vajetta. Lähihoitajien ammattiryhmän kysyntää kasvattaa kuitenkin eniten ikään-tyneiden palvelutarpeen kasvu, eikä se välttämättä heijastu perustason palveluihin aivan yhtä voimakkaasti.

Sotehen-hankkeen tulokset voidaan kohdentaa tämän tutkimuksen tarkastelun perustason avosairaanhoidon. Kuten yllä todettiin, perusterveydenhoidon piirissä työskenteli lääkäreistä 28 prosenttia, sairaanhoitajista 21 prosenttia ja lähihoitajista 8 prosenttia. Voidaan siis arvioida, että ennen kaikkea lääkäreiden henkilöstötarve perustason avosairaanhoidossa voisi muodostua kriittiseksi ja vaje voisi vuoteen 2040 mennessä olla noin 800–1 400. Sairaanhoitajien osalta tarjonta riittäisi tyydyttämään kysynnän. Lähihoitajien vaje voisi heijastua perustason avosairaanhoidonkin, vaikka sitä syntyisi luultavasti enemmän muissa sote-palveluissa, kuten kotihoidossa.



Kuvio 5.12. Sote-ammattien henkilöstötarve ja -tarjonta koko sote-sektorin palveluissa ennusteiden mukaan vuonna 2040.

6 Perustason avosairaanhoidon menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä

Tässä luvussa käsitellään perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmän monikanavaista rahoitusta. Julkisen ja yksityisen rahoituksen jakaantuminen eri sektoreille kuvataan mukaan lukien rahoitettavien palvelujen sisällöt sekä rahoitusta ohjaavat lakiperusteet. Esitellään myös kunkin sektorin palvelujen ensisijaiset rahoituslähteet, rahoitustavat, rahoituskanavat ja rahoituksen käyttö rahavirtakuvioina. Lisäksi sektorien menoja ja rahoittajien rahoitusosuuksia havainnollistetaan taulukoiden avulla.

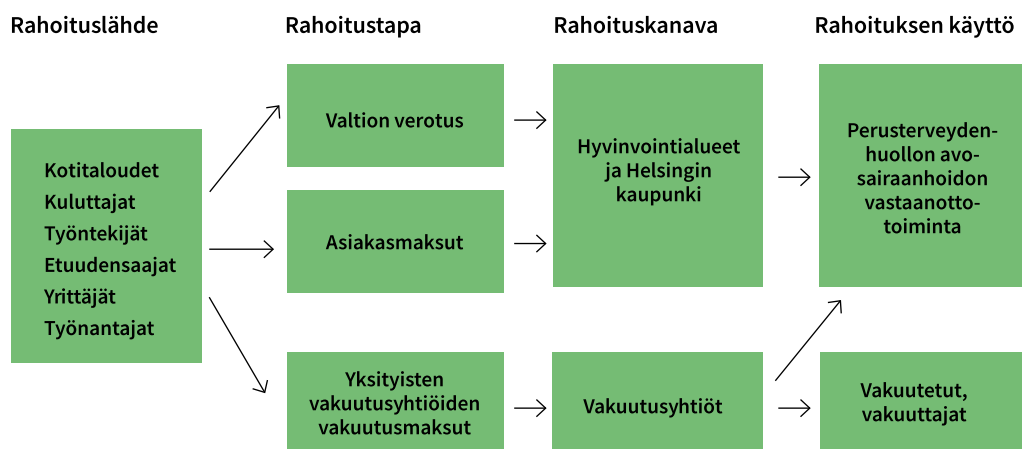
Terveydenhuollon rahoituksesta merkittävä osa kerätään verotuksen kautta, erityisesti valtion tulo- ja kulutusveroilla. Palveluja rahoitetaan myös pakollisilla vakuutuksilla, kuten sairaus- ja liikennevakuutuksilla, sekä vapaaehtoisilla yksityisillä sairauskulu-, terveys-, urheilu-, tapaturma- ja matkavakuutuksilla. Kotitaloudet osallistuvat palvelujen rahoitukseen myös asiakasmaksujen ja omavastuiden muodossa. Työnantajien rahoitusvastuu korostuu erityisesti työterveyshuollossa. Rahoituslähteiltä kerätyt varat ohjataan palveluihin muun muassa valtion rahoituksena sekä Kelan ja vakuutusyhtiöiden korvausten välityksellä.

Tässä osiossa esitetyt menot pohjautuvat taloustilastoihin, joiden raportointitaso on rekisteriaineistojä karkeampaa. Tutkimuksen eri osioiden rajaukset ja määritykset poikkeavat siten hieman toisistaan. Ne on kuvattu tarkemmin luvussa 3. Tuloksia perustason avosairaanhoidon rahoituksesta eri sektoreilla tulee tarkastella suhteessa muiden osioiden havaintoihin siitä, kuinka palvelujen käyttö ja palvelutarve sekä henkilöstö kohdentuvat eri sektoreille.

6.1 Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämisvastuulla olevat perustason avosairaanhoidon palvelut

Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämisvastuulle kuuluvia terveydenhuollon palveluja rahoittavat pääasiassa valtio sekä palvelujen käyttäjät eli kotitaloudet asiakasmaksujen kautta (kuvio 6.1). Rahoitus katetaan pääosin valtion verotuloilla ja kohdennetaan alueille laskennallisilla valtionosuuksilla, joiden määritysmekanismista on säädetty laissa hyvinvointialueiden rahoituksesta (617/2021). Hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki voivat periä järjestämiensä palvelujen käytöstä asiakas- ja käyttömaksuja korkeintaan laissa säädettyjen enimmäismaksujen

verran. Ne voivat myös periä pienempiä maksuja tai olla perimättä maksuja lainkaan (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992). Kuluja korvataan joiltain osin myös yksityisistä vakuutusyhtiöistä ja Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutusrahastosta.



Kuvio 6.1. Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämien perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen rahavirrat vuonna 2023.

Valtion rahoitus on yleiskatteellista, ja alueet voivat päättää itse sen kohdentamisesta lakisääteisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki voivat ostaa järjestämisvastuullaan olevia palveluja myös yksityisiltä palveluntuottajilta ja voittoa tavoittelemattomilta yhteisöiltä tai myöntää asiakkaalle palvelusetelin palvelun hankkimista varten. Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin raportointien taloustietojen perusteella perustason vastaanottopalvelujen menoista lähes 6 prosenttia kohdistui asiakaspalvelujen ostoihin muilta tahoilta³.

Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämien perustason avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen menot olivat vuonna 2023 noin kaksi miljardia euroa, josta valtio rahoitti 97,3 prosenttia ja kotitaloudet 2,4 prosenttia. Loput 0,3 prosenttia olivat korvauksia vakuutusyhtiöiltä (taulukko 6.1). Vastaanotto toiminnan menoista lähes kaksi kolmannesta (62 %) kohdentui lääkäreiden ja loput muiden ammattiryhmien vastaanottotoimintaan⁴. Valtaosa asiakasmaksuista (92 %)

³ Luvussa on huomioitu perustason vastaanottopalvelujen palveluluokan 2536 asiakaspalvelujen ostot. Luvussa ei ole huomioitu ostoja muilta hyvinvointialueilta ja valtiolta.

⁴ Perustason vastaanottopalvelujen menojen jaottelu lääkäreiden ja muiden ammattiryhmien vastaanottotoimintaan on tehty Hilmo-rekisteriaineiston käyntitietojen perusteella.

ja vakuutuslaitosten korvaukset kohdentuivat lääkäreiden vastaanottotoimintaan. THL:n hoitoilmoitusrekisterin mukaan avosairaanhoidossa (Avohilmon palvelumuodon T11 tapahtumat) oli vuonna 2023 noin 15 miljoonaa käyntiä (läsnä- ja etäkäynnit yhteensä) ja noin 2,9 miljoonaa asiakasta (Marttila ym. 2024).

Taulukko 6.1. Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämien perusterveydenhuollon avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen (AURA palveluluokka 2536) menot* ja rahoittajat vuonna 2023.

Toiminta	Valtio	Kotitaloudet	Vakuutusyhtiöt	Yhteensä (%)
Terveyskeskusten muu avohoitotoiminta: lääkärit	1 235,4	45,6	6,7	1 287,6 (61,9 %)
Terveyskeskusten muu avohoitotoiminta: muu ammattihenkilöstö	790,0	4,2		794,1 (38,1 %)
Yhteensä (%)	2 025,3 (97,3 %)	49,7 (2,4 %)	6,7 (0,3 %)	2 081,8 (100 %)

*Menot miljoonaa euroa (osuus, %)

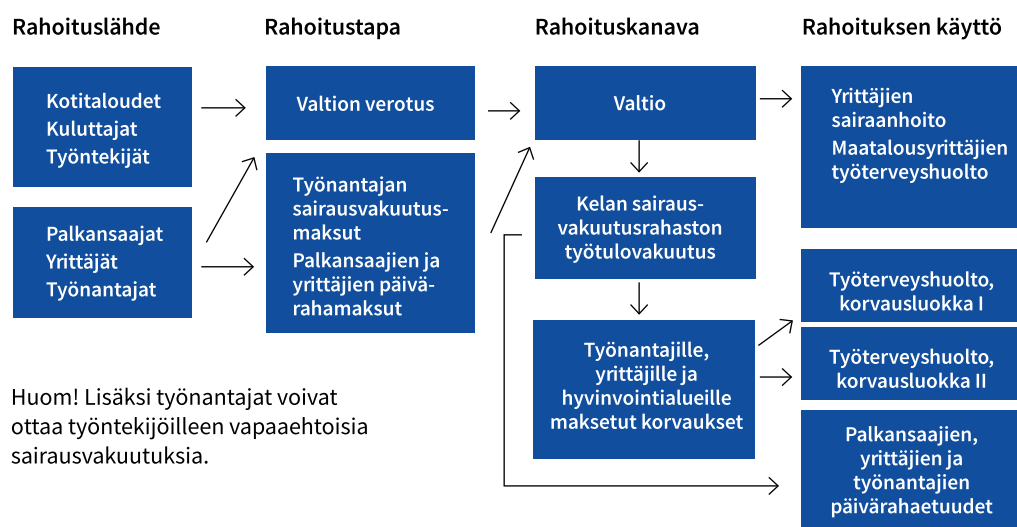
6.2 Työnantajien järjestämä työterveyshuolto

Työnantajilla on lakisääteinen velvollisuus järjestää työntekijöilleen ennalta ehkäisevät työterveyshuollon palvelut, kuten työpaikkaselvitykset ja lain vaatimat terveystarkastukset. Nämä palvelut kuuluvat korvausluokkaan I. Muiden terveystarkastuspalvelujen järjestäminen on vapaaehtoista, ja noin kahteen kolmasosaan työterveyshuollon sopimuksista on sisällytetty myös yleislääkäritasoisia sairaanhoitoa sekä muita terveydenhuollon palveluja, jotka kuuluvat korvausluokkaan II.

Työnantaja voi järjestää työterveyshuollon palvelut hankkimalla palvelut hyvinvointialueen terveydenhuollon yksiköltä, järjestämällä palvelut itse tai yhdessä toisten työnantajien kanssa tai hankkimalla palvelut muulta työterveyspalvelujen tuottajalta. Kelan korvaustietojen mukaan työnantajan järjestämän työterveyshuollon piirissä oli vuonna 2022 noin kaksi miljoonaa työntekijää eli noin 90 prosenttia palkansaajista. Työterveyshuollossa sairaanhoitokäyntejä tehtiin 3,7 miljoonaa, terveystarkastuskäyntejä 1,4 miljoonaa ja yksilön neuvonta- ja ohjauskäyntejä 1,2 miljoonaa. Kaikista käynneistä 1,5 miljoonaa oli etäpalvelukäyntejä. Työterveyshuollon palveluja käytti vuonna 2022 noin 1,7 miljoonaa työntekijää (Satokangas ym. 2024).

Työterveyshuollon rahoittavat ensi vaiheessa työnantajat ja yrittäjät, jotka maksavat palveluista palveluntuottajalle. Kela korvaa työnantajille ja yrittäjille työterveyshuollon järjestämisestä ehkäisevässä työterveyshuollossa 60 prosenttia ja sairaan-

hoidossa 50 prosenttia hyväksytyistä kustannuksista. Työntekijään ja yrittäjään kohdistuvien kustannusten laskennalliset enimmäismäärät vahvistetaan vuosittain. Työntekijään kohdistuvista kustannuksista korvataan ensisijaisesti korvausluokan I kustannukset. Korvausluokan II kustannuksia voidaan korvata korkeintaan 40 prosenttia enimmäismäärästä. Yrittäjille määritetään korvausluokista erilliset vuotuiset enimmäismäärät. Kela-korvaukset rahoitetaan työtulovakuutuksesta työnantajilta perityllä lakisääteisellä sairausvakuutusmaksulla sekä palkansaajien ja yrittäjien sairausvakuutuksen päivärahamaksuilla (kuvio 6.2). Valtio rahoittaa verorahoituksella suoraan eräät yrittäjien sairaanhoidon ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon korvaukset. Tämän lisäksi valtio osallistuu välillisesti työterveyshuollon rahoittamiseen, sillä palvelut eivät ole työntekijöille verotettavia luontoisetuksia. Työnantaja voi myös vähentää työterveyshuollon kustannukset verotuksessaan.



Kuvio 6.2. Työterveyshuollon rahavirrat vuonna 2023.

Työterveyshuollon kokonaismenot olivat vuonna 2023⁵ yhteensä noin 997 miljoonaa euroa⁶ (taulukko 6.2). Työterveyshuollon menoista noin puolet kohdistui ennaltaehkäiseviin palveluihin (korvausluokka I) ja puolet ei-lakisääteisiin sairaanhoidon palveluihin (korvausluokka II). Kelan maksamista sairausvakuutusetuksista 10 prosenttia kohdentui työterveyshuoltoon (Kela 2023). Valtaosa työterveyshuollon kustannuksista kohdistui yksityisille palveluntuottajille (98 %). Hyvinvointialueet eli käytännössä terveyskeskukset tuottivat työterveyshuollosta vain murto-osan (2 %).

5 Vuoden 2023 lopullisia tietoja ei tämän raportin julkaisuhetkellä ollut vielä julkaistu. Tiedot on arvioitu vuoden 2022 lopullisten tietojen sekä vuodelta 2023 saatavissa olevien tietojen perusteella.

6 Menoista ei ole eroteltu psykologien, fysioterapeuttien, erikoissairaanhoidon ja muiden asiantuntijoiden palveluja, mikä erottaa tarkastelun tämän raportin muiden osioiden rajauksista.

Kela maksoi työterveyshuollosta korvauksia työnantajille yhteensä 427 miljoonaa euroa. Työnantajien maksuosuudeksi jäi siten lähes 58 prosenttia työterveyshuollon kustannuksista (570 miljoonaa euroa). Kelan maksamista korvauksista työnantajat ja yrittäjät rahoittivat hieman yli puolet (52 %), ja vakuutetut työntekijät hieman alle puolet (47 %). Yhteensä työnantajien rahoitusosuus työterveyshuollosta on siis 79,5 prosenttia eli 777 miljoonaa euroa ja työntekijöiden osuus on viidennes eli 195 miljoonaa euroa. Jäljelle jäävä osuus (0,4 %) koostuu valtion rahoittamasta yrittäjien työterveyshuollosta.

Taulukko 6.2. Työterveyshuollon menot* ja rahoittajat. Tiedot perustuvat vuoden 2022 työterveyshuollon kustannuksiin sekä vuoden 2023 maatalousyrittäjien työterveyshuollon tietoihin.

Palveluntuottaja	Julkisen rahoituksen rahoituslähteet Kelan sairausvakuutusrahaston työtulovakuutuksesta rahoitetulle toiminnalle**			Julkinen rahoitus yhteensä**	Työnantajat ja yrittäjät	Yhteensä (%)
	Valtio	Työnantajat ja yritykset	Palkan-saajat ja yrittäjät			
Hyvinvointialueet yhteensä	0,1	5,7	5,1	10,9	10,7	21,7 (2,2 %)
Korvausluokka I	0,1	3,3	3,0	6,4	4,2	10,6
Korvausluokka II	0,0	2,4	2,1	4,6	6,5	11,1
Yksityiset palveluntuottajat yhteensä	4,3	217,7	194,7	416,7	559,0	975,7 (97,8 %)
Korvausluokka I	3,0	150,1	134,3	287,4	200,3	487,6
Korvausluokka II	1,3	67,6	60,4	129,3	358,7	488,0
Yhteensä (%)	4,4	223,4	199,8	427,6 (42,9 %)	569,7 (57,1 %)	997,3 (100 %)
Korvausluokka I	3,0	153,4	137,2	293,7	204,5	498,2
Korvausluokka II	1,4	69,9	62,6	133,9	365,2	499,1

* Miljoonaa euroa, (osuus, %)

** Julkinen rahoitus kokonaisuutena sekä sen jakautuminen eri rahoituslähteille (valtio, työnantajat ja yritykset sekä palkansaajat ja yrittäjät)

6.3 Kela-korvauksella tuetut yksityisesti rahoitetut sairaanhoidon vastaanottopalvelut

Kansaneläkelaitoksen korvaama yksityisten palveluntuottajien toteuttama terveydenhuolto toimii osana perustason avosairaanhoitoa. Se täydentää joidenkin väestöryhmien julkista terveydenhuoltoa, mutta toisaalta toimii osalle väestöstä pääasiallisena palvelukanavana. Osasta yksityislääkärin tekemää tai määräämää

sairauden tutkimusta ja hoitoa, lääkärinpalkkioita sekä suun terveydenhuoltoa maksetaan korvauksia vakuutetuille sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti. Sairausvakuutuslain mukaan vakuutettuja ovat henkilöt, jotka työskentelevät, toimivat yrittäjänä tai asuvat Suomessa tai joita pidetään Suomessa asuvina asumisperusteisesta sosiaaliturvasta rajat ylittävissä tilanteissa annetun lain (16/2019) mukaisesti. Yksityisen sairaanhoidon korvauksia voidaan myöntää yleis- ja erikoislääkärin, hammas- ja erikoishammaslääkärin, suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin ja psykiatrian erikoislääkärin tekemästä tai määräämästä hoidosta tai tutkimuksesta. Samoin psykologin tutkimuksista sekä yleis-, erikoislääkärin ja psykiatrian erikoislääkärin vastaanoton kustannuksista voidaan myöntää yksityisen sairaanhoidon korvauksia. Tästä tarkastelusta on rajattu pois yksityisten suun terveydenhuollon sekä kuntoutuksen palvelujen menot, sekä sairausvakuutuksen osin korvaamat että täysin yksityisesti maksetut.

