

Suunnitelma Kela-korvauksin toteutettavan 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeilun arvioimiseksi: kokeilun vaikutuksia tutkiva rekisteritutkimus¹

Tiivistelmä: Tässä tutkimussuunnitelmassa kuvaamme Kela-korvausten valinnanvapauskokeilun arvioinnin yleiset tavoitteet sekä kokeilun vaikutusten rekisteripohjaisen jälkiarvioinnin suunnitellun toteutuksen. Dokumentti on rekisteröity ennen kokeilun alkua ja se kattaa osan suunnitellusta tutkimuskokonaisuudesta: tarkemmin sanottuna ydinosa rekisteripohjaisesta kokeilun vaikutusten jälkiarvioinnista. Arviointi perustuisi erotus erotuksissa –vertailuasetelmaan (eng. *difference-in-differences*, DID) havaintoaineistoon tukeutuen. Rekisteröinnin ulkopuolisia tarkasteluja voidaan myöhemmin lisätä ja suunnitelmaan kirjattuja tarkasteluja muuttaa, mikäli se koetaan tutkimuksellisesti tarkoituksenmukaiseksi. Muiden osakokonaisuuksien, kuten asiakaskyselyn, haastattelututkimuksen ja kuvailevan rekisteritutkimuksen, osalta tutkimusta vasta suunnitellaan, ja niiden suunnitelma julkaistaan myöhemmin.

Pre-Analysis Plan for Evaluating the Freedom of Choice Pilot for People Aged 65+ with Kela Reimbursements: A Register Study on the Effects of the Pilot

Abstract: This pre-analysis plan (PAP) outlines the general objectives for evaluating the Finnish Freedom of Choice Pilot implemented with Kela reimbursements, as well as the planned execution of a register-based study of the pilot's effects. Kela, the Finnish Social Insurance Institution, provides reimbursements for private healthcare services, and in this pilot, people aged 65 and over can access private general practitioner services at the same out-of-pocket cost as in public healthcare.² This document was registered prior to the start of the pilot and covers part of the intended research project—specifically, the core components of the register-based evaluation of the pilot's impacts. The assessment would be based on a difference-in-differences (DID) comparative design using observational data. Additional analyses not included in this registration may be added later, and the analyses described in the plan may be modified if deemed appropriate by the research group. Other components of the research project—such as the customer survey, interview study, and descriptive register analyses—are still in the planning phase, and their respective plans will be published later.

¹ **Kirjoittajat:** Tapio Haaga (THL), Riina Hiltunen (Kela), Mika Kortelainen (THL, UTU) ja Timo Sinervo (THL).

Tulevan tutkimushankkeen rahoittaja: Sosiaali- ja terveysministeriö (STM).

Kiitokset: 1) Suunnitelmaa sen eri vaiheissa kommentoineita tutkijoita: Tiina Hetemaa (THL), Sara Launio (THL), Sonja Lumme (THL), Hennamari Mikkola (Kela), Kaisa Pyrhönen (THL), Liina-Kaisa Tynkkynen (THL) ja Visa Väisänen (THL). 2) Hennamari Mikkolaa (Kela), Mikko Peltolaa (THL) ja muita tutkimushankkeen eteen työtä tehneitä, esimerkiksi valinnanvapauskokeilun esityksen valmistelun tukena tutkimusryhmän kokouksiin ja suunnitteluun osallistui henkilöitä Kelasta (Riina Hiltunen, Timo Hujanen ja Riitta Luoto pj), THL:stä (Sari Kehusmaa, Kaisa Pyrhönen, Mika Kortelainen ja Tiina Hetemaa), Kilpailu- ja kuluttajavirastosta (KKV; Riku Buri ja Visa Pitkänen) ja STM:stä (Severi Saarela, Teija Hautera, Emmi Vettenranta ja Susanna Polvi).

² Read more: <https://www.kela.fi/appointments-with-a-private-general-practitioner-for-persons-aged-65-or-over>

1 Kokeilun tausta	2
2 Arvioinnin lähtökohdat.....	3
3 Arvioinnin tavoitteet	3
4 Arvioinnin aineistot, menetelmät ja raportointi	4
5 Esirekisteröitävä valinnanvapauskokeilun vaikutuksia tutkiva rekisteritutkimus	6
5.1 Tarvitaan vertailuasetelma	6
5.2 Tutkimuksen yksityiskohtia	7
5.3 Keskeiset vasteet ja havainnollistavat kuviot	11
5.4 Kokeilun (politiikka) vaikutukset vai kokeilukäyntien vaikutukset?	13
5.5 Valitun vertailuasetelman rajoitteet	14
Kuviot ja taulukot	15

1 Kokeilun tausta

Kela-korvausten valinnanvapauskokeilussa 65 vuotta täyttäneet pääsevät yksityiselle yleislääkärille julkisen terveyskeskusmaksun suuruisella omavastuulla, ja kokeiluun kuuluvista laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista, jotka yleislääkäri on määrännyt, korvataan asiakkaalle 50 prosenttia. Korvauksen yleislääkärin vastaanottokäynnistä ja tutkimuksista voi saada enintään kolme kertaa kalenterivuodessa, joskin enintään kaksi kertaa syksyllä 2025. Sekä vastaanottokäynneille että tutkimuksille asetetaan Kelan määrittämät enimmäishinnat. Kokeilu alkaa 1.9.2025 kestäen vuoden 2027 loppuun. Kokeilun tavoitteena on parantaa perusterveydenhuollon saatavuutta, lyhentää hoitajonoja ja kehittää yksityisen sairaanhoidon Kela-korvausjärjestelmää osana terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Lisäksi kokeilu pyrkii vahvistamaan asiakkaiden valinnanvapautta ja parantamaan palveluiden saatavuutta sekä keventämään julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa kuormitusta. (HE 36/2025 vp, sivut 1 ja 39.)

Kokeilussa testattava malli on monilla tavoin erilainen nykyiseen Kela-korvausjärjestelmään verrattuna: erityisesti aiempaa merkittävästi korkeampi hintatuki yleislääkärikäynneille, hintakatto, rajattu korvattujen käyntien määrä ja asiakkaiden matalammat omavastuut. Kokeilu toimeenpannaan Suomen verrattain monimutkaisessa perustason avosairanhoidon järjestelmässä, joka koostuu käytännössä neljästä eri periaattein toimivasta osajärjestelmästä: 1) hyvinvointialueiden vastuulla olevat perusterveydenhuollon palvelut, 2) Kela-korvauksin tuetut yksityiset terveysterveystoimet, 3) työnantajien työterveyshuoltosopimusten kautta järjestämät sairaanhoidon palvelut, 4) Kelan järjestämät ja YTHS:n tuottamat korkeakouluopiskelijoiden terveysterveystoimet. Järjestelmät toimivat eri periaattein, ja eri väestöryhmillä on erilaiset mahdollisuudet hakeutua niiden piiriin. 65-vuotta täyttäneille keskeisimmät osajärjestelmät ovat hyvinvointialueiden palvelut sekä Kela-korvatut yksityiset terveysterveystoimet. 65 vuotta täyttäneille suunnattu valinnanvapauskokeilu lisää järjestelmään uuden rahoitusmallin ja hoitoon hakeutumisen väylän, jonka roolia palvelujärjestelmän toiminnassa, väestön palvelukäytössä ja palvelujärjestelmän resurssien jakautumisessa on syytä arvioida laaja-alaisesti.

2 Arvioinnin lähtökohdat

Kansaneläkelaitos (Kela) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) vastaavat kokeilun seurannasta ja arvioinnista. Valinnanvapauskokeilun arviointi laaja-alaisesti on tärkeää, jotta suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmää voidaan kehittää tietopohjaisesti. Kokeilun arviointi edellyttää erilaisten tutkimusperinteiden ja -menetelmien yhdistämistä kattavan kokonaiskuvan saamiseksi. Arviointi toteutetaan laajassa THL:n ja Kelan tutkijoiden ryhmässä, jossa on terveydenhuoltotutkimuksen, terveystaloustieteen, terveystalouden, yleislääketieteen, datatieteiden ja ikääntyneiden palvelujärjestelmän asiantuntijoita. Tutkimusryhmässä on monipuolista rekisteritutkimuksen osaamista ja valmiudet haastattelu- ja kyselymenetelmin toteutettavaan tutkimukseen.

Tässä suunnitelmassa kuvaamme kokeilun arvioinnin yleiset tavoitteet sekä kokeilun vaikutusten rekisteripohjaisen jälkiarvioinnin suunnitellun toteutuksen. Kokeilu ei ole vielä alkanut, emmekä vielä tiedä, miten kokeilun arviointiin suunnatut resurssit kohdennetaan, joten suunnitelmaan liittyy vielä epävarmuuksia. Niistä huolimatta tietyt tutkimussuunnitelman osat halutaan kuitenkin lukita jo ennen kokeilun aloitusta (ns. esirekisteröinti). Esirekisteröinti lisää tutkimuksen läpinäkyvyyttä ja vähentää sen riippuvuutta tutkijoiden omista ennako-oletuksista ja tiedostamattomista harhoista. Erityisen tärkeää esirekisteröinti on syy-seuraussuhteiden arviointiin pyrkivässä rekisteritutkimuksessa, koska siihen liittyy paljon tutkijan menetelmällisiä vapausasteita. Suhtaudumme rekisteröintiin käytännönläheisesti: rekisteröinnin ulkopuolisia tarkasteluja voidaan myöhemmin lisätä ja suunnitelmaan kirjattuja tarkasteluja muuttaa, mikäli se koetaan tutkimuksellisesti tarkoituksenmukaiseksi. Muiden tutkimusosioiden osalta tutkimuksen suunnittelu etenee, kun käytettävissä olevat resurssit tarkentuvat. Alla on kuitenkin esitetty myös alustavia aihioita näiden osioiden osalta. Esimerkiksi haastattelututkimuksen suunnitteluun on hyvä jättää joustoa, jotta niiden toteutuksessa voidaan huomioida rekisteritutkimuksen tulokset ja sieltä mahdollisesti nousevat olennaiset arvioitavat kysymykset.

3 Arvioinnin tavoitteet

Arviointikokonaisuudella on kolme yleistä tavoitetta, jotka jakautuvat alakysymyksiin. Jokaisen tavoitteen osalta tarkemmat tutkimustehtävät ja kysymykset tarkentuvat, kun tutkimukseen kohdennettavan rahoituksen suuruus selviää. Esitämme tässä kuitenkin alustavia aihioita käsiteltäviksi teemoiksi. Tämän suunnitelman lisäksi keskeisiä tutkimuskysymyksiä määrittäviä dokumentteja ovat hallituksen esityksen luvut tavoitteista ja vaikutusten arvioinnista (HE 36/2025 vp, luvut 3 ja 4), Sosiaali- ja terveystalouden (StV) mietintö (StVM 10/2025 vp, erit. sivu 12) sekä esityksen valmistelun tukena toimineen tutkimusryhmän (STM, Kela, THL, KKV) kirjoittama ylätasoinen tutkimussuunnitelma (10.3.2025).

TAVOITE 1: Arvioida kokeilulle asetettujen tavoitteiden toteutumista ja ymmärtää tavoitteiden toteutumisen tai toteutumatta jäämisen syitä.

Tähän kokonaisuuteen liittyvät esimerkiksi seuraavat kysymykset:

- Lisääntyikö perusterveydenhuollon palveluiden saatavuus (tai koettu saatavuus) ja miten mahdollinen saatavuuden parantuminen jakautui eri väestöryhmissä (esim. eri ikäiset iäkkäät, sosioekonominen asema, asuinpaikka)? Saiko ensikontaktin yleislääkäriin entistä nopeammin (huom. julkisten palvelujen toiminnan erot)?
- Missä määrin aiemmin julkisia palveluita käyttäneet ihmiset siirtyivät käyttämään yksityisiä palveluita ja miten tätä tapahtui eri väestöryhmissä ja alueilla? Entä missä määrin aiemmin Kela-

korvattuja palveluita matalammalla hintatuella käyttäneet ihmiset siirtyivät käyttämään kokeilun yleislääkäripalveluita?

