

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

Kiitän eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokuntaa mahdollisuudesta lausua HE 36/2025 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi. Käyn lausunnossa muutamia havaintoja sen yleisestä luonteesta ja esitän muutamia lakia koskevia kommentteja

Yleisesti vaikutusten arvioinnista terveysjärjestelmässä

Terveydenhuollon muutosten arvioinnissa olisi hyvä olla käytössä arviointikehys, jonka perusteella muutoksen systeemisiä vaikutuksia voisi arvioida sekä tehdä riskiarvioita. Näin olisi eri lainsäädännön ja strategisen ohjauksen muutoksia arvioida yhdenmukaisesti ja paremmin vertailtavasti. Olen tässä lausunnossa käyttänyt nyt terveydenhuollon Nelimaalikehyksestä (Quadrable Aim) seuraava versiota, viisimaaliversiota (Quintuple Aim) sekä perustehtävän kannalta riskien arvioinnissa terveydenhuollon kuuden laatualueen kautta. Nyt perustelutekstissä on enemmän kuvattu kansalaisten kulkua ja palvelujen käyttöä terveydenhuollossa ja vasta lausuntovaiheessa on koottu riskiarviota. Sitä ei ole vedetty yhteen, jotta voisi arvioida systeemivaikutuksia sekä eri väestöryhmiin kohdentuvia vaikutuksia. Useat lausunnonantajat nostivat esiin, että esitystä tulisi tarkastella osana ympäröivää sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää ja jaan tämän kannanoton. Erityisesti olisi hyvä tuoda hyötyjen ja riskien arvioinnissa esityksessä ei ole kuvattu vaihtoehtoisena toteutustapana sitä, että rahoitus kohdennettaisiin Kela-korvausten sijasta hyvinvointialueiden yleiskatteelliseen rahoitukseen. Eri lakien vaikutusten vertailussa systemaattinen arviointimalli voisi helpottaa niiden yhteisvaikutusten kuvaamista ja mahdollisesti arviointia. Yleisen tason arvioinnista toki on Oikeusministeriön ohjeistus, mutta se kovin ylätasoinen. Olen hyödyntänyt terveydenhuollon laadun ja turvallisuuden viitekehyksiä lausunnossani.

Sinänsä kannatan kokeilukulttuuria ja tässä kokeillaan nopeaa ensikontaktia suoraan yleislääkäriin, mutta tässä ei esitetä mihin sitä nyt verrataan ja mitkä ovat ne tulostulokset järjestelmän, rakenteen, resurssien, palvelun tai terveyshyödyn osalta. Olisi hyvä jatkossa kuvata ne jo perustelumiestiossa ainakin yleisluontoisesti, jotta voidaan arvioida, saavutetaanko etukäteen kuvatut tavoitteet. Nyt jouduttaneen tyytymään kuvaileviin muuttujiin saatavuudesta ja kustannuksista, joka ei ole terveydenhuollon vaikutusten ja vaikuttavuuden arvioinnissa riittävää.

Lähteet:

Arnetz et al. *BMC Res Notes* (2020) 13:362. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05199-8>

Nundy et al *JAMA*. 2022;327(6):521-522. doi:10.1001/jama.2021.25181

Six Domains of Healthcare Quality <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/six-domains.html>

Lainvalmistelun vaikutusarviointiohje

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164423/VN_2022_66.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Yhdenvertaisuus

Ehdotettu lakiuudistus nostaa ikäperustaisesti yli 65-vuotiaiden avoterveyspalveluihin laajennuksen. Se sisältää muutamia yhdenvertaisuuteen liittyviä kielteisiä vaikutuksia eikä paranna väestön yhdenvertaisuutta terveyspalveluissa alueellisesti eikä yhdenvertaisesti eri sosioekonomisissa asemassa.

