Erityisasiantuntija Emmi Vettenranta

Sosiaali- ja terveysvaliokunnan kuuleminen (ministeriön vastinekuuleminen) 27.5.2025

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta (HE 36/2025 vp)

Sosiaali- ja terveysvaliokunta on toimittanut sosiaali- ja terveysministeriölle kysymyksiä koskien hallituksen esitystä. Sosiaali- ja terveysministeriö toteaa kysymyksiin seuraavaa:

1.
Mitä kuviossa 3 tarkoitetaan? Otsikko on selvä, mutta karttakuvassa olevat numerot erikoisia. Onko esimerkiksi Satakunnassa yli 1200 yleislääkäriä tai yleislääketieteen erikoislääkäriä? Terveyskeskuslääkäreitä lienee 150, eikä yksityisiä yleislääkäreitä varmasti ole 1000. Numerot viittaavat pikemmin kaikkien työikäisten tai työssä olevien lääkäreiden lukumäärään. Onko heidät kaikki tulkittu yleislääkäreiksi, koska he kaikki ovat laillistettuja lääkäreitä. Jos on, niin mikä mielekkyys tällaisessa taulukossa on?

Vastaus: Kuviossa esitetään kyseisen maakunnan asukkaiden Kela-korvauksen tuella vuoden 2024 aikana käyttämien yleislääkärien ja yleislääketieteen erikoislääkärien lukumäärät. Esimerkiksi Varsinais-Suomen maakunnan asukkaat ovat saaneet Kela-korvauksia yhteensä 1836 eri yleislääkärin tai yleislääketieteen erikoislääkärin lääkärinpalkkiosta. Mukana luvuissa ovat siis kaikki sellaiset yleislääkärit tai yleislääketieteen erikoislääkärit, joille on tehty Kela-korvattuja käyntejä vuoden 2024 aikana.

Aluejaottelu onnistui vain asiakkaan kotipaikan sijainnin perusteella. Tämä tarkoittaa sitä, että maakuntien luvuissa voi näkyä myös muissa maakunnissa sijaitsevia lääkäreitä, mikäli asiakas on matkustanut toiseen maakuntaan lääkärin vastaanotolle. Kuvio havainnollistaa alueellisia eroja lääkäripalvelujen käytössä ja tarjonnassa.

2.
Mitä HE:ssä ylipäätään tarkoitetaan yleislääkärikäynnillä? Onko ortopedian erikoislääkärin tai sisätautilääkärin käynti joissakin tapauksissa yleislääkärikäynti? Ja jos on, niin miten se määritellään? Aikanaan se oli suhteellisen selkeää tilanteissa, joissa erikoislääkäri ei perinyt erikoislääkärin palkkiota ja käytti ns. yleislääkärin laskutuskuittia. Miten tämä on käytännössä tarkoitus hoitaa?

Vastaus: Yleislääkärikäynnillä tarkoitetaan sellaista vastaanottokäyntiä, jossa hoidon on antanut tai tutkimuksen on tehnyt yleislääkäri. Kela määrittää esityksessä tarkoitetuille vastaanottokäynneille erilliset korvauskoodit ja selvityslomakkeet, joita lääkärit käyttävät. Erikoislääkäri voi tarjota vastaanottoja yleislääkärin roolissa. On siis mahdollista, että halutessaan myös erikoislääkärit voivat tarjota kokeilun mukaisia vastaanottoja.

3.
Taulukossa 2 on käsitteistö muuttunut yleislääkärikäynnistä perusterveydenhuollon avosairaanhoidoksi. Tarkoitetaanko samaa? Perusterveydenhuollossa voi toimia myös erikoislääkäri. Tarkoittaako taulukon 745 479 yksityisen sektorin käyntiä kaikkien lääkäreiden käyntejä, vai vain yleislääkärikäyntejä? Oletettavasti kaikkia lääkäreiden käyntejä kaikkia, koska myöhemmin HE:ssa kerrotaan yksityisiä yleislääkärikäyntejä olevan n. 200 000. Siihen viittaa myös seuraavan sivun taulukko 3, jossa on esitetty alle 65-vuotiaiden käynnit.

Vastaus: Luvut sisältävät kaikki yksityisen terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriin ilmoitetut lääkärikäynnit, jotka on ilmoitettu aineistolajiluokituksella PTHAVO (perusterveydenhuollon avohoito) ja palvelumuotoluokituksella T11 (avosairaanhoito). Luvuissa on siis mukana niin yleis- kuin erikoislääkärikäyntejä.

4.
Miten käytännössä varmistetaan se, että potilailla ei ole kolmea enempää tämän kokeilun mukaista vastaanottokäyntiä (mukaan lukien etäkäynnit), jos he käyvät usealla eri lääkärillä? Jos useampi kuin kolme käyntiä on johtanut esimerkiksi 72 euron suorakorvaukseen, miten toimitaan?

Vastaus: Kelan järjestelmät eivät anna maksaa esityksen mukaisia korvauksia kuin enintään kolmesta lääkärikäynnistä kalenterivuodessa. Mikäli asiakas olisi varannut neljännen esityksen mukaisen lääkärin vastaanottokäynnin, hylättäisiin esityksen mukainen korkeampi korvaus ja maksettaisiin sairausvakuutuslain 3 luvun mukainen Kela-korvaus lääkärinpalkkiosta. Palveluntuottaja laskuttaisi tällöin jäljelle jäävän summan asiakkaalta.

