



**UNIVERSITY
OF TURKU**

This is a self-archived – parallel-published version of an original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details. When using please cite the original.

AUTHOR	Hanna Rättö
TITLE	Terveydenhuoltojärjestelmän muutosten ja rakenteiden vaikutukset tyypin 2 diabeteslääkkeitä käyttäviin henkilöihin
YEAR	2025
DOI	https://journal.fi/sla/article/view/149434
VERSION	Publisher's PDF
LICENCE	Kopioisto
CITATION	Rättö, H. (2025). Terveydenhuoltojärjestelmän muutosten ja rakenteiden vaikutukset tyypin 2 diabeteslääkkeitä käyttäviin henkilöihin. <i>Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti</i> , 62(2), 428-432. https://journal.fi/sla/article/view/149434

Terveydenhuoltojärjestelmän muutosten ja rakenteiden vaikutukset tyyppin 2 diabeteslääkkeitä käyttäviin henkilöihin

Terveydenhuoltojärjestelmät tarjoavat hoivaa ja turvaa niitä tarvittaessa. Ne pyrkivät ylläpitämään ja hoitamaan terveyttä, mutta myös tarjoamaan turvaa heikosta terveydestä aiheutuvia taloudellisia haasteita vastaan. Monissa maissa näihin tavoitteisiin pyritään julkisesti rahoituksella terveydenhuoltojärjestelmillä, joissa tietyt terveydenhuollon palvelut tarjotaan kaikille. Näidenkin järjestelmien kattavuus riippuu käytännössä myös siitä, mitä palveluita julkisen terveydenhuollon osana tarjotaan, ja kuinka suuren osan näiden palveluiden kustannuksista potilaat maksavat itse. Myös julkisiin varoihin nojauksissa järjestelmissä potilaat tyyppillisesti maksavat osan saamansa terveydenhuoltopalvelun kustannuksista itse, niin kutsuttuna omavastuuna.

Viime vuosina terveydenhuollon menot ovat kasvaneet monissa maissa. Kasvuun on useita syitä, muun muassa vanhenevan väestön suurempi palveluiden tarve, sekä markkinoille tulleet uudet, usein aiempaa kalliimmat, hoidot. (1–4.) Vastauksena terveydenhuollon menojen kasvuun on monissa maissa otettu käyttöön erilaisia säästötoimenpiteitä, joiden tarkoituksena on ollut hillitä menojen kasvua. (5–7.) Osa toimenpiteistä on pyrkinyt kasvattamaan terveydenhuollon tuotannon tehokkuutta, eli käytännössä tavoitellut sitä, että terveydenhuollon palveluita voitaisiin tuottaa käyttäen aiempaa vähemmän resursseja. Tehokkuustoimien lisäksi käyttöön on otettu myös toimenpiteitä, jotka lisäävät potilaiden hoidostaan maksamaa osuutta. Nämä toimenpiteet käytännössä siirtävät osa hoidon kustannuksista potilaille itselleen.

Potilaiden maksuosuuden kasvattamiseen liittyy kuitenkin riskejä. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet, että korkeampi maksuosuus

vähentää myös välttämättömien terveydenhuollon palveluiden käyttöä, ja voi johtaa terveydentilan kannalta ei-toivottuihin, eli huonoihin, lopputulemiin (8–10). Terveyteen liittyvät menot voivat myös olla joillekin potilaille merkittävä taloudellinen taakka. Näin voi olla myös maissa, joissa on kattava terveys- ja sosiaaliturvajärjestelmä. (11,12.) Taakka voi olla erityisen raskas sellaisille henkilöille, joiden taloudellinen asema on muutenkin hauras tai heikko. Heillä voi olla erityisen suuri riski myös siihen, että terveydenhuollon kasvaneilla kustannuksilla on ei-toivotuja seurauksia.

Kaikki politiikkatoimenpiteiden vaikutukset eivät myöskään välttämättä näy siinä järjestelmän osassa, johon muutokset on tarkalleen ottaen tehty (13,14). Esimerkiksi terveydenhuollossa saavutetut säästöt voivatkin myös lisätä menoja jossakin toisessa terveys- ja sosiaaliturvajärjestelmän osassa. Poliittikkatoimenpiteillä voi siis olla myös muita vaikutuksia, kuin ne, mihin toimenpiteillä on lähtökohtaisesti pyritty. Tästä syystä on vaikea ennakoida, mitä kaikkea tapahtuu, kun terveydenhuoltoon kohdennetaan politiikka-muutos, jonka tarkoitus on säästää.