Alueellinen yhdenvertaisuus on tärkeä tekijä terveydenhuollossa, ja sen toteutuminen voi olla haastavaa. Tiedämme Kelan tilastoista, että saatavuus on hyvin alueriippuvaista ja kilpailutekijät täysin erilaiset. Yksityisten terveyspalveluiden saatavuus vaihtelee merkittävästi eri alueilla. Kaupunkialueilla yksityisiä palveluntarjoajia on yleensä enemmän, kun taas maaseudulla ja harvaan asutuilla alueilla niiden saatavuus voi olla rajallinen. Tämä voi johtaa siihen, että ikääntyneiden mahdollisuus hyödyntää ehdotuksen mukaisia yksityisiä palveluja vaihtelee asuinpaikan mukaan. Alueet, jotka eivät välttämättä hyödy yhtä paljon tästä uudistuksesta, ovat yleensä maaseutu- ja harvaan asutut alueet, joissa yksityisten terveyspalveluiden tarjonta on rajallista tai puuttuu kokonaan. Näillä alueilla voi esiintyä seuraavia haasteita. Tämähän näkyy hyvin Kelan tuottamasta hintatiedosta

eli kilpailun kautta ei yleislääkäripalkkioiden hinnanmuodostukseen saada ratkaisua. Ohessa esimerkkinä Kelan palvelusta yleislääkärien palkkioiden suuruus eri alueilla, joka heijastelee kilpailun epätasaisuutta (<https://yksityisenhoidonhinnat.tietotarjotin.fi/>).

Yksityisen terveydenhuollon hintatiedot

Mediaanhinnat alueittain

Valitse kieli / Välj språk
☒ Suomi ☐ Svenska

Valitse aluetaso
☒ Hyvinvointialue ☐ Kunta

Valitse hintamuuttaja
☒ Käypä hinta ☐ Reaalihint

Valitse etuus
[Lääkäripalkkio]

Valitse erikoisala
[Yleislääketiede]

Valitse toimenpide
[Lääkärin vastaanottokäynti]

Valitse vuosi
[2024*]

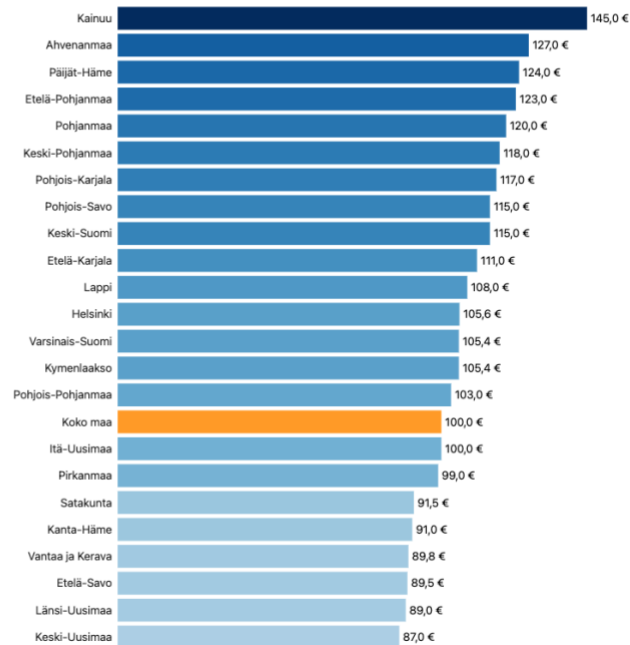
* Kyseessä on vuoden 2024 osalta alustavat luvut, sillä kaikkia maksuja ei ole vielä kirjautunut.

Valitse alueet aikasarjaan

[Koko maa
Ahvenanmaa
Etelä-Karjala
Etelä-Pohjanmaa
Etelä-Savo
Helsinki
Itä-Uusimaa
Kainuu
Kanta-Häme
Keski-Pohjanmaa]