- Kevenikö julkisen sektorin kuormitus perusterveydenhuollossa (esim. käyttivätkö 65 vuotta täyttäneet vähemmän julkisia palveluita kuin olisivat käyttäneet ilman kokeilua)?

TAVOITE 2: Arvioida kokeilun merkitystä koko palvelujärjestelmän näkökulmasta huomioiden ennen kaikkea kokeilun vaikutukset hyvinvointialueiden ja yksityisten palveluntuottajien toimintaan ja resurssien jakautumiseen sekä kustannuksiin.

Tähän kokonaisuuteen liittyvät esimerkiksi seuraavat kysymykset:

- Mitkä ovat kokeilun kokonaiskustannukset palvelujärjestelmässä? Oliko hintakatto toimiva sääntelymuoto ja mitä hyötyjä ja haasteita siihen liittyi?
- Miten kokeilu vaikutti palveluiden kokonaiskäyttöön ja vähensikö vai synnyttikö se lisää mahdollista päällekkäistä palveluiden käyttöä?
- Miten kokeilu vaikutti hyvinvointialueiden toimintaan, yleislääkäreiden saatavuuteen hyvinvointialueilla sekä yleislääkäripalveluiden tarjontaan valinnanvapauskokeiluun kuuluvalla väestölle?
- Miten kokeilu vaikutti julkisen erikoissairaanhoidon kysyntään (esim. lähetteet erikoissairaanhoidon)?
- Miten kokeilu vaikutti yksityisten palveluntuottajien toimintaan ja kannusteisiin?
- Miten hoidon jatkuvuus toteutui kokeilussa?

TAVOITE 3: Arvioida kokeilun merkitystä ja keskeisiä oppeja asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

Tähän kokonaisuuteen liittyvät esimerkiksi seuraavat kysymykset:

- Miten asiakkaiden palvelukokonaisuudet ja palveluiden käyttö muuttuivat kokeilun myötä ja millaisia mahdollisia haasteita palvelukokonaisuuksiin ja palveluiden yhteensovittamiseen liittyi?
- Miten asiakkaat kokivat valinnanvapauskokeilun ja sen toteutuksen?
- Miten kokeilu vaikutti lääkäreiden työmarkkinoihin ja millaisia kokemuksia kokeiluun osallistuvilla lääkäreillä kokeilusta oli?

TAVOITE 4: Arvioida ja vetää yhteen tavoitteiden 1–3 kautta, miten kokeilusta saatuja oppeja voidaan hyödyntää perustason avosairaanhoidon kehittämisessä ja esimerkiksi erilaisissa omalääkärikokeiluissa.

4 Arvioinnin aineistot, menetelmät ja raportointi

Arviointi perustuu monimenetelmäiseen tutkimukseen, jossa hyödynnetään useita eri aineistoja ja menetelmiä. Edellä esitettyjen tavoitteiden saavuttamiseen tarvitaan ainakin seuraavanlaisia tutkimusaineistoja ja -menetelmiä:

- kuvaileva rekisteritutkimus
- kokeilun vaikutuksia arvioiva rekisteritutkimus (ks. luku 5)
- haastattelut hyvinvointialueille

- haastattelut yksityisille palveluntuottajille
- haastattelut kokeiluun osallistuneille lääkäreille
- kysely valinnanvapauskokeilua hyödyntäneille asiakkaille

	REKISTERITUTKIMUS	HAASTATELUT	KYSELY
TAVOITE 1	x		
TAVOITE 2	x	Haastattelut hyvinvointialueille ja yksityisille palveluntuottajille	
TAVOITE 3	x	Haastattelut kokeiluun osallistuneille lääkäreille	Asiakaskysely kokeiluun osallistuneille asiakkaille

Kokeilun vaikutuksia arvioivan rekisteritutkimuksen yksityiskohtaisempi tutkimussuunnitelma kuvataan alla. Muiden kokonaisuuksien osalta tutkimusta vasta suunnitellaan, ja niiden suunnitelma julkaistaan myöhemmin erillisessä dokumentissa.

Arviointikokonaisuus tulee sisältämään toistuvaa ja säännöllistä seuranta (esim. korvattujen suoritteiden määrät ja korvaussummat) sekä kertaluontoisia temaattisia tarkasteluja (esim. korvausten kohdentuminen eri väestöryhmille). Osaan tutkimuskysymyksistä aineisto on melko reaaliaikaisesti saatavilla, mutta osassa tutkimuskysymyksistä raportointiaikatauluun vaikuttaa, milloin tiedot ovat valmiita.

Rekisteritutkimuksen osalta aineisto on melko nopeasti valmis Kelan yksityisen terveydenhuollon tai THL:n julkisen terveydenhuollon erillisiin tarkasteluihin, joissa käytetään vain niitä rekisteriaineistoja, jotka Kelassa tai THL:ssä ovat jo nyt käytössä ja yhdistettävissä. Tosin THL:n osalta tätä valmiutta vasta rakennetaan, ja tätä koskeva tietolupahakemus on käsittelyssä. Heikkoutena näissä tarkasteluissa on, että niissä ei voida ketterästi yhdistää Kelan ja THL:n rekisteritietoja toisiinsa, jolloin ei voida esimerkiksi tutkia, kuinka paljon julkisen perusterveydenhuollon käyntejä valinnanvapauskokeilussa asioineella henkilöllä oli. Kelan ja THL:n tietojen yhdistämistä varten on tarkoituksena hyödyntää SoteDataLab/HYVADIGI-tutkimushankkeen olemassa olevaa datainfraa, jossa aineiston tavoiteltu päivitystiheys on neljä kertaa vuodessa parin kuukauden viiveellä vuosineljänneksen päättymisestä. Osa tässä suunnitelmassa kuvatuista analyyseistä voidaan toteuttaa vasta, kun SoteDataLabin tietoluvan tutkimussuunnitelmaa on ensin laajennettu muutoslupahakemuksella.

Arvioinnista kertyvää tietoa julkaistaan tiiviissä ja yleistajuisessa muodossa (esim. tutkimusblogi, tiivis tutkimusraportti, THL:n tutkimuksesta tiiviisti, työpaperi, datasovellus jne.) mahdollisimman pian, kun tuloksia on saatavilla. Hankkeen tuloksista viestitäänkin pitkin kokeilua, mikä voi mahdollistaa sekä informoidun yhteiskunnallisen keskustelun että mahdollisiin ongelmiin reagoimisen. Osa tuloksista julkaistaan myös tieteellisinä vertaisarvioituina artikkeleina. Hankkeen aikana erilliset tutkimustuotokset kootaan verkkosivulle. Lisäksi hankkeen loppupuolella kirjoitetaan tiivis kokoomaraportti, jossa kokeilun tuloksia vedetään yhteen arvioinnin tavoitteen 4 mukaisesti.

Osahankkeiden vastuunjako Kelan ja THL:n välillä on kirjoitushetkellä auki, mutta periaatteena on aktiivinen yhteydenpito ja julkaisujen yhteiskirjoittaminen tai vertaisarviointi organisaatioiden välillä.

5 Esirekisteröitävä valinnanvapauskokeilun vaikutuksia tutkiva rekisteritutkimus

5.1 Tarvitaan vertailuasetelma

Asiakassiirtymiä koskevat kysymykset ovat luonteeltaan syy-seuraussuhteita: esimerkiksi kuinka paljon Kela-korvattujen lääkäripalvelujen käyttö muuttui kokeilun seurauksena nettomääräisesti? Oletettavasti kokeilussa korvattavat yksityiset yleislääkärikäynnit lisääntyvät, mutta jos näiden käyntien asiakkaat olisivat ilman kokeilua joka tapauksessa asioineet vaikkapa yksityisellä erikoislääkärillä, nettovaikutus Kela-korvattuihin lääkärikäynteihin voi olla pieni.

Syy-seuraussuhteita arvioidessa tarvitaan uskottava vertailuasetelma. Luotettava vaikutusten arviointi edellyttää vertailuryhmän, jonka avulla voidaan arvioida, mitä koeryhmälle olisi käynyt, jos se ei olisi altistunut kokeiltavalle politiikalle. On yleisesti tunnistettu, että luotettavin vertailuasetelma on satunnaistettu vertailuasetelma, jossa kokeiluun osallistuvat yksilöt arvotaan satunnaisesti koe- ja vertailuryhmiin.³ Satunnaistetuista kokeilusta Suomessa esimerkkejä ovat esimerkiksi perustulokokeilu, kaksivuotisen esiopetuksen kokeilu ja Pohjanmaan hyvinvointialueen digivastaanottokokeilu.

Valinnanvapauskokeilussa ei muodosteta satunnaistettua vertailuasetelmaa, vaan kaikki 65 vuotta täyttäneet kuuluvat koeryhmään. Olennainen kysymys on, miten tälle ryhmälle muodostetaan mielekäs vertailuryhmä ja kuinka uskottava tämä vertailuryhmä ylipäätään on. Terveystaloustieteellisessä tutkimuskirjallisuudessa erittäin yleinen, tällaisiin tilanteisiin (ei satunnaistamista) luultavasti parhaiten soveltuva tutkimusasetelma on **erotus erotuksissa -asetelma (eng. *difference-in-differences, DID*)**.⁴

Ehdottamassamme DID-vertailuasetelmassa verrataan 65-vuotta täyttäneiden palvelukäyttöä ennen ja jälkeen kokeilun alun alle 65-vuotiaiden palvelukäyttöön ennen ja jälkeen kokeilun alun. Vertailuasetelmassa hyödynnetään nuorempaa, kokeilun ulkopuolella olevaa ikäryhmää, jotta saadaan arvioitua ajallinen muutos yleisessä terveystaloustieteellisessä. Nuoremman ikäryhmän palvelujen käyttötrendissä ei oleteta tapahtuvan erityistä muutosta, sillä nämä ikäryhmät eivät kuulu kokeilun piiriin. Keskeistä on vertailla eri ikäryhmien palvelujen käyttötrendissä tapahtuvia muutoksia. Tämä mahdollistaa politiikkamuutoksen syys-seuraussuhteiden arvioinnin.⁵ Vaihtoehtoisia vertailuasetelmia esitetään luvun 5.2 lopussa, ja niitä tullaan toteuttamaan tukevin tarkasteluina. Vaikka edellä mainitut ikäryhmät ovat palvelukäytön suhteen kovin erilaisia ja terveystaloustieteellisen käytön tasot ovat erilaisia, oletettavasti palvelukäytön muutokset ajassa alle 65-vuotiailla korreloivat vahvasti palvelunkäytön muutoksiin yli 65-vuotiailla.⁶ Tässä tilanteessa **DID-asetelman keskeinen oletus on niin kutsuttu**

³ Lue lisää: Reito, A. (2023) Miten tutkimusartikkeliä kannattaa lukea? *Läketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 139(2):143-150, <https://www.duodecimlehti.fi/duo17217>

⁴ Lue lisää: Haaga, T., Sääksvuori, L., Tervola, J. (2024) Asiakasmaksujen ja lääkkeiden omavastuiden vaikutukset terveydenhuollon käyttöön, hankkeen loppuraportti. *THL Raportti 2/2024*. Luku 2. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-244-0>

⁵ Vertailumielessä tämän vuoksi ikäryhmien muut ominaisuudet kuten sairastavuus ja työterveyshuollon palvelujen käyttöön liittyvät ominaispiireet eivät ole tässä olennaisia. Eli varsinaista kaltaistamista ei tarvita.