Lääkkeet ovat tärkeä osa terveydenhuoltoa. Lääkkeiden määrääminen on yksi tavallisimmista, jollei tavallisin, terveydenhuollon toimenpide, ja taloudellisesti saavutettavat lääkkeet, eli sellaiset lääkkeet, joita potilailla on varaa hankkia, ovat tärkeä edellytys toimivalle terveydenhuollolle (15). Lääkkeet voivat kuitenkin olla kalliita. Monissa maissa potilaiden mahdollisuudet ostaa ja käyttää tarvitsemiaan lääkkeitä on pyritty turvaamaan erilaisilla lääkkeiden kustannuksia yhteisin varoin kattavilla järjestelmillä (10, 16, 17). Ne pyrkivät korvaamaan lääkkeisiin liittyviä menoja

ja pienentämään potilaiden riskiä siihen, että lääkkeiden käytöstä aiheutuisi kohtuuttoman suuri taloudellinen taakka.

Suomessa osa sairaaloiden ulkopuolella käytettävien lääkkeiden, eli avohoidon lääkkeiden, menoista katetaan julkisesta sairausvakuutuksesta. Sairausvakuutuksen lääkekorvauksia maksetaan lääkkeistä, joille kansallisiin kriteereihin perustuen on myönnetty korvattavuus. (18.) Peruskorvattavien lääkkeiden vähittäismyyntihinnasta korvataan 40 prosenttia, eli potilaiden omavastuuosuudeksi jää 60 prosenttia hinnasta. Tämän lisäksi järjestelmässä on kaksi korkeampaa, sairausperusteista korvausluokkaa, joissa pitkäaikaisten ja vakavien sairauksien hoitoon käytettyjen lääkkeiden hinnasta voidaan korvata suurempi osuus – joko 65 tai 100 prosenttia. Korvausluokkien lisäksi vuosittainen lääkekatto, eli potilaan maksettavaksi kertyvien korvattaviin lääkkeisiin liittyvien omavastuiden suurin mahdollinen summa, suojaa potilaita hyvin korkeilta lääkemenoilta. (19.) Kaikissa tapauksissa potilaan itse maksettavaksi jää kuitenkin ainakin jonkin verran.

Monien muiden terveydenhuollon osa-alueiden tavoin sairausvakuutuksesta korvattaviin lääkkeisiin liittyvät julkiset menot ovat kasvaneet Suomessa viime vuosien ja vuosikymmenten aikana. (20.) Vuonna 2017, osana laajempia, valtiontalouden tasapainottamiseen pyrkiviä toimia, julkisiin lääkekorvausmenoihin kohdistettiin säästötoimenpiteitä. Näiden toimenpiteiden joukossa oli politiikkamuutos, jolla tyyppin 2 diabeteslääkkeet siirrettiin 100 prosentin korvausluokasta 65 prosentin korvausluokkaan. Muutos siis kasvatti potilaiden lääkkeistään itse maksamaa osuutta eli omavastuuta. Tehdyistä toimenpiteistä tämä muutos oli ainut, joka kohdistui suoraan potilaiden maksuosuuteen. Sillä pyrittiin säästämään lääkekorvausmenoista vuosittain 20 miljoonaa euroa, kasvattamalla potilaiden maksamaa osuutta vastaavalla summalla. Keskimäärin muutoksen odotettiin nostavan potilaiden omavastuuta yli 70 eurolla vuosittain. Lähes kolmanneksella potilasta omavastuun arvioitiin nousevan yli 100 eurolla vuodessa. (21, 22.)

Lääkekorvausmenoista on säästetty Suomessa aiemminkin. Verrattuna 2000-luvun aiempiin toimenpiteisiin, tyyppin 2 diabeteslääkkeiden omavastuuosuuden korotus kuitenkin kohdistui vain yhteen potilasryhmään, jonka hoidon tarve on

myös suhteellisen suuri. Tyyppin 2 diabetes on pitkäaikainen, lääkettä vaativa sairaus. Suomessa noin 400 000 henkilön arvioidaan sairastavan tyyppin 2 diabetesta (23). Tämä vastaa noin 7 prosenttia koko väestöstä. Omavastuuosuuden korotus siis kosketti suurta määrää ihmisiä.