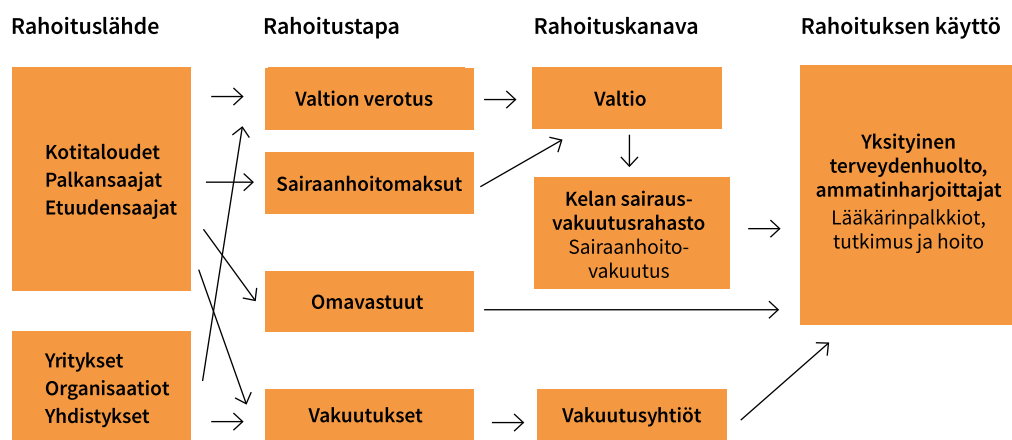
Kela myöntää korvaukset palveluja käyttäneille ja rahoittaa ne hallinnoimansa sairausvakuutusrahaston sairaanhoitovakuutuksesta (kuvio 6.3). Sairaanhoitovakuutusta rahoittavat valtio ja vakuutetut eli palkansaaajat, yrittäjät sekä eläke- ja etuudensaaajat⁷. Vakuutettujen osuus sairaanhoitovakuutuksen koko etuus- ja toimintakulujen rahoituksesta oli 33 prosenttia vuonna 2023. Valtion rahoitusosuus (67 %) katetaan valtion vero- ja muista tuloista. Verotuksen kautta sairausvakuutusrahaston ja edelleen Kela-korvausten rahoitukseen osallistuvat kotitalouksien ja kuluttajien lisäksi myös yritykset ja työnantajat.

Kela korvaa vakuutetuille yksityisen terveydenhuollon palvelujen käytöstä aiheutuvista kustannuksista enintään valtioneuvoston asetuksessa säädetty korvaustaksat. Kela-korvauksen ylittävän osuuden palveluja käyttänyt maksaa itse suoraan palveluntuottajalle. Kela-korvauksiin ei liity hintasääntelyä suhteessa palvelujen tuottajiin, mikä on johtanut Kela-korvausten tason inflatoitumiseen ja asiakkaiden maksumuusien merkittävään nousuun (Lith 2021). Kelan korvaustietojen mukaan vuonna 2023 noin 1,5 miljoonaa suomalaista sai Kela-korvausta yksityislääkärillä käynnistä. Kela-korvattavia käyntejä oli lähes 3,4 miljoonaa, joista noin puoli miljoonaa oli etäkäyntejä (Kela 2024b, 2024a).

Vuonna 2023 Kelan osin korvaaman yksityisen sairaanhoidon tutkimuksen ja hoidon (laboratorio, kuvantaminen, muu) menot olivat noin 89 miljoonaa euroa ja yksityislääkärin palkkiot noin 446 miljoonaa euroa (taulukko 6.3). Suurin yksityisen sairaanhoidon menojen rahoittaja oli vakuutusyhtiöt 71,5 prosentin osuudella,

7 Vuonna 2023 vakuutettujen sairaanhoitomaksu oli 0,60 prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta. Verotettavista eläke- ja etuustuloista perittävä maksu oli 1,57 prosenttia. Palkansaaajien ja yrittäjien päivärahamaksu oli 1,36 prosenttia palkka- ja yrittäjätulosta, jos vuotuisen palkka- ja yrittäjätulon yhteismäärä oli vähintään 15 703 euroa. Työnantajan sairausvakuutusmaksu oli 1,53 prosenttia palkoista. <https://stm.fi/-/sairausvakuutusmaksut-vahvistettu-vuodelle-2023>. Työnantaja pidättää päiväraha- ja sairaanhoitomaksut työntekijöiden palkoista ja tilittää ne yhdessä sairausvakuutusmaksun kanssa Verohallinnolle. <https://www.kela.fi/tyonantajat-sairausvakuutusmaksut>

lopun rahoituksesta jakautui kotitalouksille (16,5 %) ja valtiolle (12 %). Vuoden 2023 alusta yksityisen terveydenhuollon hoidosta ja tutkimuksesta sekä erikoislääkärien vastaanotto- ja toimenpidepalkkioista korvattavia enimmäismääriä laskettiin, mikä johti korvausten laskuun. Vuoden 2023 jälkeen korvauksiin on tullut jälleen muutoksia. Kela-korvaukset nousivat vuoden 2024 alussa merkittävästi tietyissä palveluissa, kuten yleis- ja erikoislääkärikäynneissä. On hyvä huomioida, että tässä tutkimuksessa tarkastellaan perustason avosairaanhoitoa ja mukana ovat tutkimuksen määritelmän mukaan sekä yleislääkäri- sekä erikoislääkärikäynnit (ks. luku 3.1).



Kuvio 6.3. Kelan korvaaman yksityisen terveydenhuollon (pois lukien suun terveydenhuolto ja kuntoutus) rahavirrat vuonna 2023.

Taulukko 6.3. Kelan korvaaman yksityisen terveydenhuollon (pois lukien suun terveydenhuolto ja kuntoutus) menot* ja rahoittajat vuonna 2023.

Toiminta	Valtio / Kela	Kotitaloudet	Vakuutusyhtiöt	Yhteensä (%)
Yleislääkäripalvelut	7,3	8,0	49,6	64,9 (12,1 %)
Erikoislääkäripalvelut	25,6	64,3	291,7	381,5 (71,2 %)
Yksityinen tutkimus	0,2	2,4	8,4	10,9 (2,0 %)
Yksityinen hoito	0,4	9,9	33,4	43,7 (8,2 %)
Muu Kelan korvaama tutkimus ja hoito	31,0	3,6		34,6 (6,5 %)
Yhteensä (%)	64,4 (12,0 %)	88,1 (16,5 %)	383,0 (71,5 %)	535,6 (100 %)

*Menot miljoonaa euroa (osuus, %)

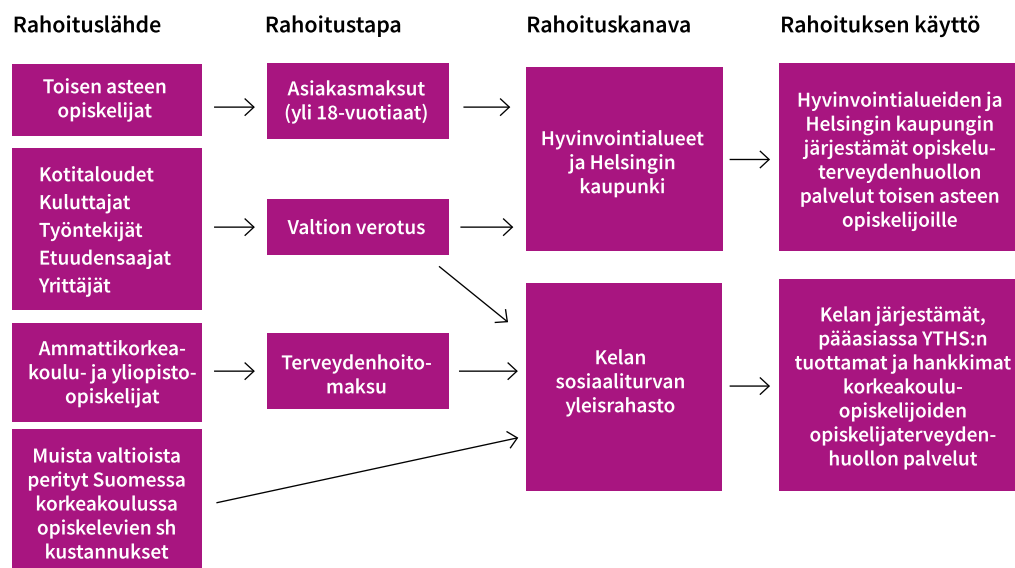
6.4 Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin sekä Kelan järjestämä opiskeluterveydenhuolto

Hyvinvointialueet ja Helsingin kaupunki vastaavat alueellaan sijaitsevien toisen asteen oppilaitosten opiskelijoiden (lukio- ja ammatillinen koulutus) opiskeluterveydenhuollon palvelujen järjestämisestä osana opiskeluhuoltoa kotipaikasta riippumatta. Kela vastaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon järjestämisestä valtakunnallisesti, ja YTHS tuottaa palvelut. Palvelujen sisältö on sama riippumatta siitä, onko palvelujen järjestäjä hyvinvointialue vai Kela. (Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 695/2019; Terveydenhuoltolaki 1326/2010; Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011).

Niin terveystieteiden kuin YTHS:n tuottamat opiskeluterveydenhuollon käynnit tilastoidaan Avohilmon palvelumuodolle Opiskeluterveydenhuolto (T27), jolle kirjataan opiskelijoiden sairaanhoito, mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen, suun terveydenhuolto sekä myös opiskeluterveydenhuollossa toteutuneet kutsuntatarkastukset (Marttila, Mahkonen ja Pyrhönen 2024). Vuonna 2023 opiskeluterveydenhuollon palvelumuodolle kirjattiin 1,2 miljoonaa käyntiä ja asiakkaita oli noin 303 000 (Marttila, Mahkonen ja Pyrhönen 2024). Käynneistä noin puolet toteutui YTHS:n palveluissa, ja niistä vajaa puolet oli suun terveydenhuoltoa.

Opiskeluterveydenhuollon rahavirrat on esitetty kuviossa 6.4. Hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämät opiskeluterveydenhuollon palvelut rahoitetaan pääasiassa valtion yleiskatteellisesta rahoituksesta. Alle 18-vuotiaille opiskelijoille palvelut ovat maksuttomia. Täysi-ikäiset opiskelijat maksavat asiakasmaksut sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) mukaisesti. Korkea-kouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon rahoitus koostuu valtion Kelalle mak- samasta opiskeluterveydenhuollon rahoitusosuudesta, opiskelijoiden Kelalle mak- samista terveydenhoitomaksuista sekä Kelan rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 20 a §:n perusteella maksettavista valtion korvauksista.

Opiskeluterveydenhuollon menot olivat vuonna 2023 yhteensä lähes 91 miljoonaa euroa (taulukko 6.4). Vajaa puolet (46 %) oli hyvinvointialueiden ja Helsingin kau- pungin järjestämän opiskeluterveydenhuollon menoja, josta valtion rahoitusosuus oli 99,7 prosenttia. Kelan järjestämän korkeakouluopiskelijoiden opiskelutervey- denhuollon 49 miljoonan euron menoista 23 prosenttia eli 11 miljoonaa euroa rahoitettiin opiskelijoiden Kelalle maksamilla terveydenhoitomaksuilla. Valtio oli siis opiskeluterveydenhuollon pääasiallinen rahoittaja 87,5 prosentin rahoitusosuus- della, ja asiakasmaksuilla katettiin 12,5 prosenttia menoista.



Kuvio 6.4. Opiskeluterveydenhuollon rahavirrat vuonna 2023.

Taulukko 6.4. Opiskeluterveydenhuollon (pois lukien suun terveydenhuolto) menot* ja rahoittajat vuonna 2023.

Toiminta	Valtio / Kela	Kotitaloudet	Yhteensä (%)
Hv-alueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä opiskeluterveydenhuolto	41,9	0,1	42,0 (46,3 %)
Kelan järjestämä YTHS:n opiskeluterveydenhuolto	37,5	11,2	48,7 (53,7 %)
Yhteensä (%)	79,4 (87,5 %)	11,3 (12,5 %)	90,7 (100 %)

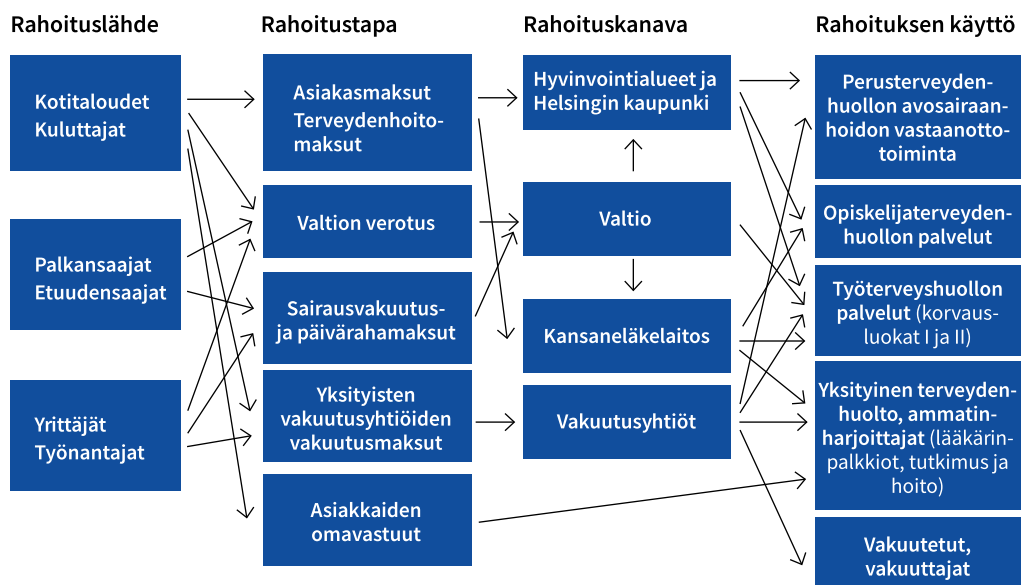
*Menot miljoonaa euroa (osuus, %)

6.5 Perustason avosairaanhoidon neljän eri sektorin rahoituksen kokonaisuus

Tässä työssä tarkasteltujen vuoden 2023 perustason avosairaanhoidon palvelujen suurin rahoittaja oli valtio noin 70 prosentin osuudella (taulukko 6.5). Kelan kautta valtion rahoituksesta kanavoitui noin viidennes. Tästä valtaosa, 75 prosenttia, kohdistui työterveyshuollon korvauksiin. Yksityisen terveydenhuollon palveluihin kohdentui 11 prosenttia ja korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltoon 14 prosenttia. Kotitalouksien suora rahoitusosuus perustason avosairaanhoidon palveluista oli 4 prosenttia, josta noin 59 prosenttia meni yksityisen terveydenhuollon osin Kela-korvattuihin palveluihin ja 41 prosenttia julkisten järjestäjien palveluihin. Työnantajien suora rahoitusosuus kokonaisuudesta oli 15,4 prosenttia, ja se kohdentui ainoastaan työterveyshuoltoon. Vakuutusyhtiöiden rahoitusosuus oli 10,5 prosenttia, ja se kohdentui lähes täysin yksityisiin terveystalouksiin.

Hyvinvointialueiden järjestämän perustason avosairaanhoidon rahoitti pääosin, 97-prosenttisesti, valtio. Työterveyshuollon ensisijaisina rahoituslähteinä toimivat pääosin työnantajat sekä palkansaajat. Työnantajien suoralla rahoitusosuudella katettiin 57 prosenttia kustannuksista, ja loput rahoitettiin Kelan sairausvakuutusrahaston työtulovakuutuksesta, johon kohdennetaan palkansaajien päiväraha- ja työnantajien sairausvakuutusmaksut. Valtion muun rahoituksen osuus oli työterveyshuollossa vähäinen. Yksityisten palveluntuottajien menoista noin kolme neljäsosaa rahoitettiin vakuutusyhtiöistä. Loput jakautuivat lähes tasan kotitalouksille ja valtiolle Kela-korvauksina. Opiskeluterveydenhuollossa valtio toimii suurimpana rahoittajana 88 prosentilla. Asiakkaiden rahoitusosuus on korkein Kelan järjestämässä opiskeluterveydenhuollossa (taulukko 6.5).

Sektorikohtaisesti tarkasteltuna julkisesti järjestettyjen palvelujen osuus perustason avosairaanhoidon menoista oli noin 56 prosenttia, työterveyshuollon reilu neljännes, yksityisten palvelujen noin 15 prosenttia ja opiskeluterveydenhuollon reilut 2 prosenttia. Nämä osuudet vastaavat kohtuullisen hyvin Kelan havaintoja Keski-Suomen hyvinvointialueen avosairaanhoidon palvelujen kustannuksista sektoreittain (Hujanen ym. 2025).



