Liina-Kaisa Tynkkynen
FT, dosentti

LAUSUNTO
5.2.2025

Sosiaali- ja terveysvaliokunta

Viite: sosiaali- ja terveysvaliokunnan etäkuulemistilaisuus 7.2.2025

Lausunto HE 195/2024 vp hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt lausuntoa hallituksen esityksestä eduskunnalle laiksi sairasvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta. Kiitän valiokuntaa mahdollisuudesta antaa lausuntoni asiassa.

Esityksellä toteutettaisiin pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman kirjausta perusterveydenhuollon saatavuuden parantamisesta kohdentamalla yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksia sellaisiin palveluihin, joiden saatavuus julkisessa terveydenhuollossa on heikompaa. Lisäksi tavoitteena on siirtää palveluiden painopistettä ennaltaehkäisevään ja varhaiseen hoitoon sekä edistää eri ammattiryhmien välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa ja hyödyntää eri ammattiryhmien osaamista nykyistä paremmin. Tavoitteena on myös lisätä valinnanvapautta sekä kehittää yksityisen sairaanhoidon korvausjärjestelmää osana terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta. Lakia muutettaisiin siten, että suuhygienistin hoito- ja tutkimuskäynnit olisivat korvattavia myös ilman hammaslääkärin lähetettä enintään kaksi kertaa kalenterivuodessa ja fysioterapeutin käynnit ilman lääkärin lähetettä enintään neljä kertaa kalenterivuodessa. Lisäksi lakia muutettaisiin siten, että naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin (gynekologi) antama hoito korvattaisiin erikoistaksan perusteella.

Yleisesti terveydenhuollon monikanavarahoituksen vahvistamisesta ja ylläpitämisestä

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän yksi erityispiirre on, että järjestelmää ei ole koskaan rakennettu vain vahvalle julkiselle järjestämis- ja rahoitusvastuulle vaan julkisen järjestelmän rinnalla on ylläpidetty suhteellisen mittavaa, pääosin yksityisesti rahoitettua terveydenhuoltosektoria ja yksityisten palveluiden käytöstä on ollut mahdollisuus saada sairausvakuutuskorvausta. Nykyisin yksityisiä palveluita rahoitetaan myös yksityisin terveyskuluvakuutuksin. Lisäksi työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut ovat laajasti yksityisen sektorin tuottamia.

Monikanavainen rahoitusmalli aiheuttaa terveydenhuoltojärjestelmään kokonaisohjauksen ongelman, koska siinä resursseja ja ammattilaisten työpanosta ei pystytä vaikuttavasti kohdentamaan sinne, missä niistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta olisi eniten hyötyä. Nykyinen järjestelmä, jota tälläkin esityksellä vahvistetaan, on laajojen terveyspoliittisten näkökulmasta ongelmallinen koska se luo rakenteellista eriarvoisuutta eri väestöryhmien välille (esimerkiksi sosioekonomisen aseman mukaan) tarjoten laajemmat

mahdollisuudet ja nopeamman hoitoon pääsyn niille ihmisille, joilla esimerkiksi tulotasonsa, asuinpaikkansa tai terveysongelmansa vuoksi on mahdollisuus käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluja. Katsonkin, että yleisesti yksityisten terveyspalveluiden käytön tukeminen julkisin varoin ja suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän monikanavaisuuden vahvistaminen ei ole tarkoituksenmukaista tilanteessa, jossa saman aikaisesti julkisen sektorin mahdollisuuksia järjestää riittäviä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita väestölle haastavat sote-uudistuksen toimeenpano ja hyvinvointialueiden tiukka taloudellinen tilanne.

Yksityisen sektorin osallistumista esimerkiksi perusterveydenhuollon saatavuuden vahvistamiseen olisi mahdollista tukea myös hyvinvointialueiden kautta. Tämä voisi lisätä palveluiden saatavuutta yhdenvertaisemmin ja lisärahoitus kohdentuisi potentiaalisesti niille ihmisille, joilla terveyden ja hyvinvoinnin näkökulmasta eniten palvelutarpeita. Siksi Kelan kautta kanavoidun rahoituksen sijaan Kela-korvausten korotuksiin varattu rahoitus voisi olla parempi ohjata jonojen purkamiseen hyvinvointialueiden kautta esimerkiksi palveluseteleitä tai ostopalveluita hyödyntämällä.

