Timo Sinervo

28.4.2025

THL/2023/4.00.02/2025

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta
Eduskunta

Viite: Lausuntopyyntönne 23.4.2025
HE 36/2025 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b § väliaikaisesta muuttamisesta

THL:n lausunto

THL pitää lakiesityksen tavoitetta parantaa perusterveydenhuollon saatavuutta erittäin tärkeänä. Tähän tarvitaan kaikki voimavarat ja on hyvä, että hallitus etsii asiaan ratkaisuja. Esitetty malli kuitenkin sisältää näkemyksemme mukaan ongelmia.

Lain lähtökohtana on suoraviivaisesti korottaa Kela-korvausta lääkärin vastaanottokäynneistä yksityisellä sektorilla 65 vuotta täyttäneiden osalta tarjoamalla julkisen perusterveydenhuollon rinnalle saman hintainen vaihtoehto, tosin suppeammalla palveluvalikoimalla.

THL pitää kokeiluun liittyvää ja jo nykyisellään raskasta monikanavarahoituksen vahvistamista ongelmallisena. THL on useissa aiemmissa lausunnoissaan todennut, että monikanavarahoituksen vahvistaminen ei edistä koko palvelujärjestelmän toiminnan ja palvelujen oikeudenmukaista ja kustannusvaikuttavaa jakautumista.

Lakiesityksessä on arvioitu kokeiluun odotettavissa olevia käyttäjämääriä hyvin karkeasti, koska käytössä oleva tieto oli vajavaista. THL:n mukaan on suuri riski, että merkittävä osa lisärahoituksesta ohjautuu niille 65-vuotta täyttäneille, jotka ovat tähänkin asti, nykyisellä Kela-korvaustasolla, käyttäneet yksityisiä lääkäripalveluita. Kelan korvaamia lääkärikäyntejä yli 65-vuotiailla oli noin 750 000 vuonna 2023. Näistä

noin 200 000 oli yleislääkäreiden tai yleislääketieteen erikoislääkäreiden käyntejä. Loput 550 000 käyntiä olivat siis muiden alojen erikoislääkäreiden käyntejä. Ei ole luotettavaa arviota siitä, kuinka moni näistä erikoislääkärien käynneistä olisi voinut hoitua yleislääkärillä. Kaikki erikoislääkärit voivat tarjota kokeilun mukaisia yleislääkärikäyntejä, mikä voi lisätä kokeilussa olevien käyntien määrää merkittävästi. Näin olleen kokeilu voi osoittautua aiottua lyhyemmäksi kokeiluun varattujen varojen loppuessa.

Yksi kokeilun ongelmana on, että se kattaa vain rajatun määrän lääkäripalveluita ja tietyt tutkimukset. Ulkopuolelle jäävät muun muassa sairaan- ja terveydenhoitajien, fysioterapeuttien sekä psykiatristen sairaanhoitajien palvelut. Lisäksi kokeiluun kuuluvat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ovat rajallisia ja puolet niiden kustannuksista tulee asiakkaan maksettavaksi. Kun käyntejä on vuodessa vain 3, malli ohjaa siihen, että hoidetaan lähinnä kevyempiä vaivoja, joissa terveyshyöty on heikompi. Riskinä onkin, että malli ei vähennä julkisen sektorin lääkärikäyntejä vaan hoitajakäyntejä ja asiakkaiden lievempiä vaivoja hoidetaan erittäin kalliisti.

Erityinen haaste kokeilussa on, ettei se ei tue terveydenhuollon moniammatillista toimintaa. Kokeilussa ei pyritä missään muodossa hyödyntämään hoitajien osaamista niiltäkään osin kuin se työnjaollisesti olisi tarkoituksenmukaista ja kustannustehokasta. Suomessa julkisen sektorin avosairaanhoidon käynneistä kaksi kolmasosaa on hoitajakäyntejä, joita ovat esimerkiksi lääkäri-hoitaja -työparimallin ja tiimimallien hoitajavastaanotot. Näissä potilaan hoitoprosessi pyritään aloittamaan tai hoitamaan potilaan asia jo yhteydenoton ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä, tarvittaessa lääkäriä konsultoiden.

Suppeamman palveluvalikoiman sekä rajattujen käyntimäärien vuoksi yksityisellä käytäisiin hoitamassa yksinkertaisia asioita ja julkisessa terveydenhuollossa potilaiden hoidettavat asiat olisivat entistä useammin monimutkaisia vyyhtejä, joiden selvittelyyn tarvitaan entistä enemmän aikaa ja ammattilaisia. Työn luonne julkisella sektorilla voisi muut-

tua entistä raskaammaksi, ja työhyvinvointi kärsisi, mikä voisi lisätä ammattilaisten siirtymistä yksityissektorin palvelukseen.