Kela ei voi luovuttaa palveluntuottajille tai lääkäreille tietoja asiakkaille maksetuista Kela-korvauksista. Korvausten seurantavastuu on asiakkaalla itsellään. Saatujen korvausten määrän voi tarkistaa Kelan asiointipalvelusta tai olemalla yhteydessä Kelaan. Suorakorvausmenettelyä käytetään sekä sähköisesti että lomakemenettelyllä, joten Kelallakaan ei välttämättä ole täysin reaaliaikaista tietoa korvattujen käyntien lukumäärästä.

5.
Taulukon 4 mukaan julkisella sektorilla oli vuonna 2023 4,8 miljoonaa ei-lääkärin hoitotapahtumaa yli 65-vuotiailla ja yksityisellä sektorilla 0,2 miljoonaa. Ero on melkein 25-kertainen. Mistä se kertoo? Mitä se kuvaa? Taulukko 5:ssä sama alle 65-vuotiailla. Työterveyshuolto ei liene mukana näissä luvuissa - vai onko? Seuraavan sivun kaavakuvassa 5 se on mukana.

Vastaus: Taulukoiden 4 ja 5 luvut eivät sisällä työterveyshuoltoa. Sivun 17 kuviossa 5 kuvataan eri terveydenhuollon sektorien rinnakkaista käyttöä, minkä vuoksi työterveyshuolto on sisällytetty kuvioon.

Yksityiseen terveydenhuoltoon hakeudutaan pääasiassa lääkärin vastaanotolle, eikä yksityisessä terveydenhuollossa ole lääkärikäyntiä edeltävää hoitajan vastaanottoa tai hoitajan tekemää hoidon tarpeen arviointia. Lisäksi vuoden 2023 alusta lukien lakkautettiin suuri osa tutkimuksen ja hoidon korvauksista, eli esimerkiksi sairaanhoitajan tekemistä toimenpiteistä tai fysioterapiasta ei enää maksettu korvauksia, millä on todennäköisesti ollut vaikutusta palvelujen käyttöön. Julkisessa terveydenhuollossa pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, seurantaa voidaan toteuttaa hoitajan vastaanotoilla, jolloin käyntejä saattaa kertyä vuoden aikana useita. Lisäksi julkisessa perusterveydenhuollossa hoitajan vastaanotot ja tutkimukset ovat maksuttomia, mikä vaikuttaa palveluiden käyttöön.

6.
Kuviossa 6 on lääkärinpalkkiokorvaukset eli siis eurot, vaikka sitä ei erikseen mainita. Siis esimerkiksi Helsinki 3,5 milj. euroa, Varsinais-Suomi 2,7 milj. euroa jne. Paljon on 65-vuotiaille maksetut lääkärinpalkkiokorvaukset yhteensä?

Vastaus: 65 vuotta täyttäneille maksettiin lääkärinpalkkioiden korvauksia yhteensä vuonna 2024 noin 26,85 miljoonaa euroa.

7.
Taulukot 6 ja 7 kuvannevat käyntifrekvenssejä eri ikäryhmissä. Näinkö?

Vastaus: Taulukoissa 6 ja 7 kuvataan keskiarvoisia käyntimääriä vuodessa ikäryhmittäin ja sukupuolittain jaoteltuna. Eli esimerkiksi 25–49-vuotiaat naiset ovat vuonna 2023 käyneet julkisessa avosairaanhoidossa lääkärillä keskimäärin 3,3 kertaa.

8.
Luvussa 2.3 käsitellään hoito- ja tutkimuskorvauksia. Valiokunta kiinnittää huomiota esityksessä käytettyyn terminologiaan. ”Tutkimus ja hoito” käsitteen alle kuuluvat vain tutkimuksen ja hoidon eli esim. fysioterapia ja laboratorio- ja kuvantamispalvelut. ”Hoito ja tutkimus” käsitteen alle puolestaan kuuluvat myös em. tutkimuksen ja hoidon lisäksi myös lääkärinpalkkiot ja hammashoidon palkkiot.

