

EDUSKUNNAN SOSIAALI- JA TERVEYSVALIOKUNNALLE

Asia: Lausunto hallituksen esityksestä 36/2025 vp eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Esityksen tavoitteet

Hallituksen esityksen 36/2025 vp. tavoitteena on toteuttaa yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten eli Kela-korvausten määräaikaisen rahoituksen kohdentaminen siten, että 65 vuotta täyttänyt vakuutettu voisi käydä yksityisessä terveydenhuollossa yleislääkärin vastaanotolla enintään julkisen perusterveydenhuollon terveyskeskuksen lääkärikäynnistä perittävää asiakasmaksua vastaavalla omavastuulla. Ajatuksena on näin keventää hyvinvointialueiden kuormitusta, purkaa perusterveydenhuollon hoitonoja sekä parantaa perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta Kela-korvauksia kehittämällä. Kyseessä olisi määräaikainen lainsäädäntö, jossa säädettäisiin voimassa olevia yksityisen sairaanhoidon korvauksia koskevia säännöksiä täydentävästi siten, että korvauksia kohdennettaisiin 65 vuotta täyttäneelle väestölle.

Sairausvakuutuslakia muutettaisiin siten, että osa laissa tarkoitettulla lääkärin vastaanotolla määrätyistä tutkimuksista olisi korvattavia. Näytteenotolle ja tutkimuksille vahvistettaisiin enimmäishinnat, ja näiden enimmäishintojen määrästä korvattaisiin vakuutetulle 50 prosenttia. Vakuutetulle voitaisiin maksaa korvaus tutkimuksesta ja hoidosta enintään kolmen lääkärin tekemän määräyksen perusteella kalenterivuodessa

Mahdollisuus valita yleislääkäri yksityisestä terveydenhuollosta voi edistää potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta ja parantaa asiakkaan kokemusta palvelun laadusta. Esityksen vaikutuksista saatuja tietoja hyödynnettäisiin tulevaisuudessa perusterveydenhuollon palveluiden ja omalääkärimallien kehittämisessä.

Hoitoon pääsy perusterveydenhuollossa

Suomessa on yritetty vahvistaa perusterveydenhuoltoa useilla lainsäädäntöuudistuksilla viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana. Perustason lääkärille pääsy on meillä kuitenkin poikkeuksellisen vaikeaa verrattuna muihin Euroopan maihin. Esimerkiksi Tanskassa ja Norjassa on 2010-luvulla siirrytty perusterveydenhuollossa hyödyntämään ammatinharjoittajina toimivia omalääkäreitä, minkä seurauksena niin hoitoon pääsy kuin potilastyytyväisyys perusterveydenhuollossa on merkittävästi kasvanut. Usein syyksi hoitoon pääsyn ongelmiin Suomessa mainitaan riittämätön rahoitus taikka lääkärien vähäinen määrä, mutta Eurostatin tilastojen mukaan Suomi käyttää suuremman osuuden terveydenhuoltomenoistaan kuin esim. Ruotsi tai Tanska juuri perusterveydenhuoltoon ja meillä lääkärien määrä asukasta kohden on hyvällä eurooppalaisella tasolla ja korkeampi kuin esim. Virossa, jossa sielläkin yleislääkärille (perhelääkäri) pääsee selvästi Suomea paremmin. Nyt lausuttavana olevassa hallituksen esityksessä mainitaan, että Suomen julkisessa terveydenhuollossa työskentelisi (perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon yhteensä) n. 14500 lääkäriä. Pidän lukua epäluotettavana, sillä Valviran rekisterissä oli v. 2024 lopussa 34000 laillistettua lääkäriä ja aiemmissa arvioissa on esitetty, että työikäisten (alle 65-vuotiaiden) lääkärien määrä olisi n. 23 000. Mainittakoon, että pelkästään Uudenmaan erikoissairaanhoidossa (HUS-yhtymä) työskentelee n. 3500 lääkäriä.

