19.10.2026

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta

Satakunnan hyvinvointialueen lausunto asiassa: HE 186/2026 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta annetun lain voimaantulosäännöksen muuttamisesta

Johdanto

Sosiaali- ja terveysministeriö ehdottaa, että 65 vuotta täyttäneille suunnattu valinnanvapauskokeilu laajennetaan ja sen voimassaoloa jatketaan vuoden 2028 loppuun.

Käytön laajuus ja palvelun kohdentuminen

Kelan ja THL:n seurantatiedot osoittavat, että kokeilun käyttäjiä on ollut odotettua vähemmän. Syys–joulukuussa 2025 kokeilun puitteissa tehtiin noin 67 000 lääkärikäyntiä, mikä oli vain kahdeksan prosenttia 65 vuotta täyttäneiden avohoidon lääkärikäynneistä; julkisessa perusterveydenhuollossa oli samaan aikaan 677 000 käyntiä. Palvelun käyttäjät ovat valikoituneet sosioekonomisesti hyväosaisemmiksi: ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista 6,5 % käytti palvelua syys–joulukuussa 2025, kun alimpaan viidennekseen kuuluvista vain 2,4 %. Korvausten kokonaissummasta 31 % kohdistui ylimmälle tuloviidennekselle ja 12 % pienituloisimmalle. Enemmistö kävijöistä oli alle 75-vuotiaita ja asui kaupungeissa. Tuloryhmien väliset erot eivät ole kaventuneet – suurituloiset käyttävät palveluja 2,7 kertaa pienituloisia enemmän.

Kokeilun käynnit painottuvat tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, hengitystieinfektioihin ja muihin akuutteihin vaivoihin. Kroonisten sairauksien seuranta jää edelleen julkiselle terveydenhuollolle, mikä näkyy siinä, että potilaat hakeutuvat usein lisätutkimuksiin ja jatkohoitoon julkiseen järjestelmään. Tämän vuoksi kokeilulla ei ole nähty merkittävää vaikutusta hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon kuormitukseen.

Yhdenvertaisuus, talous ja resurssien kohdentaminen

Yhdenvertaisuuden edistämisen kannalta tulokset ovat huolestuttavia. Kokeilu ei ole kaventanut sosioekonomisia eroja palvelujen käytössä, vaan hyödyt valuvat suurituloisille ja kaupunkilaisille. Pienituloisten osallistuminen jää vähäiseksi, vaikka heidät ohjataan hakemaan omavastuuosuudet perustoimeentulotuesta. Tämän seurauksena sosiaalihuollon budjettia

käytetään yksityisen terveydenhuollon korvauksiin, mikä heikentää muiden hyvinvointipalvelujen rahoitusta.

Lain voimassaolon pidentäminen yhdellä vuodella lisäisi korvausmenoja yhteensä 31 miljoonaa euroa. Valtion rahoitusosuuden lisäys olisi vuoden 2027 osalta noin 6 miljoonaa euroa ja vuoden 2028 osalta noin 16 miljoonaa euroa. Kun hyvinvointialueita samaan aikaan velvoitetaan kattamaan alijäämänsä, koemme epäasianmukaiseksi ohjata rajallisia resursseja malliin, joka ei edistä laajamittaista yhdenvertaisuutta eikä paranna hoidon jatkuvuutta.

Asiakasmaksujen ja luottamuksen merkitys

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terve Suomi -tutkimuksen mukaan vain noin puolet suomalaisista luotti terveyspalvelujen toimintaan vuonna 2024, kun vielä vuonna 2020 osuus oli 76 %. Sosiaalipalveluihin luottavien osuus laski samalla ajanjaksolla 60 %:sta 42 %:iin. THL:n tutkijat korostavat, että ilman luottamusta horjuu myös sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän oikeutus. Tutkimuksessa ilmeni myös, että asiakasmaksujen nousu vaikeuttaa palvelujen saamista: joka kolmas terveyspalvelujen käyttäjä ja kaksi viidestä sosiaalipalvelujen käyttäjästä koki asiakasmaksujen haitanneen palvelujen saamista, ja yli 40 % 65 vuotta täyttäneistä koki maksujen vaikeuttaneen palvelujen saamista.

Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen korotukset lähestyvät jo yksityisen terveydenhuollon kustannuksia, mikä lisää epätasa-arvoa ja ohjaa potilaita etäpalveluihin. 65 vuotta täyttäneiden valinnanvapauskokeilu kohdentui suurissa kaupungeissa asuville hyvätuloisille eikä vähentänyt hyvinvointialueiden taakkaa, joten kokeilun laajennus tulisi perustaa dataan ja suunnata rahoitus mieluummin omalääkärisuhteiden ja hoidon jatkuvuuden kehittämiseen.

Nämä havainnot osoittavat, että luottamus terveydenhuoltoon ja kohtuulliset asiakasmaksut ovat keskeisiä hyvinvointivaltion legitimiteetin kannalta. Kun luottamus heikkenee, se heijastuu myös laajemmin luottamukseen yhteiskuntaan. Lisäksi asiakasmaksujen korottaminen ja palvelujen siirtäminen yksityiselle sektorille voivat vahvistaa eriarvoisuutta, sillä suurituloiset hyötyvät enemmän kokeilusta ja pienituloiset joutuvat tinkimään palveluista tai hakemaan tukea toimeentulotuen kautta.