Esitetyt uudistukset

Kun tarkastellaan esitykseen valittuja palveluja, joissa Kela-korvauksia joko korotettaisiin tai ne otettaisiin käyttöön ilman lääkärin lähetettä, ovat ne nähdäkseni perusteltuja koska kyseisiä palveluita ei hyvinvointialueilla ole saatavilla (gynekologia), niiden saatavuudessa on haasteita (suun terveydenhuolto) ja koska ne ohjaavat palveluiden käyttöä varhaishoitoon ja ennaltaehkäisyyn sekä tukevat ammattilaisten välistä tarkoituksenmukaista työnjakoa (suuhygienistin palvelut ja fysioterapia). Naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin palveluita ei käsitykseni mukaan useinkaan tarjota myöskään työterveyshuollon sairaanhoitosopimusten kautta, mikä edelleen lisää perusteltavuutta näihin palveluihin tehtävien korvausuudistusten osalta. Esityksen vaikutuksia olisi kuitenkin syytä arvioida etenkin siitä näkökulmasta, miten esitys tosiasiallisesti lisää ennaltaehkäisevien tai varhaishoitoon tähtäävien palveluiden käyttöä eri väestöryhmissä ja missä määrin korvauksilla tuetaan vaikuttavaa palveluiden tuotantoa. Lisäksi tulisi tarkastella sitä, miten palveluiden saatavuus ja käyttö kehittyvät eri alueiden välillä.

Yksi edellytys sille, että esimerkiksi suuhygienistin tai fysioterapeutin palveluihin osataan hakeutua ilman hammaslääkärin lähetettä, on onnistunut viestintä väestölle. Ihmisten tulisi saada selkeää tietoa siitä, millaisiin korvauksiin ja mistä palvelusta he ovat oikeutettuja. Tärkeää olisi myös viestiä siitä, millainen omavastuuosuus ihmiselle jää itse maksettavaksi Kela-korvauksen jälkeen. Tämä on toki haastavaa, koska palvelun hintaan yksityisellä sektorilla vaikuttavat niin ammattilaisten itse asettama hintataso, että erilaiset toimisto- ja muut maksut.

Kuten Kela-korvausjärjestelmälle ominaista on, myöskään tähän esitykseen ei sisälly hintasääntelyä, jolla voitaisiin ehkäistä korvausten tason ja todellisen hintakehityksen erkaantumista toisistaan. Yksityisellä sektorilla on merkittävää hinnoitteluvoimaa johtuen mm. terveydenhuollon markkinoiden keskittymisestä. Esitykseen sisältyykin riski, että korvausten

nosto ei koidu palveluiden käyttäjien eduksi vaan siirtyy palveluiden hintoihin. Onkin positiivista, että hallitus on valmistelemassa myös kokeilua (ns. 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapausmalli), jossa hintakattoa tullaan pilotoimaan.

Koska hyvinvointialueet, Helsingin kaupunki ja HUS-yhtymä muodostavat suomalaisen sote-järjestelmän perusratkaisun, kaikkia järjestelmään tehtäviä uudistuksia tulisi arvioida suhteessa siihen, millainen niiden vaikutus on julkisen palvelujärjestelmän toimintaan sekä ihmisten palvelukokonaisuuksiin. Esityksessä todetaan, että sillä pyritään ”*keventämään hyvinvointialueiden taakkaa*” ja että esityksellä pyritään lisäämään yhdenvertaisia mahdollisuuksia käyttää yksityisiä palveluita eikä sillä siten heikennetä kenenkään asemaa. Nämä kirjaukset perustuvat ajatukseen tilanteesta, jossa hyvinvointialueet ja yksityinen terveydenhuolto toimisivat toisistaan irrallisina. Todellisuudessa näin ei kuitenkaan ole, vaan sektorit kilpailevat esimerkiksi ammattilaisten työpanoksesta keskenään. Oman arvioni mukaan esityksellä ei välttämättä helpotetakaan hyvinvointialueiden tilannetta, koska, kuten esityksen vaikutusarviossakin todetaan, on epävarmaan, kuinka paljon korvauksiin tehtävät uudistukset tosiasiallisesti ohjaisivat ihmisten palveluiden käyttöä. On mahdollista, kuten myös esityksen vaikutusarviossa todetaan, että korvausten korotus koituu pääosin jo valmiiksi yksityisten palveluiden käyttäjiin sen sijaan että uudistuksella kohennettaisiin hyvinvointialueiden palveluiden käyttäjien tilannetta. Esityksellä voi olla jopa epäsuotuisia vaikutuksia hyvinvointialueiden toimintaan ja näin niiden palveluita käyttäviin ihmisiin, jos Kela-korvausten uudistukset houkuttelevat ammattilaisia (esimerkiksi psykiatrit, hammaslääkärit) entistä laajemmin yksityiselle sektorille.