⁶ Koronapandemian aikana palvelunkäyttö väheni sekä yli 65-vuotiailla että alle 65-vuotiailla. Influenssakauden aikana tartuntoja saavat sekä yli 65-vuotiaat että alle 65-vuotiaat. Terveysasemien mahdolliset kesäsulut koskevat molempia ikäryhmiä. Esimerkit havainnollistavat, että alle 65-vuotiaiden palvelukäytön aikasarja sisältää jossain määrin informaatiota siitä, millaisia muutoksia yli 65-vuotiaiden palvelukäytössä ajassa on.

yhtenevien trendien oletus, jonka mukaan yli 65-vuotiaiden vasteiden (= palvelukäytön) tulisi seurata vertailuryhmän eli alle 65-vuotiaiden vasteiden kehitystä siinä hypoteettisessa tilanteessa, ettei kokeilua olisi tapahtunut. Valitettavasti oletusta ei voida testata suoraan. On kuitenkin yleistä pyrkiä varmistamaan, että vasteet molemmissa ryhmissä käyttäytyivät samalla tavalla ennen politiikkamuutosta. Ellei näin ole, olisi vaikea uskoa, miksi vasteet käyttäytyisivät samalla tavalla politiikkamuutoksen jälkeenkään. Asetelman nimi voidaan ymmärtää pohtiessa yksinkertaisinta erotus erotuksissa -asetelmaa, jossa on kaksi ryhmää ja kaksi aikaperiodia (koeryhmä ja vertailuryhmä; ennen ja jälkeen politiikkamuutoksen). Yksinkertaisessa estimaattorissa lasketaan ensin vastemuuttujan erotus ajassa koeryhmässä ja vähennetään siitä vastemuuttujan erotus ajassa vertailuryhmässä.

Toinen tärkeä DID-oletus koskee sitä, että yksilöiden potentiaaliin vasteisiin (= terveyspalvelukäyttöön) saisi vaikuttaa vain se, onko kyseinen yksilö koe- vai vertailuryhmässä – ei se, kummassa ryhmässä muut ovat (eng. *the Stable Unit Treatment Value Assumption*; SUTVA). Oletus ei esimerkiksi päde, mikäli koeryhmän terveyspalvelukäyttö vaikuttaa vertailuryhmän terveyspalvelujen saatavuuteen kokeilun aikana. **Oletus ei ole täysin uskottava Kela-kokeilun kontekstissa.** Mikäli yksityiset palvelutuottajat avaavat merkittävästi vastaanottoaikoja koeryhmälle ja mikäli koeryhmä asioi suuressa määrin yksityisellä yleislääkärillä, on mahdollista, että yksityisten lääkäripalvelujen saatavuus heikkenee vertailuryhmässä tarjonnan ja kulutuksen kohdentuessa koeryhmälle. Näin DID-estimaatit yliarvioisivat kokeilun vaikutusta yksityisten lääkäripalvelujen käyttöön koeryhmässä. Toisaalta voi olla, että kokeilu saa työterveyshuollossa työskenteleviä yleislääkäreitä tarjoamaan kokeilupalvelujen lisäksi palvelua myös muille yksityisasiakkaille. Voi myös olla, että mikäli koeryhmä asioi merkittävässä määrin yksityisellä yleislääkärillä, se voi vähentää koeryhmän yhteydenottoja julkiseen perusterveydenhuoltoon ja vapauttaa vastaanottoaikoja vertailuryhmän käyttöön. Näin DID-estimaatit yliarvioisivat sitä, kuinka paljon kokeilu vähentää julkisen perusterveydenhuollon käyttöä koeryhmässä.

On neljäskin skenaario. Lääkäriresurssit ovat jokseenkin rajallisia ja hyvinvointialueet ja yksityiset toimijat kilpailevat samasta työvoimasta. Jos kokeilun seurauksena lääkäriresurssista kohdentuu yksityiselle sektorille aiempaa suurempi osa ja jos kokeilun yksityiset lääkärikäynnit eivät täysimääräisesti vähentäisi tarvetta asioida julkisessa perusterveydenhuollossa, voi olla, että julkisen perusterveydenhuollon saatavuus heikkenee ja tämä kohdentuisi erityisesti vertailuryhmään, joka ei ole kokeilun piirissä. Jos näin on, DID-estimaatit aliarvioisivat sitä, kuinka paljon kokeilu vähentää julkisen perusterveydenhuollon käyttöä koeryhmässä. Kuten neljä hypoteettista esimerkkiä yllä havainnollistatvat, **tuloksissa voi olla systemaattista harhaa: estimaatit yli- tai aliarvioivat todelliset vaikutukset.** Harhan suuruutta tai suuntaa olisi tässä tapauksessa vaikea arvioida.

5.2 Tutkimuksen yksityiskohtia

Kohdeväestö: Kohdeväestö voidaan poimia eri tavoin riippuen käyttöympäristöstä ja saatavilla olevista aineistoista. Esimerkiksi SoteDataLab-hankkeen käytössä olevilla aineistoilla voitaisiin toimia seuraavasti. Tilastokeskuksen FOLK-moduuleista poimittaisiin vuoden 2023⁷ lopun väestö siten, että mukaan sisällytettäisiin ne, jotka ovat vähintään 66-vuotiaita vuoden 2025 lopussa (= koeryhmä) ja ne, jotka ovat 50–62-vuotiaita vuoden 2025 lopussa (= vertailuryhmä). Ikärajaus siis pudottaisi pois ne henkilöt, jotka voivat täyttää 65 vuotta kokeilun aikana. Vaihtoehtoisesti poiminta voitaisiin tehdä THL:ssä tai Kelassa ajantasaisesta DVV:n väestötietojärjestelmästä siten, että koeryhmään kuuluisivat ne, jotka olivat vähintään 65 vuotta kokeilun alkaessa 1.9.2025 ja verrokkiryhmään ne, jotka olisivat

⁷ Tai vuoden 2024, kun tämä tilastovuosi on valmis käytettäväksi.

kokeilun alkaessa 50—62-vuotiaita. Ajatus on, että ikärajaus pudottaisi pois ne henkilöt, jotka voivat täyttää 65 vuotta kokeilun aikana, eli että henkilöt eivät ikääntymisen myötä vaihtaisi vertailuryhmästä koeryhmään. Tämä ei kuitenkaan ole välttämätöntä: voidaan myös verrata 65-vuotta täyttäneitä 50-64-vuotiaisiin siten, että henkilö vaihtuu vertailuryhmästä koeryhmään, kun hän täyttää 65 vuotta. Mikäli poiminnassa käytetään ajantasaista väestötietojärjestelmää, määritettäisiin lisäehto, että mukana ovat vain tarkasteluhetkellä elossa olevat henkilöt.

Seuranta-aika: Esitämme, että seuraamme terveystalvokäyttöä 24 kk ennen kokeilua ja 12 kk kokeilun alun jälkeen (ja myöhemmin 24 kk kun aineistoa on enemmän). Täysien vuosien sisällyttäminen tarkastelujaksolle pienentää kalenterikuukauden vaikutusta palvelukäyttöön – kuten osion 3.3 kuvista tullaan havaitsemaan, terveystalvokäyttö ryhmittäin sekä palvelukäytön erotus ikäryhmien välillä sisältävät kuukausittaisista kausivaihtelua. Mitä pidempi tarkastelujakso on ennen kokeilua, sitä enemmän on dataa sovitaa mahdollinen lineaarinen trendiero koe- ja vertailuryhmän välillä. Kuitenkin pitkä tarkastelujakso pienentää kokeilua edeltävien lähikuukausien ja vuoden suhteellista vaikutusta kokeilua edeltäneen palvelukäytön keskiarvoon ja kaukaisempien tapahtumien merkitys kasvaa. Mitä pidempi tarkastelujakso on kokeilun jälkeen, sitä rohkeampi yhtenevien trendien oletuksesta johdettu ekstrapolaatio on: jo pienikin havaitsematon tai väärin havaittu trendiero voi ajan kuluessa kasvaa merkittäväksi eroksi palvelukäytössä ryhmien välillä. Ehdotettu 24 kk + 12 kk (/24 kk) vaikuttaa mielekkäältä kompromissilta seurantajakson pituuden ja tulosten luotettavuuden välillä.

Paneeliaineisto: Suunnitelmaa varten muodostettiin yksilö-kuukausitason paneeliaineisto, jossa jokaiselle kohdeväestön henkilölle on havainto kullekin seuranta-ajan kuukaudelle. Paneeliin liitettiin vasteita Kelan ja THL:n aineistoista. Jos tietoa palvelukäytöstä ei havaittu tietylle henkilölle ja tietylle kuukaudelle, arvoksi merkittiin 0 (= palvelukäyttöä ei ollut).

Kela-korvausaineisto: Suunnitelmaa varten aineisto on muodostettu käyntipäivän perusteella rajautuen lääkäripalkkioihin⁸ ja niihin riveihin, joissa asiakas on yhdistettävissä Fionassa Tilastokeskuksen aineistoihin. Toimenpiteiden perusteella rivit on vielä jaettu etäpalveluun ja läsnäpalveluun vuosien 2022—2025 Kela-taksaluetteloiden perusteella.⁹ Jakoa on luultavasti syytä täsmentää Kelasta saatavien kommenttien perusteella. Kokeilua varten aineistoon tulevat omat uudet toimenpidekoodit, jotka tulee huomioida.¹⁰ Korvaustapausten määrät on laskettu yksilö-kuukausitason havaintojen rivimäärien perusteella. Korvausmäärät ja kokonaiskustannusten määrät on laskettu yksilö-kuukausitason havaintojen summina.

Avohilmo: Suunnitelmaa varten aineisto on muodostettu käyntipäivän perusteella rajautuen julkisen sektorin tuottamiin avosairaanhoidon sairaanhoidollisiin käynteihin hoitajalle tai lääkärille¹¹ ja niihin riveihin, joissa asiakas on yhdistettävissä Fionassa Tilastokeskuksen aineistoihin. Lisäksi mukaan sisällytetään erillisinä riveinä ne julkisen sektorin hoidontarpeen arviointia koskevat tiedot, joissa joko a) ei havaita käynnin alkua kuvaavaa aikaleimaa (hoidontarpeen arvioinnista ei välttämättä seurannut käyntiä) tai joissa hoidontarpeen arvioinnin aikaleima ei ole minuutilleen sama kuin käynnin

⁸ Lääkäripalkkiot: etuus_koodi = ”SVKOL”.

⁹ Etäpalvelu: toimenpide_koodi %in% c('E10PS', 'E10VI', 'E101L', 'E101V', 'H101E', 'H101V', 'N101E', 'N101V', 'E101T', 'E101P').

Läsnäpalvelu: toimenpide_koodi %in% c('H101L', 'N101L', '0101A', '0101B', '0101C', '0101D', '0101E', '0101L').

Muussa tapauksessa tieto merkitty puuttuvaksi.

¹⁰ K010V, P010V ja V010V (läsnäkäynti, puhelu ja videovastaanotto).