Ennen vuotta 2017 tyyppin 2 diabeteslääkkeiden korvausmenot olivat kasvaneet huomattavasti. Vuosien 2010 ja 2015 välillä niistä maksetut lääkekorvaukset yli kaksinkertaistuivat. Tämä johtui kasvaneesta potilasmäärästä, mutta myös uusien, aiempaa kalliimpien lääkkeiden tuloista markkinoille ja hoitokäytäntöihin. (4.) Yhä kertyvän kliinisen näytön mukaan uudemmat lääkkeet voivat tuoda lisähyötyä erityisesti potilaille, joilla on korkea riski muihin, diabetekseen liittyviin, sairauksiin (24, 25). Uudet lääkkeet ovat kuitenkin yleensä hinnaltaan vanhempia lääkkeitä kalliimpia.

Suomessa tyyppin 2 diabeteslääkkeen valintaa ohjaa kansallinen Käypä hoito -suositus (26). Se ei yleensä suosittele uudempiä lääkkeitä ensimmäiseksi lääkehoidoksi, vaan vasta myöhemmissä hoitolinjoissa, jos hoitoa täytyy tehostaa toisella lääkkeellä. Aiemmissa eri lääkeryhmiä tarkastelevissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että hoitosuosittelujen lisäksi myös hoitoon liittymättömät tekijät, kuten lääkkeiden korvattavuuksiin liittyvät kriteerit; se, missä lääkkeet määrätään ja kuka ne määrää; tai potilaiden lääkkeistään itse maksama osuus voivat vaikuttaa hoitoon valittuun lääkkeeseen tai lääkehoitoon yleensä (27–30).

Jo ennen korvausmuutoksen voimaan tuloa tuotiin esille huoli potilaiden taloudellisista mahdollisuuksista hankkia tarvitsemiaan lääkkeitä omavastuuosuuden noston jälkeen (21, 31). Hoidollisesta näkökulmasta erityinen huoli oli mahdollisesti kasvava insuliinin käyttö taloudellisin, eikä hoidollisin perustein. Insuliinin korvaustaso ei muuttunut vuonna 2017, ja pysyi aiemmalla, korkeammalla tasolla. Tyyppin 2 diabeteksessa insuliinia suositellaan yleensä vain myöhemmissä hoitolinjoissa, tai jos potilas kärsii insuliinin puutteesta. Useimmissa tapauksissa siis muita diabeteslääkkeitä kuin insuliineja suositetaan tyyppin 2 diabeteksin hoidossa, eikä siihen siirtymisen vain taloudellisista syistä ole toivottavaa.

Omavastuukorotukseen liittyvän eduskuntakäsittelyn aikana esiin tuotiin myös huoli siitä, että potilaiden kasvaneet lääkemenot voisivat

johtaa toimeentulotuen käytön kasvuun (31). Sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden omavastuunonoja voidaan maksaa osana toimeentulotukea. Suomalaisessa järjestelmässä toimeentulotuki on viimesijainen, tarveharkintainen etuus, ja sen saaminen kertoo yleensä vakavista taloudellisista haasteista. Omavastuun kohtuullisuuden näkökulmasta toimeentulotuen käytön yleistymistä lääkemenojen vuoksi ei voida pitää toivottuna seurauksena. Eduskunta edellyttikin, että tyypin 2 diabeteslääkkeiden korvaustason muutoksen vaikutuksia sekä diabeteslääkkeiden että toimeentulotuen käyttöön seurataan uuden lainsäädännön voimaantultua (32).

Kolme tähän väitöstutkimukseen sisältyvistä osatutkimuksista tarkasteli vuoden 2017 omavastuunonoisuuden korotuksen vaikutuksia koko maan kattavien rekisteriaineistojen avulla. Tulosten mukaan tyypin 2 diabeteslääkkeiden omavastuunonoisuuden korotus johti näiden lääkkeiden kokonaiskulutuksen vähenemiseen. Insuliinin kokonaiskulutuksessa ei kuitenkaan havaittu kasvua. Myöskään insuliinihoidon aloittamisen kehityksessä ei muutoksen jälkeen havaittu eroa sellaisten potilaiden välillä, joiden tulotaso oli erilainen. Tämä viittaa siihen, että ainakaan insuliinihoidon aloittamisen tapauksessa vaikutukset pienempituloisiin potilaisiin eivät poikenneet vaikutuksista muihin potilaisiin.