Kuvio 6.5. Perustason avosairaanhoidon rahavirrat vuonna 2023.

Taulukko 6.5. Perustason avosairaanhoidon (pois lukien suun terveydenhuolto) menot (milj. €), rahoittajat ja rahoitusosuudet sektoreittain vuonna 2023.

Sektori	Valtio*	Kela**	Kotitaloudet	Työnantajat	Vakuutusyhtiöt	Yhteensä (%)
Julkinen	2025,3		49,7		6,7	2081,8 (56,2 %)
Työterveys- huolto	4,4	427,6		569,7		997,3 (26,9 %)
Yksityinen (Kela-korvatut)		64,4	88,1		383	535,6 (14,5 %)
Opiskelu- terveyden- huolto		79,4	11,3			90,7 (2,4 %)
Yhteensä (%)	2029,7 (54,8 %)	571,4 (15,4 %)	149,1 (4,0 %)	569,7 (15,4 %)	389,7 (10,4 %)	3705,4 (100 %)

*Valtion suora rahoitus, **Valtion Kelan kautta kanavoima rahoitus

7 Tulosten yhteenveto, johtopäätökset ja suositukset

Tämä raportti on synteesi Suomen perustason avosairaanhoidon resursseista ja toiminnasta. Aiemmin perustason avosairaanhoidon kokonaisuutta on tarkasteltu esimerkiksi yhden kunnan alueella (Blomgren, Jäppinen ja Lahdensuo 2022; Blomgren ja Virta 2020). Lisäksi perustason avosairaanhoidon on tarkasteltu esimerkiksi tietopohjan laadun arvioinnin näkökulmasta (Satokangas ym. 2024), paljon palveluja käyttävien ihmisten näkökulmasta (Satokangas 2025) sekä rahoituksen monikanavaisuuden haasteiden näkökulmasta tilastotietoihin pohjautuen (Hujanen 2019). Tämä tutkimus on kuitenkin tiettävästi ensimmäinen laaja-alainen kuvaus perustason avosairaanhoidon koko järjestelmästä, palvelujen käytöstä ja resurssien jakautumisesta koko maassa ja koko väestössä. Aiemmin koko maan tasoinen tietopohja avosairaanhoidon käynneistä ei ole ollut kattava tutkimuskäyttöön kaikkien sektorien osalta. Työ tarjoaa tietopohjaa monikanavaisen perustason avosairaanhoidon järjestelmän arviointiin sekä järjestelmästä käytävään julkiseen ja poliittiseen keskusteluun. Tätä kautta työ toivottavasti edistää myös tietoon perustuvaa terveydenhuoltojärjestelmän kehittämistä.

Raportti tutkii perustason avosairaanhoidon järjestelmää, eli hyvinvointialueiden järjestämää terveydenhuoltoa, työterveyshuoltoa, opiskeluterveydenhuoltoa sekä yksityistä terveydenhuoltoa, kolmen teeman kautta: 1) väestön palvelujen käytön alueellinen ja tarpeenmukainen jakautuminen sekä rinnakkaisten sektorien rooli, 2) henkilöstöresurssien riittävyys ja työn jakautuminen sekä 3) menot ja rahoitus monikanavaisessa järjestelmässä. Keskeisimpänä tavoitteena tutkimuksessa oli arvioida, miten kiireettömään hoitoon pääsy toteutuu eri sektoreilla suhteessa palvelutarpeeseen. Keskeisten havaittujen epäkohtien ratkaisemiseksi tehtiin suosituksia, jotka tähtäävät terveydenhuoltojärjestelmän kehittämiseen. Suositusten tavoitteena on arvioida toimenpiteitä, joiden avulla tarpeenmukaiset palvelut olisivat koko väestön tasolla yhdenvertaisemmin saatavilla ja hoito annettaisiin siihen parhaiten soveltuvassa paikassa. Näin hoidon pirstaloituminen usealle sektorille vähenisi ja järjestelmä toimisi tehokkaammin. Tässä osiossa käydään läpi tutkimuksen keskeiset tulokset sekä tutkimusryhmän niiden pohjalta tekemät johtopäätökset ja suositukset järjestelmän kehittämiseksi.

Raportin keskeiset johtopäätökset ovat:

- 1) Perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajanainen.
- 2) Palvelutarve ja palvelujen käyttö eivät kohtaa – järjestelmässä on merkittävää tehottomuutta.
- 3) Julkisella sektorilla on päävastuu haavoittuvien ryhmien perustason avosairaanhoidosta.

- 4) Työterveyshuollon kattavuus vaihtelee – se lisää hoidon sirpaleisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta.
- 5) Ammattilaisten sijoittuminen ja työnkuvan vaihtelu sektoreilla lisää tehottomuutta.
- 6) Lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula.
- 7) Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus haastaa sen läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä.

Tämän tutkimuksen yksi keskeinen johtopäätös on, että suomalaiseen perustason avosairaanhoidon järjestelmään liittyy merkittäviä haasteita. Järjestelmässä on kuitenkin myös hyvin toimivia elementtejä, jotka on pyritty ottamaan huomioon suosituksia annettaessa järjestelmän kehittämiseksi. Kaiken kaikkiaan suomalaisen perustason avosairaanhoidon järjestelmän periaatteena on tarjota universaali kattavuus kahden eri osajärjestelmän kautta. Nämä ovat hyvinvointialueiden järjestämä perusterveydenhuolto sekä Kela-korvausjärjestelmä, jolla tuetaan yksityispalvelujen käyttöä. Lisäksi järjestelmässä on osia, joihin kanavoidaan julkista rahoitusta, mutta ne tarjoavat hoitoon hakeutumisen väylän vain tietyille osalle väestöä.

Useasta lähteestä veroin ja sairausvakuutusmaksuin kerättävä julkinen rahoitus ei itsessään ole ongelma, vaan se voi jopa vahvistaa järjestelmän resilienssiä. Keskeinen nykyiseen järjestelmään liittyvä haaste onkin se, että useasta lähteestä kerättyä rahoitusta ei jaeta universaaliin järjestelmään koko väestöä hyödyttäen, vaan rahoituskanavat muodostavat erillisiä osajärjestelmiä. Hoidon saatavuus on hyvällä tasolla etenkin yksityisissä ja työterveyshuollon perustason avosairaanhoidon palveluissa. Tästä voivat tällä hetkellä hyötyä lähinnä ne, jotka pystyvät maksamaan yksityispalvelujen käytöstä joko yksityisten vakuutusten tai korkeiden omavastuusuuksien muodossa, sekä työssäkäyvät ihmiset, jotka kuuluvat työnantajan järjestämien sairaanhoidon palvelujen piiriin. Työssäkäyvän väestön keskuudessa on kuitenkin merkittäviä eroja sen suhteen, miten kattavia työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ovat. Työterveyshuollon sopimuksiin liittyy eroja myös esimerkiksi erikoislääkäripalvelujen saatavuudessa, millä voi olla niiden piiriin kuuluvien ihmisten näkökulmasta muun muassa merkittäviä hoitoprosessia nopeuttavia vaikutuksia. Kaikkiaan työterveyshuollossa ja yksityisellä sektorilla erikoislääkäripalvelut ovat paremmin tarjolla kuin julkisessa perusterveydenhuollossa, jossa erikoislääkäreiden tuki hoidollisesti vaativampien potilaiden hoitoon olisi paremmin perusteltua. Hyvinvointialueilla on nyt sote-uudistuksen myötä aiempaa parempi mahdollisuus lisätä erikoislääkäreiden konsultaatioita ja koulutusta perusterveydenhuoltoon.

Usealle sektorille jakautunut perustason avosairaanhoidon järjestelmä luo terveydenhuollon ammattilaisille, ennen kaikkea lääkäreille, valinnanmahdollisuuksia valita työskentelysektorinsa ja -muotonsa (ammatinharjoittaja, palkkatyössä). Järjestelmä mahdollistaa ammattilaisille myös todennäköisesti suotuisan palkkahityksen ja mahdollisuuden vaikuttaa omiin työolosuhteisiinsa (Talouspolitiikan arviointineuvosto 2025). Koko järjestelmän näkökulmasta tämä voi kuitenkin muo-

dostua haasteeksi, jos henkilöstön saatavuus heikentyy korkean palvelutarpeen alueilla tai niissä palveluissa, joita käyttävän väestön palvelutarve on korkea.

Tämän tutkimuksen tulosten osalta voidaan tehdä eritasoisia suosituksia. On mahdollista hyväksyä nykytila ja toteuttaa pieniä uudistuksia, joilla parannetaan esimerkiksi eri sektorien välistä koordinaatiota ja työnjakoa. Pienet pistemäiset uudistukset eivät kuitenkaan ratkaise järjestelmän rakenteellisia ongelmia. Näiden ratkaisemiseksi on melko selvää, että järjestelmässä tulisi toteuttaa laaja kokonaisuudistus, jossa järjestelmään kanavoitavien resurssien ohjausta voidaan kehittää. Tämä ei tarkoittaisi rahoituksen keräämistä vain yhdestä rahoituslähteestä, vaan sitä, että monesta purosta koostuvaa rahoituksen kokonaisuutta pystyttäisiin ohjaamaan yhdenmukaisin periaattein siten, että rahoitus kohdentuisi väestötasolla vaikuttavalla tavalla huomioiden eri väestöryhmien erilaiset palvelutarpeet. Tällä hetkellä näyttää siltä, että nykyiseen monisektoriseen perustason avosairaanhoidon rakenteeseen liittyy merkittävää tehottomuutta sekä resurssien epätarkoituksenmukaista jakautumista, kun tarkastellaan sitä suhteessa palvelutarpeeseen. Nykyisellään järjestelmän monisektorisesta rakenteesta kärsivät todennäköisesti ne väestöryhmät, joilla palvelutarve on suurin ja maksukyky on heikoin. Tähän mennessä perustason avosairaanhoidon järjestelmää ei ole uudistettu kokonaisuutena vaan jokaista osajärjestelmää on kehitetty omaehtoisesti. Tästä esimerkkejä ovat sote-uudistus, joka perustason avosairaanhoidon osalta koski vain julkista perusterveydenhuoltoa, tai Kela-korvausten uudistaminen erillisenä järjestelmänä, josta viimeisin esimerkki on 65 vuotta täyttäneen väestön valinnanvapauskokeilu.

Tutkimuksen keskeinen johtopäätös on, että Suomessa tulisi asteittain uudistaa perustason avosairaanhoidon järjestelmää siten, että se mahdollistaisi resurssien vaikuttavan, tehokkaan ja oikeudenmukaisen kohdentumisen. THL on kesällä 2025 julkaistussa selvityksessä arvioinut erilaisia malleja, joiden kautta järjestelmän rahoituksen kohdentamista voitaisiin kehittää yksikanavaisen järjestelmän suuntaan (Tynkkynen ym. 2025). Järjestelmän kokonaisuudistus edellyttää laaja-alaista yhteistyötä läpi puoluekentän ja jatkuvuutta yli vaalikausien. Lisäksi tarvitaan yhteinen tavoite ja näkemys uudistuksen suunnasta, jotta muutokset voidaan toteuttaa pitkäjänteisesti ja johdonmukaisesti. THL onkin aiemmin esittänyt myös parlamentaarisen tulevaisuustyön käynnistämistä suomalaisen sote-järjestelmän kokonaisuuden kehittämiseksi (Tynkkynen ym. 2025).

Seuraavissa luvuissa 7.1–7.7 esitetään tutkimuksen keskeiset havainnot ja annetaan suosituksia, joilla nykytilaa voitaisiin mahdollisesti parantaa. Suositukset eivät kuitenkaan poista tarvetta järjestelmän kokonaisuudistukselle, jos perustason avosairaanhoitoa halutaan kehittää siten, että se on yhdenvertainen, tehokas ja vaikuttava. Suositukset saattavat myös olla osin erisuuntaisia, joten niitä on syytä lukea enemmän listana vaihtoehtoja, joilla nykytilaa voitaisiin kehittää sen sijaan, että ne kaikki tulisi toteuttaa. Tässä työssä ei ole pystytty arvioimaan suositusten vaikutuksia tai yhteisvaikutuksia. Tämän vuoksi mahdollisten uudistusten vaikutukset nykytilaan nähden on arvioitava huolellisesti, mikäli niiden edistämiseen ryhdy-

tään. Raportissa on myös esitetty useita jatkoselvitystä edellyttäviä kokonaisuuksia, joita ei ole voitu tämän työn puitteissa kattavasti käsitellä.

7.1 Perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajanainen

Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajautunut rahoituksen, tuotannon ja käytön osalta, mikä näkyy sekä väestön palvelujen käytön että ammattilaisten työn jakautumisena eri sektoreille. Hajautuminen vaikeuttaa hoidon koordinaatiota ja voi heikentää erityisesti paljon palveluja tarvitsevien potilaiden hoidon laatua ja turvallisuutta. Järjestelmätasolla hajanaisuus tekee resurssien tarpeenmuokaisen ja vaikuttavan kohdentamisen hankalaksi, jopa mahdottomaksi.

Järjestelmän hajanaisuus näkyy merkittävänä eri sektorien rinnakkaisena käyttönä, mikä jakaa väestön palvelujen käytön eri sektoreille perustason avosairaanhoidon järjestelmässä. Kaikista julkisten palvelujen käyttäjistä 35 prosenttia käytti tarkastelujaksolla pelkästään julkisia perusterveydenhuollon palveluja, kaikista työterveyshuollon palveluja käyttäneistä 13 prosenttia käytti pelkästään työterveyshuollon palveluja, kaikista yksityisiä palveluja käyttäneistä 7 prosenttia käytti pelkästään yksityisiä palveluja ja kaikista opiskeluterveydenhuollon palveluja käyttäneistä vain 5 prosenttia käytti pelkästään opiskeluterveydenhuollon palveluja. Kaikista perustason avosairaanhoidon palveluja käyttäneistä yli puolet (61 %) käytti tarkastelujaksolla kahta tai useampaa sektoria. Usean sektorin ristikkäinen käyttö korostui etenkin lapsilla ja työikäisillä, kun taas ikääntynyt väestö käytti korostetummin vain julkisen sektorin palveluja (ks. johtopäätös 3).

Hajanaisuus ilmenee myös selvinä eroina alueiden välillä palvelujen käytön jakautumisessa eri sektoreille. Tuloksista nähdään myös, että mitä enemmän alueella oli palvelujen käyttöä, sitä enemmän sektoreita käytettiin rinnakkain. Palvelujen käytön erot alueilla johtunevat muun muassa alueiden erilaisesta ikärakenteesta, väestön sairastavuudesta, palvelujen saatavuudesta sekä työllisyystilanteesta.

Pääkohdat

Suomen perustason avosairaanhoidon järjestelmä on hajautunut rahoituksen, tuotannon ja käytön osalta. Järjestelmän hajanaisuus näkyy merkittävänä eri sektorien ristikkäisenä käyttönä, mikä jakaa väestön palvelujen käytön eri sektoreille perustason avosairaanhoidon järjestelmässä. Myös alueiden välillä on selviä eroja palvelujen käytön jakautumisessa eri sektoreille. Hajautuminen vaikeuttaa hoidon koordinaatiota ja voi heikentää erityisesti paljon palveluja tarvitsevien potilaiden hoidon laatua ja turvallisuutta. Järjestelmätasolla hajanaisuus tekee resurssien tarpeenmukaisen ja vaikuttavan kohdentamisen hankalaksi, jopa mahdottomaksi.

Suosituks

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.

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

Tutkimuksessa havaittiin, että yksinomaan julkisen tai opiskeluterveydenhuollon sektorin palveluja käytävillä oli muita sektoreita tai sektoriyhdistelmiä käyttäviin verrattuna selvästi vähemmän palvelujen käyttöä suhteessa palvelutarpeeseen. Vain julkista sektoria käyttäneet kokivat myös terveydentilansa jossain määrin muuta väestöä heikommaksi. Vain työterveyshuoltoa käyttäneillä palvelujen käyttö oli selvästi suurempaa suhteessa palvelutarpeeseen verrattuna muihin yhden sektorin käyttäjiin.

Yleisellä tasolla tuloksien pohjalta voidaan todeta, että palvelujen tarve ja käyttö kohtasivat kohtuudella eri hyvinvointialueilla. Joitakin poikkeuksia kuitenkin nähtiin, erityisesti Pohjois-Karjala ja Satakunta.

Eri sektoreita käyttävien välillä oli merkittäviä eroja esimerkiksi kuolleisuudessa. Kuolleisuus oli selvästi korkeampaa pelkästään julkisen sektorin palveluja käyttäneillä. Tämä selittyy suuremmalla luonnollisen kuoleman todennäköisyydellä julkisen sektorin käyttäjien ikääntyneemmän väestörakenteen vuoksi. Kuolleisuus oli suhteellisen korkeaa myös henkilöillä, jotka eivät käyttäneet perustason palveluja lainkaan. Tämä voi viitata siihen, että ihmiset, jotka eivät käytä perustason avosairaanhoidon palveluja lainkaan, käyttävät erikoissairaanhoidon palveluja vakaviin sairauksiin tai ovat sellaisten laitospalvelujen piirissä, joiden myötä perustason avosairaanhoidon palvelut tarjotaan muuta kautta. Palveluja käyttämättömien joukossa oli kuitenkin todennäköisesti myös henkilöitä, joilla on merkittäviä tyydyttymättömiä palvelutarpeita. Yksityisten palvelujen ja työterveyshuollon käyttö oli selvästi yleisempää korkeammissa tuloluokissa, joissa kuolleisuus oli myös merkittävästi matalampi kuin muussa väestössä.