Lääkäripalkkio — Yleislääketiede 2024

Lääkärin vastaanottokäynti

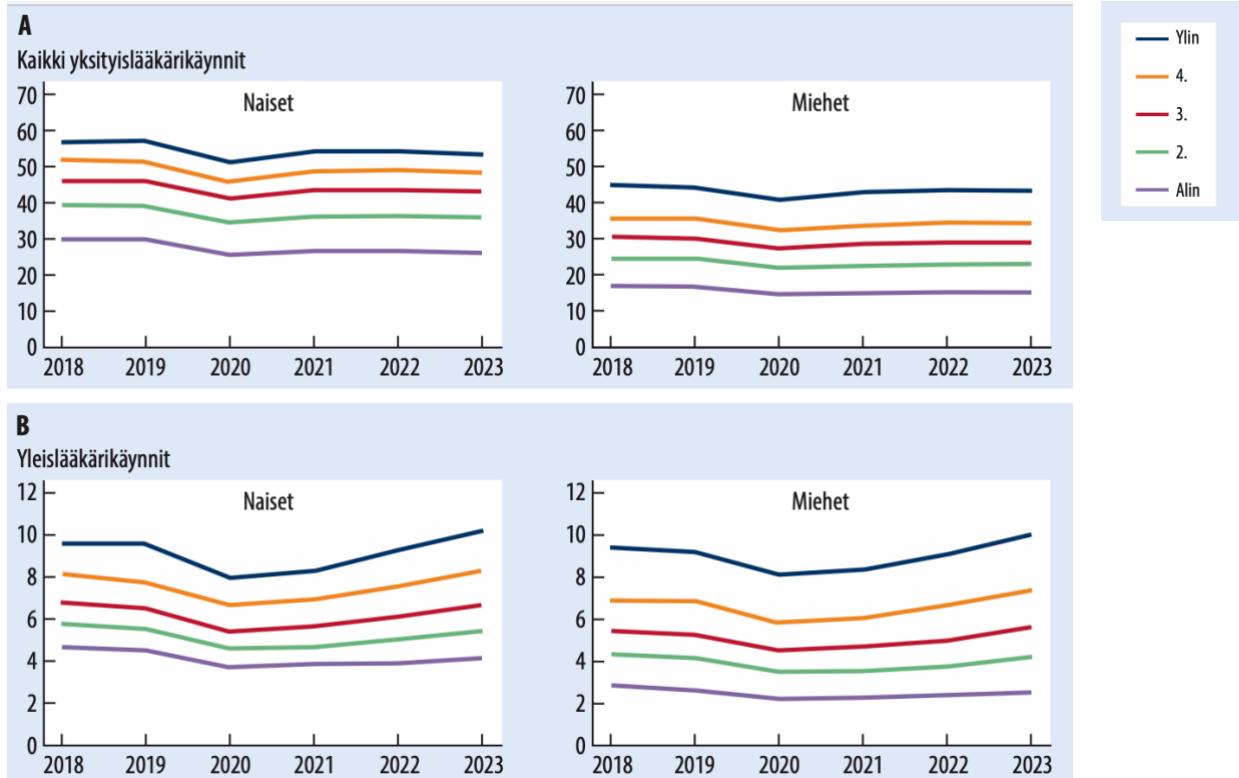


Uudistuksella tavoitellaan julkisen terveydenhuollon kuormituksen vähentymistä ja jos julkinen terveydenhuolto on erityisen ruuhkautunut ja yksityisen tarjonta on hyvä, niin muutos voi auttaa keventämään kuormitusta enemmän kuin alueilla, joissa julkinen terveydenhuolto toimii jo tehokkaasti. Toki tämä voi vaikuttaa siihen, miten yhdenvertaisesti muutos parantaa hoitoon pääsyä eri alueilla. Lisäksi ikääntyneiden kyky liikkua palveluiden perässä voi vaihdella, ja julkisen liikenteen puute voi rajoittaa heidän mahdollisuuksiaan käyttää yksityisiä terveyspalveluja, erityisesti alueilla, joissa niitä ei ole lähellä.