¹¹ Käyntipäivä määritetty muuttujasta KAYNTI_ALKOI. Julkisen sektorin tietojen poimiminen edellyttää sitä, että tapahtuma linkittyy SOTE-organisaatiorekisterin palveluntuottajajaksikkoon. KAYNTI_PALVELUMUOTO = ”T11” eli avosairaanhoito. KAYNTI_LUONNE = ”SH” eli sairaanhoito. Ammatti on päätelty Ammattiluokituksen (KAYNTI_AMMATTI) tai Ammattioikeuksien (KAYNTI_AMMATTIOIKEUS) perusteella.

aikaleima.¹² Kontaktit on aggregoitu kontaktipäiviksi: vaste saa arvon 1 mikäli henkilöllä on vähintään yksi soveltuva kontakti kyseisenä päivänä (voi olla enemmänkin; esimerkiksi hoidontarpeen arviointi sekä itse käynti) ja 0 mikäli kontakteja ei ole lainkaan. Yhteystavat on jaettu läsnä- ja etäasiointiin.¹³

Menetelmät:

DID-estimaattorin voi muodostaa monin tavoin, ja tässä on yksi esimerkki. Ensin yksilökuukausihavainnot keskiarvoistetaan ikäryhmä-kuukausitason havainnoiksi ja sen jälkeen nämä havainnot muutetaan edustamaan ikäryhmän tietyn kuukauden keskimääräistä vuositason palvelukäyttöä kertomalla luvulla 12. Kuvioden 1–4 vasemmanpuolimmaisessa sarakkeessa (I) raportoidaan nämä keskiarvot ikäryhmittäin. Sen jälkeen lasketaan ikäryhmien välinen erotus näissä vasteissa, ja ne raportoidaan kuvioden 1–4 keskimmaisessä sarakkeessa (II). Positiivinen erotus tarkoittaa sitä, että 66+-vuotiailla oli enemmän palvelukäyttöä kuin vertailuryhmällä. Kuvioden 1–4 oikeanpuolimmaisessa sarakkeessa (III) raportoidaan oikaistu erotus vasteissa ryhmien välillä. Oikaisu tehdään vasteiden erotuksen aikasarjaan. Käytännössä pyritään puhdistamaan aikasarjasta kokeilua edeltäneen aineiston perusteella kiinteät vaikutukset (eng. *fixed effects*) ikäryhmälle ja kalenterikuukaudelle sekä (mahdollinen) lineaarinen trendiero vasteiden erotuksessa koe- ja vertailuryhmän välillä. Ensin lasketaan kokeilua edeltäneeseen aineistoon perustuen (24 kk) erotuksen kalenterikuukausittaiset keskiarvot ja vähennetään ne koko aikasarjasta (24 kk + 12 kk) – näin pyritään poistamaan kalenterikuukauden kiinteä vaikutus palvelukäytön erotukseen ikäryhmien välillä sekä pysyvä tasoero terveystarpeiden käytössä ikäryhmien välillä. Lopuksi vielä sovitetaan OLS-regressio kokeilua edeltäneeseen muokattuun aikasarjaan siten, että mallissa on lineaarinen trendi ja vakiotermit. Koko aikasarjasta puhdistetaan tämä estimoitu lineaarinen kokeilua edeltänyt trendi ja vakiotermit.

Omat DID-estimaatit muodostamme sekä oikaisemattomasta (kuva II) että oikaistusta datasta (kuva III). Edellisessä tapauksessa sisällytämme estimointiin 12 kk ennen kokeilua; jälkimmäisessä tapauksessa 24 kk. Edellisessä tapauksessa yhtenevien trendien oletus koskee raakadataa, jälkimmäisessä oikaistua aikasarjaa. Edellinen menetelmä on harhaton, mikäli ikäryhmien trendit olisivat olleet täysin yhtenevät. Jälkimmäinen menetelmä on harhaton, mikäli ikäryhmien välinen trendiero olisi ollut täysin lineaarinen tai 0. Molemmat ovat harhaisia, mikäli olisi ollut epälineaarinen trendiero. Päätuloksena raportoimme näiden kahden DID-estimaatin keskiarvon. Ajatus taustalla on, että hyväksymällä hieman harhaa voimme saada vakaamman estimaattorin. DID-estimaatti lasketaan vähentämällä toisistaan oikaisemattoman/oikaistun erotuksen keskiarvot kokeilun jälkeen ja ennen kokeilua. Suhteellinen (%) DID-estimaatti saadaan jakamalla DID-estimaatti koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden vasteiden keskiarvolla.

Tilastolliset koodit: Suunnitelman kuvien ja taulukoiden tuottamiseen käytetyt koodit ovat avoimesti saatavilla.¹⁴ Koodeista ilmenevät aineistojen käsittelyn ja analysoinnin tarkat yksityiskohdat. Tarkoitus on, että myös varsinaisen tutkimuksen tilastolliset koodit saatettaisiin avoimesti saataville.

Vaihtoehtoiset vertailuasetelmat tukevissa tarkasteluissa:

¹² Hyödynnetään muuttujia HTA_AJANKOHTA, HTA_AMMATTI ja HTA_AMMATTIOIKEUS.

¹³ Sisällytetyt yhteystavat (KAYNTI_YHTEYSTAPA): läsnäkäyntiin viittaava R10, etäasiointiin viittaavat R50, R51, R52, R55 ja R56, hoidontarpeen arvioinnin tiedoista nousevat rivit (yhteystapaa ei havaita) sekä ammattihenkilöiden välisiin konsultaatioihin viittaavat R60 ja R71. Läsnä- ja etäasiointiin nämä on jaettu karkeasti ja epätäydellisesti siten, että R10 viittaa läsnäasiointiin ja kaikki muut etäasiointiin. Huomioi, että yhteystapaluokitus on päivittyneet ja tämä tulee huomioida tutkimuksessa myöhemmin.

¹⁴ <https://github.com/tapiohaa/kela65>

Koska yllä ehdotetulla vertailuasetelmalla on omat selkeät heikkoutensa (lue luku 5.5), on mielekästä estimoida tulokset pääasetelman lisäksi hyödyntäen muita vaihtoehtoisia tukevia asetelmia ja muodostaa kokonaiskuva, joka huomioi kaikki nämä tarkastelut.

- **Suppeammat ikäryhmät vertailuun.** Edellä ehdotettiin, että verrattaisiin 65+-vuotiaita 50—62-vuotiaisiin. Ikäryhmistä saisi iän, sairastavuuden ja monien muiden tekijöiden näkökulmasta vertailukelpoisempia, jos niitä rajattaisiin suppeammiksi; esimerkiksi 53—62-vuotiaat ja 65—74-vuotiaat. Tukevana tarkasteluna voisi esimerkiksi raportoida estimaatit sen funktiona, kuinka monta vuotta ikäryhmiin sisällytetään (esim. 1—13). Mitä pienempiä ikäryhmät ovat, sitä samankaltaisempia ne ovat, mutta toisaalta sitä suurempaa on satunnaisvaihtelu (mahdollisesti tasapainotellaan tarkkuuden ja harhan välillä).
- **Vertailuryhmässä rajautuminen niihin, joilla ei ollut työttömyysjaksoa.** Viime aikoina työttömyys on noussut, ja aiempaa harvemmalla työikäisellä on ollut pääsy työterveyshuollon sairaanhoidollisiin palveluihin. Tämä on todennäköisesti lisännyt julkisen perusterveydenhuollon käyttöä erityisesti työikäisten keskuudessa. Ilmiö on potentiaalinen harhan lähde. Siksi tulokset voisi estimoida tukevana tarkasteluna myös niin, että pyritään rajautumaan 50—62-vuotiaiden vertailuryhmässä vain niihin, joilla ei ollut työttömyysjaksoa tarkastelujakson aikana, mikäli se on käytettävän aineiston perusteella mahdollista. Epäselvää on, kuinka paljon tässä ryhmässä on julkisen perusterveydenhuollon käyttöä. Mikäli sitä on vain vähän, kohina voi olla suurta, mikä laskisi tukevan tarkastelun mielekkyyttä. Lisäksi on todettava, että monilla työterveyshuollon palvelujen käyttö ei välttämättä lopu heti työttömyys-/lomautusjakson alettua.
- **Syntymäkohorttien vertailu.** Voisimme vertailla niiden palvelukäyttöä, jotka olivat 65—74-vuotiaita ennen kokeilua 1/2024—8/2025, heihin, jotka olivat 65—74-vuotiaita kokeilun aikana 1/2026—8/2027. Vaikka vertailussa olisi eri henkilöitä eri syntymäkohorteista, palvelunkäytön hetkellä samanikäisten ryhmien vertailu lisäisi henkilöiden vertailukelpoisuutta iän, sairastavuuden, työmarkkina-aseman ja tulojen osalta. Vertailuun on syytä sisällyttää samat kalenterikuukaudet ennen ja jälkeen kokeilua, jotta kalenterikuukauden (esim. heinäkuu) vaikutus palvelukäyttöön poistetaan. Vertailun voisi aloittaa tammikuusta 2024, jolloin tehtiin edelliset merkittävät muutokset yksityisten lääkärikäyntien Kela-korvauksiin. Vaikka syntymäkohorttien vertailun luonee ryhmistä melko samankaltaisia, harhaa tuloksiin voivat tuoda erityisesti tarjontapuolella tapahtuneet muutokset. Voi esimerkiksi olla, että esimerkiksi yksityisten toimijoiden hinnat, ammattilaisten saatavuus ja terveysasemien palveluverkosto voivat olla erilaisia 2026—2027 kuin 2024—2025, mikä vaikuttaisi todennäköisesti palvelukäyttöön. Lisäksi epidemiatilanne voi vuosittain vaihdella ja osaltaan vaikuttaa palvelukäyttöön.
- **Vain 65 vuotta täyttäneitä sisältävät vertailuryhmät.** Kokeilun yksityisten yleislääkäripalvelujen läsnäkäyntien tarjonta painottuu alueille, joissa on kokeiluun kirjautuneita palveluntuottajia. Oletamme, että tarjonta korreloi käytön kanssa siten, että ihmisellä on suurempi todennäköisyys asioida kokeilun yksityisellä yleislääkärillä, jos omassa kotikunnassa on kokeiluun kirjautunut palveluntuottaja. Siksi ikäryhmittäisen vertailun ohella toinen vaihtoehto on vertailla 65 vuotta täyttäneitä niissä kunnissa, joissa oli vähintään yksi kokeiluun kirjautunut palveluntuottaja (oletettavasti suurempi altistus Kela-kokeilulle), 65 vuotta täyttäneisiin niissä kunnissa, joissa ei ollut (oletettavasti pienempi altistus Kela-kokeilulle). Jälkimmäinen ryhmä ei olisi puhdas vertailuryhmä, sillä sekin altistuisi kokeilulle. Ajatus olisi kuitenkin Wald-DID-estimaattorin avulla (kts. luku 5.4) tarkastella – kokeilun palveluntuottajien toimipisteiden verkostoa instrumenttina käyttäen – kokeilussa korvattujen

yksityisten yleislääkärikäyntien vaikutusta a) muihin kuin kokeilussa korvattuihin yksityisiin lääkäripalveluihin ja b) julkisen perusterveydenhuollon palveluihin. Myös tässä asetelmassa olisi rajoitteita: 1) Ei ole selvää, syntykö kokeilun yleislääkäripalvelujen käytön välille eroja näissä kuntaryhmissä. 2) Ryhmät voivat olla väestömäärältään merkittävästi erisuuruiset, mikä voi lisätä tuloksiin kohinaa. 3) Vaikka 65 vuotta täyttäneet ovat pääosin eläkkeellä, eikä heidän välillään olisi juuri eroja työterveyshuollon palveluiden saatavuudessa, niin oletettavasti myös julkisten terveysasemien verkosto tai ainakin palvelun laajuus (esim. aukioloajat) korreloivat väestötiheyden kanssa siten, että harvaan asutuilla seuduilla, joissa ei ole kokeilun palveluntuottajia, olisi heikompi julkisten terveystalujen saatavuus kuin tiheimmin asutuilla seuduilla, joissa on kokeilun palveluntuottajia. 4) Vertailu on alttiimpi aluetason kohinalle verrattuna ikäryhmittäiseen vertailuun.