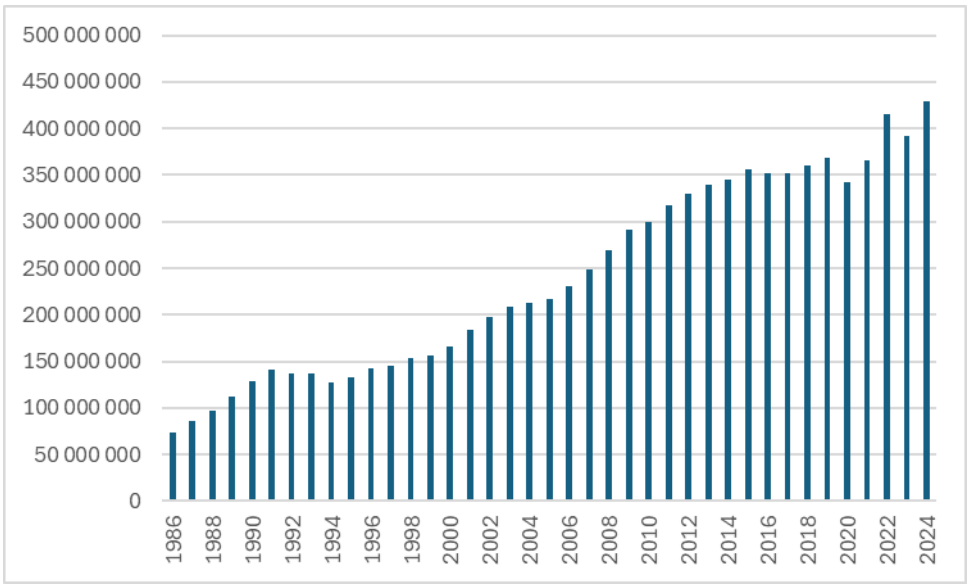
Vastaus: Valiokunnan käsitys käytetystä terminologiasta on oikea. Käytetty terminologia perustuu sairausvakuutuslakiin.

9.
Taulukko 9 koskee kaikkia yksityisen sektorin korvattuja käyntejä, ei vain yli 65-vuotiaiden käyntejä. Sisältävätkö kustannukset euroa/käynti toimisto- ja muut vastaavat maksut, esim. ns. Kanta-maksua vai ei?

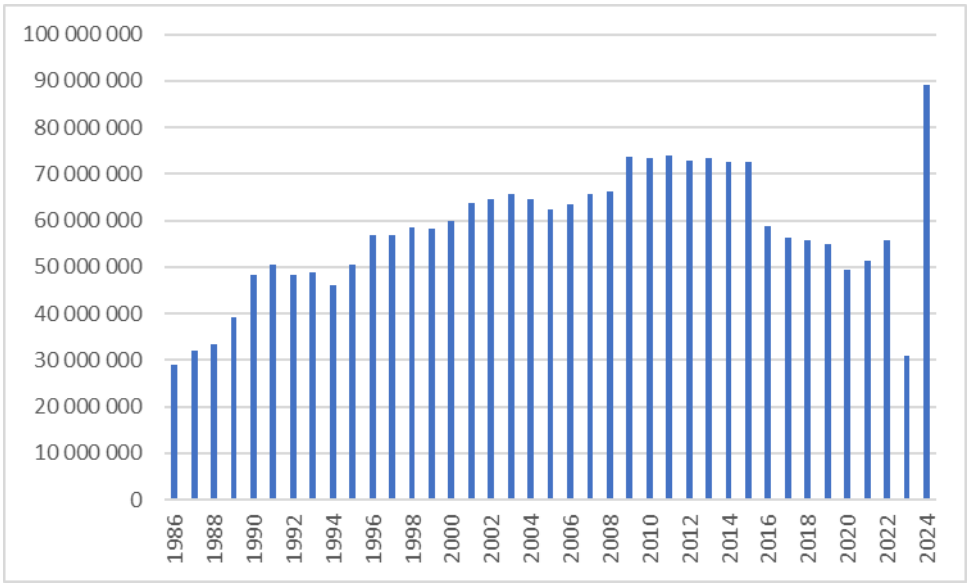
Vastaus: Taulukossa 9 on kuvattuna yleisimmät yksityisen terveydenhuollon korvatut lääkärikäynnit kaikkien ikäryhmien osalta. Kustannuksiin ei sisälly toimisto- tai palvelumaksuja tai muita vastaavia maksuja, ei myöskään Kanta-maksuja. Ne laskutetaan erillään lääkärinpalkkiosta. Korvaus maksetaan vain lääkärinpalkkiosta, eli toimisto- ja palvelumaksuista ja muista vastaavista maksuista ei kerry tietoa Kelan rekisteriin.

10.
Kuviossa 11 otsikkona on yksityisten lääkärikäyntien kustannukset ja korvaukset vuosina 1986–2023. Janojen selitteessä mainitaan kuitenkin, että kyse on kustannuksista euroa/käynti ja korvauksesta euroa/käynti. Ei siis kokonaiskustannuksesta, joka lienee n. 120 euroa x 3,5 milj. käyntiä eli hieman yli 400 milj. euroa. Onko näin?

Vastaus: Kuviossa 11 on otsikkonsa mukaisesti kysymys yksityisten lääkärikäyntien kustannuksista ja korvauksista vuosina 1986–2023, ja siinä kuvataan euroja käyntiä kohden. Kokonaiskustannukset esitetään alla olevassa kuviossa (€). Kokonaiskustannus sisältää myös vakuutettujen itse maksamat osuudet. Lähde: Kelasto.



Alla olevassa kuviossa puolestaan esitetään korvausten eli julkisin varoin rahoitettu osuus kustannuksista (€). Lähde: Kelasto.



11.
Luku 2.3.3.1 Tuloluokittainen tarkastelu on selkeä. Valiokunta kiinnittää huomiota siihen, että jakautuma on erittäin vino, mikä johtunee omavastuun suuruudesta.

