



Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri- koulutuksesta maksettavien koulutuskorvausten käytön selvitys ja ehdotuksia korvausjärjestelmän kehittämisestä

Selvityshenkilöiden raportti

Erikoislääkäri- ja
erikoishammaslääkärikoulutuksesta
maksettavien koulutuskorvausten
käytön selvitys ja ehdotuksia
korvausjärjestelmän kehittämistä
Selvityshenkilöiden raportti

Kaisu Pitkälä, Terhi Nevala, Johanna Uittamo

Julkaisujen jakelu

Distribution av publikationer

**Valtioneuvoston
julkaisuarkisto Valto**

Publikations-
arkivet Valto

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Julkaisumyynti

Beställningar av publikationer

**Valtioneuvoston
verkkokirjakauppa**

Statsrådets
nätbokhandel

vnjulkaisumyynti.fi

Publication distribution

**Institutional Repository
for the Government
of Finland Valto**

julkaisut.valtioneuvosto.fi

Publication sale

**Online bookstore
of the Finnish
Government**

vnjulkaisumyynti.fi

Sosiaali- ja terveysministeriö
CC BY-NC-ND 4.0

ISBN pdf: 978-952-00-9880-3
ISSN pdf: 2242-0037

Taitto: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto
Kannen kuvat: Tuula Holopainen, Irmeli Huhtala, Kuvatoimisto Rodeo, Shutterstock

Helsinki 2022

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta maksettavien koulutuskorvausten käytön selvitys ja ehdotuksia korvausjärjestelmän kehittämisestä

Selvityshenkilöiden raportti

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:16

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö

Tekijä/t Pitkälä, Kaisu; Nevala, Terhi; Uittamo, Johanna

Kieli suomi

Sivumäärä 96

Tiivistelmä Selvityksen tarkoituksena oli arvioida valtion maksamien, erikoislääkäri (EL)- ja erikoishammaslääkärikoulutuksien (EHL) koulutuskorvauksia. Selvitys tehtiin tutustumalla koulutuksien vaatimuksiin, kansainväliseen ja kotimaiseen kirjallisuuteen, aikaisimpiin raporteihin, lakipykäliin sekä haastatteleamalla koulutukseen liittyviä henkilöitä mm palvelujärjestelmästä, AVI:sta sekä yliopistoista.

Selvityksessä kuvataan erikoistumiskoulutuksen kustannuksia ja painotetaan, että koulutuskorvaukset ovat jääneet merkittävästi jälkeen koulutuksen aiheuttamista todellisista kustannuksista. Selvityksessä esitetään myös arvioita siitä, miten EL- ja EHL-pula-aloja voisi koulutuskorvauksia kohdentamalla tukea. Lisäksi on esitetty erilaisia malleja koulutuskorvauksien kehittämisestä, esimerkiksi korvauksien tulisi olla läpinäkyvää ja koulutuskorvauksien käyttöä pitäisi voida valvoa. Yksinkertaisimmin tämä olisi mahdollista tukemalla paremmin yliopistoja, jolloin yliopistot voisivat tukea ja valvoa erikoistumiskoulutusta tehokkaammin myös palvelujärjestelmässä.

Valtakunnallinen, sähköinen seurantajärjestelmä ehkäisisi koulutuskorvausten epätarkoituksenmukaisen käytön ja mahdollistaisi myös koulutuskorvausten kohdentamisen niille toimipaikoille, jotka laadukkaasti toimivat erikoistumiskoulutuksessa.

Asiasanat erikoislääkärit, erikoishammaslääkärit, selvitysmiehet, yliopistosairaalat

ISBN PDF 978-952-00-9880-3

ISSN PDF 2242-0037

Julkaisun osoite <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9880-3>

Utredning om användningen av de utbildningsersättningar som betalas för specialistläkar- och specialisttandläkarutbildning samt förslag till utveckling av ersättningssystemet

Utredarnas rapport

Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2022:16

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet

Författare Pitkälä, Kaisu; Nevala, Terhi; Uttamo, Johanna

Språk finska

Sidantal 96

Referat Syftet med utredningen var att utreda de utbildningsersättningar för specialistläkarutbildning och specialisttandläkarutbildning som staten betalar. Utredningen gjordes genom att utredarna bekantade sig med utbildningskraven, internationell och inhemsk litteratur, tidigare rapporter och lagparagrafer. De intervjuade också personer som har att göra med utbildningen, bland annat inom servicesystemet, regionförvaltningsverken och universiteten.

I utredningen beskriver författarna kostnaderna för specialiseringsutbildningen och betonar att utbildningsersättningarna släpat betydligt efter de faktiska kostnaderna för utbildningen. I utredningen presenteras också bedömningar av hur sektorer med specialistläkar- och specialisttandläkarbrist kunde stödjas genom riktade utbildningsersättningar. Dessutom har det lagts fram olika modeller för utveckling av utbildningsersättningarna, till exempel ska ersättningarna vara transparenta och användningen av dem kunna övervakas. Enklast kan detta genomföras genom bättre stöd till universiteten, varvid universiteten effektivare kan stödja och övervaka specialiseringsutbildningen också i servicesystemet.

Ett riksomfattande elektroniskt uppföljningssystem skulle förebygga oändamålsenlig användning av utbildningsersättningarna och göra det möjligt att också rikta utbildningsersättningarna till de verksamhetsställen som har en högklassig specialiseringsutbildning.

Nyckelord specialistläkare, specialisttandläkare, utredare, universitetssjukhus

ISBN PDF 978-952-00-9880-3

ISSN PDF 2242-0037

URN-adress <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9880-3>

Report on the use of training compensation paid for medical and dental specialist training and proposals for the development of the compensation system

Rapporteurs' report

Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2022:16

Publisher Ministry of Social Affairs and Health

Author(s) Pitkälä, Kaisu; Nevala, Terhi; Uittamo, Johanna

Language Finnish **Pages** 96

Abstract The purpose of this report was to assess the training compensations paid by the central government for medical specialist and dental specialist training. The study was carried out by examining the training requirements, international and Finnish literature, previous reports and law, and by interviewing persons related to the training representing the service system, Regional State Administrative Agency and universities.

The report describes the costs of specialisation training and emphasises that the compensation for training has fallen significantly behind the actual costs of training. The report also presents assessments of how the sectors with a need for more medical and dental specialists could be supported through the allocation of training compensation. In addition, different models for developing training compensation have been proposed; for example, the compensation should be transparent and the use of training compensation monitored. The simplest way to accomplish this would be through better support for universities, which would allow universities to support and monitor specialisation training more effectively also within the service system.

A national, electronic monitoring system would prevent the inappropriate use of training compensation and also enable the allocation of training compensation to those establishments with high-quality work related to specialisation training.

Keywords medical specialists, dental specialists, rapporteurs, university hospitals

ISBN PDF 978-952-00-9880-3 **ISSN PDF** 2242-0037

URN address <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9880-3>

Sisältö

Johdanto.....	8
1 Toimeksianto.....	9
2 Selvitystyön toteutus.....	10
3 Koulutuskorvaukset ja niiden perustelut	11
3.1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä koulutuskorvauksien aiemmat selvitykset	11
3.2 Koulutuksen aiheuttamat ylimääräiset kustannukset terveydenhuollolle.....	14
3.3 Yhteenveto valtionosuuslainsäädännön muutoksista vuosina 1957–2022	16
3.4 Koulutuskorvausten kehitys.....	28
3.5 Miten muissa Pohjoismaissa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus on järjestetty?	31
3.6 Erikoislääkäriksi ja erikoishammaslääkäriksi valmistuneiden ja jatkokoulutettavien määrän kehitys	35
4 Koulutuskorvausten tarkoitus	37
4.1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tavoitteet ja sisältö.....	37
4.1.1 Terveyskeskuskoulutusjakso	40
4.1.2 Käytännön koulutus	40
4.1.3 Toimipaikkakoulutus	40
4.1.4 Teoriakoulutus	41
4.1.5 Johtamisopinnot	41
4.1.6 Säteilysuojakoulutus.....	41
4.1.7 Erikoistuvan lääkärin ja hammaslääkärin ohjaus, oppimisprosessin seuranta ja osaamisen arviointi	41
4.2 Koulutusta antavat yksiköt.....	42
4.3 Yliopistojen yhteistyö.....	42
4.4 Erikoistumiskoulutuksen uudistus	43
4.5 Koulutuksen laatu ja laadun varmistus.....	45
5 Nykyiset korvausperusteet ja maksukäytännöt	46
5.1 Valmistuneiden määrän perusteella annettu korvaus yliopistosairaaloille.....	47
5.2 Kuukausiperusteinen korvaus	48
5.3 Yliopistot.....	48

5.4	Työterveyshuolto	49
5.5	EU/ETA-maiden ulkopuolella koulutetut	49
5.6	Aluehallintoviraston rooli	50
6	Nykyinen käyttö	54
6.1	Miten käyttöä selvitettiin	54
6.2	Yliopistolliset sairaalat	54
6.3	Muut sairaalat	57
6.4	Terveyskeskukset	58
6.5	Erikoishammaslääkärikoulutus	60
6.6	Työterveyshuolto	61
6.7	Yliopistot	62
6.8	Raportointi ja seuranta	63
7	Ongelmat koulutuskorvauksissa haastateltujen tahojen mukaan	64
8	Pula-alojen tukeminen	67
8.1	Tutkimusta pula-alojen tukemisesta	67
8.2	Pula-alojen määrittelyä	70
8.3	Voiko pula-aloja tukea koulutuskorvauksien kohdentamisella?	72
8.4	Erikoishammaslääkäripula uhkaa eläköitymisen myötä	74
9	Arviointia ja pohdintaa	75
9.1	Erilaisia malleja korvauskäytäntöjen kehittämiseksi	75
9.2	Yhteenvetoa mallien vaikutuksista	78
10	Päätelmät	81
10.1	Vastaukset työryhmälle asetettuihin kysymyksiin	81
10.2	Suosituksset	83
	Lähteet	86
	Liitteet 1. Raportissa kuvattuja lakeja ja asetuksia	92
	Liite 2. Haastateltavat	93

JOHDANTO

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaostossa on valmisteltavana toimenpideohjelman päivitys. Tähän työhön liittyen selvitetään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta maksettavien terveydenhuoltolain mukaisten koulutuskorvausten laskennallisia perusteita sekä kohdentamista. Samantapainen selvitystyö tehtiin vuonna 2013 (Oukka & Haglund 2013) osana erityisvaltionosuus (EVO)-rahoituksen kokonaisuudistusta.

Tätä selvitystä varten kävimme aluksi läpi aiemmat vastaavat selvitykset, joita on tehty erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta ja niiden koulutuskorvauksista vuodesta 1996 alkaen. Tämän kirjallisuuden läpikäynti nosti tarpeen selvittää systemaattisesti lainsäädännön muutoksia ja koulutuskorvausten muutoksia vastaavalta ajalta. Koulutuskorvauksen kohdentuminen, sen saajat, itse koulutus ja koulutettavien määrä ovat muuttuneet voimakkaasti vuosikymmenten aikana. Myös koulutuskorvaus ja sen laskentaperusteet palvelujärjestelmälle ovat muuttuneet moneen otteeseen.

Kävimme läpi kansainvälistä ja suomalaista kirjallisuutta, mihin ylimääräiset koulutuskustannukset palvelujärjestelmässä perustuvat. Kuvaamme lyhyesti myös suomalaista erikoislääkärikoulutusta ja erikoishammaslääkärikoulutusta sekä niissä viime vuosina tapahtuneita muutoksia, sillä koulutuksen asettamat vaatimukset sekä palvelujärjestelmälle että yliopistolle ovat voimakkaasti muuttuneet ja kasvaneet viime vuosina. Kuvaamme koulutuskorvausten maksujärjestelmän sekä miten palvelujärjestelmä budjetoi, käyttää ja raportoi korvauksen.

Yksi työryhmälle asetetuista kysymyksistä oli, miten pula-aloja voisi tukea. Tätä varten kävimme läpi kansainvälistä ja suomalaista kirjallisuutta, millaisilla toimenpiteillä on vaikuttavuutta pula-alojen tukemisessa.

Kuvaamme korvausjärjestelmän ongelmia sellaisena kuin ne haastateltavien kuvauksissa ja muun aineiston mukaan näyttäytyivät. Lopussa esitämme korvauskäytäntöihin uusia malleja, joilla näitä ongelmia voisi ratkaista. Viimeisessä kappaleessa vastaamme toimeksiannon kysymyksiin ja esitämme suosituksia näihin liittyen.

1 Toimeksianto

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 1.10.2021 kolme selvityshenkilöä selvittämään lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksesta maksettavien terveydenhuoltolain mukaisten koulutuskorvausten laskennallisia perusteita sekä kohdentamista. Selvityksen tuli olla valmiina 31.5.2022.

Selvityshenkilöiden tehtävänä on huomioiden koko palvelujärjestelmä; yliopistosairaalat, keskussairaalat, perusterveydenhuolto, yksityiset palveluntuottajat, mukaan lukien työterveyshuolto ja liikuntalääketiede sekä hammaslääkärikoulutus:

1. Kuvata terveydenhuoltolain 59 § ja 60 § mukaisen, valtion maksaman koulutuskorvauksen laskennalliset perusteet sekä selvittää millaisia ylimääräisiä kustannuksia lääkärin ja hammaslääkärien ammatilliseen jatkokoulutukseen osallistumisesta aiheutuu kunnille, kuntayhtymille ja muille asetuksessa säädetyille palvelujen tuottajille mukaan lukien yliopistolliset sairaalat ja yliopistot. Lisäksi selvitetään mitä nykyinen korvaus kattaa ja miten korvaukset jakautuvat.
2. Selvittää voitaisiinko ”pula-aloja” tukea koulutuskorvauksia kohdentamalla sekä selvittää onko kansainvälisesti tutkimusta, miten pula-aloille on saatu houkutelua lääkäreitä?

Lisäksi tehtävänä on päivittää vuoden 2013 raportin (Oukka ja Haglund 2013) tehtäväksiannot:

3. Miten koulutuskorvauksia voidaan nykyistä paremmin kohdentaa vastaamaan eri alueilla olevaa tarvetta eri erikoisaloilla sekä vastaamaan työelämän tarpeita nykyistä paremmin?
4. Miten koulutuksesta syntyneiden kustannusten vastaavuutta voidaan parantaa?
5. Voiko koulutuskorvauksilla tukea nykyistä paremmin ulkomaalaistaustaisten lääkärin laillistamisprosessia?
6. Arvioida erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kokonaisrahoitusta ja koulutuskorvausten suhdetta siihen.

2 Selvitystyön toteutus

Selvitystyö toteutettiin tutustumalla aiempiin selvitystöihin, taloudellisiin selvityksiin koskien lääkärikoulutusta ja yliopistollisten sairaanhoitopiirien laatimiin raportteihin EVO-korvausten käytöstä. Työryhmä tutustui erikoislääkäri- (EL) ja erikoishammaslääkäri- (EHL) koulutukseen liittyvään lainsäädäntöön ja sen muutoksiin, koulutuksen viimeaikaisiin uudistuksiin, sen nykyisiin vaatimuksiin, yliopistojen sekä palvelujärjestelmän rooleihin ja velvoitteisiin liittyen koulutukseen. Työryhmä tutustui myös kansainväliseen ja kotimaiseen kirjallisuuteen koskien mihin ylimääräiset koulutuskustannukset perustuvat ja minkä suuruisia ne ovat. Selvitimme myös kansainvälisestä kirjallisuudesta, miten tieteellisen kirjallisuuden mukaan pula-aloja on tuettu.

Lisäksi työryhmä haastatteli 65 henkilöä, jotka ovat tekemisissä koulutuskorvausten kanssa. Haastateltavat edustivat yliopistosairaaloita, sairaanhoitopiirien johtoa, keskussairaaloita, perusterveydenhuollon ja uusien hyvinvointialueiden johtajia, alueellisia koulutusylilääkäreitä ja muita koulutusvastaavia perusterveydenhuollossa ja palvelujärjestelmässä, perusterveydenhuollon yksiköitä, yliopistojen dekaaneja, professoreita, eri erikoisalojen koulutusvastaavia, pula-alojen koulutusvastaavia, koordinaatiojaoston jäseniä, Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton edustajia sekä aluevalvontavirastojen lääkärikoulutuksen maksatuksesta vastaavia. Haastateltavat kuvasivat oman erikoisalansa koulutusta ja miten sitä toteutetaan palvelujärjestelmässä. Haastateltavat antoivat käyttöömme aineistoja, kuten koulutuskorvausten selvityksiä, budjetteja, raportteja, artikkeleita, blogeja, esitelmiä, toimintasuunnitelmia, lakeja, opinto-oppaita, STM:n toimenpideohjelmaa jne. Haastateltavat toivat omasta näkökulmastaan esille ongelmia liittyen koulutuskorvauksiin ja niiden perusteisiin.

3 Koulutuskorvaukset ja niiden perustelut

3.1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä koulutuskorvauksien aiemmat selvitykset

EL- ja EHL-koulutuksen sekä koulutuskorvauksien kehittämistarpeista on tehty useita aiempia STM:n selvityksiä. Selvityshenkilö Jussi Huttusen selvitys (Huttunen 1996) suositteli, että yliopistosairaaloille maksettaisiin edelleen EVO (erityisvaltionosuus)-korvausta koulutuksesta ja tutkimuksesta kuten siihenkin asti (v.m. noin 6 % sairaalan kustannuksista), mutta että kolmasosa korvauksesta käytettäisiin erillisiin tutkimushankkeisiin. Niitä voisivat hakea myös muut sairaalat. Muille yliopiston hyväksymille koulutussairaaloille alettaisiin korvata erikoislääkärikoulutuksesta siltä osin kuin sitä tapahtuu.

Vuonna 2002 tehtiin selvitys koulutus-EVO:n silloisesta käytöstä sekä maksukäytännöistä (Laatikainen ym. 2002). Selvityshenkilöt käyttivät menetelmänään kyselyitä yliopistosairaaloille, muille sairaaloille ja terveyskeskuksille ja maksukäytännöt selvitettiin lääninhallitukselta. Selvityksessä todettiin, ettei koulutus-EVO korvannut kokonaan koulutuksen kustannuksia missään toimintayksikössä, mutta tieto kustannuksista oli epätarkkaa. Peruskoulutukseen ja jatkokoulutukseen käytetty osuus vaihteli eri sairaaloissa samoin kuin korvauksen kohteet. Iso osa koulutus-EVOsta käytettiin palkkakustannuksiin. Vastaajat toivoivat EVO-korvauksille ”korvamerkintää”, jotta käytön läpinäkyvyys paranisi. Selvityshenkilöt ehdottivat yleislääketieteen erikoistumiskoulutuksen ottamista tutkintoperusteella korvattavaksi. Selvityshenkilöt eivät suosittaneet mitään painotuksia eri erikoisaloille tai alueellisesti. Raportissa oli suositus, että korvaustaso sidottaisiin koulutuksen volyymiin ja kustannusindeksiin.

Linna ym. (2004) tekivät selvityksen STAKESille opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamista kustannuksista sairaaloille vuosina 1998–2002. Tutkimuksessa kerättiin tietoa yhteensä 850 yksiköstä, joista 235 oli yliopistosairaaloiden yksiköitä ja 615 muista sairaaloista. Sairaaloille annetun EVO-korvauksen sekä tutkimuksesta ja koulutuksesta aiheutuvien kustannusten ero oli pikkuhiljaa kasvanut vuosina 1998–2002. Tutkijat totesivat, että koulutustoiminnan kustannuksia ei kateta sille osoitetulla korvauksella vaan osa jää kuntien katettavaksi. Koulutuksen osalta valtion korvausten vaje oli 33 miljoonaa euroa.

STM:n asettama työryhmä selvitti 2005 (Virtanen ym. 2005) valtion antamaa korvausta terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen ja antoi niiden kehittämistä suosituksia. Työryhmä vahvisti jo aiemmin todetun valtion koulutuskorvauksen vajeen verrattuna koulutuksen aiheuttamiin kustannuksiin. Työryhmä suositteli, että lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen terveydenhuollolle aiheuttaneiden kustannuksien korvaustasoa nostetaan asteittain vastaamaan koulutuksen laajentumista ja sen todellisia kustannuksia.

Vuonna 2006 asetettiin kaksi selvityshenkilöä (Puolijoki ja Tuulonen 2007) selvittämään, miten erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus vastaa palvelujärjestelmän odotuksiin ja väestön terveystarpeisiin sekä ovatko koulutuksen tavoitteet ja toteutus tarkoituksenmukaisia koulutusta järjestävien yliopistojen, terveystalv palvelujärjestelmän organisaatioiden ja erikoistuvien lääkäreiden kannalta. Selvitys ehdotti mm. toimenpiteitä, miten erikoislääkärikoulutukselle laadittaisiin valtakunnallinen strategia ja miten koulutuskorvausjärjestelmää pitäisi alkaa yhtenäistää ja yksinkertaistaa. Suositus sisälsi myös uusien erikoisalojen perustamista (mm. akuuttilääketiede, vanhuspsykiatria, hammaslääketieteen diagnostiikka, gerodontologia). Työryhmä ehdotti myös lääketieteen opettajauramallin kehittämistä sekä erikoistumiskoulutukseen johtamiskoulutusta, henkilökohtaista opintosuunnitelmaa, lokikirjaa ja portfolioa.

Linna ja Vitikainen (2008) selvittivät STAKESissa opetuksen ja tutkimuksen sairaaloille aiheuttamia kustannuksia vuosina 2004–2006. Sen mukaan EVO-korvauksen ja tutkimuksesta ja opetuksesta aiheutuvien kustannusten ero oli edelleen kasvanut vuodesta 2002 lähtien. Opetuksen kustannusten ero verrattuna siitä saatuun korvaukseen oli kasvanut 33 miljoonasta eurosta 47 miljoonaan euroon. Tutkijat huomauttivat, että kustannukset ovat pääosin epäsuoria ja johtuvat opetuksen aiheuttamista tuotannonmenetyksistä.

Vuonna 2011 erikoislääkärikoulutustyöryhmä teki raportin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeista (Sillanaukee ym. 2011). Työryhmä käsitteli erikoiskoulutuksen sääntelytarvetta, lääkäreiden ja hammaslääkäreiden kaksolaillisuuden poiston toteuttamisvaihtoehtoja sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallista ja alueellista koordinaointia. Lisäksi työryhmä käsitteli uusien erikoisalojen tarvetta sekä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisältökysymyksiä ja kehittämissuunnitelmia.

Tuolloisen suositusten mukaan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus tulisi säilyttää yliopistollisena tutkintoon johtavana koulutuksena. Työryhmä esitti yliopistoille kahden uuden erikoisalan perustamista; akuuttilääketieteen ja hammaslääketieteellisen diagnostiikan. Lisäksi lasten- ja nuorisopsykiatrian koulutusohjelmia esitettiin yhdistettäväksi. Työryhmä piti erikoishammaslääkärikoulutuksen lisäämistä välttämättömänä ja katsoi, että terveydenhuollon erikoishammaslääkärikoulutusta tulisi voida

toteuttaa myös palvelujärjestelmässä, jolloin koulutuksesta syntyviä kustannuksia voidaan korvata erityisvaltionosuuksin. Työryhmä ehdotti terveydenhuoltolaissa säädettäväksi lääkärien ja hammaslääkärien valtakunnallisesta työryhmästä, jonka tehtävänä on ohjata erityisvaltionosuuksin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen suuntautumista palvelujärjestelmän tarpeiden mukaisesti.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja opetus- ja kulttuuriministeriö asettivat ministeriöiden, yliopistojen, palvelujärjestelmän ja sidosryhmien edustajista koostuvan työryhmän valmistelemaan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusten ohjauksen siirtoa opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön (STM raportteja ja muistioita 2013:46). Työryhmän esityksessä perusteltiin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen hallinnollisen siirron tarve sekä tapoja, joiden avulla alan erikoistumiskoulutuksen ohjausta voidaan parantaa. Esityksen mukaan erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus eivät enää olisi siirron jälkeen tutkintoon johtavaa koulutusta, vaan yliopistojen perustutkintojen jälkeistä ammatillista jatkokoulutusta. Valtakunnallisen ohjauksen parantamiseksi esitettiin perustettavaksi erillinen koordinaatiojaos. Työryhmä esitti myös lainsäädäntöä muutettavan niin, että EVO-koulutuskorvauksia voitaisiin jatkossa maksaa yliopistoille ja yliopiston hyväksymää erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutusta tuottaville muille organisaatioille. Työryhmä esitti, että tämä asia sisällytetään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiin. Nämä esitykset vahvistaisivat STM:n ohjausta ao. koulutuksen määrällisissä tavoitteissa eri erikoisaloilla.

STM asetti 4.3.2013 johtajayliääkäri Aino-Liisa Oukan ja professori Caj Haglundin laatimaan esiselvitystä lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen EVO-rahoituksen kehittämiseksi (Oukka ja Haglund 2013). Tuossa selvityksessä kysymykset olivat hyvin samankaltaisia kuin tämän raportin kysymykset. Työ toteutettiin perehtymällä kirjalliseen materiaaliin sekä haastattelemassa eri tahoja. Johtopäätöksinä selvityksissä oli, että nykyinen EVO-korvaus ei vastaa koulutuksesta koituvia kustannuksia yliopistosairaaloille ja muille koulutusyksiköille. Lisäksi EVO-rahoituksen tarve tulee lisääntymään lääkimäärän ja erikoislääkäritarpeen kasvaessa. Koulutuksen ja korvauksien maksatuksen tiukemmalla koordinaatiolla ja virtaviivaistamalla koulutusta voidaan tehostaa EVO-korvauksen käyttöä, mutta säästöt ovat vähäiset. Jokaisella koulutettavalla tulisi olla erikoistumiskoulutukseensa säädetty EVO-korvaus. Toiselle erikoisalalle kouluttautumista ei korvattaisi. Työryhmä suositteli yksikanavaista maksatusmallia EVO-korvaukselle. Raportin mukaan alueellinen ja valtakunnallinen koordinaatio on ensiarvoisen tärkeää. Edelleen suositeltiin, että koulutuksen sisällön ja laadun vastuu pysyy yliopistoilla, joille tulisi maksaa EVO-korvaus.

3.2 Koulutuksen aiheuttamat ylimääräiset kustannukset terveydenhuollolle

Koulutus aiheuttaa sairaalalle ja terveydenhuollon toimintayksiköille ylimääräisiä kuluja, joita on arvioitu aiemmin sekä Suomessa että muualla maailmassa. Koulutuksen sairaalalle aiheuttamien ylimääräisten kulujen on eri tutkimuksissa ja raporteissa arvioitu olevan noin 4–12 % sairaalan kokonaiskustannuksista. Ylimääräiset kulut tulevat sekä lisääntyneistä suorista kustannuksista että epäsuorista kustannuksista (Aahos ym. 2021, Adams ja Eisenberg 1997). Taulukko 1 kuvaa mitä ovat suorat ja epäsuorat kustannukset. Yleensä lääketieteen opiskelijan opetus eli perusopetus katsotaan huomattavasti edullisemmaksi kuin erikoislääkäriksi kouluttautuvan kouluttaminen (Adams ja Eisenberg 1997).

Tutkimuksen ja koulutuksen yhteenlaskettujen ylimääräisten kulujen arvioitiin 1990-luvun alussa Suomessa olevan 14,5 % (vaihteluväli 10 %–16 %) sairaalan kokonaiskuluista (Linnakko 1997). Linnakon mukaan koulutuksen osuus oli ylimääräisistä kuluista 50 %. Linna ja muut (1998) arvioivat koulutuksen osuudeksi ylimääräisistä kuluista 55 % ja tutkimuksen osuudeksi 45 %. Vuonna 2006 yliopistosairaaloiden koulutuksen ja tutkimuksen aiheuttaman ylimääräisen kustannuksen arvioitiin olevan 11 % (Linna ym. 2008). Koulutuksen ja tutkimuksen kustannukset jakautuivat tuolloin suhteessa 54 % vs. 46 % (Linna ym. 2008).

Ulkomaisissa selvityksissä koulutuksen aiheuttamat ylimääräiset kulut sairaalalle on arvioitu olevan 20 % (Sloan ym. 1983), Granneman ym. (1986) selvittivät koulutuksen aiheuttamia kuluja USA:n sairaaloissa laskemalla erittäin yksityiskohtaisesti sairaaloiden kaikkia kuluja ja mallintamalla niitä. He päätyivät siihen, että vaihtelu koulutuksen aiheuttamiin kuluihin oli suuri (0–15 %). Kane (2005) arvioi opetussairaalan lisääntyneiksi kuluiksi 4,4 %. Espanjassa kustannusten arvioitiin opetussairaalassa olevan 9 % korkeampia kuin muissa sairaaloissa (Lopez-Casasnovas ym. 1999). Tutkijat huomauttivat, että koulutussairaaloiden kustannuksia ei korvata riittävästi ja siten niiden kilpailukyky muihin sairaaloihin nähden on heikko (Mechanic ym. 1998).

Taulukko 1. Koulutuksesta aiheutuvat ylimääräiset kustannukset terveydenhuollolle (Adams ja Eisenberg 1997, Mechanic ym. 1998, Aahos ym. 2021, Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2021)

Suorat kustannukset	Ohjaajien / kouluttajien ohjaukseen ja koulutukseen käyttämät työtunnit ja niiden mahdollinen ansionmenetykskorvaus tai vs. palkkakulut
	Koulutusorganisaatiossa toimivien koulutuslääkäreiden / koulutusylilääkäreiden palkkakulut (esim. osa-aikaisissa tai kokoaikaisissa tehtävissä olevat koulutuslääkärit)
	Ohjaukseen liittyvä potilas-/työsuoritteiden vaje ohjaajilla / kouluttajilla
	Kouluttajien koulutus
	Koulutusvaiheen lääkärin ohjaukseen osallistumisen työtunnit
	Koulutusvaiheen lääkärin osaamisen arviointi
	Koulutusvaiheen lääkärin ohjaukseen liittyvä potilas-/työsuoritteiden vaje
	Koulutusvaiheen lääkärin osallistuminen toimipaikan ulkopuoliseen / erikoistumiskoulutukseen
Epäsuorat kustannukset	Koulutusvaiheen lääkärin erikoislääkäreitä hitaampi työtahti (vähempi tuottavuus) ja siitä johtuva suoritusvaje (joillain erikoisaloilla kaksinkertainen työ kun koulutettava seuraa erikoislääkäri (esim. kirurgia) tai erikoislääkäri tarkistaa hänen työnsä (esim. radiologia))
	Koulutusvaiheen lääkärin erikoislääkäreitä enemmän ottamat diagnostiset testit ja tekemät läheteet / konsultaatiot
	Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa heikkenee, mikä lisää kustannuksia, sairastavuutta ja kuolleisuutta.
	Koulutusvaiheen lääkärille allokoidaan ”helpompia” potilaita kuin erikoislääkärille
	Muun henkilökunnan opetuksen tuki (esim. konsultaatiot)
	Rekrytointiin käytettävä aika ja kustannukset, ”huoltosuhde” eli pieni seniori-juniorisuhde lisää kuluja
	Infrastruktuurikulut (luentosalit, kirjastot, pienryhmähuoneet, tarvitaan enemmän vastaanottohuoneita)
	Hallintokulut

Myös perusterveydenhuollon lääkärikoulutuksen aiheuttamia ylimääräisiä kustannuksia on laskettu sekä Suomessa että ulkomailla. Yhdysvalloissa tutkittiin 184 kaupungin perusterveydenhuoltoa tuottavaa toimipistettä ja koulutusta tuottavien toimipisteiden ylimääräiset kulut olivat 34 % muita suuremmat (Hogan ym. 2000). Tuore tutkimus Vantaalta kertoo, että pelkät suorat kustannukset (ansionmenetykskorvaukset lähiohjaajille ja erikoislääkärikouluttajille, koulutusyllilääkärin palkkakulut, kahden superuutorin palkkakulut, lähiohjaajien ja erikoislääkärikouluttajien ohjaukseen käyttämät työtunnit, ohjaukseen liittyvä suoritteiden vaje lähiohjaajilla ja erikoislääkärikouluttajilla, sekä koulutusvaiheen lääkärin ohjaukseen osallistumisen työtunnit ja ohjaukseen liittyvä suoritteiden vaje) oli Yleislääketieteen erityiskoulutusvaiheessa (YEK) tai 9 kk terveyskeskusjaksoa suorittavilla 1 388 €/kk ja vastaavasti yleislääketieteeseen erikoistuvilla 1 014 €/kk (Aahos ym. 2021). Sama tutkimus kertoo, että yleislääketieteen erikoislääkäreillä oli eniten vastaanottokäyntejä kuukaudessa (mediaani 178) ja vähiten YEK- tai 9 kk koulutusvaiheessa olevilla lääkäreillä (mediaani 139) kuvaten koulutuksessa olevan hitaampaa työtahtia. Myös läheteiden määrä oli vastaanottoa kohti pienempi erikoislääkäreillä kuin koulutusvaiheen lääkäreillä. Näitä epäsuoria kustannuksia ei otettu huomioon em. kustannuslaskelmissa. (Aahos ym. 2021.) EL-koulutuksen vaatimiin tunteihin on kehitetty myös laskuri (Tusa 2022).