Kokeilun piiriin oli 20.8.2025 mennessä ilmoittautunut noin 400 palveluntuottajaa/toimipistettä, ja palveluverkostossa oli huomattavaa alueellista vaihtelua.¹⁵ Esimerkiksi Kainuun hyvinvointialueella listautuneita palveluntuottajia oli kaksi, kun taas Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialueella niitä oli 38.¹⁶ Palveluntuottajien määrä elänee ajassa.¹⁷ Esimerkiksi Mehiläinen aloittaa kokeilun kohdennetuilla paikkakunnilla ja toimipisteillä noin kymmenellä paikkakunnalla, kun taas Pihlajalinna aloittaa noin 25 paikkakunnalla – Terveystalo ei ilmoittanut tarkkaa määrää.¹⁸ Vertailun vuoksi keräsimme neljän suurimman terveysyrityksen lääkäriasemien verkoston kesällä 2025. Tulkintamme mukaan yksityisiä lääkäriasemia neljällä suurella oli 281 kappaletta ja ne sijoituivat 126 kuntaan. Näissä kunnissa asui vuonna 2022 4 696 000 ihmistä, eli 84 prosenttia väestöstä. Mehiläisellä oli lääkäriasemia 63 paikkakunnalla ja Pihlajalinnalla 53 paikkakunnalla.

5.3 Keskeiset vasteet ja havainnollistavat kuviot

Ajatus tavoitellusta mekanismista on, että Kela-kokeilu lisää kokeiluun kuuluvien yleislääkäripalveluiden käyttöä ja todennäköisesti myös yksityisten lääkäripalvelujen kokonaiskäyttöä (ml. erikoislääkärit ja chat) yli 65-vuotiaiden keskuudessa. Jos asiat tulevat hoidetuksi, niin mahdollisesti ainakin hoitajien tekemien hoidontarpeen arviointien määrä julkisessa perusterveydenhuollossa vähenee. Mikäli kokeiluun kuuluvilla yleislääkärikäynneillä hoidetaan myös sellaisia tapauksia, jotka myös julkisessa perusterveydenhuollossa olisi ohjattu hoidontarpeen arvioinnin jälkeen lääkärille, myös julkisten lääkärikontaktien määrä voi vähentyä. Kokeilun keskeisiä vasteita on tunnistettu tämän mekanismin perusteella. Kaikki vasteet on määritelty siten, että vasteen arvo tietynä kuukautena edustaa joko koe- tai vertailuryhmän vuositason laskettua keskiarvoa vasteesta per asukas (esimerkiksi korvatut yksityislääkärikäynnit koeryhmässä per henkilö per vuosi helmikuussa 2025). Ensin tarkastellaan vaikutuksia kokonaiskontakteihin, sitten tulokset erotellaan yhteystavan mukaan.

Kela-korvatut lääkäripalvelut:

¹⁵ Lähde: <https://www.kela.fi/ajankohtaista/65-vuotta-tayttaneiden-valinnanvapauskokeilu-kaynnistyy-1.9.-mukana-satoja-terveysalan-yrityksia>, luettu 27.8.2025.

¹⁶ Lähde: <https://hoivajaterveys.fi/kela65-valinnanvapauskokeilussa-on-mukana-jo-noin-400-yritysta-palveluntuottajia-jokaisella-hyvinvointialueella/>, luettu 27.8.2025.

¹⁷ On siksi valittava, milloin palveluntuottajien poiminta analyysia varten tehdään.

¹⁸ Lähde: <https://www.ess.fi/uutissuomalainen/8797747>, luettu 27.8.2025.

Kuviossa 1 on esitetty korvatut yksityislääkärikäynnit, maksetut korvaukset ja korvattujen käyntien kokonaiskustannukset ennen ja jälkeen kuvitteellisen 3/2024 alkaneen kokeilun. Paneelissa A (kuvat I ja II) havaitaan, että a) 66+vuotiailla oli enemmän yksityisiä lääkärikäyntejä kuin 50—63-vuotiailla, b) kuukausitasolla palvelukäytössä oli paljon kausivaihtelua (erityisesti heinä- ja joulukuussa palvelukäyttö vähäisempää) ja että c) vaikka lääkärikäyntien määrän erotuksessa oli myös kuukausittaista vaihtelua, niin erotuksessa ei vaikuttanut olevan suuria trendejä ennen ja jälkeen kuvitteellisen kokeilun. Oikaisemattoman DID-estimaatin (kuva II) mukaan kuvitteellisen kokeilun vaikutus oli käytännössä nolla. Oikaistut DID-estimaatit ovat kuvassa III. Oikaistu aikasarja vaihtelee aika vakaasti nollan ympärillä ennen ja jälkeen kokeilun. Oikaistun DID-estimaatin mukaan kuvitteellinen kokeilu olisi lisännyt koeryhmässä yksityisiä lääkärikäyntejä vajaa +0,01 käyntiä per asukas per vuosi, mikä olisi +1,0 % kasvu verrattuna koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden keskiarvoon. Päätuloksemme, eli oikaisemattoman ja oikaistun DID-estimaatin keskiarvo, viittaa siihen, että kuvitteellisella kokeilulla ei ollut vaikutusta korvattujen yksityislääkärikäyntien määrään, kuten ei pitäisikään olla (Taulukko 1). Ylipäätään vertailuasetelma näyttää toimivan tämän vasteen tapauksessa aika hyvin: vasteiden erotuksessa koe- ja vertailuryhmän välillä ei näytä olevan vahvaa trendiä, ja oikaistu erotus vaihtelee näytisesti nollan ympärillä ennen kokeilua (ja myös kuvitteellisen kokeilun jälkeen).

[KUVIO 1 TÄHÄN]

Tarkasteltaessa maksettuja korvauksia (paneeli B) vertailuasetelma ei toimi läheskään yhtä hyvin. Kuvassa I nimittäin näkyy selvästi, kuinka Kela-korvaustaksoja ensin laskettiin vuoden 2023 alussa ja sitten nostettiin vuoden 2024 alussa. Vaikka muutokset koskivat molempia ikäryhmiä, niin erilaisen palvelukäytön vuoksi vaikutukset korvaussumman per asukas per vuosi olivat erilaisia eri ikäryhmissä (kuva II). Vuosien 2023 ja 2024 politiikkamuutosten vuoksi DID-asetelma ei ole mielekäs tälle vasteelle kuvitteellisen kokeilun tarkasteluikkunassa, koska oletusta yhtenevistä trendeistä ei ole mielekästä tehdä ja koska muut politiikkamuutokset selvästi sekoittavat tuloksia. DID-estimaattien keskiarvo viittaa siihen, että kuvitteellisessa kokeilussa Kela-korvausten määrä olisi lisääntynyt +3,0 euroa (+36 %) per asukas per vuosi (Taulukko 1). Oikean Kela-kokeilun tapauksessa asetelma voi kuitenkin toimia. Suurin osa kokeilua edeltävästä datasta tulee vuosilta 2024—2025 (vain 4 kk vuodelta 2023), joten aiemmat politiikkamuutokset eivät todennäköisesti merkittävästi vääristä keskiarvoja, varsinkaan oikaisemattoman DID-estimaatin tapauksessa. Lisäksi oikealla Kela-kokeilulla voi olla suuruusluokaltaan merkittäviä vaikutuksia korvausten erotukseen, koska kokeilu kohdistuu vain 65 vuotta täyttäneille ja koska hintatuki tulee olemaan yleislääkärikäyntien osalta selvästi aiempaa suurempi.

Käyntien kokonaiskustannuksiin (Kela-korvaus + omavastuu) kuvitteellisella kokeilulla ei näytä olleen vaikutusta, kuten ei olisi pitänytkään: DID-estimaatti viittaa vajaa euron (prosentin) kasvuun kustannuksissa koeryhmässä (Taulukko 1).

Julkisen avosairaanhoidon kontaktit:

Kuviossa 2 on esitetty julkisen avosairaanhoidon kontaktipäivät koe- ja vertailuryhmässä ennen ja jälkeen kuvitteellisen 3/2024 alkaneen kokeilun. Paneelissa A (kuvat I ja II) havaitaan, että a) kontaktipäiviä julkisella oli molemmilla ikäryhmillä selvästi enemmän kuin Kela-korvattuja lääkärikäyntejä (kuvio 1), b) 66+vuotiailla oli enemmän julkisia kontakteja kuin 50—63-vuotiailla ja että c) julkisten kontaktien määrä näytti molemmilla ikäryhmillä kasvavan trendinomaisesti ennen kuvitteellista kokeilua mutta d) kasvutrendi oli voimakkaampi 66+-vuotiailla mikä näkyi kasvutrendinä julkisten kontaktien erotuksessa ikäryhmien välillä. Toisin sanoen oikaisematon erotus ikäryhmien välillä kasvaa ennen kokeilua mutta tasaantuu kokeilun aikana. Tässä tapauksessa oikaisematon DID

estimoit kasvua (+0,19 kontaktipäivää tai +3,5 % per henkilö per vuosi) mutta oikaistu DID laskua (-0,19 kontaktipäivää tai -3,4 % per henkilö per vuosi). Emme tiedä, kumpi identifikaatio-oletuksista on uskottavampi, joten raportoimme päätuloksena DID-estimaattien keskiarvon, joka on käytännössä nolla (Taulukko 1).

[KUVIO 2 TÄHÄN]

Tarkastellessa erikseen julkisia hoitajakontakteja (paneeli B) ja julkisia lääkärikontakteja (paneeli C) valittu identifikaatio-oletus heiluttaa DID-estimaatteja vielä enemmän. Esimerkiksi kontaktipäiviin hoitajalla oikaisematon DID estimoit +6,8 % kasvua ja oikaistu DID -1,4 % laskua, ja DID-estimaattien keskiarvo viittaa +2,7 % kasvuun. Kontaktipäiviin lääkäriellä oikaisematon DID estimoit -0,3 % laskua ja oikaistu DID -5,9 % laskua, ja DID-estimaattien keskiarvo viittaa -3,1 % kasvuun.

Tulokset havainnollistavat, että ikäryhmiin perustuvassa vertailuasetelmassa tällä aineistolla tuloksia koskeva vertailuasetelmaan ja identifikaatio-oletukseen liittyvä epävarmuus on merkittävää. Identifikaatio-oletuksen valinta on subjektiivista (mikä on tutkijan mielestä uskottavinta ja kuinka uskottavaa se on), eikä siihen liittyvä epävarmuus ole samalla lailla estimoitavissa kuin tilastollinen epävarmuus keskivirheiden muodossa. Käytännössä seuraus on, että tehtäviin syy-seurauspäätelmiin (suunta ja mittaluokka) voi sisältyä merkittävääkin epävarmuutta.¹⁹ Tulokset voivat heilua joitain prosenttiyksiköitä, joten jos todellisten vaikutusten suuruusluokka on pieni, niiden on helppo hukkaa muuhun kohinaan – estimaattien suuntakin voi olla väärä. Jos taas kokeilulla on merkittäviä vaikutuksia palvelukäyttöön, muutaman prosenttiyksikön kohinan merkitys voi jäädä pieneksi.

Etä- ja läsnäasiointit:

Kuviossa 3 on esitetty Kela-korvatut lääkäripalkkiot jakaen asiointit etäasiointeihin ja läsnäkäynteihin. Havaitaan, että valtaosa Kela-korvatuista lääkäripalkkioista kohdentuu läsnäkäynteihin ja että 66+-vuotiailla on vertailuryhmään nähden vähemmän etäasiointia ja enemmän läsnäkäyntejä. DID-estimaattien keskiarvo viittaa -7,0 % laskuun etäasiointeissa ja +0,4 % kasvuun läsnäkäynneissä (Taulukko 1). Estimaatteja tulkitessa on syytä huomioida, että yksityistä etäasiointia on aika vähän, jolloin aikasarjaan liittyvä satunnaisvaihtelu ja kohina on suurta. Sen sijaan läsnäkäynnit näyttävät käyttäytyvän vakaammin.

[KUVIO 3 TÄHÄN]

Kuviossa 4 on esitetty julkisen avosairaanhoidon etä- ja läsnäasiointien kontaktipäivät. Julkisella puolella vähemmistö kontakteista on läsnäkäyntejä. Oikaisemattomat ja oikaistut DID-estimaatit näyttävät antavan hieman erisuuntaisia tuloksia, mutta DID-estimaattien keskiarvot ovat melko lähellä nollaa viitaten +2,4 % kasvuun etäasiointipäivissä ja -1,7 % laskuun läsnäkäyntipäivissä (Taulukko 1).

[KUVIO 4 TÄHÄN]

[TAULUKKO 1 TÄHÄN]

5.4 Kokeilun (politiikka) vaikutukset vai kokeilukäyntien vaikutukset?

Luvuissa 5.2 ja 5.3 kuvailtu analyysi tutkii, mitkä olivat kokeilun (politiikkamuutos) vaikutukset Kela-korvattujen lääkärikäyntien ja julkisen avosairaanhoidon käyntipäivien määrään (eng. *intent-to-treat*, ITT). Analyysi ei siis suoraan vastaa, mitkä olivat kokeilun yksityisten yleislääkärikäyntien vaikutukset

¹⁹ Satunnaistettu vertailuasetelma olisi tässä mielessä ollut paljon uskottavampi vertailuasetelma.

muiden kuin kokeilussa korvattujen yksityisten lääkärikäyntien tai julkisen avosairaanhoidon käyntipäivien määrään (eng. *average causal response*, ACR). Mitä eroa näillä tutkimuskysymyksillä tai tarkemmin sanoen estimoitavilla parametreilla on (ITT / ACR)? On esimerkiksi mahdollinen tilanne, jossa kokeilussa korvatut yksityiset yleislääkärikäynnit vähentäisivät käyntipäiviä julkisessa avosairaanhoidossa (ACR) yksilötasolla, mutta samaan aikaan kokeilu itsessään ei merkittävästi vähentäisi käyntipäiviä julkisessa avosairaanhoidossa (ITT) järjestelmätasolla. Mahdollinen selitys voisi olla, että kokeilussa yksityisiä lääkärikäyntejä oli sen verran vähän, että vaikka ne yksilötasolla olisivat vähentäneet julkisia kontakteja, niin tällä ei olisi ollut järjestelmätasolla juuri vaikutusta. Jotta havaintoja olisi helpompi selittää, olisi hyödyllistä estimoida sekä ITT- että ACR-tulokset.

Pidämme tärkeänä vastata kysymyksiin sekä politiikan vaikutuksista (“järjestelmätaso”) että kokeilukäyntien vaikutuksista (“yksilötaso”). Siksi tulemme estimoimaan kokeilukäyntien vaikutuksia a) kokeilun ulkopuolisten Kela-korvattujen yksityislääkärikäyntien ja b) julkisen perusterveydenhuollon käyntipäivien määriin ns. Wald-DID estimaattorilla.

Wald-DID-estimaattori jakaa keskenään kaksi DID-estimaattia: esimerkiksi DID-estimaatti politiikan vaikutuksesta julkisen perusterveydenhuollon käynteihin jaetaan DID-estimaatilla politiikan vaikutuksesta kokeilussa korvattuihin yksityisiin yleislääkärikäynteihin. Näin saataisiin Wald-DID estimaatti yksityisten yleislääkärikäyntien (eikä siis politiikan) vaikutuksesta julkisen perusterveydenhuollon käynteihin. Houkuttelevaa on, että Wald-DID estimaattorilla tavoitellaan itse kokeilukäyntien vaikutusta, mutta toisaalta menetelmä edellyttää lisäoletuksia ja tuottaa hieman teknisen parametrin (eng. *average causal response*, ACR).²⁰ Lisäksi on huomioitava, että yksittäisiin DID-estimaattoreihin koskevat rajoitteet (luku 5.5) heijastuvat myös niitä hyödyntävään Wald-DID-estimaattoriin.

ACR-analysissä tärkeimpien vasteiden joukko poikkeaa hieman ITT-analysistä. ACR-analyysi edellyttää, että estimoimme politiikan (Z) vaikutukset ensin kokeilun yleislääkärikäyntien määrään (D.1) ja indikaattoriin, oliko henkilöllä kokeilukäyntejä lainkaan (D.2), jotta voimme tutkia niiden vaikutuksia i) muiden kuin kokeilussa korvattujen yksityisten lääkärikäyntien määrään (Y.1) ja ii) julkisen avosairaanhoidon käyntipäivien määrään (Y.2). Lisäksi vaikutukset olisi hyvä estimoida jakaen julkisen avosairaanhoidon kontaktit hoitaja- ja lääkärikontakteihin ja etä- ja läsnäasiointeihin.

5.5 Valitun vertailuasetelman rajoitteet

Ehdotettu vertailuasetelma, eli ikäryhmien vertailu DID-asetelmalla, ei ole missään nimessä ihanteellinen.²¹ Vaikka ajalliset muutokset terveystalouden käytössä korreloivat jossain määrin yli ja alle 65-vuotiailla, edellä esitettyjen kuvioiden (niissä kuva II) valossa näyttää selvältä, että palvelukäytön erotus ikäryhmien välillä ei käyttyä ajassa täysin vakaasti, vaan erotuksessa on ollut useissa vasteissa kasvu- tai laskutrendejä, jotka voivat kolmen vuoden tarkasteluikkunassa myös kääntyä. On todennäköistä, että näin on myös kokeilun aikana. Taustalla voi olla satunnaisvaihtelun lisäksi myös yllättäviä tapahtumia, ilmiöitä tai muita politiikkamuutoksia (kuten Kela-korvausmuutokset vuosina 2023 ja 2024 tai työttömyyden vaihtelut), jotka vaikuttavat ikäryhmien terveystalouden käytön erotukseen.

²⁰ Lue Wald-DID-estimaattorista lisää: Haaga, Kortelainen, Nokso-Koivisto, Saxell, Sääksvuori (2024), The Impact of Direct-to-Consumer Telemedicine on the Utilization of Primary Care: A Pre-Analysis Plan, p. 16–17, <https://osf.io/qgwnu>

²¹ Vaikka tekstissä esitetään DID-asetelmaan liittyviä rajoitteita, on todettava, että usein käytetyn ennen-jälkeen-asetelman rajoitteet ovat vielä merkittävästi suurempia ja että DID-asetelma lienee paras saatavilla olevista.

Seuraus olisi, ettei yhtenevien trendien oletus päde. Näitä vaikutuksia tai satunnaisvaihtelua ei pystytä erottamaan estimaateista ja ne täten aiheuttavat harhaa määrän, jota emme tiedä, suuntaan, jota emme tiedä.

Tässä tilanteessa pidämme järkevänä estimoida kaksi eri DID-estimaattia, oikaisemattoman raakadatasta ja oikaistun aikasarjasta, josta on puhdistettu lineaarinen trendiero, ja raportoida päätuloksena näiden kahden DID-estimaatin keskiarvon. Tämä estimaattori on harhaton vain, jos ikäryhmien trendit ovat täysin yhtenevät. Muissa tilanteissa estimaattorissa on harhaa, mutta toisaalta se käyttäytynee vakaammin kuin kumpikaan yksittäisistä DID-estimaattoreista. Vakaus on hyvä piirre tilanteessa, jossa etukäteen on vaikea arvioida, millainen yhtenevien trendien oletus näyttää uskottavimmalta aineiston havaitsemisen jälkeen. Yhtenevien trendien oletuksen tarkkaa muotoa voidaan muuttaa tai tarkentaa kokeilun aikana tutkijoiden subjektiivisten arvioiden ja uskomusten perusteella sen mukaan, miltä kokeilua edeltävä aineisto näyttää. Näillä valinnoilla voi olla merkittäviä vaikutuksia raportoitaviin estimaatteihin.

Lisäksi on syytä estimoida tulokset käyttämällä vaihtoehtoisia koe- ja vertailuryhmiä (kts. luvun 5.2 loppu) ja muodostaa kokonaiskuva näistä.

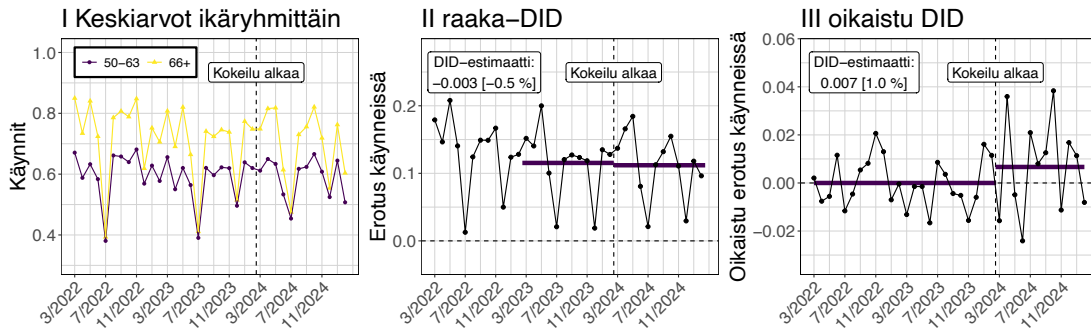
Tulkintojen tekeminen on kuitenkin sitä helpompaa mitä enemmän kokeilussa asioidaan yksityisellä yleislääkärillä. Nimittäin mitä suurempia kokeilun vaikutukset ovat, sitä pienempi rooli estimaateissa on satunnaisvaihtelulla ja muilla sekoittavilla tekijöillä. Toisaalta mikäli kokeilun vaikutukset ovat pienet jopa yksityisten lääkäripalvelujen käyttöön, sitä varovaisemmin vaikutuksia esimerkiksi julkiseen perusterveydenhuoltoon tulee tulkita. Intuiitiivinen ajatus on, että mikäli kokeilu ei lisää yksityisen lääkäripalvelujen käyttöä, sillä tuskin on vaikutusta julkisen perusterveydenhuollon käyttöön ja tällöin mahdolliset ”vaikutukset” julkista perusterveydenhuoltoa koskevissa estimaateissa johtuisivat luultavasti muista tekijöistä kuin kokeilusta.

Oletamme, että vertailuasetelmaan ja tarkemmin yhtenevien trendien oletukseen liittyvä epävarmuus on merkittävästi suurempaa kuin tilastollinen epävarmuus ehdollistettuna sille, että yhtenevien trendien oletus on tosi. Tämän vuoksi emme lähtökohtaisesti raportoi tuloksissa keskivirheitä tai luottamusvälejä: ne eivät sisällä vertailuasetelmaan liittyvää epävarmuutta, jolloin ne voivat antaa pahasti ylioptimistisen arvion kaikesta estimaatteihin liittyvästä epävarmuudesta. Varaamme kuitenkin mahdollisuuden raportoida keskivirheitä, mikäli koemme sen myöhemmin mielekkääksi. Nähdäksemme **on vartenotettava riski, että yhtenevien trendien oletus ei tule olemaan erityisen uskottava, mikä tarkoittaisi sitä, että vahvaa näyttöä syy-seuraussuhteista suuntaan tai toiseen ei tulla saamaan, mikäli todelliset vaikutukset ovat suuruusluokaltaan pieniä. Riski kuitenkin pienenee, mitä enemmän kokeilussa käytetään yksityisiä yleislääkäripalveluja. Jos todelliset vaikutukset ovat suuria** (pikemminkin kymmenen kuin parin prosentin vaikutuksia), **uskomme, että ne ovat hyvällä todennäköisyydellä erotettavissa aineistosta.**

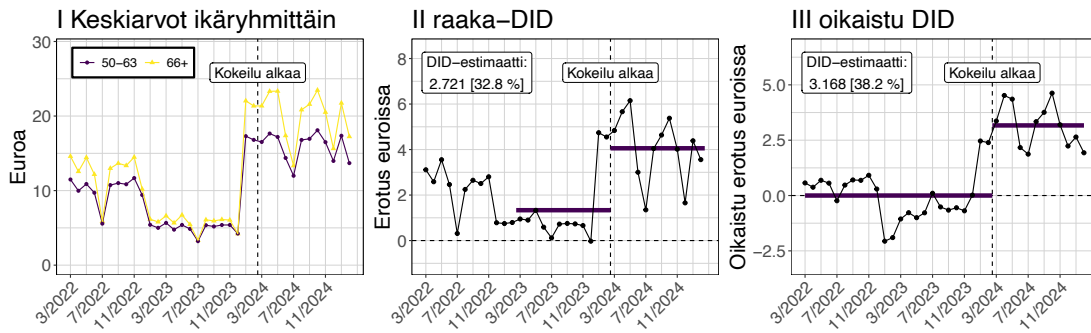
Kuviot ja taulukot

Kuvat ja taulukot ovat seuraavilla sivuilla.