Kaiken kaikkiaan on mahdollista todeta, että etenkin julkinen sektori palvelee hyvin erilaisia väestöryhmiä kuin yksityis- ja työterveyshuollon sektori, mikä todennäköisesti heijastuu myös ammattilaisten työhön. Samaan aikaan on kuitenkin syytä huomata, että julkisen sektorin rooli avosairaanhoidon palveluissa kasvaa, mitä iäkkäämmästä tai sairaammasta ihmisestä on kyse. Rinnakkaisten sektorien käytöstä pääsevätkin hyötymään ennen kaikkea nuorempi ja terveempi väestö.

Tulosten mukaan palvelujen käyttö suhteessa sairauksien lukumäärään oli keskimäärin sitä suurempaa, mitä useampaa perustason avosairaanhoidon sektoria henkilö käytti. Useampia sektoreita rinnakkain käyttäneet henkilöt olivat sairaampia verrattuna vain yhtä sektoria käyttäneisiin mutta samaan aikaan käyttivät palveluja tarpeeseen nähden merkittävästi enemmän kuin henkilöt, jotka käyttivät vain yhtä sektoria. Erityisesti yksityisen ja työterveyshuollon käytön yhdistelmään sekä vähintään kolmen sektorin käyttöön liittyi selvästi suurempaa palvelujen käyttöä kuin sairastavuus antaisi olettaa. Lisäksi vain työterveyshuoltoa käyttäneillä palvelujen käyttö oli odotettua selvästi suurempaa suhteessa sairastavuuteen, heillä sairastavuus oli keskimääräistä pienempää.

Tulosten perusteella näyttää vahvasti myös siltä, että sosioekonominen asema ja ikä määrittävät sitä, minkä sektorin perustason avosairaanhoidon palveluja henkilö pystyy Suomessa käyttämään. Mitä korkeampi henkilön tulotaso oli, sitä selvemmin havaittu palvelujen käyttö ylitti sen, mitä sairastavuuden perusteella olisi odotettavissa. Korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ihmiset pystyvät hankkimaan palveluja yksityissektorilta, ja suuri osa työssäkäyvistä väestöstä kuuluu myös sellaisen työterveyshuoltosopimuksen piiriin, jota kautta on mahdollista hakeutua perustason avosairaanhoidon palveluihin. Tämä on ongelmallista perustason avosairaanhoidon yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta, mutta voi vaikuttaa myös siihen, miten ihmisen vakavat sairaudet tulevat hoidettua. Palvelujärjestelmän monikanavainen rakenne mahdollistaa hyvätuloiselle väestölle selvästi paremmat mahdollisuudet palvelujen käyttöön, samalla rajaten pienituloisten mahdollisuuksia käyttää palveluja heidän tarpeidensa mukaisesti julkisen sektorin rajallisten resurssien takia. Julkisen perusterveydenhuollon kärsiessä puutteellisista resursseista mahdollisuus käyttää myös yksityistä sektoria tarjoaa esimerkiksi laajemmat mahdollisuudet useampien diagnoosien kirjaamiseen ja vaihtoehtoisen reitin erikoissairaanhoidon, ohi julkisen perusterveydenhuollon jonojen. Tulokset kertovatkin sekä järjestelmässä olevista rakenteellisista ongelmista, jotka tuottavat paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleville ihmisille parempia mahdollisuuksia saada riittävät avosairaanhoidon palvelut, että järjestelmään liittyvästä tehottomuudesta ja resurssien epätarkoituksenmukaisesta käytöstä.

Sitä, että usealla sektorilla asioivat ihmiset käyttävät palveluja runsaasti palvelutarpeeseensa nähden, selittävät todennäköisesti useat eri asiat, ja syyt todennäköisesti vaihtelevat yksilötasolla merkittävästi. Yleisesti ottaen usean sektorin käyttöön voi liittyä päällekkäistä palvelujen käyttöä eli saman palvelun tuottamista samaan vaivaan usean eri sektorin toimesta. Päällekkäistä palvelujen käyttöä voi syntyä yksilön toiminnan tuloksena esimerkiksi silloin, jos yksityislääkärin ehdottama hoito on niin kallista, että ihminen hakeutuu hoitoon julkiselle sektorille. Henkilöt voivat myös hakea arvion tai lähetteen jatkotutkimuksiin saman vaivan hoitamiseen useammalta lääkäriltä. Osa päällekkäisestä palvelujen käytöstä selittyy kuitenkin todennäköisesti rinnakkaisten sektorien välisistä koordinaatio-ongelmista henkilöiden hoitamisessa. Nämä voivat liittyä tiedonkulkuun mutta myös esimerkiksi siihen, että perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmässä ei ole mahdollisuutta lähettää ihmistä yksityissektorilta tai työterveyshuollosta julkiseen perusterveydenhuoltoon, tai päinvastoin, mikä voi johtaa tilanteeseen, jossa ihminen joutuu käyttämään samanlaisia palveluja usealla sektorilla saman vaivan vuoksi järjestelmään liittyvien rakenteiden tai käytäntöjen takia. Usean sektorin palvelujen käyttö voi kertoa myös siitä, että ihmiset käyttävät esimerkiksi julkisen sektorin palveluja tiettyjen kroonisten sairauksien hoitamiseen, kun taas yksityisen sektorin palveluihin tai työterveyshuoltoon hakeudutaan akuuttien tilanteiden, erikoislääkäripalvelujen tai työkyvyn kysymysten takia. Toisaalta, mikäli esimerkiksi opiskeluterveydenhuollon palveluihin ei pääse akuutissa tilanteessa, on hoitoon hakeuduttava julkiselle (tai muulle mahdolliselle) sektorille. On myös mahdollista, että esimerkiksi yksityisten vakuutusten osalta tietyt sairaudet on suljettu vakuutuksen ulkopuolelle,

jolloin ihmisen on hoidatettava nämä sairaudet julkisella sektorilla tai yksityisesti itse maksaen.

Suomalaiseen monikanavaiseen perustason avosairaanhoidon järjestelmään sisältyy myös merkittävä kannuste sekä yksilöiden että tuottajien moraalikatoon (moral hazard). Moraalikadolla viitataan tilanteeseen, jossa palveluja käytetään tarpeeseen nähden enemmän, koska kustannuksista vastaa joku muu tahoa, esimerkiksi vakuutusyhtiö tai työnantaja (Sintonen ja Pekurinen 2006). Osalla väestöstä on mahdollisuus hakea samaan vaivaan lisähoitoa, tutkimuksia tai asiantuntija-arvioita usean järjestelmän piiristä. Yksilöiden moraalikadon sijaan jopa keskeisempi suomalaisen järjestelmään liittyvä moraalikadon riski saattaa kuitenkin liittyä tuottajien mahdollisuuteen ohjata yksilöitä muiden sektoreiden palveluihin ja täten toisten rahoittajien vastuulle. Tällainen toiminta tuottaa yksilötasolla todennäköisesti esimerkiksi hoitokokonaisuuksien pirstoutumista ja kokonaisvastuun puuttumista sekä mahdollisesti myös kustannuksia asiakkaalle. Tähän viittaa myös edellä kuvattu havainto siitä, että mikään sektori ei näytä pystyvän tarjoamaan koko väestölle riittäviä perustason avosairaanhoidon palveluja. Myös julkisen sektorin palvelut, joiden universaalissa järjestelmässä tulisi olla koko väestön tarpeisiin mitoitettuja, ovat todennäköisesti alimitoitettuja koko väestön tarpeeseen nähden, koska julkisen järjestelmän piirissä tiedetään, että osalla väestöstä on mahdollisuus käyttää useita sektoreita avosairaanhoidossa. Työterveyshuollon sopimukset voivat toisaalta kannustaa tarjoamaan ihmisille myös ylimääräisiä palveluja vähintään niin pitkälle kuin asiakasyritys (ja Kela) niitä korvaavat. Myös yksityisten vakuutusten yleistymisen myötä tuottajilla voi olla kannustin tarjota enemmän palveluja henkilöille, joilla on vakuutus, jos vakuutusyhtiöt eivät pysty ohjaamaan tuottajien toimintaa sopimuksin vaan korvaavat vain hoidosta aiheutuneet kustannukset.

Kaiken kaikkiaan tulokset viittaavat siihen, että etenkin sairaimpien ihmisten palvelujen käyttö jakautuu usealle sektorille ja he käyttävät palveluja selvästi enemmän kuin sairastavuus antaisi olettaa. Tähän liittyy merkittävä järjestelmän allokatiivisen tehottomuuden ongelma, jos rajallisia resursseja käytetään tehottomasti tai ihmisten ylihoitoon. Tällä on todennäköisesti sekä inhimillisiä että taloudellisia seurauksia. Ihmisten palvelukokonaisuuksien hajautuessa usealle sektorille kokonaisvastuu hoidosta jää todennäköisesti puuttumaan, millä voi olla vaikutuksia hoidon laatuun, vaikuttavuuteen ja turvallisuuteen. Samalla päällekkäisyydet voivat aiheuttaa ihmisille lisäkustannuksia sekä rahassa että ajassa mitattuna. Päällekkäiset sektorit myös aiheuttavat resurssien tehotonta käyttöä tilanteissa, joissa järjestelmän rakenteet tuottavat päällekkäistä palvelujen käyttöä sekä hallinnollisia toimia, esimerkiksi kun yhtä vaivaa joutuu hoitamaan usealla sektorilla.

Pääkohdat

Tulokset osoittavat, että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät perustason avosairaanhoidtoa enemmän ja he myös käyttävät palveluja enemmän suhteessa tarjolla oleviin resursseihin kuin heidän arvioitu palvelutarpeensa antaisi olettaa. Julkisen sektorin palvelujen käyttäjät sitä vastoin käyttävät palveluja tarpeeseensa nähden merkittävästi vähemmän. Tämä viittaa siihen, että palvelujärjestelmän resursseit eivät kohdennu tarpeen mukaisesti, vaan järjestelmän rakenteet mahdollistavat osaoptimoinnin. Monikanavaisen järjestelmään sisältyykin riski, että eri toimijat pyrkivät siirtämään kustannuksia toisilleen tai tarjoavat palveluja tarpeeseen nähden joko liikaa tai liian vähän riippuen esimerkiksi potilaan maksukyvyystä tai vakuutuksen tasosta. Monelle sektorille jakautuva palvelujen käyttö todennäköisesti synnyttää myös päällekkäistä palvelujen käyttöä.

Suosituks

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 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 hoitosuosituksiin.

7.3 Julkisella sektorilla on päävastuu haavoittuvien ryhmien perustason avosairaanhoidosta

Julkisella sektorilla on merkittävä rooli perustason avosairaanhoidon palvelujärjestelmässä läpi elämänkulun. Tulosten mukaan julkisen sektorin käyttäjäkunnassa painottuivat ennen kaikkea eläkeikäinen väestönosa ja alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ihmiset (ks. suositus 2.1). Myös lapsista iso osa oli käyttänyt vain julkista sektoria. Valtaosa (78 %) väestöstä olikin tarkastelujaksolla vuosina 2021–2023 käyttänyt julkisen perusterveydenhuollon palveluja vähintään kerran. Yksityisiä palveluja käytti 44 prosenttia, työterveyshuoltoa 40 prosenttia ja opiskeluterveydenhuoltoa 9 prosenttia väestöstä.

Tulosten perusteella näyttää siltä, että julkinen terveydenhuolto näyttäisi olevan sitä merkittävämmässä roolissa, mitä useampi sairaus henkilöllä on. Tämä tulos näkyi kaikissa ikäryhmissä eikä siis selity pelkästään esimerkiksi ikääntyvän väestön lisääntyneellä sairastavuudella. Tulos viittaa siihen, että yksityinen ja työterveyshuolto palvelevat mahdollisesti paremmin sellaisia väestöryhmiä, joilla on vähän palvelutarpeita tai joiden palvelutarpeet ovat selvärajaisia.

Sama havainto nähtiin myös alueellisissa tarkasteluissa. Korkea sairastavuus lisää siis julkisen sektorin palvelujen käyttöä myös alueellisesti. Keskimääräistä terveemmällä alueella, kuten Pohjanmaalla ja Uudellamaalla, julkisen sektorin palvelujen käyttö oli vähäisintä. Korkean sairastavuuden alueilla Kainuussa ja Pohjois-Savossa korostui julkisen sektorin käyttö.

Tulokset osoittavat, että eri sektorit korostuvat elämänkulun eri vaiheissa perustason avosairaanhoidossa. Ikääntyneiden palvelujen käytössä korostuu julkinen sektori, työikäisten joukossa työterveyshuolto, ja lapsilla ja nuorilla käytössä korostuu yksityinen ja julkinen sektori. Lapsia ei tutkimuksessa tarkasteltu erikseen, mutta heillä käytettävissä ovatkin vain nämä kaksi sektoria. Opiskeluterveydenhuollon merkitys korostuu opiskelevan väestön keskuudessa.

Julkisen sektorin rooliin kuuluu vahvasti myös sosiaalisten tilanteiden selvittelyt yhteistyössä sosiaalipalvelujen kanssa. Osa väestöstä, erityisesti paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat ja työikäiset, pystyy täydentämään julkisia tai työterveyshuollon palveluja yksityisen sektorin kautta, joka näyttäytyy selvästi täydentävänä palvelusektorina jonkin toisen sektorin rinnalla. Yksityispalveluja käyttävillä korostuu muiden sektorien rinnakkainen käyttö, ja pelkästään yksityissektorin palveluja käytti tarkastelujaksolla vain seitsemän prosenttia palveluja käyttäneistä. Näistä lähes puolet oli lapsia. Alueellisesti tarkasteltuna havaittiin, että yksityisen sektorin palvelujen käyttö vaihteli vähemmän kuin julkisen ja työterveyshuollon käyttö. Tämä viittaa siihen, että yksityisiä palveluja käytetään melko samalla tavalla eri puolilla maata, riippumatta esimerkiksi väestörakenteesta tai työmarkkinoista. Tämä tuo lisänäyttöä yksityisen sektorin täydentävästä roolista.

Pääkohdat

Julkisen sektorin perusterveydenhuollon saatavuuden heikentyminen kyseenalaistaa julkisen järjestelmän universaaliuden palvelujen riittävyyden mielessä. Julkisen sektorin käyttäjäkunnassa painottuvat ennen kaikkea eläkeikäinen väestönosa ja alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat ihmiset. Myös lapsista iso osa on käyttänyt vain julkista sektoria. Julkisen sektorin rooli myös kasvaa kaikissa ikäryhmissä, mitä sairaammasta väestönosasta on kyse. Tämä korostaa julkisen sektorin keskeistä roolia hoidon yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Julkisen sektorin toimintaedellytysten heikentäminen todennäköisesti vaikuttaa keskeisemmin kaikista haavoittuvimpiin väestöryhmiin.

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.
- 3.3. Julkisen perusterveydenhuollon ammattilaisten työnjakoon, työnhallintaan 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 selkiyttää, jotta asiakastyöhön saadaan enemmän aikaa.
- 3.6. Hoidon tarpeen arviota tulisi selkeyttää yksinkertaistamalla nykyistä hoitotakuulainsäädäntöä.

7.4 Työterveyshuollon kattavuus vaihtelee – lisää hoidon sirpaleisuutta ja epäoikeudenmukaisuutta

Tulosten mukaan näyttää siltä, että työterveyshuollon kautta järjestetyt sairaanhoitopalvelut eivät riitä vastaamaan palvelujen piirissä olevien ihmisten palvelutarpeisiin. Työterveyshuollon palveluja käyttäneistä vain 13 prosenttia käytti pelkästään työterveyshuollon palveluja. Vaikka tämä luku todennäköisesti on aliarvio, johtuen esimerkiksi siitä, että osa väestöstä on tarkastelujaksolla ollut vain osin työterveyshuollon piirissä ja osin työelämän ulkopuolella (esim. työttömyys tai eläköityminen), voidaan arvioida osuuden olevan kuitenkin suuntaa antava. Yli 70 prosenttia oli käyttänyt lisäksi julkisia palveluja ja yli 50 prosenttia käytti lisäksi yksityisiä palveluja. Julkisella sekä yksityisellä sektorilla onkin merkittävä rooli työssäkäyvän väestön keskuudessa. Tämä viittaa siihen, että työterveyshuollon kautta järjestettyjen palvelujen kattavuus ei riitä vastaamaan palvelujen piirissä olevien palvelutarpeeseen ja ihmiset joutuvat täydentämään palveluja joko julkisen tai yksityisen sektorin palveluista. Työnantajien välillä on merkittäviä eroja järjestetyn työterveyshuollon palvelukattavuudessa (Koponen ja Tynkkynen 2023), mikä todennäköisesti selittää sitä, että osa väestöstä joutuu käyttämään palveluja myös muilta sektoreilta. Sopimuksiin voi liittyä myös tiettyjen sairauksien poissulkemista, kuten kroonisten sairauksien hoito, mikä voi aiheuttaa ihmisen palvelujen kokonaisuuden hajoamisen usealle eri sektorille. Erityisesti tämä koskee niitä ihmisiä, joilla on paljon palvelujen käyttöä.

Tulokset osoittivat, että työterveyshuollon palvelujen käyttö vaihteli myös alueittain. Uudenmaan kaikilla hyvinvointialueilla, lukuun ottamatta Itä-Uusimaata, työterveyshuollon palvelujen käyttö oli suurempaa kuin julkisen sektorin palvelujen käyttö. Havainto selittyy useilla tekijöillä. Kasvukeskuksissa työterveyshuollon palveluntarjoajia on enemmän. Oletettavasti näillä alueilla on myös enemmän suuria ja keskisuuria työnantajia, joilla työterveyshuollon kattavuudet voivat olla paremmat. Myös työllisyysaste ja työikäisen väestön osuus ovat korkeampia kaupunkiseuduilla, mikä näkyy suurempana työterveydenhuollon käyttönä.