Sosioekonominen yhdenvertaisuus. Tutkimuksen perusteella eri tuloryhmien ja sosioekonomisten ryhmien taloudelliset resurssit ohjaavat mahdollisuutta hakeutua yksityisiin terveyspalveluihin. Vaikka omavastuuosuudet huomioidaan toimeentulotuessa, alueelliset erot elinkustannuksissa voivat vaikuttaa siihen, miten hyvin pienituloiset ikääntyneet voivat hyödyntää yksityisiä palveluja. Kun tässä vaiheessa ei ole tarkkaa tietoa, millaisia kustannuksia itseasiassa KELA-korvauksen perusteella kansalaiselle syntyy ja miten eri tutkimusten hinnat todellisuudessa määräytyvät, on vaikea arvioida, korjaako tämä ehdotus todella nämä merkittävät sosioekonomiset erot yksityisten terveyspalvelujen käytössä. Tällä hetkellä ehdotus ei sisällä mitään asetettua tavoitetta tai mittaria, jolla voisimme seurata, korjaantuuko nykytilanne, jossa pienituloiset jäävät muita useammin kokonaan perusterveydenhuollon avopalveluiden ulkopuolelle, kaikissa työikäisten ja eläkeikäisten ryhmissä ja palvelulajeissa.

Sosioekonomisen taustan vaikutus voi välittyä myös sen kautta, että yksityisen terveydenhuollon kustannuksia ei huomioida menona perustoimeentulotuessa, mikä tarkoittaa sitä, että toimeentulotukea saavat 65 vuotta täyttäneet eivät pystyisi täysimääräisesti hyödyntämään mahdollisuutta hakeutua yksityiseen terveydenhuoltoon. Vanhusasiavaltuutettu katsoi, että mikäli vain osalla vakuutetuista on esityksen mukaisten lääkärikäyntien käyttämisen jälkeen mahdollisuus jatkaa asiointia yksityisessä terveydenhuollossa ja muiden on siirryttävä julkiseen terveydenhuoltoon, vahvistaisi tämä huolestuttavaa kehitystä, joka jakaa väestöä maksukyvyyn ja asuinalueen mukaan, ja on vastoin terveyspoliittisia periaatteita oikeudesta tarpeenmukaisiin

palveluihin maksukyvyistä riippumatta. Useissa lausunnoissa nostettiin esiin, että omavastuuosuuden huomioiminen toimeentulotuen menona helpottaisi tilannetta pienituloisimpien osalta ja parantaisi yhdenvertaisuutta.



Kela-korvausta vuosina 2018–2023 toteutuneista yksityislääkärikäynneistä saaneiden vakioidut osuudet 65 vuotta täyttäneiden osalta erikoisalana, sukupuolen ja koko aikuisväestön tuloviidennesten mukaan (%). Vakioidut osuudet logistisesta regressiomallista, jossa vakioitu ikä, koulutus, siviilisääty, lääkekorvausoikeuksien lukumäärä, hyvinvointialue ja asuinkunnan kaupunkimaisuus. Artikkelista Moustgaard ja Blomgren 2025.

Perusterveydenhuollon palveluiden käyttö ei siis näyttäisi jakautuvan tarpeenmukaisesti. Lisäksi yksityislääkärit voivat tehdä läheteitä julkiseen erikoissairaanhoidon ja tarjoavat siten maksukykyisille potilaille nopeamman pääsyn hoitoon, mikä voi entisestään lisätä väestön sosioekonomisia terveyseroja. Lisäksi olen samaa mieltä Yhdenvertaisuusvaltuutetun kanssa, että kuitenkin ehdotetut perustelut eivät kuvaa kyseisten ryhmien terveydenhuollon palveluiden kokonaisuutta. Valtuutetun näkemyksen mukaan hallituksen esityksessä esitetyt perustelut eivät ole yhdenvertaisuuslaissa tarkoitettu hyväksyttävä perustelu kyseisen ikärajan asettamiselle.