Sekä suomalaisten että ulkomaalaisten tutkimusten mukaan koulutus aiheuttaa siis ylimääräisiä kustannuksia sekä sairaaloissa että perusterveydenhuollossa. Kustannus näyttäisi olevan vähintään 5–6 % sairaalan kustannuksista, mikä oli korvaustaso yliopistosairaaloille vuosina 1972–1990 koulutuksesta (Laatikainen ym. 2002).

3.3 Yhteenveto valtionosuuslainsäädännön muutoksista vuosina 1957–2022

Taulukko 2 kuvaa lainsäädännön muutoksia, jotka ovat vuosina 1957–2022 muuttaneet lääkäreiden ja hammaslääkäreiden jatkokoulutusta sekä koulutuskorvauskäytänteitä sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon yksiköissä. Vielä 1950–1980-luvuilla valtio maksoi yliopistollisille sairaaloille 10–12 % enemmän valtionosuutta kuin muille sairaaloille johtuen niiden antamasta koulutuksesta (Laatikainen ym. 2002). 1990-luvun alussa korvausperusteet muuttuivat laskennallisiksi siten, että koulutustoiminnan korvaus perustui lääkärintutkintojen painotettuun lukumäärään. Vuonna 1997 korvausta alettiin maksaa myös sairaalaa tai terveyskeskusta ylläpitävälle kuntayhtymälle/ kunnalle tai muulle palveluntuottajalle. Tämä korvaus laskettiin toteutuneiden koulutuskuukausien perusteella (Laatikainen ym. 2002).

Vuonna 1993 annettiin asetus lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta (1435/1993, jäljempänä PTL-asetus). Valmistuvat lääkärit tarvitsivat kahden vuoden

lisäkoulutuksen laillistukseen. Näille perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa olevien lääkäreiden koulutusjaksoista alettiin 1995 maksaa terveydenhuollon toimintayksiköille kuukausikorvausta (Laatikainen ym. 2002).

Vuoden 1993 PTL- asetuksessa päätettiin, että erikoishammaslääkäritutkinnon voi suorittaa Suomessa laillistettu hammaslääkäri, joka on työskennellyt päätoimisena hammaslääkäriin kliinisissä tehtävissä vähintään kaksi vuotta. Erikoistumishjelmia oli asetuksessa määritetty neljä (hampaiston oikomishoito, kliininen hammashoito, suu- ja leukakirurgia ja terveydenhuolto).

Koulutus- ja tutkimuskorvaus kulkivat alkuvaiheessa käsi kädessä, kunnes selvitysmies Huttusen suosituksen mukaisesti tutkimuskorvauksesta erotettiin 1/3 erillisiin tutkimushankkeisiin 1995 (Huttunen 1996).

Vuonna 1998 asetus erikoislääkäriin tutkinnosta (678/1998) muutti merkittävästi erikoisalvoja ja siten myös erikoislääkärikoulutusta. Se vähensi erikoisalojen määrän 79:stä 49:ään ja lopetti 30 suppean erikoisalalan koulutuksen. Sisätautien ja kirurgian suppeilla aloilla koulutus lyheni kaksi vuotta (Siimes 2003).

Vuonna 2000 erikoissairaanhoitolain muuttamisen yhteydessä (1115/1999) koulutuskorvauksen piiriin otettiin myös hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutus sekä käytännön palvelu. Koulutuskorvaukseen oikeutettuja olivat myös Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus, Orton, Reumasäätiön sairaala, Neuron sekä SPR Veripalvelu. Yliopistollisen sairaaloiden korvaus perustui edelleen tutkintojen lukumäärään ja muiden osalta toteutuneisiin koulutuskuukausiin. Yliopistollisen sairaaloiden korvaus muuttui ja alkoi määräytyä valtion vuosittaisen talousarvion määrittelemän korvauksen perusteella. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasaisen terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksen perusteista 2001 1305/2000, Laatikainen ym. 2002.). Nykyistä asetusta lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksiin ja yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista (1125/2013) ollaan tällä hetkellä päivittämässä.

Vuonna 2002 korvattaviksi tulivat kustannukset, jotka aiheutuivat ulkomailta lääkärin tai hammaslääkäriin perustutkinnon suorittaneiden ETA-alueeseen kuulumattomien valtioiden kansalaisten sairaalassa tai terveyskeskuksessa suorittamasta palvelusta (Laki erikoissairaanhoitolain 47 a ja 47 b § muuttamisesta 957/2001, Laatikainen ym. 2002).

Vuonna 2003 päätettiin, että hammaslääketieteellisiä tutkintoja voidaan suorittaa Helsingin, Oulun ja Turun yliopistojen lääketieteellisissä tiedekunnissa (Valtioneuvoston

asetus hammaslääketieteellisistä tutkinnoista annetun asetuksen 2 § muuttamisesta 315/2003). Lisäksi säädettiin, että samoissa yliopistoissa voi suorittaa erikoishammaslääkärin tutkinnon (Valtioneuvoston asetus erikoishammaslääkärin tutkinnosta 316/2003).

Vuonna 2005 työterveyshuolto sai korvamerkityn rahoituksen erikoislääkärikoulutukselle (<https://stm.fi/-/stm-n-talousarvioesityksen-painopisteet-vuodelle-2005>). Rahoitusta hallinnoi Työterveyslaitos. Vuonna 2019 lakia täsmennettiin korvauksen laskennallisista perusteista ja asetuksella säädettiin 1) avustuksen kohdentamisesta, 2) perusteista ja menettelytavoista, joilla korvausten suorittamisesta yksityisille palvelujen tuottajille ja työnantajan ylläpitämille työterveysasemille päätetään. Työterveyslaitos sai 2,9 miljoonaa euroa työterveyshuollon erikoislääkärikoulutukseen, josta se maksaa noin kolmanneksen yliopistojen kliinisten opettajien palkkoihin sekä virtuaaliyliopiston ylläpitoon. Kolmannes menee yksityissektorin työterveyshuollon toimipisteille kouluttajien korvauksiin ja kolmannes jää Työterveyslaitoksille ”yliopistosairaala” jakson erikoistuvien vakansseihin sekä kouluttajalääkäreihin kuluihin (laki työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetun lain muuttamisesta 2019).

Yliopistolaissa (559/2009) todetaan, että yliopistoissa voidaan suorittaa korkeakoulututkintoja ja ammatillisia jatkotutkintoja. Edelleen todetaan, että yliopistot voivat järjestää erikoistumiskoulutusta, jotka ovat ammatillista kehittymistä ja erikoistumista edistäviä koulutuksia, joiden tavoitteena on tuottaa osaamista sellaisilla asiantuntijuuden aloilla, joilla ei ole markkinaehtoisesti toteutettua koulutustarjontaa. Opetus- ja kulttuuriministeriö myöntää yliopistoille rahoitusta yliopistolaissa säädettyjen tehtävien toteuttamiseen. Yliopistoilla on vastuu erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällöstä, laadusta ja koulutettavien ottamisesta koulutusohjelmiin.

Vuonna 2010 terveydenhuoltolaki (1326/2010) uudistettiin. Yliopistosairaaloissa rahoitus perustui edelleen sekä peruskoulutuksen että erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen osalta lääkäritutkintojen lukumäärään ja muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä kuukausikorvauksiin. Laki rajasi kuitenkin erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen sisältyvän yhdeksän kuukauden terveyskeskuskoulutuksen vain paikkoihin, joissa terveyskeskuskoulutuksessa oli varmistettu kansanterveys työn sekä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon yhteistyön osaaminen. Lain mukaan terveyskeskuskoulutusta suorittavalle oli lisäksi nimettävä ohjaaja, jonka tuli olla palvelussuhteessa kuntaan tai kuntayhtymään ja jonka tuli varmistaa koulutuksen laatu ja kehittäminen. Terveyskeskuskoulutuksesta vastaavat ottivat esille tässä yhteydessä laadunhallinnan ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosuunnitelman.

Vuoden 2011 alussa lääkäriksi valmistuvien kaksoislaillistus poistui ja sekä Suomesta että EU-/ETA-maista valmistuvat lisensiaatit saivat suoraan luvan toimia itsenäisesti

lääkäreinä Suomessa (laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 312/2011).

Vuonna 2011 STM:n asettama työryhmä pohti EL- ja EHL-koulutuksen uudistamistarpeita (STM selvityksiä 2011). Raportissa pohdittiin kaksoislaillistuksen poiston vaikutuksia sekä koulutuksen aiempaa vahvempaa sääntelytarvetta. Työryhmä ehdotti uusina akuuttilääketieteen ja hammaslääketieteen diagnostiikan erikoisalan perustamista. Työryhmä katsoi, että EL- ja EHL koulutukset tulisi säilyttää tutkintoina.

Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista (420/2012) sisälsi säännökset yliopistolaisissa tarkoitetuissa yliopistoissa suoritettavista erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista, jotka olivat yliopistojen ammatillisia jatkotutkintoja. Asetus täsmensi, että erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnon suorittamiseksi tulee suorittaa sekä käytännön koulutus, yliopiston hyväksymä teoriakoulutus, osallistua oman oppimisen ja koulutuksen toimivuuden kehittämiseen ja arviointiin sekä suorittaa erikoisalakohmainen kuulustelu.

Vuonna 2014 työryhmä jätti raportin (STM raportteja ja muistioita 2013:46), jossa suositeltiin EL- ja EHL-koulutuksen siirtämistä opetus- ja kulttuuriministeriöltä sosiaali- ja terveysministeriöön. Katsottiin, että koulutukselle tulee voida antaa sisällöllisiä ja määrällisiä tavoitteita ottaen huomioon palvelujärjestelmän työvoimatarpeet. EL- ja EHL-koulutus ei olisi enää tutkintoon johtavaa koulutusta vaan ammatillista jatkokoulutusta. Samalla työryhmä suositteli, että osa EVO-koulutuskorvauksia voitaisiin jatkossa maksaa yliopistoille. Yliopiston roolia koulutuksen ohjauksessa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisältö- ja laatuksymyksissä haluttiin vahvistaa.

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta 2015 (56/2015) säätö tarkkaan EL-, EHL- ja YEK-koulutuksen tavoitteet, yliopistojen tehtävät, yhteistyöelimet, 50 erikoisalan EL- sekä EHL-koulutuksien pituudet. Se määritteli myös YEK-koulutuksen keston ja sisällön. Asetuksessa säädettiin koulutuksen vastuuyliopistot, koulutukseen ottaminen, koulutuksen tavoitteet, koulutusohjelmat ja niiden pituudet sekä tutkintojen suorittamisesta ja koulutuksen yhteistyöelimistä. Tutkintomuotoisuus poistui ja valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista kumottiin 1.2.2015 lukien.

Valtakunnallinen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaosto perustettiin 2015 edellä mainitun työryhmän suosituksesta.

Vuonna 2020 erikoislääkärikoulutuksen kuulustelun pakollisuus poistui. Koulutettavan tuli osoittaa yliopistojen yhdessä yhtenäisesti määrittelemällä tavalla, että hänellä on erikoislääkäriltä vaadittava osaaminen. Tämä johti yliopistojen yhteistyöhön, osaamis- perustaisuuteen, sähköisen arviointijärjestelmän luomiseen, kouluttajakoulutukseen, koulutuksen laadun varmistukseen sekä samalla valintamenettelyyn, jolla pyritään varmistamaan oikeudenmukaisuus sekä eri erikoisalojen tarpeen mukaisesti valtakunnalliset valinnat (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen muuttamisesta 55/2020).

Taulukko 2. Lainsäädännönmuutokset liittyen lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksiin vuosina 1957–2022

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
1957–66	Laki YO keskussairaaloista 392/1956, Sairaalalaki 49/1956	Valtionosuus YO-keskussairaaloille 10 % suurempi kuin muille keskussairaaloille (60 % vs 50 %).	Opetus- ja tutkimustoiminnan korvaaminen
1967–71	Laki YO keskussairaaloista 670/1966	Valtionosuus pieneni YO-sairaaloissa 55 %:iin	Säästösyöt
1972	YO-keskussairaalalaki 771/1971 ja kunnalliset yleissairaalat (v. 1965) 770/1971 muutettiin	Valtio korvasi YO-sairaaloille 10 % käyttökustannuksista opetus- ja tutkimuksen erityiskustannuksiin. Muille keskussairaaloille kuntien kantokyvyn mukaan.	Opetus- ja tutkimuksen erityiskustannuksiin
1989	ESH-lain (1062/1989) 47 §:n mukaan SHP kuntainliitolle, jossa YO-sairaala, suoritettiin valtion varoista laskennallisin perustein korvausta.	Korvaus lääkärinkoulutuksesta ja lääketieteellisestä tutkimustoiminnasta johtuvista ylimääräisistä kustannuksista 12 % YO-sairaalan käyttömenoista.	2 % korotus johtui siitä, että valtionosuus YO-sairaaloiden pääomamenoista jäi pois
1993	Valtionosuusjärjestelmän muutos: ESH-lain 47 §:ää (1087/1993) muutettiin siten, että korvausperusteet muuttuivat laskennallisiksi Asetus 1435/1993	Koulutus- ja tutkimustoiminnan kustannukset korvattiin jyvittämällä toiminnan laskennalliset tulokset. Koulutustoiminnan korvaus perustui lääkärin tutkintojen painotettuun lukumäärään. (LL 1 piste, EL 1 piste, EL-suppea, YLE-EL ja TTH-EL ½p). Perusterveydenhuollon lisäkoulutuksessa olevien toimintayksiköille maksettiin kuukausikorvausta.	Parempi vastaavuus todelliseen tuotokseen

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
1996	Selvitysmies J. Huttusen ehdotus lääkäreiden koulutusta ja TH:n tutkimustoimintaa koskevan korvausjärjestelmän uudistamisesta.	YO sairaaloille maksettaisiin edelleen EVO korvausta koulutuksesta ja tutkimuksesta 1/3 korvauksesta käytettäisiin erillisiin tutkimushankkeisiin, joita voivat hakea myös muut ESH sairaalat. Muille ESH:n ja YO:n hyväksymille sairaaloille korvataan EL-koulutusta siltä osin kuin sitä tapahtuu.	Lääkärikoulutuksen ja tutkimustoiminnan korvaaminen YO-sairaaloiden ulkopuolella. Tutkimuksien hankerahoitus.
1996	Selvitysmies H. Koski → HE 142/1996	Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannusten valtionosuudesta erotettavaksi lääkärinkoulutuksen korvaamiseen muille kuin yliopistosairaaloille 35 milj mk	
1996 ja 1997	ESH-lain muutoksessa (1003/1996) lain 47 §:ää muutettiin ja lakiin lisättiin 47 a ja 47 b §:t. Samalla muutettiin kansanterveyslakia (1004/1996) ja lakia Hgin YO keskussairaalaista (1005/1996).	Korvausta alettiin maksaa sairaalaa tai terveyskeskusta ylläpitävälle kuntayhtymälle/ kunnalle tai muulle palveluntuottajalle perus- ja erikoistumiskoulutuksesta sekä tutkimustoiminnasta, jota toteutetaan yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella olevissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. YO-sairaaloiden koulutustoiminnan osalta korvaus perustui edelleen lääkitutkintojen painotettuun lukumäärään. Muiden kuin yliopistollisten sairaaloiden osalta korvaus perustui toteutuneisiin koulutuskuukausiin. STM määrää yksikköhinnat.	Koulutusohjelmaan sisältyisi enemmän YO-sairaalan ulkopuolisissa toimintayksiköissä, (PTH:ssa, muissa sairaaloissa) tapahtuva koulutus. STM määräsi tutkintojen painoarvot ja yksikköhinnat.
1997	ESH-lakiin lisättiin säännös korvauksen maksamisesta lääkärin PTH lisäkoulutuksesta (A1435/1993)	PTH lisäkoulutus oli korvattu asetuksen perusteella vuodesta 1995 lähtien. Tämäkin korvaus perustui koulutuskuukausien määrään.	Lääketieteen opiskelun jälkeen lisensiaatit tekivät 2 v harjoittelun ennen laillistamista.

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
1998	Asetus 678/1998	Erikoisalojen määrä tippui 79:stä 49:ään. Suppeat erikoisalajat lopetettiin. Monien erikoisalojen koulutusaika väheni.	Erikoislääkärikoulutuksen harmonisointi EU:n kanssa
2000	ESH-lain muutos (1115/99) ja kansanterveyslain muutos 1116/99). Asetus (1206/99) → muut korvaukseen oikeutetut	Koulutus-EVOn piiriin tuli hammaslääkäreiden perus- ja erikoistumiskoulutus sekä käytännön palvelu. Korvaukseen oikeutettuja olivat myös Invalidiliiton Käpylän Kuntoutuskeskus, Orton, Reumasäätien sairaala, Neuron sekä SPR Veripalvelu	YO-sairaaloiden korvaus perustui tutkintojen lukumäärään, muiden osalta toteutuneisiin koulutuskuluihin. YO-sairaaloiden ylläpitäjille korvaus muuttui ja alkoi määräytyä valtion vuosittaisen talousarvion määrittelemän korvauksen perusteella
2001	Sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen sekä yliopistotasoisesta terveystieteellisen tutkimustoiminnan korvauksen perusteista vuonna 2001 (1305/2000)	Vuodelle 2001 tutkinnosta suoritettavaksi korvaukseksi 349 000 mk, suppeista erikoisaloista 174 000 mk ja koulutuskuluihin 6 000 mk. Yksikköhinnat olivat samat kuin vuonna 2000.	Koulutuskk:n perusteella korvattiin muualla kuin YO-sairaalassa annettava erikoistumiskoulutus sekä YO-sairaaloissa annettu liikuntalääketieteen, terveydenhuollon, työterveyshuollon, yleislääketieteen ja terveydenhuollon EHL koulutusohjelman mukainen koulutus sekä lääkärin PTH lisäkoulutus ja hammaslääkärin käytännön palvelu.
2002	ESH lakimuutos (957/2001, HE 123/2001, STM:n asetus 20/2002)	Korvattaviksi tulivat kustannukset, jotka aiheutuivat ulkomailla lääkärin tai hammaslääkärin perustutkinnon suorittaneiden ETA-alueeseen kuulumattomien valtioiden kansalaisten sairaalassa tai terveyskeskuksessa suorittamasta palvelusta.	Korvaukset muutettiin myös euromääräisiksi (tutkinnosta 58 700 €, koulutuskk 1 010 €). Ammatinharjoittamisluvan/-oikeuden saamiseksi vaaditusta, 6 kk palvelusta maksettiin korvausta 505 €/kk ja itsenäisen toiminnan edellytyksenä olevasta kaksi vuotta kestävästä koulutuksesta 1 010 €/kk
2003	Asetus erikoishammaslääkärin tutkinnosta 316/2003	Yliopistolain nojalla säädettiin, että EHL-tutkinnon voi suorittaa Helsingin, Oulun ja Turun yliopistoissa. Koulutusohjelmia hampaiston oikomishoito, kliininen hammashoito, suu- ja leukakirurgia ja terveydenhuolto.	Myöhemmin tuli mahdollisuus erikoistua myös Itä-Suomen yliopistossa.
2005	Laki 1350/2004	Työterveyslaitos sai 2,7 miljoonaa euroa TTH:n EL:n koulutuksen lisäämiseksi.	Työvoiman suojeleminen ja työkyvyttömyyden ehkäisy katsottiin tärkeiksi.

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
2009	Yliopistolaki 558/2009	Määrittelee yliopistojen perustehtävät, joiden rahoitus tulee pääosin opetus- ja kulttuuriministeriöltä.	
2010	Terveystieteiden lain 1326/2010 §:t 59-61	Peruskoulutuksen korvaus lasketaan lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen aloittaneiden opiskelijoiden lukumäärän ja suoritettujen tutkintojen lukumäärän keskiarvon perusteella. Erikoistumiskoulutuksen korvaus perustuu suoritettujen koulutusten lukumäärään ja koulutuksesta määrättyyn korvaukseen. Muille yksiköille suoritetaan laskennallisin perustein perustuen toteutuneisiin koulutuskuukausiin. EL- ja EHL-koulutukseen sisältyvästä 9 kk tk-koulutuksesta johtuvista kustannuksista suoritetaan valtion varoista korvaus vain jos tk-koulutuksessa on varmistettu kansanterveystyön sekä PTH, ESH ja sosiaalihuollon yhteistyön osaaminen.	Laki esim. rajoitti täysin ulkoistettujen toimintayksiköiden mahdollisuutta saada koulutuskorvausta. (TK-koulutusta suorittavalle on nimittävä ohjaaja, jonka tulee olla palvelussuhteessa kuntaan/kuntayhtymään ja jonka tulee varmistaa koulutuksen laatu ja kehittäminen). Vuosittaiset asetukset määräävät korvauksen perusteista.
2011	Laki TH ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 312/2011	Oikeus harjoittaa lääkärin tai hammaslääkärin ammattia itsenäisesti automaattisen tunnustamisen periaatteen nojalla. Laki koski sekä Suomessa että ETA maissa valmistuneita.	Kaksoislaillistus poistui ja lääkäriksi valmistuvat Suomessa tai ETA maissa eivät tarvitse enää harjoittelua. PTL korvattiin YEK koulutuksella.
2012	Valtioneuvoston asetus erikoislääkärin ja erikoishammaslääkärin tutkinnoista 420 /2012	Asetus EL ja EHL tutkinnoista, jotka olivat yliopistojen ammatillisia jatkotutkintoja. Asetuksessa säädettiin koulutuksen vastuuyliopistot, koulutukseen ottaminen, koulutuksen tavoitteet, koulutusohjelmat ja niiden pituudet sekä tutkintojen suorittamisesta ja koulutuksen yhteistyöelimistä.	EL ja EHL-koulutusta voivat Suomessa antaa HY, UEF, OY, TAY ja TY. 50 erikoisalan EL koulutuksien pituudet joko 5 tai 6 v. Viiden erikoishammaslääkärialan koulutuksen pituus joko 3 tai 6v.

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
2013	STM asetus koulutuskorvaukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista 1125/2013	Koulutuskorvausta EL- ja EHL-koulutuksesta aiheutuviin kustannuksiin suoritetaan TH-laissa mainittujen palveluntuottajien lisäksi Fimlab Laboratoriot Oy:lle, Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskukselle, Orton Oy:lle, Suomen aivotutkimus- ja kuntoutuskeskus Neuronille, SPR Veripalvelulle, TAYS Sydänkeskus Oy:lle ja Tekonivelsairaala Coxa Oy:lle siltä osin kuin yliopisto on käyttänyt niitä lääkärin tai hammaslääkärin erikoistumiskoulutukseen.	
2013	STM raportteja ja selvityksiä 2013	Perustelee EL ja EHL koulutuksen ohjauksen siirron OPM:stä STM:ään. Tarve asettaa sisällöllisiä ja määrällisiä tavoitteita koulutukselle.	EL ja EHL koulutus ei enää tutkintoon johtavaa koulutusta vaan ammatillisista jatkokoulutusta. Valtakunnallisen ohjauksen parantamiseksi perustetaan koordinaatiojaosto.
2014	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 1355/2014	Lakiin lisättiin 4 a § (EL ja EHL koulutus), jossa EL- ja EHL-koulutus on LL tai HLL tutkinnon jälkeistä koulutusta, jonka tavoitteena on syventää lääkärin/hammaslääkärin osaamista tietyllä erikoisalalla sekä varmistaa erikoisalalan osaaminen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. YO ottaa henkilön EL-koulutukseen, jonka vähimmäispituus on 5 vuotta ja EHL-koulutukseen, jonka vähimmäispituus on 3 vuotta. Valtioneuvosto asettaa kolmeksi vuodeksi kerrallaan neuvottelukunnan, jonka tehtävänä on antaa lausuntoja ja tehdä aloitteita terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksesta, ammattitoiminnasta ja viranomaisten välisestä yhteistyöstä sekä itsenäisen koordinaatiojaoston, jonka tehtävänä on arvioida kansallisia EL- ja EHL-koulutuksen sekä YEK-	Muutoksen myötä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukset muuttuivat tutkinnoista yliopistojen tutkintojen jälkeiseksi ammatilliseksi jatkokoulutukseksi. Vastuu erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sisällöstä, laadusta ja koulutettavien ottamisesta koulutusohjelmiin pysyi muutoksesta huolimatta edelleen yliopistoilla. Koulutuksen hallinnollinen vastuu siirtyi OKM:ltä STM:lle.

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
2015	STM:n asetus erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta (56/2015)	<p>koulutuksen tarpeita sekä tehdä aloitteita koulutuksen kehittämiseksi.</p> <p>Määrittelee tarkkaan EL-, EHL, YEK koulutuksen tavoitteet, YO:jen tehtävät, yhteistyöelimet, 50 erikoisan EL- sekä 5 erikoisan EHL-koulutuksien pituudet (koulutusajasta vähintään puolet tulee suorittaa YO-sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta min 9 kk terveyskeskuksessa), sekä sisällöt (käytännön koulutus kouluttajan ohjaamana YO hyväksymässä toimipaikassa, säännöllinen toimipaikkakoulutus, YO hyväksymä teoriakoulutus, oman oppimisen ja koulutuksen kehittäminen arviointi, valtakunnallinen EL-kuulustelu).</p> <p>Määrittelee YEK-koulutuksen keston ja sisällön: YEK:n tavoitteena on perehdyttää lääkäri PTH-lääkärin tehtäviin, terveydenhuollon hallintoon ja sosiaaliturvajärjestelmään sekä yhteistyöhön terveydenhuollon ja sosiaalihuollon alalla toimivan henkilöstön kanssa. YEK:n kesto 3v, mutta koulutukseksi voidaan LL tutkintoon johtavaan koulutukseen sisältyvästä käytännön opetuksesta max 1v.</p>	<p>Valtakunnallisena koordinaatioelimenä toimii terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 41 §:ssä tarkoitettu neuvottelukunta tai sen jaosto. Alueellista yhteistyötä varten EL-, EHL- ja YEK-koulutuksen alueelliset neuvottelukunnat.</p> <p>YEK koulutuksen sisällön määräykset määrittävät YO:n ja palvelujärjestelmän toimipaikkojen koulutussopimusten sisällöt.</p>
2016	Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta (213/2016)	<p>EL ja EHL-koulutusta järjestävälle yliopistolle korvataan valtion varoista koulutuksesta aiheutuvia kustannuksia. EL ja EHL-koulutuksen korvaus perustuu koulutuksen suorittaneiden lääkärin ja hammaslääkärin lukumäärään ja koulutuksesta määrättyyn korvaukseen.</p>	<p>Korvaus YO:lle alkoi v 2017 alusta. EL- ja EHL-koulutuksen ohjausvastuu siirtyi 2/2015 alkaen OPM:ltä STM:lle. Siirron yhteydessä jätettiin työryhmäraportti koulutuksen kehittämissuunnista. Raportin esitysten mukaan yliopiston roolia EL- ja EHL-koulutuksen sisältö- ja laatuksymyksissä tulisi vahvistaa.</p>

Vuosi	Laki / Selvitys	Sisältö	Tarkoitus
2019	Laki työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetun lain muuttamisesta 1109/2019	Laissa säädettiin korvauksen laskennallisista perusteista. ja STM:n asetuksella säädettiin 1) avustuksen kohdentamisesta;2) perusteista ja menettelytavoista, joilla korvausten suorittamisesta yksityisille palvelujen tuottajille ja työnantajan ylläpitämille työterveysasemille päätetään.	Tästä noin 1/3 yliopistoille klinisiä opettajia ja virtuaaliyliopistoa varten, 1/3 yksityissektorin koulutuspaikoille kouluttajakorvauksia varten, 1/3 TTL:lle ”YO-erikoistumisjakson” koulutuspaikkoja ja kouluttajalääkäreitä varten
2020	STM asetus (55/2020) EL-, EHL ja YEK-koulutuksesta annetun STM asetuksen (56/2015) muuttamisesta	Määrittelee EL-, EHL-, YEK-koulutuksen tavoitteet, YO:jen tehtävät, yhteistyöelimet, 50 erikoisalan EL- sekä 5 erikoisalan EHL-koulutuksien pituudet (koulutusajasta vähintään puolet tulee suorittaa YO-sairaalan ulkopuolella ja tästä ajasta min 9 kk terveyskeskuksessa), sekä sisällöt (käytännön koulutus kouluttajan ohjaamana YO hyväksymässä toimipaikassa, säännöllinen toimipaikkakoulutus, YO hyväksymä teoriakoulutus, oman oppimisen/ koulutuksen kehittävä arviointi)	Kuulustelun pakollisuus poistui. Koulutettavan tulee osoittaa yliopistojen yhdessä yhtenäisesti määrittelemällä tavalla, että hänellä on EL:ltä tai EHL:ltä vaadittava osaaminen. EL-koulutuksesta min 9 kk tulee suorittaa tk:ssa. Muualla kuin YO-sairaalassa tapahtuvan koulutuksen pituuden tulee olla tk-palvelun lisäksi vähintään yksi vuosi. YO-sairaalassa tapahtuvan koulutuksen pituuden tulee olla min. yksi vuosi (ei koske liikuntalääketieteen, terveydenhuollon, työterveyshuollon ja yleislääketieteen koulutusohjelmia). Koulutusjärjestelyistä tulee huolehtia alueellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla ottaen huomioon erikoistumiskoulutuksen tavoitteet sekä palvelujärjestelmän osaamistarpeet ja koulutusmahdollisuudet.