Terveydenhuoltolaissa on velvoite hoidontarpeen arviosta, mutta kokeilussa tämä lainsäädäntö ei päde. Siten, kokeilussa palveluun pääsyn kriteerit ovat erilaiset, mitä pidämme ongelmallisena. Koska hoitajakäynnit ovat julkisella sektorilla suuressa roolissa, pidämme todennäköisenä, että Kela-kokeiluun tulee siirtymään asiakkaita erityisesti hoitajakäynneiltä, ei niinkään lääkärikäynneiltä. Tämä voi sekä heikentää terveysjärjestelmän kustannusvaikuttavuutta ja ajan mittaan pahentaa lääkäripulaa. Malli ei sisällä hintakaton lisäksi kannustetta kustannustehokkaaseen palvelutuotantoon, vaan ohjaa tuottamaan lääkärikäyntejä, oli niille tarvetta tai ei.

Kokeilussa julkisen perusterveydenhuollon rinnalle kehitetään erillinen ja erilainen palvelumalli, jonka palveluvalikoima on suppeampi eikä palveluun pääsyn kriteereitä ole käytössä. Mallin kautta järjestelmän pirstaleisuus lisääntyy ja sen riskinä on myös, että kokeilu entisestään heikentää julkisia lääkäripalveluja eikä vähennä siihen kohdistuvaa kuormitusta. Lisäksi kokeilu on varsin kallis suhteessa todennäköisesti saavutettavaan melko vähäiseen terveyshyötyyn. Esitämme siksi huolemme siitä, että ehdotettu korvausmalli ei tuota kustannusvaikuttavia palveluita. THL on esittänyt nämä samat huolet lain valmisteluryhmässä.

THL pitää hintakattoja tärkeänä elementtinä mallin toteutuksessa ja tässä suhteessa esitetty malli on mielekäs ja sitä tulisikin jatkokehittää. Suomesta puuttuu mekanismi yksityisen sektorin terveyspalveluiluiden hinnoittelusta sopimiseen, vaikka sellainen on käytännössä olemassa lähes kaikissa EU- ja Pohjoismaissa, joissa terveydenhuollon palveluita tarjotaan laajasti yksityisten toimijoiden kautta. Kun julkisia varoja käytetään yksityisten terveyspalveluiden rahoittamiseen, kyseinen mekanismi erityisesti tarvitaan ja sitä tulisi siksi Suomessakin kehittää.

Tähän liittyen onkin huomattava, että laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ovat julkisella sektorilla maksuttomia, jolloin käynnin kustannukset voivat olla asiakkaalle yksityisellä sektorilla korkeammat, kun tutkimuksista korvataan vain puolet. Lisäksi, koska malliin sisältyvät tutkimukset ja palveluvalikoima ovat varsin rajattuja, on kiinnitettävä erityistä huomiota viestintään ja asiakkaiden informoimiseen, jotta vältytään yllättäviltä tilanteilta, joissa asiakkaalle koituu ennakoimattomia lisäkustannuksia. Asiakas ei voi laboratoriolähetteen saadessaan tietää, mitkä tutkimuksista ovat korvattavia, mitkä eivät.

THL katsoo, että monisairaiden iäkkäiden hyvä hoito ei mahdollistu rajoitetulla kolmella lääkärikäynnillä ja valitulla suppealla tutkimusvalikoimalla. Yleensä tarvitaan myös hoitajien työpanosta. Kokeilussa todennäköisesti tapahtuu hoidon jatkuvuuden rikkoutumista ja konsultaatiot julkiselle puolelle lisääntyvät. Ehdotettu malli on ongelmallinen myös pitkäaikaissairaiden hoidon kannalta, mikäli sairaus vaatii jatkuvaa seurantaa tai kokeiluun kuulumattomia laboratoriotutkimuksia.

Aiemmin julkisia avosairaanhoidon palveluja käyttäneiden voi olla vaikea hahmottaa, mitä palveluja kokeiluun ei sisälly. Kun kokeiluun kuuluva palveluvalikoima sekä siihen kuuluvat tutkimukset ovat varsin suppeat, saattaa syntyä ylimääräisiä, turhia käyntejä, kun yksityinen sektori lähettää asiakkaan julkiselle sektorille jatkohoitoon tai tutkimuksiin. Epäselvää on, miten yksityissektorin lähetteisiin suhtaudutaan hyvinvointialueiden peruspalveluissa. Mahdollista on myös se, että asiakkaalle tarjotaan näitä palveluita yksityisellä sektorilla, huomattavan korkeilla kustannuksilla. Tarvitaan ohjeistusta siihen, miten tulee toimia, jos kokeiluun kuulumattomia palveluja tai tutkimuksia ehdotetaan potilaalle.