Pääkohdat

Työterveyshuoltojärjestelmän kautta tarjottavat perustason avosairaanhoidon palvelut eivät näytä kattavan työssäkäyvän väestön palvelutarpeita kokonaisvaltaisesti. Tämä selittyy todennäköisesti sillä, että työnantajat tarjoavat kattavuudeltaan hyvin erilaisia työterveyshuoltosopimuksia ja moni ihminen joutuu täydentämään palvelukokonaisuuksiaan käyttämällä yksityistä tai julkista sektoria. Vaihtelevat työterveyshuollon sopimuskattavuudet aiheuttavat ongelmia todennäköisesti sekä hoidon koordinaation, palvelujärjestelmän ymmärrettävyyden sekä kustannusten näkökulmasta. Erilaiset palvelukattavuudet asettavat myös työssäkäyvät ihmiset eriarvoiseen asemaan. Työterveyshuollon palvelujen käyttö vaihtelee myös alueittain.

Suosituksset

Ks. myös suositus 1.3

Työterveyshuollon sisäisen toiminnan käytäntöjen selvitys

- 4.1. Selvitetään terveydenhuollon resurssien käytön tarkoituksenmukaisuutta suhteessa työnantajien käytäntöihin (esimerkiksi sairauslomatodistuskäytännöt) 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 järjestämistä palveluista tai vaihtoehtoisesti määritetään kaikille työntekijöille samanlainen palveluvalikoima.

7.5 Ammattilaisten sijoittuminen ja työnkuvan vaihtelu sektoreilla lisää tehottomuutta

Suomen monikanavaisessa perustason avosairaanhoidon järjestelmässä terveydenhuollon ammattilaisten työpanos jakautuu neljälle perustason avosairaanhoidon sektorille. Ammattiryhmistä lääkärit, erikoislääkärit ja hoitajat tuottivat valtaosan näiden neljän palvelusektorin yhteenlasketuista palvelutapahtumista. Hoitajat tuottivat lähes 60 prosenttia kaikista hoitotapahtumista julkisella sektorilla. Yksityisellä ja työterveyshuollossa lääkärit tuottivat sen sijaan suuremman osan hoitotapahtumista, myös sellaisia käyntejä, joita julkisella sektorilla tuottivat hoitajat. Kaikilla palvelusektoreilla lääkäreiden ja hoitajien tuottamista hoitotapahtumista yli 40 prosenttia oli läsnäasiointoja. Lääkärit tuottivat suhteellisesti eniten etäasiointoja työterveyshuollossa ja hoitajat julkisella sektorilla. Konsultaatioita antoivat pääsääntöisesti julkisella sektorilla toimivat lääkärit, mikä yhteystapana näyttää muodostavan merkittävän osan julkisen sektorin lääkäreiden tuottamien hoitotapahtumien kokonaisuutta.

Tulokset viittaavat siihen, että ammattilaisten tekemä työ eri sektoreilla on hyvin erilaista ja heijastelee eri sektorien palvelujen organisoinnin ja tuotannon logiikkaa. Julkisella sektorilla on pitkään toteutettu erilaisia työnjaon uudistuksia lisäten ennen kaikkea hoitajien roolia etulinjan vastaanottotoiminnassa. Julkisella sektorilla perusterveydenhuollon vastaanottotoiminnassa sekä opiskeluterveydenhuollossa korostuukin hoitajien tekemä hoidontarpeen arviointi ihmisen ottaessa puhe- limitse tai muiden digitaalisten kanavien kautta yhteyttä palveluihin. Tulosten mukaan hoitajat tuottavatkin hyvinvointialueiden järjestämissä palveluissa lähes 60 prosenttia ja opiskeluterveydenhuollossa tätäkin suuremman osuuden tarkasteluista hoitotapahtumista. Tästä syystä hoitajien riittävyys on kriittinen tekijä palvelujen saatavuuden turvaamisessa, ellei tuotantotapoihin tehdä merkittäviä uudistuksia. Tässä tutkimuksessa hoidon tarpeen arvioinnit on huomioitu vain siltä osin kuin niiden seurauksena on varattu käynti, mikä tarkoittaa, että näiden sektorien resurssien hoitajapainotteisuus on suurempi kuin tulokset näyttävät. Hoitajat myös tuottavat vastaanottokäyntejä merkittävästi enemmän verrattuna yksityisen sektorin ja työterveyshuollon hoitajakäynteihin.

Yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa tuotannon logiikka on julkiseen hoitajapainotteiseen perusterveydenhuoltoon verrattuna hyvin erilainen. Ihminen hakeutuu hoitoon usein varaamalla itse haluamansa ajan haluamaltaan ammattilaiselta ilman erillistä hoidontarpeen arviota. Julkisessa perusterveydenhuollossa työskentelevien lääkäreiden työnkuvassa näytävät korostuvan konsultaatiot, joilla käytännössä tarkoitetaan esimerkiksi hoitajavastaanotolla tapahtuneita lääkärin konsultointeja. Lääkärin työnkuva näyttäytyy hyvin erilaisena, kun tarkastellaan yksityisen sektorin ja työterveyshuollon kautta tuotettuja palveluja, joissa lääkärit tuottavat sekä läsnä- että etäasioinneista merkittävästi suuremman osuuden kuin julkisella sektorilla. Ennen kaikkea lääkäreiden tuottamat etäasioinnit painottuvat työterveyshuollossa.

Kun julkisessa perusterveydenhuollossa hoitajien rooli on hyvin korostunut, näyttäytyvät yksityinen ja työterveyshuolto merkittävän lääkäripainotteisina avosairaanhoidon tuotantosektoreina. Eri sektorien hoitaja- ja lääkäriresurssien suhteelliset erot ovat osin epäsuhteisia palvelutarpeista tehtyihin havaintoihin nähden. Optimaalista työnjakoa eri ammattilaisten välillä on vaikea määrittää, mutta tulosten pohjalta on kuitenkin mahdollista pohtia, missä määrin julkisella sektorilla korostuva hoitajapainotteisuus ja yksityisen ja työterveyshuollon merkittävä lääkäripainotteisuus edustavat optimaalista tilannetta ja missä määrin työnjakoa tulisi tarkastella kaikilla sektoreilla. On mahdollista, että käytäntö tukee niukkojen resurssien vaikuttavaa käyttöä, mutta on myös mahdollista, että resurssien niukkuuden vuoksi käyttöön otetut toimet ovat entisestään heikentäneet julkisen perusterveydenhuollon mahdollisuuksia vastata väestön palvelutarpeisiin etenkin lääkäripalvelujen osalta. Erilaiset omalääkärimallit voidaankin osin nähdä myös vastareaktion melko pitkälle menneeseen hoitajapainotteisuuteen, joka on myös todennäköisesti muokannut julkisen perusterveydenhuollon lääkärin työtä merkittävästi. Samaan aikaan toisena ääripäänä näyttäytyvät yksityisen ja työterveyshuollon sektorit, joilla lääkärit toteuttavat valtaosan palvelutapahtumista ja hoitajien rooli on merkittävästi pienempi. Samalla kun lääkäripalvelujen saatavuus on hyvällä tasolla niille ihmisille, jotka pystyvät käyttämään yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja, on syytä kysyä, onko lääkäreiden työpanos myöskään näillä sektoreilla optimaalisessa käytössä. Yksityisen sektorin tuotantologiikka ei juurikaan kannusta pohtimaan työnjaon malleja vaan tarjoamaan ennen kaikkea lääkäripalveluja, mikä voi niukkojen lääkäriresurssien maailmassa aiheuttaa myös tilanteita, joissa lääkäri tekee työtä, joka voitaisiin hoitaa myös muiden terveydenhuollon ammattilaisten toimesta. Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että eri sektoreilla ammattilaisten työnjako on merkittävästi erilainen ja todennäköisesti optimaalinen tilanne saattaisi löytyä yhdistämällä parhaita käytäntöjä kaikilta sektoreilta.

Eri sektoreilla samanaikainen työskentely on tulosten mukaan yleinen ilmiö. Lääkäreistä yli kolmannes ja hoitajista kaksi kolmannesta tuotti kiireetöntä ja kiireellistä avosairaanhoidoa vain julkisella sektorilla. Enemmän kuin yhdellä sektorilla työskenteli 54 prosenttia lääkäreistä ja 21 prosenttia hoitajista. Perustason avosairaanhoidossa työskentelevistä lääkäreistä iso osa työskentelee siis samanaikaisesti usealla eri sektorilla. Esimerkiksi valtaosa työterveyshuollossa toimivista lääkäreistä tuotti palveluja myös yksityisellä sektorilla. Tämä heijastelee palvelumarkkinan tilannetta, jossa työterveyshuollon kautta järjestettyjä yleislääkäripalveluja tuottavat pääosin isoissa lääkärikeskusketjuissa työskentelevät lääkärit, jotka tuottavat palveluja vastaanotoillaan myös itse maksaville asiakkaille.

Tutkimuksessa havaittiin alueellisia eroja eri palvelusektoreille työskentelevien ammattiryhmien ja yhteystapojen jakautumisessa. Eri sektoreille tuotettujen käyntien välillä oli selviä alueellisia eroja, jotka saattavat heijastaa sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan liittyviä tekijöitä. Kysynnän osalta erot voivat heijastella väestön ikärakennetta, maksuhalukkuutta yksityisistä palveluista, työllisten osuutta sekä sitä, missä määrin ihmiset luottavat tai ovat tottuneet käyttämään julkista

perusterveydenhuoltoa muiden sektorien sijaan. Tarjonnan osalta erot voivat heijastella esimerkiksi sitä, missä määrin palveluja on tarjolla eri sektoreilla ja miten julkinen perusterveydenhuolto on organisoitu esimerkiksi saatavuuden ja etäpalvelujen hyödyntämisen osalta. Osin erot voivat johtua siitä, että hoitotapahtumasta havaittu toimipaikan sijaintitieto ei välttämättä vastaa ammattilaisen sijaintia. Etenkin etäkäyntien osalta on mahdollista, että palveluntuottajan palveluja on käytetty ympäri Suomen, mutta hoitotapahtumien sijaintipaikaksi havaitaan esimerkiksi päätoimipaikan mukaisesti Helsinki. Lukuja tulkitessa onkin tärkeää muistaa, että tutkimuksessa on päätetty käyttää nimenomaan tuottajan toimipaikkaa eikä palveluja käyttäneen ihmisen asuinpaikkaa (kuten palvelutarpeen ja palvelujen käytön tarkasteluissa). Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että ammattilaisten jakautuminen sekä eri yhteystapojen että eri perustason avosairaanhoidon sektorien osalta vaihtelee eri alueiden välillä.

Pääkohdat

Ammattilaisten työnjako terveydenhuollossa vaihtelee merkittävästi eri sektoreilla, ja todennäköisesti myös tämän osalta resurssien käyttöön liittyy tehottomuutta. Julkisella sektorilla hoitajat hoitavat suuren osan vastaanotoista, mikä voi rajoittaa erityisesti monisairaiden ja iäkkäiden pääsyä lääkäripalveluihin. Yksityisellä ja työterveyshuollon sektorilla lääkärit tekevät paljon myös sellaisia tehtäviä, jotka todennäköisesti voitaisiin hoitaa muiden ammattilaisten toimesta, mikä voi johtaa resurssien tehottomaan käyttöön. Eri ammattiryhmät tuottivat myös erilaisia suoritteita riippuen siitä, millä sektorilla he työskentelivät. Yli puolet lääkäreistä työskentelee samanaikaisesti usealla sektorilla tuottaen perustason avosairaanhoidon palveluja. Hoitajien osalta taas valtaosa työskentelee vain yhdellä sektorilla. Tulokset viittaavat siihen, että etenkin lääkäreiden työpanos ei jakaudu tarpeen mukaisesti, mikä heikentää palvelujen yhdenvertaista saatavuutta. Lisäksi ammattilaisten jakautuminen sekä eri yhteystapojen että eri perustason avosairaanhoidon sektorien osalta vaihtelee eri alueiden välillä.

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).

7.6 Lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula

Tulosten mukaan myös henkilöstötarpeen kehitykseen liittyy sekä ammattiryhmittäisiä että aluekohtaisia eroja. Perustason avosairaanhoidon henkilöstötarve näyttää kasvavan vuoteen 2040 mennessä noin 3 970:lla, josta hoitajien osuus on reilu puolet. Henkilöstötarve kasvaa eniten kasvukeskuksissa Uudellamaalla, Pirkanmaalla, Varsinais-Suomessa sekä Pohjois-Pohjanmaalla, joille väestönkasvukin keskittyy. Monilla hyvinvointialueilla väestönkasvu kuitenkin pysähtyy ja kii-reettömien avopalvelujen henkilöstötarve kääntyy laskuun. Tällä hetkellä varsinkin sairaanhoitajista on pulaa, mutta pidemmällä aikavälillä kaikkien sote-ammattilais-ten kysyntä on kasvussa, kun suuri osa nykyisistä sote-ammateissa toimivista on eläköitymässä.

Koulutustarjonnan osalta näyttää siltä, että sairaanhoitajien koulutustarjonta olisi riittävää vuoteen 2040 mennessä kokonaisuudessaan sote-sektorilla. Kuitenkin lähihoitajien osalta voi kehittyä työvoimapulaa. Lähihoitajien kysyntä kasvaa voimakkaasti, kun väestön ikääntyminen on kasvattamassa sellaisten palvelujen kysyntää, joissa lähihoitajien osuus työvoimasta on merkittävän suuri. Voidaan siis arvioida, että perustason avosairaanhoidossa sairaanhoitajien osalta tarjonta riittäisi tyydyttämään kysynnän, mutta lähihoitajien osalta vaje voisi heijastua perustason avosairaanhoitoonkin, vaikka vajetta syntyisi luultavasti enemmän muissa sote-palveluissa, esimerkiksi kotihoidossa.

Myös lääkäreiden osalta voi kehittyä työvoimapulaa. Henkilöstötarve perustason avosairaanhoidossa saattaa muodostua kriittiseksi ennen kaikkea lääkäreiden osalta, ja vaje voisi olla noin 800–1 400 lääkäriä vuoteen 2040 mennessä. Näyttää siis siltä, että perustason avosairaanhoidon haasteeksi on muodostumassa työvoiman riittävyys erityisesti lääkäreiden osalta. Kuntatyönantajien tekemän selvityksen mukaan lähes viisisataa terveyskeskuslääkärin virkaa oli täyttämättä lokakuussa 2024.

Pääkohdat

Ennusteiden mukaan vuoteen 2040 mennessä avosairaanhoidon henkilöstötarve kasvaa noin 3 350 henkilöllä, joista kaksi kolmasosaa on hoitajia. Samalla joillakin alueilla henkilöstötarve voi jopa laskea väestön vähenemisen vuoksi. Erityisesti lääkäreistä uhkaa muodostua merkittävä resurssipula. Väestönkasvu ja palvelutarpeet keskittyvät tietyille alueille, kuten Uudellemaalle ja Pirkanmaalle, mikä aiheuttaa epätasapainoa henkilöstöresurssien jakautumisessa.

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.

Kehitetään julkista sektoria

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

7.7 Rahoitusjärjestelmän monikanavaisuus haastaa sen läpinäkyvyyttä ja ymmärrettävyyttä

Järjestelmä monikanavarahoituksineen on syntynyt historian saatossa, eikä eri osien vaikutuksia toisiinsa ole pystytty tarkastelemaan aiemmin muun muassa vertailukelpoisten tietojen puuttuessa. Avosairaanhoidon rahoitus jakautuu eri rahoittajien kesken palvelusektorin mukaan, ja keskeisiä rahoittajia ovat valtio, työnantajat, vakuutuslaitokset sekä kotitaloudet. Valtio kattaa suurimman osan hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin vastuulla olevien avosairaanhoidon vastaanottopalvelujen sekä opiskeluterveydenhuollon kustannuksista. Myös Kelan

järjestämä ja YTHS:n tuottama korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto rahoitetaan suurelta osin valtion toimesta, mutta korkeakouluopiskelijat kattavat itse merkittävän osan kustannuksista – lähes neljäsosan kaikista menoista. Yksityisen terveydenhuollon avosairaanhoito rahoitetaan pääasiassa vakuutuslaitosten kautta. Suurimmat suorat maksajat ovat kuitenkin kotitaloudet. Valtio osallistuu yksityisen sektorin rahoitukseen epäsuorasti Kelan korvausten muodossa. Kotitalouksien suora rahoitusosuus perustason avosairaanhoidon palveluista on vähäinen, mutta huomionarvoista on se, että noin 60 prosenttia kotitalouksien maksuista meni vuonna 2023 yksityisen terveydenhuollon Kela-korvattuihin palveluihin ja vain 33 prosenttia meni julkisten järjestäjien palveluihin.

Työterveyshuollon rahoituksesta 57 prosenttia katetaan työnantajien maksujen kautta, mutta myös julkista rahoitusta kanavoituu työterveyshuoltoon merkittävä määrä (43 %) työterveyshuollon rahoituksesta. Julkinen rahoitus muodostuu työnantajien ja palkansaajien palkasta maksamien veroluonteisten maksujen kautta. Työnantajat osallistuvat vain sairausvakuutusrahaston työtulovakuutuksen rahoitukseen maksamalla palkkojen perusteella työnantajan sairausvakuutusmaksua. Palkansaajien maksamista sairausvakuutusmaksuista työtulovakuutukseen ohjautuvat päivärahamaksut. Niin työntekijöiden kuin työnantajien maksuprosentit pysyvät samana riippumatta työnantajan tarjoaman työterveyshuollon palvelukattavuudesta. Työntekijä ei voi myöskään päättää olla maksamatta osin työterveyshuoltoon kanavoituvia päivärahamaksuja, vaan ne vähennetään automaattisesti palkasta. Heillä ei myöskään ole vaikutusmahdollisuuksia siihen, miten kattavat työterveyshuollon palvelut työnantaja heille tarjoaa. Lisäksi valtio osallistuu välillisesti työterveyshuollon rahoittamiseen kaksinkertaisen verotuen kautta, sillä palvelut eivät ole työntekijöille verotettavia luontoisetuksia ja työnantaja voi vähentää työterveyshuollon kustannukset verotuksessa.