Hoidon jatkuvuus ja palvelujärjestelmä

Kokeilussa ei tehdä hoidon tarvearviota, vaan asiakas voi varata ajan suoraan yksityislääkärille. Tämä on lisännyt akuutteja käyntejä, mutta on myös johtanut siihen, että potilaat joutuvat hakeutumaan julkiseen terveydenhuoltoon, jos tarvitaan laajempia tutkimuksia tai pitkäaikaista

seurantaa. Kolmen käynnin enimmäismäärä (joka esityksessä nostetaan kuuteen) ei mahdollista omalääkärimallin kaltaista pitkäjänteistä hoitosuhdetta, eikä yksityislääkäreiden rajallinen määrä takaa hoidon jatkuvuutta. Lääkäriliitto ja Kilpailu- ja kuluttajavirasto ovat huomauttaneet, että ilman triage-arviota käynnit saattavat olla tarpeettomia ja vetää lääkäreitä pois julkisesta perusterveydenhuollosta.

Fysioterapian sisällyttäminen voi vastata nykyistä käyntijakaumaa, sillä noin viidesosa kokeilun lääkärikäynneistä koskee tuki- ja liikuntaelinongelmia. Ilman moniammatillista tiimityötä ja koordinointia riski on kuitenkin, että fysioterapia toimii irrallisena lisäpalveluna, joka ei paranna hoidon kokonaisuutta.

Paikallisen hyvinvointialueen seurannan perusteella kokeilun alussa havaittiin tilapäinen hoitajakäyntien väheneminen, mutta kokeilun edetessä yhteydenotot ja käynnit eivät ole laskeneet verrattuna kokeilua edeltävään aikaan. Näin ollen kokeilu ei ole keventänyt julkisen perusterveydenhuollon kuormaa, vaan on lisännyt rinnakkaisen palvelukanavan ilman, että kokonaisvolyymi olisi vähentynyt.

Hyvinvointialueen kanta ja ehdotukset

Hyvinvointialue on sitoutunut vahvistamaan julkisen perusterveydenhuollon palveluita ja moniammatillista tiimityötä. Katsomme, että esitetty laajennus on kansalaisia eriarvoistava. Ottaen huomioon hyvinvointialueiden vaikean taloustilanteen ja henkilöstöpulan, on epäviisasta ja kansalaisten luottamusta julkiseen terveydenhuoltoon rapauttavaa siirtää resursseja yksityiselle sektorille, joka hyödyttää lähinnä hyväosaisia ja ei vähennä julkisen puolen kuormitusta samalla kun, hyvinvointialueiden rahoitusta tiukennetaan ja asiakasmaksuja korotetaan.

Suosittelemme:

1. **Omalääkäri- ja hoidon jatkuvuus -mallin kehittämistä**: Sen sijaan, että korvataan hajanaisia yksityiskäyntejä, tulisi edistää listautumista julkisen perusterveydenhuollon omalääkärille ja moniammatilliselle tiimille. Tämä parantaisi hoidon jatkuvuutta ja kustannusvaikuttavuutta.
2. **Tulorajaista ja tarveharkintaista kohdentamista**: Jos yksityisiä käyntejä tuetaan, tuki on syytä kohdistaa pienituloisille. Suurituloiset voivat hakeutua yksityiseen terveydenhuoltoon omalla kustannuksellaan.
3. **Palvelusetelimallia**: Kuten Kilpailu- ja kuluttajavirasto on ehdottanut, palvelusetelit voitaisiin jakaa niille, jotka eivät saa julkista palvelua riittävän nopeasti, triage-arvion perusteella. Tämä varmistaisi, että hoidon tarpeen arviointi ja kokonaisvastuu säilyvät julkisella sektorilla.

4. **Investointeja julkisen perusterveydenhuollon kapasiteettiin:** Resursseja tulisi kohdentaa hoidon jatkuvuuden, vastaanottopalveluiden saatavuuden sekä moniammatillisten tiimien vahvistamiseen. Julkisen sektorin asiakkaat ovat usein monisairaita ja tarvitsevat pitkäjänteistä, kokonaisvaltaista tukea, jota yksittäiset yksityiset vastaanottokäynnit eivät korvaa.

Johtopäätös

Kokeilun ensimmäisen vuoden seuranta osoittaa, että se hyödyttää eniten suurituloisia eläkeläisiä ja kaupunkilaisia, eikä se ole vähentänyt julkisen perusterveydenhuollon kuormitusta. Esityksessä ehdotettu laajennus lisää kustannuksia ja siirtää resursseja pois julkisesta järjestelmästä tilanteessa, jossa hyvinvointialueiden rahoitus on valmiiksi niukka. Siksi katsomme, että kokeilua ei tule laajentaa esitetyssä muodossa. Sen sijaan julkisen terveydenhuollon kehittämiseen, omalääkäri-malliin ja tulosidonnaiseen kohdentamiseen panostaminen olisi sekä oikeudenmukaisempaa että kustannustehokkaampaa.

Satakunnan hyvinvointialue

Tero Mäkiranta
Hyvinvointialuejohtaja

Jakelu Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta, StV@eduskunta.fi

Tiedoksi Satakunnan hyvinvointialue, kirjaamo