(Lyhenteet: YO=yliopisto, yliopistollinen; SHP=sairaanhoidopiiri; ESH=erikoissairaanhoido; YLE-EL = yleislääketieteen erikoislääkäri; EL= erikoislääkäri; EHL= erikoishammaslääkäri; TTH= työterveyshuolto; STM=sosiaali- ja terveysministeriö; EVO= erityisvaltionosuus; PTH= perusterveydenhuolto; EU= Euroopan unioni; SPR=Suomen Pu-nainen Risti; kk=kuukausi; v=vuosi; YEK= yleislääketieteen erityiskoulutus; HY= Helsingin Yliopisto; UEF = Itä-Suomen yliopisto; OY= Oulun Yliopisto, TAY=Tampereen yliopisto; TY=Turun yliopisto; ETA=Euroopan talousalue)

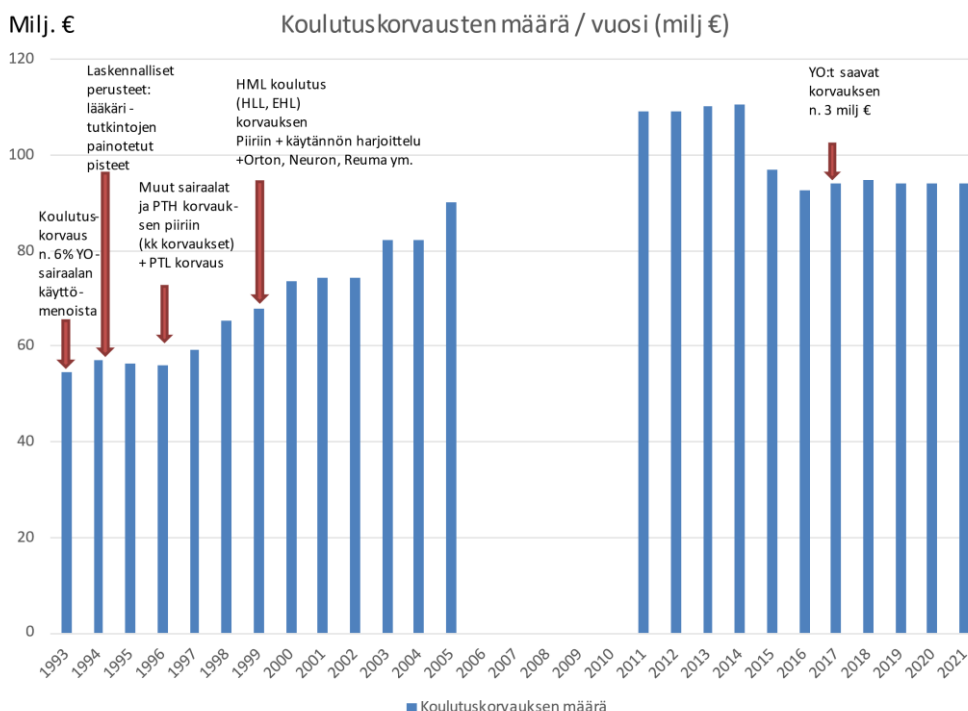
3.4 Koulutuskorvausten kehitys

Vuosina 1972–1989 valtio korvasi yliopistosairaaloiden tutkimuksesta ja koulutuksesta aiheutuneita kustannuksia 10 % niiden käyttökustannuksista (Laatikainen ym. 2002). Korvausta lääkärikoulutuksesta ja lääketieteellisestä tutkimustoiminnasta johtuvista ylimääräisistä kustannuksista nostettiin 12 %:in yliopistollisen sairaalan käyttömenoista vuonna 1989 (Huttunen 1996). Tuolloin korvausta nostettiin kahdella prosenttiyksiköllä, koska valtionosuus yliopistosairaaloiden pääomamenoista jäi pois. Korvausta suoritettiin tämän perusteen mukaan vuosina 1991–93. Vuonna 1994 korvausperuste muuttui laskennalliseksi eli koulutus- ja tutkimustoiminnan kustannukset korvattiin jyvittämällä toiminnan laskennalliset tulokset. Koulutustoiminnan osalta korvaus perustui lääkärintutkimusten painotettuun lukumäärään (painotetut tutkintopisteet laskettiin: LL 1 piste, erikoislääkäri 1 piste, lääketieteen suppean erikoisalalan, yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkäri ½ pistettä) (Huttunen 1996).

Koulutuskorvaus kasvoi aina vuoteen 2011 joskin kasvu oli vaatimatonta. Jo vuonna 1998 Linna ym. (1998) raportoi, että muissa maissa korvataan koulutuksesta terveydenhuollolle 8–22 % kokonaiskustannuksista kun koulutuksen kustannuksiksi on arvioitu 3–25 % kokonaiskustannuksista (Linna ym. 1998). STAKESin raportti osoitti, että sairaaloiden toiminnasta vuosina 1998–2002 opetuksen ja tutkimuksen kustannukset olivat noin 14 % (puolet-puolet) kokonaismenoista (Linna ym. 2004). Vuonna 2002 koulutuksessa rahoitusvaje oli 33 miljoonaa euroa verrattuna siitä saatuun valtion korvaukseen. Vaje oli kasvanut vuodesta 1998 vuoteen 2002 (Linna ym. 2004). Seuraava mallinnus sairaaloiden opetuksen kustannuksista tehtiin vuosilta 2002–2006 (Linna ja Vitikainen 2008). Tuossa raportista opetuksen kustannukset olivat kasvaneet 95 miljoonasta eurosta 134 miljoonaan euroon kun taas EVO-korvaus oli kasvanut vain 62 miljoonasta eurosta 87 miljoonaan euroon. Vaje oli siis 47 miljoonaa euroa jo vuonna 2006 (Linna ym. 2008). Myös vuoden 2013 selvityksen mukaan korvaus on jäänyt jälkeen ollen tuolloin noin 50–60 % koulutuksen todellisista suorista kustannuksista palvelujärjestelmälle (Oukka ja Haglund 2013).

Kuvasta 1 näkyy miten vuodesta 1993 korvaukset kasvoivat, joskin vaatimattomasti verrattuna koulutuskuluihin. Vuoden 2011 lähtien korvaukset alkoivat ensin pysyä paikoillaan ja vuoden 2014 jälkeen ne lähtivät selvään laskuun. Jo 1990-luvun lopulla koulutuskorvausten jakajia alkoi olla enemmän. Vuonna 1997 yliopistollisen sairaaloiden lisäksi muut sairaalat ja terveyskeskukset alkoivat saada korvausta ja samoihin aikoihin alkoivat perusterveydenhuollon lisäkoulutusta suorittavien toimipaikat saada korvausta. Vuonna 2000 korvauksen piiriin tuli erikoishammaslääkärikoulutus sekä eräät muut terveydenhuollon yksiköt (Orton, SPR Veripalvelu, Neuron, Reumasäätien sairaala). Vuonna 2017 yliopistot alkoivat saada pienen siivun korvauksista.

Kuva 1. Koulutuskorvausten määrän kehitys vuodesta 1993 vuoteen 2021. Kuvan yläosaan on nuolilla merkitty tärkeimmät lakimuutokset, jotka vaikuttavat koulutuskorvauksiin. Vuosien 1993–2005 korvaustasot on saatu aiemmista STM:n selvityksistä (Huttunen 1996, Laatikainen ym. 2002, Linna ym. 2004, Virtanen ym. 2005) ja vuosilta 2011–2021 STM:ltä. Vuosilta 2006–2010 korvaustietoa ei ollut saatavilla.

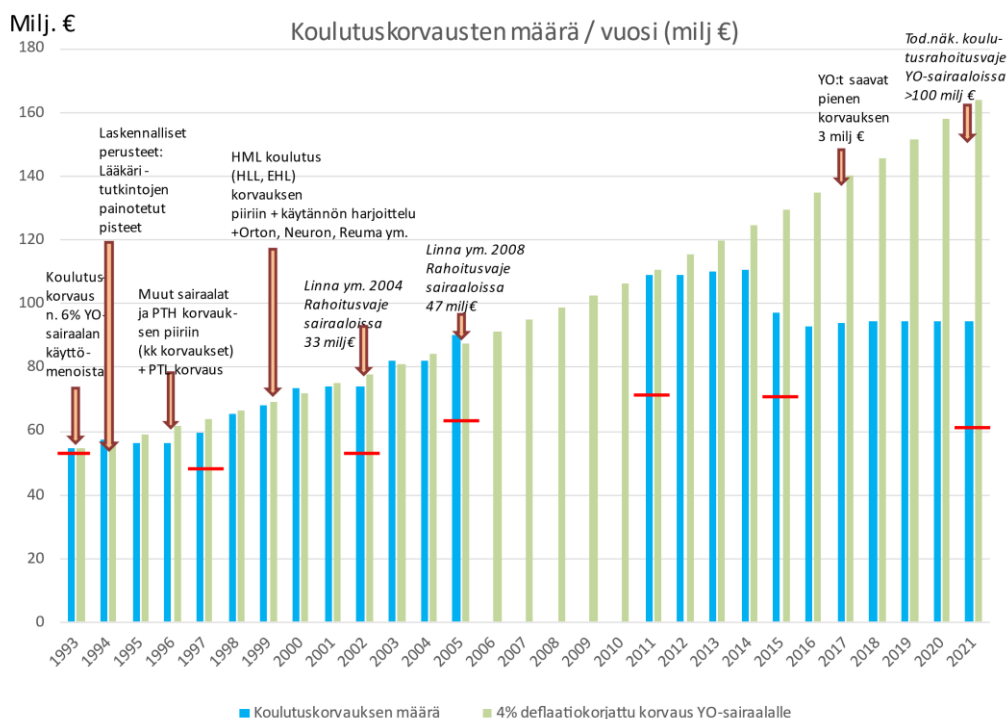


Koulutuskorvausten määrää suhteessa koulutuksen aiheuttamiin kustannuksiin voidaan laskea usealla tavalla. Kustannusten laskussa tulisi ottaa huomioon sekä suorat että epäsuorat kustannukset kuten luvussa 4.1 on kuvattu. Linna ym. (2004) sekä Linna ja Vitikainen (2008) tekivät erittäin perusteellisen selvityksen koulutuksen ja tutkimuksen kustannuksista 235:ssä yliopistosairaalan tulosityksiköstä sekä 615 muiden sairaaloiden yksiköistä. He mallinsivat koulutuksen kustannuksia ja päätyivät vuonna näissä yksiköissä em. 47 miljoonan euron korvausvajeeseen jo vuonna 2006.

Toinen tapa laskea rahoitusvajetta on käyttää oletuksena 6 % koulutuskustannuksien tasoa sairaalan kokonaisbudjetista. Jos oletamme, että alun perin vuonna 1993 saatu 6 % yliopistollisen sairaalan saama koulutuskorvaus (tuolloin korvaus tutkimuksella ja opetukselle oli 12 %, josta puolet oli koulutuskorvausta ja puolet tutkimuskorvausta) oli oikealla tasolla – kuten se keskimäärin on monissa maissa – niin tällä hetkellä esimerkiksi Helsingin yliopistollisen keskussairaalaan budjettiin (2,3 miljardia euroa) suhteuttaen erikoislääkärikoulutuksen koulutuskorvaus (14,8 miljoonaa euroa) on vain noin 0,6 % ja henkilöstöbudjettiin (1,4 miljardia euroa) nähden vain 1,1 %.

Kolmas tapa laskea koulutuskorvausten tasoa olisi deflatoida vuoden 1993 korvauksen tasoa vuosikymmenten yli. Hakkaraisen terveystaloustieteellisessä tutkielmassa selvitettiin miten taloudellisen arvioinnin tutkimuksissa oli käytetty diskonttaamismenetelmää ja miten diskonttokorko tulisi määrittää. Eri maiden kansallisten suositusten perusteella eksponentiaalinen diskonttaaminen 3 % tai 5 % diskonttokorolla oli suosituin. Tätä suositti 2/3 eri maiden ohjeistuksista. Mikäli koulutuskorvausta olisi vuosien mittaan deflatoitu (4 %/vuosi), pitäisi pelkän yliopistosairaaloiden korvaustaso olla tällä hetkellä noin 164 miljoonaa euroa, mikä ei kuitenkaan läheskään vastaisi vielä 5–6 % yliopistosairaaloiden budjetista. Kts kuva 2.

Kuva 2. Koulutuskorvausten kehitys (tumman harmaat/siniset pylväät) ja vastaava deflaatiokorjattu (vaaleanharmaat/vihreät pylväät) korvaustarve. Mustien/punaisten vaakasuorien viivojen alapuolella oleva osuus pylväistä vuosina 1993, 1997, 2002, 2005, 2011, 2015 ja 2021 kertoo yliopistosairaaloiden saaman korvaussumman. Yläpuolella oleva osuus tummanharmaista/sinisistä vastaavista pylväistä on muiden sairaaloiden ja terveyskeskusten korvaus. Deflaatiokorjaus on tehty yliopistosairaaloiden saaman vuoden 1993 korvauksen mukaan. Lähteet korvauksille: Huttunen 1996, Laatikainen ym. 2002, Linna ym. 2004, Virtanen ym. 2005, STM:n antamat luvut. Vuosilta 2006–2010 korvaustietoa ei ollut saatavilla.



Vihreät/vaaleanharmaat pylväät kuvaavat siis pelkästään yliopistosairaaloiden deflatoituja koulutuskustannuksia verrattuna vuoden 1993 tasoon, sillä muiden sairaaloiden tai terveyskeskusten korvaustason todellisesta tarpeesta on vaikea saada tietoa. Punaisten vaakasuorien viivojen alapuolinen osa sinisissä/tummanharmaissa pylväissä kuvassa 2 osoittaa yliopistosairaaloiden saaman todellisen korvauksen valtiolta

eri vuosina. Vuonna 2021 vaje pelkästään yliopistosairaaloiden saaman korvauksen ja koulutuskustannusten välillä oli kasvanut ainakin yli 100 miljoonaan euroon. Punaisten viivojen ajankohdat on valittu sillä perusteella, milloin lainsäädännössä on tapahtunut muutoksia korvausten jakoperusteissa, jotta kuva voisi havainnollistaa miten nämä ovat vaikuttaneet yliopistosairaaloiden saamiin korvauksiin. On huomattava, että muiden sairaaloiden ja terveyskeskusten saamista korvauksissa voi olla vielä suurempi suhteellinen vaje verrattuna kustannuksiin, sillä näissä toimipaikoissa usein koulutetaan kaikkein nuorimpia ja kokemattomimpia lääkäreitä ja siten epäsuorat kustannukset voivat olla suuremmat kuin yliopistosairaaloissa.

Neljäs tapa laskea koulutuskorvausten tarvetta on käyttää elinkustannusindeksiä vuodesta 1993 vuoteen 2021 (Tilastokeskus 2022). Tällöin käyttämällä Tilastokeskuksen rahanarvonmuunninta vuoden 2021 vuotta 1993 vastaava koulutuskorvaus pitäisi olla 162 miljoonaa euroa, mikä on hyvin lähellä em. deflatoitua arvoa.

Ongelma korvausvajeesta syntyi siis jo 1990-luvun lopulla kun koulutuskorvaukselle tuli enemmän jakajia eikä tätä otettu huomioon korvauksissa. Sen lisäksi koulutuskorvausta ei kasvatettu 2011 jälkeen ja se suorastaan pieneni 2015 lähtien.

3.5 Miten muissa Pohjoismaissa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutus on järjestetty?

Erikoislääkärikoulutus muissa EU- ja pohjoismaissa

Erikoislääkärikoulutuksen tietomme ovat peräisin STM raportista vuodelta 2013 sekä kansainvälisen hakujärjestelmän tarkastelusta vuodelta 2018 (STM raportteja ja muistioita 2013, Kansainvälinen koulutusjärjestelmien tarkastelu 2018).

EU:n tärkeä tavoite on ollut henkilöiden ja tavaroiden vapaa liikkuvuus. Ammattipätevyysdirektiivi vahvistaa säännöt, joilla jäsenvaltion on tunnustettava EU toisessa jäsenvaltiossa hankkima koulutus ja ammattipätevyys. EU:n ammattipätevyysdirektiivi ei säätele sitä, miten erikoislääkärikoulutus eri jäsenvaltioissa järjestetään. Erikoislääkärikoulutuksen vastuutahot vaihtelevat suuresti eri jäsenmaissa. Ruotsissa ja Norjassa terveysministeriö tai sen alainen taho vastaa erikoislääkärikoulutuksessa, joissain EU-maissa lääkäriilitot vastaavat siitä, kun taas Suomessa ja Italiassa yliopistot vastaavat erikoistumiskoulutuksesta. Valintamenettelyt koulutukseen poikkeavat suuresti toisistaan eri maissa. Joissain se on hyvin muodollinen ja keskitetty kun taas toisissa yksittäinen lääkäri hakeutuu koulutusyksikköön töihin.

Kaikissa EU-maissa erikoislääkärikoulutus on yhdistelmä käytännön työtä ja teoreettisia opintoja. EU direktiivi käsittelee koulutuksen sisältöä vain yleisellä tasolla ja lähinnä minimikestoa. Euroopan erikoislääkäriliitto (UEMS) on pyrkinyt yhtenäisten koulutussuosittelujen laatimiseen.

Ruotsissa erikoislääkärikoulutuksesta ja erikoislääkärioikeuksien myöntämisestä vastaa terveysministeriön alainen Socialstyrelsen. Erikoistumispaikkaa haetaan maakunnalta kuten työpaikkaa. Aluehallinto määrittelee vakanssit ja maksaa 85 % erikoistuvien palkoista. Socialstyrelsenin alaisuudessa toimii kansallinen erikoislääkärikoulutuksen neuvosto, jossa ovat edustettuina työnantajat, yliopistot, Ruotsin lääkäriiliitto ja Ruotsin lääkäriyhdistys. Ruotsissa arvioidaan palvelujärjestelmän koulutusta antavia yksiköitä lääkärijärjestöjen ja kuntatyönantajien hallinnoiman SPUR:n avulla. Arvioivat yksiköt maksavat arviointikustannukset ja arviointien tulokset julkaistaan Ruotsin lääkäri-lehdessä. Erikoistumisen kesto on yleensä 5 vuotta ja se riippuu osaamistavoitteiden saavuttamisesta.

Norjassa vastuu erikoislääkärikoulutuksesta on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Järjestelmää hallinnoi kansallinen erikoislääkärikoulutuksen neuvosto. Terveysministeriö hyväksyy erikoisalojen koulutusvaatimukset em. neuvoston suosituksesta. Norjan lääkäriiliitolla on eri erikoisaloja varten oma spesialiteettikomitea, joka tekee koulutusyksiköiden jatkuvaa arviointia. Klinikoissa on koulutuskomiteat, joissa ovat edustettuina erikoislääkäri ja erikoistumassa olevat lääkärit. Koulutusta rahoitetaan osittain rahastoista, joihin 1960-luvulta lähtien on siirretty varoja lääkäriiliiton, työnantajien ja valtion yhteispäätöksin.

Islannissa terveysministeriö vastaa erikoistumisesta lääketieteellisen tiedekunnan ehdotusten perusteella. Tiedekunnalla on erikoistumiskomitea, joka toimii yhteistyössä erikoislääkäriyhdistysten kanssa. Islannissa useimmat käyvät erikoistumassa joko muissa pohjoismaissa tai USA:ssa. Vain suurimmille erikoisaloille erikoistuminen on maan sisällä mahdollista.

Tanskassa terveysministeriön alainen Sundhetstyrelsen vastaa erikoislääkärikoulutuksesta. Se vahvistaa koulutuspaikkojen määrän vuosittain eri erikoisaloille. Tätä auttaa lääkäreiden jatkokoulutusneuvosto, jolla on myös alueelliset toimielimet. Valinnoista vastaa kunkin alueen valintatoimikunta. Kaikille erikoisaloille sisältyy 4 viikon tutkimuskoulutus.

Yleislääketieteen koulutuksen rahoitus muissa pohjoismaissa

Yleislääketieteessä koulutuskorvaukset on järjestetty hyvin eri tavoin eri pohjoismaissa.

Ruotsin tietomme ovat osittain peräisin vuodelta 2015, jolloin yleislääketieteen HUS:n yksikkö vieraili Ruotsin koulutusyksikössä Tukholmassa. Yliopistoilla ei ole roolia erikoislääkärikoulutuksessa, vaan se on maakuntavaltuustojen (Landstinget) vastuulla. Kullakin maakuntavaltuustolla on omanlaisensa rahoitusmalli. Vuonna 2015 Tukholmassa maakuntavaltuusto korvasi erikoistuvan työpaikalle noin puolet hänen palkkauskuluistaan. Lisäksi erikoistujalla oli ”oma koulutusbudjetti” eli raha, josta hän maksoi ulkopuoliset koulutuksensa. Tavoitteet hyväksytään ja koulutuksen suoritus kirjataan Sosiaali- ja terveyshallituksessa (Socialstyrelsen). Kaikki valmistuvat lääkärit ovat aiemmin suorittaneet 1,5 v Allmän Tjänstgöring (AT) -jakson, jonka jälkeen he ovat saaneet laillistuksen. Nyt järjestelmä on kuitenkin muutoksessa. 1.7.2021 jälkeen AT:n on korvannut pidempi erikoislääkärikoulutus ja siihen kaikille pakollisena sisältyy BT=bastjänstgöring, ”peruspalvelus”, joka on 6–12 kk.

Norjassa kaikilla erikoisaloilla erikoistuja menee ensimmäiseksi 6 kuukaudeksi perusterveydenhuoltoon, jolloin kunta saa tältä ajalta 13 600 € koulutuskorvausta. Lopun erikoistumisen ajan erikoistuja voi olla kunnan palkkaamana (15 % erikoistuvista), jolloin hän saa täyden palkan niiltä ajoilta jolloin hän osallistuu jatkokoulutukseen. Noin 85 % erikoistuvista on yrittäjiä, jolloin he menettävät palkan pakollisten jatkokoulutusjaksojensa ajalta. Kaikki kuitenkin saavat kurssimaksut (4* 1 viikko kurseja), matkat, ja yksilöohjauksen korvattuna. Ryhmäohjaus tulee maksaa itse ja 6 kk sairaalaharjoittelusta heille maksetaan palkka sairaalalta. Muutamia projekteja on meneillään, joissa koulutuskorvausta maksetaan kunnille. Kunnat kuitenkin raportoivat huomattavasti suurempia koulutuskuluja kuin mitä he saavat korvausta valtiolta.

Islannissa koulutuskorvaus on tällä hetkellä arvioinnissa. Toiveena on saada koulutuskorvaus, joka kattaisi sekä erikoistuvan palkan että hänen koulutuksensa.

Tanskassa Sundhetsstyrelsen (Kansallinen lääkärien jatkokoulutusneuvosto, jolla myös alueelliset toimielimet) vastaa koulutuksesta. Yliopistot eivät ole mukana erikoislääkärikoulutuksessa. Tanskassa alkuvaiheen koulutettavista maksetaan perusterveydenhuollossa 750 € kuukaudessa koulutuspaikalle ja lisäksi aluehallinto maksaa koulutettavan palkan. Seuraavassa vaiheessa koulutuspaikalle ei makseta mitään, mutta aluehallinto maksaa koulutettavan palkan. Sitä seuraavassa vaiheessakaan koulutuspaikka ei saa korvausta ja koulutuspaikan yleislääkäri (yrittäjä) maksaa 32 % koulutusvaiheen lääkärin palkasta. Viimeisessä vaiheessa koulutuspaikan yleislääkäri maksaa 37 % koulutusvaiheen lääkärin palkasta.

Erikoishammaslääkärikoulutus ja sen rahoitus muissa Pohjoismaissa

Ruotsissa on yhdeksän hammaslääketieteen erikoisalaa: suukirurgia, suurradiologia, oikomishoito, endodontia, parodontologia, suufysiologia, suulääketiede, lasten hammashoito ja protetiikka. Lisäksi yksittäisissä yliopistosairaaloissa voi erikoistua suu- ja leukakirurgian erikoislääkäriksi, johon kuuluu myös hammaslääketieteen peruskoulutus. Erikoishammaslääkärikoulutus kestää vähintään kolme vuotta ja on erikoistujille maksutonta. SALAR eli Swedish Association of Local Authorities and Regions vastaa erikoishammaslääkäripaikkojen rahoituksesta, paikkoja on yhteensä 82. SALARin budjetti per erikoistuja on 62 300 € vuodessa, tämä rahoitus käytetään erikoistujan palkkaan. Lisäksi Ruotsissa on 100–180 sopimusta erikoistujien vakansseista, joiden rahoitus tulee kunnilta ja tarkoituksena on tuottaa palvelujärjestelmälle erikoishammaslääkärien palveluita, joista on pulaa Ruotsissa. Koulutukseen kuuluu sekä teoriakoulutusta että kliinistä työskentelyä.

Tanskassa on vain kaksi hammaslääketieteen erikoisalaa, hampaiston oikomishoito ja suu- ja leukakirurgia. Erikoistuminen oikomishoitoon kestää kolme vuotta, suu- ja leukakirurgiaan viisi vuotta. Koulutus ei ole erikoistujille maksullista vaan se on valtion tukemaa. Rahoitus käytetään sekä teoriaopetukseen että palvelujärjestelmän tukemiseen, josta myös erikoistujien palkat maksetaan.

Norjassa on seitsemän hammaslääketieteen erikoisalaa: endodontia, oikomishoito, suurradiologia, lasten hammashoito, parodontologia, protetiikka ja suulääketiede. Lisäksi on suu- ja leukakirurgian koulutus, johon kuuluu sekä hammaslääkärintä että lääkärin perustutkinnot. Norjassa erikoishammaslääkärikoulutus noudattaa myös hyvin pitkälle Suomen mallia. Erikoistumiskoulutus kestää kolme vuotta, poikkeuksena viisi vuotta kestävä suu- ja leukakirurgian ja suulääketieteen koulutus. Erikoistumiskoulutus on valtion tukemaa, siihen kuuluu sekä teoriaopetusta että kliinistä työskentelyä ja itse koulutus on erikoistujille maksutonta.

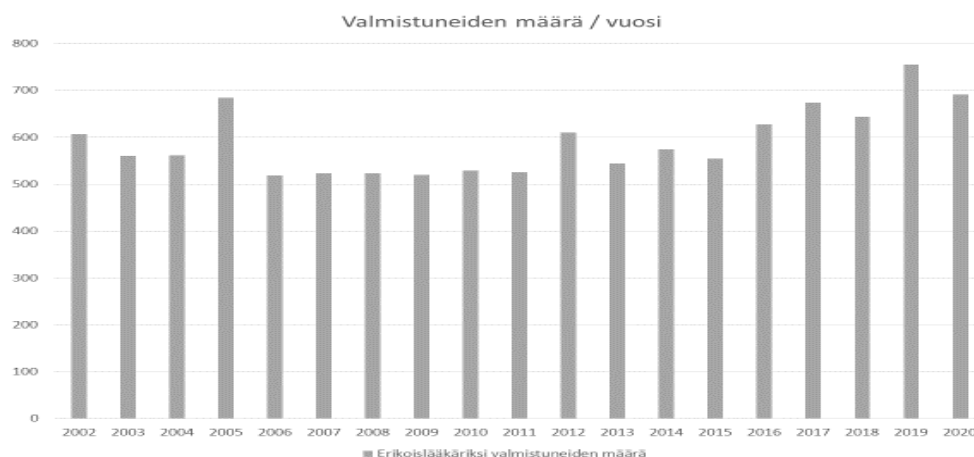
Islannissa on 12 hammaslääketieteen erikoisalaa: oikomishoito, suukirurgia, suurradiologia, endodontia, parodontologia, lasten hammashoito, gerodontologia, protetiikka, purentafysiologia, terveydenhuolto, operatiivinen hammashoito ja suulääketiede. Islannin yliopistossa ei ole erikoishammaslääkärikoulutusta, vaan kouluttautuminen tapahtuu yleensä muissa Pohjoismaissa tai USA:ssa. Erikoishammaslääkärioikeudet myöntää Islannin terveysministeriö.

3.6 Erikoislääkäriksi ja erikoishammaslääkäriksi valmistuneiden ja jatkokoulutettavien määrän kehitys

Suomessa oli laillistettuja lääkäreitä vuoden 2019 alussa yhteensä 30 272. Heistä Suomessa asuvia oli 27264, joista työkäisiä (alle 65 v.) oli 21 148. Erikoislääkäreitä oli 15 030 (Lääkäriliitto 2019). Selvitysten mukaan lähes kaikki nuoret lääkärit aikovat erikoistua (Parmanne ym. 2013).

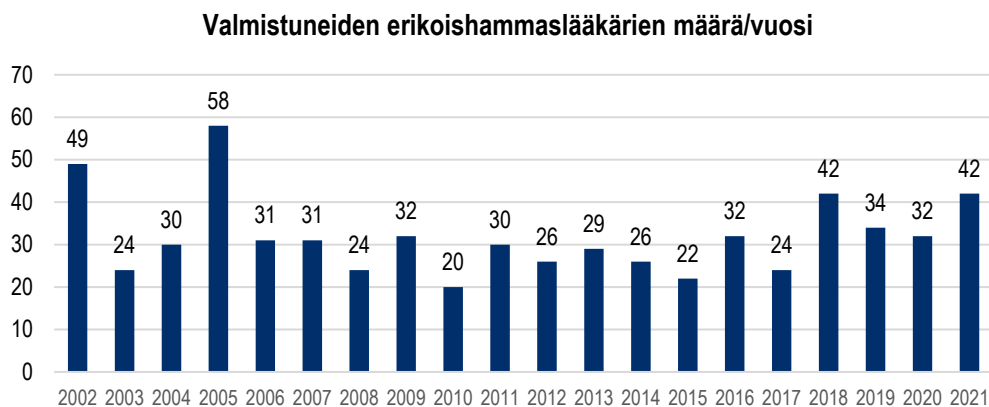
Erikoislääkäreiksi valmistuneiden määrä on vuoden 2015 jälkeen lähtenyt hitaaseen nousuun. Kun sitä ennen EL valmistuneiden määrä oli keskimäärin 560/vuosi, on sen jälkeen erikoislääkäreiksi valmistuneiden määrä lisääntynyt noin 31 % eli viimeisen viiden vuoden aikana se on ollut keskimäärin 679 vuodessa. Kuva 3. Vuonna 2015 tiedekuntien aloituspaikkoja lisättiin 730:een. Tämä tarkoittaa lisääntyvää erikoistuvien lääkäreiden määrää vuodesta 2021 alkaen ja siten tarvetta erikoislääkärikoulutukselle. Erikoislääkäriksi valmistuminen kestää keskimäärin lähes 10 vuotta siitä, kun EL-koulutus on aloitettu (Parmanne ym. 2013).

Kuva 3. Erikoislääkäreiksi valmistuneiden määrät vuodesta 2002 lähtien.



Suomessa oli Hammaslääkäriliittoon kuuluvia, laillistettuja ja työkäisiä (alle 65v) hammaslääkäreitä vuoden 2022 alussa 4007. Erikoishammaslääkäreitä oli 642. (Hammaslääkäriliiton tiedonanto 2022).

Erikoishammaslääkäriksi valmistuvien määrä ei ole merkittävästi kasvanut vuoden 2002 jälkeen vaan keskiarvo vuosien 2002–2021 välillä on ollut 32 valmistuvaa erikoishammaslääkäriä vuosittain. Kuva 4.

Kuva 4. Vuosittain EHL:ksi valmistuneiden määrät vuosina 2002–2021.

Taulukko 3 kuvaa viidessä eri yliopistossa tällä hetkellä EL:ksi ja EHL:ksi erikoistuvien sekä YEK-koulutettavien määriä. Koulutuksessa parhaillaan olevien määrä kuvaa koulutuksen resurssointi- ja siten tämän hetkisiä rahoitustarpeita.

Taulukko 3. Vuoden 2022 alussa EL- ja EHL- ja YEK-koulutuksessa olevien määrät viidessä yliopistossa.

	Helsingin Yliopisto	Tampereen Yliopisto	Turun Yliopisto	Oulun Yliopisto	Itä- Suomen Yliopisto	Yhteensä
Erikoislääkäri- koulutuksessa	4398	1714	1230	1291	905	9541
Erikoishammas- lääkäri- koulutuksessa	135	31	44	56	31	297
Yleislääketieteen erityiskoulutuksessa	939	1005	1255	1079	1100	5379

4 Koulutuskorvausten tarkoitus

Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksessa kliinisen opetuksen antaminen terveystalvvelujärjestelmän osana on välttämätön edellytys sille, että valmistuneet lääkärit ja hammaslääkärit tuntevat väestön terveystalvvelutarpeet ja niiden kehityksen, käytettävissä olevan palvelujärjestelmän ja sen hoitoketjut sekä lainsäädännön ja sosiaaliturvajärjestelmän. Koulutuksessa olevat saavat kliinisessä opetuksessa kustannustehokkaasti ne tiedot ja taidot, joilla lääkäri ja hammaslääkäri pystyy diagnosoimaan ja hoitamaan potilaan tarkoituksenmukaisesti. Kliinisen koulutuksen merkitys on erittäin tärkeä koko terveystalvvelujärjestelmän antaman hoidon laadun ja potilasturvallisuuden suhteen.

4.1 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tavoitteet ja sisältö

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tavoitteena on perehdyttää lääkäri tai hammaslääkäri oman erikoisalansa tieteelliseen tietoon ja tiedonhankintaan ja antaa hänelle valmiudet erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin tehtäviin, jatkuvaan ammatilliseen kehittymiseen ja erikoisalansa ja oman työyhteisönsä kehittämiseen sekä toimimiseen erikoislääkärinä tai erikoishammaslääkärinä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Koulutuksen tulee antaa erikoislääkärille tai erikoishammaslääkärille valmiudet hallita vaativia erikoisalansa diagnostisia menetelmiä sekä suunnitella ja toteuttaa erikoisalansa vaativa sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito yksilö- ja väestötasolla. Koulutuksen tavoitteena on lisäksi, että lääkäri ja hammaslääkäri saavat valmiudet terveydenhuollon johtamiseen, hallintoon, suunnitteluun, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä oppimisen ohjaamiseen ja osaamisen arviointiin työyhteisössään (55/2020, 2§, www.laaketieteelliset.fi).

Erikoislääkärikoulutus rakentuu seuraavista kokonaisuuksista (EL Opinto-opas): terveystalvvelukeskustyö, käytännön koulutus palvelujärjestelmässä, toimipaikkakoulutus, teoriakoulutus, johtamisopinnot, säteilysuojelukoulutus sekä erikoistuvan lääkärin ohjaus, oppimisprosessin seuranta ja osaamisen arviointi. Erikoislääkärikoulutuksen kesto nykyisenä osaamisperusteisena vaihtelee 5–7 vuoteen ja se riippuu koulutettavan osaa mistavoitteiden saavuttamisesta, jota arvioidaan jatkuvassa ohjauksessa. Kuva 5. Käytännössä koulutus kestää keskimäärin 10 vuotta erilaisine keskeytyksineen (Parmanne 2013).

Erikoishammaslääkärikoulutus koostuu seuraavista kokonaisuuksista (EHL Opinto-opas): terveystalvvelukeskustyö, käytännön koulutus, toimipaikkakoulutus, teoriakoulutus,

johtamisopinnot, säteilysuojelukoulutus, erikoistuvan hammaslääkärin ohjaus, oppimisprosessin seuranta ja osaamisen arviointi. Koulutus kestää vähintään kolme vuotta, suu- ja leukakirurgiassa vähintään viisi vuotta.

Koulutuksen aikana erikoistuva lääkäri ja hammaslääkäri perehtyy lisäksi terveydenhuollon suunnitteluun, hallintoon ja johtamiseen osallistumalla moniammatilliseen johtamiskoulutukseen. Tätä johtamiskoulutusta ollaan uudistamassa, tavoitteena valtakunnallisesti yhteneväinen johtamiskoulutusohjelma.

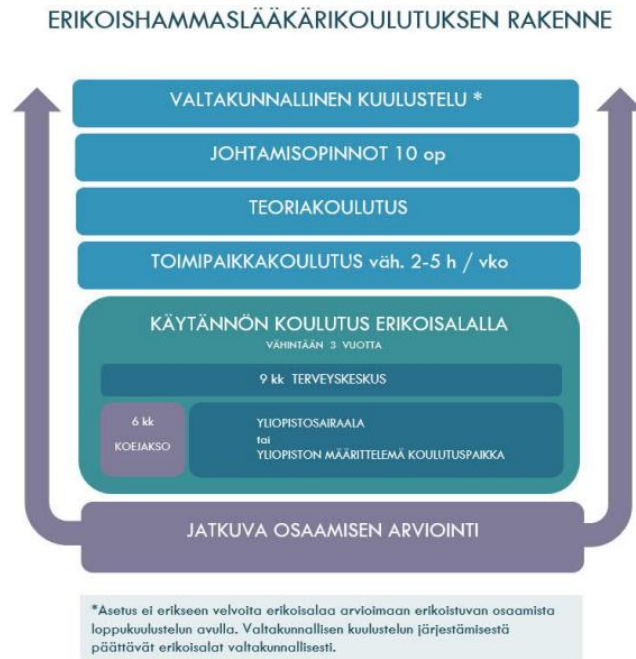
Erikoislääkärikoulutuksen voi hakea yliopistojen valintamenettelyn kautta heti lääketieteen lisensiaatin tutkinnon ja laillistamisen jälkeen, erikoishammaslääkärikoulutukseen vaaditaan kahden vuoden kliininen kokemus hammaslääkärin työstä.

Erikoislääkärialoja on 50, erikoishammaslääkärialoja on virallisesti viisi, mutta tarkalleen ottaen hammaslääketieteellinen diagnostiikka pitää sisällään kolme eri erikoisalaa (suun mikrobiologia, suupatologia ja suurradiologia) ja kliininen hammashoito käsittää neljä eri erikoisalaa (kariologia ja endodontia, lasten hammashoito, parodontologia sekä protetiikka ja parentafysiologia).

Kuva 5. Erikoislääkärikoulutuksen rakenne (Opinto-opas Erikoislääkärikoulutus 2020)



Kuva 6. Erikoishammaslääkärikoulutuksen rakenne (EHL Opinto-opas 2020)



4.1.1 Terveyskeskuskoulutusjakso

Lähes kaikkien erikoisalojen koulutukseen sisältyy vähintään 9 kk pituinen terveysterveyskeskuskoulutusjakso, joka suoritetaan yliopiston hyväksymissä terveysterveyskeskuksissa. Voimassa oleva koulutuspaikkasopimus vaaditaan, lisäksi terveysterveyskeskuksen pitää osoittaa koulutettavalle lähiohjaaja, jonka on oltava palvelussuhteessa kuntaan, kuntayhtymään tai kuten koulutuspaikkasopimuksessa on määritetty. Terveysterveyskeskusjaksolle on määritetty osaamistavoitteet, jotka hammaslääketieteessä perustuvat ADEE:n (Association for Dental Education in Europe) osaamistavoitteisiin ja lääketieteen puolella ovat yleislääketieteen erikoisalan määrittelemiä ja hallinnoimia.

4.1.2 Käytännön koulutus

Käytännön koulutus suoritetaan yliopistojen hyväksymissä koulutuspaikoissa, joissa työtä voivat ohjata erikoisalan tai koulutuspaikan vastuuhenkilö, erikoislääkärikouluttajat ja/tai lähikouluttajat lähiohjaajat ja/tai henkilökohtainen tuutori/mentori. Tiedekuntien verkkosivuilta löytyvät hyväksytyt koulutuspaikat.

Erikoistumiskoulutuksen uudistuksen jälkeen vuodesta 2019 erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen tuli valintamenettely ja sen kautta valituille koulutettaville 6 kk koejakso palvelujärjestelmässä. Hyväksytyt koejakso lasketaan käytännön koulutukseen mukaan. Käytännön koulutusta suoritetaan sekä yliopistosairaaloissa että alue-/keskussairaaloissa ja hammaslääketieteen alalla myös terveysterveyskeskuksissa. Jokainen oppiala on määritellyt koulutuksen keston ja tarkemman sisällön opinto-opissa.

Käytännön koulutuksen tavoitteena on perehdyttää erikoistuva lääkäri/hammaslääkäri oman erikoisalansa tietoon ja tehtäviin. Koulutuksen tarkoituksena on lisäksi varmistaa koulutuksen riittävä laaja-alaisuus ja tarkoituksenmukaisuus palvelujärjestelmän kannalta.

4.1.3 Toimipaikkakoulutus

Työnantajan velvollisuus on järjestää säännöllistä toimipaikkakoulutusta, joka syventää erikoistuvan tietoa ja osaamista. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi seminaareilla ja/tai demonstraatioilla, joihin erikoistuva osallistuu 2–5h viikoittain. Tämä ei ole erikoisalan teoriakoulutusta.

4.1.4 Teoriakoulutus

Erikoistumiskoulutukseen kuuluu erikoisalalan hyväksymää teoriakoulutusta, jonka laajuus ja sisältövaatimukset ovat valtakunnallisesti yhteneväiset erikoisalakohteisesti. Tarkemmin vaatimukset on määritelty opinto-oppaissa kohdassa ”erikoisalalan opetus-suunnitelma”. Yliopiston hyväksymän koulutuspaikan tulee mahdollistaa erikoistuvalla osallistuminen työpaikan ulkopuoliseen teoriakoulutukseen. Opinto-oppaat suosittavat 10 päivää vuosittain työpaikan ulkopuolista teoriakoulutusta.

4.1.5 Johtamisopinnot

STM:n asetus 55/2020 määrittelee yhdeksi erikoistumiskoulutuksen tavoitteeksi antaa valmiudet terveydenhuollon johtamiseen, hallintoon, suunnitteluun, moniammatilliseen yhteistyöhön sekä oppimisen ohjaamiseen ja osaamisen arviointiin työyhteisössä. Koulutuksen kuuluu 10 opintopistettä johtamisopintoja, joiden tavoitteena on saavuttaa asetuksen vaatimustaso.

4.1.6 Säteilysuojakoulutus

Erikoistumiskoulutuksessa noudatetaan voimassaolevaa säteilylakia ja siihen liittyviä asetuksia (Säteilylaki 859/2018, Valtioneuvoston asetus 1034/2018, STM:n asetus 1044/2018). Osaamisen tasot ja sisällöt eri erikoisaloilla on esitetty STM:n asetuksen 1044/2018 liitteessä 4.

4.1.7 Erikoistuvan lääkärin ja hammaslääkärin ohjaus, oppimisprosessin seuranta ja osaamisen arviointi

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tulee olla suunniteltua ja ohjattua. Ohjaukseen voivat osallistua erikoisalalan vastuuhenkilö, kouluttajalääkäri/koulutusvastuulääkäri, koulutuspaikan vastuuhenkilö, erikoislääkärikouluttaja, lähikouluttajat ja henkilökohtainen mentori/tuutor. Lisäksi koulutuslääkärit osallistuvat erikoistumiskoulutukseen.

Koulutukselle asetetaan tavoitteet, joihin osaamisen karttumista verrataan. Osaamista arvioidaan joko etappien tai EPOjen (Entrustable Professional Activities) avulla. Jokainen erikoisala on laatinut EPOja tai etappeja, jotka ovat nähtävillä www.laaketieteelliset.fi sivustolla. Jokaiselle erikoistuvalla laaditaan henkilökohtainen koulutussuunnitelma yhdessä erikoisalalan vastuuhenkilön kanssa.

Osaamisen karttumista tullaan jatkossa seuraamaan ELSA:n (erikoistuvien seuranta- ja arviointijärjestelmä) avulla, joka otetaan käyttöön valtakunnallisesti kesä-syyskuussa 2022. ELSA on koulutettavan henkilökohtainen portfolio tai lokikirja, jossa koulutettava pohtii oman osaamisensa karttumista ja edistymistä, keskustelee halutesaan oman lähiohjaajansa/erikoislääkärikouluttajansa kanssa

4.2 Koulutusta antavat yksiköt

Lääkäreiden kliininen perusopetus annetaan maamme viidessä yliopistossa ja vastavassa yliopistollisessa sairaalassa. Koulutusta täydentää muissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja osin sosiaalihuollon toimipisteissä annettava opetus.

Erikoislääkärikoulutus tapahtuu yliopistollisissa sairaaloissa, muissa sairaaloissa, terveyskeskuksissa ja eräissä muissa terveydenhuollon toimintayksiköissä. Myös yksityissektori osallistuu lääkärikoulutukseen, erityisesti työterveyshuollon osalta.

Hammaslääketieteen lisensiaatin tutkinnon voi suorittaa Helsingin, Oulun, Turun ja Itä-Suomen yliopistossa. Koulutukseen kuuluu teoreettista opetusta, taitopajaharjoituksia sekä kliinistä hoitoharjoittelua palvelujärjestelmässä.

Erikoistua voi kaikissa yliopistoissa. Erikoishammaslääkärikoulutukseen kuuluu edellä mainittuja opintoja, joita suoritetaan sekä palvelujärjestelmässä että teoriaopintoina. Hammaslääketieteen erikoistumiskoulutuksessa yksityissektori on tällä hetkellä hyvin pienessä osassa.

4.3 Yliopistojen yhteistyö

Erikoislääkärikoulutuksen uudistus on lisännyt yliopistojen vaateita ja veloitteita sekä yliopistojen välistä yhteistyötä. Uudistuksen tavoitteena on ollut yhtenäistää niin haku- perusteita kuin itse koulutustakin valtakunnallisesti. Erityisesti valintamenettely on lisännyt hallinnollista työtä jokaisessa yliopistossa. Jokaisesta yliopistosta erikoistumiskoulutuksen kehittämiseen osallistuu valtakunnallinen erikoistumiskoulutuksen koordinaattori.

Yliopistot ovat sopineet keskenään, että kunkin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ammatillisen jatkokoulutustoimikunnan puheenjohtaja, erikoislääkäri-/erikoishammaslääkärikoulutuksesta vastaava opintohallinnon valmistelija sekä erikoislääkärikoulutuksen ja erikoishammaslääkärikoulutuksen koordinaattori edustavat yliopistoaan valtakunnallisessa ammatillisessa jatkokoulutustoimikunnassa (VAJT). VAJT:n tehtäviä ovat mm. erikoislääkäri-/erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelman

edellyttämä yliopistojen vastuulla oleva valmistelutyö, yhteydenpito sidosryhmiin sekä muut valtakunnallista yhteistyötä edellyttävät asiat, jotka liittyvät EL-/EHL -koulutukseen. VAJT tekee valtakunnallisia esityksiä lääketieteellisten tiedekuntien päättävälle elimille niistä EL-/EHL-koulutukseen liittyvistä asioista, joissa tiedekunnilla on päätösvalta. VAJT:n jäsenet edustavat yliopistoja valtakunnallisessa koordinaatiojaostossa, joka STM:n alaisuudessa ohjaa EL-/EHL-koulutuksen kehittämistä. (VAJT:n toimintasuunnitelma vuodelle 2022)

Lisäksi yliopistot ovat tiivistäneet yhteistyötään kehittämällä yhtenäistä moniammatillista johtamiskoulutuksen mallia, joka vaatii yliopistoilta paljon resursseja. Valtakunnallinen erikoistumiskoulutuksen nettisivusto www.laaketieteelliset.fi tarjoaa tietoa sekä hakumenettelystä että erikoistumiskoulutuksen sisällöstä. Tätä sivustoa ylläpidetään yliopistojen toimesta (Lääketieteellinen ammatillinen jatkokoulutus 2022).

4.4 Erikoistumiskoulutuksen uudistus

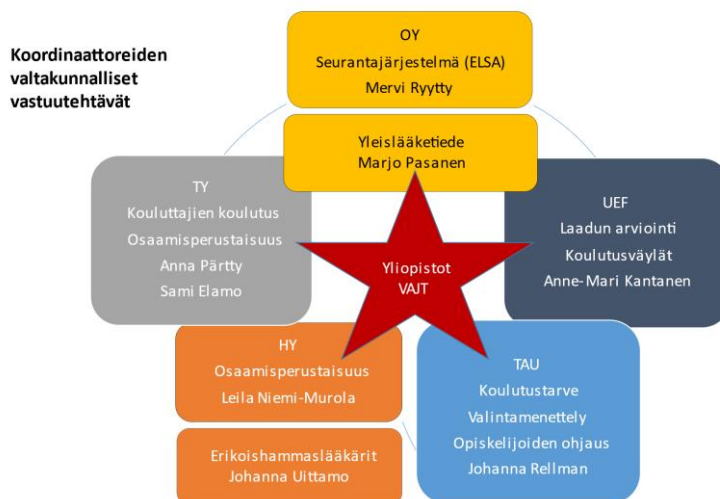
Terveydenhuollon palvelujärjestelmälle ja potilasturvallisuudelle on ensiarvoisen tärkeää, että sen henkilökunta on laadukkaasti koulutettua ja ammattitaitoista. Hyvin koulutetun henkilökunnan myötä myös palvelujärjestelmä toimii kansalaisia mahdollisimman hyvin tukien.

Erikoistumiskoulutus uudistui merkittävästi vuonna 2019 ja tätä myötä yliopistojen velvoitteet myös kasvoivat. Yliopistot ovat kehittäneet yhdessä erikoistumiskoulutusta, jonka seurauksena jokaiseen yliopistoon on perustettu mm. valtakunnallisen erikoistumiskoulutuksen koordinaattorin toimi vuonna 2019. Valtakunnallinen erikoishammaslääkärikoulutuksen koordinaattori aloitti vuonna 2021. Jokaisella koordinaattorilla on oma painopistealue (kuva 7).

Erikoistumiskoulutuksen uudistuksen ydinajatus on aikaperustaisen koulutuksen muuttaminen osaamisperustaiseksi (Martikainen ym. 2019). Koulutusuudistuksen myötä koulutusväylät, arviointimenetelmät, kouluttajien koulutus ja arviointijärjestelmä on rakennettu tätä osaamisperustaisuutta tukevaksi.

STM:n vuosien 2017–2019 Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelmaan kirjattiin, että erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri työvoiman määrä ja rakenne eivät olleet tasapainossa ja työvoimatilanteen tasapainottamiseksi luotiin avoin valintamenettely. Koordinaatiojaoston laatiman toimenpideohjelman mukaan tavoitteena oli vahvistaa yliopistojen roolia koulutuksen koordinoinnissa ja laadun varmistumisessa.

Kuva 7. Yliopistojen tehtävät, vastuunjako ja yhteistyö erikoislääkärikoulutuksessa.



Tätä työtä on jatkettu STM:n alaisessa koordinaatiojaostossa, jossa kirjoitetaan seuraavaa toimenpideohjelmaa. Koordinaattorit osallistuvat koordinaatiojaoston toimintaan. Tämän työn avulla asetuksia päivitetään.

Ensimmäinen valtakunnallinen kaikkien erikoisalojen yhteinen opinto-oikeuksien haku järjestettiin vuonna 2019. Avointen paikkojen määrittämiseksi laadittiin erikoisalojen koulutustarvearvioiden ja yliopistojen harkinnan mukaan (Rellman 2016, Laine ja Wasenius 2019). Valintamenettelyn avulla erikoistumiskoulutuksen opinto-oikeuksien myöntäminen jäsenyksi ja perusteet ovat kaikille avoimet. Opinto-oikeuden ehdollisen myöntämisen jälkeen hakija suorittaa 6 kk pituisen koejakson palvelujärjestelmässä.

Osaamisperustainen erikoistumiskoulutus vaatii lisäkoulutusta kouluttajille ja kouluttajien pedagogista lisäkoulutusta toteutetaan erityisesti osaamisen arvioinnin ja palautteen antamisen osalta jokaisessa yliopistossa. Jokainen erikoisala on laatinut valtakunnallisesti erikoistumiskoulutuksen arviointia varten edellä mainittuja EPOja, joiden suorittamisen avulla erikoistujan etenemistä voidaan arvioida. Sähköinen seurantajärjestelmä ELSA on ollut myös mittava uudistus. ELSAn pilotointi on suoritettu vuoden 2022 alussa ja ELSA käynnistyy jokaisella erikoisalalla kesä-syyskuussa 2022. Erikoistumiskoulutuksen koulutusväyliä kehitetään myös aktiivisesti. Tavoitteena on, että yliopiston ja palvelujärjestelmän yhteistyötä tiivistetään ja koulutusväylien avulla erikoistuville voitaisiin tarjota selkeät väylät, joita pitkin erikoistuminen etenee.

4.5 Koulutuksen laatu ja laadun varmistus

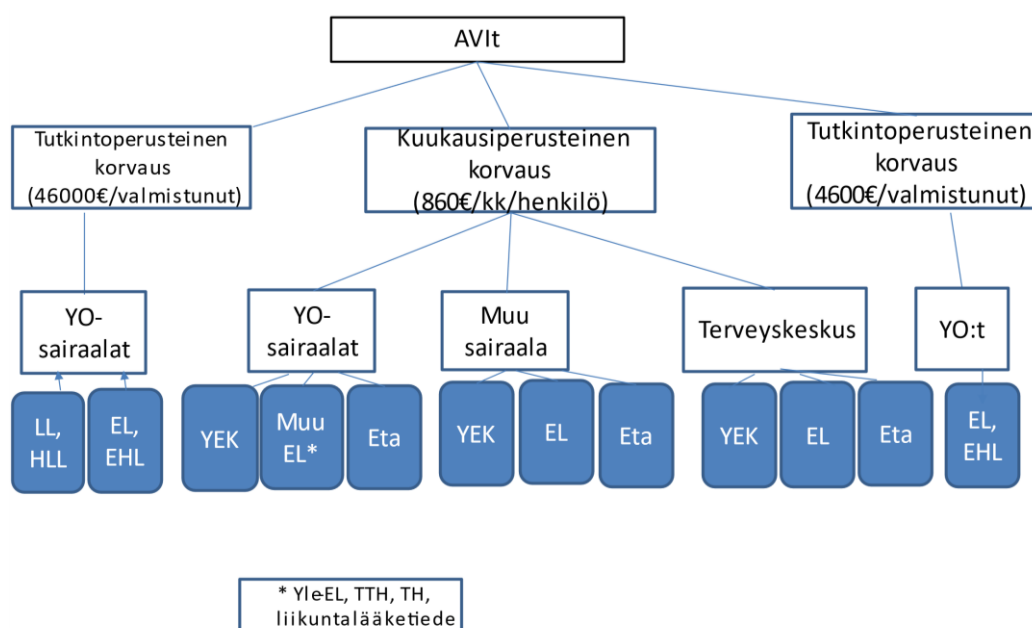
Erikoistumiskoulutus on muuttunut uudistuksen myötä osaamisperustaiseksi. Tämän tukemiseksi on laadittu jo edellä mainittuja EPOja, joiden avulla erikoistumiskoulutuksen etenemistä voidaan seurata ja arvioida. Erikoistumiskoulutuksen sähköinen järjestelmä ELSA on otettu käyttöön vuoden 2022 alussa pilottialoilla Oulun yliopistossa ja ELSA:n toiminta laajenee siten, että syksyllä 2022 kaikki loputkin yliopistot ja erikoissalat liittyvät ELSA:an.

Erikoistumiskoulutuksen uudistamisen yksi tavoite oli myös tehdä koulutuksesta valtakunnallisesti yhtenäisempää.

5 Nykyiset korvausperusteet ja maksukäytännöt

Koulutuskorvausta maksetaan lääkäreiden ja hammaslääkäreiden peruskoulutuksesta, erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta, yleislääketieteen erityiskoulutuksesta sekä ETA-alueen ulkopuolella valmistuneiden lääkäreiden koulutuksesta. Työterveyshuolto saa erillisrahoituksen erikoislääkärikoulutukseen.

Kuva 8. Nykyiset (vuoden 2021) koulutuskorvausten maksukäytännöt palvelujärjestelmälle lukuun ottamatta työterveyshuoltoa. Lyhenteet: AVI= aluevalvontavirasto, YO= yliopisto, LL= lääketieteen lisensiaatti, HLL= hammaslääketieteen lisensiaatti, YEK= yleislääketieteen erityiskoulutusta suorittava, EL= erikoislääkäri, EHL= erikoishammaslääkäri, Eta= Euroopan talousalueen ulkopuolelta tuleva lääkäri, PTH= perusterveydenhuollon yksikkö.



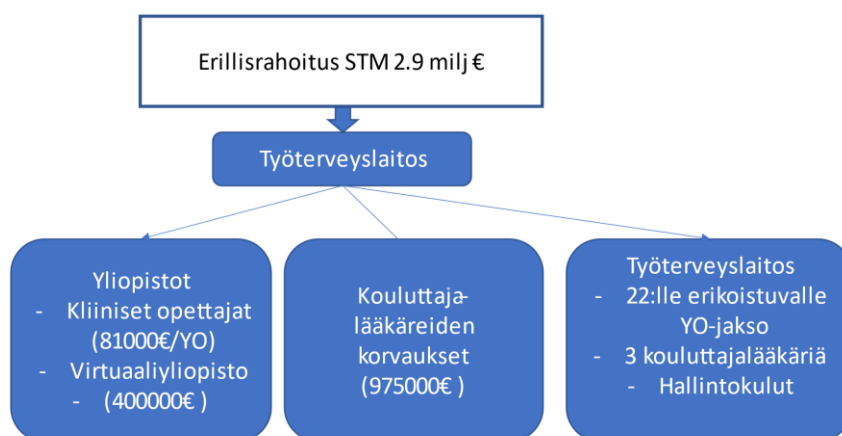
Sosiaali- ja terveysministeriä tekee päätöksen asetuksella kuluvaan vuoteen korvausta keväisin. Käytännössä aluehallintovirastot maksavat korvaukset. Yliopistosairaaloille korvauksia jaetaan tutkintoperusteisesti kolmen viimeisen vuoden aikana keskimäärin vuodessa valmistuneiden lääkäreiden ja erikoislääkäreiden mukaan. AVI maksaa tutkintoperusteisen korvauksen kuukausittain määräsuumina yliopistosairaaloille. Muille terveydenhuollon toimintayksiköille (terveyskeskukset, muut sairaalat, sekä eräät terveydenhuoltolaissa mainitut tuottajat) korvauksia jaetaan kuukausiperusteisesti. Toimipaikassa tehdään hakemus monine liitteineen kahdesti vuodessa AVI:lle siitä, miten toimipaikassa on ollut koulutettavia erikoislääkärikoulutuksessa, erikoishammaslääkärikoulutuksessa tai YEK-koulutuksessa. Myös yliopistosairaala laatii kuukausiperusteisen laskun vastaavasti mikäli siellä on ollut koulutuksessa YEK-

koulutettavia, yleislääketieteeseen, terveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon tai liikuntalääketieteeseen erikoistuvia. Euroopan talousalueen ulkopuolella valmistuneen lääkärin käytännön harjoittelusta voidaan maksaa 6 kuukauden ajan kuukausikorvausta ennen hänen laillistamistaan Suomessa. Kuva 8.

Yliopistot saavat korvausta valmistuneiden määrän perustella (tällä hetkellä [vuonna 2021] 4 600 €/valmistunut erikoislääkäri).

Työterveyshuolto on saanut vuodesta 2005 alkaen erillisrahoituksen STM:ltä erikoislääkärikoulutukseensa. Kuvassa 9 on kuvattu, miten Työterveyslaitos jakaa rahoituksen yliopistojen, kouluttajalääkäreiden korvausten ja Työterveyslaitoksen omien tehtävien suhteen.

Kuva 9. Työterveyshuollon saama erilliskorvaus erikoislääkärikoulutukselle ja sen jako.



5.1 Valmistuneiden määrän perusteella annettu korvaus yliopistosairaaloille

Koulutuskorvaus pitää sisällään korvaukset sekä perusopetukseen että erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukseen. Korvaustaso perustuu lääkäri- ja hammaslääkäritutkintojen, uusien lääketieteen ja hammaslääketieteen opiskelijoiden sekä valmistuneiden erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien lukumäärään (kolmen vuoden keskiarvo). Valmistuneiden määrän perusteella maksetun korvauksen suuruus oli vuonna 2021 46 000 euroa. Tieto kuluvan vuoden korvaustasosta tulee touko-kesäkuussa, joten yliopistosairaala sairaanhoitopiirit joutuvat suunnittelemaan tulevan vuoden budjetin edellisen vuoden toteumaan perustuvan arvion perusteella. Käytännössä aluehallintovirasto maksaa koulutuskorvauksen yliopistosairaanhoitopiirille kuukausittain.

Yliopistosairaaloiden korvaus sisältää myös korvauksen perusopetuksesta. Asetuksessa todetaan, että jos lääkärin tai hammaslääkärin perusopetusta annetaan muussa terveydenhuollon toimintayksikössä kuin yliopistollisessa sairaalassa, yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntayhtymä suorittaa korvausta koulutuksesta aiheutuvista kustannuksista siten kuin palvelujen tuottaja, yliopistollista sairaalaa ylläpitävä kuntayhtymä ja yliopisto siitä keskenään sopivat. Edellä kuvattua toimintaa on tyypillisesti amanuenssuurit ja oppiaineiden hajautettu opetus. Hajautetun opetuksen määrä vaihtelee yliopistosairaala sairaanhoitopiireittäin. Tyypillisiä oppiaineita missä hajautettua opetusta keskussairaaloissa toteutetaan ovat kirurgia, sisätaudit, lastentaudit, naisten-taudit, psykiatria ja yleislääketiede. Näistä hajautetuista opetuksista on sopimukset yliopistosairaalan, yliopiston ja terveydenhuollon yksikön kesken. Sopimuksissa sovi-taan opetuksen sisällöstä, vastuista ja korvauksista. Yleislääketieteessä perusope-tusta toteutetaan terveyskeskuksissa ja muissa vastaavissa paikoissa, joiden kanssa on tehty sopimukset koulutukset sisällöstä ja korvauksista.

5.2 Kuukausiperusteinen korvaus

Kuukausiperusteista korvausta anovat muut terveydenhuollon yksiköt kuin yliopistolli-set sairaalat. Yliopistosairaalatkin anovat kuukausiperusteista korvausta tiettyjen eri-koisalojen osalta (yleislääketieteen erityiskoulutus, liikuntalääketieteen, terveyden-huollon, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoistumiskoulutus). Kuukausiperus-teista korvausta anotaan AVI:lta sen mukaan miten pitkiä jaksoja ja kuinka paljon heillä on ollut koulutettavia. Korvauksen suuruus oli vuonna 2021 860 euroa yliopiston hyväksymässä koulutuspaikassa koulutuskuukautta ja kutakin koulutuksessa ollutta lääkäriä kohden.

Toimintayksiköt hakevat ko. korvauksen puolivuositain AVI:sta toimittaan sinne tarvit-tavat paperit. Kts luku 6.7. tarvittavista dokumenteista. Terveyskeskusjakson osalta korvaukset säännöt ovat vuosien mittaan muuttuneet useaan kertaan ja siten moni-mutkaistuneet, koska eri aikoina erikoistumisensa aloittaneet koulutettavien jaksot hy-väksytään toisistaan poikkeavin perustein.

5.3 Yliopistot

Yliopistot ovat saaneet vuodesta korvausta erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri-koulutusta varten vuodesta 2017 lähtien. EL- ja EHL-koulutuksen ohjausvastuu siirtyi 2/2015 alkaen OPM:lta STM:lle. Siirron yhteydessä jätettiin työryhmäraportti koulutuk-sen kehittämissuunnista. Raportin esitysten mukaan yliopiston roolia EL- ja EHL-kou-lutuksen sisältö- ja laatukysymyksissä tulisi vahvistaa. Tällä hetkellä korvaus on yh-teensä 3.1 miljoonaa euroa.

5.4 Työterveyshuolto

Työterveyshuollon erikoislääkärikoulutus sai erillisrahoituksen vuonna 2005 (Laki 2005-, §1109/2019) ja sen mukaisen vuosittaisen STM asetuksen (1170/2020). Tällä hetkellä rahoitus on 2.9 miljoonaa euroa, jota hallinnoi työterveyslaitos. Se rahoittaa eri tahoja seuraavasti. Viisi yliopistoa saa 805 000 € klinisten opettajien palkkaukseen (81 000 €/yliopisto) sekä 400 000 € yhteiseen virtuaaliyliopistoon. Kliiniset opettajat koordinoivat erikoistujia, koulutuspaikkoja ja kouluttajalääkäreitä. Yliopistot tekevät yhteistyönä kouluttaja- ja substanssikoulutuksen. Yksityissektorin koulutuspaikoille maksetaan korvauksia noin kolmannes korvauksesta, joka käytetään kouluttajien korvauksiin ja niiden sivukuluihin (max 750 €/kk/kouluttaja). Työterveyslaitos saa 1,12 miljoonaa euroa, jolla se hoitaa 11 erikoistuvan paikkaa vuodessa (erikoistumisen 6 kk ns. yliopistojaksot 22 koulutettavalle) sekä kolmen kouluttajalääkäriin palkat. Sillä on viisi aluetoimipistettä ja loput käytetään hallintokuluihin. Kuva 9.