Myös opiskeluterveydenhuollossa tilanne on korkeakouluopiskelijoille vastaavanlainen. Opiskelijat maksavat terveydenhuoltomaksua, vaikka eivät käyttäisi opiskeluterveydenhuollon palveluja. Lisäksi valtaosa (85 %) opiskeluterveydenhuolto-palveluja käyttäneistä käytti myös julkisen sektorin palveluja, joista peritään asiakasmaksuja. Tutkimuksen havaintojen mukaan näitä sektoreja käyttäneillä toimeentulotuen saanti oli yleisempää. Osa julkiselle sektorille rinnakkaisista perustason avosairaanhoidon sektoreista on siis sellaisia, joiden rahoittamiseen esimerkiksi työntekijöiden ja opiskelijoiden on osallistuttava ilman vaikutusmahdollisuuksia palvelukattavuuteen. Ihminen ei voi myöskään valita, haluaako hän kuulua järjestelmän piiriin ja siis maksaa palkastaan järjestelmän ylläpitämisestä vai ei. On mahdollista, että osa ihmisistä voisi haluta lisätä verojen jälkeen käteen jäävän palkkatulon määrää sen sijaan, että maksavat palkastaan työterveyshuoltoon kohdentuvia maksuja. On todennäköistä, että yksityisesti ostetut tai työnantajien työntekijöilleen hankkimat sairauskuluvakuutukset lisääntyvät entisestään, samalla kun luottamus julkisen palvelujärjestelmän toimintaan on heikentynyt. Tämä lisää entisestään moninkertaisten maksujen taakkaa.

Palvelujärjestelmän eri sektorien rahoituksen tarkoituksenmukaisuuden ja tehokkuuden vertailu on vaikeaa johtuen esimerkiksi erilaisista palveluista, asiakas- ja henkilöstörakenteista ja toimintatavoista. Julkisesti järjestetyissä palveluissa osa potilaista karsiutuu lääkärikäynniltä hoidon tarpeen arvioinnin perusteella. Kokonaisuutena sektorien menot suhteessa palveluja käyttäneiden asiakkaiden määriin näyttävätkin julkisesti järjestetyissä palveluissa keskimäärin korkeammilta, kun taas menot suhteessa käyntien kokonaismäärään näyttävät matalammilta kuin työterveyshuollossa ja yksityisissä palveluissa. Tämä on linjassa löydöksiin julkisen sektorin palveluja käyttävien keskimäärin korkeammasta palvelutarpeesta ja toisaalta julkisen sektorin hoitajapainotteisemmasta henkilöstörakenteesta. Lisäksi vertailussa on otettava huomioon se, että julkisella sektorilla on laaja vastuu vakavien sairauksien ja komplikaatioiden hoidosta sekä erikoissairaanhoidon palveluista.

Monikanavaisen järjestelmään luovat epätarkoituksenmukaisuutta myös hallinnon päällekkäiset prosessit, sillä erilaisten maksujen keräämiseen liittyy usean tahon hallinnon ylläpitoon liittyviä moninkertaisia kustannuksia, kuten palkkakustannuksia sekä erilaisten tietojärjestelmien ylläpitoa.

Pääkohdat

Suomessa perustason avosairaanhoidon rahoitus kerätään useista lähteistä ja jaetaan useaan eri osajärjestelmään erilaisia periaatteita noudattaen. Työntekijät ja opiskelijat myös maksavat pakollisia vakuutus- ja terveydenhuoltomaksuja. Monikanavaisen järjestelmään luovat epätarkoituksenmukaisuutta esimerkiksi päällekkäiset vakuutus- ja asiakasmaksut sekä moninkertainen hallinto.

Suosituks

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.

7.8 Tutkimuksen rajoitteet

Tulokset perustuvat pääasiallisesti rekisteripohjaisiin tietoihin, jotka kattavat Avohilmo-tietokokonaisuudessa käytettävissä olleet muuttujat, eikä aineisto sisällä tietoja kaikista mahdollisista palvelujen käyttöön tai terveyteen liittyvistä tekijöistä. Rekisteripohjaisia tietoja täydennettiin Terve Suomi -väestökyselytiedoilla liittyen itse koettuun terveydentilaan. Väestökyselyihin liittyvä tärkein rajoite on vastauskato, ja etenkin nuorten vastausaktiivisuus on ollut kohtuullisen alhainen. Tämän takia näiden tietojen hyödyntäminen alueellisten erojen tutkimiseen ei ollut tämän raportin yhteydessä tarkoituksenmukaista. Tutkimuksessa ei näin ollen ollut käytettävissä tietoja esimerkiksi väestön kokemuksista palvelujen tarpeenmukaisesta saatavuudesta. Rekisteritietoihin liittyvä rajoite on myös se, että tiedot muuttujista, kuten sairausluokitukset, perustuvat hallinnollisiin kirjauksiin, jotka voivat sisältää luokittelu- tai kirjauskäytännöistä johtuvaa vaihtelua. Lisäksi yksityisen terveydenhuollon tiedot eivät ole Avohilmossa täysin kattavia, sillä heillä ei ole velvollisuutta lähettää tietojansa. Tämä rajoite tarkoittaa sitä, että tulokset yksityisen ja työterveyshuollon palvelujen käytöstä voivat olla jonkin verran aliarvioita ja todellisuudessa julkisten ja yksityisten palveluntuottajien erot tarpeenmukaisessa palvelujen käytössä voivat olla suurempiakin.

On mahdollista, että useampaa sektoria käyttäville diagnooseja kirjautuu enemmän, ilman että heidän sairastavuutensa välttämättä olisi suurempaa kuin vain yhtä sektoria käyttävillä. Tämä saattaa vaikeuttaa sairastavuuden ja palvelutarpeen mittamista siten, että useita sektoreita käyttävien henkilöiden palvelutarve voi tulla yliarvioduksi suhteessa yhtä sektoria käyttäviin.

Tutkimusasetelma on poikkileikkausluonteinen. Tämän takia syy-seuraus-suh-teita ei tutkimuksessa käsitelty ja havaittujen yhteyksien taustalla voi olla myös muita selittäviä tekijöitä. Tutkimusasetelman luonteen vuoksi tutkimuksessa ei tehty tarkastelua henkilöiden palvelujen käytön ajallisesta muutoksesta.

Tutkimuksessa tarkasteltiin vain yhtä osaa koko palvelujärjestelmästä ja rinnakkaisten sektorien käyttöä tarkasteltiin palvelujärjestelmätasolla. On siis mahdollista, että henkilöt, joilla ei havaittu perustason terveydenhuollon palvelujen käyttöä, käyttivät esimerkiksi pelkästään kotisairaanhoidoa tai erikoissairaanhoidoa. Lisäksi on mahdollista, että osa väestöstä on 1) käyttänyt pääasiallisesti yhtä sektoria ja vain kerran jotain toista tai 2) siirtynyt tarkastelujakson aikana yhden sektorin palveluista toisen sektorin piiriin. Tulokset eivät siis kuvaa suoraan sitä, ovatko henkilöt joutuneet käyttämään useamman sektorin palveluja saman sairauden hoitamiseen vai ovatko he saaneet hoidettua yksittäisen sairautensa saman palvelusektorin toimesta. Tuloksissa rajauduttiin tarkastelemaan lääkärrien ja hoitajien ammattiryhmiä, vaikka myös muilla ammattiryhmillä on tärkeä rooli perustason avosairaanhoidossa.

Näistä rajoituksista huolimatta tutkimus tarjoaa kattavan kuvan perustason avosairaanhoidon käyttöön liittyvistä rakenteellisista ja väestöryhmittäisistä eroista Suomessa sekä tuottaa uutta tietoa eri sektorien rooleista ja niiden rinnakkaisesta käytöstä. Tulokset auttavat tunnistamaan järjestelmän kehittämiskohteita ja voivat toimia lähtökohtana tarkoituksenmukaisemmin toimivan palvelujärjestelmän kehittämiseen tähtääviin toimenpiteisiin.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari, Päivikki Koponen, Visa Väisänen, Marko Elovainio, Timo Sinervo ja Juhani Sulander. 2023. *Työikäisten monikanavainen perusterveydenhuolto Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-052-1>
- Aro, Seppo ja Matti Liukko, toim. 1993. *VPK väestövastuisen perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992: Mikä muuttui? Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES*.
- Bago d’Uva, Teresa, Andrew M. Jones ja Eddy van Doorslaer. 2009. "Measurement of horizontal inequity in health care utilisation using European panel data". *Journal of Health Economics* 28(2): 280–89. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2008.09.008>
- Blomgren, Jenni, Sauli Jäppinen ja Kaisla Lahdensuo. 2022. "Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan". *Lääkärilehti.fi*. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/avosairaanhoidon-palvelujen-kaytto-on-vahvasti-eriytynyt-tyomarkkina-aseman-mukaan/?public=9791dd2e9a544fbb5bd23265fb627687>. Viitattu 21.2.2025.
- Blomgren, Jenni ja Lauri J. Virta. 2020. "Socioeconomic Differences in Use of Public, Occupational and Private Health Care: A Register-Linkage Study of a Working-Age Population in Finland" toim.. Jenny Wilkinson. *PLOS ONE* 15(4): e0231792. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231792>
- Doorslaer, Eddy Van, Xander Koolman ja Andrew M. Jones. 2004. "Explaining Income-related Inequalities in Doctor Utilisation in Europe". *Health Economics* 13(7): 629–47. <https://doi.org/10.1002/hec.919>
- Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/1989/1062>
- Eurostat. 2024. "Unmet Health Care Needs Statistics". *Unmet health care needs statistics – Statistics Explained*. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Unmet_health_care_needs_statistics. Viitattu 5.5.2025.
- Harjula, Minna. 2015. *Hoitoonpääsyn hierarkiat: terveystasalaisuus ja terveyspalvelut Suomessa 1900-luvulla*. Tampere: Tampere University Press.
- Hassard, Juliet, Aditya Jain ja Stavroula Leka. 2021. *International Comparison of Occupational Health Systems and Provisions*. Department for Work and Pensions. <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/60edc107e90e0764d1be2733/international-comparison-of-occupational-health-systems-and-provisions.pdf>. Viitattu 16.8.2025.
- Heikkilä, Matti, Mikko Kautto ja Juha Teperi. 2005. *Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Heinänen, Tuula, Heli Mattila, Jenni Krogell ja Sara Launio. 2024. *Vastaanottopalveluiden saatavuuden parantaminen – Hyvä vastaanotto 2.0-valmennus: Läpimurtovalmennus osana Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelmaa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-261-7>
- Holster, Tuukka, Taru Haula, Merja Korajoki, Marja-Lisa Laukkanen, ja Konsta Lavaste. 2025. *Hyvinvointialueiden sote-rahoituksen tarvevakiointimalli: päivitys 2025*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-578-6>

Holster, Tuukka, Lien Nguyen ja Unto Häkkinen. 2021. "The role of occupational health care in ambulatory health care in Finland". *Nordic Journal of Health Economics* 10(1): 61–81. <https://doi.org/10.5617/njhe.8561>

Honkatukia, Juha, Tuomo Suhonen, Taru Haula, Tuukka Holster, Merja Korajoki, Marja-Lisa Laukkonen, Anna Idström, ym. 2024. *Sosiaali- ja terveystarpeiden henkilöstö-tarpeen ennakointi*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2024:13. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-348-7>

Hujanen, Timo. 2019. *Monikanavarahoituksen ongelma terveydenhuollossa: Esimerkkejä perusterveydenhuoltotasoisesta vastaanottotoiminnasta*. <http://hdl.handle.net/10138/302161>

Hujanen, Timo, Kati Kallimo, Antti Kivelä ja Hennamari Mikkola. 2025. "Hyvinvointialue tarvitsee työterveyshuollosta ja yksityistä palveluista ajantasaista tietoa – Näin sote-eurot jakautuvat eri sektoreille Keski-Suomessa | Kelan tietotarjotin". *Tutkimusblogi*. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1103916/hyvinvointialue-tarvitsee-tyoterveyshuollossa-ja-yksityista-palveluista-ajantasaista-tietoa-nain-sote-eurot-jakautuvat-eri-sektoreille-keski-suomessa>. Viitattu 2.6.2025.

Häkkinen, Unto ja Pirkko Alha, toim. 2006. *Terveystarpeiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot: Terveystarpeiden 2000 -tutkimus*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, terveyden ja toimintakyvyn osasto.

Kallinen, Salme. 2016. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015 – Loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3699-7>. Viitattu 25.3.2025.

Kansanterveyslaki 66/1972. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/saaduskokoelma/1972/66?language=fin>

Karvonen, Essi ja Sanna Palmgren. 2025. *Terveystarpeiden ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2022*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2025042430361>

Kela. 2023. *Kelan toimintakertomus ja tilinpäätös 2023*.

Kela. 2024a. "Kela-korvauksen pienentyminen näkyy yksityislääkärikäynneissä pitkällä aikavälillä". *Kela*. <https://www.kela.fi/ajankohtaista/kela-korvauksen-pienentyminen-nakyy-yksityislaakarikaikaynneissa-pitkalla-aikavallilla>. Viitattu 15.5.2025.

Kela. 2024b. *Kelan sairausvakuutuslaskentatieto 2023*. Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024091170581>

Kela. 2024c. *Kelan työterveyshuoltotilasto 2022*. 2. Helsinki: Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024062758898>. Viitattu 7.3.2025.

Keskimäki, Ilmo. 2022. "Development of Primary Health Care in Finland". <https://www.lshtm.ac.uk/media/62361>

Keva. 2025. "Hyvinvointialueiden eläköitymisennuste ammattilaisilla. Power BI Report". <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMmQyMmE5MzItMTZmNS00ZDYwLWFiO-WMtYzljNTljOTkwYTU3IiwidCI6IjZiYmE2ZjhmLTJjZDgtNGUxYi1iYTQ2LTc0YTE1NW-QzN2M4NCIsImMiOiJ9>. Viitattu 31.3.2025.

Koponen, Päivikki ja Liina-Kaisa Tynkkynen. 2023. *Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut: Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-040-8>

Kuntatyönantajat. 2025. ”Hyvinvointialueilla on täyttämättä yli tuhat lääkarintehtävää”. *Kunta- ja hyvinvointialue työnantajat KT*. <https://www.kt.fi/uutiset-ja-tiedotteet/2025/hyvinvointialueilla-tayttamatta-yli-tuhat-laakarintehtavaa>. Viitattu 13.8.2025.

Kunttu, Tapani ja Kristina Kunttu. 2021. *YTHS – Edelläkävijä. 90 vuotta opiskelijan terveyden ja opiskelukyvyn hyväksi*. YTHS. <https://www.yths.fi/yths/ylioppilaiden-terveydenhoitosaatio/historia/>. Viitattu 7.3.2025.

Laki asumisperusteisesta sosiaaliturvasta rajat ylittävissä tilanteissa 16/2019. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2019/16>

Laki hyvinvointialueiden rahoituksesta 617/2021. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/617>

Laki korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta 695/2019. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2019/695>

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2013/1201>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/1992/734>

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä 612/2021. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2021/612>

Levesque, Jean-Frederic, Mark F. Harris ja Grant Russell. 2013. ”Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations”. *International Journal for Equity in Health* 12(1): 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>

Lith, Pekka. 2021. Lääkäripalvelujen markkinat. Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–21. <https://www.hyvinvointiala.fi/wp-content/uploads/2021/05/oppenvard2021.pdf>. Viitattu 17.8.2025.

Lumme, Sonja, Kristiina Manderbacka ja Ilmo Keskimäki. 2017. ”Trends of Relative and Absolute Socioeconomic Equity in Access to Coronary Revascularisations in 1995–2010 in Finland: A Register Study”. *International Journal for Equity in Health* 16(1): 37. <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0536-8>

Lääkäriliitto. 2023. ”Terveyskeskusten lääkäritilanne -tutkimus: Virassa olevien lääkärin määrän lasku vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen ja laatuun”. Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/ajankohtaista/terveyskeskusten-laakaritilanne-tutkimus-virassa-olevien-laakarien-maaran-lasku-vaikuttaa-hoidon-jatkuvuuteen-ja-laatuun/>. Viitattu 8.8.2025.

Lääkäriliitto. 2024. ”Lääkärit Suomessa”. Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/tutkittua-tietoa/tutkimukset/laakarit-suomessa/>. Viitattu 8.8.2025.