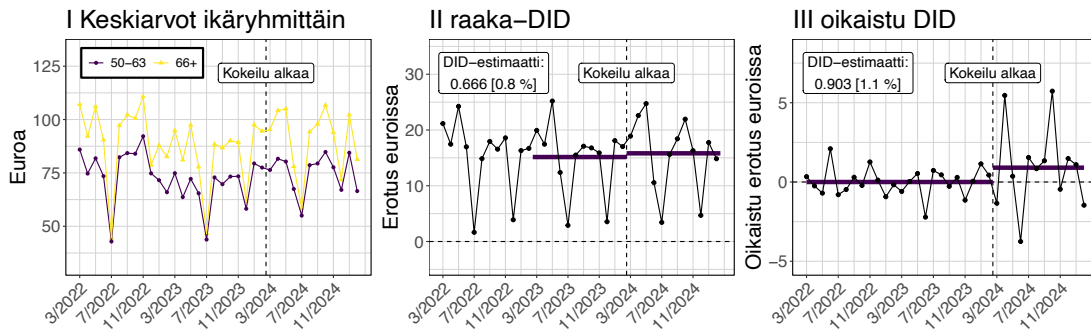
A. Korvatut yksityislääkärikäynnit (per hlö per vuosi)



B. Maksetut korvaukset (per hlö per vuosi)



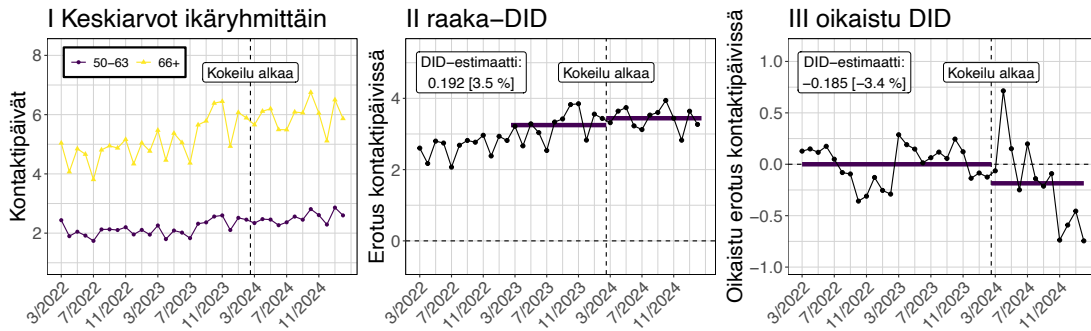
C. Käyntien kokonaiskustannukset (per hlö per vuosi)



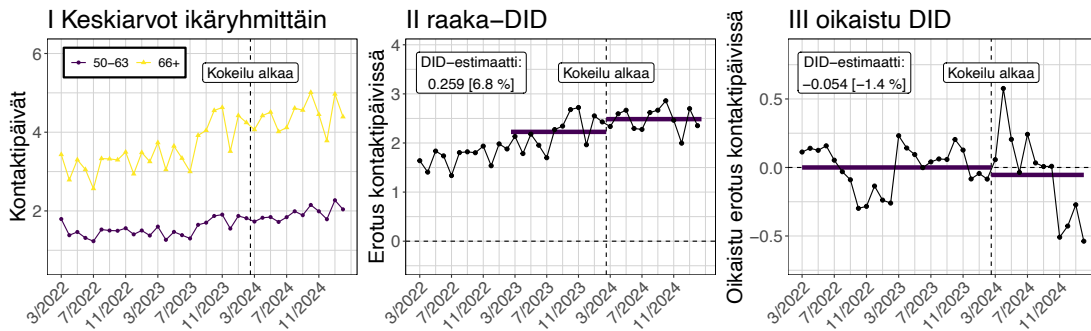
Kuva 1: Kela-korvattujen lääkärikäyntien määrä, maksetut korvaukset ja käyntien kokonaiskustannukset – havainnollistava esimerkki (aikaplacebo) erotus erotuksista -asetelmasta (DID).

Selitys: Kuvitteellinen kokeilu tuli voimaan 9/2023 ja koski 66+-vuotiaita 50–63-vuotiaiden ollessa vertailuryhmä. Tarkastelemme Kela-korvattujen lääkärikäyntien määrää, maksettuja korvauksia ja käyntien kokonaiskustannuksia (paneelit A–C). Kullekin vasteelle piirrämmme kolme kuviota. Ensimmäisessä vasemmalla (I) on piirretty ikäryhmittäin y-akselille käyntien tai eurojen keskiarvo per asukas per vuosi. Keskimmäisessä kuvassa (II) on piirretty erotus käynneissä tai euroissa per asukas per vuosi ryhmien välillä – nollaa suuremmat arvot kertovat, että 66+-vuotiailla vasteet olivat isompia. Oikeanpuoleisessa kuvassa (III) on raportoitu oikaistu erotus käyntien tai eurojen määrässä per asukas per vuosi ryhmien välillä: käytännössä kuvion (II) aikasarjasta on pyritty puhdistamaan kokeilua edeltäneen aineiston perusteella ikäryhmän ja kalenterikuukauden kiinteät vaikutukset sekä mahdollinen OLS-regressiolla estimoitu lineaarinen trendiero vasteiden erotuksessa koe- ja vertailuryhmän välillä. DID-estimaatti on laskettu vasteiden erotuksen oikaisemattomasta (II) / oikaistusta (III) aikasarjasta keskiarvojen erotuksena (jälkeen – ennen). Suhteellinen DID-estimaatti (%) jakaa DID-estimaatin koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden keskiarvolla. Oikaisemattoman DID-estimaatin tapauksessa tarkastelussa käytetään vain 12 kk aineistoa ennen kokeilua. **Lähde:** Tilastokeskuksen FOLK-perustietomoduuli 2023; Kelan korvaamat yksityiset lääkärinpalkkiot 3/2022–2/2025.

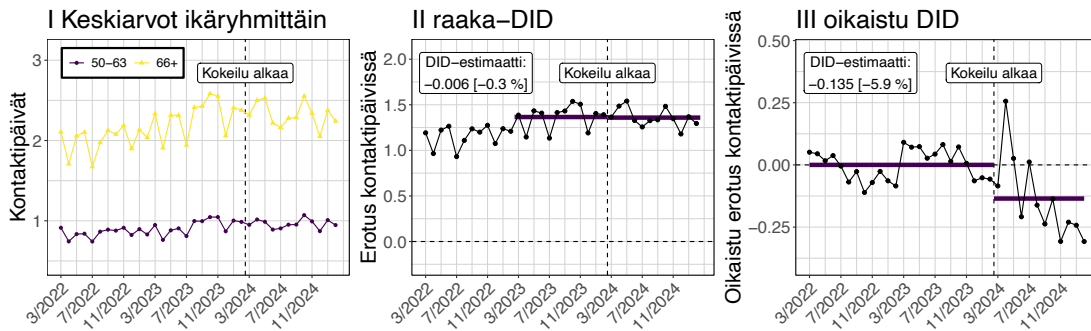
A. Julkiset kontaktit (per hlö per vuosi)



B. Julkiset hoitajakontaktit (per hlö per vuosi)



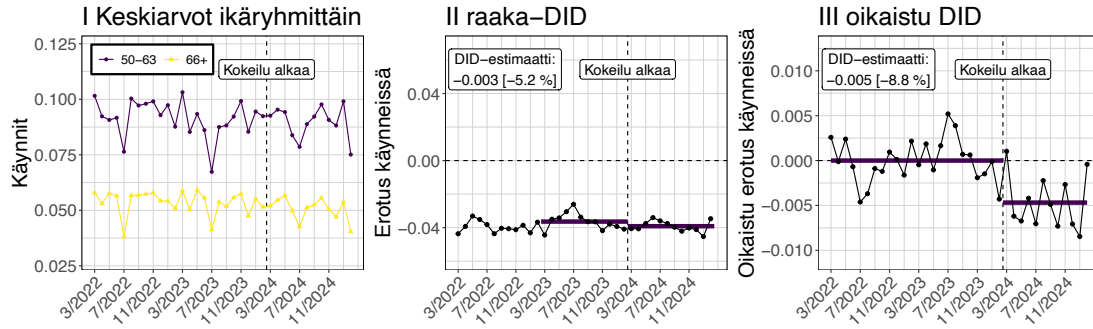
C. Julkiset lääkärikontaktit (per hlö per vuosi)



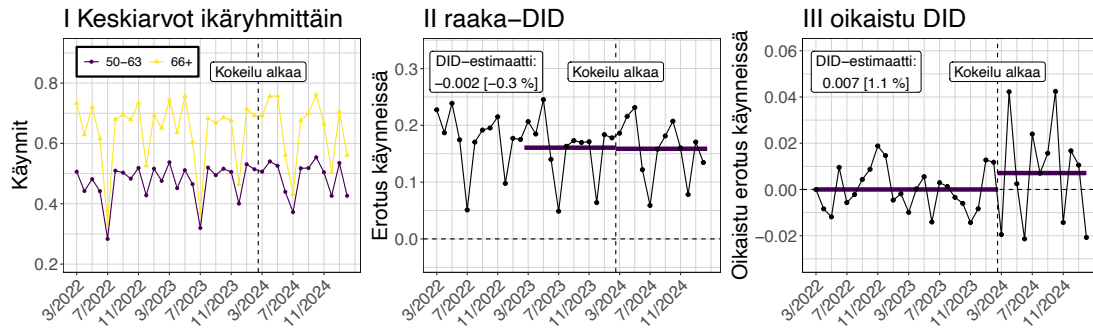
Kuva 2: Julkisen avosairaanhoidon kontaktipäivien määrä – havainnollistava esimerkki (aikaplaste-
bo) erotus erotuksista -asetelmasta (DID).

Selitys: Kuvitteellinen kokeilu tuli voimaan 9/2023 ja koski 66+-vuotiaita 50–63-vuotiaiden ollessa vertailuryhmä. Tarkastelemme julkisen avosairaanhoidon kontaktipäivien (= väh. 1 kontakti päivässä) määrää (paneelit A–C). Kullekin vasteelle piirrämme kolme kuviota. Ensimmäisessä vasemmalla (I) on piirretty ikäryhmittäin y-akselille kontaktipäivien keskiarvo per asukas per vuosi. Keskimmäisessä kuvassa (II) on piirretty erotus kontaktipäivissä per asukas per vuosi ryhmien välillä – nollaa suuremmat arvot kertovat, että 66+-vuotiailla vasteet olivat isompia. Oikeanpuoleisessa kuvassa (III) on raportoitu oikaistu erotus kontaktipäivien määrässä per asukas per vuosi ryhmien välillä: käytännössä kuvion (II) aikasarjasta on pyritty puhdistamaan kokeilua edeltäneen aineiston perusteella ikäryhmän ja kalenterikuukauden kiinteät vaikutukset sekä mahdollinen OLS-regressiolla estimoitu lineaarinen trendiero vasteiden erotuksessa koe- ja vertailuryhmän välillä. DID-estimaatti on laskettu vasteiden erotuksen oikaisemattomasta (II) / oikaistusta (III) aikasarjasta keskiarvojen erotuksena (jälkeen – ennen). Suhteellinen DID-estimaatti (%) jakaa DID-estimaatin koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden keskiarvolla. Oikaisemattoman DID-estimaatin tapauksessa tarkastelussa käytetään vain 12 kk aineistoa ennen kokeilua. **Lähde:** Tilastokeskuksen FOLK-perustietomoduli 2023; THL:n Avohilmo 3/2022–2/2025.

A. Korvatut etäasioinnit (per hlö per vuosi)



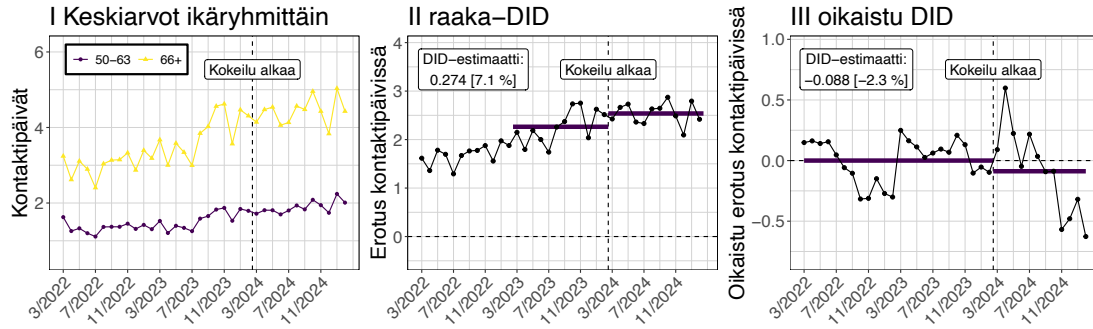
B. Korvatut läsnäkäynnit (per hlö per vuosi)



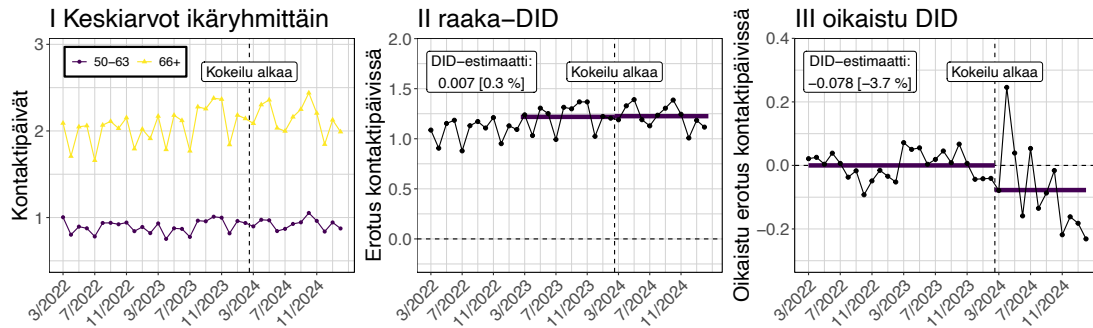
Kuva 3: Kela-korvattujen etä- ja läsnälääkärikäyntien määrä – havainnollistava esimerkki (aikapla-sebo) erotus erotuksista -asetelmasta (DID).

Selitys: Kuvitteellinen kokeilu tuli voimaan 9/2023 ja koski 66+-vuotiaita 50–63-vuotiaiden ollessa vertailuryhmä. Tarkastelemme etä- ja läsnäpalveluna Kela-korvattujen lääkärikäyntien määrää (paneelit A–B). Kullekin vasteelle piirämme kolme kuviota. Ensimmäisessä vasemmalla (I) on piirretty ikäryhmittäin y-akselille käyntien keskiarvo per asukas per vuosi. Keskimmaisessä kuvassa (II) on piirretty erotus käynneissä per asukas per vuosi ryhmien välillä – nollaa suuremmat arvot kertovat, että 66+-vuotiailla vasteet olivat isompia. Oikeanpuoleisessa kuvassa (III) on raportoitu oikaistu erotus käyntien määrässä per asukas per vuosi ryhmien välillä: käytännössä kuvion (II) aikasarjasta on pyritty puhdistamaan kokeilua edeltäneen aineiston perusteella ikäryhmän ja kalenterikuukauden kiinteät vaikutukset sekä mahdollinen OLS-regressiolla estimoitu lineaarinen trendiero vasteiden erotuksessa koe- ja vertailuryhmän välillä. DID-estimaatti on laskettu vasteiden erotuksen oikaisemattomasta (II) / oikaistusta (III) aikasarjasta keskiarvojen erotuksena (jälkeen – ennen). Suhteellinen DID-estimaatti (%) jakaa DID-estimaatin koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden keskiarvolla. Oikaisemattoman DID-estimaatin tapauksessa tarkastelussa käytetään vain 12 kk aineistoa ennen kokeilua. **Lähde:** Tilastokeskuksen FOLK-perustietomoduuli 2023; Kelan korvaamat yksityiset lääkäripalkkiot 3/2022–2/2025.

A. Julkiset etäasioinnit (per hlö per vuosi)



B. Julkiset läsnäkäynnit (per hlö per vuosi)



Kuva 4: Julkisen avosairaanhoidon etä- ja läsnäasioinnien kontaktipäivien määrä – havainnollistava esimerkki (aikaplacebo) erotus erotuksista -asetelmasta (DID).

Selitys: Kuvitteellinen kokeilu tuli voimaan 9/2023 ja koski 66+-vuotiaita 50–63-vuotiaiden ollessa vertailuryhmä. Tarkastelemme julkisen avosairaanhoidon kontaktipäivien määrää etä- ja läsnäasioinneissa (paneelit A–B). Kullekin vasteelle piirrämmme kolme kuviota. Ensimmäisessä vasemmalla (I) on piirretty ikäryhmittäin y-akselille kontaktipäivien keskiarvo per asukas per vuosi. Keskimmäisessä kuvassa (II) on piirretty erotus kontaktipäivissä per asukas per vuosi ryhmien välillä – nollaa suuremmat arvot kertovat, että 66+-vuotiailla vasteet olivat isompia. Oikeanpuoleisessa kuvassa (III) on raportoitu oikaistu erotus kontaktipäivien määrässä per asukas per vuosi ryhmien välillä: käytännössä kuvion (II) aikasarjasta on pyritty puhdistamaan kokeilua edeltäneen aineiston perusteella ikäryhmän ja kalenterikuukauden kiinteät vaikutukset sekä mahdollinen OLS-regressiolla estimoitu lineaarinen trendiero vasteiden erotuksessa koe- ja vertailuryhmän välillä. DID-estimaatti on laskettu vasteiden erotuksen oikaisemattomasta (II) / oikaisemattomasta (III) aikasarjasta keskiarvojen erotuksena (jälkeen – ennen). Suhteellinen DID-estimaatti (%) jakaa DID-estimaatin koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden keskiarvolla. Oikaisemattoman DID-estimaatin tapauksessa tarkastelussa käytetään vain 12 kk aineistoa ennen kokeilua. **Lähde:** Tilastokeskuksen FOLK-perustietomoduli 2023; THL:n Avohilmo 3/2022–2/2025.

Taulukko 1: DID-estimaatit. Havainnollistava esimerkki (aikaplacebo).

Vaste (per asukas per vuosi)	Koeryhmä (ka.) ennen kokeilua	DID-estimaatit		
		keskiarvo	oikaisematon	oikaistu
A. Kela-korvatut lääkäripalkkiot				
Käyntejä	0.698	+0.002 [+0.2%]	-0.003 [-0.5%]	+0.007 [+1.0%]
Korvauksia (euroja)	8.298	+2.945 [35.5%]	+2.721 [32.8%]	+3.168 [38.2%]
Kokonaiskustannuksia (euroja)	83.848	+0.785 [+0.9%]	+0.666 [+0.8%]	+0.903 [+1.1%]
Etäasiointeja (käyntejä)	0.053	-0.004 [-7.0%]	-0.003 [-5.2%]	-0.005 [-8.8%]
Läsnäasiointeja (käyntejä)	0.641	+0.003 [+0.4%]	-0.002 [-0.3%]	+0.007 [+1.1%]
B. Julkisen avosairaanhoidon kontaktit				
Käyntipäiviä	5.492	+0.004 [+0.1%]	+0.192 [+3.5%]	-0.185 [-3.4%]
Käyntipäiviä hoitajalla	3.842	+0.103 [+2.7%]	+0.259 [+6.8%]	-0.054 [-1.4%]
Käyntipäiviä lääkärillä	2.303	-0.071 [-3.1%]	-0.006 [-0.3%]	-0.135 [-5.9%]
Etäasiointeja (käyntipäiviä)	3.833	+0.093 [+2.4%]	+0.274 [+7.1%]	-0.088 [-2.3%]
Läsnäasiointeja (käyntipäiviä)	2.123	-0.035 [-1.7%]	+0.007 [+0.3%]	-0.078 [-3.7%]

Selitys: Kuvitteellinen kokeilu tuli voimaan 9/2023 ja koski 66+-vuotiaita 50–63-vuotiaiden ollessa vertailuryhmä. Taulukossa raportoidaan erotus erotuksissa -tulokset (eng. *difference-in-differences*, DID). Oletetaan, että a) pätee identifikaatio-oletus yhtenevistä trendeistä oikaisemattomassa/oikaistussa aikasarjassa, b) tuleva kokeilu ei vaikuttanut ihmisten käyttäytymiseen ennen kokeilua ja c) yhden henkilön palvelukäyttöön vaikutti vain se oliko hän kokeilussa vai ei eikä se olivatko muut kokeilussa. Jos nämä oletukset pätevät, kyseinen DID-estimaatti kertoo estimaatin siitä, millainen vaikutus kokeilulla oli koeryhmässä vasteeseen per asukas per vuosi. DID-estimaatti on laskettu vasteiden erotuksen oikaisemattomasta/oikaistusta aikasarjasta keskiarvojen erotuksena (jälkeen – ennen). Suhteellinen DID-estimaatti (%) jakaa DID-estimaatin koeryhmän kokeilua edeltäneen vuoden keskiarvolla. Päätuloksena raportoimme oikaisemattoman ja oikaistun DID-estimaatin keskiarvon. Ajatus taustalla on, että hyväksymällä hieman harhaa voimme saada hieman vaakaamman estimaattorin. Oikaistun aikasarjan keskeinen ominaisuus on, että siitä on puhdistettu mahdollinen kokeilua edeltänyt lineaarinen trendiero. Oikaisemattoman DID-estimaatin tapauksessa tarkastelussa käytetään vain 12 kk aikeneistoa ennen kokeilua; oikaistussa DID-estimaatissa sisällytetään 24 kk. Paneeli A: Tapahtumat on jaettu etäpalveluun ja läsnäpalveluun vuosien 2022–2025 Kela-taksaluetteloiden perusteella. Paneeli B: Tähän sisältyy julkisen sektorin avosairaanhoidon sairaanhoidolliset käynnit ja etäasioinnit lääkärille tai hoitajalle ja näiden konsultaatiot ja lisäksi ne hoidontarpeen arvioinnit, joissa joko a) ei havaita käynnin alkua kuvaavaa aikaleimaa tai joissa hoidontarpeen arvioinnin aikaleima ei ole sama kuin käynnin aikaleima. **Lähde:** Tilastokeskuksen FOLK-perustietomoduuli 2023; THL:n Avo-hilmo 3/2022–2/2025; Kela-korvatut lääkäripalkkiot 3/2022–2/2025.