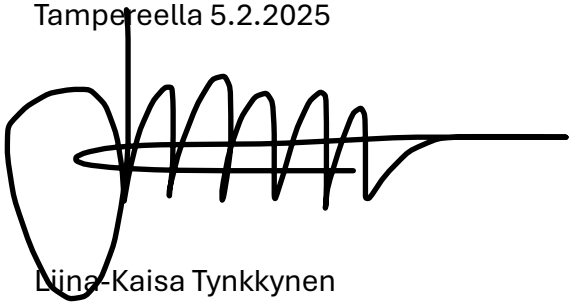
Lopuksi

Kela-korvausjärjestelmän tulevaisuuden näkökulmasta nyt tehtäviä muutoksia tulisi arvioida, siltä osin, kun se on mahdollista, laaja-alaisesti ja koko järjestelmän näkökulmasta. Kela-korvausten kautta ylläpidetään järjestelmää, joka on osin päällekkäinen hyvinvointialueiden palveluiden kanssa. Tämä ei ole tarkoituksenmukaista esimerkiksi siksi, että sektorit kilpailevat keskenään ammattilaisista. Jos Kela-korvausjärjestelmää halutaan tulevaisuudessa edelleen ylläpitää, tulisi sen periaatteita miettiä koko järjestelmän toiminnan näkökulmasta. Jos korvauksiin kohdentuvaa rahoitusta ei haluta kanavoida universaalin terveydenhuoltojärjestelmän tarpeisiin, olisi yksi mahdollisuus jatkossa pohtia sitä, onko olemassa sellaisia palvelukokonaisuuksia, jotka voitaisiin siirtää kokonaan Kelan kautta rahoitettaviksi ja jotka eivät enää jatkossa kuuluisi hyvinvointialueiden palveluvalikoimaan (so. työnjako Kelan ja hyvinvointialuejärjestelmän välillä). Tällöin korvaustasojen olisi kuitenkin oltava sellaisia, että palveluiden käytön esteeksi eivät muodostuisi esimerkiksi korkeat omavastuuosuudet.

Kaiken kaikkiaan, suomalaisen terveydenhuollon ja laajemmin sote-järjestelmän kehittämisen tulisi jatkossa perustua nykyistä paremmin jatkuvuuteen jatkuvan muutoksen sijasta. Nähdäkseni järjestelmälle tulisi varmistaa toimiva pohja sen sijaan että julkisin varoin pyritään ylläpitämään useita erillisiä järjestelmiä, jotka luovat järjestelmään eriarvoisuutta synnyttäviä

ja ylläpitäviä rakenteita. Suomalainen terveyspolitiikka on tällä hetkellä poukkoilevaa ja myös nykyiselle esitykselle varattu rahoituspohja on vain väliaikainen. Kertaluontoisten ja pistemäisten ratkaisujen sijaan järjestelmää tulisikin kehittää pitkäjänteisesti siten, että päätetyille ratkaisuille turvataan niin laaja-alainen poliittinen tuki kuin myös selkeä rahoitus. Vahva julkinen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmä on myös käynnissä olevan monikriisin aikakaudella olennainen osa yhteiskunnan kriittistä infrastruktuuria.

Tampereella 5.2.2025



Liina-Kaisa Tynkkynen