5.5 EU/ETA-maiden ulkopuolella koulutetut

Valviran määräämän kuuden kuukauden pakollisen harjoittelun ajalta ennen ensimmäistä laillistustenttiä maksetaan työnantajalle koulutuskorvausta. Korvauksen on tarkoitus kattaa amanuenssin ohjaamisesta ja kouluttautumisesta aiheutuvia kuluja. Korvausta haetaan oman alueen aluehallintovirastolta (AVI).

Tehtyjen haastattelujen perusteella kaikilla koulutusorganisaatioilla ei ollut tiedossa, että EU/ETA-maiden ulkopuolella kouluttautuneiden lääkäreiden amanuenssiharjoittelusta on mahdollista saada erillistä korvausta ja sitä ei ollut paikoin haettu lainkaan. Eräät tahot taas toivat esille sen, että 6 kuukauden aika oli korvausaikana liian lyhyt ja suurin osa EU/ETA-maiden ulkopuolella kouluttautuneista lääkäreistä ei ehdi suorittaa tuossa ajassa Tampereen yliopiston tenttejä, joiden suorittaminen on edellytyksenä laillistukselle.

EU/ETA-maiden ulkopuolelta tulevien hammaslääkärien pätevyitysmiskoulutus on keskitetty kolmelle yliopistolle, jotka saavat rahoitusta OKM:n ja TEM:n koordinoimasta poikkihallinnollisesta Talent Boost-toimenpideohjelmasta. Nämä kolme yliopistoa eli Turun, Helsingin ja Itä-Suomen yliopistot saavat vuosittain 200 000 euroa EU/ETA-maiden ulkopuolelta tulevien hammaslääkärien pätevyitysmiskoulutusteluihin valmentavaan koulutukseen. Tuolla rahalla on esimerkiksi palkattu lisäopettajia sekä opintosihteereitä. Ongelma on kuitenkin, ettei kyseinen täydentävä koulutus ole yliopistojen perustoimenkuvaa ja käytännössä koulutuksen ja tenttien järjestäminen vie resursseja perusopetukselta. Keskimäärin tuolla 200 000 eurolla on voitu tukea neljän hammaslääkäriin pätevyitysmiskoulutusta, mutta mikään tae tentin läpikäymiseen se ei ole.

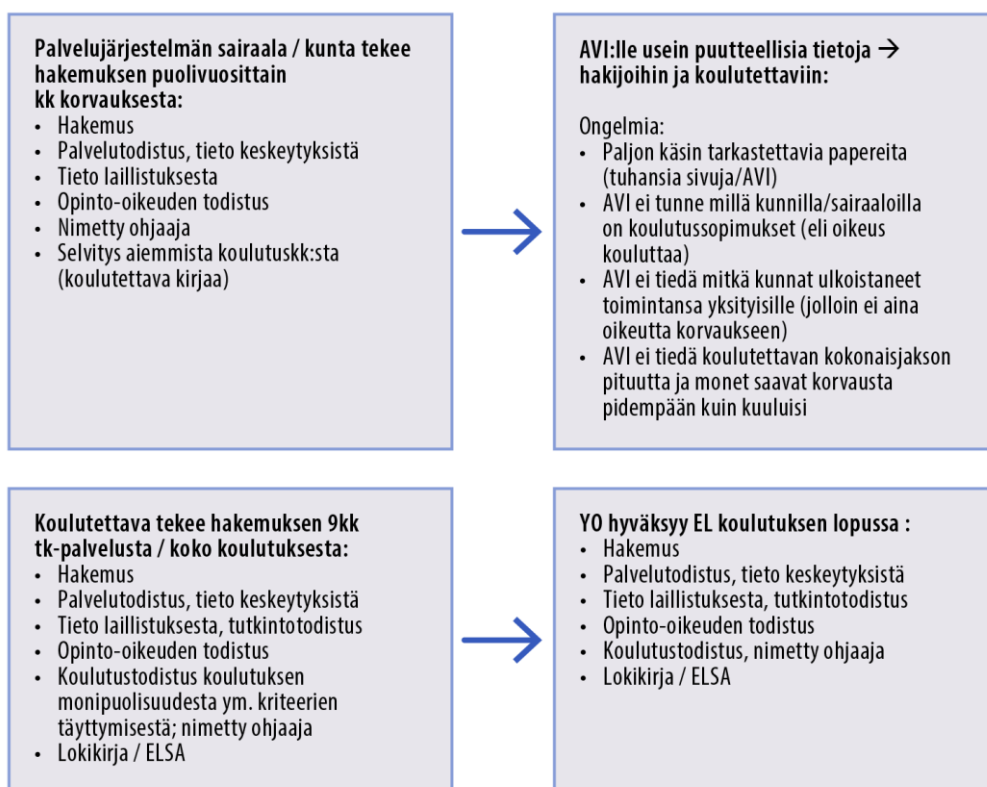
Koulutuskorvauksilla voitaisiin tukea tätä prosessia kohdentamalla se tarkemmin juuri ETA-alueen ulkopuolisten prosessiin ilman, että se vaarantaisi perusopetusta. Turussa rahoitus tulee suoraan yksikölle, kun Helsingissä esimerkiksi se menee suoraan yliopistolle ja käytännön vaikutus on ollut vain yhden osa-aikaisen opettajan palkkaaminen.

5.6 Aluehallintoviraston rooli

Aluehallintovirasto (AVI) maksaa palvelujärjestelmälle koulutuskorvauksia lain ja asetusten edellyttämällä tavalla. Yliopistosairaaloille korvaus määräytyy tutkintoperusteisesti kuten edellä on kuvattu ja tämän maksaminen tapahtuu kuukausittain ja on verrattain yksinkertaista. Sen sijaan kuukausikorvausten maksaminen vaatii runsaasti henkilötyötä. Yliopistosairaalat tekevät kuukausikorvausperusteiset laskut YEK-koulutuksessa olevista sekä yleislääketieteeseen, työterveyshuoltoon, terveydenhuoltoon ja liikuntalääketieteeseen erikoistuvistaan sekä ETA-alueen ulkopuolelta tulevista amanuensseistaan. Muut sairaalat sekä terveyskeskukset tekevät kuukausikorvausperusteiset laskut kaikista erikoistuvistaan, YEK-koulutettavistaan ja terveyskeskukset myös 9 kuukauden koulutusjaksolla olevista lääkäreistä. Laskut kuukausikorvauksista AVI:lle laaditaan puolivuositain.

Tämä vaatii paljon dokumentteja: hakemuksen lisäksi jokaisen koulutuksessa olevan lääkäristä tulee olla tieto palvelussuhdetodistus ja siinä selvitys keskeytyksistä, opinto-oikeustodistus, selvitys aikaisemmista koulutuspaikoista ja selvitys ohjaajasta. Hammaslääkärin syventävästä käytännön harjoittelusta tulee olla kopio opintokirjasta (josta käy ilmi, että harjoitteluoikeus on myönnetty), palvelussuhdetodistus ja selvitys keskeytyksistä. Hammaslääkärin käytännön palvelusta tulee olla kopio Valviran laillistamispäätöksestä, palvelussuhdetodistus ja selvitys keskeytyksistä.

Kuva 10. Jatkokoulutuksessa olevien lääkäreiden koulutusjaksojen vs. AVIn hyväksymien kuu-
kausiperusteisten korvausten hyväksymisperusteiden erot.



Kuva 10 osoittaa, että neljä tahoa kerää eri vaiheissa jatkokoulutettavan lääkärin tai hammaslääkärin samoja dokumentteja, mutta hieman eri tiedoilla. Siten myös AVI:n ja yliopiston hyväksymät koulutusjaksot voivat poiketa toisistaan.

Koulutettava lääkäri toimittaa palvelujärjestelmän koulutuspaikalleen opinto-oikeustodituksensa, tiedot aiemmista koulutuspaikoista ja selvitykset ohjaajista. Palvelujärjestelmä tekee AVI:lle hakemuksen, johon se liittää kaikkien puolen vuoden aikana olleiden jatkokoulutettavien lääkäreiden liitetiedot. AVI tarkistaa, että siellä on kaikki tarvittavat dokumentit ja saattaa vielä pyytää jatkokoulutettavilta lääkäreiltä itseltään tai palvelujärjestelmältä lisätietoja ja -dokumenteja. AVI:lla ei kuitenkaan ole aina ajantasaista tietoa koulutussopimuksista, jotka ovat yliopiston ja palvelujärjestelmän keskinäisiä sopimuksia ja saattaa siten maksaa korvausta myös paikoille, joilla ei ole sopimusta. Suurimman työtaakan alla olevat AVI:t saavat tuhansia sivuja paperia, eikä niillä ole mitään mahdollisuutta tarkistaa, miten kauan yksittäinen jatkokoulutettava lääkäri on ollut jo erikoistumassa ja onko hänen erikoistumiskoulutuksensa aikamaksimi jo täyttynyt. Jotkut AVI:t pitävät koulutettavien kokonaisjaksoista kirjaa, mutta niillä ei ole tietoa mikäli jatkokoulutettava on ollut koulutusjaksolla ja saanut jo korvausta jonkun muun AVI:n alueelta. Eräiden koulutusjaksojen kokonaispituudesta kirjaa pitävien AVI:n mukaan noin 5 % kokonaissummasta saattaa olla näitä ”yli virallisen koulutusjakson” haettuja korvauksia.

Tämän lisäksi jokainen jatkokoulutettava kerää kaikki samat dokumentit koulutuksensa lopuksi ja toimittaa ne yliopistolle, joka laskee samalla tavalla yhteensä kertyvät koulutusjaksot ja hyväksyy ne sitten koulutukseksi. Yliopistolla on tieto virallisista koulutuspaikoista ja nimetyistä ohjaajista. Kts. kuva 10.

Tämä paperisota toistuu puolivuositain ja vaatii työtä palvelujärjestelmältä. Terveyskeskusten arviot siitä, miten paljon sihteerin- ja taloushallinnon työtä menee yhteensä noin 100 jatkokoulutettavan lääkärin hakemusten ja dokumenttien vuosittaiseen keräämiseen, vastaa noin 2 kuukauden henkilötyötä. Tämä tarkoittaisi sitä, että 2 900 koulutettavan kuukausikorvausten hakemuksiin menisi palvelujärjestelmältä aikaa noin 58 kuukautta. Kts. taulukko 4 kuukausikorvausten maksatuksesta terveydenhuollon yksiköille. Saman työn tekevät siis AVI:t omilta alueiltaan.

Taulukko 4. Kuukausikorvausten määrät vuonna 2021 terveydenhuollon yksiköille.

Kuukausikorvaus terveydenhuollon yksiköille

kk-korvaus 2019 (€)	830
Käytettävissä kk-korvauksiin 2020 yht. (€)	29 400 000
Koulutettavien määrä	2 900
Korvattavien kuukausien määrä yht.	34 800
KK/määrä/2	17 400
1. vuosipuolisko (maksetaan 2020 korvausta) €	14 290 000
2. vuosipuolisko (maksetaan 2021 korvausta) €	15 110 000
Laskennallinen kk-korvaus 2021, €	868
Korvaus per koulutuskuukausi 2021 (€)	860 €

Järjestelmä on monimutkainen, työläs ja siinä on virhemahdollisuuksia. HYKS:ssä on kuukausikorvausten laskuun käytetty yli 10 vuoden ajan ns. ERHAa (vain Helsingin yliopistossa kirjoilla oleville), sähköistä laskutusjärjestelmää, joka ottaa suoraan jatkokoulutettavan opinto-oikeuspäivät yliopiston järjestelmästä ja laskee jatkokoulutettavien palvelutodistuksen mukaiset koulutuspäivät ja vähentää siitä keskeytykset. Tätä sähköistä järjestelmää ei ole missään muualla käytössä.

Toimipaikat ovat toivoneet uuden ELSA-järjestelmän pystyvän vastaamaan tähän byrokraatiaongelmaan. ELSA-koordinaattorin haastattelussa kävi kuitenkin ilmi, että ELSA on tehty ensisijaisesti erikoistuvan tarpeisiin eli portfolio-lokikirjaksi sekä osamisen arviointiin ja työvälineeksi koulutettavan ja kouluttajan välille. Tämän vuoksi ELSA on henkilökohtainen eikä sitä voi avata esim. koulutuskuukausien laskentaan.

ELSAan voi liittää palvelutodistuksia, mutta tämä ei helpota byrokratiaa vaan samat paperit avautuvat siitä kuin mitkä tällä hetkellä pitää liittää AVI:n hakemukseen.

Mikäli kuukausikorvauksien laskentaa halutaan helpottaa ja välttää virheitä siinä, tulisi tätä varten luoda oma valtakunnallinen sähköinen järjestelmä, josta voidaan suoraan laskea koulutettavan koulutusjaksot. Tällainen sähköinen järjestelmä maksaisi nopeasti itsensä takaisin kun vastaavaa määrää henkilötyötä ei enää tarvittaisi jaksojen laskentaan AVI:ssa, palvelujärjestelmässä eikä yliopistolla.

6 Nykyinen käyttö

6.1 Miten käyttöä selvitettiin

Koulutuskorvausten käyttöä selvitettiin eri tahojen Teams-haastatteluilla. Lisäksi yliopistosairaaloiden osalta käytettävissä oli vuosittaiset raportit koulutuskorvausten käytöstä STM:lle. Yliopistosairaaloiden ja keskussairaaloien osalta kutsut haastatteluihin lähetettiin sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille. Haastattelut toteutuivat 11 sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin tai hänen ehdottamansa henkilön (esim. tutkimusjohtajan) kanssa.

6.2 Yliopistolliset sairaalat

Yliopistolliset sairaaloiden koulutuskorvaukset vuonna 2021 vaihtelivat 10 miljoonan euron ja 17,7 miljoonan euron välillä. Taulukko 5 kuvaa miten tämä korvaus jakautui yliopistosairaaloille ja niiden lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukselle.

Taulukko 5. Koulutuskorvaukset yliopistosairaaloille 2021

	Lääkärit	Hammaslääkärit	Yhteensä
Hyks	14 779 800	2 916 400	17 696 200
Tyks	10 350 000	2 249 400	12 599 400
Tays	9 816 400	216 200	10 032 600
Kys	9 793 400	1 978 000	11 771 400
Oys	9 269 000	2 548 400	11 817 400

Taulukko 6. Koulutuskorvausten jakautuminen karkealla tasolla yliopistosairaaloittain

	KYS	OYS	TAYS	TYKS	HUS
Yleiskustannukset	23–33 %	18 %	19 %	30 %	10 %
Erikoisalot (voi pitää sisällään myös erikoishammaslääkärikoulutusta)	50–60 %	55 %	81 %	50 %	75 %
Hammaslääketiede (pääosin perusopetusta, mutta pitää sisällään myös erikoishammaslääkärikoulutusta)	17 %	27 %	N.A.	20 %	15 %

Periaate on ollut se, että kokonaissummasta vähennetään hammaslääketieteen perusopetuksen kustannukset ja yleiskustannukset ja jäljelle jäävä summa jaetaan erikoisalaille ja yksiköihin. Taulukko 6. Yleiskustannuksiin käytetään 10–30 % koulutuskorvauksista. Yleiskustannuksiin kuuluu sekä perusopetukseen että erikoislääkärikoulutukseen liittyviä kustannuksia. Taulukko 7.

Taulukko 7. Yleiskustannuksiin kuuluvia kustannuksia

Amanuenssuurit
Peruskoulutuksen kustannukset alueen terveyskeskuksissa ja muissa toimintayksiköissä (hajautettu opetus, harjoittelujaksot terveyskeskuksissa, hammashuollon yksiköissä ja erikoissairaanhoidossa)
Tietojärjestelmät / IT-palvelut
Tietokantojen kustannuksia (mm. Terveysportti, UpToDate)
Yliopiston kirjaston kustannukset
Moniammatillinen johtamiskoulutus
Opetus- ja auditoriotilat
Kandidaattien takit ja muut suojavaatteet
AV-yksikkö (esim. opetusvideot, etämeeting-toiminta)
Kliiniset koulutusyksiköt (eri yliopistosairaaloissa eri nimisiä yksiköitä)
Lääketieteen tuntiopetus
Kliininen tutkijakoulu
Kliiniset /tekniset kurssit (esim. kirurgia)
Yksittäisten professuurien kustannukset
Terveyskeskuslääkäreiden täydennyskoulutusjaksot erikoissairaanhoidossa

Yliopistosairaaloilla jaettavista korvauksen kokonaismäärästä 50–80 % jaetaan erikoisaloille / yksiköihin. Jakoperusteet vaihtelevat (taulukko 6). Jakoperusteina käytetään erikoistuvien lääkäreiden määrää, valmistuneiden lääkäreiden määrää, lerikoislääkäreiden määrää, lääketieteen opiskelijoille annetun opetuksen määrää ja syventävien opintojen määrää. Kahdessa yliopistosairaalassa arvioitiin, että erikoisaloille / yksiköihin jaettavasta rahasta 23–33 % menee perusopetukseen, loput erikoislääkärikoulutukseen. Yhdessä yliopistosairaalassa perusopetukseen tehdään oma erillinen budjetti, joka on noin 15 % valtion koulutuskorvauksen kokonaismäärästä.

Taulukko 8. Erikoisaloille jaettavan osuuden erilaisia jakoperusteita yliopistosairaaloissa

Erikoislääkärien työpanosten ja virkojen määrä (50/50)
Peruskoulutuksen osalta lääketieteen opiskelijoille annetun opetuksen määriä sekä erikoislääkärikoulutuksen osalta tutkintojen ja erikoistuvan lääkärin työpanoksen määriä (50/50) (kaikki kolmen vuoden keskiarvona)
Laskennallisesti jaetaan erikseen erikoistumiseen saatu raha ja peruskoulutukseen saatu raha. Jakoperusteena edeltävän 3 vuoden täytetyt erikoistuvan lääkärin vakanssit (jos erikoistuva erikoislääkäriin vakanssilla niin nämä eivät ole laskuissa mukana). Lisäksi huomioidaan tiedekunnan curriculumin mukaiset erikoisalan opintopistemäärien mukaiset painotukset
Yksikkökohtainen syventävien opintojen määrä kolmen vuoden keskiarvona ja valmistuneiden erikoislääkärien määrä viiden vuoden ajalta
Valmistuneiden erikoislääkärien määrä

Erikoisaloille jaettua rahaa käytetään mm. palkkakustannuksiin, koulutusvastuulääkäreiden palkkaukseen, palveluihin ostoihin, materiaalikuluihin, opetustilojen vuokriin ja opetuskoordinaattoreiden palkkaukseen. Haastattelujen perusteella erikoisaloille jaettun rahan käyttöä ei ohjeisteta tarkkaan eikä sen käyttöä juurikaan valvota. Tämä tunnistettiin selkeästi kehittämiskohteeksi. Taulukko 8.

6.3 Muut sairaalat

Tiedot koulutuskorvausten käytöstä saatiin haastatteleamalla kahdeksasta keskussairaala sairaanhoitopiiristä. Näiden kahdeksan sairaanhoitopiirin vuosittaiset erikoislääkärikoulutuksen koulutuskorvaukset vaihtelivat 16 000 euron ja 1,4 miljoonan euron välillä (vuoden 2021 tiedot). Matalin korvaus on sairaanhoitopiirillä, jonka toiminta lähes täysin ulkoistettu yksityiselle toimijalle. Korkein korvaus integroidulla kuntayhtymällä, jonka luvussa olivat mukana kaikki koulutuskorvaukset.

Taulukko 9. Keskussairaala sairaanhoitopiirikohtaisia esimerkkejä koulutuskorvausten kohdentamisesta.

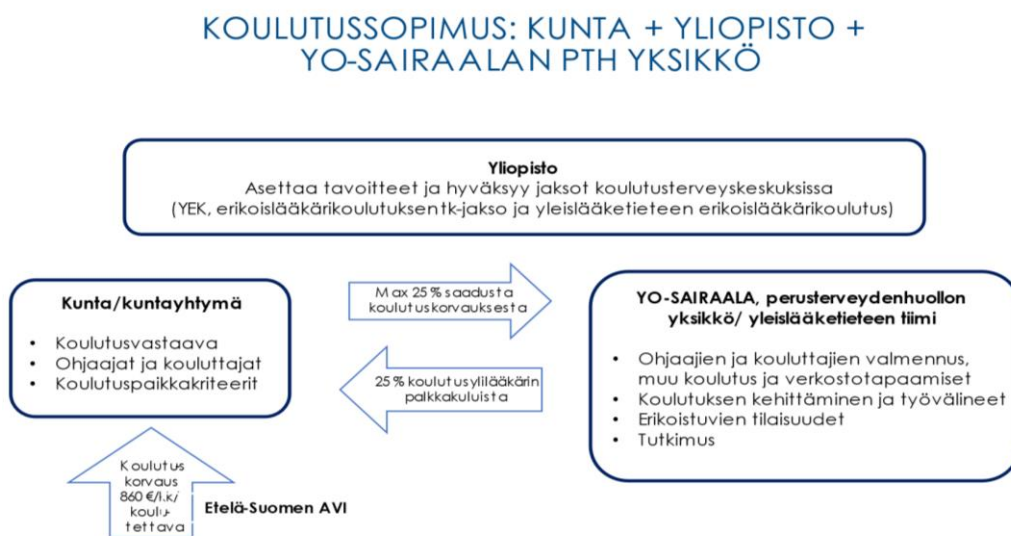
Koulutuskorvauksia ei kohdenneta lainkaan
Koulutuskorvaukset ohjataan johtajaylilääkärin hallinnoimalle tilille, josta johtajaylilääkärin päätöksellä rahoja kohdennetaan erikoistuvien lääkäreiden ulkoisiin koulutuksiin, kouluttajien korvauksiin, opetusyksikköön (simulaatio-opetusta), tietokantoihin, virtuaalivakansseihin (JYL päätöksellä kohdistetaan alalle jolla suurin tarve uusista koulutettavista)
Erillinen vuosittainen tutkimuksen ja koulutuksen määrärahaesitys josta saatu koulutuskorvaus kattaa vain osan
Kouluttajalääkäreiden palkkiot, lehtien, tietokantojen ja tenttikirjojen osto, kouluttajien koulutukset, erikoistuvien ulkoiset koulutukset, koulutustoiminnan organisointikulut. Osa kulkee hallinnon kautta, osa korvauksista kohdennetaan erikoisaloille / yksiköihin
10 % kohdennetaan sairaanhoidon hallintoon, 90 % erikoisaloille / yksiköihin. Korvauksia käytetään erikoistuvien lääkäreiden koulutuskustannuksiin ja erikoislääkäreiden pedagogiseen koulutukseen. Lisäksi rahalla voidaan hankkia erikoistuvien lääkäreiden käyttöön kirjoja, lehtiä, kalustoa yms.
Korvaukset kohdennetaan erikoisaloille ja ohjeistetaan käyttämään koulutuksen kuluihin (esim. ulkomaiset ja kotimaiset koulutukset, kouluttajien koulutukset, kouluttajalääkäreiden koulutuslaskut)

6.4 Terveyskeskukset

Terveyskeskukset saavat kuukausiperustaisesti korvausta YEK-, 9 kk-jakson sekä yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksessa olevista jatkokoulutettavistaan. Kokonaissumma on kaikille koulutusterveyskeskuksia ylläpitäville kunnalle yhteensä noin 12 miljoonaa euroa. Kunnat ovat tehneet koulutussopimukset oman alueensa YO-keskussairaalaan perusterveydenhuollon yksikön ja yliopiston kanssa. Sopimuksissa on kuvattu kunkin osapuolen velvoitteet ja vastuut koskien koulutusta. Edellä mainitusta AVI:lta saamastaan korvaussummasta kunnat ovat jo useita vuosia maksaneet oman alueen yliopistosairaalan perusterveydenhuollon (PTH) yksikölle osuuden (yleensä 18–25 %), jolla PTH yksikkö järjestää terveyskeskuksien erikoislääkärikouluttajille ja YEK-/9kk jakson lähiohjaajille pedagogista koulutusta, verkostotapaamisia, YEK-koulutettaville hallinnon- ja sosiaaliturvan koulutusta sekä erikoislääkärikoulutettaville yhteisiä säännöllisiä koulutustilaisuuksia. PTH-yksiköt järjestävät omilla alueillaan koulutusorganisaation, jossa alueelliset koulutusylilääkärit tukevat erikoislääkärikouluttajia ja YEK/9kk lähiohjaajia ja järjestävät omaa alueellista koulutustaan. PTH-yksikkö maksaa osan kunnilta saamastaan korvauksestaan takaisin osaksi koulutusylilääkärin palkkaa. PTH-yksiköt käyvät yhdessä yliopiston kanssa auditoimassa / visitoimassa oman alueensa terveyskeskuksia ja palkitsevat parhaiten kouluttavia terveysasemia

(Helin-Salmivaara ym. 2018). Viime vuosien aikana PTH-yksiköt ja yliopistot ovat myös luoneet yleislääketieteeseen soveltuvan valintamenettelyyn sekä arviointijaksoille toimintaohjeet ja työvälineitä. Jo vuodesta 2017 PTH yksiköiden avulla em. valtakunnallisessa verkostossa on kehitetty yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksen sisältöjä ja luotu mm. erilaisia työvälineitä ohjaukseen ja opiskeluun. Esimerkiksi osaamisen arviointiin on luotu erikoistujan etappeja, joiden avulla voidaan arvioida ja tukea erikoistujan osaamisen karttumista. Ensimmäinen versio niistä julkaistiin 2016. Ne toimivat arvioinnin tukena ja myös niiden validiteettia on tutkittu (Helin-Salmivaara ym. 2017). Kuva 11 kuvaa koulutuskorvauksen kulkua AVI:lta kuntaan, sieltä PTH-yksikölle ja takaisin kuntiin sekä terveyskeskuksien, yliopiston ja PTH yksiköiden roolia ja vastuista lääkäreiden jatkokoulutuksessa.

Kuva 11. Koulutuskorvauksen kulku Aluehallintovirastolta kuntaan, sieltä PTH-yksikölle ja takaisin kuntiin sekä terveyskeskuksien, yliopiston ja PTH yksiköiden roolia ja vastuista lääkäreiden jatkokoulutuksessa.



Kuntien saamien koulutuskorvausten käyttö on vaihtelevaa. Monissa kunnissa korvausten käyttö on läpinäkymätöntä. Raha ei ole korvamerkittyä eikä sen käyttöä seurata. Siten se on osa koko terveystalouden budjettia eikä siitä pysty erottamaan mikä osa siitä menee lääkärikoulutukseen. Koulutussopimus PTH yksikön ja yliopiston kanssa kuitenkin sisältää keskeiset velvoitteet koskien terveyskeskuksissa annettavaa lääkärikoulutusta. Sopimuksissa on kuvattu mm. minimimäärä tutortunteja koulutettaville (2t/vk YEK/9kk koulutuksessa oleville ja 4 t/kk erikoislääkärikoulutettaville: v.m. suurin osa henkilökohtaista), konsultaatiomahdollisuus, koulutettavien mahdollisuus päästä 1 päivä/kk toimipaikan ulkopuoliseen koulutukseen, 100 tuntia toimipaikkakoulutusta vuodessa, koulutettavan työn monipuolisuus, sekä YEK/9kk lähiohjaajan ja erikoislääkärikouluttajan pätevyyskriteerit. Sopimuksen mukaan erikoislääkärikouluttajat ja lähiohjaajat saavat rahallisen korvauksen ohjaukseen käyttämästään ajasta ja

kunta sitoutuu siihen, että yliopisto ja PTH yksikkö voivat käydä arvioimassa paikan koulutuksen laatua. Sen lisäksi kunnat maksavat alueellisen koulutusylilääkärin palkasta osan.

Vantaalla koulutuskorvauksen käyttö on ollut selkeää. Vantaa antaa AVI:n maksaman koulutuskorvauksen budjetoitavaksi omalle koulutusylilääkärilleen, joka em. sopimuksen mukaisten toimien lisäksi suunnittelee koko Vantaan yhteisiä toimipaikkakoulutuksia ja hankkii niihin luennoitsijat. Hän järjestää kahdesti vuodessa Lääkärifoorumin, jossa palkitaan mm. erikoislääkäriksi valmistuneet ja väitelleet. Koulutusylilääkäri tarjoaa 10:lle jatko-opiskelijalle mahdollisuuden osallistua yleislääketieteen kansainväliseen kongressiin vuodessa. Näiden lisäksi jatko-opiskelijoille järjestetään työnohjausta, erikoislääkäritenttiin valmistautuvat saavat lukulomaa 5 päivää ennen tenttiä. Lisäksi koulutusylilääkäri budjetoit osan hallintokuluiksi.

6.5 Erikoishammaslääkärikoulutus

Erikoishammaslääkärikoulutusta annetaan sekä yliopistosairaaloissa, terveyskeskuksissa että keskussairaaloissa. Rahoitus noudattaa erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta, sekä summa per kuukausi että haku sekä rahoituksen myöntämisperusteet ovat samat.

Yliopistosairaaloissa erikoishammaslääkärikoulutuksen rahoituksen käyttö ei eroa erikoislääkärikoulutuksesta. Terveyskeskuksissa on kuitenkin selviä eroja, osassa rahoituksen käyttö on selkeästi budjetoitu ja rahoitusta käytetään kohdennetusti esimerkiksi erikoistuvien hammaslääkärien talon ulkopuolisiin koulutuksiin. Rahoituksen avulla jokainen erikoistuva hammaslääkäri pääsee esimerkiksi Helsingissä kerran 18 kk erikoistumiskautensa aikana kansainväliseen koulutustilaisuuteen sekä kotimaisiin koulutuksiin. Lisäksi rahoitusta käytetään kouluttajien saamiin ohjauskorvauksiin. Sen sijaan osassa terveyskeskuksista kouluttajien saamia korvauksia ei makseta tästä erikoistumiskoulutuksen rahoituksesta vaan suun terveydenhuollon yleisestä budjetista. Erikoishammaslääkärikoulutuksessa useammalla alalla terveyskeskusjakso kestää 18 kk käsittäen puolet koko erikoistumiskoulutuksesta, jolloin terveyskeskusten rooli on merkittävä.

Keskussairaaloissa erikoistuvien hammaslääkärien virkoja on valitettavan vähän. Maantieteellisesti tämä on merkittävä asia, sillä erikoishammaslääkäreitä kaivataan lisää. Myös kouluttajien virkoja puuttuu. Keskussairaaloissa rahoitusta on käytetty pääosin erikoistuvan hammaslääkärin palkkaan sekä koulutuskuluihin sekä ohjaajan palkkoihin. Haasteena tässä on lisäksi se, että esimerkiksi kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkärikoulutus on tarkalleen ottaen jaettu neljään eri koulutusohjelmaan: protetiikka ja parentafysiologia, lasten hammashoito, kariologia ja endodontia

sekä parodontologia. Vaikka nämä kaikki neljä ovat kliinisen hammashoidon erikoistumiskoulutuksen otsikon alla, on kyseessä neljä eri erikoisalaa. Monessa keskussairaalassa on esimerkiksi yksi kliinisen hammashoidon kouluttajan ja yksi kliinisen hammashoidon erikoistujan vakanssi vaikka todellisuudessa molempia pitäisi olla neljä. Lasten hammashoidon erikoishammaslääkäri ei voi toimia protetiikan erikoistuvan ohjaajana ja niin edespäin. Myös hammaslääketieteen diagnostiikka jakaantuu kolmeen eri erikoistumiskoulutukseen: suurradiologiaan, suupatologiaan ja suun mikrobiologiaan. Lisäämällä virkapohjia sekä erikoistuville hammaslääkäreille että kouluttajille voitaisiin konkreettisesti auttaa erikoishammaslääkäripulan ratkaisemisessa.