Vastaus: Hallituksen esityksen luvussa 2.3.3.1 on kuvattu hoito- ja tutkimuskorvausten jakautumista tuloluokittain perustuen Kelan tekemiin tutkimuksiin. Suurituloiset käyttävät yksityisen terveydenhuollon palveluita enemmän kuin pienituloiset, minkä arvioidaan johtuvan erityisesti korkeista omavastuuosuuksista. Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi esityksessä tarkoitettujen palvelujen omavastuuosuuksien määrästä

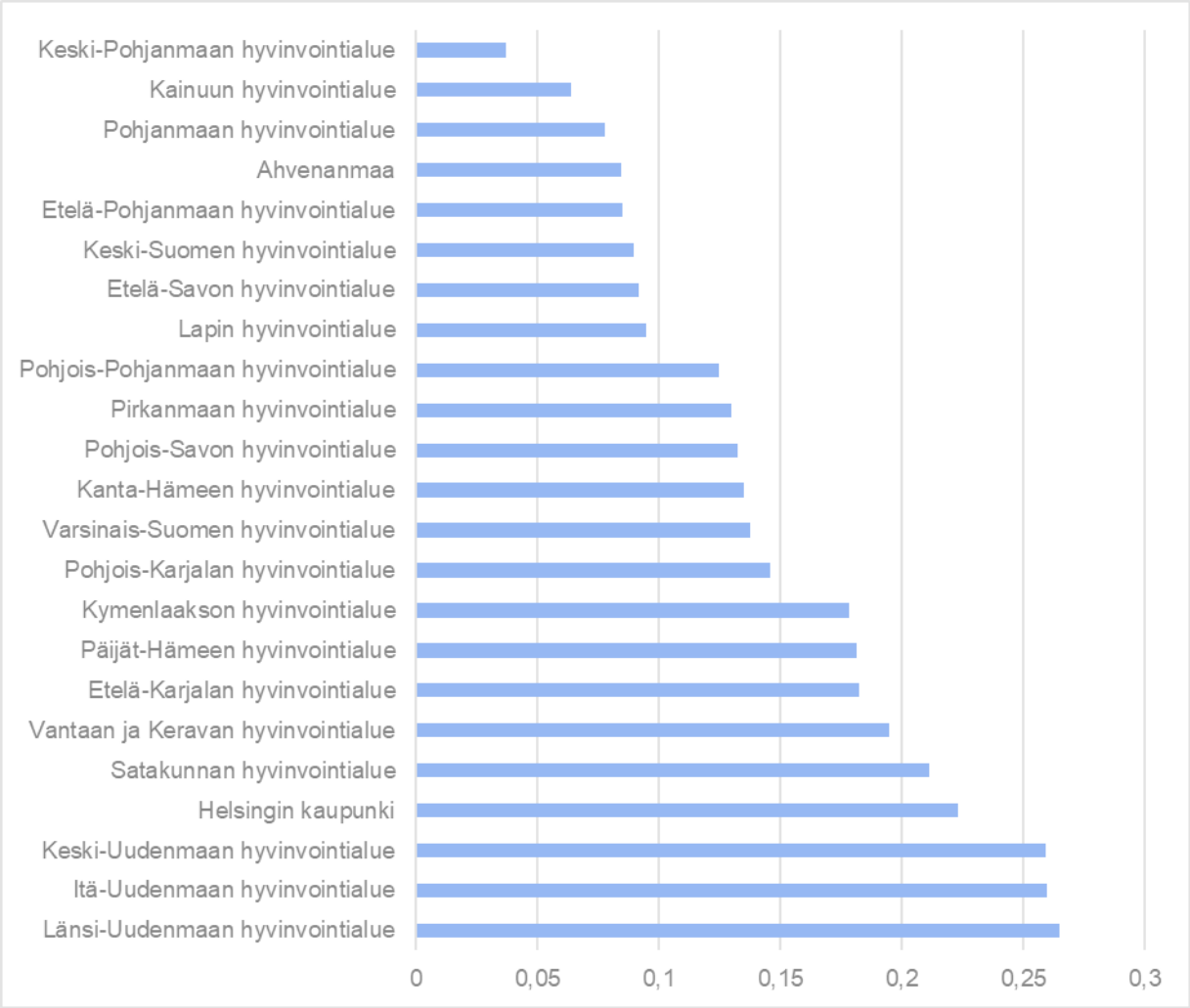
lailla, mikä parantaisi vakuutettujen taloudellisia mahdollisuuksia hyödyntää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Lisäksi omavastuuosuudet huomioitaisiin menona perustoimeentulotuessa.

12.
Kuvion 12 osalta valiokunta viittaa edellä kohdassa 8 tekemäänsä huomioon. Onko kuviossa kyse ”tutkimus- ja hoitokorvauksista” eikä ”hoito- ja tutkimuskorvauksista”, vaikka jälkimmäistä termiä - virheellisesti - käytetään? Yhteissumman (arviolta 5–6 milj euroa) perusteella arvion kyseessä olevan ”tutkimus ja hoitokorvaukset”. ”Hoito- ja tutkimuskorvaukset” olisi noin 30-kertainen.