Manderbacka, Kristiina, Anna-Mari Aalto, Laura Kestilä, Anu Muuri ja Unto Häkkinen. 2017. *Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-853-1>

Marttila, Tiina, Raimo Mahkonen ja Kaisa Pyrhönen. 2024. *Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2023: Perusterveydenhuollon käynnit ja etäasioinnit vähenivät*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2024061048538>

- Matveinen, Petri. 2023. *Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2020: Koronaepidemian aiheuttama terveydenhuollon menojen kasvu näkyi etenkin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidossa*. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023050841652>
- Mussalo-Rauhamaa, Helena, Raija Savikko, Sirpa Kernisalo-Perälä ja Katja Paakkola. 2015. *Työterveyshuolto ja haasteet – työterveyshuollon yksiköille tehtyjen kyselyjen tuloksia*. Etelä-Suomen aluehallintovirasto. https://www.researchgate.net/publication/278848255_Tyoterveyshuolto_ja_haasteet_-_tyoterveyshuollon_yksikoille_tektyjen_kyselyiden_tuloksia. Viitattu 4.9.2025.
- Mölläri, Kaisa, Nora Hauhio, Pia Tuominen ja Jutta Järvelin. 2023. "Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023". <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-998-6>
- Nissinen, Sari, Tiina Kauranen, Kirsi Lappalainen, Tom Oikarinen ja Elina Virtanen. 2023. "Työterveyshuollon toiminta ja laatu". Työterveyslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-391-188-8>
- Notkola, Veikko, Kimmo Räsänen ja Marjatta Peurala. 1993. "Työpaikkaterveydenhuolto vai terveyskeskus?" Teoksessa *VPK Väestövastuisten perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992. Mikä muuttui?* Raportteja, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, STAKES, 175–84.
- OECD ja European Observatory on Health Systems and Policies. 2023. *Finland: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris. https://www.oecd.org/en/publications/finland-country-health-profile-2023_e7af1b4d-en.html. Viitattu 16.8.2025.
- Palmgren, Sanna ja Essi Karvonen. 2024. *Julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 2023: Hallinnon henkilöstömäärä väheni merkittävästi hyvinvointialueiden aloitettua*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20241219104730>
- Parmanne, Piitu. 2025. "Lääkärien ja hammaslääkärien työvoimatilanne hyvinvointialueilla 2.10.2024". <https://www.kt.fi/sites/default/files/media/document/2024-tyovoimaselvitys-laakarit-ja-hammaslaakarit.pdf>. Viitattu 16.8.2025.
- Rinne, Hanna, Mikko Laaksonen ja Jenni Blomgren. 2022. "Use of Outpatient and Inpatient Health Care Services by Occupation – a Register Study of Employees in Oulu, Finland". *BMC Health Services Research* 22(1): 597. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07970-y>
- Sairausvakuutuslaki 1224/2004. 2005. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2004/1224>
- Satokangas, Markku. 2021. *Geographic equity in primary health care performance in Finland: from individual socioeconomic position into the blind spot of the service system*. Helsingin yliopisto. <http://hdl.handle.net/10138/334486>. Viitattu 9.4.2025.
- Satokangas, Markku. 2025. *Pitkäaikaisesti paljon ensisijaisen terveydenhuollon palveluja käyttävien ja palveluja käyttämättömien tunnistaminen kansallisesta Avohilmo-rekisteristä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-457-4>
- Satokangas, Markku, Martti Arffman, Harri Antikainen, Alastair H. Leyland ja Ilmo Keskimäki. 2021. "Individual and Area-Level Factors Contributing to the Geographic Variation in Ambulatory Care Sensitive Conditions in Finland: A Register-Based Study". *Medical Care* 59(2): 123–30. <https://journals.lww.com/10.1097/MLR.0000000000001454>

Satokangas, Markku, Martti Arffman, Ilkka Kivimäki, Jarno Turunen, Eeva Reissell, Satu Soini, Sari Nissinen ja Sonja Lumme. 2024. *Työterveyshuollon palveluiden käyttö työikäisten terveydenhuollon palvelukokonaisuudessa: Perusterveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (Avohilmo) tietojen hyödyntäminen tilannekuvan luomisessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.* <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-312-6>

Sintonen, Harri ja Markku Pekurinen. 2006. *Terveystaloustiede*. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. *Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225861>. Viitattu 25.3.2025.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. ”Toimiva terveyskeskus -ohjelma Perusterveydenhuollon kehittämiseen tarvitaan mukaan kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset.”

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2025. ”Kestävän kasvun ohjelma”. *Sosiaali- ja terveysministeriö*. <https://stm.fi/kestavan-kasvun-ohjelma>. Viitattu 13.5.2025.

Talouspolitiikan arviointineuvosto. 2025. *Talouspolitiikan arviointineuvoston raportti 2024 Suomenkielinen käännös*. Helsinki. https://talouspolitiikanarviointineuvosto.fi/wp-content/uploads/2025/03/Talouspolitiikan-arviointineuvosto_raportti2024_kaannos.pdf. Viitattu 11.8.2025.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. 2011. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2010/1326>

THL. 2024. ”Päätös terveydenhuollon hoitoilmoitustietoja koskevasta tiedonantovelvollisuudesta”. THL/5166/5.03.00/2023. [https://thl.fi/documents/155392151/190361266/P%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s%20tiedonantovelvollisuudesta%20-%20terveydenhuollon%20hoitoilmoitustiedot%20\(1\).pdf/9aac77ec-8a03-02fb-4439-7fe8251673ec/P%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s%20tiedonantovelvollisuudesta%20-%20terveydenhuollon%20hoitoilmoitustiedot%20\(1\).pdf](https://thl.fi/documents/155392151/190361266/P%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s%20tiedonantovelvollisuudesta%20-%20terveydenhuollon%20hoitoilmoitustiedot%20(1).pdf/9aac77ec-8a03-02fb-4439-7fe8251673ec/P%C3%A4%C3%A4t%C3%B6s%20tiedonantovelvollisuudesta%20-%20terveydenhuollon%20hoitoilmoitustiedot%20(1).pdf).

THL. 2025a. ”Hyvinvointialueen palvelutarpeen ennakointityökalu”. THL. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/arviointi-ja-seuranta/hyvinvointialueen-palvelutarpeen-ennakointityokalu>. Viitattu 13.8.2025.

THL. 2025b. ”Hyvinvointialueiden sote-palvelujen tarveperustainen rahoitus”. THL. <https://thl.fi/aiheet/sote-palvelujen-johtaminen/rahoitus-ja-kustannukset/hyvinvointialueiden-sote-palvelujen-tarveperustainen-rahoitus>. Viitattu 13.8.2025.

THL. 2025c. ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus”. THL. <https://thl.fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>. Viitattu 24.6.2025.

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Sairastavuusindeksi, ikävakiointu (THL) (ind. 5641). Viitattu 16.8.2025.

Tynkkynen, Liina-Kaisa, Emma Kainiemi, Visa Väisänen, Marja-Lisa Laukkonen, Eeva Nykänen ja Tuukka Holster. 2025. ”Näkökulmia kansainvälisten terveydenhuoltomallien soveltamiseen Suomessa”. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-538-0>

Tynkkynen, Liina-Kaisa, Ilmo Keskimäki ja Marina Karanikolos. 2024. *Finland: Health System Summary 2024*. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies: WHO Regional Office for Europe. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/finland-health-system-summary-2024>. Viitattu 3.6.2025.

Tynkkynen, Liina-Kaisa, Ilmo Keskimäki, Marina Karanikolos ja Yulia Litvinova. 2023. *Finland: Health System Summary, 2023*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/366710>. Viitattu 3.4.2025.

Tynkkynen, Liina-Kaisa, Ilmo Keskimäki ja Meri Koivusalo. 2021. ”Finland”. Teoksessa *Health Politics in Europe: A Handbook*, Oxford, New York: Oxford University Press.

Työterveyshuoltolaki 1383/2001. 2002. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2001/1383>

Valtiokonttori. 2025. ”HVA-AURA – talousraportoinnin käsikirja”. Valtiokonttori. <https://www.valtiokonttori.fi/maaraykset-ja-ohjeet/hyvinvointialueiden-ja-hyvinvointiyhtymien-talouksraportoinnin-kasikirja-hva-aura/>. Viitattu 7.5.2025.

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 708/2013. 2014. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2013/708>

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. 2011. <https://finlex.fi/fi/lainsaadanto/2011/338>

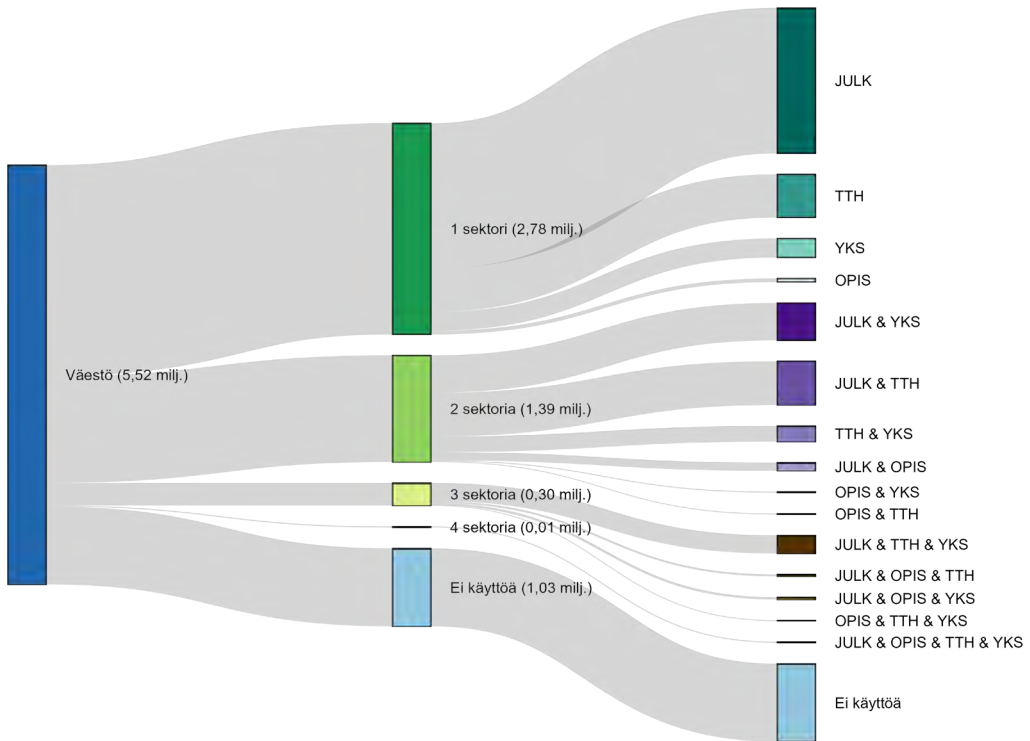
Valtioneuvoston asetus terveystarkastuksista erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavissa töissä 1485/2001. 2002. <https://www.finlex.fi/fi/lainsaadanto/2001/1485>

Wikström, Katja, Miika Linna, Eeva Reissell ja Tiina Laatikainen. 2023. ”Multimorbidity transitions and the associated healthcare cost among the Finnish adult population during a two-year follow-up”. *Journal of Multimorbidity and Comorbidity* 13: 26335565231202325. <https://doi.org/10.1177/26335565231202325>

YTHS. 2024. ”YTHS:n vuosikatsaus 2023”. YTHS. <https://www.yths.fi/yths/ylioppilaiden-terveydenhoitosaatio/vuosi-ja-osavuosisikatsaukset/vuosikatsaus-2023/>. Viitattu 2.4.2025.

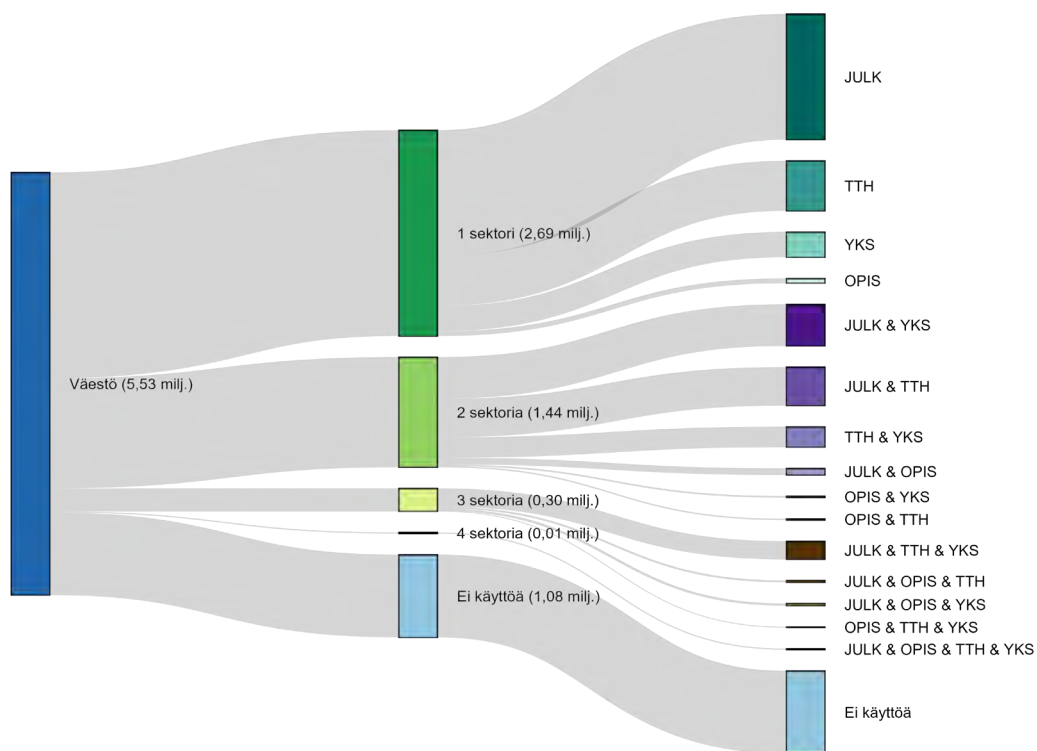
Liitetaulukko 1. Puuttuvien tietojen osuus (%) hoitotapahtumien keskeisimmissä tarkastelluissa muuttujissa hyvinvointialueittain.

Hyvinvointialue	(1) Terhikki- tunnus	(2) Ammatti- luokka	(3) Yhteystapa	(4) Kiireellisyys	(5) Kävijä- ryhmä	Muuttujat (1)–(5) yht.	Muuttujat (1)–(3) sektoreittain				Muuttujat (1)–(3) yht.
							JULK	TTH	YKS	OPIS	
Keski-Uusimaa	2 %	1 %	6 %	1 %	0 %	10 %	12 %	4 %	3 %	9 %	9 %
Helsingin kaupunki	3 %	2 %	6 %	14 %	18 %	29 %	22 %	3 %	7 %	17 %	9 %
Pohjois-Savo	2 %	1 %	11 %	2 %	0 %	15 %	16 %	6 %	3 %	16 %	13 %
Varsinais-Suomi	1 %	1 %	11 %	8 %	1 %	18 %	16 %	13 %	5 %	12 %	13 %
Pohjanmaa	2 %	1 %	11 %	8 %	1 %	20 %	16 %	10 %	7 %	8 %	13 %
Päijät-Häme	1 %	1 %	12 %	1 %	0 %	15 %	19 %	5 %	2 %	15 %	13 %
Pohjois-Karjala	0 %	1 %	12 %	0 %	1 %	14 %	20 %	4 %	1 %	9 %	14 %
Länsi-Uusimaa	2 %	1 %	12 %	3 %	2 %	17 %	18 %	11 %	3 %	14 %	15 %
Pirkanmaa	2 %	1 %	13 %	14 %	1 %	26 %	23 %	9 %	3 %	16 %	15 %
Etelä-Pohjanmaa	0 %	1 %	15 %	3 %	0 %	19 %	20 %	8 %	1 %	16 %	17 %
Pohjois-Pohjanmaa	1 %	1 %	16 %	2 %	1 %	19 %	24 %	5 %	3 %	17 %	17 %
Lappi	3 %	1 %	14 %	1 %	1 %	19 %	21 %	14 %	5 %	12 %	17 %
Itä-Uusimaa	1 %	1 %	15 %	1 %	0 %	18 %	25 %	4 %	5 %	15 %	17 %
Keski-Suomi	2 %	2 %	16 %	6 %	1 %	23 %	25 %	9 %	4 %	15 %	19 %
Satakunta	3 %	1 %	15 %	2 %	0 %	20 %	23 %	16 %	3 %	9 %	19 %
Keski-Pohjanmaa	2 %	1 %	18 %	7 %	0 %	27 %	25 %	7 %	5 %	29 %	20 %
Kymenlaakso	5 %	2 %	15 %	0 %	0 %	21 %	26 %	16 %	5 %	16 %	20 %
Vantaa ja Kerava	4 %	1 %	17 %	25 %	34 %	45 %	36 %	4 %	3 %	20 %	21 %
Kainuu	8 %	2 %	12 %	2 %	1 %	23 %	17 %	35 %	3 %	20 %	21 %
Etelä-Savo	0 %	1 %	20 %	2 %	0 %	23 %	28 %	4 %	3 %	16 %	21 %
Etelä-Karjala	1 %	2 %	21 %	1 %	0 %	24 %	28 %	7 %	3 %	22 %	22 %
Kanta-Häme	2 %	0 %	21 %	0 %	0 %	23 %	30 %	10 %	1 %	18 %	23 %



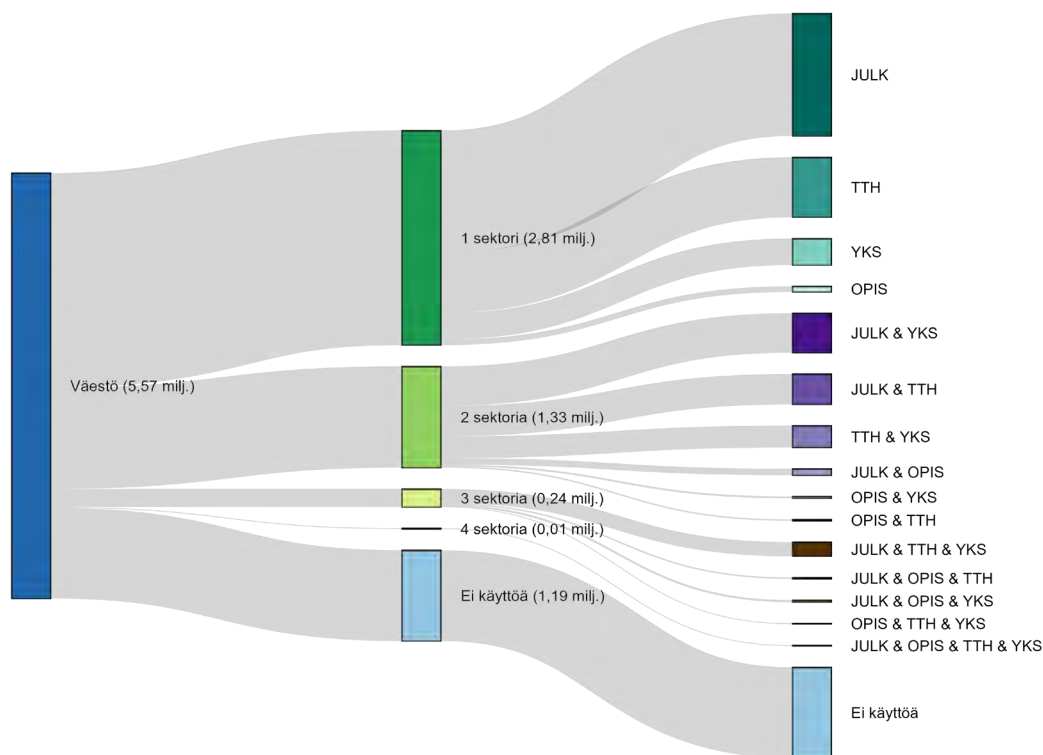
Liitekuvio 1. Kaikki Suomessa asuneet henkilöt jaoteltuna perustason avosairaanhoidon sektorin* palvelujen käytön mukaan vuonna 2021.