Myös yliopistosairaalat ovat merkittävä pullonkaula erikoishammaslääkärikoulutuksessa. Virkoja sekä kouluttajille että koulutettaville on liian vähän ja esimerkiksi vuonna 2022 ei Helsingin yliopistossa voida avata kaikkia Johanna Rellmanin työryhmän suosittelemia erikoistumiskoulutuksen opinto-oikeuksia, koska palvelujärjestelmässä ei ole tilaa erikoistuville.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen ominaispiirteitä on esimerkiksi opinto-oikeuteen vaadittu kahden vuoden kliininen työkokemus. Tältä ajalta palvelujärjestelmä ei saa koulutuskorvausta vaikka hammaslääkäriin työskentelyn tavoitteena olisikin erikoistumipaikan saaminen. Tässä suhteessa erikoishammaslääkärikoulutettava eroaa erikoislääkärikoulutettavasta, joka voi saada YEK-rahoitusta ajalta ennen muuta erikoistumiskoulutustaan.

6.6 Työterveyshuolto

Työterveyshuollon erikoislääkärikoulutus on saanut erillisrahoitusta vuodesta 2005 alkaen. Rahan käyttö on läpinäkyvää ja se menee selkeästi koulutukseen ja sen kehittämiseen. Koulutussopimukset ovat valtakunnallisesti samat kaikkien yliopistojen ja yksityissektorin koulutuspaikkojen välillä ja ne määrittelevät tarkasti vastuut ja velvoitteet. Sopimus sisältää mm. 2 tuntia ohjausta viikoittain, yhteydenpidon yliopistoon sekä koulutuspaikkojen visitoinnit. Kaikki kouluttajalääkärit ovat pedagogisesti koulutettuja. Kouluttajalääkäreitä on noin 300 Suomessa. Yliopiston tarjoamiin koulutukseen kuuluu starttikoulutus, syventävä ”Kehity kouluttajana” -koulutus, velvollisuus osallistua sessioihin, mm. valtakunnallinen seminaari vuosittain, peda-iltapäiviä 4–5 /vuosi, erikoistujien starttiseminaarit ja alueellisia yhteistyötapaamisia. Yliopistot ovat selkeästi jakaneet keskenään vastuut substanssikoulutuksen suhteen.

Kliinisten opettajien palkkoja ei voi käyttää muuhun kuin palkkoihin ja osa saattaa tästä koulutusrahoituksesta jäädä käyttämättä. Virtuaaliyliopiston rahoitus ei tällä hetkellä myöskään riitä. Jokaisessa yliopistossa on verkkopedagogi vaihtelevin osuuksin 20–100 %, mutta koulutus tapahtuu kentällä. Myöskään Työterveyslaitoksen tai koulutuspaikkojen rahoitus ei ole riittävä. Valintamenettelyn myötä tullut koejakson arviointi

on tuonut lisää työtä kouluttajille. Lisäksi työkyvyn arviointi ja koulutuksen toiminnot ovat lisääntyneet. Siten tässäkin rahoituksessa olisi tasokorotuksen tarve.

6.7 Yliopistot

Koulutuskorvausta yliopistoille alettiin maksaa vuoden 2017 alusta. Korvaus on tällä hetkellä (vuonna 2021) yhteensä 3.1 miljoonaa euroa eli 4 600 €/valmistunut erikoislääkäri ja -hammaslääkäri. EL- ja EHL-koulutuksen ohjausvastuu siirtyi 2/2015 alkaen OPM:ltä STM:lle. Siirron yhteydessä jätettiin työryhmäraportti koulutuksen kehittämissuunnista. Raportin esitysten mukaan yliopiston roolia EL- ja EHL-koulutuksen sisältö- ja laatuksymyksissä tuli vahvistaa. Yliopistoille on tullut uusia vastuita ja tehtäviä kuten erikoislääkäreiksi ja erikoishammaslääkäreiksi koulutettavien valinnat vuoden 2020 syksystä alkaen, osaamisperustaisuuden ja siihen liittyvien EPA:jen (entrusted professional activities) sekä arvioinnin suunnittelu ja toimeenpaneminen, sähköisen seurantajärjestelmän ja portfolion suunnittelu (ELSA), kouluttajakoulutukset sekä kouluttajalääkäriorganisaation toimeenpano palvelujärjestelmään. Yliopistoilla on yhteisiä sähköisiä järjestelmiä (esim. ELSA, EXAM-tenttijärjestelmä, KOPI teoreettisen koulutuksen valtakunnallinen järjestelmä) sekä yhteisiä valtakunnallisia koordinaattoreita, joita maksetaan koulutuskorvausbudjetista. Näihin EL ja EHL koulutuksen osalta menee yhteensä yli 600 000 €.

Yliopistojen vastuulla on lisäksi erikoistumiskoulutukseen kuuluva pakollinen 10 opintopisteen moniammatillinen johtamiskoulutus. Tuon koulutuksen rahoitus vaihtelee, siihen käytetään STM:n koulutuskorvausrahaa, mutta myös merkittävästi yliopistojen perusrahoitusta. Kustannukset valtakunnallisella tasolla ovat noin 450 000 € ja koulutukseen osallistuu noin 1 200 erikoistuvaa vuosittain. Koulutus maksaa tällä hetkellä noin 612 € per erikoistuva lääkäri/hammaslääkäri eli koulutus toteutetaan hyvin edullisesti. Suunnitteilla on valtakunnallisesti yhtenäistää koulutusta 2–3 opintopisteen johdantokurssilla, joka olisi sama jokaisessa yliopistossa. Tähän tarvittaisiin kohdennettua hankerahoitusta. Mahdollisen 2–3 opintopisteen johdantokurssin lisäksi jokainen erikoistuva suorittaisi 7–8 opintopistettä omassa yliopistossaan.

Lisäksi rahoitusta tarvitaan hakijapalveluihin sekä opiskelijapalveluihin. Lisäksi osa yliopistoista maksaa palvelujärjestelmässä toimiville koulutuslääkäreille / koulutusvastuulääkäreille palkanlisää. Koulutuskorvaus ei riitä näissä edes välttämättömään. Esimerkiksi Helsingin Yliopistossa ei voida budjetoida rahaa kouluttajakoulutukseen, akkreditointiprosessiin tai koulutuspaikkojen visitaatioihin, EL/EHL-koulutukseen liittyvien henkilöiden koulutukseen tai heidän palkkoihinsa.

Sinänsä yliopistojen budjetit ovat läpinäkyviä ja osoittavat selkeästi, että EL/EHL koulutukseen ei ole osoitettavissa nykytarpeisiin nähden riittävästi rahoitusta. On arvioitu, että nykyinen koulutuskorvaus (4 600 €/valmistunut) kattaa noin 35 % yliopistojen EL

ja EHL koulutuksen kokonaiskustannuksista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2021). Lisäksi on huomioitava, että valmistuneiden EL ja EHL määrät ja koulutautuvien määrät ovat nousseet viime vuosina.

Yliopistot toivat haastatteluissa selkeästi esille sen, että vaikka valintamenettely erikoislääkärikoulutukseen on tuonut läpinäkyväksi ja oikeudenmukaiseksi jatkokoulutettavien valinnat, niin valintamenettely ja koejaksot ovat erittäin raskas ja paljon henkilötyötä vaativa menettely ja ne tuovat hyvin vähän toivottuja vaikutuksia. Valintamenettelyltä odotettiin parempaa ohjausvaikutusta pula-aloille, mutta tässäkin suhteessa se on ollut pettymys. Opiskelijoiksi hakevat voivat osallistua valintaan useita kertoja ja tämä pitkittää heidän erikoislääkärikoulutustaan. Viimeisimmillä hakukierroksilla hakijoita on ollut yliopistoihin vähemmän kuin paikkoja. Lisäksi joillain hakukierroksilla pula-aloille on ollut enemmän hakijoita kuin paikkoja eikä uusia paikkoja ole voitu avata edes alueellisesti vaikka hakumenettelyn keskeinen tavoite oli saada lisää erikoislääkäreitä pula-aloille. Lisäksi pula-aloista on sekä alueellisesti että erikoisaloitain erimielisyyttä, mistä syystä arviointeja erikoislääkäritarpeesta on tehty useita (Laine ja Wasenius 2019, Rellman 2016).

6.8 Raportointi ja seuranta

Organisaatiot toimittavat STM:lle selvityksen lääkäri- ja hammaslääkärikoulutukseen (sekä peruskoulutus että erikoislääkäri ja erikoishammaslääkärikoulutus) saadun korvauksen käytöstä vuosittain. Muutamalta viime vuodelta selvityksen ovat toimittaneet neljä yliopistosairaala sairaanhoitopiiriä ja yksi yliopisto.

7 Ongelmat koulutuskorvauksissa haastateltujen tahojen mukaan

Kaikilta haastatelluilta tahoilta kysyttiin mitä he pitävät ongelmallisena nykyisissä koulutuskorvauksissa tai niiden maksatuksessa sekä miten he toivoisivat järjestelmää kehitettävän.

Ongelma 1.

Kaikki haastatellut tahot toivat esille sen, että koulutuskorvaus on riittämätön ja jo kauan sitten jäänyt jälkeen koulutuksen aiheuttamista todellisista kuluista.

Tämä jälkeenjääneisyys on kuvattu luvussa 4.3. Pohdinta 4.3. luvussa osoittaa, että korvaustaso oli vuonna 2021 yliopistosairaaloille 54 miljoonaa euroa kun se 5–6 %:n kansainvälisen tason mukaan (ja ennen vuotta 1994 yliopistosairaaloille maksetun tason mukaan) suhteuttaen yliopistosairaalan budjettiin tulisi olla yli viisinkertainen (jos otetaan huomioon vain yliopistosairaalan henkilöstöbudjetti) tai jopa kymmenkertainen (jos otetaan huomioon koko sairaalabudjetti). Pelkästään deflaatiokorjattunakin korvauksen tulisi olla yliopistosairaaloille nykyistä 100 miljoonaa euroa suurempi. Myös muiden terveydenhuollon yksiköiden korvaus on oletettavasti jäänyt jälkeen vähintään samassa suhteessa. Tämä laskelma ei ota vielä huomioon viime vuosina lisääntyneitä erikoislääkärikoulutettavien määriä tai lisääntyneitä nykyaikaisen koulutuksen vaateita.

Terveyskeskuksissa vaje on tutkitusti ollut 62–85 % koulutuksen pelkistä suorista kustannuksista (Aahos ym. 2021). Tämä ei kuitenkaan kerro kaikkia kuluja, jotka voivat olla koulutusta tuottavien toimipisteissä jopa 34 % perusterveydenhuollon kokonaiskustannuksista (Hogan ym. 2000) kuin ei-koulutusta tuottavissa toimipisteissä. Aahoksen tutkimus selvitti terveyskeskuksissa vain suoria kustannuksia, mutta se kuvasi myös miten erikoislääkäri ottaa potilaita vastaan keskimäärin 28 % enemmän kuin koulutusvaiheen lääkäri. Lisäksi erikoislääkäri tekee vähemmän läheteitä. Laskelma ei ota myöskään huomioon mitä erikoislääkäri voi tuottaa hoidon jatkuvuudessa väestölle. On osoitettu, että päivystyskäynnit, sairaalaan joutumiset ja kuolleisuus vähenevät portaittain aina 15 vuoteen saakka, jos väestöllä on omalääkäri ja hänen kauttaan hoidon jatkuvuus (Sandvik ym. 2022). Koulutusvaiheen lääkäri on useimmiten lyhytaikainen vierailija perusterveydenhuollossa ja siten hoidon jatkuvuus ei hänen hoidossaan toteudu.

Myöskään työterveydenhuollon koulutuskorvaus ei riitä kaikkeen varsinkin kun vaateet ovat viime vuosina lisääntyneet.

Samoin yliopiston saama koulutuskorvaus korvaa vain pienen osan siitä, mitä yliopisto tällä hetkellä tekee erikoislääkärikoulutuksessa. Yliopisto ei ole pystynyt valvomaan koulutussopimusten toteutumista esim. visitoimalla koulutuspaikkoja systemaattisesti. Samoin erikoislääkärikouluttajien ja lähiohjaajien pedagoginen koulutus on vasta aluillaan.

Ongelma 2.

Maksatusjärjestelmä on erittäin monimutkainen ja sisältää paljon päällekkäistä ja byrokraattista, käsin usean tahon tarkistamaa työtä.

Yliopistosairaaloitten saama korvaus perustuu valmistuneiden määrään, niiden vuosittaiseen keskiarvoon. Tämän laskeminen AVI:lle on suhteellisen yksinkertaista. Sen sijaan kuukausikorvauksiin perustuvassa järjestelmässä on neljä tahoja (palvelujärjestelmä, AVI, koulutettava, yliopisto), jotka laskevat ja käsittelevät samoja papereita mutta hieman eri lähtökohdista ja poikkeavin lähtötiedoin. Siten myös AVI:n maksatusperuste voi olla eri kuin yliopiston hyväksymä koulutusjakso. AVI:lla ei ole aina ajantasaista tietoa koulutuspaikoista, mikäli jokin koulutuspaikka ulkoistaa kunnalta terveydenhuollon yksityiselle toimijalle. Lisäksi kaikilla AVI:illa ei ole mahdollisuutta pitää kirjaa yksittäisistä koulutettavista, miten kauan nämä ovat olleet koulutusjaksoillaan. Mitkään AVI:t eivät tiedä mikäli koulutettava siirtyy toisen AVI:n alueelta ja näin ollen koulutettavat voivat tuottaa koulutuspaikoilleen korvausta kauemmin kuin mikä on heidän maksimi koulutusaikansa. Tämä epätarkoituksenmukainen käyttö on alle 5 % kokonaiskuukausikorvauksista.

AVI:en saama paperimäärä puolivuositain kunnilta ja sairaaloilta on valtava ja se sisältää pelkästään Helsingin kaupungilta yli 1500 sivua. AVI joutuu jatkoselvittämään papereita, mikäli joku dokumentti puuttuu tai esim. palvelutodistuksesta puuttuvat keskeytykset. Tämä papereiden keräily ja tarkistaminen vaatii palvelujärjestelmältä, AVI:lta ja yliopistoilta useita henkilötyövuosia ja on siten myös kallista.

Toisaalta tätä ”raha seuraa koulutettavaa” mallia on myös toivottu jatkossa kaikille, koska se tuo rahaa niihin paikkoihin, jotka aidosti kouluttavat ja kehittävät koulutustaan. Koulutettavat myös hakeutuvat koulutukseen niihin paikkoihin, joissa on laadukas koulutusjärjestelmä. Samoin Oukka – Haglundin selvitys suositteli kuukausikorvausperusteista maksatusta kaikille koulutusta tuottaville yksiköille (Oukka ja Haglund 2013). Mikäli näin päätettäisiin tehdä, tulisi koulutettavien jaksoja varten kehittää oma sähköinen valtakunnallinen seurantajärjestelmänsä, jolla voidaan seurata lähes reaaliaikaisesti ja aina maksatuksen yhteydessä yksittäisen koulutettavan jaksoja. Aina-kaan tässä vaiheessa koulutettavan osaamisen karttumista seuraavaan ELSA-järjestelmään ei ole tällaista tulosta. Sähköisestä seurantajärjestelmästä on hyvä esimerkki ERHA, jota käytetään Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa niiden jaksojen laskutuksessa, joissa on kyse kuukausikorvauksesta.

Toisaalta kuntien haastatteluissa tuli myös esille se, että he toivoisivat kuukausikorvauksissa jatkuvan maksatuksen järjestelmää. Näin aina koulutettavan vaihtaessa työpaikkaa voisi saman tien hakea koulutuskorvausta AVI:lta. Jälkikäteen tarvittavien dokumenttien pyytäminen koulutettavilta on vaikeaa ja näin koulutuskorvaus saattaa jäädä hakematta.

Ongelma 3.

Rahan käyttö ei ole läpinäkyvää eikä korvaus välttämättä edes mene koulutukseen.

Tämä ongelma tuotiin esille sekä yliopistosairaaloissa, muissa sairaaloissa että kuntien terveyskeskuksissa. Monissa paikoissa saatu koulutuskorvaus budjetoidaan toimipaikan yleisiin kuluihin tai kunnan yleiseen terveysbudjettiin. Sinänsä tämä ei välttämättä olisi ongelma kun koulutuskorvaus on niin pieni, ettei se kata kuin pieneltä osin koulutuskuluja. Toisaalta ne paikat, joissa koulutuskorvausta maksetaan läpinäkyvästi erikoislääkärikouluttajien tai lähiohjaajien palkanlisänä, koulutettavien toimipaikan ulkopuolisiin koulutuksiin ja kun toimipaikka selkeästi toteuttaa koulutettavien tutortunteja, toimipaikkakoulutusta ja huolehtii koulutettavien jatkuvasta tuesta ja arvioinnista, saavat parhaita arvioita koulutettaviltaan, nostavat paikan laatua ja suosiota sekä parantavat toimipaikan rekrytointia.

Monet haastateltavat toivat esille, että STM:n tai AVI:en pitäisi ohjeistaa paremmin koulutuspaikkoja mihin koulutuskorvausta tulisi käyttää sekä valvoa käyttöä nykyistä paremmin. Joissain sairaaloissa ei ollut lainkaan tehty raportointia miten koulutuskorvausta oli käytetty. Isoissa organisaatioissa koulutuskorvauksista vastaavat vaihtuvat ja hiljainen tieto ei välttämättä siirry. Siten selkeät ohjeet koulutuskorvauksen käytöstä ja raportoinnista olisivat paikallaan.

Sairaalat joutuvat lisäksi budjetoimaan koulutuskorvauksen jo ennen kuin ne tietävät kuinka paljon koulutuskorvausta on tulossa tietylle vuodelle.

Ongelma 4

Monet koulutuskorvauksiin liittyvät säännöt koetaan lisäksi monimutkaisina.

EU/ETA-maiden ulkopuolelta tulevien lääkäreiden amanuenssijakson maksatusperusteita ei monissa paikoissa tunneta ja sitä maksetaan haastateltavien mukaan liian lyhyt aika (6 kk). Ulkomaalainen lääkäri on vasta opettelemassa suomen kieltä eikä saa suoritettua Tampereen tenttejä tässä ajassa laillistuakseen.

Säännöt siitä, mikä taho voi hakea koulutuskorvausta missäkin tilanteessa, koetaan myös monimutkaisina. Koulutuskorvaus ei mahdollista erikoistumista yksityissektorilla muilla erikoisaloilla kuin työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksessa.

8 Pula-alojen tukeminen

8.1 Tutkimusta pula-alojen tukemisesta

Lääkäripulasta on oltu pitkään huolissaan eri puolilla maailmaa (Heilmann 2010, Verma ym. 2016, Rees ja Bracewell 2019, AAMC 2021). Viime vuosina on arvioitu erityisesti lähivuosikymmenen lääkäripulaa, kun suuret ikäluokat jäävät eläkkeelle. Pula liittyy myös väestön vanhenemiseen ja siitä johtuvaan hoitotarpeiden kasvuun sekä lääkäreiden uupumiseen suurenevan työtaakan alla. Yhdysvalloissa arvioidaan olevan 2030-luvulla noin 139 000 lääkärin vaje (AAMC 2021, Merritt Hawkins 2021). Suurimmat pula-alat ovat Yhdysvalloissa tuon arvion mukaan neurologia, psykiatria, gastroenterologia mutta myös geriatria ja yleislääketiede ovat 10 pula-alan joukossa.

Katsauksia pula-aloista ja niihin kohdistuneista rekrytointimahdollisuuksista on tehty erityisesti siitä, miten perusterveydenhuollon lääkäreitä saataisiin syrjäseudulle tai harvaan asutuille alueille (useimmat tutkimukset käyttävät tässä yhteydessä sanaa maaseutu) (Curran ja Rourke 2004, Wilson ym. 2009, Myhre ym. 2015, MacQueen ym. 2018, Hamouzadeh ym. 2019, Holloway ym. 2020). Myös psykiatri- (Sierles ja Taylor 1995), geriatri- (Hayashi ym. 2009, Pitkälä ym. 2018), ylipäätään yleislääkäri- (Rees ja Bracewell 2019), pediatri- (Mallett ym. 2022) ja radiologipulasta (Lamb 2005) ja alojen spesifeistä rekrytointimahdollisuuksista on kirjoitettu. COVID-19 pandemian jälkeen on oltu huolissaan myös anestesiologivajeesta (Hussain ja Kataria 2021). Suomen terveydenhuollon yleisestä ammattilaisvajasta on myös kirjoitettu (Heilmann 2010).

Pula-alojen ongelmassa ei ole kyse vain erikoistujien rekrytoimisesta ja alan vetovoimasta vaan myös millainen on alan pitovoima (Heilmann 2010, Rees ja Bracewell 2019, Isometsä 2021). Suomessa erityisongelmana on erikoislääkärien siirtyminen julkiselta sektorilta yksityissektorille (Isometsä 2021). Alan houkuttelevuus rakennetaan jo perusopetuksessa ja pula-alojen perusopetuksen laajentaminen olisi tarpeen. Lääketieteellisten tiedekuntien valintamenettely suosii vahvasti luonnontieteisiin ja biologiaan orientoituneita opiskelijoita ja siten esimerkiksi psykiatriset alat voivat houkuttaa heitä muita aloja vähemmän. Alan houkuttelevuuteen vaikuttavat myös sen julkisuuskuva. (Isometsä 2021.) Eräät haastateltavat toivat esille, että esimerkiksi perusterveydenhuollossa tulisi kehittää erikoislääkäreiden urapolkuja ja kehittymismahdollisuuksia alan pitovoiman vahvistamiseksi.

Hammaslääkäreistä vain noin 15 % erikoistuu. Jo vuonna 2013 tehdyn raportin mukaan erikoishammaslääkäreitä tarvitaan merkittävästi lisää, jotta palvelujärjestelmä voi vastata väestön tarpeisiin (Forss ym. 2013). Väestön vanheneminen vaikuttaa

merkittävästi suun terveydenhuoltoon ja tuo lisäpainetta erikoishammaslääkäritasoi-
sen osaamisen kasvattamiseen. Haastateltavat toivat vahvasti esille erikoishammas-
lääkärikoulutuksen kasvun tarpeen ja useampi toi esille, että käytännössä jokainen
erikoishammaslääkärialalla on pula-ala.

Taulukkoon 10 on koottu niitä erilaisia keinoja, joita on ehdotettu ja/tai tutkittu pula-
alojen houkuttelevuuden lisäämiseksi. Näyttö näiden vaikuttavuudesta ei ole kovin
vahvaa, sillä tutkimuksista monet ovat havainnoivia seurantatutkimuksia ja siten se-
koittavien tekijöiden hallinta on vaikeaa. Tutkimuksissa ”pula-ala” on heikosti määri-
tely ja se vaikeuttaa tutkimusten vertailua (Wilson ym. 2009). Halu hakeutua ns. pula-
alalle ja pysyä siellä riippuu monista sisäistä ja ulkoisista tekijöistä, kuten nuoren lää-
kärin omasta elämäntilanteesta, arvoista ja asenteista, työn sisällöstä ja määrästä,
työolosuhteista, mitä muuta työtä on tarjolla ja miten työ esitellään opiskelijalle perus-
opintojen aikana (Curran ja Rourke 2004). Esimerkiksi psykiatriassa eri aikakausien
arvot ja yleiset mielipiteet ovat vaikuttaneet alan suosioon (Sierles ja Taylos 1995).
Kun jostain alasta tulee pula-ala, sen pitovoima alkaa heikentyä kun työ jakautuu yhä
harvemmillem, jotka uupuvat työtaakan alle. Lisäksi ala ei enää vastaa sitä työtä mihin
erikoistuja aiemmin hakeutui. Työ saatetaan kokea epäeettisenä kun sitä ei pysty te-
kemään niin hyvin kuin toivoisi. Työn resurssointi vaikuttaa.

Taulukko 10. Kirjallisuuden mukaan keinoja, joita käytetty pula-alalle rekrytoinnissa ja sen pito-
voimana.

Lähde / tutkimuksen fokus	Keino	Tulos
Verma ym. 2016 (syst katsaus keinoihin lisätä yleislääkärin työn vetovoimaa)	1. Rahalliset kannustimet (11 tutkimusta: esim. opintojen maksaminen)	1. Vahvin näyttö. 6 tutkimuksessa vertailuryhmä. Interventoryhmässä suurempi osa jäi maaseudulle töihin vrt vertailuryhmään.
	2. Maaseudulta kotoisin olevien rekrytointi yliopiston lääketieteelliseen	2. 6 tutkimusta, yhdessä vertailuryhmä. Interventoryhmässä suurempi osa jäi maaseudulle töihin vrt vertailuryhmään.
	3. Kansainvälinen rekrytointi	3. 4 tutkimusta, yhdessä vertailuryhmä. Ulkomaalaiset lääkärit pääsivät maaseudulle töihin ilman viisumia (USA, Australia) ja jäivät sinne useammin kuin he, joilla oli viisumi alun perin.
	4. Perusopetuksessa paljon harjoittelua perusterveyden- huollossa / maaseudulla	4. 2 tutkimusta, yhdessä vertailuryhmä. Ko. harjoitteluun osallistuneet hakuivat useammin töihin PTH:oon/maaseudulle.

Lähde / tutkimuksen fokus	Keino	Tulos
	5. Valmistumisen jälkeinen harjoittelu maaseudulla	5. 3 tutkimusta, yhdessä vertailuryhmä. Maaseudulla harjoittelunsa tehneet hakeutuivat sinne useammin pysyvään työhön.
	6. Hyvinvointi ja vertaistukiohjelmat eristyneillä alueilla toimiville lääkäreille	6. 3 tutkimusta, yksi näytti heikkoa vaikutusta ja kahdessa norjalaisessa tutkimuksessa sekä rekrytointi että pito maaseudulla oli hyvä.
	7. Markkinointi	7. Videomarkkinointi vähensi rekrytointia. Sosiaalisen median markkinointi lisäsi halukkuutta maaseututyöhön Skotlannissa.
	8. Useita kannustimia	8. Heikko näyttö, vain 5 pientä tutkimusta, ei vertailuryhmää
	9. Tuki ammatilliselle kehitymiselle ja akateemiset kannustimet tutkimukseen ja opetukseen	9. 5 tutkimusta. Ei vertailuryhmiä. Akateeminen kannustin saattaa tuoda pitovoimaa
	10. Joustavat työajat	10. Joustavat työajat, lyhennetty työviikko toi pitovoimaa.
	11. Muut: esim. rekrytoija on erikoistunut rekrytoimiseen	11. Heikko näyttö
Sterling ym. 2017 (syst. katsaus: 6 tutkimusta)	Nuorten lääkäreiden rekrytointi sosiaalisen median avulla	Poikkileikkaustutkimuksia, hakijat kyllä käyttävät paljon sosiaalista mediaa mutta vaikutus rekrytointiin jää avoimeksi.
Rees ja Bracewell 2019 (narratiivinen katsaus)	Akateemisten kannustimien tuonti kliinisen työn rinnalle	Akateemiset kannustimet (tutkimus, kehittäminen, urapolut) tekevät työpaikan houkuttelevaksi ja pitovoimaiseksi. Asiaa pitäisi tutkia enemmän.
MacQueen ym. 2018 (syst. katsaus miten lääkäreitä saadaan maaseudulle töihin)	Kasvaminen maaseudulla Koulutusohjelman merkitys	Nuoren lääkärin ollessa kotoisin maaseudulta on vahvin yhteys hakeutumiseen töihin maaseudulle Koulutusohjelman piirteillä ei johdonmukaista yhteyttä

Eniten on tutkittu, miten nuoria lääkäreitä saataisiin hakeutumaan perusterveydenhuoltoon ja harvaan asutuille seuduille lääkärin työhön. Eniten on tutkittua tässä rahallisia kannustimia, kuten perusopintojen korvausta, stipendejä ja palkkakannustimia, jotta nuori lääkäri hakeutuu maaseudulle/harvaan asutulle alueelle töihin. Niillä näyttäisi olevan vaikutusta sekä alalle/syrjäseudulle hakeutumiseen että siellä pysymiseen (Myhre ym. 2015, Verma ym. 2016, Hamouzadeh ym. 2019). Lisäksi on tutkittu miten perusopintojen aikainen tai valmistumisen jälkeinen harjoittelu maaseudulla vaikuttaa sinne töihin hakeutumiseen ja siellä pysymiseen. Näilläkin näyttäisi olevan merkitystä (Myhre ym. 2015, Verma ym. 2016). Samoin maaseudulta kotoisin olevien nuorten valinta lääketieteelliseen lisää maaseudulle palaavien lääkäreiden määrää (Curran ja Rourke 2004, Verma ym. 2016, MacQueen ym. 2018). Myös akateemisesti orientoitunut työpaikka, tutkimus- ja kehittämismahdollisuudet ja uramahdollisuudet voivat tuoda työhön pitovoimaa (Verma ym. 2016). Joustavilla työajoilla ja hyvinvointi- tai vertaistukiohjelmilla saattaa myös olla merkitystä (Verma ym. 2016). Laadullinen tutkimus toi esille yllättäviäkin asioita kuten perheenperustamisen ongelmat nuorilla lääkkäreillä ja heidän huoltaan yksinäisyydestä syrjäseudulla (Holloway ym. 2020).

Radiologian alalla korostetaan toimipaikan joustavuutta ja sopeutumista erikoistuvan tarpeisiin ja toiveisiin (Lamb 2005). Geriatriassa on korostettu koulutuksen merkitystä alalle hakeutumisessa (Hayashi ym. 2009). Pediatriassa tuodaan esille ammatillinen edunvalvonta, mentorointi, työvoiman monimuotoisuus, työolosuhteiden parantaminen, urakehityksen joustavuus ja erilaisten kouluttautumisen mahdollistaminen (Mallett ym. 2022). On myös tuotu esille, että toimipaikan imagon markkinoinnin merkitystä ei ole ymmärretty ja nettiä käytetään liian vähän rekrytoinnissa (Heilmann 2010). Suomalaisen laadullisen tutkimuksen mukaan hiljainen tieto välittyy huonosti eläköityviltä nuorille ja työkiertoa käytetään liian vähän houkuttimena (Heilmann 2010). Useat haastateltavat toivat myös esille sen, että lääkärit tulisi kouluttaa siellä missä heitä tarvitaan. Nuoret lääkärit perustavat perheensä ja jäävät sille paikkakunnalle, missä he viettävät erikoistumisvuotensa.

8.2 Pula-alojen määrittelyä

Jotta pula-alaa voisi tukea, siitä pitäisi olla yhteinen määritelmä ja konsensus millaisia aloja tuetaan. Pula-alalla ei kuitenkaan ole valitettavasti yhteistä kansainvälistä määritelmää eikä myöskään konsensusta Suomessa, mikä on pula-ala. Pula-alojen määrittely vaihteli haastateltaviemme mukaan ja se koettiin yleisesti vaikeaksi. Pula-aloja on myös yritetty selvittää Laine ja Waseniuksen (2019) ja Rellmanin (2016) raporteissa, joissa pyritään määrittelemään erikoislääkäreiden tarvetta pitkälle tulevaisuuteen ja siten vaikuttamaan yliopistojen valintamenettelyyn. Yliopistojen erikoislääkärikoulutuksen valintamenettely pyrkii säätelemään valtakunnallisesti eri erikoisaloille koulutettavien määriä, jotta ne vastaisivat aiempaa paremmin eri erikoislääkärien alueelliseen ja valtakunnalliseen tarpeeseen. Laine-Waseniuksen (2019) ja Rellmannin (2016) raporteissakin päädyttiin hieman erilaisiin tarvelukemiin. Erikoislääkäritarvetta on pyritty

vuosien mittaan moneen kertaan selvittämään ottamalla huomioon tulevien vuosien eläkepoistumaa ja viime vuosien toteutunutta koulutusta (Parmanne ym. 2013, Ruskoaho ym. 2015).

Sairaaloiden johtajaylilääkäreiden haastatteluissa monet vastaajista suhtautuivat pula-ala käsitteeseen varauksella. Lisäksi valtion koulutuskorvausten kohdentamisella ei nähty olevan merkittävää vaikutusta tilanteeseen vaan kyse on laajemmasta kokonaisuudesta. Useampi haastateltava toi esille sen, että jonkun erikoisalalan pula-alaksi määrittäminen voi tuoda enemmän haittaa kuin hyötyä. Pula-alan leima voi heikentää entisestään alan vetovoimaa. Taulukossa 11 on kuvattu haastateltavien eri määritelmiä pula-alalle.