Avosairaanhoidon kehittäminen

Lakiehdotuksessa määritelty suunnitteilla oleva kokeilu, vaikuttaa ennakkoon kustannusvaikuttavuutta arvioiden kalliilta ratkaisulta lisätä

lääkärikäyntien saatavuutta. Nykymuodossaan kokeilu sivuuttaa julkisessa perusterveydenhuollossa määrätietoisesti tehdyn kehittämistyön avohoidon rajallisten lääkäriresurssien tarveperustaiseksi kohdentamiseksi. Tässä suhteessa kokeilu vie palvelujärjestelmää päinvastaiseen suuntaan ja haittaa julkisen sektorin kehittämistyötä. Hyvinvointialueilla kehitetään hoidon jatkuvuutta (omalääkärimalli) ja saatavuutta, mutta kokeilu muodostaa hyvinvointialueille ennemminkin kannusteen siirtää asiakkaat taloudellisista syistä tähän kokeiluun, kuin parantaa oman avosairaanhoidon saatavuutta. Hoitotakuun pidentäminen kolmeen kuukauteen 23 vuotta täyttäneillä ja sen perusteella pienennetty rahoitus hyvinvointialueille eivät myöskään kannustaneet julkisen avosairaanhoidon parantamiseen.

Palvelujen yhteensovittaminen

Kokeilussa ei ole kuvattu, miten palveluiden integraatio ja tiedonkulku yksityislääkärikäyntien ja mahdollisten julkiselle puolelle jäävien palveluiden välissä pystytään toteuttamaan. Jos asiakas saa esimerkiksi fysioterapia- tai mielenterveyspalveluita julkisella sektorilla, miten nämä koordinoidaan yksityislääkärikäyntien kanssa ja miten tieto palvelukäytöstä ja laboratoriotutkimusten tuloksista sekä muista hoitovalintoihin vaikuttavaista tekijöistä saadaan liikkumaan yksityisen ja julkisen sektorin välillä. THL pitääkin tärkeänä, että kokeiluun osallistuvat tahot velvoitettaisiin huolehtimaan tietojen sähköisestä siirtymisestä jo heti kokeilun alkaessa tai viimeistään hyvin lyhyen siirtymäajan puitteissa.

Jotta kokeilun tuloksia voitaisiin arvioida objektiivisesti, kokeiluun osallistuvat palveluntuottajat tulisi velvoittaa toimittamaan tietonsa kansalliseen hoitoilmoitusrekisteriin joko ajantasaisina tai takautuvasti kokeilun kuluessa siten, että tiedot kattavat palveluntuottajien toiminnan heti 1.9.2025 tai kokeilun alusta alkaen (THL:n hallintopäätöksen mukaisesti yksityisesti lääkäripalveluja järjestävät ja tuottavat palvelunantajat luovuttavat hoitoilmoitustietonsa THL:lle viimeistään 1.1.2026 alkaen).

THL pitää erittäin tärkeänä valinnanvapauspilotin toteutuksen ja seurannan huolellista arviointia, potilaiden ja henkilöstön siirtymien mahdollisimman reaaliaikaista seuraamista valtakunnallisesti terveyspalvelukokonaisuutta tarkastelemalla. Tämä onnistuu vain, jos kokeiluun osoitetuista varoista tai erillisistä tutkimusvaroista ohjataan rahoitusta ja laki mahdollistaa teknisesti rekisteriseurannan ja tutkimuksen, kansallisten terveysrekisterien tietojen yhdistämisen THL:n ja Kelan rekistereistä ilman hidastavia lupakäytäntöjä.

Lakiluonnokseen on sisällytetty velvoite Kela-mallin toteutumisen seurannasta Kelan ja THL:n rekistereiden avulla. THL:n osalta ei rekisteriseurantaa pystytä toteuttamaan eli potilaiden ja henkilöstön siirtymiä ei pystytä tunnistamaan, jollei THL saa Kelalta yksilötasoista tietoa niistä käynneistä, jotka Kela on korvannut ja näin kuuluvat tämän kokeilun piiriin.

THL:n ehdotus kustannustehokkaammaksi ja yhdenvertaisemmaksi vaihtoehtoiseksi malliksi

THL:n mielestä kokeilu tulisi kytkeä julkisen sektorin palveluihin ja noudattaa siellä käytettyjä hoitoon pääsyn kriteerejä ja kannusteita mahdollisimman kustannustehokkaaseen palveluiden tuottamiseen, kehittäen samanaikaisesti asiakastyytyväisyyteen vaikuttavia toimintatapoja.

THL esittääkin, että vaihtoehtoisesti kokeiluun tarkoitetut varat voitaisiin antaa jonon purkamiseen hyvinvointialueille käytettäväksi palvelusetelijärjestelmän kautta. Näin yksityisiä palveluita voitaisiin tarjota kohdennetusti yli 65-vuotiaille ja osa rahoista käytettäisiin hoitajatyövoiman vahvistamiseen hoidon tarpeen arviointia varten. Tällöin toteutuisi hoidon tarpeen arviointi ja samalla arvio siitä soveltuuko potilas kokeiluun. Lisäksi tunnistettaisiin ensiapua vaativat hätätilanteet ja ohjattaisiin ne kiireellisyyden mukaiseen päivystyspisteeseen. Lisäksi se olisi hallitusohjelman mukaista:

Timo Sinervo

28.4.2025

ohjataan hyvinvointialueita tarvittaessa käyttämään ostopalvelua tai palveluseteliä.

Pääjohtaja Mika Salminen

Osaston johtaja Piia Aarnisalo