Lähteet:

Moustgaard H, Blomgren J. Tuloryhmien väliset erot yksityislääkärillä käynneissä ovat pysyneet vakaina vuosina 2018–2023. *Duodecim* 2025;141:51 (verkossa)

Hyytiälä H. Häiriökäsyntä koettelee myös henkilöstöä. *Suom Lääkäril* 2025;80:e42905, www.laakarilehti.fi/e42905

Kekomäki M. Terveydenhuollon laatu, lätinä vai lässytystä?. *Duodecim*. 2016;132(17):1610-1

Väestöterveys

WHO:n arvion mukaan väestöterveyden kannalta tehokkaita terveysjärjestelmiä yhdistää muutamat tekijät, kuten kattavat tietojärjestelmät, tehokas johtaminen, osaava työvoima, kestävä rahoitus ja yhdenvertainen saavutettavuus. Yhdenvertaiset ja tasa-arvoiset palvelut ovat niiden lähtökohta. Tämä uudistus joiltain osin on vastakkainen näiden tekijöiden kanssa. Väestöterveyden vaikutukset uudistuksella voi olla myönteisiä niiden yli 65-vuotiaiden ryhmässä, jolla on liikkumismahdollisuudet ja taloudelliset resurssit hakeutua yksityiseen terveydenhuoltoon sekä sellainen terveydellinen tarve, joka hoituu 2–3 kerralla. Tässä piilee se haaste, että tässä ei ole mukana ratkaisua sairaimman ja useimmin palvelujen ulkopuolelle jäävien osalta. Oletus on mahdollisesti,

että terveimpien hakeutuminen näihin palveluihin automaattisesti siirtyisi vapautuneeseen resurssiin muussa terveydenhuollossa. Valitettavasti tiedämme, että osalle tämä generoi uutta tarvetta ja luo myös ns. häiriökysyntää. Tämä oli nähtävissä palvelusetelin käytössä, jossa sitten hoito silti toteutettiin julkisissa palveluissa. Erityisesti mietin, miten palveluasuminen ja muut asumismuodot on tässä pohdittu. Palveluasuminen on tärkeä osa ikääntyneiden hoitoa ja hyvinvointia, ja sen huomioiminen uudistuksessa voi vaikuttaa monella tavalla. Palveluasuminen voi olla merkittävä osa ikääntyneiden hoidon kokonaisuutta, ja sen tehokas integrointi terveydenhuollon uudistuksiin voi parantaa asukkaiden elämänlaatua ja terveydenhuollon saatavuutta. Uudistuksessa on tärkeää ottaa huomioon palveluasumisen erityistarpeet ja kehittää ratkaisuja, jotka tukevat asukkaiden hyvinvointia ja turvallisuutta.

Lähteet:

Akseer, N., et al. (2024) Drivers of success in global health outcomes: A content analysis of Exemplar studies. *PLOS Global Public Health*. doi.org/10.1371/journal.pgph.0003000.
Hyytiälä H. Häiriökysyntä koettelee myös henkilöstöä. *Suom Lääkäril* 2025;80:e42905, www.laakarilehti.fi/e42905

Ammattilaiset ja osaaminen

Lääkärien määrä ja erityisesti erikoislääkärien määrä on yksi rajoittava tekijä terveyspalveluissa ja on olennaista ohjata tätä resurssia siten, että se tuottaa mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti väestöterveyttä. Kaikki uudistukset, joissa on riskinä julkisen terveydenhuollon työskentely olosuhteiden heikkeneminen, seurauksena voi olla lääkärien työskentelyhalukkuuteen lasku julkisella sektorilla. Toisaalta jos uudistus onnistuu vähentämään julkisen sektorin kuormitusta, se voi parantaa työskentelyolosuhteita ja lisätä lääkärien halukkuutta pysyä julkisella sektorilla. Vähemmän ruuhkautunut ympäristö voi johtaa parempaan potilastyön laatuun ja vähentää työuupumusta. Tähän saakka julkinen ei ole voinut kilpailla työolosuhteilla ja palkkauksella ja riskinä on, että yksityisen sektorin houkuttelevuus voi kasvaa, erityisesti jos yksityiset palveluntarjoajat tarjoavat kilpailukykyisiä palkkoja ja parempia työolosuhteita. Tämä voi johtaa siihen, että osa lääkäreistä siirtyy yksityiselle sektorille, mikä voi vaikeuttaa julkisen sektorin rekrytointia. Kasvanut kysyntä yksityisissä terveyspalveluissa voi johtaa siihen, että yksityiset palveluntarjoajat nostavat palkkojaan houkutellessaan ja pitääkseen pätevät lääkärit. Tämä voi luoda painetta julkiselle sektorille nostaa palkkojaan kilpailukyvyyn säilyttämiseksi ja toisaalta lisää yksityisen terveydenhuollon kustannuksia.

Lähteitä:

Wilson NW. Chaos in Western Medicine: how issues of social-professional status are undermining our health. *Glob J Health Sci*. 2012 Jul 25;4(6):1-16.

Potilaan kokemus

Tämä muutos hyödyttää 65 vuotta täyttäneitä henkilöitä, jotka saavat mahdollisuuden käyttää yksityisiä terveyspalveluja yleislääkärin vastaanotolla julkisen terveydenhuollon asiakasmaksua vastaavalla omavastuulla. Tämä voi parantaa heidän terveyspalvelujen saatavuutta ja lyhentää hoitoon pääsyä. Saatavuus on ollut suomalaisessa terveydenhuollossa keskeinen haaste ja tämä varmasti parantaa osan yli 65-vuotiaiden hoitokokemusta.

Ehdotettu korvausmalli ei sovellu pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoon. Käyntirajoitukset ja tutkimusvalikoima eivät tue pitkäaikaissairauksien hoitamista. Ehdotus ei tue hoidonjatkuvuutta, joka on pitkäaikaissairauden seurannana ja hoidon toteutumisessa olennaista. Jatkuvuus on usein merkityksellistä omaishoitajille ja läheisille vähentäen hoitotaakkaa, kun ikääntyneet saavat tarvitsemansa hoidon tehokkaammin. Hyvä vuorovaikutus potilaiden ja heidän perheidensä välillä sekä hoidon jatkuvuus ovat on positiivisen potilaskokemuksen kulmakiviä, jotka näyttävät korostuvan juuri ikääntyessä. Kun uudistusta arvioidaan, olisi tärkeää ottaa eri potilasryhmien koettu vaikuttavuus (patient experience measures) ja heidän läheistensä kokemukset, kun uudistus osin hajauttaa järjestelmää eikä yhtenäistä sitä.

Lähteet:

Adams C, Walsan R, Schembri A, Sharma A, Walpole R, Harrison R. Does Patient Experience Change with Age? Exploring Associations Between Patient Experience, Gender and Age. *Patient Experience Journal*. 2024; 11(1):141-148. doi: 10.35680/2372-0247.1890.

Kustannukset

Kustannusvaikutuksia ei ole helppo arvioida, kun tavoitteita ei ole selkeästi kuvattu. Yksi kustannusvaikutus liittyy laboratoriotutkimuksissa. Laki ehdotuksessa todetaan, että lääkärin määräämän tutkimuksille asetetaan enimmäishinnat. Tutkimusten enimmäishinnat perustuvat tutkimuskohtaisiin tuotantokustannuksiin. Palveluntuottaja voi periä laboratoriotutkimuksista erillisen näytteenottomaksun. Näytteenottomaksusta voidaan maksaa korvaus kerran kutakin laboratoriomääräystä kohden. Radiologisissa tutkimuksissa ja kliinisen fysiologian tutkimuksissa tutkimuksen tekemiseen liittyvät kustannukset sisältyvät tutkimuksen enimmäishintaan. Ovatko kyseessä siis toteutuneet reaaliset tuotantokustannukset vai miten laboratorioskustannusten vaihtelu esim. Lääkärilehden tuoreen selvityksen pohjalta voidaan hallinnoida. Muodostetaanko esim. HUSLab hinnaston pohjalta benchmarking-tietokanta, joka määrittelee hintahaitarin vai miten tämä aiotaan toteuttaa? Laboratoriotuotannossa on paljon teollisia toimintapiirteitä ja siinä suuruuden ekonomia toimii, vaikka se ei aina terveydenhuollossa yksiselitteisesti tuota kustannusvaikuttavuutta.

TAULUKKO 1.

