26.5.2025

Sosiaali- ja terveysvaliokunta
StV@eduskunta.fi

Asia: HE 36/2025 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta – Lääkäriliiton lausunto

Kiitämme mahdollisuudesta kertoa näkemyksiämme esityksestä.

Lääkäriliitto on hallituksen esityksen valmisteluvaiheessa viestinyt aktiivisesti näkemyksenään, että hallituskauden Kelakorvausten kehittäminen tulisi suunnata omalääkärikokeiluun, ei nyt käsittelyssä olevan esityksen mukaisesti yksittäisten käyntien korvaamiseen. Hoitoon pääsy yksityisissä palveluissa ei ole ollut ongelma missään ikäryhmässä, hoidon saatavuus ja jatkuvuus julkisessa perusterveydenhuollossa on.

Erilaisista omalääkärimalleista tulee kerätä kokemuksia perusterveydenhuollon korjaamiseksi. Tärkeää olisi saada käsitys myös Kelarahoitteisesta omalääkärimallista. Kolmen vuosikymmenen takainen huolellisesti analysoitu ja dokumentoitu Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilu olisi ollut hyvä pohja mallin modernisoinnille. HE 36/2025 esityksen mukaisen kokeilun toimeenpanon jälkeen tarkoitukseen käytettävissä olevat rahat ja aika eivät enää riitä Kelarahoitteisen omalääkärimallin kokeiluun kuluvalla hallituskaudella.

Aiemman Kelan omalääkärikokeilun ja nyt esitettävän yli 65-vuotiaiden hoitoa koskevan kokeilun olennainen ero on korvausmallissa. Viimeksi mainitussa korvataan yksittäisiä suoritteita, kun omalääkärimallissa keskeinen palkkiokomponentti on hoidon jatkuvuus, siis hoitosuhde. Tämä kannustaa palvelun tuottajaa miettimään mahdollisimman yksinkertaista ja tehokasta tapaa hoitaa potilaan tarve, kun suoritemalli kannustaa maksimoimaan suoritteiden määrän. Suoriteperusteisella käyntien korvaamisella kehitetään yleislääkärien vastaanottotoimintaa potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta väärään suuntaan.

Esityksen tavoitteista

Määräaikaisen kokeilun tavoitteiksi on esityksessä kirjattu

- Hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon paineiden keventäminen kannustamalla asiakkaita siirtymään yksityispalveluihin
- Kelakorvausten vaikuttavuuden kehittäminen
- Kelakorvausten hintakattokokeilu

- Asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen sektorien välillä
- Testata toimintamallia, jossa lääkärin vastaanotolle pääsee ilman muun ammattilaisen arvioimaa tarvetta

Tavoitteet ovat sinällään kiinnostavia. Hallituksen esityksessä ei kuitenkaan avata miten tavoitteiden toteutumista on ajateltu arvioitavan. Olisi äärimmäisen tärkeää suunnitella huolellisesti mitä kertaluontoisella kalliilla kokeilulla halutaan oppia ja kuinka oppi hyödynnetään tulevaisuuden terveydenhuollon kehittämiseksi. Kiinnostavaa ei esimerkiksi ole, saadaanko 65 täyttäneiden yksittäisiä lääkärikäyntejä privaatissa lisättyä ja ovatko käyttäjät tyytyväisiä päästessään nopeasti lääkäriin. Vastaus on kokeilemattakin selvä.

Palvelujen hintakatto on Kelakorvausten kannalta uusi lähestymistapa yksityispalvelujen ohjaukseen. Kuitenkin yksityisvastaanotoista ylivoimainen valtaosa toteutuu nykyisin tuottajien ja maksajien (vakuutusyhtiöt ja työnantajat) kesken tehdyin sopimuksin, jolloin hintakatot on sovittu. Itse maksavat asiakkaat lääkärin hinnoittelemilla vastaanotoilla ovat hyvin pieni vähemmistö palveluiden käyttäjistä. Kelan asettamalla hintakatolla ei näin tosiasiallisesti merkittävästi uudisteta yksityispalveluja.

Yksityiset lääkärivastaanotot toteutuvat pääsääntöisesti ilman edeltävää ammattilaisen tekemää tarvearviota. Tulisi selvittää, voidaanko tarvearvion poistamisella vähentää vakavien sairauksien diagnosointiin liittyviä viiveitä ja lisätä näin toiminnan vaikuttavuutta. Vertailu julkiseen perusterveydenhuoltoon voisi tuoda oleellista opittavaa, jos kyettäisiin toteamaan hyötyä esimerkiksi tuoreiden syöpien havaitsemisessa. Covid vuosina, jolloin vastaanotoille pääsyä tiukennettiin, jäi noin 1600 uutta syöpää maassa vuositasolla löytymättä.

Toteuttamisen mahdollisuuksista

Riskinä kokeilun onnistumiselle näemme, ettei tarkoitukseen varattu rahoitus kysynnän merkittävän kasvun vuoksi riitä ja Kela joutuu muuttamaan korvaushintoja tai lopettamaan kokeilun ennen aikaisesti.

Toinen merkittävä epäonnistuminen olisi se, että yksityisen sektorin nykyinen tuotantokapasiteetti ei riittäisi kasvatettuun kysyntään ja oleellinen määrä lääkäreitä hyvinvointialueilta siirtyisi kevyempiin töihin yksityissektorille. Tällöin monisairaat iäkkäät ja työterveyshuollon ulkopuolella olevat työikäiset kärsisivät entisestään terveyskeskusten hoitoon pääsyn heikentyessä. Tilanteeseen vaikuttaa merkittävästi kansantalouden kehitys. Mikäli se saadaan tavoitteiden mukaiseen kasvuun, voi ammattilaisten siirtyminen yksityissektorille yhä lisääntyä.