Taulukko 11. Pula-alojen määritelmiä haastateltavien mukaan

Liian vähän erikoislääkäreitä valtakunnallisesti (esim. psykiatrian alat, yleislääketiede, erikoishammaslääkärit)
Liian vähän erikoislääkäreitä tai koulutettavia lääkäreitä alueittain (ns. pula-alue) (monet erikoisalalat)
Liian vähän erikoislääkäreitä julkisella sektorilla vaikka heitä olisi yksityissektorilla (esim. silmätaudit, psykiatria)
Liian vähän hakijoita alan erikoislääkärikoulutukseen verrattuna paikkamäärään (monet erikoisalalat)
Seniori (erikoislääkäri) - koulutettava suhde on liian pieni toimipaikoilla (paheneva tilanne yleislääketieteessä)
Väestön tarpeisiin nähden liian vähän lääkäreitä, työtä liikaa ja siten alan pitovoima on heikko (yleislääketiede)
Erikoislääkärimäärien kehittyminen eläköitymisen myötä seuraavien vuosikymmenien kuluessa osoittaa vähenevää erikoislääkärimäärää suhteessa tarpeeseen (monet erikoisalalat)
Liian vähän hakijoita alan erikoislääkärikoulutukseen (monet erikoisalalat)

Haastateltavat toivat myös esille sen, että tulevaisuuden ennustaminen on erittäin haasteellista. Monilla aloilla (esim. laboratoriolääketieteet) työnkuva on muutoksessa ja koneet saattavat korvata analytiikassa ihmisen työtä, mikä tulee merkittävästi muuttamaan erikoislääkärien tarvetta tulevaisuudessa. Myös kliinisillä aloilla esim. lääkäreiden työnkuvan muuttuminen etätöksi tai konsultin roolin lisääntyminen saattavat muuttaa erikoislääkäreiden työnkuvaa, tarvetta ja pitovoimaa.

8.3 Voiko pula-aloja tukea koulutuskorvauksien kohdentamisella?

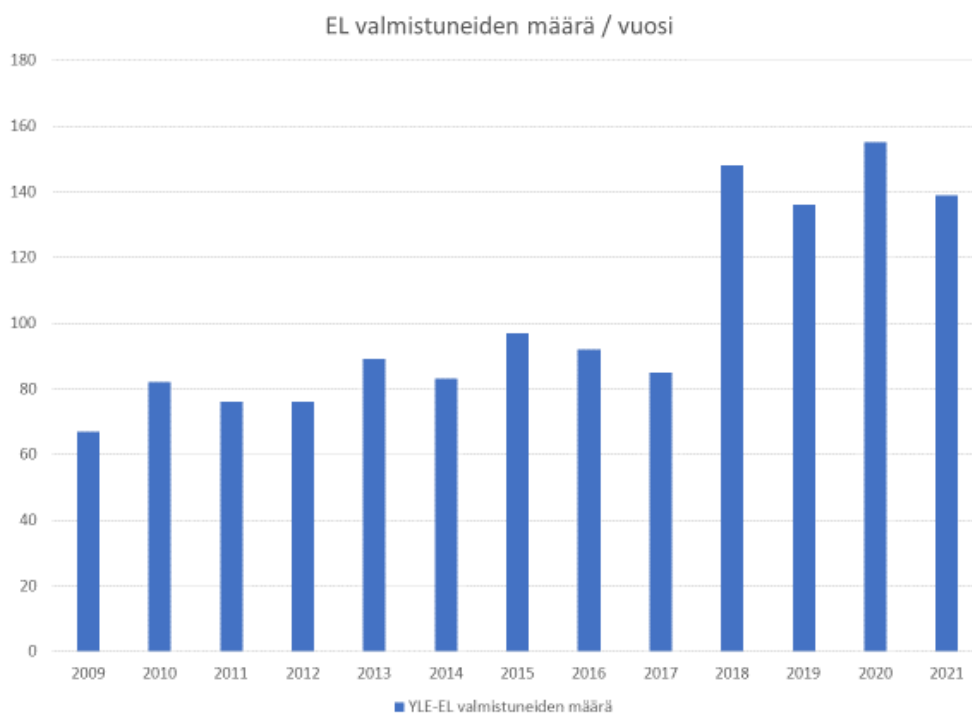
Koulutuskorvauksien kohdentamisen vaikutuksista emme löytäneet kansainvälistä tutkimusta. Suomesta on kuitenkin useita esimerkkejä siitä, että koulutuksen tuki pula-alalla on lisännyt ko. alalle erikoislääkäriksi koulutettavien määrää (esim. yleislääketiede, psykiatria, työterveyshuolto).

Yleislääketieteen perusterveydenhuollon yksiköt aloittivat 2000-luvun puolivälissä yliopistollisissa sairaaloissa. Esimerkiksi Helsingin yliopistossa oli tuolloin noin 150 erikoistuvaa. HUS:n Perusterveydenhuollon yksikkö on kouluttanut noin 130 erikoislääkärikouluttajaa ja 130 YEK /9kk jakson lähiohjaajaa 15 vuoden aikana. Lisäksi HUS:n Perusterveydenhuollon yksikkö on organisoinut kouluttajarakenteen, jossa Perusterveydenhuollon yksikkö tukee alueensa erikoislääkärikoulutuksen toimijoita 90 terveysasemalla. HYKS alueella on 7 alueellista koulutusyliääkäreitä, jotka toimivat omien alueidensa erikoislääkärikouluttajien ja lähiohjaajien tukena sekä järjestävät erikoistuville alueellista koulutusta. HUS-Yle yksikkö on tehnyt alueensa terveyskeskuksien kanssa koulutussopimukset, joiden toteutumista se valvoo yliopiston yleislääketieteen osaston kanssa. Luvussa 7.4. on kuvattu koulutuspaikan velvoitteet, joita valvotaan.

Tämä selkeä koulutusrakenne, koulutuksen tuki ja koulutettaville järjestetty säännöllinen sopimuksen määräämä ohjaus, toimipaikkakoulutus, toimipaikan ulkopuolisen koulutuksen vaatteet toimipaikoille jne. on lisännyt yleislääketieteeseen erikoistuvien määrän yli 580 Helsingin Yliopistossa. Yleislääketiede on ylivoimaisesti suosituin erikoisala. Viime vuosina myös yleislääketieteen erikoislääkäriksi valmistuvien määrä on lähtenyt selkeään nousuun. Kuva 12 osoittaa, miten vuodesta 2018 lähtien – noin 10 vuotta siitä, kun koulutusrakenteita alettiin vahvistaa ja perusterveydenhuollon yksiköt perustettiin yliopistosairaanhoidopiireihin – on yleislääketieteen erikoislääkäreiksi valmistuneiden vuosittainen määrä kasvanut 75 %:lla eli noin 80:sta 140:een. Erikoistuminenhan kestää keskimäärin lähes 10 vuotta (Parmanne ym. 2013). Yleislääketieteeseen erikoistumaan hakeutuu valtakunnallisesti nykyään yli 200 henkilöä vuosittain.

Toinen esimerkki on työterveyshuolto, joka saa 2.9 miljoonaa euroa STM:ltä erillisrahoituksena vuosittain erikoislääkärikoulutukseen. Sopimukset koulutuspaikkojen kanssa on pääosin koulutuspaikkojen velvoittavuudessaan samankaltaisia kuin yleislääketieteessäkin. Samoin niiden toteutumista yliopiston työterveyshuollon erikoisala valvoo saamallaan koulutuskorvauksella. Työterveyshuollossa erikoislääkäreiden määrä oli 2000-luvun alussa noin 200 kun se nykypäivänä – 17 vuotta erillisrahoituksen aloittamisen jälkeen – on nelinkertainen eli noin 800.

Kuva 12. Valtakunnallisesti yleislääkäriksi valmistuneiden vuosittainen määrä vuodesta 2009 vuoteen 2021,



Myös psykiatriassa on käytetty koulutusporkkanaa alan houkuttelevuuden lisäämiseksi. Koulutettavat saavat hyvän lähiohjaajien tuen, he pääsevät vuosittain alan kongressiin ja saattavat päästä myös koulutuksen aikana terapiakoulutukseen. Tämä on nostanut psykiatriaan erikoistuvien määrää ja psykiatria on nykyään esim. Helsingissä kolmanneksi suosituin hakukohde yleislääketieteen ja työterveyshuollon jälkeen.

Koulutuksen tuki on monilla pula-aloilla jo täysimääräisesti käytetty porkkana tähän mennessä – ei kuitenkaan kaikilla. Eräät haastateltavat toivat esille, että lisärahoitusta koulutusrakenteiden luomiseen voisi pilotoida esim. 5 vuoden ajan jollain pula-aloilla kuten lasten- ja nuorisopsykiatriassa tai alueellisesti.

Monet muutkin keinot pula-aloille houkuttelemiseksi on jo käytetty. Monet lääkäripulasta kärsivät koulutuspaikat kilpailevat jo koulutettavien palkoilla ja tarjoavat esim. ulkomaan kongresseja koulutettavilleen. Koulutettavien hyvinvointiakin on tuettu esim. työnohjauksen avulla. Sen sijaan vähemmän on käytetty sitä, että lääketieteen perusopetuksessa pula-alat saisivat enemmän tilaa. Samoin akateemisuuden ja urakehitysmahdollisuuksien lisääminen pula-aloille on liian vähän käytetty porkkana. Esimerkiksi yhden tutkimuskuukauden tarjoaminen vuosittain koulutettaville voisi houkuttaa koulutettavia ja samalla ohjata heitä kehittämään omaa alaansa. On myös huomattava, että eräiden erikoisalojen pitovoimaa on mahdollista lisätä parantamalla alan re-

surssointia lääkärihakemusten määrää kasvattamalla (esim. psykiatria, yleislääketiede). Alan voimakkaasta markkinoinnista tai erityisistä rekrytoijista ei ole tutkimusten mukaan näyttöä.

8.4 Erikoishammaslääkäripula uhkaa eläköitymisen myötä

Erikoishammaslääkäreistä on valtakunnallisesti hyvin vähän. Vuoden 2022 alussa heitä oli Suomessa 642 ja vuosittain valmistuu noin 32 erikoishammaslääkärinä. Väestörakenteen muuttuessa suun terveydenhuoltoon kaivataan erikoistason osaajia, väestö vanhenee ja enenevässä määrin omat hampaat suussa. Erityisesti maakunnissa pula on merkittävä, Itä-Suomen yliopiston alueella on esimerkiksi vain yksi lasten hammashoidon erikoishammaslääkäri. Yhtenä tekijänä erikoishammaslääkäripulassa on virkapohjien puute. Keskussairaaloihin ei voida palkata erikoistujia, sillä virkoja ei ole. Myöskään kouluttajia ei saada samasta syystä.

9 Arviointia ja pohdintaa

9.1 Erilaisia malleja korvauskäytäntöjen kehittämiseksi

Edellä luvussa 8 on kuvattu niitä ongelmia, joita koulutuskorvauksissa, niiden maksussa tai raportoinnissa on. Tässä luvussa kuvataan aluksi mahdollisia malleja näiden ongelmien ratkaisemiseksi. Keskeiset ongelmat ovat siis rahoituksen pienuus, sen käytön läpinäkyvättömyys, rahoituksen käytön määrittelyn ja raportoinnin epäselvyys, korvauserusteiden monimutkaisuus erityisesti kuukausikorvausten suhteen, toimipaikkojen kannalta korvaus pitää budjetoida ennen kuin tiedetään miten paljon korvausta on tulossa, ETA-maiden ulkopuolelta tulevien amanuenssien korvauserusteista ei ole palvelujärjestelmällä riittävästi tietoa ja sitä saa vain lyhyen aikaa sekä yksityissektorin rooli koulutuksessa. Mikään näistä malleista ei ratkaise koulutuskorvauksen perusongelmaa eli korvauksen vähäisyyttä verrattuna koulutuksen aiheuttamiin kustannuksiin. Tätä perusongelmaa on tuotu esille jo 1998 lähtien useimmissa STM:n tai STAKES:n selvityksissä ja ongelma on viime vuosien mittaan edelleen vaikeutunut.

Malli 1. Raha seuraa koulutettavaa

Tällä ymmärretään sitä, että kaikki korvaus muuttuisi kaikissa toimipaikoissa kuukausikorvauserusteiseksi. Tätä mallia on ehdotettu jo Oukan ja Haglundin raportissa (2003) ja tätä pohtivat myös useat haastateltavamme. Mallin hyvinä puolina voi pitää sitä, että korvaus menisi läpinäkyvästi siihen mihin se on tarkoitettu eli niille toimipaikoille, jotka kouluttavat. Tällä tavalla korvaus toimisi porkkanana koulutuspaikoille tehdä hyvää koulutusta, sillä koulutettavat hakeutuvat paikkoihin, joissa on tarjolla hyvää koulutusta. Ongelmana tässä mallissa on edellä kuvattu monimutkaisuus. Malli olisi erittäin työläs ja AVlen työ lisääntyisi. Mikäli tähän malliin päädyttäisiin, tarvittaisiin valtakunnallinen yhteinen sähköinen seurantajärjestelmä kaikille koulutettaville. HUS:ssa on käytössä ns. ERHA-järjestelmä, jolla sähköinen työkalu laskee HUS:n sairaaloissa (muut kuin yliopistollinen -keskussairaala) kätevästi koulutettavien koulutusjaksot. ERHA todentaa yliopiston järjestelmistä koulutettavan opinto-oikeuden ja laskee sairaalan järjestelmistä koulutusjakson pituuden poislukien poissaolot. Tällainen sähköinen järjestelmä seuraisi myös rahan kulkua ja katkaisisi korvaukset siihen, kun koulutettava olisi ollut maksimaalisen koulutusajan erikoistumassa. Uusi e-järjestelmä olisi kallis mutta pieni raha verrattuna koulutuskorvauksiin ja nykyiseen kuukausikorvausten laskutukseen käytettyyn henkilötyöhön.

Malli 2. Kaikille tuleville hyvinvointialueille sama laskutapa valmistuneiden EL ja EHL määrän mukaan.

Tässä mallissa koulutuskorvaus laskettaisiin kuten nykyään tehdään yliopistosairaaloiden kohdalla eli kolmen viime vuoden aikana valmistuneiden lääkäreiden ja EL-mukaan. Tämä malli on yksinkertainen ja helpottaisi huomattavasti kaikkien tahojen työtä. Tämä olisi tulevilla hyvinvointialueilla helpoin tapa jakaa koulutuskorvaukset. Ongelmana on kuitenkin se, että tällöin koulutuskorvausta ei voisi käyttää porkkanana koulutuksen kehittämiseksi. On suuri riski, että monin paikoin – kuten jo nyt tapahtuu – entistä suurempi osuus korvauksesta menisi palvelujärjestelmän ylläpitoon ja palkkoihin. Suurimpana uhkana olisi se, että palataan ”vanhoihin aikoihin”, jolloin koulutettavat olivat vain työvoimaa ja erikoislääkärin paperit saatiin käymällä riittävä aika töissä ko. erikoisalalla. Malli ei myöskään ota kantaa, miten koulutussopimukset yliopiston ja toimipaikkojen kesken solmitaan ja miten tämä vaikuttaa toimipaikan saamiin korvauksiin. Tällä mallilla on vaikea hallinnoida, miten koulutettavien määrä toimipaikoilla vaikuttaa korvauksiin.

Malli 3. Yliopistoihin perustetaan pedagogis-auditoivat yksiköt

Tässä mallissa aiempaa suurempi osa rahoituksesta menisi yliopistoille, jotka perustavat erikoislääkärikoulutusta varten pedagogis-auditoivan yksikön ja tekevät sopimukset palvelutuottajien kanssa. Tässäkin mallissa tarvitaan sähköinen reaaliaikainen seurantajärjestelmä siitä, missä koulutettavat suorittavat koulutusjaksojaan. Rahoitusperusteena voisi käyttää yksinkertaista laskentamallia, jossa korvaus hyvinvointialuekohtaisesti lasketaan valmistuneiden erikoislääkäreiden määrän mukaan. Raha kuitenkin jaettaisiin sen mukaan, miten paljon toimipaikoissa on koulutettavia ollut esim. viimeisen puolen vuoden aikana. Yliopisto määritteli koulutuspaikat omien sopimustensa perusteella. Tämän etuna olisi koulutuksen jatkuva kehittäminen ja laadun valvonta. Koulutuskorvaus menisi niihin toimipaikkoihin, joissa on koulutettavia ja jotka tekevät laadukasta koulutusta. Tämä malli on yleislääketieteen ja työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksessa lisännyt alojen houkuttelevuutta ja parantanut koulutuksen laatua ja rahoituksen läpinäkyvyyttä. Tosin molemmilla erikoisaloilla on oma erillisjärjestelynsä – yleislääketieteessä YO-sairaanhoidopiiriin PTH-yksikkö tekee suurimman osan erikoislääkärikoulutuksen kehittämisestä ja valvonnasta. Sopimukset yliopiston, PTH-yksikön ja terveyskeskusten välillä määrittelevät tarkkaan koulutuksen vastuut ja veloitteet. Työterveyshuollon erikoislääkärikoulutusrahoitus tulee STM:n erillisrahoituksesta, jossa on selkeät säännöt miten sitä tulee käyttää koulutukseen.

Erityisen tarpeelliselta tämän kaltainen malli tuntuisi uusilla hyvinvointialueilla, joissa yliopisto voisi tehdä sopimuksia koulututtavien toimipaikkojen kanssa suoraan ja näin koulutus korvamerkitään niille paikoille, jotka aidosti kouluttavat ja kehittävät sitä. Myös yksityissektorin olisi mahdollista saada korvausta mikäli ne saavat tehdyksi koulutussopimuksia yliopiston kanssa. Haittana voi pitää sitä, että yliopistokin voi käyttää ison osan korvauksesta hallintokuluihin. Siksi rahoitus pitäisi korvamerkitä erikoislääkärikoulutukseen. Haittana on myös se, että korvaus palvelujärjestelmään pieneneisi

kun yliopistot ottaisivat korvauksesta oman siivunsa. Tämä olisi ehdotuksemme mukaan kuitenkin melko kohtuullinen. Lisäksi em. yleislääketieteen ja työterveyshuollon hyvin toimivat koulutusorganisaatiot sopimuksineen tulisi säilyttää nykyisellään, sillä siirtyessään yliopiston hallinnoimiksi olisi suuri riski niiden heikentymisestä ja koulutusta organisoivien tiimien ja osaamisen häviämisestä.

Mikäli yliopistojen pedagogis-audioivat yksiköt perustettaisiin ja rahoitusta lisättäisiin, voidaan mallina käyttää yleislääketieteen ja työterveyshuollon luomia malleja. Esimerkiksi tällä hetkellä yleislääketiede kouluttaa HUS:n perusterveydenhuollon yksikön avulla noin 600 erikoislääkärikoulutettavaa ja HY:stä on valmistunut keskimäärin 40 erikoislääkärinä vuodessa. Yksikön budjettiin suhteutettuna tämä merkitsee noin 1 000 €/ koulutettava/ vuosi tai 15 000 € /valmistunut erikoislääkäri/ vuosi. Tähän ei tosin ole laskettu noin 1 000 YEK-jaksoa suorittavaa lääkäriä, joita myös hallinnoidaan ko. yksikön kautta. Myöskään terveyskeskuksissa kaikkien erikoisalojen 9 kuukauden jaksoa suorittavia ei ole tässä laskelmassa sisällytetty mukaan. Työterveyshuolto kouluttaa valtakunnallisesti yliopistoille saadulla 900 000 €:n korvauksella 900 erikoistuvaa/vuosi ja erikoislääkäreitä valmistuu 45 vuosittain. Tämäkin merkitsee kuluina noin 1 000 €/ koulutettava/vuosi tai 20 000 €/ valmistunut erikoislääkäri / vuosi. Jos nämä luvut suhteutettaisiin kaikille yliopistoille ja erikoisaloille (9 500 erikoistuvaa, 700 valmistuu/v), olisi yliopistojen pedagogis-audioivien yksiköiden kulut arviolta 10–(14) miljoonaa euroa/vuosi. On otettava kuitenkin huomioon, että yliopistoilla on jo nyt tehtäviä (valintamenettely, valtakunnalliset erikoislääkärikoulutukseen liittyvät velvoitteet kuten ELSA ja muut sähköiset järjestelmät, koordinaattorit, opiskelijoiden tukipalvelut), joita varten yliopistot saavat nykyään 3.1 miljoonaa euroa. Tuolla 3.1 miljoonalla eurolla ne palvelevat myös yleislääketiedettä ja työterveyshuoltoa. Siten noin 13–17 miljoonalla eurolla yliopistot voisivat pedagogisesti kouluttaa palvelujärjestelmään kouluttajat ja lähiohjaajat sekä visitoida koulutuspaikkoja säännöllisesti.

Järkevintä olisi, että yleislääketiede ja työterveyshuolto jatkaisivat nykyistä koulutusorganisaatiotaan ja saisivat erillisrahoituksen ja em. tarvelaskelmasta poistetaan 150 vuosittain valmistunutta yleislääketieteen erikoislääkärinä ja 50 työterveyshuollon erikoislääkärinä. Siten yliopiston pedagogis-audioivan yksikön tarve noin 500 valmistunutta erikoislääkärinä kohden olisi noin 8.75 miljoonaa euroa/vuosi ja lisäksi em. 3.1 miljoonaa euroon (500*17 500+3 100 000) eli yhteensä 11.9 miljoonaa euroa/vuosi.

Malli 4. Kouluttajille korvaus ja koulutettaville koulutusrahaa suoraan

Tämä ehdotus tuli haastateltavilta. Etuina olisi koulutuskorvauksen varaaminen aidosti koulutuksen tukemiseen ja sen läpinäkyvyys. Haittana olisi korvauksen monimutkaisuus. Kouluttajat ja lähiohjaajat vaihtuvat koulutuspaikoissa ja järjestelmän ylläpito maksaisi. Kuka päättäisi, millaiseen koulutukseen koulutettavien kannattaa mennä? Tämä malli ei ratkaisisi montakaan korvauksen perusongelmaa.

Näyttää kaiken kaikkiaan siltä, että mikä tahansa malleista otetaan käyttöön, tarvitaan joka tapauksessa sähköistä seurantajärjestelmää erikoislääkäriksi koulutettavien jaksojen laskentaan. Erikoistuvien lääkäreiden määrä tulee tulevina vuosina edelleen kasvamaan ja tämä vaikeuttaa jaksojen laskentaa.

Malli 5. Eräiden pula-alojen kohdalla voisi kokeilla pilottina kohdennettua koulutusrahoitusta

Monet pula-alat ovat jo kehittäneet erikoislääkärikoulutusta ja saaneet rekrytoitua alalle lisää erikoislääkärikoulutettavia. Eräiden pula-alojen kohdalla tällaista kohdennettua rahoitusta voisi kuitenkin kokeilla alalle rekrytoitavien houkuttelemiseksi. On kuitenkin muistettava, että alan houkuttelevuus ja pitovoima riippuvat monista muistakin seikoista kuin koulutuksesta. Hammaslääketieteen erikoishammaslääkäreistä on kaikilla erikoisaloilla pulaa. Koulutuksessa suurin haaste on koulutettavien ja kouluttajien vakanssien puute. Opinto-oikeuksia on myönnetty vain se määrä, mitä on vakansseja palvelujärjestelmässä. Mikäli koulutettava jää vanhempain- tai sairauslomalle, voidaan vakanssiin toki ottaa sijainen, mutta jos hänellä ei ole opinto-oikeutta, niin toimipaikka ei saa koulutuskorvausta. Tässä suhteessa voisi olla kannattavaa kokeilla EHML koulutusväylien lisärahoitusta määrääjäksi. Tällaista pilotointia voisi kokeilla myös joillain muilla pula-aloilla ja/tai alueellisesti kohdistamalla koulutusrahoitusta sinne muita enemmän. Pilotointi tulisi kuitenkin olla selkeästi rajattua ja sitä tulee arvioida esim. viiden vuoden kuluttua – tuottaako ylimääräinen koulutuskorvaus lisääntyvää määrää erikoistuvia.

9.2 Yhteenvetoa mallien vaikutuksista

Yhteenvetona taulukko 12 kuvaa, miten em. neljä mallia voisivat vastata nykyisin koulutuskorvausten ongelmiin. Viidettä mallia ei käsitellä ongelmien ratkaisijana, sillä se on tarkoitettu vain pula-alan kokeiluratkaisuksi. Mikään neljästä em. mallista ei auta siihen, että korvaus on riittämätön eikä vastaa todellisia koulutuskustannuksia. ”Yliopisto pedagogis-audioivana yksikkönä” malli voi jopa pahentaa sitä, mikäli korvaussumma ei kasva. Tosin yliopistoille tarkoitettu summa olisi vain noin 10 % kokonaiskorvauksesta ja sillä voidaan kohdentaa paremmin koulutusrahoitusta, kehittää koulutusta ja varmistaa sen laatua. Kolme malleista voisi parantaa rahan käytön läpinäkyvyyttä ja korvauksen kohdentumista kun taas hyvinvointialueille yksinkertaisesti ”valmistuneiden määrän perusteella jaettava korvaus” voi merkittävästi korostaa näitä ongelmia.

Kuukausiperusteisesti maksettava koulutuskorvauksen monimutkaisuus voisi yksinkertaistua paitsi ”valmistuneiden määrän perusteella jaettava korvauksella” myös ”Yliopisto pedagogis-audioivana yksikkönä” mallilla, sillä korvaus voisi pohjautua valmistuneiden tai koulutuksessa olevien määrään, joihin perustuen yliopiston yksikkö valvoisi sähköisen järjestelmän avulla korvauksen käyttöä. Joka tapauksessa sähköinen

seurantajärjestelmä tarvitaan, jotta koulutuskorvaus kohdentuisi oikeudenmukaisesti sinne missä koulutusta tehdään. Yliopisto laadun valvojana tekisi sopimukset vain niiden palvelujärjestelmän yksiköiden kanssa, joiden se katsoo toteuttavan sopimuksia. Sähköinen seurantajärjestelmä toisi AVI:lle ja palvelujärjestelmälle tiedon paitsi erikoistuvan koulutusjaksoista, myös koulutuspaikkojen statuksesta ja yliopiston ja koulutuspaikkojen sopimuksista. Näin AVI voisi maksaa toimipaikoille sen mukaan, miten paljon koulutettavia on reaaliaikaisesti kussakin toimipaikassa koulutuksessa.

Suurimpien erikoisalojen (yleislääketiede, työterveyshuolto) ja myös hammaslääketieteen erikoisalojen tilanne voisi kuitenkin heikentyä ”Yliopisto pedagogis-audioivana yksikkönä” mallissa, mikäli ko. erikoisalat pakotetaan samaan malliin muiden erikoisalojen kanssa. Yleislääketiede ja työterveyshuolto ovat yli 15 vuotta kehittäneet erikoislääkärikoulutustaan ja näiden toimivien organisaatioiden ja osaamisen menettäminen olisi suuri riski, mikäli kaikki toiminta siirtyisi yliopiston pedagogis-audioivaan yksikköön. Tämän vuoksi kyseisten erikoisalojen nykyistä toimintaa kannattaa jatkaa nykyisellään siten, että AVI voisi maksaa perusterveydenhuollon toimipaikoille sen mukaan, miten paljon koulutettavia siellä on reaaliaikaisesti kussakin toimipaikassa koulutuksessa. PTH toimipaikat taas voisivat nykyisen käytännön mukaan rahoittaa esim. PTH yksiköitä tukemaan niiden koulutusta. Samoin työterveyshuollon erillisrahoitusta kannattaa jatkaa.

Taulukko 12. Koulutuskorvausten ongelmat ja miten erilaiset mallit ratkaisisivat niitä.

	Rahoitus liian pieni	Korvauksen käytön läpinäkyttömyys. Määrittely ja raportointi rahan käytöstä epäselvää	Korvausten haku monimutkaista	AVlen rooli: eivät tiedä millä tahoilla on koulutusoikeus tai kuinka kauan koulutettava on ollut erikoistumassa	SHP:n kannalta koulutusraha pitää budjetoida ennen kuin tiedetään mitä saadaan	EU / ETA-maiden ulkopuolelta tulevien ongelmat	Yksityissektori ei saa korvausta
Raha seuraa koulutettavaa – kk korvaus kaikille + sähköinen seurantajärjestelmä	0	+	-	+ -	-	0	0
Kaikille hyvinvointialueille viimeisen 3v valmistuneiden perusteella	0	-	+	0	-	0	-
Kouluttajille korvaus ja koulutettaville koulutusrahaa suoraan	0	+	-		+	+	-
YO pedagogis-auditoivana yksikkönä – YO tekee koulutus-sopimukset palvelujärjestelmän toimipaikkojen kanssa + sähköinen seurantajärjestelmä	-	+	+	+	0	+	+

+ = parantaa nykyistä tilannetta, - = pahentaa nykyistä tilannetta, 0 = ei vaikutusta; ? = vaikutus epäselvä

10 Päätelmät

10.1 Vastaukset työryhmälle asetettuihin kysymyksiin

1. a. Kuvata terveydenhuoltolain 59 § ja 60 § mukaisen, valtion maksaman koulutuskorvauksen laskennalliset perusteet.

Luvussa 6 on yksityiskohtaisesti kuvattu valtion maksaman koulutuskorvauksen laskennalliset perusteet ja maksukäytännöt. Kuvat 8 ja 9 kuvaavat koko järjestelmän koulutuskorvausten maksukäytänteitä ja niiden kulkua.

- b. Selvittää millaisia ylimääräisiä kustannuksia lääkärin ja hammaslääkärin ammatilliseen jatkokoulutukseen osallistumisesta aiheutuu kunnille, kuntayhtymille ja muille asetuksessa säädetyille palvelujen tuottajille mukaan lukien yliopistolliset sairaalat ja yliopistot.

Luvussa 4.2. on käyty läpi tutkimusten perusteella, millaisia ylimääräisiä kustannuksia lääkärin ja hammaslääkärin ammatilliseen jatkokoulutukseen osallistumisesta aiheutuu tutkimuksen mukaan.

Luvussa 4.3. ja 4.4. on selvitetty miten nykyiset koulutuskorvauskäytänteet ovat kehittyneet lainsäädännön muuttumisen myötä ja miten nykyinen korvaus on jäänyt huomattavasti jälkeen todellisista koulutuksen kustannuksista.

- c. Lisäksi selvitetään mitä nykyinen korvaus kattaa ja miten korvaukset jakautuvat.

Luvussa 4 on kuvattu sitä, miten koulutuksesta aiheutuneita kuluja ovat sekä suorat että epäsuorat kulut ja miten haasteellista niiden laskeminen on. Tämä onnistuisi tulevaisuudessa ainoastaan etenevällä ja yksityiskohtaisella taloustieteellisellä tutkimuksella. Luvussa 6 on kuvattu sitä, miten pieneksi koulutuskorvaus on supistunut viimeisten vuosikymmenten aikana ja miten se kattaa yliopistosairaaloissakin todennäköisesti maksimissaankin vain 38 % todellisista kuluista. Tämäkin on luultavasti aliarvio, sillä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen vaatimukset palvelujärjestelmälle ovat kasvaneet ja erikoistuvien määrä on noussut. Muissa terveydenhuollon toimipisteissä korvaus kattaa todennäköisesti vielä pienemmän osuuden, sillä kokemattomimmat ja siten eniten ohjausta tarvitsevat lääkärit aloittavat usein perusterveydenhuollossa ja muissa kuin yliopistosairaaloissa erikoistumisensa.

Luvussa 7 on kuvattu miten korvaukset jakautuvat eri yliopistosairaaloiden, muiden sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä sekä miten työterveyshuollon erikoisala jakaa koulutuskorvauksensa.