Vastaus: Kuviossa 12 on otsikkonsa mukaisesti kysymys 65 vuotta täyttäneille maksetuista yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksista (eli Kela-korvauksista) yksityisten yleislääkärien tai yleislääketieteen erikoislääkärien vastaanotoista hyvinvointialueittain tarkasteltuna vuonna 2024. Kuvio siis sisältää vain edellä mainitut lääkärinpalkkioiden korvaukset.

13.
Kuvio 13 kuvaa nykyistä yleislääkäreiden ja yleislääketieteen erikoislääkäreiden kapasiteettia eri hyvinvointialueilla. Sen perusteella yli 65-vuotiaiden käyntejä yksityissektorilla oli noin 200 000. Tätä tulisi verrata kunkin hyvinvointialueen yli 65-vuotiaan väestön osuuteen (%) tai absoluuttiseen lukumäärään. Saisiko sellaisen vertailutaulukon?

Vastaus: Alla olevassa kuviossa esitetään 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen Kela-korvatut yleislääkärin tai yleislääketieteen erikoislääkärin käynnit suhteutettuna 65 vuotta täyttäneiden väestöön hyvinvointialueittain tarkasteltuna vuonna 2024. Lähde: Kelan tutkimus, Tilastokeskus (HE kuvio 13).



14.
Sivun 30 keskellä oleva kappale kertoo, että vuonna 2024 tapahtuneen Kela-korvausten kolminkertaistaminen ja 58 miljoonan euron korotus lisäsi korvausten saajia vain 2,6 %. Paljon käynnit lisääntyivät?

Vastaus: Käyntejä tuli 73 222 lisää.

15.
Tehdäänkö sopimus kokeiluun osallistumisesta ja siinä käytettävästä suorakorvauksesta jokaisen ammatinharjoittajalääkärin kanssa erikseen, vai lääkärikeskuksen tai vastaavan yrityksen kanssa? Miten ne määrittelevät ketkä lääkärit osallistuvat? Lääkäri voinee toimia yhtä aikaa ”kokeilulääkärinä” ja ”muuna yleislääkärinä”. Miten varmistetaan, että potilas tietää eron? Onko esimerkiksi niin, että potilaskäynnin ollessa ”yksi vaiva” lääkäri toimii ”kokeilulääkärinä”, mutta potilaan ollessa laajemman ja aikaa vievämmän käynnin tarpeessa hän toimii ”muuna yleislääkärinä”?

Vastaus: Sopimukset voitaisiin tehdä sellaisen palveluntuottajan kanssa, jolla on Kelan kanssa sopimus suorakorvausmenettelystä. Suorakorvaussopimuksia on allekirjoitettu sekä laitosten (yritysten) että

yksittäisten elinkeinonharjoittajien (ammatinharjoittajalääkärien) kanssa. Silloin kun ammatinharjoittajalääkäri toimii laitoksessa, sopimus esityksen mukaisten palveluiden tuottamisesta tehdään laitoksen kanssa. Ammatinharjoittajalääkäri voi itse päättää, tarjoaako hän esityksen mukaisia käyntejä vai ei. Suurin osa ammatinharjoittajalääkäreistä, joilla on itsenäinen sopimus suorakorvausmenettelystä Kelan kanssa, on psykiatrian tai silmätautien erikoislääkäreitä.

Kuluttajansuojalain (38/1978) mukaan palveluntuottajan on annettava asiakkaalle palvelun hintatiedot siinä vaiheessa, kun hän on ostamassa tai varaamassa palvelua. Yksityisen terveydenhuollon palvelunkäyttäjä on kuluttajan asemassa, ja hänellä on turvanaan kuluttajansuojalain mukaiset oikeussuojakeinot, mikäli palvelussa on virhe. Asiakkaalla tulisi siis olla jo vastaanottokäyntiä varatessa tieto siitä, että kysymyksessä on kokeilun mukainen käynti, eikä tätä saa muuttaa esimerkiksi kesken vastaanottokäynnin. Mikäli asiakkaalle oltaisiin lääkärin vastaanotolla esimerkiksi määräämässä tutkimuksia tai tekemässä toimenpiteitä, jotka eivät ole korvattavia laissa tarkoitetulla tavalla, tulisi lääkärin kertoa tästä asiakkaalle. Palveluntuottajilla on myös nykytilassa samanlainen velvollisuus informoida asiakasta hoidosta koituvista kustannuksista. Kela seuraa palveluntuottajien käytäntöjä tekemissään auditoinneissa.

16.
Sivulla 39 mainitaan, että ” … tavoitellaan asiakassiirtymää julkisesta terveydenhuollosta yksityiseen terveydenhuoltoon …”. Miksi? Eikö tavoitteen tulisi olla käyntien kokonaismäärän lisääminen eli julkisesti rahoitetun perusterveydenhuollon kokonaiskapasiteetin kasvattaminen, eikä julkisen sektorin käyntien vähentäminen 624 233 käynnillä, joka luku esitetään sivun 42 ylälaidassa.