Toteutettavassa kokeilussa mahdollisia tutkittavia asioita

Jotta kokeilusta jotain opittaisiin, voisi tutkittavia asioita olla ainakin

- Kuinka moni terveyskeskusten lääkärivastaanottojen potilas siirtyy yksityislääkärin hoitoon?
- Kuinka suuri osa kokeiluun osallistuvista on aiemmin käyttänyt vain yksityisiä palveluja ja saa ne kokeilussa näin aiempaa edullisemmin?
- Kuinka paljon potilaista joutuu käyttämään molempia kanavia tarvitsemiensa asioiden hoitamiseksi?
- Mitä vastaanotoilla hoidetaan – korvaako lääkärin vastaanotto hoitajan tekemän tarvearvioinnin vai lääkärikäynnin?
- Kuinka paljon ja mistä toiminnosta työ terveyskeskuksista väheni?
- Saatiinko Kela-korvauksiin käytetty summa säästettyä julkisesta terveydenhuollosta?
- Minkä verran henkilökuntaa siirtyi julkisesta terveydenhuollosta yksityissektorille?
- Mikä oli kokeilussa tuotettujen palvelujen vaikuttavuus ja kustannus-vaikuttavuus?
- Miten hintakatto vaikutti palvelujen hintatasoon ja -kehitykseen; tulisiko hintakatto laajentaa Kelan korvaamiin työterveyshuollon palveluihin?
- Miten työn sisältö siirtyneillä ammattilaisilla muuttui?
- Mitä tapahtui erikoissairaanhoidon kysynnälle (lähetteet) ja tarpeelle (käynnit/hoitojaksot)?

Kelan tietojen perusteella on haastavaa saada riittävästi tietoa hoidettujen potilaiden todellisesta tilasta ja hoidon tarpeesta. Vaikuttavuuden selvittämiseksi tulisi päästä paljon pidemmälle potilaskohtaisiin tietoihin eri rekistereissä ja siksi tutkimukset tulee suunnitella, valmistella ja rahoittaa ennen kokeilun toimeenpanoa.

Esitykseen liittyviä teknisiä kysymyksiä

Vastuu kokeiluun liittyvien korvausten määrien seurannasta sälytetään esitöiden mukaan palvelun käyttäjälle. Kelan tai palveluntuottajien tietojärjestelmistä tietoa käytetyistä korvauksista, kattaen kaikki palveluntuottajat, ei ole saatavissa. Koska lasku vastaanottokäynnistä riippuu siitä, onko potilas kokeilusopimuksen piirissä vai ei, tulisi lääkärin kyetä varmistamaan millaisen laskun potilaalleen kirjoittaa. Lakiesityksen

3a luvun 2 § 1 mom mukaan vakuutetulla ei ole oikeutta korvaukseen, jos häneltä on peritty poliklinikka- tai toimistomaksuja tai enimmäishinnan ylittävä hinta. Näin joko potilas tai lääkäri voi joutua tiedon puutteen seurauksina kärsimään turhaan. Tieto tulee kyetä toimittamaan Kelan järjestelmistä ajantasaisena.

Esityksen 3a luvun 1 § 1 mom mukaan lääkärin antama hoito sekä lääkärin määräämä tutkimus ja hoito korvataan. Esityksen valmisteluvaiheessa on keskusteltu paljon korvattavista tutkimuksista, niiden määristä ja hinnoista. Lääkärin määräämien hoitojen korvauksista ei ole keskusteltu, eikä niitä avata esityksen perusteluissa. Myöskään asetusluonnoksessa ei mainita mitään lääkärin määräämien hoitojen perusteista tai enimmäishinnoista, joita ei kuitenkaan korvata lain 3 luvun säädösten perusteella.

Asetusluonnos on ristiriidassa lakiesityksen kanssa. Esityksen 1 § 5 mom mukaan tuottaja ei saa periä palveluista poliklinikka-, toimisto- tai muita vastaavia maksuja. Vakuutetulla ei ole 2 § 1 mom mukaan oikeutta korvaukseen, jos palvelusta on peritty em. maksuja. Asetusluonnoksen 1 § 2 momentin mukaan lääkäripalkkioon kuitenkin sisältyy toimisto- ja palvelumaksut, joita ei siis lain mukaan saa periä.

Tärkein huomio koko esitykseen liittyen

65+ kokeilun hyödyn arviointi osana perusterveydenhuollon kokonaisuutta on mahdotonta. Yksityissektorin toimintaa ohjataan esityksen mukaisesti puhtaasti suoritteita varsin kannustavasti korvaamalla. Julkista perusterveydenhuoltoa samanaikaisesti ohjataan vähentämällä perusterveydenhuollon kiireettömästä vastaanottotoiminnasta 126 miljoonaa euroa ja heikentämällä velvoitetta hoitoon pääsystä kolmeen kuukauteen. Asiallisen vertailun mahdollistaisi, mikäli molempia ohjattaisiin samoin kannustein. Jos julkisen perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotosta korvattaisiin hyvinvointialueille suoriteperusteisesti 100 €, olisi terveyskeskusten omalääkäriratkaisu hyvin nopeasti toteutettu ja hoitoon pääsy luotettavalla tasolla muutamassa viikossa.

Lääkäriliitto kannustaa edelleen arvioimaan esitystä ja sen vaihtoehtoja osana kansallista terveydenhuollon kokonaisuutta. Nyt arvioitavassa esityksessä on paljon korjattavaa.

Ystävällisin terveisin

Suomen Lääkäriliitto ry

Jukka Mattila
Johtaja