2. Selvittää voitaisiinko ”pula-aloja” tukea koulutuskorvauksia kohdentamalla sekä selvittää onko kansainvälisesti tutkimusta, miten pula-aloille on saatu houkutelua lääkäreitä?

Luvussa 9 on käyty läpi kansainvälistä tutkimusta, millaista näyttöä on pula-alojen tukemisesta. Lisäksi luvussa on kuvattu, miten koulutuksen kehittämällä on voitu tukea pula-aloja Suomessa. Ongelmana sekä kansainvälisessä kirjallisuudessa että Suomessa on pula-alojen määrittelemisen, josta ei ole yhteistä konsensusta.

3. Lisäksi tehtävänä on päivittää vuoden 2013 raportin (Oukka ja Haglund 2013) tehtäväksi annot:

Miten koulutuskorvauksia voidaan nykyistä paremmin kohdentaa vastaamaan eri alueilla olevaa tarvetta eri erikoisaloilla sekä vastaamaan työelämän tarpeita nykyistä paremmin? Miten koulutuksesta syntyneiden kustannusten vastaavuutta voidaan parantaa?

Luvussa 10 on kuvattu malleja, joilla koulutuskorvauksen vastaavuutta koulutukseen voisi paremmin kohdentaa. Tärkeää olisi kohdentaa koulutuskorvaus läpinäkyvästi koulutukseen ja sen kehittämiseen. Sen käyttöä tulisi valvoa. Yksinkertaisesti kohdentumista voisi parantaa malli, jossa yliopistoille annetaan selkeästi resurssia (koulutuskorvausta) tukea ja valvoa koulutuksen toteutumista palvelujärjestelmässä. Yliopistolta voisi siten edellyttää palvelujärjestelmässä toimivien erikoislääkärikouluttajien ja lähikouluttajien pedagogista koulutusta sekä koulutuspaikkojen säännöllistä visitointia esim. kahden – kolmen vuoden välein.

Selkeä kohdennus koulutukseen voisi tukea myös alueellista ja eräiden erikoisalojen erikoislääkäripulaa ja erikoishammaslääkäripulaa. Muutamille aloille tai alueille rajattuja pilotteja voisi kokeilla pula-alojen tukemisessa koulutuskorvauksella. Pilotit pitäisi kuitenkin arvioida tarkasti, tuottaako se lisää erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutettavia.

4. Voiko koulutuskorvauksilla tukea nykyistä paremmin ulkomaalaistaustaisten lääkärien laillistamisprosessia?

Tästä kysymyksestä työryhmä ei löytänyt tietoa eikä haastateltavillakaan ollut ajatuksia siitä, miten ulkomaalaistaustaisten lääkärien laillistamisprosessia voisi nykyistä paremmin tukea. Monien näkemys oli se, ettei koulutuskorvauksilla voi juurikaan tälle asialle tehdä vaan laillistamisprosessi on kiinni toisaalta ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden suomen kielen taidosta sekä Tampereen tenttijärjestelmän liian vähäisestä re-

surssoinnista. Toisaalta palvelujärjestelmässä on liian vähän tietoa ulkomaalaistaustaisten lääkäreiden harjoitteluvaiheen koulutuskorvauksista. Tästä tulisi tiedottaa paremmin ja mahdollisesti maksaa korvausta pidempään kuin vain 6 kuukauden ajan. Hammaslääketieteen alalla ETA-alueen ulkopuolisten hammaslääkäreiden pätevyymiskoulusteluihin tähtäävä koulutus rahoitetaan jo tällä hetkellä OKM:n ja TEM:n Talent Boost-ohjelman avulla. Tämän ohjelman tukeminen tukee ETA-alueen ulkopuolisten hammaslääkäreiden laillistamisprosessia.

5. Arvioida erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen kokonaisrahoitusta ja koulutuskorvausten suhdetta siihen.

Olemme osoittaneet luvuissa 4.4 ja 6 miten koulutuskorvaus on jäänyt huomattavasti jälkeen koulutuksen kokonaisrahoituksesta. Konservatiivisimmalla laskelmalla yliopistosairaaloissa koulutuskorvaus on vähemmän kuin 38 % todellisista koulutuksen kuluista, mikä on sekin todennäköisesti aliarvio, sillä koulutus on monimutkaistunut ja vaatimukset kasvaneet. Lisäksi koulutettavia on aiempaa enemmän. Pelkästään terveyskeskuksien suorista koulutuskustannuksista koulutuskorvaus kattaa vain 62 % YEK tai 9 kk koulutusta tekevillä ja 85 % yleislääketieteeseen erikoistuvilla. Tämä laskelma ei kuitenkaan ota huomioon epäsuoria kustannuksia, joiden mukaan erikoislääkäri ottaa vastaan 28 % enemmän potilaita, tekee vähemmän läheteitä ja tuottaa väestölleen enemmän terveyttä jatkuvassa hoitosuhteessa kuin koulutuksessa oleva lääkäri.

10.2 Suositukset

- Koulutuskorvauksien tasoa tulee vähitellen nostaa vastaamaan koulutuksen todellisia kustannuksia. Koulutuksen kustannuksia on haasteellista arvioida, mutta varovastikin arvioiden koulutuskorvaus on alle 40 % koulutuksen todellisista kustannuksista yliopistosairaaloissa, muissa terveydenhuollon toimipisteissä todennäköisesti tätäkin vähemmän. Tämäkin on aliarvio, sillä koulutuksen vaateet ja koulutettavien määrä palvelujärjestelmässä ovat kasvaneet merkittävästi viime vuosina.
- Koulutuskorvaus tulee korvamerkitä erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutukselle, sillä tulevilla hyvinvointialueilla on erittäin suuret säästöpainet. Hyvinvointialueet joutuvat toimimaan budjettiraameissaan. Siten myös koulutusrahoitukseen ja sen kohdistamiseen tulee kohdistamaan suuria paineita. Vain kouluttamalla laadukkaasti tulevat erikoislääkärit ja erikoishammaslääkärit voimme taata terveydenhuoltojärjestelmämme tehokkuuden ja potilasturvallisuuden.
- Tarvitaan sähköinen seurantajärjestelmä jatkokoulutuksessa olevien lääkäreiden ja hammaslääkäreiden koulutusjaksojen seurantaan. Tällä pitää voida reaaliaikaisesti seurata jatkokoulutettavan lääkäriä koulutuspaikkakohtaisesti koulutusjaksojen pituutta, poissaolopäiviä ja myös ko-

konaisjakson pituutta. Sähköinen järjestelmä olisi reaaliaikaisesti koulutettavan nähtävissä sekä samanaikaisesti käytettävissä palvelujärjestelmässä koulutettavan koulutuspaikassa, yliopistolla ja aluehallintovirastoissa. Sähköinen seurantajärjestelmä ehkäisee koulutuskorvausten epätarkoituksenmukaisen käytön ja kannustaa erikoislääkäreitä valmistamaan määrääjassa. Sähköinen seurantajärjestelmä mahdollistaisi myös korvauksien kohdentamisen niille toimipaikoille, jotka kouluttavat lääkäreitä. Koulutuskorvausten kohdentaminen koulutusta aktiivisesti järjestäville ja kehittäville tahoille on tärkeää, koska toimipaikkojen laadukas koulutus on ensiarvoista erikoislääkäreiden osaamisen vahvistamiseksi. Koulutuskorvausta voidaan näin käyttää palkitsemiseen. Sähköinen seurantajärjestelmä säästäisi suuren määrän henkilötyötä aluehallintovirastoilta, palvelujärjestelmästä ja yliopistoilta sekä koulutettavilta. Siten sähköisen seurantajärjestelmään investoitu raha tulisi nopeasti takaisin.

- Yliopistojen roolin ja vastuiden takia niiden saamaa korvausta tulee nostaa. Samalla niille tulee vastuuttaa koko palvelujärjestelmän erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikouluttajien ja lähiohjaajien pedagoginen koulutus sekä koulutuspaikkojen koulutuksen laadun varmistus säännöllisin visitoinnein/auditoinnein. Yliopisto tekee sopimukset koulutuspaikkojen kanssa ja siten määrittelee, mitkä toimipaikat voivat toimia koulutuspaikkoina ja ketkä ovat nimettyjä kouluttajia tai lähikouluttajia. Yliopisto voi myös ohjata toimipaikkoja koulutuskorvauksen saamisen säännöissä ja käytössä (esim. ETAn ulkopuolisen alueen lääkärin toimipaikkaan tuoma koulutuskorvaus) ja sisällyttää sopimukseen korvaukset kouluttajille/ lähiohjaajille sekä koulutettavien saaman minimimäärän toimipaikan sisäistä ja ulkoista koulutusta. Yliopiston voisi myös tehdä tarvittaessa sopimuksia yksityissektorin koulutuspaikkojen kanssa, mikäli nämä osoittavat kouluttavansa laadukkaasti.
- AVIn/STM:n tulee ohjeistaa koulutuskorvausta saavat toimipaikat siten, että niiden tulee läpinäkyvästi raportoida koulutuskorvausten käytöstään. Toimipaikan tulee osoittaa, että koulutuskorvaus käytetään aidosti koulutukseen – erityisesti suoriin kustannuksiin menevä korvaus tulee raportoida.
- Koulutuskorvauksen maksu tulisi yksinkertaistaa. On kuitenkin huomattava, että jos raha jaetaan yksinkertaisesti valmistuneiden lääkäreiden/hammaslääkäreiden määrän perusteella hyvinvointialueiden jaettavaksi, on suuri riski, ettei koulutuskorvaus mene niille toimipaikoille, jotka eniten kouluttavat ja aidosti kehittävät koulutusta. Valmistuneiden lääkäreiden/hammaslääkäreiden määrän perusteella jaettava koulutuskorvaus on siinäkin mielessä ongelmallinen, että lääkäri/hammaslääkäri valmistuu yleensä yliopistollisenkeskussairaalahajakson päätteeksi ja siten helposti kaikki korvaukset menisivät yliopistosairaaloille. Tämän vuoksi sähköinen seurantajärjestelmä koulutettavien koulutusjaksoista olisi en-

siarvoisen tärkeää ja toisi oikeudenmukaisuutta korvauksien jakamiseen. Sähköisellä seurantajärjestelmällä voitaisiin reaaliaikaisesti seurata koulutettavien koulutuspaikkoja ja kohdentaa korvaus niihin.

- Pula-alojen pilottikoulutusraha. Esimerkiksi erikoishammaslääkärikoulutuksen tukemiseksi voitaisiin tukea koulutusväyliä perustamalla keskussairaaloihin sekä erikoistuvan hammaslääkärin että kouluttajina toimivien erikoishammaslääkärien vakansseja. Tämä tukisi sekä palvelujärjestelmää että erikoistumiskoulutusta. Muutamille valituille pula-aloille tai pula-alueille voitaisiin kohdentaa pilottina koulutusrahoitusta esim. viiden vuoden ajan, jonka jälkeen tulisi tarkkaan arvioida, onko koulutusrahoitus tuottanut alalle/alueelle lisää erikoistuvia lääkäreitä ja hammaslääkäreitä.

Lähteet

Aahos I, Wasenius N, Patja K, Helin-Salmivaara A, Seppänen T, Laine MK. Lääkärien ammatillinen jatkokoulutus: kustannukset terveyskeskukselle. Yleislääkäri 2021;36,19–25.

AAMC. AAMC Endorses resident physician shortage reduction act of 2021. 8.3.2021. Sivustolla: <https://www.aamc.org/news-insights/press-releases/aamc-endorses-resident-physician-shortage-reduction-act-2021>

Adams M, Eisenberg JM. What is the cost of ambulatory education. J Gen Intern Med 1997;12:S104-S110.

Curran V, Rourke J. The role of medical education in the recruitment and retention of rural physicians. Med Teach. 2004 May;26(3):265-72.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen siirto opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön. Työryhmän esitys Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:46.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksen koordinaatiojaosto. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma vuosille 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:62. STM Helsinki 2016

Forss H, Eerola A, Koivumäki J. Erikoishammaslääkäripalvelujen tarve hammaslääkärien arvioimana. Suomen Hammaslääkäriliitto 2013. https://www.hammaslaakari-liitto.fi/sites/default/files/mediafiles/liiton_toiminta/ehl_raportti_2013_verkkoon.pdf

Grannemann E, Brown RS, Pauly MV. Estimating hospital costs. J Health Econ 1986;5:107-127.

Hakkarainen t. Diskonttaamismenetelmän valinnan vaikutus taloudellisissa arvioinneissa. Markov-mallinnus. Pro gradu -tutkielma. Terveystaloustiede. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. 2020.

Hamouzadeh P, Akbarisan A, Olyaeemanesh A, Yekaninejad MS. Physician preferences for working in deprived areas: a systematic review of discrete choice experiment. Med J Islam Repub Iran 2019;33:83.

Hayashi J, DeCherrie L, Ratner E, Boling PA. Workforce development in geriatric home care. Clin Geriatr Med. 2009 Feb;25(1):109-20

Heilmann P. To have and to hold: Personnel shortage in a Finnish healthcare organization. *Scand J Publ Health* 2010;38:518-23.

Helin-Salmivaara A, Salohekkilä P, Wasenius N, Hartikainen M, Pitkälä K, Eriksson J. Etapit erikoistumisen tukemiseksi Helsingin yliopiston yleislääketieteen erikoislääkärikoulutuksessa. *Duodecim* 2017;133:1937–45.

Helin-Salmivaara A, Kärppä L, Heinäaho E, Hartikainen M, Eriksson J, Pitkälä K. HYKS:n erityisvastuualueen terveysasemat oppimisympäristönä: koulutuspaikkojen uusinta-arviointi. *Yleislääkäri* 2018;3:18–21.

Helin-Salmivaara Arja, Laine Merja, Eriksson Tanja, Karjalainen Merja, Mäkinen Sari, Rieki Marianne, Timonen Markku, Toivonen Merja, Tusa Nina, Veromaa Veera, Peura Anni. Erikoislääkärikouluttajien valmennuksen ABC – yleislääketieteen malli. *Lääketieteellinen aikauskirja Duodecim* 2021;137(9):977–84.

Helsedirektoratet. Quality indicators in oral health care: A Nordic project. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/quality-indicators-in-oral-health-care-a-nordic-project-proceedings-in-2012-2018/2019%20Nordic%20quality%20indicators%20oral%20health.pdf/_/attachment/inline/c901a3c8-259b-4484-96d5-34bdf5d85b33:3c3f67502008c978f39e5c739b4157d0b98dd25f/2019%20Nordic%20quality%20indicators%20oral%20health.pdf

Helsingin, Itä-Suomen, Oulun, Tampereen, Turun yliopistot ja yliopistojen yhteinen Työterveyshuollon virtuaaliyliopisto. Työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen toimintasuunnitelma vuodelle 2022.

Hetemäki Iivo, Antikainen Teuvo, Merenmies Jussi. Järjestelmällinen arviointi osamisperustaisen erikoislääkärikoulutuksen osana. 2022;138(4):336–342.

Hogan AJ, Franzini L, Boex JR. Estimating the cost of primary care training in ambulatory settings. *Health economics* 2000;9:715-26.

Holloway P, Bain-Donohue S, Moore M. Why do doctors work in rural areas in high-income countries? A qualitative systematic review of recruitment and retention. *Aust J Rural Health*. 2020 Dec;28(6):543-554.

Hussain RS, Kataria TC. Adequacy of workforce – are there enough critical care doctors in the US-post COVID? *Curr Opin Anaesthesiol*. 2021 Apr 1;34(2):149-153.

Huttunen J. Yliopistosairaaloiden erityisvaltionosuusjärjestelmän kehittäminen. Selvitysmiehen raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 1996:3. Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 1996.

Isometsä E. Psykiatriyhdistyksen hallitus pohti psykiatriapulaa. Blogit ja kannanotot 6.9.2021. Sivustolla: https://www.psy.fi/blogit_ja_kannanotot/psykiatriyhdistyksen_hallitus_pohti_psykiatriapulaa.1367.blog

Kane RL, Bershadsky B, Weinert C, Huntington S, Riley W, Bershadsky J, Ravdin J. Estimating the patient care costs of teaching in a teaching hospital. *Am J Med* 2005;118:767-72.

Laatikainen L, Mattila K, Palomäki P. Koulutus-EVOn:n käytön selvitys ja ehdotukset korvausjärjestelmän tarkistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2002:4. STM, Helsinki 2002.

Laine M, Wasenius N. Erikoislääkärien ja erikoishammaslääkärien tarvearvio vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:48. Sosiaali- ja terveysministeriö Helsinki 2019.

Lamb A. Today's labor market: recruiting radiologists in a time of shortages. *J Am Coll Radiol*. 2005 Jun;2(6):520-5.

Linna M, Häkkinen U, Linnakko E. An econometric study of costs of teaching and research in Finnish hospitals. *Health Economics* 1998;7:291-305.

Linna M, Häkkinen U, Vitikainen K, Teitto E. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille 1996–2002. *Stakes*. Aiheita 15/2004.

Linna M, Vitikainen K. Opetuksen ja tutkimuksen aiheuttamat kustannukset sairaaloille vuosina 2004–6. *Stakesin työpapereita* 34/2008.

Linnakko E. Costs and reimbursement of medical teaching and clinical research in Finland. *World Hosp Health Serv* 1997;33:16-20.

Lopez-Casasnovas G, Saez M. The impact of teaching status on average costs in Spanish hospitals. *Health Econ* 1999;8:641-51.

Lääketieteellinen ammatillinen jatkokoulutus. Sivustolla: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/etusivu> Avattu 19.5.2022

Lääkärien kaksoislaillistus poistetaan. Sivulla: <https://www.laakariliitto.fi/uutiset/jasenuutiset/laakarieren-kaksoislaillistus-poistetaan/> Julkaistu: 18.2.2011

Lääkäriliitto. Lääkärit 2019. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/sll_taskutilasto_fi_220620.pdf

MacQueen IT, Maggard-Gibbons M, Capra G, Raaen L, Ulloa JG, Shekelle PG, Mike-Lye I, Beroes JM, Hempel S. Recruiting Rural Healthcare Providers Today: a Systematic Review of Training Program Success and Determinants of Geographic Choices. *J Gen Intern Med.* 2018 Feb;33(2):191-199.

Mallett P, Thompson A, Bourke T. Addressing recruitment and retention in paediatrics: a pipeline to a brighter future. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2022 Feb;107(1):57-63.

Martikainen MH, Liimatainen J, Rellman J, Ryytty T, Savolainen T, Niemi-Murola T. Erikoislääkärikoulutus uudistuu – missä mennään? *Suom Lääkäril* 2019;74:2174–2175.

Mechanic R, Coleman K, Dobson A. Teaching hospital costs: implications for academic missions in a competitive market. *JAMA* 1998;280(11):1015-9.

Merritt Hawkins. Physician Staffing Blog. Physician Shortages in Medical Specialties in 2021: An Inside Look. 16.3.2021. Sivustolla: <https://www.merrithawkins.com/news-and-insights/blog/healthcare-news-and-trends/physician-shortages-in-medical-specialties-in-2021-an-inside-look/>

Myhre DL, Bajaj S, Jackson W. Determinants of an urban origin student choosing rural practice: a scoping review. *Rural Remote Health.* 2015 Jul-Sep;15(3):3483.

Niemi-Murola Leila. Luotettavasti osoitettu pätevyys (EPA) uudistaa erikoislääkärikoulutuksen käytäntöä. *DUODECIM* 2017;133(1):77–83.

Niemi-Murola Leila, Toivonen Asta, Laine Merja K., Helin-Salmivaara Arja. Osaamisperustainen matka erikoislääkäriksi – miten rakennamme tien päämäärään? *Lääketeollinen aikakauskirja Duodecim* 2021;137(4):333–335.

Opiskelijamäärien kasvu tuntuu opetuksessa. *Lääkärilehti* 2017;72:1766.

Opinto-opas. Erikoishammaslääkärikoulutus. 2020: Sivustolta: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/ehl-koulutus/> Avattu 20.5.2022.

Opinto-opas. Erikoislääkärikoulutus. 2020; Sivustolla: https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-opaat/Valtakunnalliset%20opinto-opaat/EL_Opinto-opas_2020-.pdf. Avattu 18.2., 2022.

Opinto-opas. Yleislääketieteen erityiskoulutus. 2020; Sivustolla: https://www.laaketieteelliset.fi/site/files/ammattillinen-jatkokoulutus-dokumentit/Opinto-opaat/Valtakunnalliset%20opinto-opaat/EL_Opinto-opas_2020-.pdf. Avattu 18.2., 2022.

Oukka AL, Haglund K. Lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen rahoituksen kehittäminen. Asiantuntijaselvitys 2013. STM

Parmanne P, Heikkilä T, Meretoja O ym. Useille erikoisaloille tarvitaan lisää lääkäreitä. Suom Lääkäril 2013;68:936–7.

Pitkälä KH, Martin F, Maggi S, Jyväkorpi S, Strandberg TE. Status of geriatrics in 22 countries. J Nutr Health Aging 2018; 22(5):627–631.

Pitkäranta A, Autti T. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen toimenpideohjelman toimeenpano. HY – HUS näkökulma

Puolijoki H, Tuulonen A. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:47. Helsinki 2007.

Rees MR, Bracewell M. Academic factors in medical recruitment: evidence to support improvements in medical recruitment and retention by improving the academic content in medical posts. Porgrad Med J 2019;95:323-327.

Rellman J. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriön Raportteja ja muistioita 2016:57.

Ruskoaho J, Parmanne P, Vänskä J. Erikoisalojen lääkärimäärät kehittyvät eri suuntiin. Suom Lääkäril 2015;70:1524–1525.

Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022 Jan 27;72(715):e84-e90.

Sierles FS, Taylor MA Decline of U.S. medical student career choice of psychiatry and what to do about it. Am J Psychiatry. 1995 Oct;152(10):1416-26.

Siimes MA. Erikoisalat muuttuvat – häviääkö asiantuntemus? Duodecim 2003;119:5–6.

Sillanaukee P, Mäntyranta T, Mukala K ym. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen uudistamistarpeet. Erikoislääkärikoulutuksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2011/17. Helsinki 2011.

Sloan FA, Feldman RD, Steinwald AB. Effects of teaching on hospital costs. J Health Econ 1983;2:1-18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Erikoistumiseen liittyvät kustannukset, selvityksiä.2021

Sterling M, Leung P, Wright D, Bishop TF. The Use of Social Media in Graduate Medical Education: A Systematic Review. *Acad Med* 2017;92:1043-1056.

STM raportteja ja muistioita 2013:46. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjauksen siirto opetus- ja kulttuuriministeriöstä sosiaali- ja terveysministeriöön. Työryhmän esitys. Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:46.

Tilastokeskus. Rahanarvonmuunnin. Sivustolla: <https://www.stat.fi/tup/laskurit/rahanarvonmuunnin.html> Luettu 19.5.2022.

Tusa N. Koulutus vie työelämässä huomattavasti resursseja. *Suom Lääkäril* 14.3.2022 <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/koulutus-vie-tyoelamassa-huomattavasti-resursseja/>

VAJT:n toimintasuunnitelma vuodelle 2020. Sivustolla: <https://www.laaketieteelliset.fi/ammattillinen-jatkokoulutus/toimikunnat#yleista-toimikunnasta-1> Luettu 20.5.2022

Van Melle E, Frank JR, Holmboe ES, Dagnone D, Stockley D, Sherbino J ym.. A Core Components Framework for Evaluating Implementation of Competency-Based Medical Education Programs. *Acad Med* 2019 Jul;94(7):1002–1009.

Verma P, Ford JA, Stuart A, Howe A, Everington S, Steel N. A systematic review of strategies to recruit and retain primary care doctors. *BMC Health Serv Res* 2016;16:126.

Virtanen E (pj), Lehto M, Isolauri J ym. Valtion korvaus terveydenhuollon toimintayksiköille tutkimukseen ja koulutukseen. Järjestelmän ja rahoituksen kehittäminen. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005;10. STM. Helsinki 2005.

Wilson NW, Couper ID, De Vries E, Reid S, Fish T, Marais BJ. A critical review of interventions to redress the inequitable distribution of healthcare professionals to rural and remote areas. *Rural Remote Health* 2009 Apr-Jun;9(2):1060.

Liitteet 1. Raportissa kuvattuja lakeja ja asetuksia

Asetus lääkärin perusterveydenhuollon lisäkoulutuksesta 1435/1993. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931435>

Asetus lääkäri- ja hammaslääkärikoulutuksen korvauksiin ja yliopistotasaisen terveyden tutkimuksen rahoitukseen oikeutetuista palvelujen tuottajista 1125/2013. Sivustolla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131125>

Asetus 678/1998. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1998/19980678>

Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989. Sivustolla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1989/19891062>

Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi erikoissairaanhoidolain, kansanterveyslain 40 §:n ja Helsingin yliopistollisesta keskussairaalaista annetun lain 7 §:n muuttamisesta. Sivustolla: <https://finlex.fi/sv/esitykset/he/1996/19960142>

HE 213/2016. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta. <https://www.edilex.fi/he/20160213>

Laki erikoissairaanhoidolain muuttamisesta 1003/1996. Sivustolla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1996/19961003>

Laki 392/1958. Laki yliopistollisista keskussairaaloista. <https://finlex.fi/fi/laki/smur/1956/19560392>

Laki 312/2011. Lakiterveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta. <https://finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110312>

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta 1355/2014. Sivustolla: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141355?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1355/2014>

Laki 1109/2019 työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetun lain muuttamisesta. Suomen säädöskokoelma. Julkaistu Helsingissä 4 päivänä joulukuuta 2019.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326. "<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>" \ "L7P59"

Liite 2. Haastateltavat

Minna-Maija Ahonen, Erikoishoidon ylihhammaslääkäri, Vantaan kaupunki

Leena Alamursula, työterveyshuollon professori, Oulun Yliopisto

Jari Arokoski, fysiatrian professori, Helsingin Yliopisto

Taina Autti, radiologian professori, erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen johtoryhmän puheenjohtaja, Helsingin Yliopisto ja Valtakunnallisen ammatillisen jatkokoulutuksen toimikunnan puheenjohtaja

Juha Auvinen, yleislääketieteen professori, Oulun Yliopisto

Stein Björkman DDS, Subject Specialist, SOCIALSTYRELSEN, The National Board of Health and Welfare, Department for Authorisations and Government grants, Unit for Authorisations

Pirjo Dabnell, johtajaylilääkäri, Soite

Maija Hartikainen, erikoissuunnittelija, HUS PTH yksikkö

Antti Hedman, johtajaylilääkäri, PSSHP

Sami Heistaro, Koulutuspäällikkö, Suomen Lääkäriliitto

Arja Helin-Salmivaara, koulutusylilääkäri, HUS PTH yksikkö

Erkki Isometsä, psykiatrian professori, Helsingin Yliopisto

Helena Jalusjärvi-Juopperi, Suun terveydenhuollon johtaja, Vantaan kaupunki

Dorte Jeppe-Jensen, D.D.S. Senior odontological advisor, The Danish Dental Association

Aino Joensuu, koulutusylilääkäri, Keski-Uudenmaan SOTE-kuntayhtymä

Ritva Kanervo, johtajaylilääkäri, Kainuun Sote

Risto Kontio, ylilääkäri HUS, tutkimusjohtaja HY

Elina Koota, Kehittämispäällikkö, HUS, Yhtymähallinto, tutkimusjohto (AVI:n hakemukset)

Päivi Korhonen, yleislääketieteen professori, Turun Yliopisto

Tuomas Koskela, yleislääketieteen professori, Tampereen Yliopisto

Jarmo Koski johtajaylilääkäri, Essote

Terttu Kovanen, Kehittämispäällikkö, HUS, Yhtymähallinto, tutkimusjohto (ERHA, AVI:n hakemukset)

Merja Laine, yleislääketieteen professori, Helsingin Yliopisto

Anu Lassus, tarkastaja Länsi- ja Sisä-Suomen AVI

Timo Lukkarinen, Sosiaali- ja terveystoimialan terveysasemien johtajalääkäri, Helsingin kaupunki

Heikki Löppönen Korva-, nenä- ja kurkkutautiopin professori, UEF

Jukka Mattila, johtajaylilääkäri, LSHP

Pauli Mattila, Hallinnollinen ylihammaslääkäri, vastuuyksikköpäällikkö, Hammas- ja suusairaudet, OYS.

Anders Mickos, ylilääkäri, HUS PTH yksikkö

Marjukka Mäkelä, yleislääketieteen professori, Kööpenhaminan Yliopisto

Päivi Mäkelä-Bengs, Avopalvelujen vs päällikkö, Keski-Uudenmaan SOTE-kuntayhtymä

Päivi Mäntylä Kliinisen hammashoidon professori, UEF. Ylihammaslääkäri KYS

Pekka Mäntyselkä, yleislääketieteen professori, Itä-Suomen Yliopisto

Annamari Nihtilä, ylihammaslääkäri Espoon kaupunki

Marja Noponen, Suun erikoishoidon yksikön ylihammaslääkäri, Helsingin kaupunki

Ritva Näpänkangas, Dosentti, yliopistontutkija OY

Timo Närhi, Protetiikan ja parentafysiologian professori, koulutuksen vastuhenkilö.
Turun YO

Klaus Olkkola, anesthesiologian professori, Helsingin Yliopisto, Clinicumin johtaja

Markus Paananen, Espoon terveystalouden johtaja

Juha Paloneva, vs.sairaanhoitopiirin johtaja, KSSHP

Anne Pitkäranta, ylilääkäri, tutkimusjohtaja, HUS

Pasi Pöllänen, tutkimus- ja koulutusjohtaja, Kymsote

Tuula Rahkonen, ylitarkastaja, Peruspalvelut, oikeusturva ja luvat -vastualue, Lounais-Suomen aluehallintovirasto

Panu Rantonen, ylihammaslääkäri KYS

Kirsi Rauhala, Kehittämispäällikkö Lääketieteellinen tiedekunta, Helsingin Yliopisto

Päivi Rautava, tutkimusylilääkäri, VSSHP

Kari Reijula, työterveyshuollon professori, Helsingin Yliopisto

Johanna Rellman, Koulutuspäällikkö, Tays Kehitysyhtiö Oy | Tähtisairaala ja Koordinaattori, Tampereen yliopisto

Risto Renkonen, professori, lääketieteellisen tiedekunnan entinen dekaani, Helsingin yliopisto

Hellevi Ruokonen, vt linjajohtaja, ylihammaslääkäri HUS

Mervi Ryytty, kansallinen erikoislääkäriskoulutuksen koordinaattori, (vastaa ELSA-ohjelmasta), Oulun Yliopisto

Jonna Saariniemi, tarkastaja, oikeusturvayksikkö, Etelä-Suomen Aluehallintovirasto

Olli Saloheimo, ylihammaslääkäri, Jyväskylän kaupunki

Nora Savanheimo, varatoiminnanjohtaja Hammaslääkäriliitto

Taina Seppänen, koulutusylilääkäri, Vantaan terveyskeskus

Tero Soukka, Suu- ja leukasairauksien klinikan vastuhenkilö TYKS

August Stray, suu- ja leukakirurgiaan erikoistuva lääkäri ja hammaslääkäri. Oslo, Norja

Jyri J. Taskila, johtajaylilääkäri, LPSHP

Lena Thorn, yleislääketieteen professori, Helsingin Yliopisto

Markku Timonen, yleislääketieteen professori, Oulun Yliopisto

Leena Turpeinen, Terveys- ja päihdepalvelujen johtaja, Helsingin kaupunki

Anssi Uiskamo, ylihammaslääkäri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Pekka Vallittu, hammaslääketieteen laitoksen johtaja, professori Turun yo

Sinikka Varsio, johtava ylihammaslääkäri. Helsingin kaupunki

Susanna Wilen, johtajaylilääkäri, Siun Sote

Pekka Ylöstalo, Suun terveyden tutkimusyksikön johtaja, parodontologian ja geriatri-
sen hammaslääketieteen professori, OY