Vastaus: Hallituksen esityksen tavoitteena on keventää hyvinvointialueiden kuormitusta ja purkaa perusterveydenhuollon hoitojonoja. Mikäli asiakkaita saadaan siirtymään julkisesta perusterveydenhuollosta yksityiseen terveydenhuoltoon, helpottuu julkiseen perusterveydenhuoltoon kohdistuva kuormitus. Lääkärikäyntien kokonaismäärä voi esityksen seurauksena lisääntyä, jos tyydyttymätön palvelutarve otetaan huomioon ja tällaista palvelutarvetta kokevat henkilöt hakeutuvat terveydenhuoltoon. Perusterveydenhuollon palveluiden saatavuus paranee, jos volyymi eli palvelutarjonnan määrä lisääntyy.

17.
Miksi päädyttiin erittäin korkeaan eli 100 euron kattohintaan? ”Kilpailutettiinko” tätä lainkaan eri tuottajien kesken? Kyse on enintään 20 minuutin mittaisesta vastaanottokäynnistä. Tämä mahdollistaa 300–400 euron tulon per tunti. Vaikka tästä jäisi vain puolet lääkärille, on houkutus siirtyä terveyskeskuksen n. 45–50 euron tuntipalkkaisesta työstä (johon luonnollisesti tulee lisätä palkan sosiaalimaksut) tuottoisammalle yksityiselle sektorille suuri. Lausuntopalautteen mukaan siirtymää on aliarvioitu. Miksi näin?

Vastaus: Esityksessä tarkoitetun lääkärin vastaanoton kestoa ei ole määritelty. Lääkärin vastaanottokäyntien hintakatot on määritelty yleisimmän, 20 minuutin mittaisen lääkärin vastaanottokäynnin hintatietojen pohjalta. Valtakunnallinen yleislääkärien hintajakauman mediaani 20 minuutin mittaiselle lääkärikäynnille oli 72 euroa vuonna 2022. Tähän on lisätty toimisto- ja palvelumaksujen osuutta noin 30 euroa. Videovastaanoton tai puhelinvastaanoton hoidollisen arvon ei lähtökohtaisesti katsota vastaavan läsnävastaanottoa, joten etäpalveluille on oletettu matalammat hintakatot. THL on laskenut valtiovarainministeriön ja sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksessa hyvinvointialueiden yksikkökustannukset sosiaali- ja terveyspalveluille vuoden 2023 talous- ja suoriteaineistosta. Kansallisten yksikkökustannusten keskiarvo perustason vastaanottopalveluiden enintään 20 minuutin lääkärikäynnille oli 126 euroa vuonna 2023.

Hintatietoja ajallisesti eri mittaisista vastaanottokäynneistä ei ole saatavilla vuoden 2022 jälkeen, koska lääkärinpalkkioita ei vuoden 2023 alusta lukien ole maksettu enää aikaperusteisesti. Vuonna 2024 lääkärinpalkkio Kela-korvatuissa käynneissä oli keskimäärin noin 124 euroa (ei sisällä toimisto- ja palvelumaksuja). Lääkärinpalkkion lisäksi asiakkaalta peritään tavallisesti toimistomaksuja tai muita palvelumaksuja. Hinnoittelun perusteella ei arvioida syntyvän lääkärien siirtymistä julkisesta terveydenhuollosta yksityiseen terveydenhuoltoon, koska esityksen mukaisten palveluiden tarjoamisesta ei saisi merkittävän suuruista kompensaatiota verrattuna muihin yksityisen terveydenhuollon palveluihin. Esitystä valmisteltaessa on oletettu, että esityksen mukaisilla käynneillä täytettäisiin yksityisen terveydenhuollon vapaana olevaa kapasiteettia.

18.
Onko arvioitu, mitä tapahtuu, kun kannustinjärjestelmiltään kaksi aivan erilaista järjestelmää toimii rinnakkain? Toisessa (hyvinvointialueet) on vallalla voimakas kulujen alentamisen paine ja insentiivinä kuukausipalkka, joka ei kasva suoritteiden myötä, ja toisessa suoriteperusteinen palkkaus, joka kasvaa suorassa suhteessa suoritteiden määrään. Eikö olisi arvokasta kokeilla yksityisen sektorin rinnalla samanlaista korvausmallia hyvinvointialueilla: potilasvastaanotto perustuisi suoritepalkkaukseen eli ”nuppitaksaan”? Tämä antaisi arvokasta tietoa.

Vastaus: Pääministeri Petteri Orpon hallitus on päättänyt vuosien 2026–2029 julkisen talouden suunnitelmasta, jonka mukaan hallitus edistää vahvasti omalääkärimallien käyttöönottoa koko maassa, kaikilla hyvinvointialueilla. Lisäksi käynnistetään ammatinharjoittajamalliin perustuva omalääkärikokeilu kansallisella tasolla erillisrahoituksella. Omalääkärimallien tulevaisuuden kehittämisessä voidaan hyödyntää kapitaatio- ja suoriteperusteisia korvauksia.

19.
Miten menetellään, jos kokeiluun varattu n. 90 miljoonan euron rahoitus ylittyy?

Vastaus: Esityksen valmistelussa on arvioitu, että esitetyn mukaisilla käyntirajoituksilla kokeiluun varatun rahoituksen tulisi riittää lain voimassaolon ajalle. Kela seuraa korvausvarojen riittävyyttä. Tarvittaessa Kela voisi muuttaa korvaustaksoja ja enimmäishintoja. Tarvittaessa kokeilu voitaisiin myös lakkauttaa suunniteltua aiemmin kumoamalla määräaikainen laki.