Sen sijaan toimeentulotuen käyttö tyypin 2 diabeteslääkkeiden maksamisessa yleistyi omavastuunonoisuuden korotuksen jälkeen. Tämä viittaa siihen, että kaikki korotukseen liittyvät taloudelliset haasteet eivät näkyneet kulutuksen muutoksina, sillä toimeentulotuki paikkasi osan kasvaneiden kustannusten aiheuttamista haasteista lääkkeiden hankinnassa.

Neljäs osatutkimus tarkasteli kattavaan alueellisen rekisteriaineistoon perustuen potilaita, jotka aloittivat uudempien tyypin 2 diabeteslääkkeiden käytön julkisessa terveydenhuollossa, yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Osatutkimuksen tulosten mukaan uudempiä lääkkeitä terveydenhuollon eri sektoreilla aloittaneet potilasryhmät erosivat toisistaan sosioekonomiselta taustaltaan sekä sairastavuudeltaan. Keskimäärin julkisessa terveydenhuollossa näiden lääkkeiden käytön aloittaneiden potilaiden tulotaso oli matalampi ja sairastavuus suurempaa. Tältä osin tulokset vastasivat aiempien tutkimusten löydöksiä suomalaisen perustervey-

denhuollon sosioekonomisesta eriytymisestä (33, 34). Potilaiden aiempi lääkahoito kuitenkin heijasteli tyypin 2 diabeteksen hoitosuosituksia kaikilla sektoreilla yhtäläisesti. Erityisesti lähes kaikki potilaat sektorista riippumatta olivat käyttäneet ennen uudemman lääkkeen aloittamista jotain muuta diabeteslääkettä, kuten Käypä hoito -suositus yleensä suosittaa.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän taloudelliset haasteet eivät ole ohi. Tämän voi tarkistaa miltä tahansa suomalaiselta uutissivustolta tai sanomalehdestä. Tyypin 2 diabeteslääkkeiden omavastuunokorotus vuonna 2017 vähensi lääkekorvausmenoja odotetusti, eli se saavutti lääkekorvauksiin kohdistetun säästötavoitteen. Tämän tavoitellun säästövaikutuksen lisäksi omavastuun korotuksella oli kuitenkin myös muita seurauksia.

Väitöstutkimukseeni sisältyvät osatutkimukset osoittivat, että koko maan tasolla omavastuunokorotus vähensi tyypin 2 diabeteslääkkeiden kulutusta. Tämä tarkoittaa, että myös suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä potilaiden maksuosuuteen kohdistetut muutokset voivat vaikuttaa tarpeellisten lääkkeiden hankkimiseen.

Muutos myös lisäsi toimeentulotuen käyttöä. Tämä havainnollistaa sitä, miten yhdessä terveys- ja sosiaaliturvajärjestelmän osassa saavutetut säästöt voivat johtaa suurempaan tarpeeseen muualla järjestelmässä tarjotulle taloudelliselle turvalle. Havainto herättää kysymyksiä myös siitä, miten paljon säästöjä koko järjestelmän tasolla todella toteutui. Yksilötasolla kasvanut toimeentulotuen käyttö kertoo lisääntyneistä taloudellisista haasteista tarpeellisten lääkkeiden hankkimisessa. Se myös havainnollistaa, miten viimesijainen toimeentulotuki paikkaa osin ensisijaisen etuuden jättämiä aukkoja.

Sairausvakuutuksen lääkekorvausjärjestelmän näkökulmasta tulokset osoittavat, että korvausjärjestelmän lisäksi myös terveys- ja sosiaaliturvan laajemmat rakenteet voivat olla yhteydessä lääkeshoidon saatavuuteen ja saavutettavuuteen. Uudet lääkeshoidot lupailevat joillekin potilaille aiempaa suurempia terveysshyötyjä. Ne ovat kuitenkin hinnaltaan usein kalliimpia kuin vanhemmat hoidot. Tämä johtaa yhä useammin hankaliin valintoihin siinä, kenelle näitä uusia hoitoja tulisi tarjota. Terveydenhuoltojärjestelmän tasapainoillessa yhä enemmän eriytyvien taloudellisten ja teknologisten mahdollisuuksien

välillä, olisi tärkeää tarkastella kaikkia niitä järjestelmän osia, joissa lääkkeiden käyttöön liittyviä päätöksiä tehdään.