Lääkäreiden määrää suurempana ongelmana Suomen perusterveydenhuollossa onkin viimeisen 20 vuoden aikana tapahtunut tuottavuuden lasku. Lääkärin vastaanottokäyntien (lääkärikäynnit) määrä Suomen julkisessa terveydenhuollossa on tippunut noin kolmanneksen siitä, mitä määrä oli vielä 2000-luvun alussa ja nykyisin terveyskeskuslääkäri näkee vastaanotollaan päivässä keskimäärin vain n. 6 potilasta. Suomen n. 11 milj. perustason vastaanottokäynnistä julkinen terveydenhuolto vastasi v. 2023 vain n. 4,2 milj. käynnistä eli selvästi alle puolesta potilaskäyntien määrästä ja yksityinen terveydenhuolto (ml. työterveyshuolto) lopuista. Lääkärille pääsyä julkiseen perusterveydenhuoltoon on Suomessa lähdetty rajoittamaan varsin erikoisilla hoidon tarpeen arviointijärjestelmillä, jollaisia ei ole käytössä perusterveydenhuollossa missään muualla Euroopassa. Yleensä perustason lääkärille pääsyä matalalla kynnyksellä pidetään keskeisenä osana laadukasta terveydenhuoltojärjestelmää. Suomen järjestelmä onkin saanut voimakasta arvostelua esim. suomalaisilta yleislääketieteen professoreilta, jotka kuvaavat suomalaista julkista perusterveydenhuoltoa ”potilaiden torjuntajärjestelmäksi”.

Yksityisen terveydenhuollon lääkärinvastaanottojen saatavuus on Suomessa hyvä, joten on varsin hyvin ymmärrettävää, että haluttaessa parantaa potilaiden hoitoon pääsyä perustason lääkärille,

kannattaa siellä olevaa resurssia hyödyntää. Tässä mielessä hallituksen esitys on varsin hyvin perusteltu, kun se vielä kohdentaa palveluja vanhempaan ikäryhmään, joka usein on työterveyshuollon palvelujen ulkopuolella.

Kela-korvattavat laboratoriotutkimukset

Lausuttavana olevan hallituksen esityksen mukaan 65 vuotta täyttäneille korvattaisiin 50 % sellaisten tavallisten laboratoriotutkimusten kustannuksista, jotka on määrätty sairausvakuutuksesta korvattavan lääkäriissäkäynnin yhteydessä. Korvattavaksi ehdotetut laboratoriotutkimuksen ja niiden hinnat perustuvat osin HUS Diagnostiikkakeskuksen Kansaneläkelaitokselle toimittamaan materiaaliin 65 vuotta täyttäneiden potilaiden laboratoriotutkimusten käytöstä sekä HUS Diagnostiikkakeskuksen tutkimushinnastoon. Pidänkin korvattavaksi ehdotettujen tutkimusten luetteloa sekä korvattaville laboratoriotutkimuksille ehdotettua hintakattoa varsin hyvin perusteltuna. Julkisten laboratorioden tutkimushinnat ovat tunnetusti merkittävästi alhaisempia, kuin mitä yksityiset lääkäriasetilat laskuttavat potilailta ja laboratoriotutkimusten hinnat voivat yksityisessä terveydenhuollossa olla moninkertaisia itse yleislääkäriiskäynnin hintaan verrattuna. Laboratoriotutkimukset ovat kuitenkin välttämättömiä potilaan asianmukaiselle tutkimukselle ja hoidolle. Lääketieteellisessä kirjallisuudessa arvioidaan, että perustason lääkäriiskäynnin yhteydessä tehdyistä hoitopäätöksistä n. 70 % perustuu laboratoriotutkimusten tuottamaan tietoon.