20.
Onko matkakorvausten kasvu arvioitu? Syrjäseudulla ei ole lääkäripalveluja saatavilla ja matkat asutuskeskuksiin, joissa toimii yksityislääkäreitä, tulevat voimakkaasti lisääntymään.

Vastaus: Vaikutuksia matkakorvausmenoihin on arvioitu hallituksen esityksessä sivulla 45. Sen mukaan yksityiseen terveydenhuoltoon tehdyistä matkoista maksettujen korvausten määrän arvioidaan kasvavan esityksen johdosta, mutta samalla julkiseen terveydenhuoltoon tehdyistä matkoista maksettujen korvausten vähenevän. Ristikkäisten vaikutusten vuoksi matkakorvausten ei arvioida esityksen vuoksi kokonaisuudessaan lisääntyvän merkittävästi.

21.
Miten toimitaan tilanteessa, jossa vastaanotto kestää 30–40 minuuttia? Onko korvaus edelleen sama 72 euroa ja omavastuu 28 euroa vai voiko omavastuu kasvaa vai onko kyseessä kaksi eri käyntiä vai voiko lääkäri laskuttaa osan käynnistä kokeilun mukaisena ja osan vapaasti?

Vastaus: Lääkärin vastaanottokäynnin kestoa ei ole esityksessä rajattu millään tavalla. Esityksen mukaan lääkärinpalkkion korvaus voidaan maksaa enintään yhdeltä vastaanottokäynniltä vuorokaudessa. Tämä koskisi sekä samaa että eri yleislääkäriä. Saman lääkärin vastaanottokäynnistä ei myöskään voisi saada sairausvakuutuslain 3 luvun mukaista korvausta samana päivänä, jona vakuutettu on saanut korvauksen esityksen mukaisesta lääkärikäynnistä. Vakuutettu voisi kuitenkin saada korvauksen samana päivänä esityksen mukaisesta yleislääkärikäynnistä ja sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisen korvauksen, mikäli kyseessä on kaksi eri lääkäriä. Näin ollen vakuutettu voisi esimerkiksi aamupäivällä käydä esityksen mukaisella yleislääkärin vastaanotolla ja iltapäivällä esimerkiksi jonkin erikoislääkärin vastaanotolla niin, että siitä maksettaisiin yleistaksan mukainen 30 euron korvaus.

22.
HE:n mukaan omavastuu voi olla myös matalampi. Esimerkiksi 72 euron käyntipalkkiolla omavastuu olisi nolla eli kyseessä olisi maksuton käynti. Tämäkin mahdollistaisi ”tuottavan bisneksen” esimerkiksi lähes 300 euron tuntilaskutuksen. Miten todennäköisenä pidätte tätä? Hyvinvointialueilta leikattiin rahoitusta asiakasmaksujen korotuksen verran eli yhteensä 150 miljoonaa euroa.

Vastaus: Omavastuuosuuden määrällä on mahdollista kilpailla. Hyöty kilpailusta kohdentuisi asiakkaalle, jonka omavastuuosuus pienenisi, mutta korvaustaksan määrä pysyisi samana. Mahdollistamalla kilpailun omavastuuosuuden määrällä voidaan saada tietoa siitä, miten palveluntuottajat mukautuvat hintasääntelyyn. Kokeilun edetessä voidaan seurata, asettuvatko palveluntuottajien hinnat hintakattojen tasolle vai syntyykö kilpailua omavastuuosuudella, jolloin palvelun kokonaishinta siis alittaisi hintakaton. Hintakatot yleisesti ottaen saattavat ohjata palveluiden hinnoittelua siten, että tosiasiassa palveluiden hinnat asettuvat hintakaton tasolle, mutta tässä tapauksessa mahdollisuus omavastuuosuuden alentamiseen voi vaikuttaa hinnoitteluun mahdollisen syntyvän kilpailutilanteen vuoksi.

23.
Sivulla 49 arvioidaan mahdollisuutta, että ”monimutkaisempaa hoitoa vaativat tapaukset hakeutuvat julkiseen terveydenhuoltoon”. Miten suureksi arvioitte tämän siirtymän ja pidättekö sitä tarkoituksenmukaisena? Mikä vaikutus sillä on henkilöstön rekrytointiin?

Vastaus: Pitkäaikaissairaita ja monisairaita henkilöitä hoidetaan julkisessa terveydenhuollossa jo nykytilassa. Esityksessä ei oleteta, että näiden henkilöiden hoidon osalta tilanteeseen tulisi muutoksia. Ei ole tarkoitus, että esityksen seurauksena moni- tai pitkäaikaissairauksiin liittyviä pitkiä hoitosuhteita siirrettäisiin määräaikaisen kokeilun ajaksi yksityiseen terveydenhuoltoon. Käytännössä uudet monimutkaisempaa hoitoa vaativat potilaat tulevat hakeutumaan julkiseen terveydenhuoltoon, mikäli he tarvitsevat erikoissairaanhoitoa tai moniammatillista hoitoa.