Laboratoriotutkimusten hinnoissa on suuria eroja

	Islab	Fimlab	Nordlab	Huslab	Huslab päivystys	Terveystalo	Pihlajalinna	Synlab
Näytteenotto- ja palvelumaksut (€)	35 €	18,20 + 7,55 €	15 + 20,50 €	26 €. Läheteen vähintään 20 min kestäneestä selvitystyöstä 27 € lisämaksu.		Ei erillistä näytteenotto-maksua.	Ei erillistä näytteenotto-maksua.	19,90 €. Ei koske laboratorio-paketteja.
B -PVK+T	2,80	5,60	2,60	3,24	6,48	56,50	54,10	29,70
P -ALAT / S -ALAT	1,83	4,05	1,10	1,22	5,27	39,80	39,90	22,60
P- Krea / S -Krea	4,06	3,95	1,10	1,69	5,27	42	50,90	24,80
P -Na / S -Na	2,03	3,95	1,10	1,15	4,73	39,80	39,90	21,80
P -K / S -K	2,33	3,95	1,10	1,69	4,73	39,80	39,90	21,80
fP-Kol-LDL / fS-Kol-LDL	1,93	4,05	1,10	2,03	4,59	Kolesterolipaketti 83,80	S-Lipidit-paketti 93	20,80
fP-Trigly / fS -Trigly	1,93	4,05	1,10	1,76	5,27			29,80
fP-Kol-HDL / fS-Kol-HDL	1,93	4,05	1,10	1,89	4,59			11,80
fP-Kol / fS-Kol	1,93	4,05	1,10	1,89	4,59			29,80
P -TSH / S -TSH	5,18	5,85	1,70	4,73	8,10	79	78,50	42,40

Taulukko on Lääkärilehden, Minne verikokeisiin, kun potilas maksaa itse? Julkiselle puolelle lähetettynä hän pääsisi huomattavasti halvemmalla. artikkelista <https://www.laakarilehti.fi/terveydenhuolto/huimia-eroja/>

Järjestelmän tehokkuus ja tuottavuus

Terveysjärjestelmä on dynaaminen systeemi, joten tehokkuus ja sitä kautta tuottavuus syntyvät eri osien yhteisvaikutuksena. Periaatteessa tällä ehdotuksella on potentiaalisia positiivia ja negatiivisia vaikutuksia. Parempi saatavuus nopeuttaa hoitoon pääsyä, mikä voi vähentää hoidon viivästyisestä johtuvia ongelmia. Terveyspalveluyritysten kannalta positiivista on mahdollinen kysynnän kasvu ja potilasmäärien kasvuun sekä sitä kautta parempaan taloudelliseen tulokseen. Alueilla, jossa on paljon lääkäripalveluja tarjolla, kilpailu yksityisten terveyspalveluntarjoajien välillä voi lisääntyä. Se voi johtaa palveluiden laadun paranemiseen, kun hinnalla ei voi kilpailla. Monilla alueilla Suomessa ei ole tarjontaa, joten tätä vaikutusta ei nähdä. Kokonaisuudessaan uudistus voi tarjota lääkäriyrityksille mahdollisuuksia kasvuun ja liiketoiminnan kehittämiseen, mutta samalla se saattaa vaatia strategisia muutoksia vastaamaan muuttuvaa kysyntää ja kilpailutilannetta.

Negatiivisia vaikutuksia tehokkuuteen voi välittyä monella tapaa. Hoidon jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä tehokkuuteen ja kustannusvaikuttavuuteen, joten uudistus ei vahvista jatkuvia Potilas-

lääkärisuhteita. Tämä voi heikentää terveyshyödyn saavuttamista ja vaikuttavuutta ja sitä kautta tuottavuutta tilanteessa, jossa pyritään luomaan juuri hoidon jatkuvuutta perustason terveyspalveluihin. Lisäksi sosiaalipalvelujen integraatio ei ole samalla tavalla mahdollista ja Soteuudistuksen yksi tavoite oli luoda integroituja hoitomalleja, joissa palveluasuminen ja terveydenhuoltopalvelut toimivat saumattomasti yhdessä. Tässä ikäryhmässä alkaa integroitujen palvelujen tarve nousta ja kasvaa kohti vanhuusikää. Vaarana on hoitojen pirstaloituminen, jos potilaat siirtyvät edestakaisin julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä, hoito voi pirstaloitua, mikä voi heikentää hoidon jatkuvuutta. Erityisesti, jos tiedonkulku eri hoitopaikkojen välillä ei ole sujuvaa.

Julkisen terveyspalvelun tehtävät ovat huomattavan laajat verrattuna yksityiseen terveyspalvelujen ja yksi merkittävä tekijä on moniammatillisen hoidon toteutuminen. Yksityisissä terveyspalveluissa ei välttämättä ole yhtä kattavaa moniammatillista hoitotiimiä kuin julkisessa terveydenhuollossa, mikä voi vaikuttaa hoidon koordinointiin ja jatkuvuuteen, erityisesti monisairailta potilailla. Toki jos Kela-korvauksella ei hoideta pitkäaikaissairauksia, joissa tarvitaan hoidon koordinoitua ja integroitua hoitoketjuja eli akuutteja tai suoraviivaisia terveystarpeita, integraatiolle tai koordinaatiolle ei ole tarvetta. Tässä yhden haasteen tuottaa erityyppinen hoidon tarpeen arviointi, kun yksityisessä terveydenhuollossa ei ole käytössä ammattilaisen hoidon tarpeen arviointia. Tämä pahentaa jo nyt olemassa olevaa eriarvoisuutta yksityisen ja julkisen palvelun käyttäjien välillä. Uudistuksen perusteissa ei ole tehty arvioita tehokkuuden ja tuottavuuden vaikutuksista, joten niihin ei voi ottaa kantaa, mutta perusoletuksena tämä ei lisänne ainakaan tehokkuutta ja tuottavuutta.

Yhteenveto ja riskien arviointi

Tässä muutoksessa esitetään väliaikaisia muutoksia sairausvakuutuslakiin ja toimeentulotuesta annettuun lakiin, jotka keskittyvät 65 vuotta täyttäneiden terveyspalvelujen parantamiseen. Tavoitteena on parantaa perusterveydenhuollon saatavuutta ja purkaa hoitonoja kohdentamalla yksityisen sairaanhoidon Kela-korvauksia yleislääkäripalveluihin. Keskeiset mahdolliset hyödyt, joita perustelumuistiossa nostetaan esille ovat: 1) Parantunut saatavuus; 2) Julkisen terveydenhuollon kuormituksen keventäminen; 3) Valinnanvapauden lisääminen ja 4) Yksityisen terveydenhuollon kysynnän kasvu. Keskeiset haitat ovat: 1) Yhdenvertaisuuden toteutuminen ja eriarvoisuus; 2) Palveluiden pirstaloituminen; 3) Hoitoketjun kehittämisen haasteet ja 4) Alueellinen epätasa-arvo.

Muistion mukaan esityksen vaikutuksia ja tavoitteiden toteutumista tullaan seuraamaan jälkikäteen, ja saatuja tietoja voidaan hyödyntää tulevaisuudessa terveyspalvelujärjestelmän kehittämisessä, mutta mitään käytännön tavoitteita, joita vasten arviointia todellisuudessa voitaisiin tehdä. On tärkeää huomata, että terveydenhuollon uudistuksilla voi olla monimutkaisia ja ristiriitaisia vaikutuksia eri sidosryhmille. Vaikka uudistus voi tuoda etuja ikääntyneille ja yksityisille palveluntarjoajille, sen onnistuminen riippuu siitä, kuinka hyvin se toteutetaan ja miten eri osapuolten tarpeet ja huolenaiheet otetaan huomioon. Lisäksi on tärkeää varmistaa, että uudistukset eivät heikennä julkisen terveydenhuollon saatavuutta tai laatua niille, jotka ovat siitä riippuvaisia.

Helsingissä 20.5.2025

Kristiina Patja
terveydenhuollon professori
Helsingin yliopisto
kristiina.patja@helsinki.fi