Julkisten laboratoriopalveluiden käyttäjistä 65 vuotta täyttäneet muodostavat merkittävän osuuden. Monilla hyvinvointialueilla kliinisen kemian perustutkimusten käyttö väheni v. 2024. Esim. Itä-Suomessa Islab raportoi kliinisen kemian tutkimusten kysynnän vähentyneen v. 2024 peräti 8 %. Samankaltainen kehitys on ollut nähtävissä myös joillain HUS Diagnostiikkakeskuksen palvelemissa alueilla, kuten Etelä-Karjalassa. Tutkimusten käytön vähenemiseen voi olla useita syitä. Hyvinvointialueet pyrkivät osaltaan varmistamaan, ettei tutkimuksia oteta turhaan. Toisaalta potilasprofiilin muutoksilla voi olla vaikutuksia laboratoriotutkimusten käyttöön. Esim. mielenterveyspotilaiden hoidon seurannassa ei välttämättä tarvita niin paljoa laboratoriotutkimuksia kuin somaattisten pitkäaikaissairauksien seurannassa. Yleisesti ottaen kuitenkin Suomen väestö vanhenee ja monisairaiden vanhusten määrä lisääntyy, minkä pitäisi merkitä enemmän laboratoriotutkimusten käytön lisääntymistä kuin vähenemistä. Todennäköisin syy laboratoriotutkimusten käytön vähenemiseen onkin se, ettei perustasolla päästä asianmukaiseen lääkärin tutkimukseen ja hoitoon ja sitä myötä potilaille ei myöskään määrätä tarpeellisia laboratoriotutkimuksia. Tämä näkyy erityisen hyvin pääkaupunkiseudulla, jossa väestömäärä kasvaa. Vantaa-Keravan alueella, jossa lääkärille pääsy perusterveydenhuollossa onnistuu nyt hyvin, on laboratoriotutkimusten käyttö kasvanut hyvin odotetusti suhteessa väestömäärän kasvuun, kun tutkimusten käyttö on vähentynyt Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueella väestömäärän kasvusta huolimatta.

Oletuksena hallituksen esityksessä on, että noin 620 000 vakuutettua siirtyisi käyttämään yksityisiä terveyspalveluja. Joillakin alueilla ja joidenkin palvelujen osalta tämä saattaa toivotulla tavalla vähentää hyvinvointialueiden kuormaa ja parantaa palvelun saatavuutta, mutta erityisesti julkisten laboratoriorien osalta asiakkaiden siirtyminen saattaa johtaa resurssien vajaakäyttöön ja tätä kautta hyvinvointialueiden ylläpitämisen toiminnan suoritekohtaisen kustannustason nousuun. Julkisomisteisilla laboratorioilla on maassa yli 500 toimipisteen verkosto, jota ylläpidetään lähipalveluna pitkälti juuri iäkkään väestönosan tarpeita varten. Näin tiheän toimipisteverkon ylläpitämiselle ei ole perusteltuja potilasturvallisuuteen taikka lääkärikäyntien toteuttamiseen liittyviä tarpeita, vaan lähipalvelun perusteet ovat sosiaalisia ja aluepoliittisia. Väestö asioi laboratoriossa keskimäärin 1–2 kertaa vuodessa, ja valtaosa käynneistä tapahtuu eri aikaan kuin lääkärissä käynti: joko sitä ennen taikka sen jälkeen. Julkisten laboratoriorien toimipisteitä on myös sellaisilla paikkakunnilla, missä laboratoriotuotantoon ei vähäisen kävijämäärän takia liity liiketoiminnallisia kannusteita ja jossa ei ole yksityistä laboratoriopalveluiden tarjontaa. Pienten paikkakuntien laboratorioissa asioiva väestö on pääosin yli 65-vuotiaita.