24.
Mitkä ovat kokeilun aluetaloudelliset vaikutukset? Hyvinvointialueiden rahoitus jaetaan tarvekriteereiden perusteella, joissa ikääntyneiden osuus on merkittävä. Yksityistä palvelua säätelevät markkinat ja lääkärityövoima on niukka resurssi. Siirtyvätkö lääkärit ”tekemään bisnestä” asutuskeskuksiin (vielä nykyistä enemmän)? Lainaus sivulta 53: ”Suuri osa yksityisten terveyspalveluiden tuottajista toimii eteläisessä Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa.”

Vastaus: Hallituksen esityksessä ei ehdoteta muutoksia hyvinvointialueiden rahoitukseen.

Hallituksen esityksen mukaan yksityisessä terveydenhuollossa toimivaan henkilöstöön ei arvioida kohdistuvan merkittäviä vaikutuksia esityksen seurauksena. Mahdollisesti lisääntyvät käyntimäärät yksityisessä terveydenhuollossa voisivat lisätä jo yksityisessä terveydenhuollossa työskentelevien yleislääkärien työtunteja, jos he ovat tähän mennessä tehneet osa-aikatyötä. Sosiaali- ja terveysministeriö viittaa tämän kysymyksen osalta myös kysymyksen 17 vastaukseen.

25.
Millaisia kokeiluja, joihin liittyisi mahdollista lisärahoitusta, hallituksella on hyvinvointialueiden terveyskeskuksille?

Vastaus:

Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa Suomen kestävän kasvun ohjelman pilarista 4, joka koskee sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden vahvistamista ja kustannusvaikuttavuuden lisäämistä. Pilarin 4 toimenpiteet kohdistuvat palveluvelan ja hoitojonojen purkuun, ennaltaehkäisyyn ja ongelmien varhaiseen tunnistamiseen, sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden ja vaikuttavuusperusteisen ohjauksen vahvistamiseen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation edistämiseen.

Suomen kestävän kasvun ohjelman neljäs valtionavustushaku järjestettiin 9.1.2024–15.2.2024. Sosiaali- ja terveysministeriö myönsi valtionavustusta yhteensä noin 16 miljoonaa euroa yhdelletoista hyvinvointialueelle ja sosiaalialan avustuskeskuksille. Avustukset ovat käytettävissä vuoden 2025 loppuun asti. Rahoituksen avulla seitsemällä hyvinvointialueella on edistetty hoidon jatkuvuutta omalääkärimalli-2.0-periaatteiden mukaisesti sekä kehitetty tätä tukevia digitaalisia ratkaisuja. Lisäksi hyvinvointialueilla on otettu käyttöön monialaisia digitaalisia palvelutarjottimia. Niiden avulla kyetään tarjoamaan alueen asukkaille hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä tukevia palveluita keskitetysti.

Hoidon jatkuvuusmallien tarkoituksena on varmistaa hoidon saatavuus ja jatkuvuus kaikilla hyvinvointialueilla. Hoidon jatkuvuusmalleja ovat esimerkiksi omalääkäri-, omahoitaja- tai omatiimimalli. Mallien käyttöönottoa tukemaan on käynnistetty omalääkäriohjelma, joka tukee hyvinvointialueita mallien kehittämisessä ja käyttöönotossa. Se myös mahdollistaa hyvinvointialueiden verkostoitumisen ja hyvien käytäntöjen levittämisen.

Pääministeri Petteri Orpon hallitus on päättänyt vuosien 2026–2029 julkisen talouden suunnitelmasta, jonka mukaan hallitus edistää vahvasti omalääkärimallien käyttöönottoa koko maassa, kaikilla hyvinvointialueilla. Lisäksi käynnistetään ammatinharjoittajamalliin perustuva omalääkärikokeilu kansallisella tasolla erillisrahoituksella.

26.
Miten terveydenhuollon järjestämisvastuu muuttuu kokeilun myötä? Velvoite (ja tätä vastaava oikeus kansalaisilla) järjestää palvelut on edelleen hyvinvointialueilla, mutta rahoitus suunnataan yksityiselle sektorille, joka voi valita potilaat ja keskittyä lyhyisiin kertakäynteihin. Onko hyvinvointialueen huolehdittava potilaista, joista yksityinen sektori ei eri syistä (loma- ja muut työajat, monimutkaiset ja aikaa vievät potilaat) ole kiinnostunut?

Erityisasiantuntija Emmi Vettenranta

Vastaus: Hyvinvointialueilla on sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu. Yksityinen terveydenhuolto täydentää julkisia terveyspalveluja. Terveydenhuollon järjestämisvastuu ei muuttuisi esityksen seurauksena.

Yksityinen yritys tai ammatinharjoittaja saa vapaasti päättää tarjoamistaan vastaanottoajoista. Esityksessä ei ehdoteta asetettavaksi velvoitetta tarjota esityksen mukaisia käyntejä, vaikka palveluntuottaja olisi tehnyt Kelan kanssa sopimuksen kokeiluun osallistumisesta. Asiakkaat voivat hakeutua yksityiseen tai julkiseen terveydenhuoltoon, mutta järjestämisvastuussa on viime kädessä hyvinvointialue.