Tulevaisuudessa, jos terveydenhuollosta säädetään, tulisi säästötoimenpiteiden vaikutuksia seurata laajalti. Tavoitteena olevien säästöjen lisäksi toimenpiteillä voi olla myös muita vaikutuksia, ja ne voivat johtaa potilaiden ja heidän terveytensä kannalta epätarkoituksenmukaisiin ja ei-toivottuihin seurauksiin. Järjestelmässä, jonka rakenteet voivat edesauttaa muiden kuin hoidollisten seikkojen, esimerkiksi maksukyvyyn tai sosioekonomisen aseman, heijastumista hoidon saamiseen, tulisi myös terveydenhuollon palveluiden yhtäläiseen saavutettavuuteen kiinnittää huomiota. Lisäksi tulisi ottaa huomioon, että esimerkiksi järjestelmän yhteen osaan kohdistetut säästötoimenpiteet voivat siirtää menoja toisaalle järjestelmässä. Jotta säästötoimenpiteiden todellisia vaikutuksia voitaisiin arvioida, tulisi erilaiset vaikutukset ottaa kattavasti huomioon.

Rajallisten resurssien jakaminen hoivaa ja turvaa hädän hetkellä tarjoavassa järjestelmässä ei koskaan ole yksikertaista tai helppoa. Hyvin toimivassa julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä tarpeellisen hoidon saamisen tulisi kuitenkin myös tulevaisuudessa olla mahdollista kaikille.

LÄHTEET

- (1) Chandra A, Skinner J. Technology growth and expenditure growth in health care. *Journal of Economic Literature*. 2012; 50(3):645–680. doi: 10.1257/jel.50.3.645
- (2) Keehan SP, Cuckler GA, Sisko AM, ym. National health expenditure projections, 2014–24: spending growth faster than recent trends. *Health Aff (Millwood)*. 2015;34(8):1407–1417. doi:10.1377/hlthaff.2015.0600
- (3) Rome BN, Egilman AC, Kesselheim AS. Trends in Prescription Drug Launch Prices, 2008–2021. *JAMA*. 2022;327(21):2145–2147. doi:10.1001/jama.2022.5542
- (4) Soppi A, Heino P, Kurko T, ym. Growth of diabetes drug expenditure decomposed-A nationwide analysis. *Health Policy*. 2018;122(12):1326–1332. doi:10.1016/j.healthpol.2018.09.008
- (5) Mossialos E, Le Grand J. (Toim.) *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Routledge. 2019. (Original work published 1999).
- (6) Stabile M, Thomson S, Allin S, ym. Health care cost containment strategies used in four other high-income countries hold lessons for the United States. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(4):643–652. doi:10.1377/hlthaff.2012.1252
- (7) Stadhouders N, Kruse F, Tanke M, ym. Effective healthcare cost-containment policies: A systematic review. *Health Policy*. 2019;123(1):71–79. doi:10.1016/j.healthpol.2018.10.015
- (8) Chandra A, Flack E, Obermeyer Z. The health costs of cost-sharing. NBER Working Paper No. 28439. 2023.
- (9) Chandra A, Gruber J, McKnight R. Patient Cost-Sharing and Hospitalization Offsets in the Elderly. *Am Econ Rev*. 2010;100(1):193–213. doi:10.1257/aer.100.1.193
- (10) Luiza VL, Chaves LA, Silva RM, ym. Pharmaceutical policies: effects of cap and copayment on rational use of medicines. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;2015(5):CD007017. Published 2015 May 8. doi:10.1002/14651858.CD007017.pub2
- (11) Aaltonen K, Miettinen J, Airio I, ym. Cost-related barriers to use of health services and prescription medicines in Finland: a cross-sectional survey. *Eur J Public Health*. 2015;25(3):368–372. doi:10.1093/eurpub/cku176
- (12) Thomson S, Cylus J, Evotovits T. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (13) Bakker V, Van Vliet O. Social investment, employment and policy and institutional complementarities: A comparative analysis across 26 OECD countries. *Journal of Social Policy*. 2022;51(4):728–50. doi: 10.1017/S0047279421000386
- (14) Beeuwkes Buntin M, Haviland AM, McDevitt R, ym. Healthcare spending and preventive care in high-deductible and consumer-directed health plans. *Am J Manag Care*. 2011;17(3):222–230.
- (15) European Commission. A pharmaceutical strategy for Europe. Communication from the commission to the European parliament, the council, the European economic and social committee and the committee of the regions COM/2020/761 final. Brussels: European Commission, 25.11.2020
- (16) Seiter A. A practical approach to pharmaceutical policy. World Bank Publications. 2010.
- (17) Mossialos E, Oliver A. An overview of pharmaceutical policy in four countries: France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. *Int J Health Plann Manage*. 2005;20(4):291–306. doi:10.1002/hpm.816
- (18) Sairausvakuutuslaki 1224/2004. Luettu 2.11. 2024. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224>