Julkiset laboratoriot joutuvat ylläpitämään päivystystä ja kriisivalmiutta ja siksi niillä on oltava 24/7 riittävä kapasiteetti hoidon edellyttäminen tutkimusten tuottamiseen. Potilaita käy jonkin verran julkisissa laboratorioissa myös yksityisen lääkärin läheteellä, mutta käytännöt tältä osin vaihtelevat alueittain. Suomen järjestelmä ei tue yksityisen ja julkisen palvelutuotannon yhteistoimintaa, vaikka näin voitaisiin varmistaa potilaille nopea hoitoon pääsy sekä kustannustehokas hoito. Muualla Euroopassa on täysin tavanomaista, että ammatinharjoittajana toimivat lääkärit käyttävät hoitamiensa potilaiden tutkimuksiin julkisia sairaalalaboratorioita. Tähän ei Suomen ulkopuolella ole katsottu liittyvän mitään kilpailuoikeudellisia ym. ongelmia. EU:n hankintadirektiivi mahdollistaa sinänsä julkisille laboratorioille palvelumyynnin markkinoille 20 %:n liikevaihtorajaan saakka, mutta Suomessa on kansallisin toimin asetettu tiukat euromääräiset rajat, jotka vaikeuttavat yksityisen ja julkisen terveydenhuollon yhteistoimintaa merkittävästi sekä nostavat potilaan laboratoriotutkimuksista maksamaa hintaa. Osana Kela-korvausmallin kokeilua olisikin vakavasti harkittava hankintalain sidoksikkorajan nostamista yleiseurooppalaiselle tasolle ja julkisten laboratoriorien palvelumyynnin mahdollistamista myös yksityissektorin toimijoille. Nyt toteutettavan kokeilun yhteydessä tulisi julkisomisteisille lääketieteellisiä tukipalveluita tuottaville toimijoille mahdollisuus järjestää kokeiluun osallistuville, Kelan kanssa sopimuksen tehneille lääkäripalveluiden tuottajille mahdollisuus tilata näitä tutkimuksia myös julkisomisteisista laboratorioista.

Johtopäätökset

- Lääkärin vastaanotolle pääsy perustasolla on Suomessa selvästi heikompaa kuin esim. muissa Pohjoismaissa, joissa on jo aiemmin siirrytty hyödyntämään yksityisten ammatinharjoittajien resurssia lääkäripalvelun tuottamisessa. Hallituksen esityksen mukaista Kela-korvausmallin kokeilua onkin pidettävä hyvin perusteltuna, koska useat aiemmat yritykset viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana eivät ole onnistuneet Suomessa parantamaan lääkärin vastaanotolle pääsyä perusterveydenhuollossa eurooppalaiselle tasolle.
- Perustason lääkärin vastaanotolla tehdyistä hoitopäätöksistä n. 70 %:n arvioidaan perustuvan laboratoriotutkimusten tuloksiin. Onkin välttämätöntä lisätä ehdotettuun Kela-korvausmallin kokeiluun myös joidenkin laboratoriotutkimusten korvattavuus. Korvattavat laboratoriotutkimukset ja niiden enimmäishinnat perustuvat HUS Diagnostiikkakeskuksen Kansaneläkelaitokselle toimittamaan materiaaliin ja ovat hyvin perusteltuja.
- Potilaiden siirtyminen julkisesta perusterveydenhuollosta yksityisen terveydenhuollon käyttäjäksi voi vähentää julkisten laboratorioden käyttöastetta ja nostaa julkisen terveydenhuollon tarvitsemien laboratoriotutkimusten yksikkökustannuksia. Olisikin erittäin tarpeellista pikaisesti mahdollistaa yksityisen terveydenhuollon asiakkaille - kuten toimitaan muuallakin Euroopassa - julkisten laboratorioden palvelujen käyttö. Tämä pitäisi toteuttaa ottamalla ehdotettuun Kela-korvausmallin kokeiluun mahdollisuus yksityisen terveydenhuollon toimijoille sopia julkisten laboratorioden palvelujen käytöstä sekä nostamalla hankintalain sidossykkösäätelyn ulosmyynnin raja hankintadirektiivin sallimalle tasolle (20 %).

Kunnioittavasti,

Lasse Lehtonen

diagnostiikkajohtaja

HUS Diagnostiikkakeskus