*Henkilö määritettiin kulloisenkin sektorin käyttäjäksi, jos hänellä oli vähintään yksi perustason avosairaanhoidollinen läsnä- tai etäasiointi tai konsultaatio sektorilla vuosien 2021–2023 aikana. JULK = hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä avosairaanhoito, TTH = työterveys-huolto, YKS = yksityinen avosairaanhoito, OPIS = opiskeluterveydenhuolto



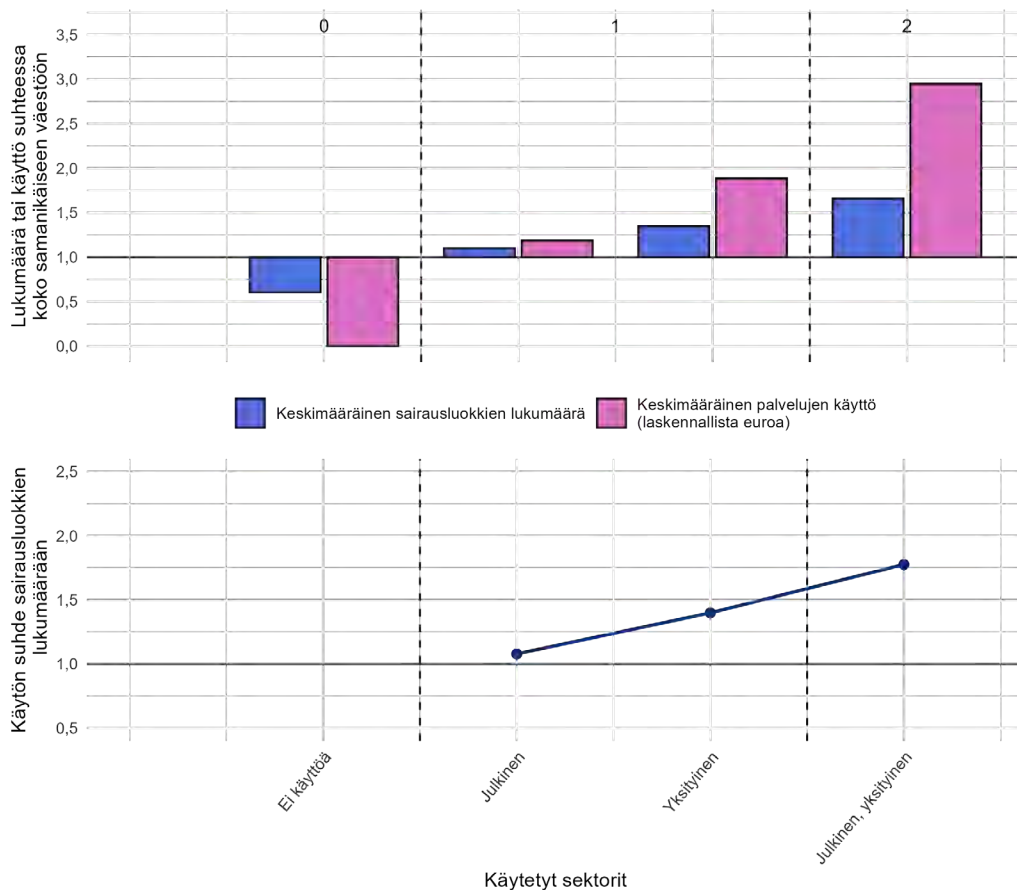
Liitekuvio 2. Kaikki Suomessa asuneet henkilöt jaoteltuna perustason avosairaanhoidon sektorin* palvelujen käytön mukaan vuonna 2022.

*Henkilö määritettiin kulloisenkin sektorin käyttäjäksi, jos hänellä oli vähintään yksi perustason avosairaanhoidollinen läsnä- tai etäasiointi tai konsultaatio sektorilla vuosien 2021–2023 aikana. JULK = hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä avosairaanhoito, TTH = työterveys- huolto, YKS = yksityinen avosairaanhoito, OPIS = opiskeluterveydenhuolto



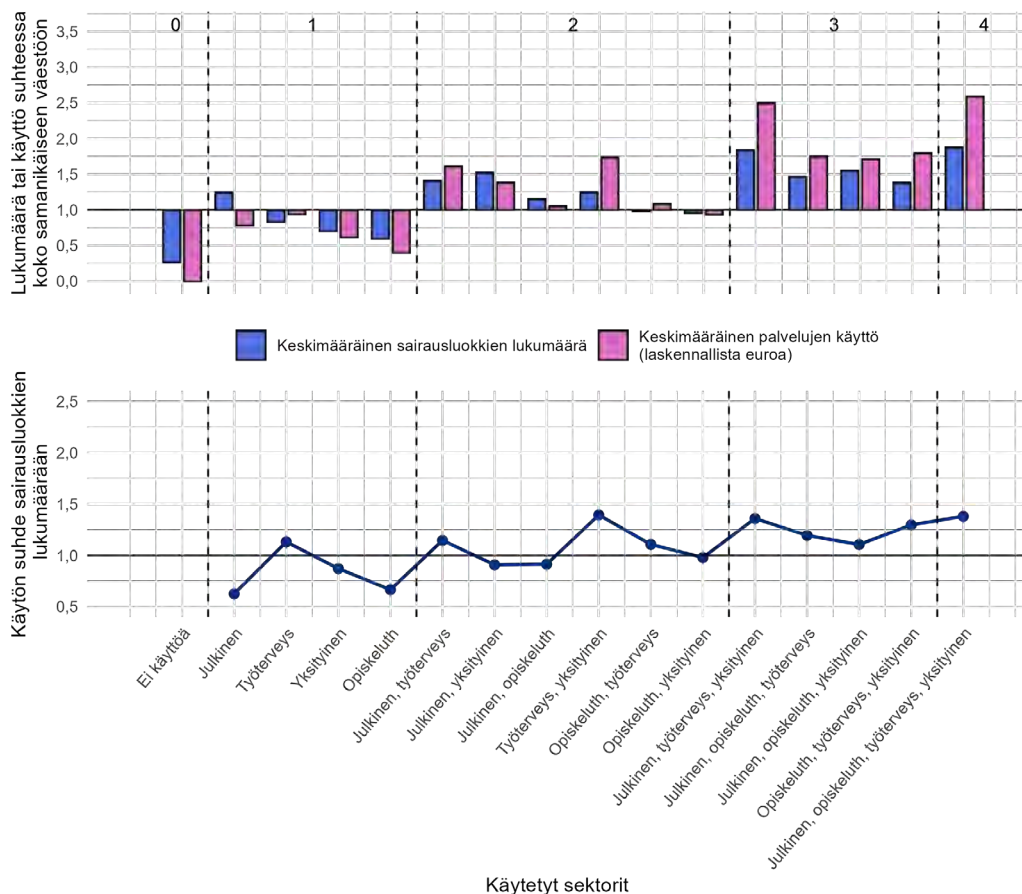
Liitekuvio 3. Kaikki Suomessa asuneet henkilöt jaoteltuna perustason avosairaanhoidon sektorin* palvelujen käytön mukaan vuonna 2023.

*Henkilö määritettiin kulloisenkin sektorin käyttäjäksi, jos hänellä oli vähintään yksi perustason avosairaanhoidollinen läsnä- tai etäasiointi tai konsultaatio sektorilla vuosien 2021–2023 aikana. JULK = hyvinvointialueiden ja Helsingin kaupungin järjestämä avosairaanhoito, TTH = työterveys- huolto, YKS = yksityinen avosairaanhoito, OPIS = opiskeluterveydenhuolto

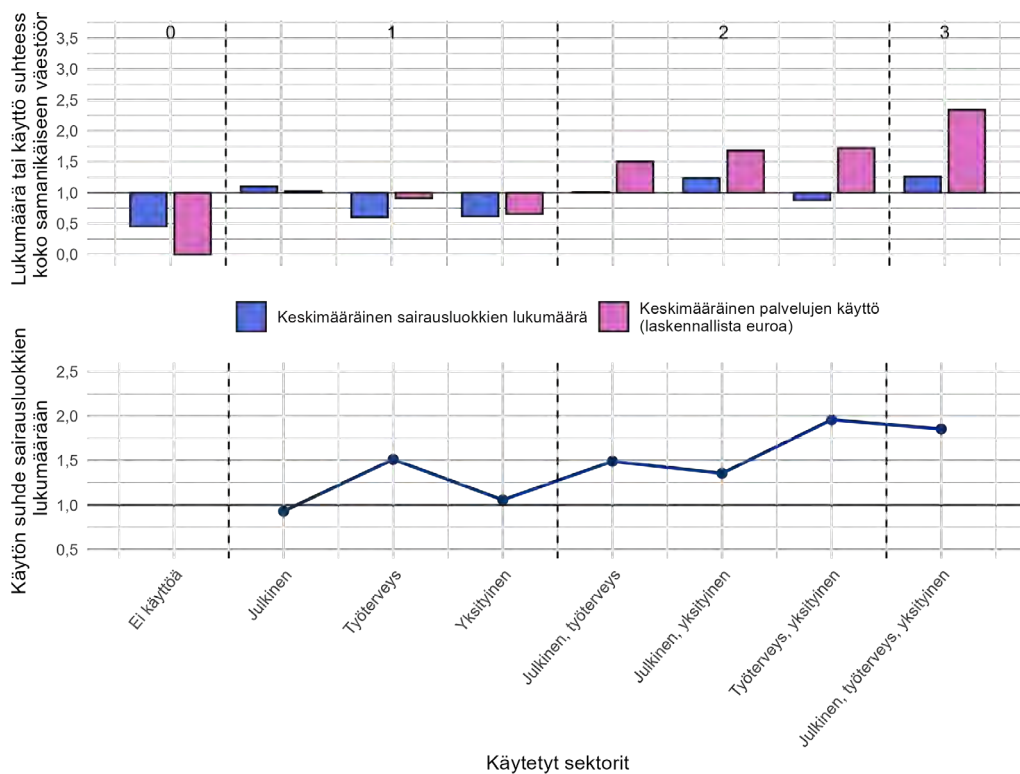


Liitekuvio 4. Keskimääräinen palvelujen käyttö, sairausluokkien lukumäärä ja näiden kahden luvun välinen suhde sen mukaan, miten 0–14-vuotiaat henkilöt ovat vuoden 2023 aikana käyttäneet sektoriyhdistelmän palveluita suhteessa samanikäiseen väestöön. Yläreunan numerot kertovat käytettyjen sektorien määrään.

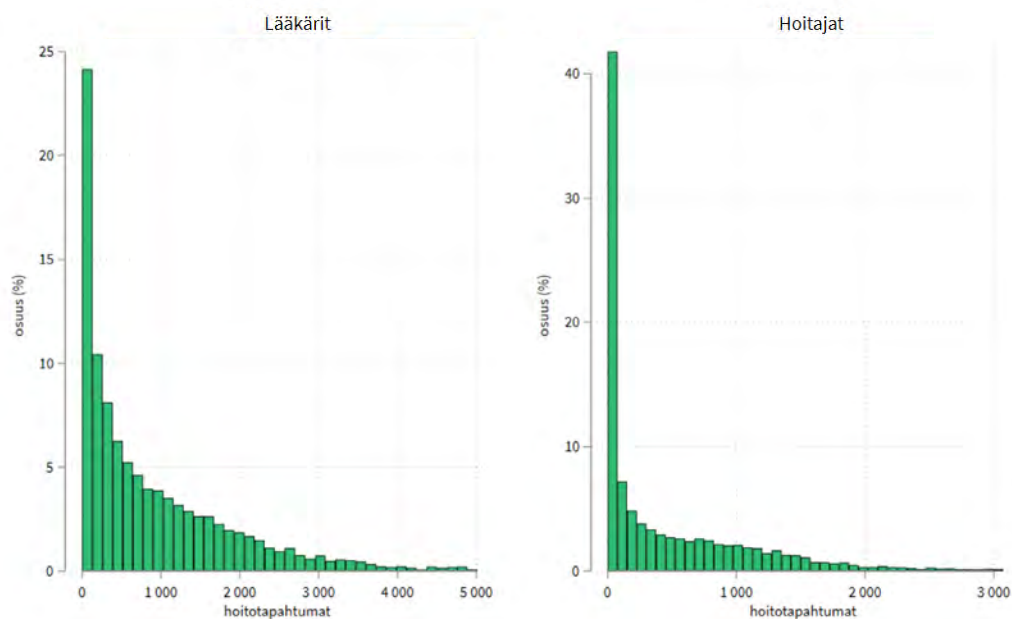
131



Liitekuvi 6. Keskimääräinen palvelukäyttö, sairausluokkien lukumäärä ja näiden kahden luvun välinen suhde sen mukaan, miten 25–64-vuotiaat henkilöt ovat vuoden 2023 aikana käyttäneet sektoriyhdistelmän palveluita suhteessa samanikäiseen väestöön. Yläreunan numerot kertovat käytettyjen sektorien lukumäärään.

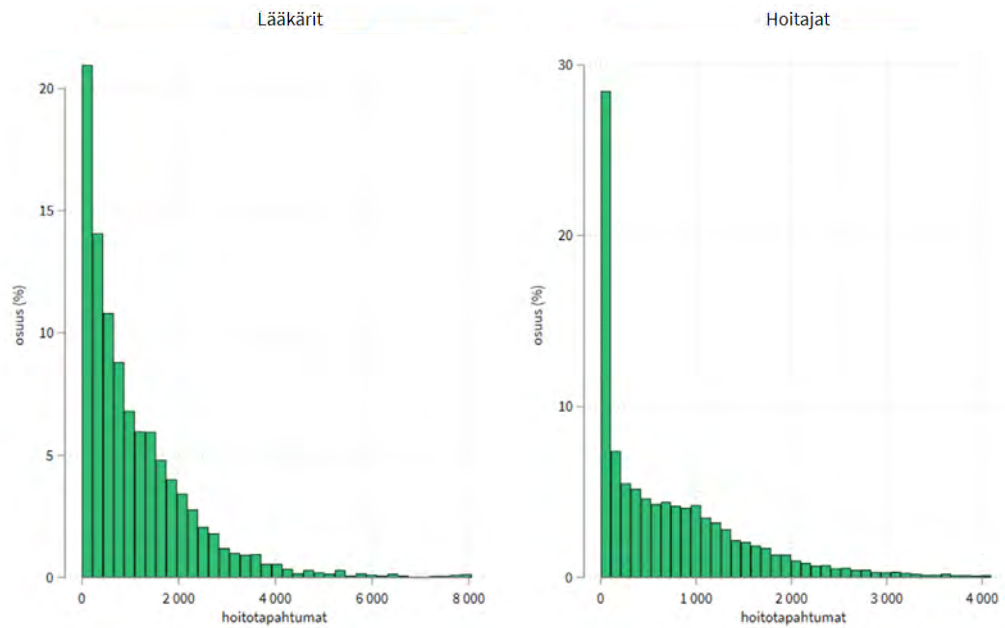


Liitekuvio 7. Keskimääräinen palvelukäyttö, sairausluokkien lukumäärä ja näiden kahden luvun välinen suhde sen mukaan, miten 65-vuotta täyttäneet henkilöt ovat vuoden 2023 aikana käyttäneet sektoriyhdistelmän palveluita suhteessa samankäiseen väestöön. Yläreunan numerot kertovat käytettyjen sektorien lukumäärään.



Huom! Molemmista ammattiluokista on jätetty pois 1 % eniten hoitotapahtumia tuottaneita ammattilaisia.

Liitekuvio 8. Lääkärien ja hoitajien tuottamien läsnäasiointien jakaumat vuonna 2023.



Huom! Molemmista ammattiluokista on jätetty pois 1 % eniten hoitotapahtumia tuottaneita ammattilaisia.

Liitekuvio 9. Lääkärien ja hoitajien tuottamien etäasiointien jakaumat vuonna 2023.



EDUSKUNTA
RIKSDAGEN

ISSN 2342-6594 (PAINETTU) ISBN 978-951-53-3832-7 (NID)

ISSN 2342-6608 (VERKKOJULKAISU) ISBN 978-951-53-3833-4 (PDF)