- (19) Kela. Lääkekorvaukset. Luettu 2.11.2024. <https://www.kela.fi/laakkeet>
- (20) Thl. erveydenhuollon menot ja rahoitus 2020. Tilastoraportti 18/2023, 8.5.2023. Suomen virallinen tilasto, Terveydenhuollon menot ja rahoitus. THL.
- (21) Hallituksen esitys 184/2016 vp. Luettu 2.11.2024. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_184+2016.aspx
- (22) Kurko T, Heino P, Martikainen JE, ym.. Diabeteksen lääkehoidot ja korvaustason laskun vaikutus omavastuisiin. *Suomal Lääkäril.* 2028;73, 1584–9.
- (23) Diabetesrekisteri. Luettu 2.11.2024. <https://www.thl.fi/kansallisten-laaturekisterien-raportit/diabetesrekisteri/>
- (24) Davies MJ, Aroda VR, Collins BS, ym. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes, 2022. A consensus report by the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2022;65(12):1925–1966. doi:10.1007/s00125-022-05787-2
- (25) Marx N, Davies MJ, Grant PJ, et al. Guideline recommendations and the positioning of newer drugs in type 2 diabetes care. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2021;9(1):46–52. doi:10.1016/S2213-8587(20)30343-0
- (26) Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Suomen Sisätautilääkärien yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2024. Luettu: 2.11.2024. www.kaypahoito.fi
- (27) Aaltonen K, Miettinen J, Maljanen T, ym. Lääkkeiden määrääminen avohoidon eri sektoreilla. *Suomal Lääkäril.* 2018; 73(35), 1875–1880.
- (28) Jussila E, Kotakorpi K, Verho J. Prescription behavior of physicians in the public and private sector. FIT working paper 5. 2022.
- (29) Martikainen JE, Saastamoinen LK, Korhonen MJ, ym. Impact of restricted reimbursement on the use of statins in Finland: a registerbased study. *Med Care.* 2010;48(9):761–766. doi:10.1097/MLR.0b013e3181e41bcb
- (30) Martikainen JE, Häkkinen U, Enlund H. Adoption of new antiglaucoma drugs in Finland: impact of changes in copayment. *Clin Ther.* 2007;29(11):2468–2476. doi:10.1016/j.clinthera.2007.11.013
- (31) Valiokunnan mietintö StVM 30/2016 vp _ HE 184/2016 vp. Luettu 2.11.2024. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Mietinto/Sivut/StVM_30+2016.aspx
- (32) Eduskunnan vastaus 187/2016 vp. Luettu 2.11.2024. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/EduskunnanVastaus/Sivut/EV_187+2016.aspx
- (33) Blomgren J, Jäppinen S, Lahdensuo K. Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. *Suomal Lääkäril.* 2022. 78 : e30509.
- (34) Blomgren J, Virta LJ. Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. *PLoS One.* 2020;15(4):e0231792. doi:10.1371/journal.pone.0231792

HANNA RÄTTÖ

VTT, erikoistutkija

INVEST tutkimuskeskus ja lippulaiva,
Turun yliopisto ja Kelan tutkimusyksikkö

Valtiotieteiden maisteri Hanna Rätön väitöskirja Impacts of policy changes and the role of institutional structures in healthcare : exploring outcomes related to the pharmacological care of type 2 diabetes tarkastettiin Turun yliopiston yhteiskuntatieteellisessä tiedekunnassa 6.9.2024. Vastaväittäjänä toimi professori Pauline Norris Otagon yliopistosta ja ohjaajina professori Mikko Niemelä Turun yliopistosta sekä dosentti Maria Vaalavuori Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta.