

Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ

Esityksessä ehdotetaan muutettavaksi sairausvakuutuslakia ja toimeentulotuesta annettua lakia väliaikaisesti.

Esityksellä toteutettaisiin pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman kirjausta perusterveydenhuollon saatavuuden parantamisesta ja hoitojonojen purkamisesta kohdentamalla yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksia 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen yleislääkäripalveluihin.

Tavoitteena on kehittää yksityisen sairaanhoidon Kela-korvausjärjestelmää osana terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta, vahvistaa asiakkaiden valinnanvapautta ja perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta sekä keventää julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa kuormitusta.

Lakia muutettaisiin siten, että 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen yleislääkärin vastaanottokäynnit yksityisessä terveydenhuollossa korvattaisiin niin, että omavastuuosuus olisi enintään julkisen perusterveydenhuollon lääkärikäynnistä perittävän asiakasmaksun suuruinen. Korvattaville vastaanottokäynneille vahvistettaisiin enimmäishinnat ja korvaustaksat. Korvaus lääkärinpalkkiosta voitaisiin maksaa enintään kolmesta lääkärikäynnistä kalenterivuodessa.

Lisäksi lakia muutettaisiin siten, että osa laissa tarkoitettulla lääkärin vastaanotolla määräytyistä 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.

Korvausten maksamisen edellytyksenä olisi, että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottaja on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen palveluiden tuottamisesta. Edellytyksenä sopimuksen tekemiselle olisi Kansaneläkelaitoksen kanssa tehty sopimus suorakorvausmenettelystä. Palveluntuottajan tulisi sitoutua tuottamaan palveluita enintään Kansaneläkelaitoksen vahvistamilla enimmäishinnoilla, eikä vakuutetulta saisi periä poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin siitä, mitä maksuja vakuutetulta voisi periä.

Enimmäishintojen ja korvaustaksojen vahvistamisen perusteista voitaisiin säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Lisäksi ehdotetaan, että lääkärinpalkkion sekä hoidon ja tutkimuksen enimmäishinnat vahvistaisi Kansaneläkelaitos. Kansaneläkelaitos vahvistaisi myös luettelon korvattavista lääkärinpalkkioista sekä lääkärin määräämistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä ja niiden korvaustaksoista.

Esitetyillä muutoksilla ei olisi vaikutusta sairausvakuutuslain hoito- ja tutkimuskorvauksia koskevan luvun nojalla maksettaviin hoito- ja tutkimuskorvauksiin.

Lisäksi toimeentulotuesta annettua lakia muutettaisiin siten, että sairausvakuutuslakiin lisättäviksi ehdotettavien lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvausten omavastuuosuudet otettaisiin huomioon muina perusmenoina toimeentulotukea myönnettäessä.

Esitys liittyy valtion vuoden 2025 toiseen lisätalousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

Lait on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.9.2025. Laki sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta olisi voimassa 31.12.2027 saakka ja laki toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta 29.2.2028 saakka.

SISÄLLYS

ESITYKSEN PÄÄASIALLINEN SISÄLTÖ	1
PERUSTELUT	6
1 Asian tausta ja valmistelu	6
1.1 Tausta	6
1.2 Valmistelu	7
2 Nykytila ja sen arviointi	7
2.1 Sairaanhoidon palvelut julkisessa terveydenhuollossa	7
2.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön muutokset	7
2.1.2 Terveystenhuollon henkilöstö ja työnjako	10
2.1.3 Tiedonsiirto terveydenhuollossa	14
2.1.4 Terveyspalveluiden käyttö ikääntyneillä ja hoitoon pääsy	14
2.1.4.1 Eri vastaanottomuotojen käyttö ikääntyneillä	19
2.2 Yleistä sairausvakuutuksen etuuksista ja korvauksista	20
2.2.1 Sairausrakuutuksen rahoitus	21
2.2.2 Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset	22
2.2.3 Työterveyshuollon palvelut	23
2.2.4 Matkakorvaukset	24
2.3 Hoito- ja tutkimuskorvausten nykytilan arviointi	24
2.3.1 Yleistä	24
2.3.2 Suorakorvausmenettely	29
2.3.3 Hoito- ja tutkimuskorvausten kohdentuminen	30
2.3.3.1 Tuloluokittainen tarkastelu	30
2.3.3.2 Alueellinen tarkastelu	31
2.4 Toimeentulotuki	33
2.4.1 Lainsäädäntö	33
2.4.2 Nykytilan arviointi ja ikääntyneiden toimeentulotukiasiakkuus	34
2.5 Palvelujen tarjoaminen ja palveluun hakeutuminen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä	35
2.6 Yksityisen terveydenhuollon markkinat ja hinnoittelu	36
3 Tavoitteet	38
4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset	38
4.1 Keskeiset ehdotukset	38
4.2 Pääasialliset vaikutukset	40
4.2.1 Yleistä vaikutusten arvioinnista	40
4.2.2 Taloudelliset vaikutukset	42
4.2.2.1 Vaikutukset julkiseen talouteen ja sairausrakuutuksen kuluihin	42
4.2.2.2 Vaikutukset kotitalouksiin	44
4.2.2.3 Vaikutukset yrityksiin	45
4.2.3 Vaikutukset viranomaisiin	47
4.2.3.1 Vaikutukset hyvinvointialueisiin	47
4.2.3.2 Vaikutukset Kansaneläkelaitokseen ja vakuutuskassoihin	49
4.2.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset	50
4.2.4.1 Vaikutukset kansalaisten asemaan	50
4.2.4.2 Vaikutukset sukupuolten tasa-arvoon	52

4.2.4.3	Vaikutukset lapsiin ja nuoriin.....	53
4.2.4.4	Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksiin.....	53
5	Muut toteuttamisvaihtoehdot.....	55
5.1	Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset.....	55
5.1.1	Rahoituksen erilainen kohdentaminen.....	55
5.1.2	Kohderyhmän rajaamisen vaihtoehdot.....	55
5.1.3	Hintakattoon liittyvät vaihtoehdot.....	56
5.1.4	Esitykseen sisältyvät palvelut.....	56
6	Lausuntopalaute.....	57
6.1	Hallituksen esitystä koskevat lausuntopalautteet.....	57
6.1.1	Johdanto.....	57
6.1.2	Esityksen vaikuttavuus ja tavoitteet.....	57
6.1.3	Hoidon jatkuvuus, vaikuttavuus ja pirstaloituminen.....	58
6.1.4	Hoidon tarpeen arviointi ja moniammatillisuus.....	58
6.1.5	Vaikutukset hyvinvointialueisiin ja julkiseen terveydenhuoltoon.....	59
6.1.6	Yhdenvertaisuus.....	59
6.1.7	Korvausmallin sisältö.....	61
6.2	Palveluntuottajille asetettavia velvoitteita koskevaa muistiota koskevat lausuntopalautteet.....	62
6.2.1	Johdanto.....	62
6.2.2	Muistiota koskevat lausuntopalautteet.....	62
6.2.2.1	Läsnävastaanottojen tarjoamista koskeva velvoite.....	62
6.2.2.2	Sitoutuminen tarjoamaan toisilla palveluntuottajilla määrätty tutkimukset.....	63
6.2.2.3	Velvoite oman laboratorion käyttämiseen.....	63
6.2.2.4	Velvoite tarjota laboratorion palveluita.....	63
6.2.2.5	Palveluiden eriytetty tarjoaminen.....	63
6.2.2.6	Suorakorvaussopimusta koskeva velvoite.....	63
6.2.3	Yhteenveto.....	63
7	Säännöskohtaiset perustelut.....	64
7.1	Sairausvakuutuslaki.....	64
7.2	Laki toimeentulotuesta.....	68
8	Lakia alemman asteinen sääntely.....	68
9	Voimaantulo.....	68
10	Toimeenpano ja seuranta.....	68
11	Suhde muihin esityksiin.....	69
11.1	Suhde talousarvioesitykseen.....	69
12	Suhde perustuslakiin ja säätämisyjärjestys.....	69
12.1	Johdanto.....	69
12.2	Oikeus sosiaaliturvaan ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin.....	69
12.3	Yhdenvertaisuus.....	71
12.4	Asetuksenantovaltuudet.....	74
12.5	Johtopäätös.....	74
LAKIEHDOTUKSET		75
1.	Laki sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta.....	75
2.	Laki toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta.....	78
LIITTEET		79

RINNAKKAISTEKSTIT	79
1. Laki sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta	79
2. Laki toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta	84
ASETUSLUONNOS	85
Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain 3 a luvussa tarkoitetuista 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen hoito- ja tutkimuskorvauksista	85

PERUSTELUT

1 Asian tausta ja valmistelu

1.1 Tausta

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelmakirjausten mukaan hallitus pyrkii toimillaan keventämään hyvinvointialueiden taakkaa ja purkamaan perusterveydenhuollon hoitojonoja. Hallitusohjelman mukaan perusterveydenhuollon saatavuutta parannetaan kohdentamalla hallituskauden aikana kertaluonteista rahoitusta perusterveydenhuollon hoitojonojen purkuun hallituksen kehittämän uuden Kela-korvausmallin avulla. Rahoitus allokoidaan hallitusohjelman mukaan kohdevuosille tarkoituksenmukaisella, mutta mahdollisimman etupainotteisella ja vaikuttavalla tavalla. Hallitus varaa rahoitusta käyttötarkoitukseen yhteensä 335 miljoonaa euroa, mutta hallitusohjelman mukaan rahoituksen tarkka kohdentuminen ja jaksotus vuosille tarkentuu jatkovalmistelussa. Edelleen hallitusohjelman mukaan nykymuotoista Kela-korvausta jatketaan, kunnes hallituksen kehittämä uusi Kela-korvausmalli toteutetaan edellä mainitulla rahoituksella.

Hallitus tarkensi sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta rahoitettavia yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksia (jäljempänä myös Kela-korvaus) koskevia hallitusohjelman kirjauksia budjettiriihessä 19.9.2023. Hallitus varasi budjettiriihessä kokonaisuudessaan vaalikauden ajaksi Kela-korvausten muutoksiin 335 miljoonaa euroa valtion rahoitusosuutta.

Hallituksen budjettiriihessä hallitus sopi 97,5 miljoonan euron, josta valtion rahoitusosuus on 65,3 miljoonaa euroa, rahoituksen varaamisesta Kela-korvausten korottamiseen vuonna 2024. Hallituksen budjettiriihessään tekemät päätökset toteutettiin siten, että 1.1.2024 lukien yleis- ja erikoislääkärin sekä psykiatrian erikoislääkärin vastaanottojen korvaustaksoja nostettiin. Myös psykiatrian toimenpiteiden, kuten psykoterapioiden, korvaustaksoja nostettiin. Samoin hammaslääkärin perustutkimuksen korvaustaksoja korotettiin.

Hallitus linjasi Kela-korvausten kehittämisen tiekartasta lokakuussa 2024.¹ Tiekartan mukaan Kela-korvauksia uudistetaan vaiheittain. Ensivaiheessa eduskunnalle annettiin hallituksen esitys 174/2024 vp, jossa esitettiin, että yksityisen hoidon ja tutkimuksen korvauksiin lisättäisiin oikeus korvaukseen hedelmöityshoidoista.

Seuraavassa vaiheessa eduskunnalle annettiin hallituksen esitys 195/2024 vp, jossa esitettiin, että naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin antama hoito korvattaisiin erikoistaksan perusteella. Lisäksi sairausvakuutuslakia esitettiin muutettavaksi siten, että suuhygienistin hoito- ja tutkimuskäynnit olisivat korvattavia myös ilman hammaslääkärin lähetettä enintään kaksi kertaa kalenterivuodessa ja fysioterapeutin käynnit ilman lääkärin lähetettä enintään neljä kertaa kalenterivuodessa.

Kolmantena vaiheena tiekartan mukaisesti toteutetaan valtakunnallinen valinnanvapauskokeilu 65 vuotta täyttäneille vakuutetuille. Kokeilussa 65 vuotta täyttäneet pääsisivät yksityiselle yleislääkärille julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun suuruusella omavastuulla. Kokeilun olisi tarkoitus tulla voimaan 1.9.2025. Valinnanvapauskokeilun ohella hallitus on linjannut omalääkärikokeilusta. Hallitusohjelman mukaan hoitoon pääsyä on tarkoitus parantaa ja hoidon

¹ Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 9.10.2024: Hallitus uudistaa Kela-korvauksia. Osoitteessa: <https://stm.fi/-/hallitus-uudistaa-kela-korvauksia>.

jatkuvuutta vahvistaa hyödyntämällä omalääkärimallia. Sosiaali- ja terveysministeriö on yhteistyössä valtiovarainministeriön kanssa käynnistänyt Omalääkäriohjelman, jonka tarkoituksena on omalääkärimallien edistäminen. Ohjelman tavoitteena on parantaa hoidon saatavuutta ja jatkuvuutta perusterveydenhuollossa hyödyntämällä sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluita.² Sosiaali- ja terveysministeriö on 20.1.2025 asettanut toimeenpanon tueksi Omalääkäriohjelman johtoryhmän.³

1.2 Valmistelu

Hallituksen esitys on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriössä valmistelun tueksi nimetyn virkavalmisteluryhmän ja sen kolmen alaryhmän yhteistyönä. Ryhmissä ovat olleet edustettuina sosiaali- ja terveysministeriön lisäksi Kansaneläkelaitos, Kilpailu- ja kuluttajavirasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (jäljempänä THL) ja valtiovarainministeriö.

Valmistelun aikana on kuultu sidosryhmiä. Yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajille lähetettiin kysely, jonka tarkoituksena oli selvittää esityksen vaikutuksia palveluntuottajiin. Lisäksi palveluntuottajia edustaville järjestöille järjestettiin kuulemistilaisuus 23.1.2025 ja työmarkkinaosapuolille 30.1.2025.

Hallituksen esityksen luonnoksesta järjestettiin lausuntokierros suomenkielisten lausuntojen osalta ajalla 11.2.–9.3.2025 ja ruotsinkielisten lausuntojen osalta ajalla 14.2.–12.3.2025. Lausuntoa pyydettiin yhteensä 55 taholta, minkä lisäksi kaikilla halukkailla oli mahdollisuus antaa lausuntonsa Lausuntopalvelu.fi-palvelussa. Hallituksen esityksen luonnoksesta annetut lausunnot ovat julkisesti saatavilla Hankeikkunassa osoitteessa <https://stm.fi/hanke?tunnus=STM143:00/2024>.

2 Nykytila ja sen arviointi

2.1 Sairaanhoidon palvelut julkisessa terveydenhuollossa

2.1.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristön muutokset

Sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on tapahtunut merkittäviä muutoksia 2020-luvulla. Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutoksissa sosiaali- ja terveydenhuollon, pelastustoimen sekä muiden erikseen säädettyjen palvelujen ja tehtävien järjestämisvastuu siirrettiin kunnilta hyvinvointialueille, Helsingin kaupungille ja HUS-yhtymälle vuoden 2023 alusta. Tavoitteena oli siirtää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopistettä perustason palveluihin ja ennaltaehkäisevään toimintaan. Uudistuksella pyrittiin parantamaan sosiaali- ja terveystalouden vaikuttavuutta ja tuottavuutta, hillitsemään palveluiden kustannusten nousua sekä lisäämään niiden läpinäkyvyyttä ja avoimuutta.

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää haastavat useista syistä pitkään kertynyt hoito-, palvelu- ja kuntoutusvelka ja julkisen talouden vaikea tila sekä erityisesti nopeasti hankaloitunut henkilöstövaje. Osajien saatavuuden haasteet ilmenevät käytännössä koko Suomessa, kaikissa terveydenhuollon ammattiryhmissä ja lähes kaikissa palveluissa. Väestöprofiili on muuttumassa ikääntyvien osuuden kasvaessa ja huoltosuhteen heiketessä.

² Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 19.11.2024: Hallitus käynnistää Omalääkäri-ohjelman. Osoitteessa: <https://stm.fi/-/hallitus-kaynnistaa-omalaaakari-ohjelman>.

³ Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 20.1.2025: Omalääkäriohjelman johtoryhmä asetettu. Osoitteessa: <https://stm.fi/-/omalaaakariohjelman-johtoryhma-asetettu>.

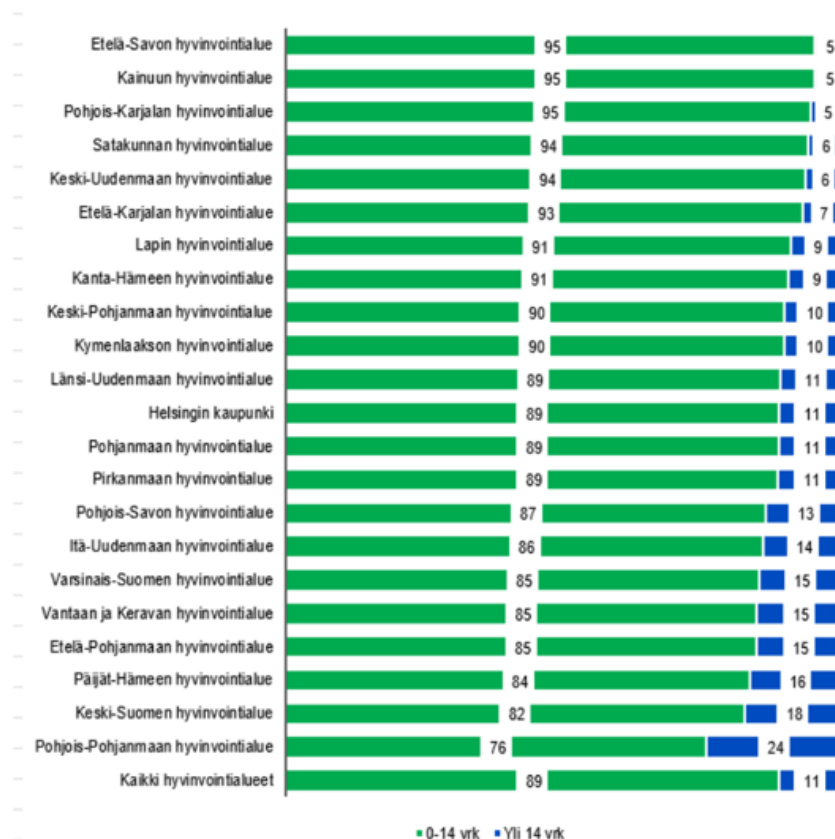
Väestörakenne ja väestön sijoittuminen eri puolilla maata on muuttunut ja muuttuu jatkuvasti. Väestö ja samalla työvoima keskittyy kasvukeskuksiin. Tämä lisää palveluntarvetta ja toisaalta haastaa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyttä entisestään. Jopa kolmasosa sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöstä eläköityy seuraavan kymmenen vuoden aikana. Kasvavasta palvelutarpeesta huolimatta sosiaali- ja terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden määrä ei tulevaisuudessa kasva tarvetta vastaavasti, vaan todennäköisesti vähenee. Valtio ja palvelujärjestelmä ovat käynnistäneet ja toimeenpanevat lukuisia henkilöstön kouluttautumiseen alalle ja alan veto- ja pitovoimaan liittyviä kehittämistoimenpiteitä. Sosiaali- ja terveysministeriö on käynnistänyt pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelmaan perustuvan Hyvän työn ohjelman⁴, joka sisältää sekä pitkän että lyhyen aikavälin toimenpiteitä sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöpulan helpottamiseksi.

Perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä tarkastellaan hoidon tarpeen arvioinnista käyntiin terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaisesti. Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on Suomessa ollut pitkään haasteita. Väestö kokee odotusajat hoitoon liian pitkinä, mikä on havaittavissa asiakastytyväisyyskyselyissä ja luottamuksen vähenemisessä julkista terveydenhuoltoa kohtaan. Lisäksi tutkimusten ja hoidon viivästyminen saattaa johtaa oikea-aikaista hoitoa ja kuntoutusta laajempaan palvelutarpeeseen ja toisaalta pitkät odotusajat voivat myös lisätä epätarkoituksenmukaista päivystyksen käyttöä ja jononhallintaan liittyviä kustannuksia.

Avohilmo-rekisteriin toimitetuista perusterveydenhuollon asiointitiedoista muodostetaan hoitoon pääsyn tietokantaraportteja. Alla olevassa kuviossa 1 esitetään hoitoon pääsy hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon 14 vuorokauden enimmäisajassa vuonna 2024. Kuvio sisältää kaikki ikäryhmät. Keskiarvoisesti tarkasteltuna 89 prosenttia käynneistä hyvinvointialueilla toteutui 14 vuorokauden enimmäisajan sisällä.

⁴ Sosiaali- ja terveysministeriön hankesivu: Hyvän työn ohjelma – Vetoa ja pitoa sote-alalle. Osioiteessa: <https://stm.fi/sotehenkilosto/ohjelma>.

Kuvio 1. Hoitoon pääsy hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidoon 14 vuorokauden enimmäisajassa vuonna 2024, kaikki ikäryhmät. Lähde: THL.



Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisaikoja pidennettiin syksyllä 2024 annetulla hallituksen esityksellä 134/2024 vp. Esityksen myötä 14 vuorokauden kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajasta perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa luovuttiin 23 vuotta täyttäneiden osalta ja hoitoon pääsyn enimmäisajaksi palautettiin aiemmin voimassa ollut kolme kuukautta. Esityksessä arvioitiin, että ehdotuksista aiheutuva hoitoon pääsyn pidentyminen voisi aiheuttaa negatiivisia välittömiä ja välillisiä vaikutuksia, kuten hoidon mahdolliseen viivästymiseen liittyvää sairauksien pahenemista ja siten hoidon kustannusten kasvua ja viime kädessä väestön terveydentilan heikentymistä. Esityksen seurauksena asiakkaiden arvioitiin hakeutuvan aikaisempaa vähemmän hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon avosairaanhoidon palveluiden piiriin, kun hoitoon pääsyn enimmäisaikoja ehdotettiin pidennettäväksi ja myös tosiasiallisten hoitoon pääsyn aikojen arvioitiin todennäköisesti pitenevän. Hyvinvointialueiden palveluiden kanssa rinnakkaisten palvelujen, eli sairaanhoitovakuutuksesta korvattavien yksityisten palvelujen ja työterveyshuollon sairaanhoidollisten palvelujen, asiakasmäärien arvioitiin lisääntyvän.

2.1.2 Terveysthuollon henkilöstö ja työnjako

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön riittävyys ja saatavuus ovat heikentyneet voimakkaasti viime vuosina koko maassa. Vaje koskee lähes kaikkia ammattiryhmiä ja palveluita, mutta alueellista, ajallista ja ammattiryhmäkohtaista vaihtelua esiintyy. Muutaman viime vuoden aikana erityisesti vaje sairaanhoitajista ja lähihoitajista on kasvanut.

Lähes 50 prosenttia lääkäreistä työskentelee päätoimissaan sairaalassa ja 25 prosenttia terveyskeskuksessa. Yksityisessä lääkärikeskuksessa tai -vastaanotolla työskentelee 16 prosenttia lääkäreistä ja 11 prosenttia on muussa toimipaikassa⁵. Lääkärityövoiman vajetta on lähes kaikilla lääketieteen erikoisaloilla.

Joka neljäs hyvinvointialueen lääkäri työskentelee osa-aikaisesti. Lääkäreiden osa-aikatyö on yleistynyt viime vuosina ja yleisin syy lääkäreiden osa-aikatyön taustalla on työkuormituksen keventäminen. Tämä syy korostuu erityisesti perusterveydenhuollon lääkäreillä. Terveyskeskuslääkäreillä on havaittu toistuvasti muita lääkäreitä enemmän jatkuvan kiireen, hallitsemattoman työmäärän ja resurssipulan aiheuttamaa kuormitusta.⁶

Vuonna 2023 julkisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteli noin 213 000 henkilöä. Terveyspalveluissa työskenteli noin 126 000 (59,2 %) työntekijää. Luvuissa ei ole mukana vuokratyöntekijöitä tai ostopalveluna hankittuja työntekijöitä yksityiseltä sektorilta. Työntekijämäärältään suurimmat terveydenhuollon palvelut olivat sairaalapalvelut ja terveyskeskukset, joissa työskenteli yhteensä 95,7 prosenttia koko terveydenhuollon henkilöstöstä. Sairaalapalveluissa työskentelevien osuus kaikista terveydenhuollossa työskennelleistä oli 66,7 prosenttia vuonna 2023 (noin 84 200 työntekijää). Terveyskeskusten työntekijöiden osuus terveydenhuollossa työskentelevistä oli 29,1 prosenttia vuonna 2023 (noin 36 700 työntekijää).

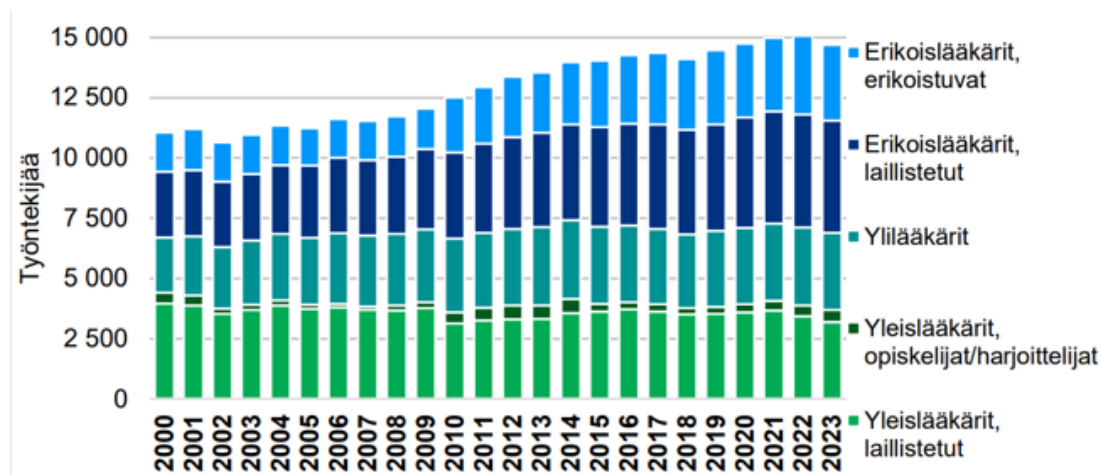
Julkisen sektorin sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstömäärä suhteessa asukaslukuun vaihtelee alueiden välillä. Asukaslukuun suhteutettu henkilöstömäärä terveydenhuollossa oli suurin Keski-Pohjanmaan hyvinvointialueella, jossa vuonna 2023 oli 337 työntekijää 10 000 asukasta kohden. Vähiten henkilöstöä suhteessa asukaslukuun oli Vantaan ja Keravan hyvinvointialueella, jossa oli 112 työntekijää 10 000 asukasta kohden vuonna 2023.

Terveydenhuollon henkilöstöstä lääkäreiden osuus oli 11,5 prosenttia vuonna 2023 (noin 14 500 työntekijää). Terveydenhuollossa valtaosa lääkäreistä (73 %) työskenteli sairaalapalveluissa (noin 10 600 työntekijää). Terveyskeskuksissa työskenteli 25,8 prosenttia lääkäreistä (noin 3 800 työntekijää). Alla olevassa kuviossa 2 on kuvattu lääkärin määrän kehitystä julkisessa terveydenhuollossa alaryhmittäin 2000-luvulla.

⁵ Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäritilanne ja koulutustarve vuoteen 2035. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:21. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-5395-6>

⁶ Ks. Lääkäriliitto: Lääkärit työssä. Osoitteessa: <https://www.laakariliitto.fi/tutkittua-tietoa/laakarit-tyossa/>.

Kuvio 2. Lääkärien määrät julkisella sektorilla alaryhmittäin vuonna 2023. Lähde: THL.

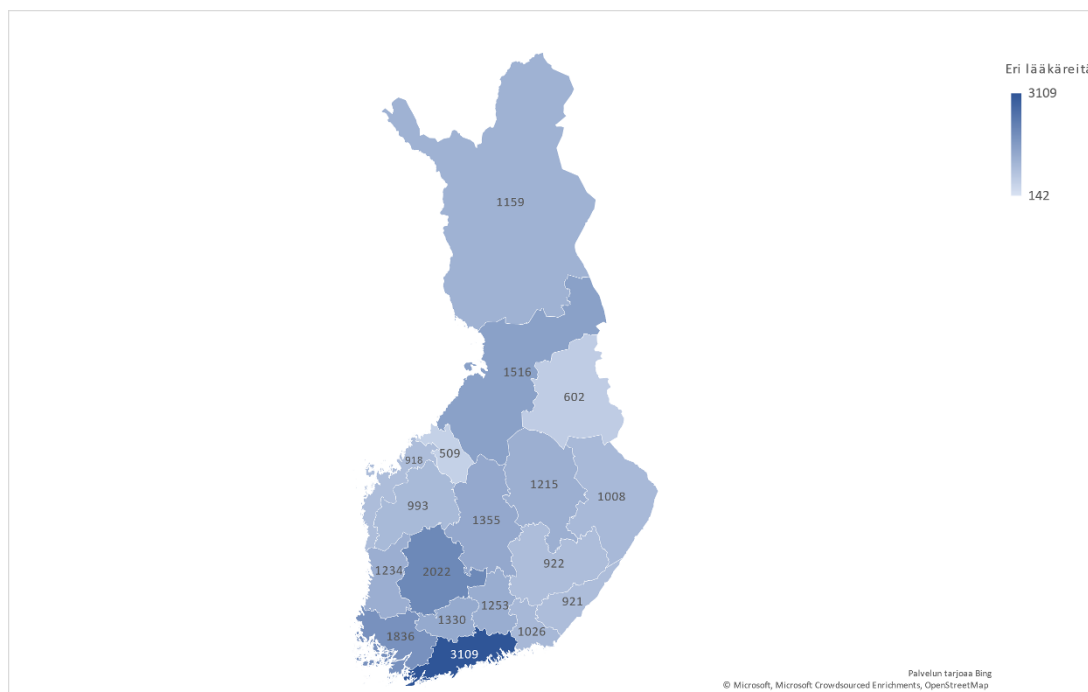


Vuonna 2023 sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden osuus terveydenhuollon työntekijöistä oli 36,9 prosenttia (noin 46 600 työntekijää). Terveydenhuollossa valtaosa sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja kättilöistä, 69,8 prosenttia, työskenteli sairaalapalveluissa (noin 32 500 työntekijää) vuonna 2023. Terveyskeskuksissa työskenteli 28,4 prosenttia sairaanhoitajista, terveydenhoitajista ja kättilöistä (noin 13 200 työntekijää).⁷

Alla olevassa kuviossa 3 on esitetty yleislääkärien ja yleislääketieteen erikoislääkärien lukumääriä maakunnittain. Kansaneläkelaitokselta saaduissa tiedoissa on huomioitu sellaisten lääkäreiden lukumäärä, joiden vastaanotoista on maksettu Kela-korvauksia vuonna 2024. Lukumääräisesti tällaisia lääkäreitä on eniten pääkaupunkiseudulla ja Pirkanmaalla.

⁷ THL: Julkisen sektorin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö 2023. Tilastoraportti 19.12.2024. Osoitteessa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/150103>.

Kuvio 3. Yleislääkärien ja yleislääketieteen erikoislääkärien lukumäärät maakunnittain Kela-korvattujen käyntien perusteella vuonna 2024. Lähde: Kelan tutkimus.



Julkisessa perusterveydenhuollossa hoitaja hoitaa potilaan yhä useammin lääkäriä konsultoiden. Lääkärien konsultaatioiden määrä on lisääntynyt vuosina 2019–2023 samalla kun läsnäasiointit ovat vähentyneet. Vuodesta 2021 alkaen myös etäasiointien määrä vähentyi siten, että vuosina 2022–2023 lääkärin etäasiointien määrä oli vähäisempi kuin koronapandemiaa edeltävinä vuosina 2018–2019.

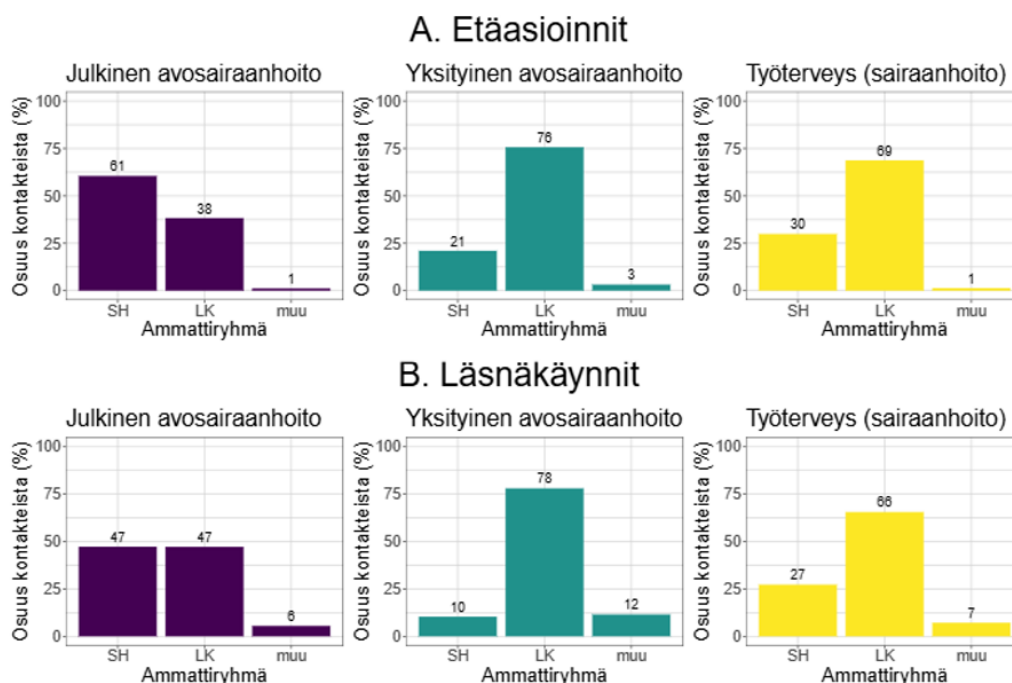
Terveystieteiden lain 51 §:n mukaan hyvinvointialueen on järjestettävä toimintansa niin, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana saman päivän aikana yhteyden terveyskeskukseen tai muuhun perusterveydenhuollon toimintayksikköön ja saada yksilöllisen arvion tutkimustensa tai hoitonsa tarpeesta ja kiireellisyydestä sekä siitä, minkä terveydenhuollon ammattihenkilön tekemiä tutkimuksia tai antamaa hoitoa potilas tarvitsee. Arvion tekee laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Julkisen terveydenhuollon avosairaanhoidossa vuonna 2024 noin 26 prosentissa sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottokäyntiä ei seurannut jatkotoimenpide, kuten lääkärikäynti. Käynneistä ei ole eroteltavissa, onko kyseessä ollut hoidon tarpeen arviointi vai muu sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotto. Sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottokäyntiä seurasi jatkohoidon suunnitelma tai jatkohoidon järjestäminen noin 38

prosentissa tapauksista. Ohjaus lääkärille tai hammaslääkärille puolestaan tehtiin noin 12 prosentissa tapauksista.⁸

Haaga ym. (2025) tutkimuksessa⁹ selvitettiin digipalveluiden käyttöä, käyttäjiä, tuotantoa ja vaikuttavuutta suomalaisilla rekisteriaineistoilla. Tutkimuksen mukaan yksityinen avosairaanhoito ja työterveyshuolto poikkeavat merkittävästi julkisesta avosairaanhoidosta, sillä niissä toiminta on paljon lääkärikeskeisempää. Alla olevassa kuviossa esitetään osuudet kontakteista sairaanhoitajaan, lääkäriin tai muuhun terveydenhuollon ammattihenkilöön jaoteltuna julkiseen avosairaanhoitoon, yksityiseen avosairaanhoitoon ja työterveyshuollon sairaanhoitoon ja etä- ja läsnäkäynteihin.

Kuvio 4. Etäasioinnit ja läsnäkäynnit eri terveydenhuollon ammattilaisilla (SH = sairaanhoitaja, LK = lääkäri). Lähde: Haaga ym. (2025).



⁸ THL: Avohilmo, Terveydenhuollon avohoidon jatkohoitotiedot. Osoitteessa:

https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus20/summary_jatko01?palvelumuoto_0=121032&alue_0=11810&palvelusektori_0=910770&yhteystapa_0=226667&ammattiryhma_0=109990&ikaluokat_0=109987&sukupuoli_0=11936&mittari_0=131425.

⁹ Haaga, T., Kortelainen, M., Mauno, V., Nokso-Koivisto, O., Saxell, T., Seppä, M., Sääksvuori, L. (2025); Perusterveydenhuollon digiklinikka- ja etäasiointi ja läsnäkäynnit sektoreittain Avohilmo-aineistossa 4/2023–3/2024; työpäperi, tammikuu 2025. Osoitteessa: <https://osf.io/ey7bn>.

2.1.3 Tiedonsiirto terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä annetussa laissa (703/2023, asiakastietolaki) säädetään muun muassa asiakastietojen käsittelyä koskevista yleisistä periaatteista, asiakastietojen rekisterinpidosta, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajien tiedonsaantioikeuksista sekä sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmiä koskevista vaatimuksista. Lisäksi laissa säädetään Kanta-palveluista sekä niiden toteuttamiseen liittyvistä vaatimuksista. Asiakastietolaki velvoittaa julkiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajat tallentamaan asiakas- ja potilastiedot valtakunnallisiin arkistointipalveluihin. Yksityiselle sosiaali- ja terveydenhuollon palvelunantajalle Kanta-palvelujen käyttöönotto on pakollista, jos sillä on käytössään asiakas- ja potilastietojen käsittelyyn tarkoitettu tietojärjestelmä.

Potilastietovaranto on palvelu, jonne terveydenhuolto arkistoi hoidon yhteydessä syntyneet sähköiset potilastiedot. OmaKanta on kansalaisen näkymä tietoihin, jotka hänestä on tallennettu Potilastietovarantoon. Asiakasta hoitavat tahot näkevät eri sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa tallennetut tiedot, jos asiakas on antanut siihen luvan OmaKannassa tai asioidessaan sosiaali- tai terveydenhuollossa. OmaKantaa käytti vuonna 2024 yhteensä hieman yli 3,1 miljoonaa suomalaista.

Kaikki julkisen terveydenhuollon toimijat ovat liittyneet Potilastietovarantoon. Myös suurin osa yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajista on liittynyt.¹⁰ Vaikka terveydenhuollon palveluntuottaja olisi liittynyt Potilastietovarantoon, ei se välttämättä tallenna sinne kaikkia potilastietoja. Kaikki palveluntuottajat eivät esimerkiksi ole aloittaneet suunterveyden tai kuvantamistietojen tallennusta.

Käytännössä potilastiedot ovat eri terveydenhuollon sektorien ja palveluntuottajien välillä käytettävissä Potilastietovarannon kautta. Lisäksi hyvinvointialueilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on omia potilastietojärjestelmiään, joiden kautta Potilastietovarannon tietoja voidaan tarkastella. Näissä potilastietojärjestelmissä on eroavaisuuksia sen osalta, miten potilastietoja voidaan potilastyössä hyödyntää. Jotta terveydenhuollon ammattilainen voi nähdä potilastiedot, on asiakkaan tullut antaa suostumus tietojen luovutukseen.

2.1.4 Terveyspalveluiden käyttö ikääntyneillä ja hoitoon pääsy

Suomen väestöstä 23,5 prosenttia eli noin 1,3 miljoonaa henkilöä oli 65 vuotta täyttäneitä vuonna 2023. Heistä noin 52 prosenttia oli 65–74-vuotiaita, noin 36 prosenttia 75–84-vuotiaita ja noin 12 prosenttia 85 vuotta täyttäneitä. 65 vuotta täyttäneiden lääkärikäyntien osuus koko väestön lääkärikäynneistä julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa oli noin 46 prosenttia.

Terveydenhuollon avohoidon ICD-10-diagnoosien perusteella tarkasteltuna 65 vuotta täyttäneillä on muuta aikuisväestöä enemmän diagnooseja asiakkaita kohden erityisesti verenkiertoelinten sairauksissa, aikuistyyppin diabeteksessa ja mielenterveyden häiriöissä. Alla olevassa taulukossa 1 kuvataan diagnoosien määrää asiakkaita kohden ikäryhmittäin aikuisväestössä. Kaikissa tarkastelluissa diagnoosiryhmissä diagnoosien määrässä näkyy merkittävää kasvua 65–74-vuotiaista lähtien.

¹⁰ Potilastietovarantoon liittyneet yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajat voi tarkistaa osoitteesta <https://www.kanta.fi/potilastiedon-arkistoa-kayttavat-yksikot>.

Taulukko 1. Diagnoosit/asiakkaat aikuistyyppin diabeteksessa, verenkiertoelinten sairauksissa ja mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöissä ikäryhmittäin jaoteltuna (diagnoosit/asiakkaat) vuonna 2023. Lähde: THL, 2025.¹¹

ICD-10	25–49	50–64	65–74	75–84	85 ja vanhemmat
E11 Aikuistyyppin diabetes	3,8	4,3	6,1	8,9	18,3
I00-I99 Verenkiertoelinten sairaudet	2,1	3,1	6,0	10,6	22,4
F00-F99 Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	4,8	4,9	10,2	12,0	11,6

THL:n tietojen mukaan julkisessa perusterveydenhuollossa 65 vuotta täyttäneille kertyi vuonna 2023 keskimäärin noin 3 lääkärikäyntiä vuodessa. Yksityisessä terveydenhuollossa käyntejä kertyi vastaavasti keskimäärin noin 2. Edempänä kuviossa 4 on esitetty eri sektorien käyttöä ja rinnakkaista käyttöä 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä lääkärikäyntien osalta. Taulukossa 2 on kuvattu 65 vuotta täyttäneiden lääkärikontakteja vuonna 2023 ja taulukossa 3 alle 65-vuotiaiden lääkärikontakteja vuonna 2023.

Taulukko 2. 65 vuotta täyttäneiden lääkärikontaktit vuonna 2023 jaoteltuna julkisessa terveydenhuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa tapahtuneisiin käynteihin ja eri yhteystapoihin. Lähde: THL¹² (3.2.2025).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoido, 65 vuotta täyttäneet, lääkäreiden vastaanotot, 2023				
Lääkärit	Julkinen		Yksityinen	
	Hoitotapahtumat	Potilaat	Hoitotapahtumat	Potilaat
Läsnä	1 588 459	715 350	650 624	333 015
Etä	773 398	390 076	94 855	63 079
Kaikki yhteystavat	2 361 857	799 561	745 479	343 400

¹¹ THL: Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon tilastot – THL Avohilmo-tilastopalvelu. Osoitteessa: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avo/perus15/fact_ahil_perus15.

¹² THL: Terveyspalvelut julkisessa terveydenhuollossa, yksityisessä terveydenhuollossa ja työterveyshuollossa. Osoitteessa: https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/hilmokokonaisuus/kuutio01/summary_tiivistel.

Taulukko 3. Alle 65-vuotiaiden lääkärikontaktit vuonna 2023 jaoteltuna julkisessa terveydenhuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa tapahtuneisiin käynteihin ja eri yhteystapoihin. Lähde: THL (3.2.2025).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoito, alle 65-vuotiaat, lääkäreiden vastaanotot, 2023				
Lääkärit	Julkinen		Yksityinen	
	Hoitotapahtumat	Potilaat	Hoitotapahtumat	Potilaat
Läsnä	2 038 013	1 102 381	1 852 631	888 239
Etä	679 095	391 604	513 108	312 491
Kaikki yhteystavat	2 717 108	1 216 040	2 365 739	984 076

Muiden kuin lääkärikäyntien osalta 65 vuotta täyttäneiden osuus julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon käynneistä oli noin 47 prosenttia.

Taulukossa 4 on kuvattu kontakteja muihin terveydenhuollon ammattihenkilöihin (mukaan lukien esimerkiksi terveydenhoitajat, sairaanhoitajat ja fysioterapeutit) 65 vuotta täyttäneillä ja taulukossa 5 alle 65-vuotiailla. Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden käyntejä 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä kertyi julkisessa perusterveydenhuollossa keskimäärin noin 5 ja yksityisessä terveydenhuollossa noin 2.

Taulukko 4. 65 vuotta täyttäneiden käynnit sellaisilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä, jotka eivät ole lääkäreitä, vuonna 2023 jaoteltuna julkisen ja yksityisen terveydenhuollon sekä erilaisten yhteystapojen perusteella. Lähde: THL (3.2.2025).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoito, 65 vuotta täyttäneet, muiden ammattilaisten kuin lääkäreiden vastaanotot, 2023				
Muut kuin lääkärit	Julkinen		Yksityinen	
	Hoitotapahtumat	Potilaat	Hoitotapahtumat	Potilaat
Läsnä	2 201 829	704 431	201 573	92 058
Etä	2 630 555	712 743	13 940	9 778
Kaikki yhteystavat	4 832 384	924 395	215 513	97 062

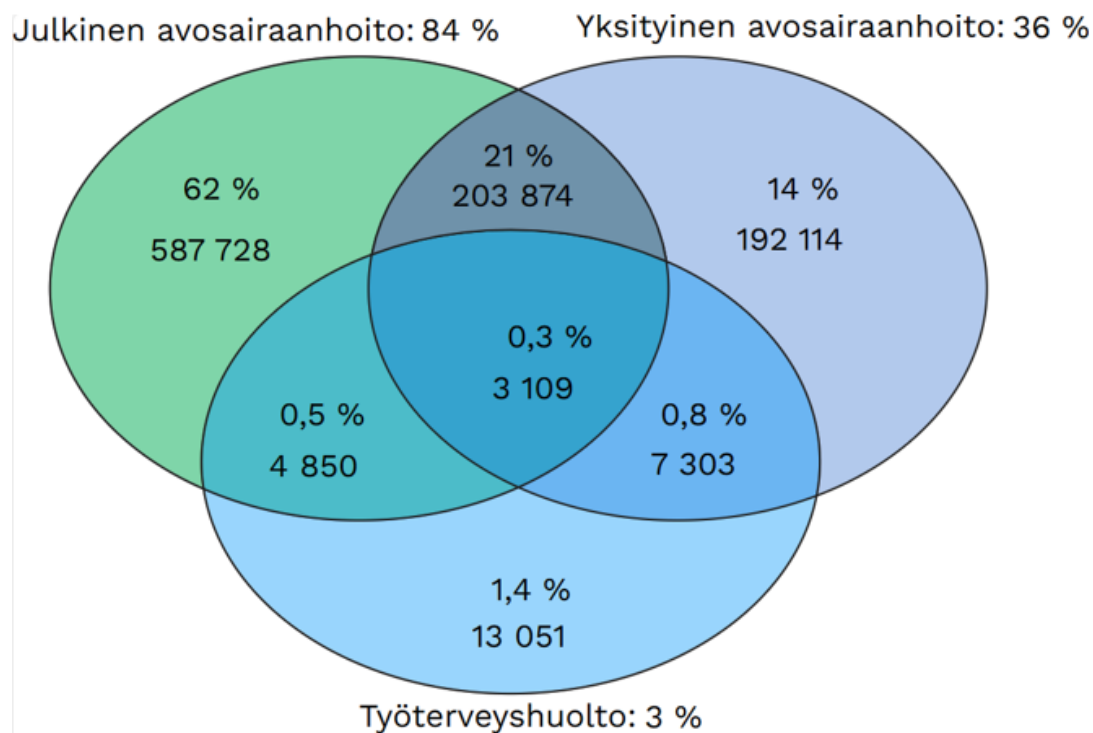
Taulukko 5. Alle 65-vuotiaiden käynnit sellaisilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä, jotka eivät ole lääkäreitä, vuonna 2023 jaoteltuna julkisen ja yksityisen terveydenhuollon sekä erilaisten yhteystapojen perusteella. Lähde: THL (3.2.2025).

Perusterveydenhuollon avosairaanhoito, alle 65-vuotiaat, muiden ammattilaisten kuin lääkäreiden vastaanotot, 2023				
Muut kuin lääkärit	Julkinen		Yksityinen	
	Hoitotapahtumat	Potilaat	Hoitotapahtumat	Potilaat
Läsnä	2 368 360	986 867	631 596	291 049
Etä	2 963 061	1 118 572	197 246	104 576
Kaikki yhteystavat	5 331 421	1 543 694	828 842	367 669

Alla olevassa kuviossa 5 esitetään 65 vuotta täyttäneiden terveydenhuollon eri sektorien rinnakkaista käyttöä avosairaanhoidossa lääkärikäyntien osalta. Luvuissa on huomioitu ainoastaan sellaiset ikäryhmään kuuluvat henkilöt, joilla on vuoden 2023 aikana ollut lääkärikäynti tai useampia käyntejä. Kuvion mukaan sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon lääkärikäyntejä oli 21 prosentilla 65 vuotta täyttäneistä. Pelkästään julkisessa terveydenhuollossa lääkäriä käyneitä oli 62 prosenttia ikäryhmästä, ja pelkästään yksityisessä

terveydenhuollossa käyneitä 14 prosenttia ikäryhmästä. Kaikkia kolmea sektoria käytti 0,3 prosenttia ikäryhmästä.

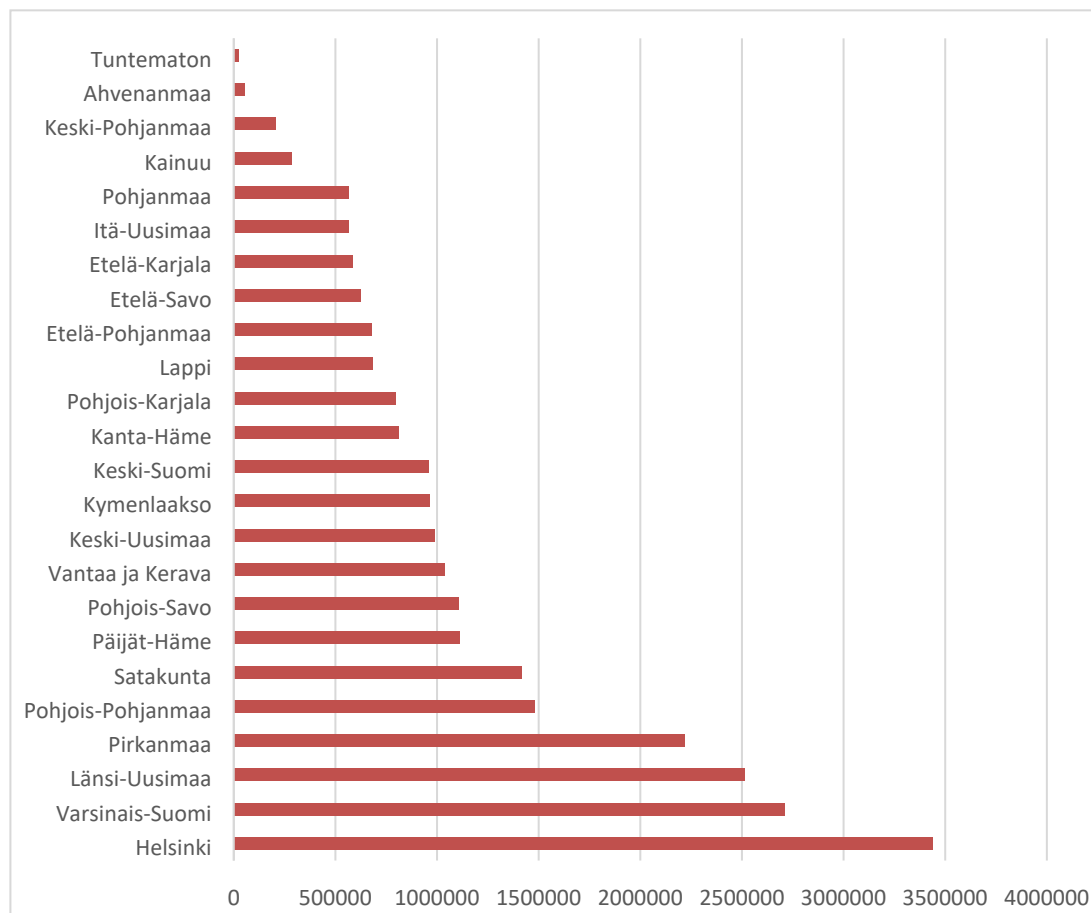
Kuvio 5. 65 vuotta täyttäneet potilaat, jotka ovat käyneet avosairaanhoidon lääkärikäynnillä eri sektoreilla vuonna 2023 (3.2.2025). Lähde: THL.



THL:n tilastoissa yksityisen avosairaanhoidon luvuissa on sekä Kela-korvattuja vastaanottokäyntejä että sellaisia käyntejä, joista ei ole maksettu Kela-korvausta. Alla olevassa kuviossa 6 on kuvattu 65 vuotta täyttäneille maksetut lääkäripalkkiokorvaukset vuonna 2024.

Kansaneläkelaitokselta saatujen tietojen mukaan 65 vuotta täyttäneille maksettiin vuonna 2024 koko maassa 24 prosenttia kaikista yleislääkärin tai yleislääketieteen erikoislääkärin palkkioiden korvauksista. Suurimmat ikäryhmän suhteelliset osuudet edellä mainituista lääkäripalkkioiden korvauksista oli Etelä-Karjalassa, Etelä-Savossa ja Ahvenanmaalla, joissa 65 vuotta täyttäneiden osuus korvauksista oli 36 prosenttia, sekä Päijät-Hämeessä, jossa osuus oli 35 prosenttia.

Kuvio 6. Kaikki lääkäripalkkiokorvaukset 65 vuotta täyttäneille vuonna 2024. Lähde: Kelan tutkimus.



Kansaneläkelaitokselta saatujen tietojen mukaan Kela-korvatuissa käynneissä 23,6 prosentissa 65 vuotta täyttäneiden yleislääkärikäynneistä määrättiin laboratoriotutkimuksia vuonna 2022. Vastaavasti kuvantamistutkimuksiin annettiin määräyksiä 7,5 prosentille. Kun laboratoriotutkimuksia määrättiin, määräyksissä oli keskimäärin noin kolme eri laboratoriotutkimusta. Kuvantamistutkimuksia määrättiin vastaavasti keskimäärin yksi.

Terveyspalveluiden käytössä on eroja 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmän sisällä. Julkisen avosairaanhoidon lääkärikäynnit lisääntyvät, mitä iäkkäämmästä henkilöstä on kyse. Naisten ja miesten julkisen avosairaanhoidon keskiarvoisissa käyntimäärissä ei ole merkittäviä eroja. Alla olevassa taulukossa on kuvattuna keskimääräiset käynnit sukupuolittain ja ikäryhmittäin jaoteltuna.

Taulukko 6. Julkisen avosairaanhoidon lääkärikäyntien keskiarvot sukupuolittain ja ikäryhmittäin. Lähde: THL Avohilmo.

Julkinen avosairaanhoito lääkärikäynnit/asiakkaat				
	2023		2024	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
25–49	3,3	2,9	3,4	3,0
50–64	3,7	3,5	3,9	3,6
65–74	4,3	3,9	4,3	3,9
75–84	5,1	4,6	5,1	4,6
+85	5,8	5,5	5,9	5,5

65 vuotta täyttäneillä yksityisessä terveydenhuollossa Kela-korvattuja lääkärikäyntejä on sitä enemmän, mitä nuoremasta ikäryhmästä on kysymys, mutta ikäryhmien väliset erot ovat melko pieniä. Alla olevassa taulukossa esitetään Kela-korvattujen lääkärikäyntien keskiarvot eri ikäryhmissä ja sukupuolittain jaoteltuna. Tilastossa on huomioituna kaikki Kela-korvatut yleis- ja erikoislääkärikäynnit.

Taulukko 7. Yksityisen terveydenhuollon Kela-korvattujen lääkärikäyntien keskiarvot sukupuolittain ja ikäryhmittäin jaoteltuna. Lähde: Kelasto.

Sairaanhoitokorvausten saajien lääkärikäynnit/asiakkaat				
	2023		2024	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
25–49	2,4	2,3	2,4	2,3
50–64	2,1	2,2	2,1	2,2
65–74	2,0	1,9	2,0	1,9
75–84	2,0	1,9	2,0	1,8
+85	1,9	1,9	1,9	1,9

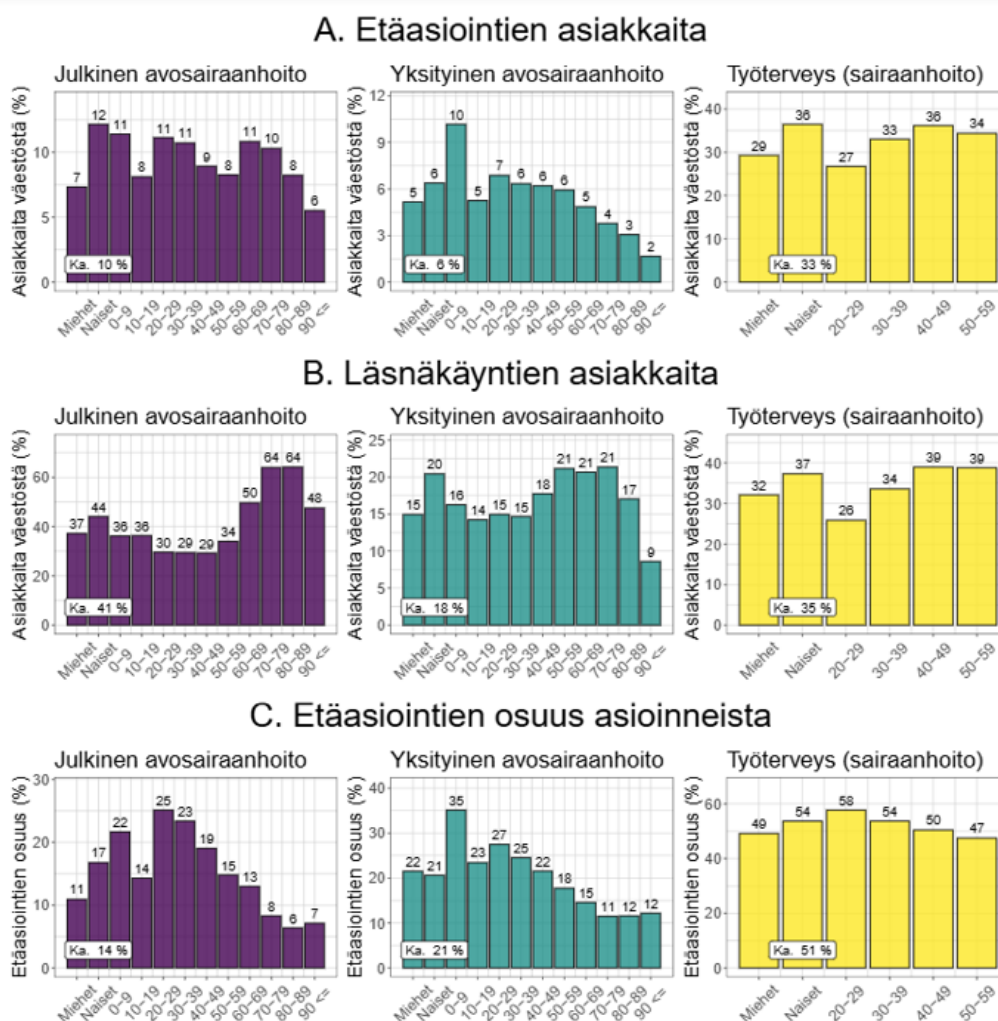
2.1.4.1 Eri vastaanottomuotojen käyttö ikääntyneillä

Digiklinikka- ja etäasioinnin yleisyyden on havaittu olevan yhteydessä sosiodemografisiin tekijöihin, kuten sukupuoleen, ikään, tulotasoon ja äidinkieleen niin etä- kuin läsnäkäyntien osalta. Naisilla asiakkuus on yleisempää kuin miehillä kaikilla sektoreilla, paitsi etäasioinnissa yksityisessä avosairaanhoidossa, jossa miesten osuus oli hieman naisten osuutta suurempi.

Julkisessa terveydenhuollossa asiakkaina korostuvat iäkkäät ja tulojakauman alempi puolisko. Lisäksi 50–79-vuotiaiden osuus korostuu yksityisen avosairaanhoidon läsnäkäynneissä. Vastaavasti iäkkäillä etäasiointi on harvinaisempaa: etäasioinnin asiakkaiden väestöosuudet ovat pienimpiä yli 60-vuotiaiden kohdalla. Etäasiointien osuus asioinneista yli 65-vuotiailla on julkisessa avosairaanhoidossa noin 6–8 prosentin luokkaa ja yksityisessä avosairaanhoidossa noin 11–12 prosentin luokkaa. Alla olevassa kuviossa 7 kuvataan etäasiointien ja läsnäkäyntien

asiakkaiden väestöosuksia sekä etäasiointien osuutta asioinneista sukupuolen ja iän mukaan perusterveydenhuollossa.¹³

Kuvio 7. Etäasiointien ja läsnäkäyntien asiakkaiden väestöosuudet sekä etäasiointien osuus asioinneista sukupuolen ja iän mukaan perusterveydenhuollossa. Lähde: Haaga ym. (2025).



2.2 Yleistä sairausvakuutuksen etuuksista ja korvauksista

Sairausvakuutuslain (1224/2004) 2 luvussa säädetään yleisistä sairaanhoitokorvauksista ja korvattavuutta koskevista periaatteista ja edellytyksistä. Sairausvakuutuslain mukaisesti vakuutetulle korvataan yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin suorittama ja määräämä

¹³ Haaga, T., Kortelainen, M., Mauno, V., Nokso-Koivisto, O., Saxell, T., Seppä, M., Sääksvuori, L. (2025); Perusterveydenhuollon digiklinikka- ja etäasiointi ja läsnäkäynnit sektoreittain Avohilmoaineistossa 4/2023–3/2024; työpäperi, tammikuu 2025. Osoitteessa: <https://osf.io/ey7bn>.

tutkimus sekä antama ja määräämä hoito, lääkärin ja hammaslääkärin vakuutetun sairauden hoitoon määräämät lääkkeet, lääkärin määräämät kliiniset ravintovalmisteet ja perusvoiteet, sairaanhoitajan rajatun ja määräaikaisen lääkkeenmääräämisen piiriin kuuluvat lääkkeet ja perusvoiteet sekä sairauden hoitoon liittyvät matkakustannukset.

Vakuutetulla on oikeus sairausvakuutuslain 2 luvun 2 §:n mukaan saada omavastuuosuuden ylittävältä osalta korvausta tarpeellisista sairaanhoidon kustannuksista sekä raskauden ja synnytyksen aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Vakuutetulle sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan siltä osin kuin hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä, vakuutetun terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisi tullut vakuutetulle maksamaan.

Sairausvakuutuslain nojalla ei korvata hyvinvointialueen järjestämien sairaanhoitopalvelujen kustannuksia, niiden yhteydessä avovastaanotolla annetusta lääkähoidosta aiheutuneita kustannuksia eikä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) nojalla perittyjä maksuja. Myöskään sairaanhoidon kustannuksia silloin, kun yksityisen terveydenhuollon palvelut on järjestetty hyvinvointialueen järjestämän sosiaali- tai terveydenhuollon tiloissa, ei korvata. Sairausvakuutuslain nojalla ei myöskään korvata sairaanhoidon kustannuksia ajalta, jonka vakuutettu on julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa.

Sairausvakuutuslain 1 luvun 3 §:n mukaisesti Kansaneläkelaitos vastaa sairausvakuutuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä. Myös työpaikkakassat osallistuvat sairausvakuutuslain toimeenpanoon.

Sairausvakuutuslain 15 luvun 9 §:ssä säädetään suorakorvausmenettelystä. Korvaus maksetaan palveluntuottajalle, kun tämä perii asiakkaalta omavastuun (palvelun hinnan ja sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen erotuksen) ja hakee korvauksen tekemänsä sopimuksen mukaisesti Kansaneläkelaitokselta.

2.2.1 Sairausvakuutuksen rahoitus

Sairausvakuutuksen rahoituksesta säädetään sairausvakuutuslain 18 luvussa. Sairausvakuutuksen rahoitus jaetaan sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Sairausvakuutusrahaston vähimmäismäärän on kunkin vuoden päättyessä oltava vähintään kahdeksan prosenttia sairausvakuutuksen vuotuisista kokonaiskuluista. Kuluista vähennetään sairausvakuutusrahaston omaisuuden tuotot.

Lääkekorvaukset, hoito- ja tutkimuskorvaukset, matkakorvaukset sekä Kansaneläkelaitoksen järjestämän ja korvaaman kuntoutuksen menot ovat sairausvakuutusrahastosta maksettavia sairaanhoitovakuutuksen kuluja. Muita sairaanhoitovakuutuksen kuluja ovat maatalousyrittäjien työtapaturma- ja ammattitautivakuutuksen perusturvaosuuteen kuuluvat sairaanhoitokulut ja rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013) 9 §:n 2–4 momentin sekä 20 ja 21 §:n perusteella maksettavat korvaukset. Lisäksi sairaanhoitovakuutuksen kuluja ovat edellä tarkoitettujen etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakulut. Sairanhoitovakuutuksen kuluina otetaan lisäksi huomioon edellä tarkoitettujen kulujen vuosittaisen muutoksen vaikutus sairausvakuutusrahaston vähimmäismäärän turvaamiseen.

Sairanhoitovakuutuksen etuuksien ja korvausten rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta peritään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan tulon perusteella. Vakuutettujen rahoitusosuus on jaettu palkansaajien ja yrittäjien sekä eläkkeen- ja etuudensaajien kesken. Sairanhoitovakuutuksen menot rahoitetaan valtion osuudella (51,4

prosenttia) ja vakuutettujen sairaanhoitomaksulla (48,6 prosenttia). Lisäksi valtion varoista rahoitetaan rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain 9 §:n 2–4 momentin sekä 20 ja 21 §:n perusteella maksettavat korvaukset siltä osin kuin Suomessa annettujen sairaanhoitoetuuksien perusteella ulkomailta saadut kulujen korvaukset eivät niitä kata. Rahoitusosuuksissa on otettu huomioon myös etuuksien ja korvausten toimeenpanosta Kansaneläkelaitokselle aiheutuvat toimintakulut. Eläke- ja etuustulosta peritään korkeampaa sairaanhoitomaksua kuin ansiotulosta.

Valtioneuvosto vahvistaa sairausvakuutusmaksujen maksuprosentit vuosittain annettavalla valtioneuvoston asetuksella. Sairausvakuutuksen rahoittamiseksi perittävät maksut seuraavat etuusmenojen ja ansiotason kehitystä. Vuonna 2025 sairaanhoitomaksu on 1,06 prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta ja verotettavista eläke- ja etuustuloista 1,45 prosenttia.

2.2.2 Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

Sairausvakuutuslain 3 luvussa säädetään hoito- ja tutkimuskorvauksista.

Vuoden 2023 alusta lukien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksina on korvattu sairausvakuutuslain 3 luvun 1–3 §:n perusteella: 1) lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi ja hoidon määrittelemiseksi, lääkärin antama hoito sekä sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset, 2) hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran joka toinen kalenterivuosi tai hammaslääkärin tutkimuksessaan toteaman vakuutetun terveydentilan edellyttämän tarpeen perusteella kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätön hoito, 3) psykiatrian tai suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin ja hammaslääkärin määräämä tutkimus- ja hoitotoimenpide, kun tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut sairausvakuutuslaissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö tai kun toimenpide on tehty yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitetussa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä, sekä 4) psykologin tutkimus, kun kysymyksessä on lääkärin määräämä vakuutetun muuhun tutkimukseen tai hoitoon liittyvä tutkimus. Muut kuin hammaslääkärin, suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin tai psykiatrian erikoislääkärin määräämät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet, kuten esimerkiksi laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, eivät ole Kela-korvattavia.

Hallituksen esityksillä 174/2024 vp ja 195/2024 vp ehdotettiin yksityisen sairaanhoidon korvausten laajentamista. Esityksessä 174/2024 vp ehdotettiin palautettavaksi oikeus korvaukseen hedelmöityshoitojen kustannuksista. Esityksessä 195/2024 vp ehdotettiin, että suuhygienistin hoito- ja tutkimuskäynnit olisivat korvattavia myös ilman hammaslääkärin lähetettä enintään kaksi kertaa kalenterivuodessa ja fysioterapeutin käynnit enintään neljä kertaa kalenterivuodessa. Lisäksi esityksessä ehdotettiin, että naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin antama hoito korvattaisiin erikoistaksan perusteella. Lait tulevat voimaan 1.5.2025.

Yksityisen hoidon ja tutkimuksen kustannusten korvauksena maksetaan korkeintaan korvaustaksan mukainen määrä. Sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (1336/2004) säädetään korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät sekä perusteet sairausvakuutuslaissa säädetyn mukaisille lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden yleis- ja erikoistaksoille. Korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Korvaustaksojen perusteet ja

vahvistettavat korvaustaksat perustuvat sairausvakuutuslain 3 luvun 6 §:n mukaisesti tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin.

Lisäksi sairausvakuutuslain perusteella korvataan myös sairauden hoitoon liittyviä matkakustannuksia yksityiseen terveydenhuoltoon silloin, kun suoritettu tutkimus tai annettu hoito on sairausvakuutuslain perusteella korvattavaa.

Sairausvakuutuslain mukaisten yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten tarkoituksena on ollut lisätä vakuutettujen taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja ja siten tukea vapautta valita terveystalouden tuottaja. Korvausten tehtävänä ei ole ollut luoda vakuutetuille oikeuksia julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa laajempaan palveluvalikoimaan tai toimia tulojen tasaajana, vaan korvata tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia. Hoito- ja tutkimuskorvausten tarkoituksena on toimia julkisen terveydenhuollon palveluja täydentävänä järjestelmänä. Vakuutetulla on mahdollisuus valita sekä palveluntuottaja että lääkäri, hammaslääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö.

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksiin on kohdistettu useita säästöjä aiempina vuosina. Merkittäviä korvausoikeuden rajoituksia ja korvaustaksojen alentamisia tehtiin vuoden 2023 alusta lukien. Muutosten tavoitteena oli saada säästöjä sairausvakuutuksen yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksista ja kohdentaa osa varoista hyvinvointialueiden yleiskatteelliseen rahoitukseen (HE 237/2022 vp).

Syksyn 2023 budjettiriihessä sovitun lisärahoituksen perusteella yleis- ja erikoislääkärin korvaustaksa nostettiin 8 eurosta 30 euroon läsnä vastaanottojen osalta ja 25 euroon videovastaanottojen osalta vuoden 2024 alusta lukien. Psykiatrian erikoislääkärin vastaanottojen korvaustaksoja nostettiin 30–40 euroon riippuen vastaanoton pituudesta. Myös psykiatrian toimenpiteiden, kuten psykoterapioiden, korvaustaksoja nostettiin. Hammaslääkärin perustutkimuksen korvaustaksa nostettiin 15,50 eurosta 30 euroon. Korvausten korottaminen ei edellyttänyt lain muutoksia, vaan Kansaneläkelaitos vahvisti korvaustaksat voimassa olevan sairausvakuutuslain mukaisesti.

2.2.3 Työterveyshuollon palvelut

Työnantaja on työterveyshuoltolain (1383/2001) mukaisesti velvollinen järjestämään työsopimus- tai virkasuhteessa oleville työntekijöilleen työterveyshuoltoa. Lakisääteisen ehkäisevän työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi järjestää työntekijöilleen yleislääkäritasoisista, työterveyspainotteista sairaanhoitoa ja muita terveydenhuollon palveluja. Työnantajalla on sairausvakuutuslain nojalla oikeus saada korvausta työterveyshuoltolaissa työnantajan velvollisuudeksi säädetyn tai määrätyn työterveyshuollon järjestämisestä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista (korvausluokka I). Jos työnantaja on lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi järjestänyt työntekijöilleen sairaanhoitoa ja muuta terveydenhuoltoa, työnantajalla on oikeus saada korvausta tästä aiheutuneista tarpeellisista ja kohtuullisista kustannuksista (korvausluokka II). Yrittäjät ja maatalousyrittäjät voivat halutessaan järjestää itselleen työterveyshuollon ja saada siihen korvauksia.

Työterveyshuollon sairaanhoidon piiriin kuuluu noin 1,9 miljoonaa palkansaajaa ja yli 90 prosentilla työterveyshuolto sisältää sairaanhoidon palveluita jossain laajuudessa¹⁴. Työnantaja ja palveluntuottaja määrittelevät työterveyshuoltosopimuksessa, mitä työterveyshuoltoon kuuluva sairaanhoito sisältää. Työterveyshuollon sairaanhoitoon kuuluu yleensä työterveyslääkärin, työterveyshoitajan ja työfysioterapeutin antama hoito, työterveyspsykologin sairauden tutkimiseen ja hoitoon kuuluva terveydentilan selvittäminen tai hoitomahdollisuuksien arviointi, fysioterapiahoitosarja työterveyslääkärin läheteellä, erikoislääkärin konsultaatiot työkyvyn tai hoitomahdollisuuksien selvittämiseksi siten, että hoitovastuu säilyy työterveyslääkärillä sekä tarvittavat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset.¹⁵

2.2.4 Matkakorvaukset

Matkakorvauksista säädetään sairausvakuutuslain 4 luvussa. Kansaneläkelaitos korvaa matkan yksityiseen terveydenhuoltoon pääsääntöisesti silloin, kun annettu hoito on sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa. Kansaneläkelaitoksen korvauskäytännön mukaisesti matka voidaan korvata vakuutetun oman hyvinvointialueen sisällä siihen terveydenhuollon yksikköön, johon matka on tehty. Edellytyksenä tälle on, että korvausedellytykset täyttyvät.

Jos asiakas on hakeutunut perusterveydenhuollon taseiseen hoitoon oman hyvinvointialueensa ulkopuolelle, Kansaneläkelaitos korvaa matkan lähimmän hoitopaikan periaatteen mukaan. Tällöin matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat asiakkaan vakinaisesta kotiosoitteesta oman hyvinvointialueen lähimpään kattavat perusterveydenhuollon palvelut tarjoavaan hoitopaikkaan eli sote-keskukseen. Erikoissairaanhoitoon tehty matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat asiakkaan vakinaisesta kotiosoitteesta oman hyvinvointialueen mukaisen yhteistyöalueen yliopistosairaalaan.

2.3 Hoito- ja tutkimuskorvausten nykytilan arviointi

2.3.1 Yleistä

Taulukossa 8 kuvataan Kela-korvausten saajat ja maksetut korvaukset koko vuoden 2024 osalta kaikkien lääkärinpalkkioiden, hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten osalta. Korvauksia lääkärinpalkkioista maksettiin noin 26,6 prosentille ja hammashoidon palkkioista vajaalle 17 prosentille väestöstä. Hammashoito sisältää tässä taulukossa hammaslääkärinpalkkiot ja suuhygienistinpalkkiot, mutta ei hammaslääkärin määräämää tutkimusta ja hoitoa.

Taulukko 8. Kela-korvausten saajat ja maksetut korvaukset vuonna 2024. Lähde: Kelasto.

Etuuslaji	Saajat	Väestöosuudet prosentteinä	Käynnit	Korvaukset euroa	Kustannukset euroa	Korvausprosentti
Lääkärinpalkkiot	1 499 397	26,6	3 453 383	89 148 222	428 600 300	20,8

¹⁴ Kelan tilastollinen vuosikirja 2023, osoitteessa:

<https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/fa56bd09-e005-4676-b950-5178d56f02a9/content>.

¹⁵ Kansaneläkelaitos, Sairaanhoito osana työterveyshuoltoa-verkkosivu osoitteessa:

<https://www.kela.fi/tyonantajat-tyoterveyshuolto-sairaanhoito>.

Hammashoito	935 034	16,6	2 069 519	50 099 927	359 461 283	13,9
Tutkimus ja hoito	455 994	8,1	580 969	4 015 197	36 946 211	10,9

Vuonna 2024 korvatuista lääkäripalkkioista valtaosa koski erikoislääkärin vastaanottokäyntejä. Erikoislääkärikäyntejä oli noin 2,75 miljoonaa (saajia noin 1,31 miljoonaa) ja maksettuja korvauksia yhteensä 73,5 miljoonaa euroa. Yleislääkärikäyntejä oli noin 676 280 (saajia 427 738) ja maksettuja korvauksia yhteensä 15,6 miljoonaa euroa. Palvelujen kustannuksista ja korvauksista valtaosa syntyy näin ollen erikoislääkäripalkkioista. Vuonna 2024 korvattujen käyntien mukaan yksityisten erikoislääkäripalvelujen suurimmat erikoissalat olivat silmätaudit, naistentaudit ja synnytukset, ortopedia ja traumatologia sekä yleislääketiede.

Taulukossa 9 on kuvattu lääkäripalkkioiden korvauksia yleislääkärin ja yleisimpien erikoisalojen osalta vuonna 2024. Eniten korvattuja käyntejä oli yleislääkärille ja erikoisaloista eniten korvattuja käyntejä oli silmätautien erikoislääkärille.

Taulukko 9. Yleisimmät lääkärikäynnit, saajat ja maksetut korvaukset vuonna 2024. Lähde: Kelasto.

Hoidon antaja	Saajat	Käynnit	Kustannukset euroa/käynti	Korvaukset euroa/käynti	Korvausprosentti
Yleislääkäri	427 667	675 190	89,36	23,03	25,8 %
Yleislääketieteen erikoislääkäri	190 186	270 192	99,04	24,27	24,5 %
Silmätautien erikoislääkäri	414 945	472 843	149,23	28,53	19,1 %
Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri	260 025	306 556	134,11	28,37	21,2 %
Ortopedian ja traumatologian erikoislääkäri	211 173	352 661	132,32	24,95	18,9 %

Taulukossa 10 on kuvattu tutkimuksen ja hoidon korvausten saajat, toimenpiteiden lukumäärä, toimenpidekohtaisesti ja kokonaisuudessaan perityt maksut sekä laskennallinen korvaus toimenpidettä kohden. Eniten tutkimuksen ja hoidon korvauksia on maksettu radiologisista tutkimuksista. Koska sairaanhoitokorvauksilla on kuuden kuukauden takautuva hakuaika kustannusten maksamisesta, on vuonna 2023 ja 2024 maksettu vielä korvauksia sellaisista vuonna 2022 tehdyistä toimenpiteistä, jotka eivät ole enää 1.1.2023 lukien kuuluneet korvausten piiriin, kuten fysioterapiasta ja sairaanhoitotoimenpiteistä.

Taulukko 10. Korvausten saajat, toimenpiteet, keskimääräiset perityt maksut ja laskennalliset korvaukset tutkimuksen ja hoidon osalta vuonna 2024. Lähde: Kelasto.

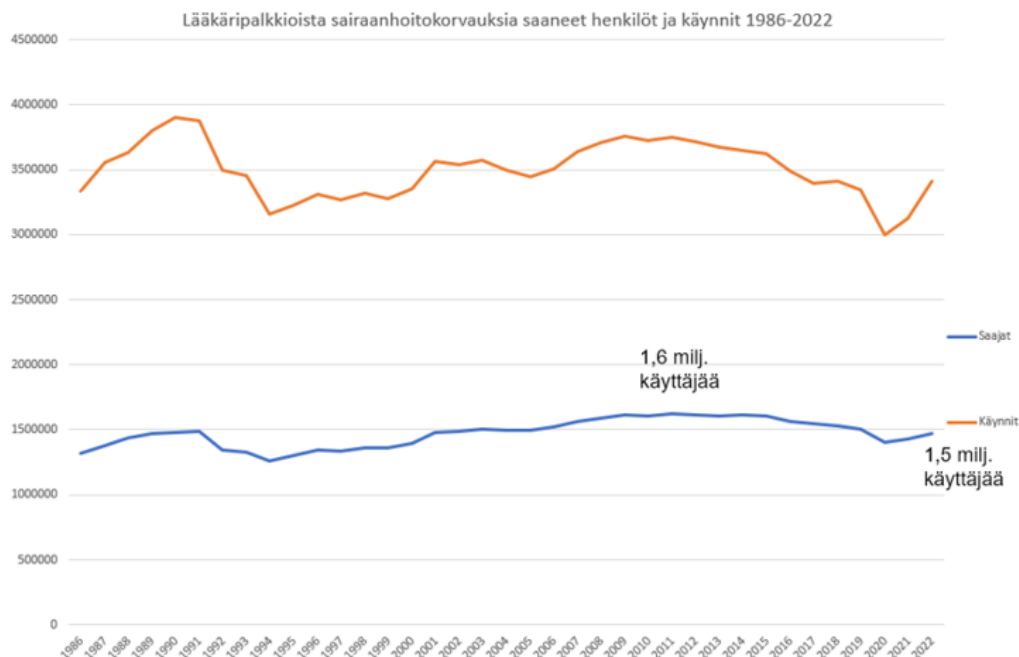
Toimenpiteet	Saajat	Toimenpiteiden lukumäärä	Perityt maksut euroa	Peritty maksu euroa/toimenpide	Laskennallinen korvaus euroa/toimenpide
--------------	--------	--------------------------	----------------------	--------------------------------	---

Fysioterapia	17	97	18 652	192,29	7,29
Laboratoriotutkimukset	1 651	3 346	477 747	142,78	17,81
Psykologin tutkimukset	549	1 180	638 563	541,15	30,14
Radiologiset tutkimukset	454 591	825 450	35 702 373	43,25	4,75
Sairaanhoitotoimenpiteet	3	6	119	19,77	5,33

Pitkällä aikavälillä yksityisten lääkäripalvelujen käyttö on vähentynyt suhteessa väestön kehitykseen. Vuosina 2014–2023 Kelan korvaama osuus yksityisten lääkäripalveluiden kustannuksista laski. Taustalla vaikuttaa osin inflaation aiheuttama kuluttajien ostovoiman heikkeneminen, mikä vaikuttaa yksityisten palvelujen käyttöön.¹⁶ Kuviosta 8 käy ilmi lääkäripalkkioista korvauksia saaneiden henkilöiden ja käyntimäärien kehitys vuosina 1986–2022. Viimeisen kymmenen vuoden aikana käynti- ja saajamäärissä on tapahtunut laskua etenkin koronapandemian aikana sekä jossain määrin vuoden 2016 Kela-korvauksiin kohdistuneiden leikkausten jälkeen.

Kuvio 8. Lääkäripalkkioista korvauksia saaneet henkilöt ja käynnit 1986–2022. Lähde: Kelan tutkimus.

¹⁶ Kelan tietotarjotin: Kela-korvauksen pienentyminen näkyy yksityislääkärikäynneissä pitkällä aikavälillä. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/uutinen/1009918/kela-korvauksen-pienentyminen-nakyy-yksityislaakarikaayneissa-pitkalla-aikavalilla>.



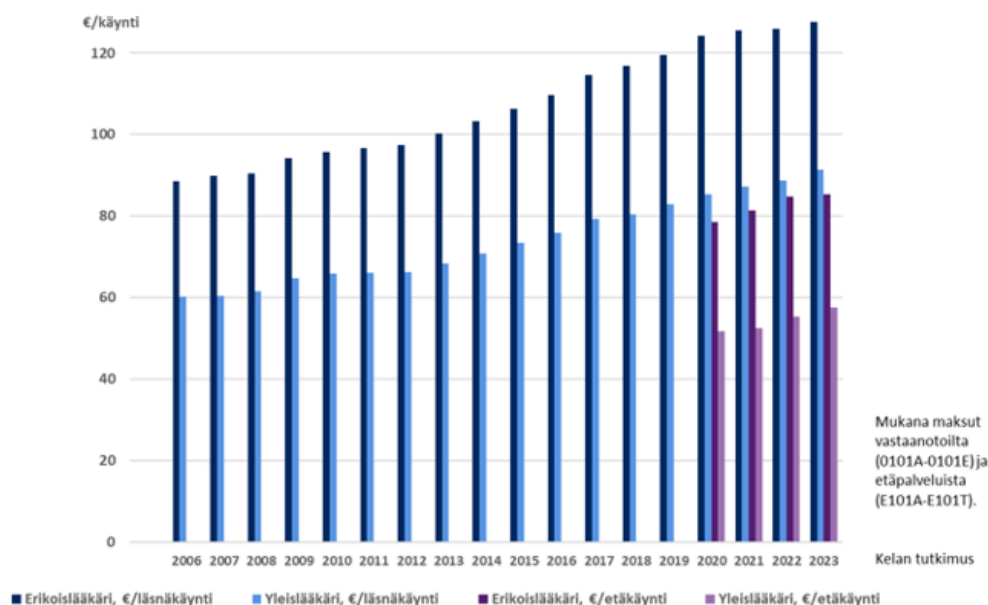
Yksityiset palveluntuottajat ja ammatinharjoittajat määrittelevät palveluista perittävät hinnat ja muut maksut. Lääkäriin vastaanottopalkkion lisäksi yksityinen palveluntuottaja veloittaa asiakkaalta esimerkiksi erilaisia palvelumaksuja, kuten toimisto-, Kanta- tai poliklinikkamaksuja. Muut maksut voivat muodostaa asiakkaan maksamasta kokonaishinnasta jopa puolet tai kolmasosan. Erilaiset palvelumaksut eivät kuulu sairaanhoitokorvauksen piiriin eli niistä ei saa korvausta. Koska muiden maksujen osuutta ei ilmoiteta Kansaneläkelaitokselle korvaushakemuksen yhteydessä, ei Kansaneläkelaitoksella ole tietoa näistä muista perityistä maksuista.¹⁷ Alla esitetyissä kuvioissa ei siten ole huomioitu asiakkaan maksamia muita maksuja vaan ainoastaan lääkäripalkkio.

Kuviossa 9 esitetään yksityisten yleis- ja erikoislääkäreiden perimät keskimääräiset maksut läsnäkäynneistä vuosina 2006–2023 ja etäkäynneistä vuodesta 2020 alkaen. Hinnat on muutettu Tilastokeskuksen julkisten menojen terveydenhuollon hintaindeksin avulla vuoden 2023 hintatasolle. Kaikki vastaanottomaksut ovat nousseet vuosittain ja etenkin viimeisen kymmenen vuoden aikana maksujen nousu on ollut voimakkaampaa.

Kuvio 9. Yksityislääkäriin perimät keskimääräiset palkkiot vuosina 2006–2023. Lähde: Kelan tutkimus.

¹⁷ Yksityisten palveluntuottajien hinnastojen perusteella vastaanottokäyntiin liittyvinä maksuina peritään tarkasteluhetkellä heinäkuussa 2024 esimerkiksi noin 30 euron suuruisia palvelu- tai poliklinikkamaksuja, 10 euron suuruisia sarjakäynnin palvelumaksuja ja hieman alle 4 euron suuruisia Kanta-maksuja.

Yksityislääkäreiden perimät keskimääräiset maksut vuosina 2006–2023, vuoden 2023 hinnoin. Lähde: Kelasto.

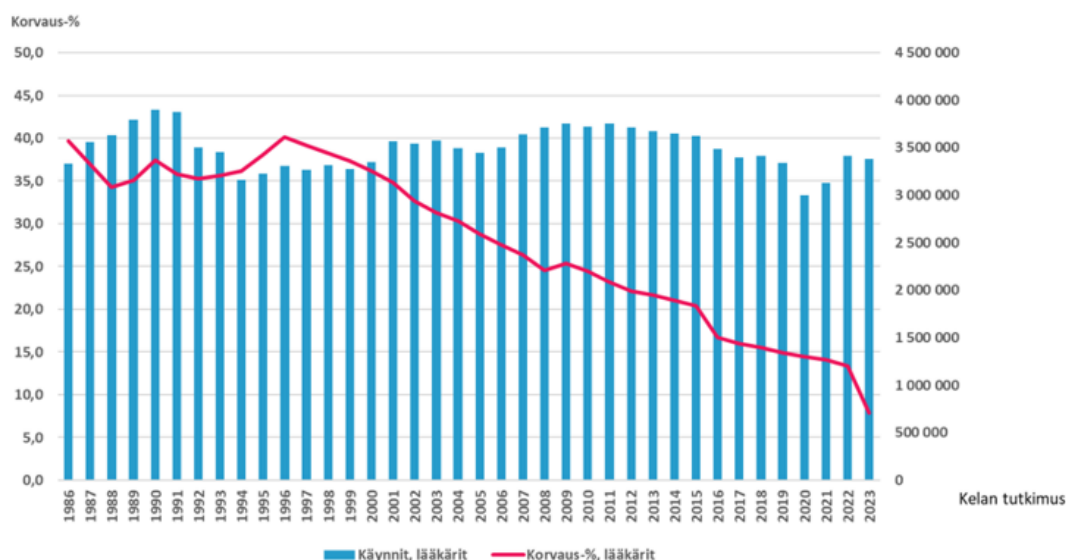


Hoito- ja tutkimuskorvausten korvaustaksat ovat euromääräisiä, eikä niitä ole sidottu hinta- ja kustannuskehitystä kuvaavaan indeksiin. Julkisen talouden tasapainottamiseksi hoito- ja tutkimuskorvauksiin on kohdennettu useita säästötoimenpiteitä. Muun muassa tämän seurauksena korvaustaso suhteessa palveluista perittäviin hintoihin on laskenut, eivätkä korvaukset tosiasiallisesti ole enää lisänneet juurikaan mahdollisuuksia palveluntuottajan valintaan. Alla esitetyissä kuvioissa ei ole huomioitu vuoden 2024 alusta voimaan tulleita korvausten korotuksia.

Kuviossa 10 on esitetty yksityisten lääkäripalkkioiden korvausprosentit ja käynnit vuosina 1986–2023. Keskimääräinen korvausaste on laskettu jakamalla kokonaiskustannusten määrä korvausten määrällä. 1990-luvun laman aikana yksikkökustannusten kasvu hidastui. Korvaustaksoja ei ole korotettu 1990-luvulla, vaan kuviossa näkyvä nousu selittyy sillä, että laman aikana palveluiden käyttö ja kokonaiskustannukset vähenivät. Kuvio on käyvissä hinnoissa, joten inflaation vaikutusta ei ole huomioitu. Kuviosta ilmenee, että korvausasteen lasku ei juurikaan ole vaikuttanut käyntimääriin, vaan käyntimäärät ovat pysyneet saman tasoisina riippumatta korvausasteen kehityksestä.

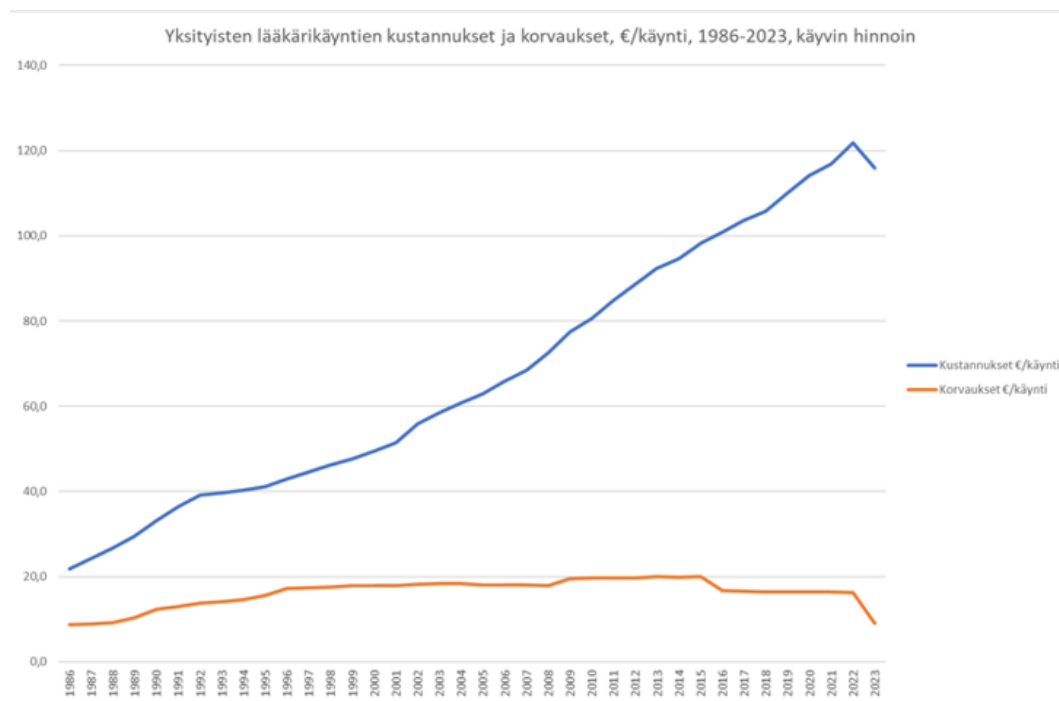
Kuvio 10. Yksityisten lääkäripalkkioiden korvausten korvausprosentit ja käynnit vuosina 1986–2023. Lähde: Kelan tutkimus.

Yksityisten lääkäripalkkioiden Kela-korvausprosentit (%) ja käynnit vuosina 1986-2023. Lähde: Kelasto



Kuviossa 11 on esitetty yksityisten lääkärikäyntien kustannukset ja niistä maksetut korvaukset vuosina 1986–2023. Kuvion perusteella yksityisten lääkärikäyntien kustannukset ovat jatkuvassa kasvussa, mutta korvaustaso on pysynyt matalana. Näin ollen korvaukset ovat kattaneet yhä pienemmän osuuden lääkärikäynnin kustannuksista.

Kuvio 11. Yksityisten lääkärikäyntien kustannukset ja korvaukset vuosina 1986–2023. Lähde: Kelan tutkimus.



Vuoden 2024 alusta yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten tasoa korotettiin ohjaamalla niihin lisärahoitusta. Yksityislääkärin vastaanotosta maksettiin vuonna 2024 yhteensä noin 89 miljoonaa euroa Kela-korvauksia, mikä oli noin 58 miljoonaa euroa enemmän kuin vuonna 2023. Vuonna 2024 yksityislääkärin vastaanoton kustannuksia korvattiin 1 496 414 henkilölle. Korvauksen saajia oli 2,6 prosenttia enemmän kuin vuonna 2023. Korvausta saaneiden määrä kasvoi useimmilla hyvinvointialueilla. Korvausta saaneiden määrä kasvoi eniten Pohjois-Pohjanmaan, Pohjois-Savon ja Pirkanmaan hyvinvointialueilla. Korvausta saaneiden määrä pieneni Vantaan ja Keravan, Kymenlaakson ja Kainuun hyvinvointialueilla.¹⁸

2.3.2 Suorakorvausmenettely

Suorakorvaussopimusjärjestelmään pääsevät mukaan yksityiset elinkeinonharjoittajat ja palveluntuottajat, jotka on rekisteröity palveluntuottajarekisteri Soteriin. Palveluntuottaja liittyy suorakorvausmenettelyyn tekemällä liittymissopimuksen Kansaneläkelaitoksen kanssa. Tilityksen voi toimittaa paperilomakkeilla tai sähköisellä tilitysmenettelyllä. Kansaneläkelaitos maksaa korvausta (maksukertapalkkio) palveluntuottajalle, joka toimittaa tilityksen sähköisellä menettelyllä. Kansaneläkelaitokselta saatujen tietojen mukaan suorakorvausmenettelystä on tammikuussa 2025 ollut voimassa 1163 lääkärin antamaa hoitoa koskevaa sopimusta, joista

¹⁸ Kansaneläkelaitoksen uutinen 21.1.2025: Yksityislääkärin vastaanoton kustannuksia korvattiin vuonna 2024 noin 58 miljoonaa euroa enemmän kuin vuotta aikaisemmin. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/uutinen/945364/yksityislaakar-in-vastaanoton-kustannuksia-korvattiin-vuonna-2024-noin-58-miljoonaa-euroa-enemman-kuin-vuotta-aikaisemmin>.

sähköisiä sopimuksia on 485. Muista sopimuksista suurin osa koskee erikoislääkäreitä. Suorakorvaussopimusmenettely on käytössä kattavasti koko maassa, ja 86 prosenttia hakemuksista toimitetaan Kansaneläkelaitokselle sähköisellä suorakorvaustilitysmenettelyllä.

2.3.3 Hoito- ja tutkimuskorvausten kohdentuminen

2.3.3.1 Tuloluokittainen tarkastelu

Vuonna 2021 julkaistun Kelan tutkimusblogin kirjoituksen mukaan kokonaisuutena sairaanhoitovakuutuksen korvaukset jakautuvat tuloryhmittäin tarkasteltuna tasaisesti suuri- ja pienituloisille, koska lääkekorvaukset muodostavat suurimman osan korvauksista. Yksityislääkäri- ja hammaslääkäripalkkioiden korvaukset keskittyvät keski- ja suurituloisille, ja pienituloiset saavat enemmän matkakorvauksia. Erityisesti tutkimuksen ja hoidon korvaukset ja yksityishammaslääkäripalkkioiden korvaukset keskittyvät suurituloisille.¹⁹

Syyskuussa 2024 julkaistun Kelan tutkimusblogin kirjoituksen mukaan vuoden 2024 alusta tehdystä Kela-korvausten nostosta suurempi osuus kohdentui suuri- ja keskituloisille, koska he käyttivät yksityislääkäripalveluita pienituloisia enemmän. Yksityislääkärikäyntejä henkeä kohden oli systemaattisesti sitä enemmän, mitä suurituloisemmista oli kyse. Yksityislääkärikäynnit lisääntyivät varsin samankaltaisesti kaikissa tuloryhmissä vuosien 2023 ja 2024 välillä.²⁰

Kansaneläkelaitoksen tarkastelun mukaan 65 vuotta täyttäneet kävivät vuonna 2023 sekä yksityisillä yleislääkäreillä että erikoislääkäreillä sitä enemmän, mitä suurempituloisista oli kyse. Ylimmän tuloviidenneksen eläkeikäiset naiset kävivät yksityislääkäriä keskimäärin 1,3 kertaa vuoden aikana, noin kolme kertaa niin usein kuin alimman tuloviidenneksen naiset. Naisilla yleislääkärikäynnit ja erikoislääkärikäynnit jakautuivat hyvin samalla tavalla eri tuloryhmissä siten, että yleislääkärikäyntien osuus kaikista yksityislääkärikäynneistä oli kaikissa tuloryhmissä 13–14 prosenttia. Silmälääkärikäyntien osuus oli kuitenkin suurempi alemmissa tuloryhmissä. Alimmassa tuloryhmässä silmälääkärikäyntien osuus yksityislääkärikäynneistä oli 40 prosenttia, kun osuus ylimmässä tuloryhmässä oli 25 prosenttia.

Miehillä yksityislääkärikäyntejä henkeä kohden oli 0,5 ja tuloryhmien väliset suhteelliset erot olivat miehillä naisia suuremmat. Ylimmän tuloviidenneksen miehet kävivät yksityislääkäriä keskimäärin 0,9 kertaa vuoden aikana, yli neljä kertaa niin usein kuin alimman tuloviidenneksen miehet. Miehillä yleislääkärikäyntien osuus kaikista yksityislääkärikäynneistä oli kaikissa tuloryhmissä 16–17 prosenttia. Myös miehillä silmälääkärikäyntien osuus käynneistä oli riippuvainen vakuutetun tuloryhmästä.²¹

¹⁹ Mikkola & Räsänen: Kela-korvausten pienentyminen näkyy erityisesti pienituloisten korvauksissa – onko sairaanhoitojärjestelmä reilu? Kelan tutkimusblogi 22.11.2021. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721756/kela-korvausten-pienentyminen-nakyy-erityisesti-pienituloisten-korvauksissa-onko-sairaanhoitovakuutusjarjestelma-reilu?types=tutkimusblogi&categories=l%C3%A4%C3%A4kkeet&order=latest>.

²⁰ Moustgaard, Blomgren ja Nurminen: Yksityislääkärikäynnit eivät juuri lisääntyneet Kela-korvausten noston jälkeen – näin lisäeurot kohdentuivat eri tuloryhmille. Kelan tutkimusblogi 3.9.2024. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1086536/yksityislääkärikäynnit-eivat-juuri-lisaantyneet-kela-korvausten-noston-jalkeen-nain-lisaeurot-kohdentuivat-eri-tuloryhmille>.

²¹ Moustgaard, Blomgren ja Nurminen: Eläkeikäiset käyvät yleisimmin yksityisellä silmälääkäriä tai yleislääkäriä – Kela-korvauspilotti saattaa lisätä yleislääkärikäyntejä. Kelan tutkimusblogi 18.12.2024.

2.3.3.2 Alueellinen tarkastelu

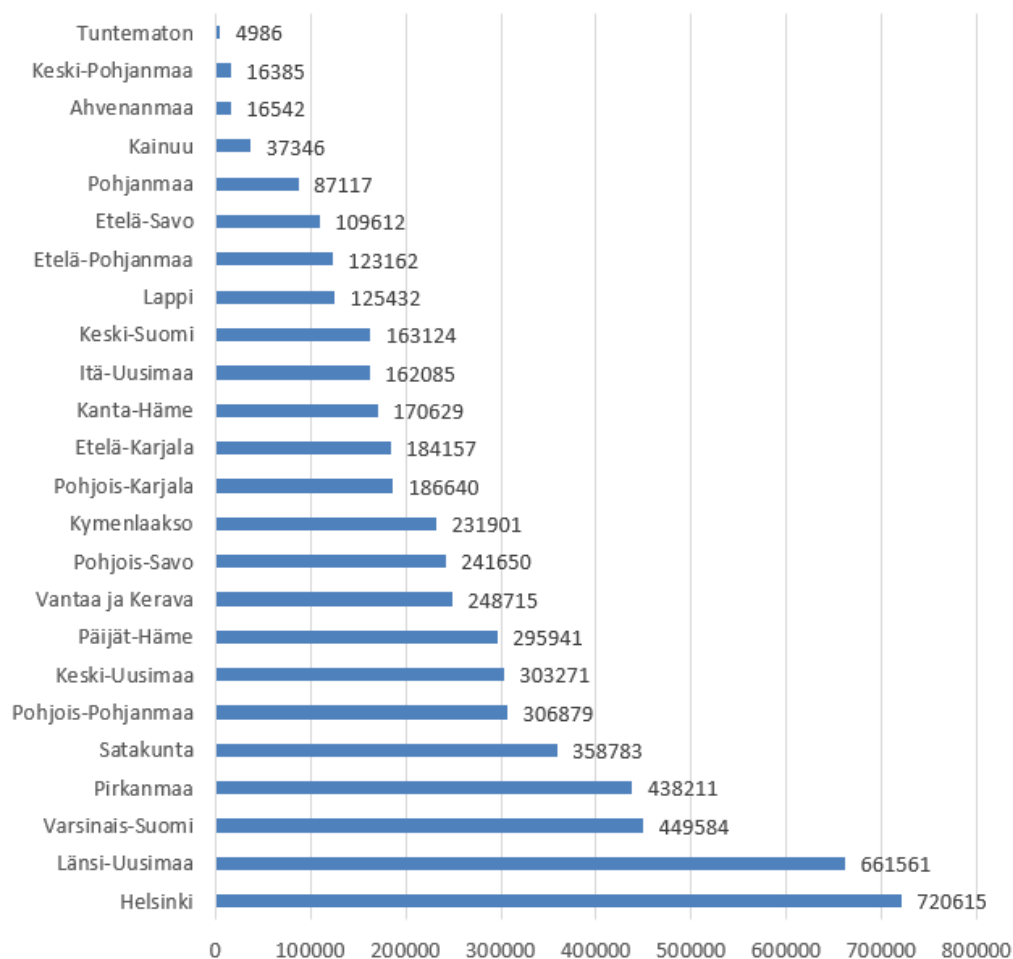
Alueellisesti tarkasteltuna yksityisiä sairaanhoitopalveluita käytetään erityisesti suurissa kaupungeissa. Vuonna 2022 hyvinvointialueiden asukkaista yli 45 prosenttia sai korvauksia yksityisestä sairaanhoidosta Varsinais-Suomessa, Satakunnassa ja Helsingissä. Vähiten korvausten saajia oli Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla, joissa saajia oli alle 30 prosenttia alueen asukkaista.²²

Kuvion 12 mukaan yksityisen sairaanhoidon korvauksia yleislääkäriin ja yleislääketieteen erikoislääkäriin käynneistä 65 vuotta täyttäneille maksetaan euromääräisesti eniten Helsingissä, Länsi-Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa ja Pirkanmaalla ja vähiten Keski-Pohjanmaalla, Ahvenanmaalla ja Kainuussa. Käyntimäärissä tarkasteltuna tilanne on hyvinvointialueittain pitkälti sama. Käyntimääriä hyvinvointialueittain 65 vuotta täyttäneillä vakuutetuilla on kuvattu kuviossa 13.

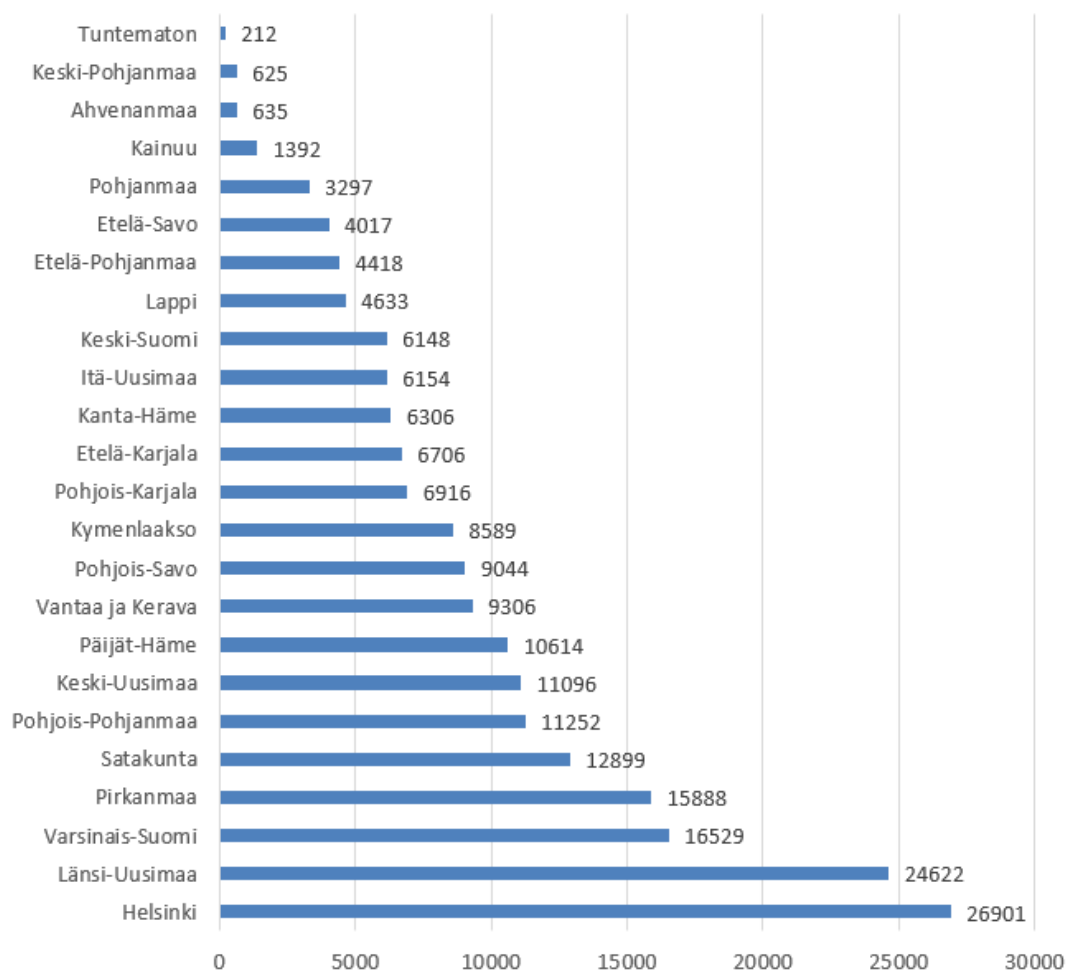
Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1145618/elakeikaiset-kayvat-yleisimmin-yksityisella-silmalaakarilla-tai-yleislaakarilla-kela-korvauspilotti-saattaa-lisata-yleislaakarikaynteja>.

²² Timo Hujanen, Kelan tutkimusblogi 28.3.2023: ”40 prosenttia suomalaisista sai Kela-korvausta yksityisestä sairaanhoidosta vuonna 2022”. Osoitteessa <https://tietotarjotin.fi/uutinen/612248/40-prosenttia-suomalaisista-sai-kela-korvausta-yksityisesta-sairaanhoidosta-vuonna-2022>.

Kuvio 12. 65 vuotta täyttäneille maksetut yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset yksityisten yleislääkärien tai yleislääketieteen erikoislääkärien vastaanotoista hyvinvointialueittain tarkasteltuna vuonna 2024. Lähde: Kelan tutkimus.



Kuvio 13. 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen Kela-korvatut yleislääkärin tai yleislääketieteen erikoislääkärin käynnit hyvinvointialueittain tarkasteltuna vuonna 2024. Lähde: Kelan tutkimus.



2.4 Toimeentulotuki

2.4.1 Lainsäädäntö

Toimeentulotuki on viimesijainen ja tilapäiseksi tarkoitettu sosiaalihuollon tukimuoto, jonka myöntäminen perustuu tarveharkintaan. Toimeentulotuella toteutetaan perustuslain 19 §:n 1 momentin mukaista oikeutta välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Toimeentulotuesta säädetään toimeentulotuesta annetussa laissa (1412/1997). Toimeentulotuki vastaa niistä välttämättömistä kuluista, jotka yhteiskunta hyväksyy korvattavaksi yksittäisissä tilanteissa ja kun henkilö ei voi saada toimeentuloaan muualta. Toimeentulotuen kautta voidaan turvata yksilöiden toimeentulo yllättävissä ja poikkeavissa tilanteissa, joten toimeentulotukijärjestelmä luo tarvittavaa joustoa sosiaaliturvajärjestelmään.

Toimeentulotuki on perhekohtainen ja perustuu perheen käytettävissä oleviin tosiasiallisiin tuloihin ja menoihin. Tuen hakijalla on laaja selvittämisvelvollisuus perheen tuloista ja menoista. Muut tulon lähteet on käytettävä ensin. Toimeentulotuessa hyväksyttäviin tuloihin ja menoihin liittyy aina harkintaa. Sellaisia menoja ei oteta huomioon toimeentulotukeen oikeuttavina, jotka korvataan tai joita vastaava etuus saadaan muulla perusteella.

Toimeentulotuki jakautuu Kansaneläkelaitoksen toimeenpanemaan perustoimeentulotukeen sekä hyvinvointialueiden toimeenpanemaan täydentävään ja ehkäisevään toimeentulotukeen. Perustoimeentulotukena huomioitavat menot koostuvat perusosasta ja muista perusmenoista.

Perusosa kattaa jokapäiväiseen kulutukseen kuuluvia menoja, joiden määrästä säädetään eri perhetyypeittäin. Niistä ei tarvitse esittää erillistä selvitystä. Perusosalla katettuihin menoihin kuuluvat toimeentulotuesta annetun lain mukaan ravintomenot, vaatemenot, vähäiset terveydenhuoltomenot sekä henkilökohtaisesta ja kodin puhtaudesta, paikallisliikenteen käytöstä, sanomalehden tilauksesta, puhelimen ja tietoliikenteen käytöstä ja harrastus- ja virkistystoiminnasta aiheutuvat menot sekä vastaavat muut henkilön ja perheen jokapäiväiseen toimeentuloon kuuluvat menot. Muina perusmenoina otetaan tarpeellisen suuruisina huomioon asumiseen ja terveydenhuoltoon liittyviä sekä muita laissa lueteltuja menoja. Muiden perusmenojen osalta tarpeellisuuden arvioiminen edellyttää harkintaa. Tarpeellisuusharkinta sisältää sekä menon että sen suuruuden tarpeellisuuden arviointia. Osasta asumismenoja hyväksyttävien menojen enimmäismäärästä säädetään valtioneuvoston asetuksella. Vakiintuneen soveltamiskäytännön mukaan muina terveydenhuoltomenoina huomioon otettavien terveyden- ja sairaanhoidon maksujen osalta edellytetään yleensä, että palvelut ovat julkisen terveydenhuollon tuottamia tai ostamia. Tähän on joitain poikkeuksia, kuten esimerkiksi tietyissä tilanteissa silmälääkärikäynnit.

2.4.2 Nykytilan arviointi ja ikääntyneiden toimeentulotukiasiakkuus

Vuonna 2023 toimeentulotuen bruttomenot olivat 778 miljoonaa euroa. Perustoimeentulotukea myönnettiin 727 miljoonaa euroa, täydentävää toimeentulotukea 29 miljoonaa euroa ja ehkäisevää toimeentulotukea 23 miljoonaa euroa. Perustoimeentulotuen rahoitus toteutuu siten, että valtio maksaa Kansaneläkelaitokselle sosiaaliturvan yleisrahastoon ennakoita Kansaneläkelaitoksen maksuvalmiuden turvaamiseksi. Kuntien osuus perustoimeentulotuen rahoituksesta on 50 prosenttia ja se toteutetaan jälkikäteen kuntien peruspalvelujen valtionosuutta vähentämällä. Täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen rahoituksesta vastaavat hyvinvointialueet, joiden rahoitus puolestaan perustuu pääosin valtion yleiskatteeseen laskennalliseen rahoitukseen.

Vuonna 2024 terveydenhuoltomenoihin maksettiin toimeentulotukea noin 60 miljoonaa euroa. Vuonna 2023 terveystarkastusmaksuja huomioitiin menona noin 25 000 kappaletta, mistä muodostui noin 793 000 euron kustannukset. Keskimääräinen huomioitu määrä henkilöä kohden oli 31,68 euroa.

Vuonna 2024 65 vuotta täyttäneistä perustoimeentulotukea sai 12 856 henkilöä, joka vastaa noin 1 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä.

Taulukko 11. Perustoimeentulotuen saajat ikäryhmän ja sukupuolen mukaan 2024.

	miehet	naiset
65–69	2 683	2 641
70–74	1 571	1 880
75–79	1 017	1 391
80–84	329	725
85–	290	843

2.5 Palvelujen tarjoaminen ja palveluun hakeutuminen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä

Julkinen ja yksityinen sektori eivät ole täydellisiä substituuotteja keskenään, eikä niiden palveluvalikoima ole sama. Tämä tulee ottaa huomioon tarkasteltaessa esimerkiksi sitä, milloin henkilö hakeutuu julkisen ja milloin yksityisen sektorin asiakkaaksi sekä mahdollisten asiakassiirtymien tarkastelussa. Asiakkaalle maksettavaksi jäävän hinnan (eli palvelun hinnan ja korvaustason erotuksen) lisäksi yksityisen tai toisaalta julkisen terveyspalvelun valintaan vaikuttavat myös muut tekijät, joihin ei voida esimerkiksi Kela-korvauksilla merkittävästi tai ollenkaan vaikuttaa. Palveluiden käyttöön vaikuttavat myös käyttäytymiseen liittyvät tekijät.

Esimerkiksi Kansaneläkelaitoksen tutkimuksessa vuodelta 2017²³ koskien korvaustason alenemisesta johtuneita muutoksia ei voitu päätellä sitä, missä määrin havaitun kehityksen syynä on ollut nimenomaan korvaustason aleneminen ja missä määrin muut tekijät. Tutkimuksen mukaan samanaikaisesti on tapahtunut useita muitakin muutoksia, jotka näkyvät palveluita käyttäneiden osuuksissa ja toteutuneissa käyntikerroissa. Esimerkiksi työllisyyden ja tulojen muutos, muutokset muiden sektoreiden (julkinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto) tarjonnassa sekä muutokset yksityisten sairauskuluvakuutusten suosiossa vaikuttavat yksityisen palvelun hinnan ja siitä maksettavan Kela-korvauksen lisäksi ihmisten halukkuuteen käyttää yksityissektorin terveyspalveluita. Tutkimuksessa pidettiin myös mahdollisena, että korvaustasossa tapahtuneiden muutosten seuraukset saattaisivat olla suurempia pidemmässä seurannassa esimerkiksi siitä syystä, että vakuutetut havahtuvat vasta viiveellä korvaustason muutokseen.

Syyskuussa 2024 Kansaneläkelaitoksen julkaisemassa tutkimusblogissa²⁴ todettiin, että vuoden 2024 alusta toteutettujen Kela-korvausten noston vaikutusta eli syy-yhteyttä käyntien määrään tai siirtymiseen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä ei voitu päätellä tehdyistä tarkasteluista.

Sen arvioimiseen, miten palveluun hakeudutaan julkisen ja yksityisen sektorin välillä nimenomaan korvaustason muutosten seurauksena liittyy huomattavia epävarmuustekijöitä.

²³ Blomgren, Maljanen & Virta (2017): Yksityisten sairaanhoitopalveluiden käyttö, kustannukset ja Kela-korvaukset vuosina 2013–2016. Työpapereita 121/2017. Osoitteessa: <https://helda.helsinki.fi/items/edd2bc2c-b450-4517-9c65-f59969d54869>.

²⁴ Moustgaard, Blomgren ja Nurminen: Yksityislääkärikäynnit eivät juuri lisääntyneet Kela-korvausten noston jälkeen – näin lisäeurot kohdentuivat eri tuloryhmille. Kansaneläkelaitoksen tutkimusblogi 3.9.2024. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/1086536/yksityislaakarikaaynnit-eivat-juuri-lisaantyneet-kela-korvausten-noston-jalkeen-nain-lisaeurot-kohdentuivat-eri-tuloryhmille>.

2.6 Yksityisen terveydenhuollon markkinat ja hinnoittelu

Yksityisasiakkaille tarjottavien terveystalveluiden markkina koostuu asiakkaista, jotka hakeutuvat vastaanotolle tai hoitoon muutoin kuin tyoterveyshuollon kautta, ja joille tarjottava palvelu ei kuulu vakuutusyhtiöiden ostamiin tai julkisen sektorin ostopalveluina hankkimiin palveluihin. Kilpailu- ja kuluttajavirasto on päätöskäytännössään katsonut, että yksityiset ja julkiset lääkäripalvelut eivät kuulu samoille relevanteille hyödykemarkkinoille. Hoitoon pääsy on huomattavasti nopeampaa yksityisessä terveydenhuollossa erityisesti kiireettömissä tapauksissa.²⁵

Yksityiset terveystalvelumarkkinat ovat kasvaneet voimakkaasti viime vuosikymmeninä. Toimialan kasvaessa terveystalvelujen tarjonta on keskittynyt pienelle joukolle suuria yrityksiä. Yritystoiminta painottuu asutuskeskuksiin, ja yksityisen alan merkitys vaihtelee huomattavasti palvelualoittain.²⁶

Huomattavan suuri enemmistö terveystalan yrityksistä sijaitsee Uudellamaalla, ja yrityskoko on pääosin verrattain pieni.²⁷ Vuonna 2018 terveydenhuoltoalan yrityksistä 88 prosenttia työllisti alle kaksi henkilöä, ja ne olivat pääosin sivu- ja osa-aikaisten yksityislääkäreiden hallinnassa. Yhtiömuotoisia 2–9 henkilön tiimiyrityksiä oli 9 prosenttia yrityksistä ja vähintään 10 henkilön työnantajayrityksiä oli 3 prosenttia. Vähintään 10 henkilön työnantajayritysten osuus lääkäriasema- ja yksityislääkäritoimintaan tilastoidusta henkilöstöstä ja liikevaihdesta oli kuitenkin vuonna 2018 noin 80 prosenttia.²⁸

Yksityisen sairaanhoidon korvauksia maksetaan erityisesti Etelä- ja Länsi-Suomen suurissa kaupungeissa. Suurissa kaupungeissa myös yksityisten terveystalveluiden tarjonta on laajempaa. Vuonna 2019 Uudenmaan osuus toimipaikkojen liikevaihdesta oli 35 prosenttia²⁹.

Kuviossa 14 on kuvattu maakunnan asukkaiden käyttämien yksityisen terveydenhuollon yleislääkäripalveluita ja yleislääketieteen erikoislääkäripalveluita tarjoavien palveluntuottajien lukumäärät maakunnittain. Hyvinvointialue tai maakunta määräytyy potilaan asuinpaikkakunnan mukaan. Sama lääkäri tai palveluntuottaja voi siten näkyä usean maakunnan tiedoissa potilaiden aluerajojen yli tapahtuvan matkustamisen vuoksi. Palveluntuottajalla tarkoitetaan toimipistettä. Koko maassa on 564 palveluntuottajaa, joiden yleislääkäri- tai yleislääketieteen erikoislääkärin käynneistä on maksettu korvauksia vuonna 2024.

²⁵ Esim. Kilpailu- ja kuluttajaviraston päätös KKV/1152/14.00.10/2016.

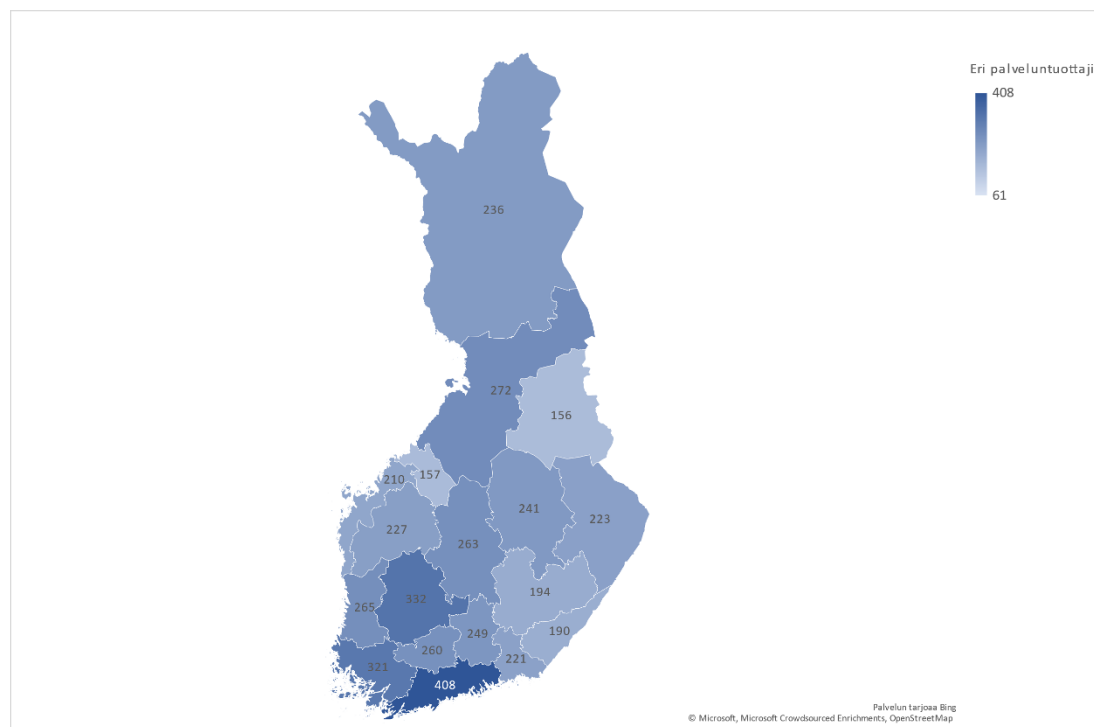
²⁶ Hiltunen, Riina (2024): Tutkimuksia yksityisen terveystalvelumarkkinan kilpailusta. Osoitteessa: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/179066/Annales%20E%20122%20Hiltunen%20DISS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

²⁷ Tilastokeskus, Yritysten toimipaikat toimialoittain ja henkilöstön suuruusluokittain 2018–2022.

²⁸ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021. Pekka Lith 2021. Osoitteessa: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>.

²⁹ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021. Pekka Lith 2021. Osoitteessa: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>.

Kuvio 14. Yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajien lukumäärät maakunnittain. Lähde: Kelan tutkimus.



Suomessa toimivien terveystaluyritysten liikevaihto koostuu useasta eri lähteestä. Asiakkaat voidaan jaotella yksityisasiakkaisiin, yritysasiakkaisiin ja julkiseen sektoriin. Noin kolmannes terveystaluyritysten liikevaihdosta kertyy yksityisasiakkaiden rahoittamista terveystaluyrityksistä.³⁰

Suomen yksityisillä yleislääkärimarkkinoilla lääkärit määrittävät palkkionsa lähtökohtaisesti itse. Tutkimuksissa on havaittu viitteitä siitä, että yleislääkäreiden osalta kireä kilpailutilanne johtaa matalampiin lääkäripalkkioihin. Tutkimuksissa on myös havaittu, että yrityksen toimintamuoto on keskeinen hinnoittelustrategian selittäjä niin yksityisasiakkaan kuin työterveyshuollonkin palveluissa.³¹

Laboratoriopalveluita tarjoavat Suomessa sekä yksityiset että julkisomisteiset palveluntuottajat. Esimerkiksi hyvinvointialueiden omistamat Islab, Fimlab, Huslab ja Nordlab ottavat vastaan yksityislääkärin tutkimusmääräyksiä. Julkisomisteisilla laboratorioilla on Suomessa noin 500

³⁰ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon ta-soisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021. Pekka Lith 2021. Osoitteessa: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>.

³¹ Mm. Hiltunen, Riina (2024). Tutkimuksia yksityisen terveystaluyrityksen kilpailusta sekä Buri ym. (2024) The ones that got away? Stealth consolidation in the Finnish private healthcare market.

toimipisteen verkosto. Yksityiset lääkäriyritykset pääosin välittävät laboratoriopalveluita, ja näytteiden analysointi tehdään suurissa yksityisissä keskuslaboratorioissa.

3 Tavoitteet

Esityksen 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.

Esityksen tavoitteena on hallitusohjelman mukaisesti keventää hyvinvointialueiden kuormitusta ja purkaa perusterveydenhuollon hoitonoja. Tavoitteena on 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.

Tavoitteena on kehittää sellaisia palveluiden käyttöön ja hinnoittelun ohjaamiseen liittyviä elementtejä, jotka lisäisivät Kela-korvausten vaikuttavampaa kohdentumista, kuten hintakattoa. Tällä tavoitteellaan asiakassiirtymiä julkisesta terveydenhuollosta yksityiseen terveydenhuoltoon, kun korkeampi korvaustaso koituisi asiakkaan eduksi ja mahdollistaisi siten yksityisten palveluiden valitsemisen. Tavoitteena on poistaa vakuutettujen taloudellisia esteitä valita yksityinen palveluntuottaja.

Tavoitteena on myös edelleen vahvistaa asiakkaiden valinnanvapautta mahdollistamalla yleislääkäritasoisien hoitopaikan valinta eri sektoreiden välillä nykyistä laajemmin, kun yleislääkärin vastaanoton omavastuuosuus olisi enintään vastaavan julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun suuruinen. Valinnanvapaus voisi edistää potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta ja parantaa asiakkaan kokemusta palvelun laadusta.

Lisäksi mahdollistettaisiin nopeampi ensikontakti yleislääkäriin, koska yksityisessä terveydenhuollossa ei ole lääkärikäyntiä edeltävää hoidon tarpeen arviointia. Tavoitteena on tällä tavoin parantaa terveyspalveluiden saatavuutta asiakkaan näkökulmasta ja saada tietoa sellaisen toimintamallin toimivuudesta, jossa yleislääkärille pääsyä ei edellä hoidon tarpeen arviointi.

Esityksen vaikutuksista saatuja tietoja hyödynnettäisiin tulevaisuudessa myös perusterveydenhuollon palveluiden ja omalääkärimallien kehittämisessä. Esityksen seurauksena saataisiin tietoa asiakkaiden hoitopoluista ja eri terveydenhuollon sektorien rajapintoihin liittyvistä mahdollisista ongelmista.

4 Ehdotukset ja niiden vaikutukset

4.1 Keskeiset ehdotukset

Sairausvakuutuslakiin ehdotetaan säädettäväksi uusi väliaikainen 3 a luku. Luvussa säädettäisiin 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksista. Esityksen mukaan 65 vuotta täyttäneillä vakuutetuilla olisi oikeus saada korvausta yleislääkärin vastaanottokäynneistä siten, että omavastuuosuus olisi enintään julkisen perusterveydenhuollon lääkärikäynnistä perittävän asiakasmaksun suuruinen (28,20 euroa vuonna 2025). Vakuutettu maksaisi itse omavastuuosuuden, ja loput vastaanottokäynnin hinnasta korvattaisiin hoito- ja tutkimuskorvauksilla. Tämä ehdotetaan toteutettavaksi

säättämällä korvattavan käynnin enimmäishinnasta eli hintakatosta. Hintakatolla määriteltäisiin palveluntuottajan palvelusta perimälle hinnalle enimmäishinta, johon sisältyisi hoito- ja tutkimuskorvauksilla korvattava osuus ja vakuutetun omavastuuosuus. Palveluntuottaja määrittäisi tällöin palvelunsa hinnan hintakaton puitteissa. Palveluntuottaja ei saisi erikseen periä poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja. Valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin siitä, mitä maksuja palveluntuottaja voi periä vakuutetulta.

Korvausten maksamisen edellytyksenä olisi, että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottaja on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen esitykseen sisältyvien palveluiden tuottamisesta. Tällaisen sopimuksen tekemisen edellytyksenä olisi, että palveluntuottaja olisi tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen suorakorvausmenettelystä.

Lisäksi laissa säädettäisiin korvattavien lääkärikäyntien käyntirajoituksista. Vakuutetulle voitaisiin korvata lääkärikäyntejä enintään kolme kalenterivuodessa. Lääkäripalkkion korvaus voitaisiin maksaa enintään yhdeltä vastaanottokäynniltä vuorokaudessa.

Lisäksi ehdotetaan, että 65 vuotta täyttäneille vakuutetuille korvattaisiin osa erikseen määriteltävien tutkimusten kustannuksista. Vakuutetulle korvattaisiin kustannukset vain sellaisista tutkimuksista, jotka on määrätty esityksessä tarkoitetulla yleislääkärikäynnillä. 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.

Esityksessä ehdotetaan, että lääkärikäynneille määriteltäisiin enimmäishinnat (hintakatot). Enimmäishintojen perusteista säädettäisiin erikseen tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Asetuksessa säädettäisiin esimerkiksi enimmäishintojen rakenteesta, eli mitä kustannuksia enimmäishinnoissa huomioitaisiin.

Korvattavien lääkärikäyntien sekä hoidon ja tutkimuksen enimmäishinnat, korvaustaksat ja korvattavien vastaanottokäyntien ja tutkimusten luettelon vahvistaisi Kansaneläkelaitos. Kansaneläkelaitoksen tulisi kuulla sosiaali- ja terveysministeriötä valmistellessaan enimmäishintojen, korvaustaksojen ja korvattavien vastaanottokäyntien ja tutkimusten luettelon vahvistamista.

Kaikkien vakuutettujen oikeus voimassa oleviin sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisiin hoito- ja tutkimuskorvauksiin säilyisi ennallaan. Näin ollen 65 vuotta täyttäneet vakuutetut olisivat esitykseen sisältyvien 3 a luvun mukaisten korvausten lisäksi oikeutettuja myös muihin yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksiin. Samalta vastaanottokäynniltä ei kuitenkaan voitaisi maksaa sekä ehdotetun uuden 3 a luvun mukaista korvausta että voimassa olevan 3 luvun mukaista Kela-korvausta, pois lukien sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemiseksi tehdyistä lääkärintodistuksista tai -lausunnoista maksettavat 3 luvun mukaiset korvaukset. Näistä lääkärintodistuksista ja -lausunnoista voisi siis saada korvauksen tässä esityksessä ehdotetun lääkäripalkkion korvauksen lisäksi samalta vastaanottokäynniltä.

Ehdotetut sairausvakuutuslain muutokset olisivat voimassa 31.12.2027 saakka. Hallitusohjelman mukaisesti Kela-korvauksiin osoitetaan määräraikaista rahoitusta Kela-korvausjärjestelmän kehittämiseen ja perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseen. Lain määräraikaisen voimassaolon perusteena on myös se, että hallitusohjelman mukainen perusterveydenhuollon palveluiden kehittäminen on kesken.

Lisäksi toimeentulotuesta annettua lakia muutettaisiin siten, että sairausvakuutuslakiin lisättäviksi ehdotettavien lääkärinpalkkioiden ja tutkimuksen ja hoidon korvausten omavastuuosuudet otettaisiin huomioon muina perusmenoina toimeentulotukea myönnettäessä.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

4.2.1 Yleistä vaikutusten arvioinnista

Vaikutusarvioinneissa on otettu huomioon myös Kansaneläkelaitoksen vahvistamaan enimmäishintojen ja korvaustaksojen luetteloon arvioidut enimmäismäärät ja korvaustaksat.

Kokonaisuudessaan on epävarmaa, missä määrin esitettävät lainmuutokset ja rahoituksen ohjaaminen Kela-korvauksiin tosiasiallisesti ohjaisivat henkilöiden palvelujen käyttöä. Korvaukset ja korvausten korotukset eivät välttämättä myöskään toisi uutta kysyntää yksityisen sektorin palveluihin, vaan ne voisivat kohdistua jo entuudestaan yksityisen sektorin palveluita käyttäville henkilöille. Ei ole myöskään mahdollista luotettavasti arvioida sitä, kuinka paljon ehdotetut muutokset pysyttäisivät henkilöitä yksityisen terveydenhuollon palvelujen piirissä ja miten tämä ehkäisisi julkisen terveydenhuollon kuormituksen kasvamista. Toisaalta ei voida myöskään luotettavasti ennakoida, kuinka suuri osa julkisen terveydenhuollon asiakkaista siirtyisi käyttämään ainakin osittain yksityisen terveydenhuollon palveluja. Toisin sanoen esityksen arviot yksityiseen terveydenhuoltoon siirtyvistä asiakkaista perustuvat oletuksiin. Mainittujen epävarmuuksien vuoksi esityksen vaikutusten arviointi on tehty perustuen oletuksiin ja skenaarioihin siitä, kuinka korvatut yksityisen sektorin käyntimäärät sekä korvausmenot voisivat muuttua esityksessä ehdotettuihin ja esitykseen liittyviin muutoksiin varatun määrärahan puitteissa.

Julkiseen talouteen kohdistuvien vaikutusten arvioinnissa on käytetty oletuksena, että esityksen mukaisiin lääkäripalveluihin siirtyisi noin 620 000 vakuutettua ja lääkärikäyntejä näillä vakuutetuilla olisi yhteensä kalenterivuodessa noin 1 080 000. Arvio perustuu 65 vuotta täyttäneiden aikaisempaan Kela-korvausten käyttöön. Lisäksi on arvioitu, että noin 30 prosenttia julkista avosairaanhoidoa käyttäneistä 65 vuotta täyttäneistä potilaista siirtyisi käyttämään esityksen mukaisia yksityisiä lääkäripalveluita. Julkisesta terveydenhuollosta siirtyneiden arvioidaan käyvän esityksen mukaisella yleislääkärikäynnillä kaksi kertaa kalenterivuodessa. Lisäksi arviossa on otettu huomioon, että väestön raportoitu tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve on 12,6 prosenttia ja huomioitu, että vastaava osa 65 vuotta täyttäneestä väestöstä kävisi esityksen mukaisella lääkärikäynnillä kerran kalenterivuodessa.³² Taulukossa 12 kuvataan arvioitua asiakkaiden sekä käyntien määrää julkisella ja yksityisellä sektorilla lakien voimassaolon aikana.

Taulukko 12. 65 vuotta täyttäneiden arvioidut Kela-korvatut yleislääkärikontaktit ja potilaiden määrät vuodessa jaoteltuna julkisessa terveydenhuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa tapahtuviin käynteihin.

Lääkäri	Julkinen		Yksityinen	
	Hoitotapahtumat	Potilaat	Hoitotapahtumat	Potilaat
Määrä	1 735 939	487 179	1 079 215	622 098

³² Nguyen, L. ja Häkkinen, U., 2022. Koettu tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve ja terveyspalvelujen käyttö. Osoitteessa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/145565>.

Muutos vuodesta 2023	-624 233	-312 117	+884 709	+487 430
----------------------------	----------	----------	----------	----------

Vaikutusten arvioinnissa on ennakoitu, että Kansaneläkelaitos esityksen mukaisesti vahvistaisi enimmäishintojen luettelon, ja sen mukaisten Kela-korvausten korvaustaksojen ja vakuutettujen omavastuuosuuksien olevan taulukon 13 mukaiset. Taulukossa 13 esitetään myös ennakoitua Kansaneläkelaitoksen vahvistamat esityksen mukaisella lääkärikäynnillä määrättyjen tutkimusten enimmäishinnat.

Alla olevassa tutkimusluettelossa on pyritty ennakoimaan kohderyhmälle tehtävät tavallisimmat tutkimukset, jotka sisältyisivät tutkimusluetteloon, jonka Kansaneläkelaitos vahvistaisi erikseen.

Sydän- ja verisuonitaudit, joihin kuuluvat muun muassa verenpainetauti sekä sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöt, ovat Suomessa merkittävä tautitaakan aiheuttaja. Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ovat tupakointi, kohonnut verenpaine, suurentunut plasman kolesterolipitoisuus, lihavuus, vähäinen liikunta ja tyypin 2 diabetes³³. Yli 65-vuotiailla on perusteltua seurata näitä riskitekijöitä laboratoriotutkimuksilla, joista keskeisimpiä ovat paastoverensokeri (fS-gluk), pitkäaikaista sokeriaineenvaihdunnan tasapainoa kuvaava glykosyloitunut hemoglobiini (HbA1c) ja lipidit (S-kol, S-LDL, S-HDL, S-trigly).

Kuvantamistutkimuksista keuhkokuva (Thx-röntgen) on 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä tarpeellinen paitsi keuhkojen infektioiden ja mahdollisten kasvainpäälyjen poissulkemiseksi, myös sydämen vajaatoiminnan diagnostiikassa. Sydänfilmi (EKG) puolestaan on perustutkimus sydämen toiminnan sekä rytmii- ja johtumishäiriöiden tunnistamiseen.

Sairauksien erotusdiagnoosiin näkökulmasta edellisten lisäksi keskeisiä ovat myös perusverenkuva (PVK) ja kilpirauhasen vajaatoiminnan toimintaa kuvaavan tyreoidiaa stimuloivan hormonin (TSH) mittaukset. Kilpirauhasen vajaatoiminnan oireet voivat olla samankaltaisia kuin sydän- ja verisuonisairauksien eri vaiheissa. Sydän- ja verisuonisairauksiin ja lievään munuaisvaurioon liittyvä virtsan albumiinin ja kreatiniinin suhde (U-AlbKre) on keskeinen tutkimus diabetes- ja verenpainepotilaiden diagnostiikassa ja hoidossa. Myös kalium (K), natrium (Na) ja munuaisten toimintaa kuvaava kreatiniini (Krea) ja maksasoluvaurioiden ja -tulehdusten tutkimuksessa käytettävä alaniiniaminotransferaasi (ALAT) ovat keskeisiä tutkimuksia esityksen kohderyhmässä.

Ikääntyneillä infektiot saattavat heikentää yleisvointia ja kroonisten sairauksien hoitotasapainoa. Tästä syystä perusverenkuva (PVK) ja C-reaktiivisen proteiinin (CRP) mittauksien yhteydessä on perusteltua tehdä myös pika- ja vieritutkimuksia. Virtsatieinfektion selvittämiseksi voidaan tehdä virtsan bakteeriviljely ja kemiallinen seulonta (U-BaktVi ja U-KemSeul). Akuutin infektion hoito on näin ollen mahdollista heti, kun se on lääkärin vastaanoton jälkeen laboratoriotutkimuksella tunnistettu. Tavoitteena on vähentää lääkärikäyntejä ja nopeuttaa diagnosointia, mikä myös vähentää kokonaiskustannuksia. Perusverenkuva yhteydessä tutkitaan myös verihutaleet (PVK+T), jotta poikkeavuuksiin voitaisiin puuttua.

³³ Jousilahti ym. Viisi merkittävintä riskitekijää selittää maailmanlaajuisesti puolet sydän- ja verisuonisairastavuudesta. Duodecim 2024; 140(8); 605–6.

Läsnävastaanottoa koskevan lääkärinpalkkion enimmäishinnan arvioinnissa on käytetty pohjana yleisimmän, 20 minuutin mittaisen lääkärin vastaanottokäynnin hintatietoja. Valtakunnallinen yleislääkärien hintajakauman mediaani 20 minuutin mittaiselle lääkärikäynnille on 72 euroa. 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.

Laboratoriotutkimuksien hintakatto-oletuksina on käytetty julkisomisteisten laboratorioyriyten hinnoittelua, kun vakuutettu saapuu tutkimuksiin yksityislääkärin läheteellä.

Taulukko 13. Esityksen mukaiset lääkärin vastaanotot sekä lääkärikäynnillä määrättävien tutkimusten ennakoitu luettelo, palvelukohtaiset enimmäishinnat ja korvaustaksat vuonna 2025.

Toimenpide /Koodi	Enimmäishinta (euroa)	Mahdollinen korvaus, kiinteä taksa (euroa)	Asiakkaan omavastuu (euroa)
Yleislääkärikäynnit			
Läsnävastaanotto	100	71,8	28,2
Videovastaanotto	70	41,8	28,2
Puheluvastaanotto	50	21,8	28,2
Näytteenottomaksu	30	15	15
Laboratoriotutkimukset			
2474 B -PVK+T Perusverenkuva ja trombosyytit	6	3	3
2382 S -Na Natrium	4	2	2
2001 S -K Kalium	4	2	2
2143 fS-Krea Kreatiniini	4	2	2
1216 S -CRP C-reaktiivinen proteiini	6	3	3
1026 S -ALAT Alaniiniaminotransferaasi	4	2	2
4587 P -AFOS Alkalinen fosfataasi	4	2	2
1185 S -Bil Bilirubiini	4	2	2
1468 fP-Gluk Glukoosi	4	2	2
6128 B -HbA1c Hemoglobiini-A1c	12	6	6
1881 U -KemSeul Kemiaallinen seulonta	8	4	4
1155 U -BaktVi Bakteeri, viljely	12	6	6
2095 fS-Kol Kolesterol	4	2	2
2099 fS-Kol-HDL Kolesterol	4	2	2
2097 fS-Kol-LDL Kolesterol	4	2	2
2770 fS-Trigly Triglyseridit	4	2	2
2832 S-TSH Tyreotropiini	12	6	6
4511 U-AlbKre Albumiinin ja kreatiinin suhde	14	7	7
Muut tutkimukset			
1270 Pt-EKG-12 EKG, 12 kytKentää levossa	47	23,5	23,5

GD1AA Keuhkojen röntgen (Thorax)	97	48,5	48,5
----------------------------------	----	------	------

4.2.2 Taloudelliset vaikutukset

4.2.2.1 Vaikutukset julkiseen talouteen ja sairausvakuutuksen kuluihin

Vuonna 2024 yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausmenot olivat noin 143,3 miljoonaa euroa. Vuoden 2025 yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausmenojen arvioidaan olevan yhteensä noin 205 miljoonaa euroa, josta tämän esityksen osuus olisi 28,8 miljoonaa euroa.

Esitettyjen muutosten arvioidaan lisäävän Kela-korvausmenoja yhteensä vuonna 2025 noin 28,8 miljoonaa euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi noin 14,8 miljoonaa euroa. Vuosina 2026 ja 2027 Kela-korvausmenojen arvioidaan kasvavan vuosittain noin 86,5 miljoonaa euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi noin 44,5 miljoonaa euroa vuodessa. Vuonna 2025 lääkärikäyntien osuus korvausten kasvusta olisi noin 25,8 miljoonaa euroa ja tutkimusten noin 3,0 miljoonaa euroa. Vuosina 2026 ja 2027 lääkärikäyntien osuus korvausten kasvusta olisi vuosittain noin 77,5 miljoonaa euroa ja tutkimusten noin 9,0 miljoonaa euroa. Laskelmissa on käytetty kappaleessa 4.2.1 esitettyjä arvioita esityksessä tarkoitettuihin lääkäripalveluihin siirtyvien asiakkaiden ja käyntien määrästä ja oletusta, että tutkimuksista maksettavat korvaukset muodostuisivat noin 8,4 euron suuruisiksi jokaista käyntiä kohden.

Esityksen mukaiset lääkärikäyntien ja lääkärin määräämien tutkimusten omavastuuosuudet voitaisiin huomioida muina perusmenoina perustoimeentulotuessa. Julkisen perusterveydenhuollon asiakasmaksut huomioidaan menona perustoimeentulotuessa nykyisellään, joten esityksen ei arvioida lääkärikäyntien osalta kasvattavan perustoimeentulotukimenoja. Esityksessä korvattavat tutkimukset ovat julkisessa terveydenhuollossa kuitenkin vakuutetuille maksuttomia, joten korvattavien tutkimusten omavastuuosuuksien huomioiminen perustoimeentulotuessa lisäisi toimeentulotuen kustannuksia. Vaikutusten toimeentulotukimenoihin arvioidaan olevan vuonna 2025 noin 15 000 euroa ja vuosina 2026 ja 2027 vuosittain noin 45 000 euroa.

Esityksen arvioidaan lisäävään Kansaneläkelaitoksen toimintamenoja ja henkilötöyvuosien tarvetta kymmenellä henkilötöyvuodella, mikäli kokeiluun liittyvät tilitykset käsitellään sähköisellä tilitysmenettelyllä, kuten nykyisessä suorakorvausmenettelyssä. Esityksen vaikutus Kansaneläkelaitoksen toimintamenoihin arvioidaan olevan vuosittain vuosina 2025–2027 noin 1 miljoona euroa, josta valtion rahoitusosuus olisi noin 750 000 euroa.

Ehdotettujen muutosten oletetaan lisäävän yksityisen sektorin palvelujen käyttöä erityisesti yleislääkärin vastaanottojen osalta. On kuitenkin vaikeaa ennakoida, kuinka suuri osa yksityissektorin arvioiduista lisäkäynneistä tulisi siirtymänä hyvinvointialueiden toiminnasta. Oletettavasti osa yksityisen sektorin käyntimäärän kasvusta tulisi jo ennestään yksityissektorin palveluja käyttävien henkilöiden käyntimäärän kasvusta, osa niiden henkilöiden käynneistä, jotka ovat käyttäneet hyvinvointialueen palveluja ja osa niiden henkilöiden käynneistä, jotka eivät ylipäätään ole käyttäneet terveyspalveluja hyvinvointialueella tai muutoin. Yksityisten terveyspalveluiden käytön kasvuun voi vaikuttaa myös mahdollinen patoutunut palveluiden tarve.

Yksityisen sektorin oletetun käyntimäärän kasvun arvioidaan hidastavan jossakin määrin hyvinvointialueiden kustannusten kasvua. Esimerkiksi kalliin vuokratyövoiman ja ostopalvelujen käytön arvioidaan mahdollisesti voivan vähentyä. Hyvinvointialueille

kohdentuvien taloudellisten vaikutusten arviointi sisältää kuitenkin paljon epävarmuuksia, eikä näitä taloudellisia vaikutuksia ole siten pystytty arvioimaan euromääräisesti.

Ehdotettujen muutosten vuoksi hoitoon pääsy voisi hyvinvointialueilla parantua, mikä voisi puolestaan tuoda hyvinvointialueiden hoidon piiriin henkilöitä, jotka eivät ole hakeneet palveluja hyvinvointialueilla paikoin olevien pitkien odotusaikojen vuoksi. Tämä puolestaan voisi tuoda kustannuksia hyvinvointialueille ainakin lyhyellä tähtäimellä. Piilossa olevaan hoidon tarpeeseen vastaaminen vähentäisi kuitenkin jossain määrin riskiä sairauksien pahenemiseen ja vaikuttaisi siten osaltaan päivystyksen ja erikoissairaanhoidon kustannuksia laskevasti pitkällä tähtäimellä. Näille epäsuorille vaikutuksille ei kuitenkaan ole pystytty laskemaan euromääräisiä taloudellisia vaikutusarvioita.

Ehdotettujen muutosten vaikutukset eri hyvinvointialueille vaihtelisivat sen mukaan, kuinka laajaa yksityisten palveluiden tarjonta alueella on. Lisäksi hyvinvointialueiden jonotilanne voisi vaikuttaa siihen, kuinka herkästi asiakkaat siirtyisivät yksityissektorille.

Ehdotetut muutokset eivät vähentäisi hyvinvointialueiden velvoitteita järjestää perusterveydenhuollon palveluja. Onkin tarpeen seurata ehdotusten vaikutuksia palvelujen saantiin hyvinvointialueilla sekä hyödyntää tietoja yksityisen sairaanhoidon korvausjärjestelmän mahdollisessa jatkokehittämisessä.

Yksityiseen terveydenhuoltoon tehdyistä matkoista on maksettu korvauksia vuosittain noin 4–5 miljoonaa euroa. Yksityiseen terveydenhuoltoon tehdyistä matkoista maksettujen korvauksien arvioidaan kasvavan esityksen johdosta, mutta samoissa määrin julkiseen terveydenhuoltoon tehdyistä matkoista maksettujen korvauksien vähentyvän. Matkakorvausmenot voivat kasvaa, jos julkisten ja yksityisten terveystalouksien yhteenlaskettu käyttö esityksen seurauksena kasvaa. Vakuutettujen keskimääräinen matka perusterveydenhuoltoon voi esityksen johdosta lyhentyä, jos yksityinen palveluntuottaja sijaitsee julkista lähempänä. Ristikkäisten vaikutusten vuoksi matkakorvausten ei arvioida esityksen vuoksi lisääntyvän merkittävästi.

4.2.2.2 Vaikutukset kotitalouksiin

Esitys muuttaisi voimassa olevaa sääntelyä siten, että 65 vuotta täyttäneet vakuutetut voisivat hakeutua yksityiseen terveydenhuoltoon yleislääkärille enintään julkisen perusterveydenhuollon lääkärikäynnin asiakasmaksua vastaavalla vakuutetulle kohdistuvalla omavastuulla. Vakuutetun maksettavaksi jäävä osuus voisi myös olla julkisen perusterveydenhuollon asiakasmaksua pienempi, mikäli palveluntuottaja on päättänyt tarjota lääkärikäyntejä edullisemmin. Hyvinvointialueet tekevät itsenäisesti päätökset siitä, minkä suuruisia asiakasmaksuja ne alueellaan julkisen perusterveydenhuollon käynneistä perivät. Asiakasmaksujen enimmäismääristä säädetään laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa asetuksessa (912/1992). On mahdollista, että joillakin hyvinvointialueilla ei peritä enimmäismääristä asiakasmaksua tai asiakasmaksua lainkaan. Se, tulisiko vakuutetulle edullisemmaksi käydä yleislääkärillä yksityisellä vai julkisella sektorilla, riippuisi siitä, mihin hintaan palveluntuottajat tuottaisivat yleislääkärikäyntejä ja minkä suuruisia asiakasmaksuja vakuutetun hyvinvointialue perii.

Lääkärikäynnistä terveyskeskuksessa voidaan periä asiakasmaksu enintään kolme kertaa kalenterivuodessa. Vaihtoehtoisesti voidaan periä vuosimaksu, jonka suuruus on enintään 56,40 euroa kalenterivuodessa. Jos asiakas ei suorita vuosimaksua, häneltä voidaan periä 28,20 euron suuruinen kertamaksu kaikilta käynneiltä. Esityksessä ehdotetaan, että 65 vuotta täyttänyt voisi saada korvauksen kolmesta lääkärikäynnistä kalenterivuoden aikana. Mikäli hyvinvointialue

perii enimmäismääräisiä asiakasmaksuja lääkärikäynneistä, olisivat kustannukset asiakkaalle lääkärikäyntien osalta saman tasoiset tai lähes saman tasoiset kumpaa tahansa sektoria käytettäessä. Yksityisen terveydenhuollon omavastuuosuudet eivät kerrytä terveydenhuollon maksukattoa, mikä voi vaikuttaa paljon terveyspalveluita käyttävän maksurasitukseen.

Jos vakuutetulla olisi tarvetta kolmea useammalle lääkärikäynnille, hän saisi käyntirajoituksen ylittävistä käynneistä voimassa olevan lainsäädännön mukaisen Kela-korvauksen. Tällöin kustannukset vakuutetulle olisivat suuremmat kuin julkisessa perusterveydenhuollossa. Toisaalta asiakkaan on aina mahdollista hakeutua myös julkisen perusterveydenhuollon piiriin.

Julkisen perusterveydenhuollon asiakasmaksut huomioidaan menona perustoimeentulotuessa, mikä mahdollistaa julkisen terveydenhuollon lääkäripalveluiden käyttämisen yhtäläisesti kaikissa tuloryhmissä. Esityksen mukaisten lääkärikäyntien ja lääkärin määräämien tutkimusten omavastuu voitaisiin huomioida muina perusmenoina toimeentulotuessa. Tämä mahdollistasi myös kaikista pienituloisimpien 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden käynnit yksityisessä terveydenhuollossa.

Esityksen piiriin kuuluvien tutkimusten kustannuksista vakuutetulle korvattaisiin puolet enimmäishinnoista. Vakuutetun itse maksettavaksi jäisi arviolta noin 17–30 euron kustannukset määrätyistä tutkimuksista riippuen. Julkisessa terveydenhuollossa tutkimukset ovat asiakkaalle maksuttomia, joten vakuutetun kannalta julkisen terveydenhuollon tarjoamat tutkimukset olisivat jatkossakin edullisempia. Vakuutetulle lääkärikäynnistä koituvat kokonaiskustannukset riippuisivat siitä, tarvitaanko hänen hoitonsa määrittämiseksi erillisiä tutkimuksia. 65 vuotta täyttäneet saisivat tutkimuksista suuremman korvauksen kuin nuorempiin ikäryhmiin kuuluvat vakuutetut nykytilassa saavat niistä tutkimuksista, jotka ovat korvattavia, mikä parantaisi 65 vuotta täyttäneiden taloudellista asemaa niissä tilanteissa, kun heidän hoitonsa edellyttäisi tutkimuksia yksityisessä terveydenhuollossa.

Sairausvakuutuslain perusteella korvataan yksityiseen terveydenhuoltoon tehdystä matkasta aiheutuneet kustannukset vain, jos yksityisessä terveydenhuollossa annettu hoito tai suoritettu tutkimus on sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa. Tutkimusten korvattavuuden palauttaminen määräaikaaisesti erikseen määriteltujen tutkimusten osalta tarkoittaisi, että matkoista näihin tutkimuksiin voisi saada matkakorvauksen. Tällä olisi merkitystä etenkin pienituloisten sekä esteettömiä ajoneuvoja, kuten esteettömiä takseja, käyttävien kotitalouksien kannalta.

Esityksellä ei olisi taloudellisia vaikutuksia alle 65-vuotiaisiin henkilöihin, sillä heidän osaltaan yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset pysyisivät muuttumattomina.

4.2.2.3 Vaikutukset yrityksiin

Yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajien ja toimipaikkojen määrät ovat kasvaneet vuosittain. Vuoden 2022 lopussa Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valviran luvalla³⁴ toimi 1 034 yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajaa ja 8 728 toimipaikkaa.

³⁴ Ennen sosiaali- ja terveydenhuollon valvonnasta annetun lain (741/2023) voimaantuloa toiminimiyrittäjät eivät tarvinneet Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontavirasto Valviralta lupaa toiminnalle, vaan tiedot yritystoiminnasta ilmoitettiin aluehallintovirastoille. Vuoden 2024 alusta lukien kaikkien palveluntuottajien tiedot yhdistettiin Soteri-rekisteriin. Soteri-rekisterin julkista tietopalvelua

Yksityisen sairaanhoidon korvauksiin oikeuttavien kokonaiskustannusten osuus lääkäriasema- ja yksityislääkärialan yritystoimipaikkojen liikevaihdosta oli keskimäärin 26 prosenttia vuonna 2019. Edellä mainittu liikevaihto-osuus oli vähintään kolmanneksen Satakunnassa, Kymenlaaksossa, Ahvenanmaalla, Päijät-Hämeessä ja Kanta-Hämeessä.³⁵ Toisaalta ei ole tietoa siitä, miten korvatut käynnit yksityisessä terveydenhuollossa jakautuvat eri kokoisten yritysten välillä.

Esitettyjen muutosten oletetaan lisäävän yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttöä. Tällä olisi yksityisten palveluntuottajien näkökulmasta myönteinen vaikutus. Toisaalta on mahdollista, että tarjonta ei kykenisi täysin vastaamaan mahdollisesti lisääntyvään kysyntään esimerkiksi sellaisilla alueilla, joilla yksityislääkärien määrä 65 vuotta täyttäneitä väestöä kohden on matalin (kuten Pohjanmaa, Etelä-Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa ja Kainuu). Esityksen mukaisten lääkärikäyntien kysyntää voisivat rajoittaa asiakkaiden epävarmuus korvattavien palveluiden sisällöstä ja kustannuksista sekä mahdolliset alueittain vaihtelevat erot palveluiden tarjonnassa.

Merkittävä enemmistö yleis- ja erikoislääkäreiden vastaanotoista tapahtuu lääkärikeskusten toimitiloissa. Ammatinharjoittajina toimivat lääkärit hinnoittelevat omat vastaanottonsa ja tilittävät osan tuloistaan huoneenvuokrana lääkärikeskukselle. Lääkärikeskus puolestaan hinnoittelee toimistomaksut ja muut vastaavat maksut sekä lääkärin vastaanottoa tukevat palvelut. Nämä muodostavat toisiaan täydentävien palvelujen kokonaisuuden, ja usein palvelut ostetaan samalta palveluntuottajalta. Kela-korvausten muutokset saattavat aiheuttaa muutoksia yritysten terveystalouden hinnoitteluun, millä saattaa olla vaikutusta yritysten väliseen hintakilpailuun. Vaikka lääkärit hinnoittelevatkin omat palvelunsa, voisi lääkäriasemilla olla kannustimia pyrkiä vaikuttamaan lääkärin hinnoitteluun.

Esityksessä ehdotetaan säädettäväksi lääkärinpalkkion omavastuuosuuden enimmäismäärästä. Omavastuuosuus voisi kuitenkin olla myös matalampi. Omavastuuosuuden joustavuuden voidaan katsoa lisäävän kilpailua palveluntuottajien välillä.

Ehdotus yleislääkärikäynteihin ja tutkimuksiin asetettavista hintakatoista vaikuttaisi yritysten hinnoitteluun. Aiemmin Kela-korvausten muutosten yhteydessä on tunnistettu riski siitä, että Kela-korvausten korotukset eivät hyödyttäisi asiakasta, vaan ne valuisivat palveluntuottajien perimiin hintoihin. Valmistelussa on myös tunnistettu hintakaton asettamiseen liittyviä ongelmia. Mikäli asetettavat hintakatot vastaisivat palveluntuottajan muutenkin tarjoamaa hintaa, palveluntuottajalle syntyisi kannustin tarjota palveluita hintakaton mukaisella enimmäishinnalla. Mikäli hintakatot asetettaisiin palveluntuottajan näkökulmasta liian matalalle, voisi palveluntuottajalle syntyä kannustin olla tuottamatta palvelua ja palvelut kohdennettaisiin enemmän sellaisille asiakkaille, joiden palveluita hintakatot eivät koskisi. Toisin sanoen liian matalalle tasolle asetetut hintakatot voisivat estää esityksessä tarkoitettujen palveluiden tarjonnan syntymisen.

Hintakattojen asettamiseen liittyy myös riski siitä, että se johtaa kartellinomaiseen käyttäytymiseen, mikäli eri palveluntuottajat hinnoittelisivat palvelunsa hintakattojen tasolle.

ei ole vielä helmikuuhun 2025 mennessä avattu, joten täsmällisiä tietoja toiminimiyrittäjien määrästä ei ole saatavissa.

³⁵ Lääkäripalvelujen markkinat – Tilastollinen raportti yksityisen ja julkisen perusterveydenhuollon tasoisten lääkäripalvelujen kysynnästä ja tarjonnasta koko maassa ja maakunnittain 2019–2021. Pekka Lith 2021. Osoitteessa: <https://www.hyvinvointiala.fi/raportti-laakaripalvelujen-markkinat-2019-2021-pekka-lith/>.

Riski on sitä suurempi, mitä korkeammalle hintakatot asetetaan kilpailulliseen hintatasoon verrattuna. Mikäli palveluntuottajat pitäisivät hintakattojen tasoa liian matalana, palveluntuottajille saattaisi myös syntyä kannustimia korottaa muista palveluista perimiään hintoja.

Laboratoriotutkimusten korvattavuudesta arvioidaan voivan aiheutua jossain määrin muutoksia laboratoriopalveluiden käyttöön yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Osa julkisomisteisista laboratorioista ottaa asiakkaita vastaan yksityislääkärin määräyksellä. Julkisomisteisten laboratorioiden (mm. Fimlab) kustannuksista ei kuitenkaan makseta Kela-korvausta, koska ne katsotaan julkisiksi palveluntuottajiksi. Lisäksi julkisomisteisia laboratorioita koskee julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista annetun lain (1397/2016, hankintalaki) 15 §, jonka mukaan sidosyksiköille sallitun ulosmyynnin määrää on rajoitettu siten, että sidosyksikkö voi myydä palveluitaan muille kuin siinä määräysvaltaa käyttäville hankintayksiköille ainoastaan enintään 500 000 eurolla ja 5 prosenttia vuotuisesta liikevaihdostaan. Sääntelystä seuraa, että julkisomisteiset laboratoriot eivät voisi myydä tutkimuksia yksityisasiakkaille yli edellä mainittujen ulosmyyntirajojen, mikä rajoittaa niiden mahdollisuutta toimia yksityisillä markkinoilla. Hyvinvointialueesta annetun lain (611/2021) 131 ja 132 §:n mukaan hyvinvointiyhtyminä toimivat laboratoriot voivat myydä palveluita markkinoilla ilman toiminnan yhtiöittämistä, jos kyse on satunnaisesta tai markkinavaikutuksiltaan vähäisestä toiminnasta. Hyvinvointiyhtyminä toimivat muun muassa Islab ja Nordlab.

Esitykseen sisältyvän ehdotuksen mukaan yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajan on tehtävä sopimus Kansaneläkelaitoksen kanssa voidakseen tuottaa esityksessä tarkoitettuja korvattavia palveluita. Arvioidaan, että näiden sopimusten tekemisessä saattaa olla viiveitä lain voimaantulon jälkeen, mikä vaikuttaisi yrityksiin sillä tavoin, että esityksessä tarkoitettujen palveluiden tuottaminen saattaisi alkaa eri palveluntuottajilla hieman eriaikaisesti. Tämä vaikutus on kuitenkin pitkälti riippuvainen siitä, miten moni palveluntuottaja tahtois tehdä sopimuksen Kansaneläkelaitoksen kanssa ja miten nopeaa sopimusten tekeminen on sekä siitä, olisiko palveluntuottajalla jo valmiiksi suorakorvaussopimus Kansaneläkelaitoksen kanssa.

Mikäli ammatinharjoittajat tahtoisivat alkaa tuottamaan esityksessä tarkoitettuja palveluita yritysmuodossa, tulisi heidän rekisteröityä valtakunnalliseen palveluntuottajien rekisteriin Soteriin. Helmikuusta 2025 alkaen sosiaali- ja terveydenhuollon yksin toimiva ammatinharjoittaja voi aloittaa toimintansa jätettyään rekisteröintihakemuksen Soteriin, eikä päätöstä rekisteröinnistä tarvitse odottaa. Sääntelyä sovelletaan myös 1.2.2025 vireillä oleviin hakemuksiin. Muutoksen seurauksena uusien toimijoiden markkinoille tulossa ei olisi rekisteröinnistä aiheutuvia viiveitä. Uusien yritysten markkinoille tuloa voisivat kuitenkin hidastaa edellä kuvatut sopimuksen tekemiseen liittyvät syyt. Lisäksi useamman henkilön yrityksen kohdalla rekisteröinnistä voi aiheutua viiveitä toiminnan aloittamiseen, sillä tällaisten yritysten on odotettava päätöstä rekisteröinnistä.

Lisäksi on arvioitu, että lääkärikeskusten ja ammatinharjoittajien välisiin sopimuksiin olisi tarpeen tehdä sopimusmuutoksia esityksen seurauksena. Näiden muutostarpeiden ei kuitenkaan arvioida merkittävästi hidastavan esityksessä tarkoitettujen palveluiden tuottamisen aloittamista.

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.

4.2.3 Vaikutukset viranomaisiin

4.2.3.1 Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Esityksen valmisteluvaiheessa tehty laskelmat yksityisen terveydenhuollon korvattavien käyntien muutoksista perustuvat oletuksiin, ja oletukset näiden käyntimuutosten vaikutuksista hyvinvointialueiden palvelujen kysyntään sisältävät monista syistä runsaasti epävarmuuksia.

Jos 65 vuotta täyttäneestä väestöstä noin 30 prosenttia aiemmin julkisen perusterveydenhuollon lääkäripalveluita käyttäneistä henkilöistä siirtyisi käyttämään yksityisiä lääkäripalveluja Kela-korvausten tukemana, voisivat hoitoon pääsyn jonotusajat hyvinvointialueiden järjestämässä perusterveydenhuollossa lyhentyä lääkärikäyntien osalta. Vaikutukset voisivat vaihdella hyvinvointialueittain, koska yksityisessä terveydenhuollossa toimivien lääkäreiden määrä väestöä kohden vaihtelee alueittain. On myös mahdollista, että osa yksityiseen terveydenhuoltoon lääkärin vastaanotolle siirtävistä henkilöistä olisi julkisessa terveydenhuollossa asioinut vain hoitajan vastaanotolla, jolloin julkiseen perusterveydenhuoltoon kohdentuvat vaikutukset näkyisivät erityisesti hoidon tarpeen arvioinnin tai hoitajavastaanottojen potilasmäärien keventymisenä.

Kun vakuutettu olisi saanut korvauksia esityksen mukaisesta yleislääkärikäynnistä vuotuisen enimmäismäärän, yksityisen terveydenhuollon palveluiden käyttöä jatkaisivat todennäköisemmin keski- ja suurituloiset henkilöt, koska sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisten Kela-korvausten jälkeen vakuutetulle jää maksettavaksi huomattavasti suurempi omavastuuosuus. Toisaalta korvattavien yleislääkärikäyntien enimmäismäärä, kolme käyntiä kalenterivuodessa, riittäisi suurimmalle osalle vakuutettuja. On kuitenkin mahdollista, että hyvinvointialueiden työ painottuisi entistä enemmän sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien ja pitkäaikais- tai monisairaiden henkilöiden hoitoon ja siten usein vaativampia palveluja tarvitsevien henkilöiden hoitoon. Mikäli pitkäaikais- tai monisairailta henkilöillä on jo olemassa hoitosuhde julkisen puolen terveydenhuollossa tai tarvetta moniammatillisille palveluille, ei heidän välttämättä ole tarkoituksenmukaista siirtyä yksityisen terveydenhuollon käyttäjiksi. Toisaalta hyvinvointialueilla vapautuisi resursseja tämän väestöryhmän hoitoon, jos osa niistä henkilöistä, joiden on mahdollista maksaa palveluista enemmän, siirtyisi käyttämään yksityisiä palveluita tai jatkaisi yksityisten palveluiden käyttämistä.

Rajoitukset korvattavien lääkärikäyntien lukumäärään saattaisivat ohjata paljon lääkäripalveluita tarvitsevia asiakkaita siirtymään yksityisestä terveydenhuollosta hyvinvointialueen palveluihin, jos käyntejä tarvittaisiin enemmän kuin käyntirajoituksen mukainen enimmäismäärä. Käyntirajoitukset voisivat vaikuttaa hyvinvointialueisiin myös siten, että asiakkaan hoito kertaantuisi julkisessa terveydenhuollossa, mikäli riittäviä potilasasiakirjoja ei saataisi ja syntyisi tarvetta esimerkiksi päällekkäisille tutkimuksille. Tämä voisi johtaa pahimmillaan terveydenhuollon resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Vaikutus on kuitenkin pitkälti riippuvainen siitä, miten tiedonsiirto eri terveydenhuollon sektorien välillä toimii. Lisäksi lääkärikäynteihin asetettavat enimmäishinnat saattavat ohjata vastaanottokäyntien pituutta siten, että asiakkaat voivat joutua monimutkaisemmissa hoitoa vaativissa tapauksissa hakeutumaan julkiseen terveydenhuoltoon.

Asiakas voisi hakeutua laboratoriotutkimuksiin myös hyvinvointialueen omistamaan laboratorioon, mikäli laboratorio hyväksyy yksityislääkärin tutkimusmääräyksiä. Tutkimusten kustannuksista ei kuitenkaan maksettaisi Kela-korvauksia. On mahdollista, että tästä syystä aiemmin julkisomisteisissa laboratorioissa asioineet asiakkaat hakeutuisivat tutkimuksiin yksityisiin laboratorioihin. Julkisomisteisilta laboratorioilta lausuntopalautteissa saatujen tietojen mukaan näiden laboratorioden kustannustehokkuus perustuu tutkimusten volyyymiin.

Tämä tarkoittaa, että mikäli tutkimusmäärät julkisomisteisissa laboratorioissa vähenisivät merkittävästi, heikentyisi niiden kustannustehokkuus. Jotkin palveluntuottajat arvioivat, että mikäli asiakassiirtymä tutkimusten osalta julkiselta yksityiselle olisi suurta, se voisi johtaa jopa julkisten laboratorioiden palveluverkoston harvenemiseen kustannustehokkuuden heikentymisen seurauksena. Kustannustehokkuuden heikentyminen merkitsisi hyvinvointialueille sitä, että yksittäisen tutkimuksen yksikkökustannus olisi aiempaa suurempi.

Yksityisessä terveydenhuollossa asiakas voi hakeutua suoraan lääkärin vastaanotolle ilman erillistä hoidon tarpeen arviointia. Mikäli terveydenhuollon palveluiden saatavuus esityksen seurauksena paranisi ja vakuutetut pääsisivät nopeammin lääkäriin, voisi se vähentää tarvetta päivystyskäynneille. Varhainen puuttuminen terveysongelmiin voi ehkäistä myöhempää tarvetta erikoissairaanhoidolle tai sairaalahoidolle, millä olisi positiivisia vaikutuksia sekä yksilön terveyden että julkisen talouden näkökulmasta.

Hyvinvointialueiden henkilöstö työskentelee suuren paineen alaisena muun muassa henkilöstöpulan vuoksi. Lääkärien ja hammaslääkärien osa-aikainen työskentely on yleistynyt viime vuosina. Viiden yliopiston ja Suomen Lääkäriliiton yhteistyönä vuonna 2023 toteuttaman työmarkkinatutkimuksen mukaan lääkärien osa-aikatyö yleistyy edelleen. Tutkimukseen vastanneista joka neljäs työskenteli osa-aikaisessa työsuhteessa. Osa-aikaisen työskentelyn yleisin syy vastanneilla oli työn aiheuttama kuormitus.³⁶ On mahdollista, että ehdotetut muutokset helpottaisivat hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon jonotilannetta ja työtaakkaa ja siten myös henkilöstön työpainetta.

Kunta- ja hyvinvointialuetyönantajat KT:n syksyllä 2023 tekemän kyselyn³⁷ mukaan lähes kaikista terveydenhuollon ammattilaisista on pulaa hyvinvointialueilla. Lääkäri- ja hammaslääkäripula oli pahinta perusterveydenhuollossa. Yksityisten palveluiden tarjonnassa on merkittäviä alueellisia eroja. Yksityisellä sektorilla työskentelevien lääkäreiden määrä suhteessa 65 vuotta täyttäneeseen väestöön vaihtelee huomattavasti lähteestä ja laskentatavasta riippuen. Yksityisten käyntien määrän voidaan kuitenkin odottaa kasvavan eniten alueilla, joilla yksityislääkäreiden määrä suhteessa väestöön on keskimääräistä korkeampi, kuten Lapissa ja Helsingissä, ja vähiten alueilla, joilla yksityislääkäreiden määrä on matalampi, kuten Kainuussa.

Koska esitettyjen muutosten on tarkoitettu olevan voimassa määräaikaaisesti, ei esityksen arvioida aiheuttavan merkittävästi henkilöstön siirtymistä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille. On kuitenkin mahdollista, että esimerkiksi jo osa-aikaisena työskentelevät lääkärit saattaisivat lisätä työtuntejaan yksityisellä sektorilla.

Esityksen arvioidaan lisäävän 65 vuotta täyttäneiden yleislääkärikäyntejä yksityisessä terveydenhuollossa. Mikäli merkittävä osuus arvioidusta käyntien lisäyksestä muodostuisi henkilöistä, jotka ovat aiemmin käyttäneet julkisen perusterveydenhuollon palveluita, kohdistuisi esityksestä välillisiä vaikutuksia myös julkisen perusterveydenhuollon käyttäjiin. Hoitoon pääsyn voidaan arvioida nopeutuvan julkisessa perusterveydenhuollossa, mikäli merkittävä osuus aiemmin palveluita käyttäneistä siirtyisi hoitoon yksityiselle sektorille. Mikäli

³⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö: Lääkäri 2023 – Kyselytutkimus vuosina 2012–2021 valmistuneille lääkäreille. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2024:13. Osoitteessa: https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/165701/STM_2024_13_rap.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

³⁷ KT-lehti 19.4.2024, Juho Ruskoaho: ”Hyvinvointialueilla on pahin pula lääkäreistä ja sosiaalityöntekijöistä”. Osoitteessa: <https://www.ktlehti.fi/2024/2/pahin-pula-on-laakareista-ja-sosiaalityontekijoista>.

esityksen seurauksena terveydenhuollon palveluiden saatavuus molemmilla sektoreilla parantuisi, voisi sillä olla vaikutuksia myös julkisen erikoissairaanhoidon kuormitukseen, jos nopeammalla ensikontaktilla lääkäriin voitaisiin vähentää terveysongelmien pahenemista ja tarvetta erikoissairaanhoidolle tai jopa päivystyskäynneille. Lisäksi on mahdollista, että hoitotakuuajkojen pidentyminen julkisessa avosairaanhoidossa entisestään lisäisi asiakkaiden hakeutumista yksityiseen sairaanhoitoon.

4.2.3.2 Vaikutukset Kansaneläkelaitokseen ja vakuutuskassoihin

Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi tulisi valmistella palveluntuottajien kanssa tehtävä sopimus, tehdä sopimukset palveluntuottajien kanssa ja seurata sopimusten noudattamista. Esityksen mukaisesti Kansaneläkelaitos myös vahvistaisi lääkärin vastaanottokäynneille ja korvattaville tutkimuksille enimmäishinnat ja korvaustaksat. Kansaneläkelaitoksen tulisi seurata säännöllisesti korvausvarojen riittävyyttä. Tarvittaessa Kansaneläkelaitos voisi muuttaa vastaanottokäynneille ja tutkimuksille vahvistettuja enimmäishintoja ja korvaustaksia.

Esitetyt muutokset edellyttäisivät Kansaneläkelaitoksen tietojärjestelmään tehtäviä muutoksia. Samoin järjestelmätoimittajien ylläpitämiin ohjelmistoihin tulisi tehdä muutoksia. Muutokset edellyttäisivät uusien lomakkeiden tekemistä sekä Kansaneläkelaitoksessa että järjestelmätoimittajilla. Kansaneläkelaitoksen tulisi vahvistaa myös korvaustaksat ja lisätä ne taksaluetteloon.

Kansaneläkelaitoksen tulisi lisäksi huolehtia siitä, että asiakkaita, yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia, järjestelmätoimittajia sekä terveydenhuollon toimintayksiköitä tiedotettaisiin ja ohjeistettaisiin riittävästi. Kela.fi -sivustolle tulisi perustaa päivitettävä listaus niistä palveluntuottajista, jotka tuottaisivat esityksen mukaisia palveluita. Asiakkaiden yhteydenotot Kansaneläkelaitokseen tulisivat todennäköisesti lisääntymään, ja Kansaneläkelaitoksen tulisi tiedottaa ja viestiä muutoksista kattavasti myös sisäisesti sekä huolehtia korvauskäsittelijöiden ja asiakaspalvelijoiden osaamisen varmistamisesta ja kouluttamisesta.

Kansaneläkelaitokseen tulevien korvaushakemusten määrä tulisi lisääntymään esityksen seurauksena. Ratkaisutyössä otettaisiin huomioon lääkärikäyntien käyntirajoitteet ja laboratoriotutkimusten rajoitteet yksittäisten vakuutettujen osalta, mikä kasvattaisi korvauskäsittelijöiden työmäärää. Korvauskäsittelijöiden työmäärää kasvattaisivat myös osaltaan hylättävät hakemukset sekä niihin liittyvät liikamaksujen takaisinperinnät, joiden lukumäärä tulisi todennäköisesti lisääntymään korvattavien käyntien rajoitusten vuoksi. Yksityisillä terveydenhuollon palveluntuottajilla ei aina ole tietoa siitä, onko vakuutettu käynyt toisella yksityisellä terveydenhuollon palveluntuottajalla, ellei vakuutettu tätä itse kerro tai käynti ei ole todettavissa esimerkiksi Kanta-palvelujen kautta. Tällöin syntyy riski, että vakuutettu saisi suorakorvauksen, vaikka olisikin jo käyttänyt esityksen mukaiset lääkärikäynnit saman kalenterivuoden aikana. Lähtökohtaisesti liikaa maksettu etuus tai korvaus peritään takaisin, ellei ole perusteita luopua osin tai kokonaan takaisinperinnästä.

Yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajan luokse tehtävien matkojen korvausten toimeenpano on Kansaneläkelaitokselle haastavaa voimassa olevien sairausvakuutuslain säännösten perusteella, ja ehdotetut muutokset voisivat vaikeuttaa matkakorvausten lain mukaista toimeenpanoa entisestään. Tämä johtuu siitä, että Kela-taksipalveluiden tuottajilla ei ole tietoa siitä, onko asiakkaan yksityisen terveydenhuollon käynti lain mukaan korvattava vai ei. Myöskään Kansaneläkelaitos ei lähtökohtaisesti selvitä käynnin syytä, kun matka on tehty julkiseen tai yksityiseen terveydenhuoltoon.

Esityksen arvioidaan lisäävään Kansaneläkelaitoksen toimintamenoja ja henkilötyövuosien tarvetta kymmenellä henkilötyövuodella, mikäli esityksen mukaisiin korvattaviin palveluihin liittyvät tilitykset käsitellään sähköisellä tilitysmenettelyllä, kuten nykyisessä suorakorvausmenettelyssä. Mikäli sähköinen suorakorvausmenettely ei olisi käytössä, olisivat vaikutukset Kansaneläkelaitoksen toimintamenoihin ja henkilötyövuositarpeeseen huomattavasti isommat.

Esitetyt muutokset aiheuttavat useissa vakuutuskassoissa sääntömuutostarpeita. Muutosten arvioidaan siten aiheuttavan hallinnollista työtä vakuutuskassoissa.

4.2.4 Muut yhteiskunnalliset vaikutukset

4.2.4.1 Vaikutukset kansalaisten asemaan

Esitetyillä muutoksilla tavoitellaan muun muassa sitä, että taloudellinen kynnys hakeutua yksityisen terveydenhuollon palveluihin olisi nykyistä matalampi ja entistä useammalla vakuutetulla olisi taloudellinen mahdollisuus halutessaan käyttää julkisen terveydenhuollon sijasta tai ohessa yksityistä terveydenhuoltoa. Esityksen mukaisiin korvattaviin käynteihin sisältyisi jatkossakin asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus. Lääkärikäynnin omavastuuosuuden esitetään vastaavan enintään julkisen terveydenhuollon avosairaanhoidossa perittävää enimmäismääräistä asiakasmaksua. Kaikilla hyvinvointialueilla ei peritä lainkaan asiakasmaksua terveyskeskuksen lääkärikäynneistä, joten joillakin alueilla asiakkaalle saattaa edelleen olla edullisempaa asioida julkisessa terveydenhuollossa. Sellaisilla alueilla, joissa perusterveydenhuollon lääkärikäynnistä peritään asiakasmaksulain mukainen enimmäismääräinen asiakasmaksu, asiakkaalle ei välttämättä taloudellisesti syntyisi eroja siitä, kävisikö hän lääkärin vastaanotolla julkisessa vai yksityisessä terveydenhuollossa. Toisaalta kilpailun seurauksena asiakkaan omavastuuosuus yksityisestä lääkärikäynnistä voisi myös olla ehdotettua enimmäismäärää matalampi, jolloin alueesta riippuen asiakkaalle voisi olla edullisempaa asioida yksityisessä terveydenhuollossa.

Lääkärin määräämien tutkimusten osalta vakuutetun mahdollisuudet valita palveluntuottaja paranisivat siinä tapauksessa, jos vakuutettu on aiemminkin asioinut yksityisen palveluntuottajan laboratorio- ja kuvantamispalveluissa ja jatkaa siellä asioimistaan. Näistä tutkimuksista ei nykytilassa makseta korvauksia kuin psykiatrian erikoislääkärin, hammaslääkärin tai suu- ja leukakirurgian erikoislääkärin määräämänä, ja tutkimuskohtaiset korvaukset ovat matalia. Ehdotetulla tutkimusten korvausmallilla esimerkiksi verikokeiden kustannukset vakuutetulle olisivat noin 17–30 euron luokkaa määräytyistä tutkimuksista ja omavastuuosuuksista riippuen. Lääkärikäynnin omavastuuosuuden ja tutkimusten kustannusten voidaan kuitenkin edelleen arvioida aiheuttavan joillekin henkilöille taloudellisen esteen hakeutua hoitoon yksityiseen terveydenhuoltoon. Julkisessa terveydenhuollossa tehdyt tutkimukset ovat asiakkaalle maksuttomia, joten edelleen joissakin tapauksissa asiakkaan voi olla taloudellisesti kannattavampaa hakeutua hoitoon julkiseen terveydenhuoltoon.

Mikäli esityksen seurauksena siirtyisi huomattava määrä asiakkaita yksityiseen terveydenhuoltoon, voisi sillä olla myönteinen vaikutus myös niiden henkilöiden näkökulmasta, jotka käyttävät vain julkista perusterveydenhuoltoa. Heidän osaltaan palveluiden saatavuus paranisi ja nopeutuisi, jos osa aiemmin julkisella sektorilla hoidetuista henkilöistä hoidettaisiin yksityisellä sektorilla. Kansalaiset hyötyisivät siitä, että odotusajat julkiseen perusterveydenhuoltoon lyhentyisivät, jos aiempaa suurempi osa väestöstä hakeutuisi yksityissektorille esityksen seurauksena Kela-korvausten tukemana. Tämä välillinen vaikutus kansalaisten asemaan koskisi kaikkia julkisen perusterveydenhuollon asiakkaita iästä riippumatta.

Lisäksi esitetyt korvaukset voisivat parantaa terveyspalveluiden saatavuutta erityisesti niiden vakuutettujen osalta, joilla ei ole pitkäaikaissairautta tai laajaa tarvetta sosiaali- ja terveyspalveluiden kokonaisuudelle, vaan joiden terveyspalveluiden tarve olisi pistemäistä. Nämä vaikutukset voivat kuitenkin vaihdella alueellisesti palveluiden tarjonnan mukaisesti.

Yli 12 prosenttia suomalaisista koki tyydyttämätöntä palvelutarvetta vuonna 2017³⁸ ja vuoden 2022 Terve Suomi-tutkimuksen³⁹ mukaan 24,8 prosenttia suomalaisista 65 vuotta täyttäneistä kokee saaneensa riittämättömästi lääkärin vastaanottopalveluita ja 16,7 prosenttia kokee saaneensa riittämättömästi hoitajan vastaanottopalveluita. Palveluiden saatavuuden parantuminen sekä julkisella että yksityisellä sektorilla esityksen seurauksena voisi madaltaa kansalaisten kynnystä hakeutua palveluiden piiriin ja siten kattaa osan tyydyttämättömästä palvelutarpeesta 65 vuotta täyttäneiden osalta. Tämä puolestaan voisi edesauttaa sairauksien nopeampaa havaitsemista ja tarpeellisen hoidon aloittamista, mikä osaltaan voisi ehkäistä erikoissairaanhoidon tarvetta myöhemmässä vaiheessa.

Muutoksilla ei todennäköisesti olisi vaikutusta niiden henkilöiden yksityisten terveyspalveluiden käyttöön, jotka korvausten tasosta riippumatta käyttäisivät yksityisiä palveluita. Niihin henkilöihin, jotka käyttävät työterveyshuollon sairaanhoidon palveluita tai joilla on yksityinen sairauskuluvakuutus⁴⁰, esityksellä ei olisi vaikutusta tai vaikutukset olisivat vähäisemmät.

Sairausvakuutuslain mukaisia matkakorvauksia voi saada matkasta yksityisen terveydenhuollon palveluun, mikäli palvelu on sairausvakuutuslain mukaan korvattava. Näin ollen korvattavuuden laajentuminen tutkimusten osalta lisäisi vakuutettujen mahdollisuuksia asioida yksityisessä terveydenhuollossa. Yksityisen terveydenhuollon palveluita ei ole yhtäläisesti saatavilla alueittain, vaan joillakin alueilla matka yksityiseen terveydenhuoltoon voi olla pitkä, ja tällöin matkakorvauksen saaminen saattaa tosiasiallisesti vaikuttaa vakuutetun mahdollisuuksiin valita käyttää yksityistä terveydenhuoltoa julkisen terveydenhuollon sijasta. Suuri osa yksityisten terveyspalvelujen tuottajista toimii eteläisessä Suomessa ja suurimmissa kaupungeissa, joissa hoitoon pääsyn arvioidaan siten olevan pitkien etäisyyksien seutuja helpompaa. Lisäksi suuri osa matkakorvauksista kohdentuu iäkkäille henkilöille. Esimerkiksi vuonna 2015 kaikista matkakorvauksista saaneista henkilöistä 6,9 prosentille maksettiin puolet kaikista matkakorvauksista, ja näistä henkilöistä puolestaan 44 prosenttia oli yli 70-vuotiaita. Suhteellisesti eniten matkakorvauksia maksettiin Lapissa ja Kainuussa, pitkien välimatkojen alueilla.⁴¹ Esityksen hoitoon pääsyä edistävien vaikutusten arvioidaan siten korostuvan erityisesti iäkkäiden ja sairastavien, pitkien välimatkojen alueilla asuvien vakuutettujen kohdalla siltä osin, kuin heillä on tarve päästä tutkimuksiin, jotka ovat korvattavia.

³⁸ Nguyen, L. ja Häkkinen, U., 2022. Koettu tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve ja terveyspalvelujen käyttö. Osoitteessa: <https://www.julkari.fi/handle/10024/145565>.

³⁹ Koskela, T., Ikonen, J., & Parikka, S. (2023). Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022: Lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi – työikäisten psyykkinen kuormittuneisuus lisääntynyt.

⁴⁰ Vuonna 2022 yli 64-vuotiaiden kotitalouksissa 10 prosentilla oli sairauskuluvakuutus. Tilastokeskus: <https://stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2024/sairauskuluvakuutusten-kannattavuus-laskussa-maara-edelleen-kasvanut>.

⁴¹ Kelan tutkimusblogi 14.9.2016: Matkakorvaukset kohdentuvat pienelle joukolle. Osoitteessa: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/728213/matkakorvaukset-kohdentuvat-pienelle-joukolle?q=matkakorvaukset>.

Yksityisen terveydenhuollon palvelunkäyttäjä on kuluttajan asemassa ja häntä suojaa kuluttajansuojalaki (38/1978). Palveluita käyttävällä on esimerkiksi turvanaan kuluttajansuojalaissa säädetty oikeussuojakeinot, mikäli palvelussa on virhe. Samoin kuluttajansuojalain mukaisesti palveluntuottajan on annettava asiakkaalle palvelun hintatiedot siinä vaiheessa, kun hän on ostamassa tai varaamassa palvelua. Julkiset terveydenhuoltopalvelut (hyvinvointialueen itse tuottamat tai ostopalvelusopimuksella hankkimat) sen sijaan eivät kuulu kuluttajansuojalain piiriin. Palveluseteliasiakas on tästä poikkeus, sillä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain (569/2009) mukaisesti palveluseteliasiakkaan ja palveluntuottajan välistä sopimussuhdetta koskevat sopimuksen sisällön mukaan määräytyvät kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

4.2.4.2 Vaikutukset sukupuolten tasa-arvoon

Suomen väestöstä 65 vuotta täyttäneitä naisia oli noin 4,8 prosenttia enemmän kuin miehiä vuonna 2023. Pääosa 65 vuotta täyttäneistä on eläkkeensaaajia ja heidän keskimääräinen kokonaiseläkkeensä vuonna 2024 oli 2100 euroa kuukaudessa. Miesten eläkkeet ovat keskimäärin korkeampia kuin naisten eläkkeet.

Sairausvakuutuslain hoito- ja tutkimuskorvauksia koskevat säännökset ovat saman sisältöiset kaikille vakuutetuille sukupuolesta riippumatta ja korvauksia myönnetään samoin perustein. Sairaanhoidokorvausten saajat kuitenkin jakaantuvat sukupuolittain palveluiden erilaisen käytön vuoksi. Vuonna 2024 lääkärinpalkkioiden korvausten saajista oli naisia noin 60 prosenttia ja miehiä noin 40 prosenttia. Lääkärinpalkkioista naisille on korvattu eniten yleislääkärin, naistentautien ja synnytysten sekä silmätautien erikoislääkärin palkkioita. Miehillä on korvattu eniten yleislääkärin, ortopedian ja traumatologian sekä silmätautien erikoislääkärin palkkioita. Vuonna 2024 yleislääkärin tai yleislääketieteen erikoislääkärin palkkioista Kela-korvauksia maksettiin 58 190 miehelle (43 %) ja 76 029 naiselle (57 %). Koska naiset käyttävät miehiä enemmän myös julkisen terveydenhuollon palveluita, voidaan olettaa, että esityksen vaikutukset kohdentuisivat jossain määrin enemmän naisiin kuin miehiin.

4.2.4.3 Vaikutukset lapsiin ja nuoriin

Ehdotetuilla muutoksilla ei katsota olevan välittömiä vaikutuksia lapsiin ja nuoriin. Mikäli muutosten seurauksena julkisen terveydenhuollon kuormitus vähentyisi, saattaisivat myös julkisessa terveydenhuollossa hoidettavina olevat lapset ja nuoret hyötyä mahdollisesti vapautuneesta kapasiteetista julkisessa terveydenhuollossa.

4.2.4.4 Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksiin

Esitys liittyy perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiseen oikeuteen riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Perustuslain 19 §:n 3 momentti velvoittaa julkista valtaa turvaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut sekä edistämään väestön terveyttä. Esitys liittyy myös perustuslain 6 §:ään, jonka mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännös ilmaisee paitsi vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta myös ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta. Siihen katsotaan sisältyvän mielivallan kielto ja vaatimus samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa. Perustuslain 6 §:n 2 momentin mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan muun muassa iän, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella.

Sairausvakuutuslain mukaiset hoito- ja tutkimuskorvaukset maksetaan nykytilassa kaikille vakuutetuille samoin, lainsäädännössä säädetyn perustein. Kansaneläkelaitoksen korvauskäytäntö on valtakunnallista. Korvauspäätöksistä on muutoksenhakuoikeus

sosiaaliturva-asioden muutoksenhakulautakuntaan ja edelleen vakuutusoikeuteen. Siten hoito- ja tutkimuskorvausten toimeenpano on lähtökohtaisesti valtakunnallisesti yhdenvertaista, eikä korvauksen määrä tai sen saaminen sinänsä riipu vakuutetun asuinpaikasta.

Yksityisen terveydenhuollon Kela-korvatut palvelut ovat luonteeltaan julkisia palveluita täydentäviä ja toimintamalli niissä on erilainen kuin julkisissa palveluissa. Yksityisessä terveydenhuollossa ei ole käytössä vastaavaa hoidon tarpeen arviointia kuin julkisessa perusterveydenhuollossa. Yksityisen sairaanhoidon Kela-korvauksia maksetaan nykytilassa lääkärin vastaanotosta ilman, että asiakkaan hoidon tarvetta on ennalta arvioinut terveydenhuollon ammattihenkilö, edellyttäen kuitenkin, että kyse on sairausvakuutuslaissa tarkoitetusta tarpeellisesta sairaanhoidosta. Koska ehdotettu määräaikainen lainsäädäntö perustuu nykyiseen Kela-korvausjärjestelmään ja sen periaatteisiin sekä yksityisen terveydenhuollon toimintalogiikkaan, ei se sisällä yksilökohtaista terveydentilan ja hoidon tarpeen arviointia lääkärin vastaanotolle pääsyn edellytyksenä. Tämä saattaa asettaa asiakkaita keskenään eriarvoiseen asemaan verrattaessa julkisen ja yksityisen terveydenhuollon käyttöä.

Yleislääkärin vastaanottokäynnistä vakuutetun maksettavaksi jäävät kustannukset vastaisivat enintään julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnistä perittävää enimmäismääräistä asiakasmaksua. Ehdotetut muutokset parantaisivat 65 vuotta täyttäneiden mahdollisuuksia valita, hakeutuvatko he hoitoon julkiseen perusterveydenhuoltoon vai yksityiselle palveluntuottajalle. Aiemmin yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset ovat keskittyneet suurituloisille, eikä kaikilla vakuutetuilla ole ollut tosiasiallista mahdollisuutta käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita niistä vakuutetulle koituneiden korkeiden kustannusten vuoksi. Esityksellä poistettaisiin vakuutettujen taloudellisia esteitä valita palveluntuottaja eri sektorien väliltä. Tämä parantaisi erityisesti pienituloisten 65 vuotta täyttäneiden asemaa ja hoitoon pääsyn mahdollisuuksia. Toisaalta vakuutetulle mahdollisesti lääkärikäynnillä määrätty tutkimukset eivät olisi maksuttomia, kuten julkisessa perusterveydenhuollossa. Esitetyistä hintakatoista ja korvauksista johtuen asiakkaan maksettaviksi jäävät kustannukset jäisivät kuitenkin suhteellisen pieniksi. Vakuutetulla olisi myös mahdollisuus hakeutua tutkimuksiin julkisen perusterveydenhuollon puolelle.

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten taso on laskenut ja on pitkään ollut niin matala, ettei korvausten ole voitu katsoa tosiasiallisesti tukevan hoitoon pääsyä. Lisäksi hoito- ja tutkimustoimenpiteiden korvattavuutta supistettiin vuoden 2023 alusta, minkä seurauksena suurin osa hoidon ja tutkimuksen korvauksista lakkautettiin. Kuten esityksen osiossa 2.3.3.1 todetaan, hoito- ja tutkimuskorvaukset ovat painottuneet ylempien tuloluokkien saajille pääasiassa korkeiden omavastuuosuuksien vuoksi. Esityksellä tavoitellaan yksityisen sairaanhoidon Kela-korvausten vaikuttavuuden lisääntymistä, mikä osaltaan tarkoittaa sitä, että korvausten yhdenvertaisempaa kohdentumista pyritään parantamaan. Esityksen mukaisten palveluiden omavastuuosuudet huomioitaisiin menona perustoimeentulotuessa, mikä parantaisi merkittävästi myös pienituloisimpien kohderyhmään kuuluvien henkilöiden mahdollisuutta hyödyntää esityksen mukaisia palveluita. Tämä lisäisi tosiasiallista yhdenvertaisuutta 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmän sisällä, kun taloudellisia esteitä palveluiden käyttämiselle saataisiin vähennettyä.

Esitykseen sisältyvät säännökset Kela-korvauksista koskisivat vain 65 vuotta täyttäneitä vakuutettuja. Ikääntyneellä väestöllä on suurempi tarve terveydenhuollon palveluille korkeamman sairastavuuden vuoksi, eikä heillä ole käytettävissään työterveyshuollon palveluita. Toisaalta myös alle 65-vuotiaissa on ryhmiä, joilla ei ole työterveyshuollon palveluita käytettävissään, ja joilla voi olla muuta väestöä korkeampi sairastavuus, kuten työttömät ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Lisäksi työterveyshuollon sopimusten laajuus

vaihtelee eri sairaanhoidollisten palveluiden osalta työnantajien välillä. Esitys asettaisi 65 vuotta täyttäneet erilaiseen asemaan muiden väestöryhmien kanssa.

Alle 65-vuotiailla on edelleen mahdollisuus käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisesti korvattuna. Lisäksi osalla on mahdollisuus käyttää työterveyshuollon palveluita. Jokaisella on tämän lisäksi oikeus myös julkisen perusterveydenhuollon palveluihin. Alle 65-vuotiaiden oikeutta sairaanhoidon korvauksiin tai oikeutta käyttää palveluita ei siten heikennettäisi nykyisestä, mutta esitys parantaisi yhden väestöryhmän palveluiden saatavuutta. Mahdollistamalla yksityisen terveydenhuollon yleislääkäripalveluiden käyttäminen nykyistä laajemmin 65 vuotta täyttäneelle väestölle, voitaisiin julkiseen perusterveydenhuoltoon kohdistuvaa kuormitusta vähentää. Tästä voisi seurata myönteisiä vaikutuksia välillisesti myös muulle väestölle.

Ehdotetut muutokset saattavat vaikuttaa hoitoon pääsyyn eri alueilla eri tavoin. Voidaan arvioida, että ehdotukset voisivat edistää vakuutetun hoitoon pääsyä erityisesti syrjäseuduilla ja pitkien välimatkojen alueilla, kun mahdollisuus hoitopaikan valintaan paranisi taloudellisesta näkökulmasta. Mikäli vakuutettu ei olisi tähän mennessä voinut taloudellisista syistä hakeutua yksityiselle palveluntuottajalle, ehdotetut muutokset voisivat parantaa vakuutetun taloudellisia mahdollisuuksia valita palveluntuottaja itse. Toisaalta koska yksityisiä terveydenhuollon palveluita ei ole tarjolla kaikilla paikkakunnilla, voivat pitkät välimatkat tosiasiallisesti edelleen rajoittaa vakuutetun mahdollisuuksia valita palveluntuottaja. Koska yksityisiä palveluita on paremmin saatavilla suurissa kaupungeissa, on näillä alueilla asuvilla paremmat mahdollisuudet valita palveluntuottaja. Toisaalta korvauksen piirissä olisivat myös etäpalvelut (video- ja puhelinvastaanotot), mikä parantaisi etenkin pitkien välimatkojen alueilla asuvien terveyspalveluiden saatavuutta. Lisäksi vakuutetuilla on oikeus matkakorvaukseen palveluntuottajan luokse tehdystä, Kela-korvattavasta käynnistä sairausvakuutuslain mukaisesti.

Esitetyt muutokset on tarkoitettu määräaikaisiksi. Vakuutettujen iän perusteella määräytyvä korvausoikeus ei siten olisi pysyvää lainsäädäntöä, vaan lain voimassaolon päättyessä sovellettavaksi tulisivat kaikkia vakuutettuja yhtäläisesti koskevat, voimassa olevat säännökset. Määräaikaisen, kokeiluluonteisen lainsäädännön yhtenä tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan myöhemmin hyödyntää korvausjärjestelmää ja terveyspalvelujärjestelmää kehitettäessä.

5 Muut toteuttamisvaihtoehdot

5.1 Vaihtoehdot ja niiden vaikutukset

5.1.1 Rahoituksen erilainen kohdentaminen

Esitystä on valmisteltu tässä esityksessä aiemmin esiteltyjen hallitusohjelman tavoitteiden ja lähtökohtien pohjalta. Koska hallitusohjelman mukainen rahoitus on ollut tarkoitettu kohdennettavaksi nimenomaan sairaanhoidovakuutuksen hoito- ja tutkimuskorvauksiin – eikä esimerkiksi hyvinvointialueiden rahoitukseen – ei hallitusohjelman mukaisten tavoitteiden saavuttamiseksi ole selvitetty keinoja, joilla rahoitus suunnattaisiin muuhun kuin yksityisen sairaanhoidon korvauksiin. Hyvinvointialueilla on käynnissä perusterveydenhuollon palveluiden kehittämiseen liittyviä hankkeita. Käytettävissä olevalla rahoituksella ei saavutettaisi merkittäviä vaikutuksia itsehallinnollisten hyvinvointialueiden kokonaisrahoitukseen. Sosiaali- ja terveydenhuoltoon on vuoden 2025 talousarviossa varattu määrärahaa hyvinvointialueille ja HUS-yhtymälle noin 25,7 miljardia euroa. Valtion rahoitus hyvinvointialueille on yleiskatteellista, joten sen tarkkaa kohdentumista sosiaalihuollon ja

terveydenhuollon välillä ei vuoden 2025 osalta tiedetä. Esityksessä suunnattaisiin Kela-korvauksiin valtion rahoitusosuutta vuonna 2025 noin 14,8 miljoonaa euroa ja vuosina 2026 ja 2027 noin 44,5 miljoonaa euroa. Esityksen mukaisiin Kela-korvauksiin varatut määrärahat ovat hyvinvointialueiden määrärahoihin suhteutettuna pieniä, eikä niiden kohdentaminen hyvinvointialueiden yleiskatteelliseen rahoitukseen vastaisi esityksen tavoitteita.

Palvelusetelijärjestelmän kehittäminen on tulevaisuudessa yksi vaihtoehto perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantamiseen. Palvelusetelijärjestelmän uudistamista tulisi kuitenkin valmistella hyvinvointialueiden ja palveluntuottajien näkemyksiä huomioon ottaen, siten että se tukisi myös hyvinvointialueiden omaa palvelutuotantoa, hoidon jatkuvuutta ja kustannusten hallintaa. Lisäksi on otettava huomioon, että palvelusetelien hyödyntäminen terveyspalvelujen järjestämisessä on itsehallinnollisten hyvinvointialueiden päättävällä.

5.1.2 Kohderyhmän rajaamisen vaihtoehdot

Kela-korvausten kehittämiseen varatun rahoituksen määrä edellyttää kohderyhmän rajaamista jollakin tavalla. Muussa tapauksessa korvaustason merkittävä korottaminen ei olisi mahdollista. Valmistelussa päädyttiin kohdentamaan korvaukset 65 vuotta täyttäneille, koska tarkoituksena on parantaa palvelujen saatavuutta erityisesti palveluita paljon käyttävälle ikäryhmälle, mikä helpottaisi julkisen perusterveydenhuollon kuormitusta. Yli 65-vuotiaiden sairastavuus on keskimäärin huomattavasti suurempaa kuin nuoremmassa ikäluokassa, ja terveydenhuollon käynnit painottuvat sektoreista selvästi julkiseen terveydenhuoltoon. Eläkkeelle jääneillä ei myöskään ole käytettävissään työterveyshuoltoa, mihin työikäisten työssä käyvien perusterveydenhuollon käynnit vastaavasti painottuvat. Vuonna 2023 eläkkeellesiirtymisiän odote työeläkejärjestelmässä oli 62,8 vuotta.⁴²

Esityksen valmistelun aikana käsiteltiin kohderyhmän rajaamista esimerkiksi 60 vuotta tai 70 vuotta täyttäneisiin, mutta keskimääräisen eläkkeellesiirtymisiän sekä käytettävissä olevan rahoituksen perusteella valmistelussa päädyttiin esittämään korvausten kohdentamista 65 vuotta täyttäneille.

5.1.3 Hintakattoon liittyvät vaihtoehdot

Aiempien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten korvausmuutosten yhteydessä on tunnistettu riski siitä, että korvausten korotukset saattavat siirtyä terveyspalveluiden hintoihin, jolloin korvausten korotusten hyödyt valuvat yksityisille palveluntuottajille asiakkaiden sijasta. Esityksessä ehdotettu yleislääkärin vastaanottokäynti julkisen perusterveydenhuollon lääkärikäynnin asiakasmaksua vastaavalla omavastuulla ehdotetaan toteutettavaksi säätämällä hintakatosta. Hintakaton ehdotetaan olevan valtakunnallisesti saman tasoinen. Valmistelun aikana selvitettiin myös mahdollisuutta alueellisiin hintakattoihin, mutta sen toteuttamista ja toimeenpanoa pidettiin hankalana ja se olisi vaatinut enemmän selvitystyötä, kuin mihin valmisteluaiakataulu antoi mahdollisuuden. Alueellisesti eri tasoiset hintakatot olisivat myös voineet tuottaa epätoivottuja ohjausvaikutuksia palveluiden alueelliseen tarjontaan.

Tutkimusten korvaamisen osalta arvioitiin erilaisia korvausmalleja. Jokaisessa arvioidussa hintakatollisessa korvausmallissa asiakkaalle olisi korvattu 50 prosenttia hintakaton mukaisesta

⁴² Eläketurvakeskus: Eläkkeellesiirtymisikä työeläkejärjestelmässä. Osoitteessa: <https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ja-ennusteet/tilastot/elakkeellesiirtymisika/>.

määrästä, mutta malleissa oli eroavaisuuksia sen suhteen, mille tasolle enimmäishinnat olisi asetettu. Näin ollen myös kustannusarviot sekä julkisen talouden että asiakkaiden osalta vaihtelivat. Lisäksi arvioitiin mallia, jossa tutkimuksille olisi asetettu tutkimuskohtaiset korvaustaksat ilman enimmäishintoja. Tästä vaihtoehdosta kuitenkin luovuttiin, koska mallissa ei olisi ollut kustannusten hillitsemiseen liittyvää elementtiä, ja asiakkaalle maksettavaksi jäävän osuuden arvioiminen olisi ollut hankalaa. Lisäksi ilman tukipalveluille asetettavaa hintakattoa korvaustasojen nostaminen lääkärinpalkkioissa olisi voinut valua tukipalveluiden hintoihin siten, että niiden kustannukset olisivat kasvaneet.

5.1.4 Esitykseen sisältyvät palvelut

Esitykseen sisältyviä sairaanhoidon palveluita selvitettiin valmistelun aikana erityisesti käytettävissä olevan rahoituksen ja erilaisten hoitokokonaisuuksien näkökulmista. Yleislääkärikäyntien korvaamisen katsottiin toteuttavan parhaiten hallitusohjelman mukaista tavoitetta julkisen perusterveydenhuollon kuormituksen vähentämisestä. Lisäksi selvitettiin eri erikoisalojen korvattavuuden sisällyttämistä esitykseen, mutta niitä ei päädytty korvausvarojen riittävyyden vuoksi sisällyttämään esitykseen. Esimerkiksi silmätautien erikoislääkärikäyntejä on korvattu 65-vuotta täyttäneille siinä määrin, että käytettävissä olevat korvausvarat eivät olisi riittäneet sekä yleislääkärikäyntien että silmälääkärikäyntien korvaamiseen.

Vaihtoehtoisena ratkaisuna valmistelun aikana selvitettiin mahdollisuutta sisällyttää korvattaviin palveluihin sairaanhoitajan vastaanotot siten, että asiakkaan omavastuu olisi näillä käynneillä ollut lääkärikäynnin omavastuuta matalampi. Näin asiakas olisi halutessaan tai esimerkiksi ajanvarauspalvelun ohjeistuksen seurauksena voinut asioida sairaanhoitajalla, joka tarpeen mukaan olisi voinut antaa lähetteen lääkärin vastaanotolle. Valmistelussa selvitettiin, millaisissa tapauksissa 65 vuotta täyttäneet ovat asioineet sairaanhoitajan vastaanotolla. Korvattavaksi olisi tarkastelun perusteella voitu valita esimerkiksi haavanhoitoa tai muita sairaanhoitajan tekemiä toimenpiteitä tai sairaanhoitajan suoravastaanotto. Esityksen tavoitteet huomioiden hoitajavastaanottojen sisällyttämistä esitykseen ei kuitenkaan nähty tarkoituksenmukaisena tai mahdollisena.

6 Lausuntopalaute

6.1 Hallituksen esitystä koskevat lausuntopalautteet

6.1.1 Johdanto

Hallituksen esityksen luonnos oli lausuntokierroksella lausuntopalvelussa ajalla 11.2.–9.3.2025. Ruotsinkielisten lausuntojen osalta lausuntoaika oli 14.2.–12.3.2025 esitysluonnoksen kääntämisaikataulusta johtuen.

Lausuntoja saatiin yhteensä 72 kappaletta. Lausunto saatiin seuraavilta tahoilta: Akava ry, Athensmed Oy, Diabetesliitto ry, Dokport Oy, Elinkeinoelämän keskusliitto EK, Eläkeliitto ry, Eläkkeensaajien Keskusliitto EKL ry, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue, Fimlab Laboratoriot Oy, Hengitysliitto, Hyvinvointiala HALI ry, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä, Hyvinvointialueyhtiö Hyvil Oy, IBD ja muut suolistosairaudet ry, ISLAB hyvinvointiyhtymä, Kainuun hyvinvointialue, Kansallinen senioriliitto ry, Kansaneläkelaitos, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Kilpailu- ja kuluttajavirasto, Kirkkohallitus, Kuluttajaliitto ry, Kunta- ja hyvinvointialueyönantajat KT, Kymenlaakson hyvinvointialue, Lapin hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Lääkäripalveluyritykset ry, Lääkärisatama Oy, Mehiläinen, Munuais- ja maksaliitto ry, Naisasialiitto Unioni ry, NordLab hyvinvointiyhtymä, Nuorten

Lääkärien Yhdistys ry, OmaDosetti Oy, Pirkanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Päijät-Hämeen hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira, SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, Sote Palveluyrittäjät SOTEPÄ ry, STTK ry, Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry, Suomen Fysioterapeutit ry, Suomen Geriatri ry, Suomen kommunistinen puolue, Suomen Kuntoutusyritykset ry, Suomen Luustoliitto ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Suomen Lääkäriliiton Yksityislääkärit -alaosasto, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Reumaliitto ry, Suomen sairaanhoitajaliitto ry, Suomen Taksiliitto ry, Suomen Yleislääkärit GPF ry, Svenska pensionärsförbundet, Tehy ry, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Terveystalo konserni, Vakuutuskassat ry, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto, Vammaisfoorumi ry, Vanhusasiavaltuutettu, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Yhdenvertaisuusvaltuutetun toimisto ja kolme yksityishenkilöä.

Lausunnoissa esitettyjä palautteita on seuraavassa käsitelty asiakokonaisuuksittain.

6.1.2 Esityksen vaikuttavuus ja tavoitteet

Useat lausunnonantajat ottivat kantaa esityksen vaikuttavuuteen ja tavoitteisiin. Esityksen tavoitetta julkisen perusterveydenhuollon kuormituksen vähentämisestä pidettiin tärkeänä, mutta pääosin lausunnonantajat katsoivat, että tavoitetta ei voitaisi valmistellulla Kela-korvausmallilla saavuttaa. Useat lausunnonantajat totesivat, että ehdotus ei parantaisi julkisen terveydenhuollon saatavuutta tai hoidon jatkuvuutta, mistä voisi aiheutua kustannuksia hyvinvointialueille.

Muutamit lausunnonantajat kiinnittivät huomiota siihen, että esityksessä ei ole kuvattu vaihtoehtoisena toteutustapana sitä, että rahoitus kohdennettaisiin Kela-korvausten sijasta hyvinvointialueiden yleiskatteelliseen rahoitukseen. Muutamit lausunnonantajat nostivat esiin myös palvelusetelijärjestelmän kehittämisen vaihtoehtona yksityisen sairaanhoidon korvauksille.

Lausuntopalautte ei tältä osin aiheuttanut muutoksia esityksen sisältöön. Lausuntopalautteen perusteella on kuitenkin täydennetty hallituksen esityksen muut toteuttamisvaihtoehdot-osiota.

6.1.3 Hoidon jatkuvuus, vaikuttavuus ja pirstaloituminen

Useissa lausunnoissa nostettiin esiin hoidon jatkuvuus, millä tarkoitettiin toisaalta saman potilas-lääkärisuhteen jatkuvuutta että hoidon jatkuvuutta sektorilta toiselle. Monet lausunnonantajat katsoivat, että esityksellä voitaisiin saada lisättyä hoidon saatavuutta (lääkärikäyntien määrää), mutta esitys ei välttämättä parantaisi hoidon vaikuttavuutta tai varsinkaan kustannusvaikuttavuutta. Tässä yhteydessä nostettiin esiin, että mallin lääkärikeskeisyyden vuoksi lääkäri saattaisi hoitaa sellaisia vaivoja, jotka julkisessa perusterveydenhuollossa hoitaa hoitaja. Tämän ei katsottu olevan kustannusvaikuttavaa ja terveyshyötyjä tuottavaa julkisten varojen käyttöä.

Osa lausunnonantajista katsoi, että esityksen myötä kehitetään erillinen palvelumalli, jonka palveluvalikoima on suppeampi ja jossa palveluun pääsyn kriteereitä ei ole käytössä, minkä seurauksena terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuus pirstaloituu. Useissa lausunnoissa tuotiin myös esiin huoli siitä, että esitys johtaisi terveydenhuollon resurssien päällekkäiseen käyttöön.

Suurin osa lausunnonantajista katsoi, että ehdotettava korvausmalli soveltuu erityisesti yksinkertaisten, tarkkarajaisten ja yksittäisten terveysvaivojen hoitoon.

Lisäksi lausuntopalautteissa korostuivat tiedonsiirtoon liittyvät haasteet eri sektorien välillä. Julkisella ja yksityisellä sektorilla on erilaiset tietojärjestelmät ja kirjaamiskulttuuri, mikä voi aiheuttaa puutteita tai viiveitä tiedon siirtymisessä.

Tältä osin lausuntopalautte ei aiheuttanut muutoksia esitettyyn korvausmalliin, mutta esityksen vaikutusarviointeja on täydennetty. Tiedonsiirtoa koskevia kohtia on täydennetty lausuntopalautteen perusteella.

6.1.4 Hoidon tarpeen arviointi ja moniammatillisuus

Useiden lausunnonantajien mukaan esityksestä puuttuva hoidon tarpeen arviointi mahdollistaisi terveydenhuollon ammattilaisten osaamisen optimaalisemman hyödyntämisen ja kustannusvaikuttavuuden. Monien lausunnonantajien näkemyksen mukaan moniammatillinen tiimi mahdollistaisi paremman hoidon koordinoinnin, mikä on erityisen tärkeää ikääntyneiden ja monisairaiden potilaiden hoidossa. Lausunnoissa nousi esiin myös yleislääkäriyön integroiminen moniammatilliseen terveydenhuollon palvelutuotantoon sekä sosiaalipalveluihin.

Lausunnot eivät aiheuttaneet muutoksia hallituksen esityksen sisältöön. Lausuntojen johdosta todetaan kuitenkin seuraavaa. Yksityisessä terveydenhuollossa ei ole käytössä hoidon tarpeen arviointia. Julkisessa terveydenhuollossa hoidon tarpeen arviointi perustuu terveydenhuoltolain 51 §:ään. Esityksellä ei ole tarkoitus tehdä rakenteellisia muutoksia yksityisen terveydenhuollon järjestämiseen, minkä vuoksi hoidon tarpeen arviointia koskevaa järjestelmää ei ole valmisteltu. Esityksen valmistelun aikana selvitettiin sairaanhoitajien sisällyttämistä mukaan esitykseen, mutta sairaanhoidollisten toimenpiteiden sisällyttämistä malliin ei nähty tarkoituksenmukaisena. Vaihtoehtoa on käsitelty myös esityksen muita toteuttamisvaihtoehtoja koskevassa osiossa.

Lisäksi ehdotetut muutokset ovat kokeiluluonteisia. Esityksen yhtenä tavoitteena on kokeilla nopeaa ensikontaktia suoraan yleislääkäriin, joten hoitajan tekemän hoidon tarpeen arvioinnin sisällyttäminen malliin ei olisi vastannut esityksen tavoitteita. Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten voidaan katsoa olevan julkista terveydenhuoltoa täydentävä järjestelmä. Esityksen mukaiset palvelut täydentäisivät esimerkiksi julkisessa terveydenhuollossa asiakkaan jo olemassa olevaa moniammatillista hoitosuhdetta. Tarkoituksena ei ole, että esitetyt korvaukset muodostaisivat itsenäisen, pääasiallisen hoitopolun esimerkiksi pitkäaikais- tai monisairaiden henkilöiden sairauksien hoitamiseksi.

6.1.5 Vaikutukset hyvinvointialueisiin ja julkiseen terveydenhuoltoon

Useat lausunnonantajat nostivat esiin, että esitystä tulisi tarkastella osana ympäröivää sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Erityisesti hyvinvointialueet katsoivat, että esitys on ristiriidassa omalääkäri- ja omatiimimallien kehittämisen kanssa erityisesti siitä syystä, että malliin ei sisälly hoidon tarpeen arviointia. Useat lausunnonantajat myös huomauttivat samanaikaisesta hoitotakuuajkojen pidentämisestä. Lausunnonantajat katsoivat, että olisi tarkoituksenmukaisempaa ohjata rahoitusta julkiseen terveydenhuoltoon niin, että kaikkien asiakasryhmien hoitoon pääsy paranisi.

Joidenkin lausunnonantajien mukaan esitys voi vähentää julkisen sektorin päivystyskäyntien määrää ja tarvetta erikoissairaanhoidolle, kun terveysongelmat hoidetaan ennen niiden kroonistumista. Useiden lausunnonantajien mukaan esitys voisi keventää julkisen terveydenhuollon kuormitusta, mutta voisi samalla johtaa siihen, että moniongelmaisimmat ja

paljon erilaisia palveluita tarvitsevat asiakkaat painottuisivat entistä vahvemmin perusterveydenhuollossa.

Erityisesti hyvinvointialueet katsoivat, että esityksen arviot henkilöstön vähäisestä siirtymisestä eivät ole uskottavia. Hyvinvointialueet kertoivat, että henkilöstön pysyvyys on jo nykytilassa ongelma hyvinvointialueilla. Hyvinvointialueet pitivät todennäköisenä henkilöstösiirtymiä yksityiseen terveydenhuoltoon tai ainakin julkisessa terveydenhuollossa työskentelevien lääkärin osa-aikatyön lisääntymistä siten, että he tekevät jatkossa osan työstään yksityisellä sektorilla.

Lisäksi useat tahot huomauttivat, että mikäli esityksen seurauksena yksinkertaisemmat potilastapaukset siirtyisivät hoidettavaksi yksityiselle sektorille, jäisivät monisairaajat ja hankalahoitoiset potilaat julkiseen terveydenhuoltoon, mikä kuormittaisi terveyskeskuslääkäreitä entisestään. Tämä saattaisi osaltaan vahvistaa henkilöstösiirtymää julkiselta yksityiselle sektorille.

Mikäli henkilöstösiirtymiä tapahtuisi suurissa määrin julkiselta yksityiselle, saattaisi se pakottaa hyvinvointialueet hankkimaan kalliita ostopalveluita järjestämisvastuullisten tehtäviensä hoitamiseksi, mikä lisäisi hyvinvointialueiden kustannuksia.

Lausuntopalautteen perusteella esityksen hyvinvointialueita koskevia vaikutusarviointeja on täsmennetty.

6.1.6 Yhdenvertaisuus

Esityksen ikärajausta 65 vuotta täyttäneisiin pidettiin yleisesti ottaen perusteltuna erityisesti työterveyshuoltoon liittyvän perustelun ja korkeamman sairastavuuden osalta. Yhdenvertaisuusvaltuutettu kuitenkin katsoi, että hallituksen esityksessä esitetty 65 vuoden ikäraja ja sille 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. Valtuutetun mukaan kaikki 65 vuotta täyttäneet eivät ole erityisen haavoittuvassa asemassa tai taloudellisen tuen tarpeessa siten, että heidän vastaanottokäyntejään yksityisessä terveydenhuollossa olisi perusteltua tukea ehdotetulla tavalla. Valtuutettu katsoi, että vaikka ikääntyneellä väestöllä on suurempi terveydenhuollon palveluiden tarve, ei tapa, jolla nyt ikääntyneiden asemaa yritetään parantaa, ole oikeutettavissa yhdenvertaisuuslain mukaisella tavalla. Vaikka tavoitetta ikääntyneiden terveydenhuollon tukemisesta on pidettävä hyväksyttävänä, eivät keinot tavoitteen saavuttamiseksi ole oikeasuhtaisia eivätkä muutokset näytä kohdentuvan tarkoituksenmukaisella tavalla niille, jotka erityisesti hyötyisivät nopeammasta hoitotoimenpiteestä.

Yhdenvertaisuusvaltuutettu kiinnitti myös huomiota siihen, 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 maksukyvyn ja asuinalueen mukaan, ja on vastoin terveystaloudellisia periaatteita oikeudesta tarpeenmukaisiin palveluihin maksukyvyistä riippumatta. Useissa lausunnoissa nostettiin esiin, että omavastuusuuden huomioiminen toimeentulotuen menona helpottaisi tilannetta pienituloisimpien osalta ja parantaisi yhdenvertaisuutta.

Useat lausunnonantajat esittivät huolensa siitä, että korvausmalli vaikuttaisi alueelliseen yhdenvertaisuuteen negatiivisesti. Alueellista yhdenvertaisuutta kommentoitiin niin hyvinvointialueiden kuin niiden sekä yksityisten palveluntuottajien käyttämien tietojärjestelmien eroavaisuuksien näkökulmasta, palveluiden saatavuuden alueellisten erojen ja väestösuhteiden näkökulmasta. Lausunnonantajien näkemysten mukaan mahdollisesti epätasainen esityksen mukaisten palveluiden saatavuus lisäisi alueellista epätasa-arvoa. Useiden lausunnonantajien mukaan tilanne on nyt jo epätasa-arvoinen, koska palveluntuottajat ovat keskittyneet pääkaupunkiseudulle ja suurimpiin kaupunkeihin. Esityksen kohderyhmää puolestaan sijoittuu lausujien mukaan suhteellisesti suuremmissa määrin alueille, joilla palveluntuottajia on vähemmän (Itä- ja Pohjois-Suomi). Toisaalta osassa lausunnoista nousi esiin, että etäpalveluiden sisältyminen malliin tukisi alueellista yhdenvertaisuutta siltä osin, kuin kohderyhmässä olevat voisivat asioida etävästäänotoilla.

Osa lausunnonantajista katsoi, että korvausmalli saattaa vahvistaa väestön polarisoitumista terveyspalveluiden käyttäjinä entisestään. Varakkaammilla henkilöillä katsottiin olevan edelleen paremmat mahdollisuudet käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita esimerkiksi silloin, kun esityksen mukaisten lääkärikäyntien käyntikerrat ovat kuluneet, mutta hoitoa jatkettaisiin yhä yksityisessä terveydenhuollossa.

Useissa lausunnoissa todettiin, että ehdotettu korvausmalli ei sovellu pitkäaikaissairaiden potilaiden hoitoon. Käyntirajoitukset ja tutkimusvalikoima eivät tue pitkäaikaissairauksien hoitamista. Useat lausunnonantajat olivat samaa mieltä siitä, että moni- ja pitkäaikaissairaiden hoitaminen painottuisi jatkossakin vahvasti julkiseen terveydenhuoltoon. Lisäksi monissa lausunnoissa todettiin, että tässä ikäryhmässä ja pitkäaikaissairaiden osalta moniammatillinen yhteistyö on usein tarpeen (esim. diabeteksen hoidossa diabeteshoitajan ja lääkärin yhteistyö).

Lausuntopalautteen perusteella on täydennetty esityksen vaikutusarviointeja muun muassa koskien perus- ja ihmisoikeusvaikutuksia yhdenvertaisuuden osalta. Esitykseen on lausuntokierroksen jälkeen lisätty ehdotus toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta, mikä osaltaan vaikuttaisi taloudellista yhdenvertaisuutta lisäävästi.

6.1.7 Korvausmallin sisältö

Esityksen mukaista hintasääntelyä enimmäishinnoilla kannatettiin laajasti. Lääkäripalkkioiden arvioituja enimmäishintoja pidettiin pääosin sopivan tasoisina. Tutkimusten hintakattojen osalta asiaan kantaa ottaneet katsoivat pääosin, että esityksessä arvioidut enimmäishinnat olisivat liian matalia, jotta toiminta olisi kannattavaa. Useat lausunnonantajat katsoivat, että kolme lääkärikäyntiä vuodessa soveltuisi erityisesti vähäisten, yksittäisten terveysongelmien hoitamiseen. Käyntirajoitusta kritisoitiin erityisesti pitkäaikaissairaiden potilaiden sekä hoidon jatkuvuuden näkökulmasta.

Useissa lausunnoissa esitettiin lisäyksiä tai vaihtoehtoisia tutkimuksia tutkimusluetteloon ja korostettiin, että etenkin lääkärikeskeisessä mallissa olisi tärkeää, että lääkärin käytössä oleva tutkimusvalikoima olisi riittävän kattava. Liian suppea tutkimusvalikoima voisi aiheuttaa asiakkaan hakeutumisen julkiseen terveydenhuoltoon. Tukipalveluiden saatavuutta pidettiin kriittisenä tekijänä.

Erityisesti julkisomisteiset laboratoriot nostivat lausunnoissaan esiin, että julkisella tehtävien laboratoriotutkimusten kustannustehokkuus perustuu tutkimusten tekemisen volyymiin. Mikäli merkittävä määrä tutkimuksia siirtyisi tehtäväksi yksityisiin laboratorioihin, heikkenisi julkisten laboratorioden kustannustehokkuus. Se tarkoittaisi sitä, että yksittäisen tutkimuksen kustannus hyvinvointialueelle kasvaisi. Tämän katsottiin voivan johtaa tarpeeseen sopeuttaa toimintaa,

mikä voisi johtaa esimerkiksi toimipisteverkoston supistamiseen, mikä heikentäisi tutkimusten alueellista saatavuutta.

Julkisomisteiset laboratoriot nostivat myös esiin lainsäädännön, joka tällä hetkellä rajaa julkisomisteisten laboratorioden mahdollisuutta tutkimusten ulosmyyntiin asiakkaille, jotka asioivat yksityislääkärin määräyksellä. Hankintalaki määrittää, että sidosyksikkö saa harjoittaa enintään viiden prosentin ja enintään 500 000 euron osuuden liiketoiminnastaan muiden tahojen kuin niiden hankintayksiköiden kanssa, joiden määräysvallassa se on. Käytännössä lainsäädäntö siis estää julkisomisteisten laboratorioden mahdollisuuden myydä yksityisasiakkaille laboratoriotutkimuksia. Nämä julkisomisteisten laboratorioden myymät tutkimukset ovat edullisempia kuin yksityisellä, kalliimpia kuin julkisen läheteellä tehtävät tutkimukset (jotka ovat asiakkaalle maksuttomia), eikä näiden kustannuksista makseta Kela-korvausta. Näiden laboratorioden mahdollisuus suurempaan ulosmyyntiin mahdollisuuteen kuitenkin parantaisi merkittävästi asiakkaiden mahdollisuuksia saada esityksen mukaisella lääkärikäynnillä määrättyjä laboratoriotutkimuksia edullisempaan hintaan ja tämä turvaisi erityisesti palveluiden saatavuutta pitkien välimatkojen alueilla, joissa palvelutarjonta on vähäisempää kuin esim. pääkaupunkiseudulla.

Lausuntopalautteiden perusteella on täydennetty esityksen taloudellisten vaikutusten arvioinnin pohjana käytettyä tutkimusluetteloa osiossa 4.2.1 siten, että siihen on lisätty sydän- ja verisuonitautien tutkimiselle keskeisimpiä laboratoriotutkimuksia. Lisäksi tutkimusten arvioituja enimmäishintoja on korotettu. Kansaneläkelaitos kuitenkin vahvistaisi enimmäishinnat.

Lisäksi julkisomisteisiä laboratorioita koskien todetaan seuraavaa. Julkisomisteisten laboratorioden ulosmyyntirajoja koskevat muutokset vaatisivat muutoksia hankintalakiin. Muutostarpeita ei ole ollut mahdollista esityksen valmisteluaikataulusta johtuen selvittää riittävästi. Esityksen vaikutustenarviointiin on kuitenkin lisätty julkisomisteisiä laboratorioita koskevia kohtia.

6.2 Palveluntuottajille asetettavia velvoitteita koskevaa muistiota koskevat lausuntopalautteet

6.2.1 Johdanto

Hallituksen esityksen luonnoksen ohessa lausuntokierroksella lausuntopalvelussa oli lausuttavana muistio, jossa kuvattiin ratkaisuvaihtoehtoja palveluntuottajille mahdollisesti asetettavista velvoitteista. Lausuntopyynnössä pyydettiin muistion osalta näkemyksiä seuraavista velvoitteista:

1. Läsnävastaanottojen tarjoamisen vaatimus esityksessä tarkoitettujen palveluiden tarjoamisen edellytyksenä. Palveluntuottajan tulisi tämän velvoitteen mukaan tarjota esityksessä tarkoitettuja lääkärin vastaanottoja läsnävastaanottoina voidakseen tehdä sopimuksen Kansaneläkelaitoksen kanssa.
2. Sitoutuminen tarjoamaan myös toisella palveluntuottajalla määrättyt tutkimukset sopimuksen mukaisilla ehdoilla. Esityksen mukaisia palveluita tarjoavan palveluntuottajan tulisi hyväksyä myös muilla palveluntuottajilla tehdyt tutkimusmääräykset ja tuottaa nämä tutkimukset Kansaneläkelaitoksen vahvistamien enimmäishintojen puitteissa.
3. Sitoutuminen tarjoamaan myös esityksessä tarkoitettuja tutkimuksia, mikäli palveluntuottajalla olisi Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen tehdessään laboratorio. Tässä

tapauksessa palveluntuottajan tulisi tuottaa esityksessä tarkoitettuja palveluita sekä lääkärikäyntien että tutkimusten osalta.

4. Edellytys, jonka mukaan esityksen mukaisia palveluita voisi tarjota vain sellainen palveluntuottaja, jolla ylipäätään olisi käytettävissään laboratorio joko omana tuotantona tai alihankintana. Tällöin lääkäripalveluitakaan ei voisi tarjota, mikäli palveluntuottajalla ei olisi käytettävissään laboratoriopalveluita.

5. Esityksessä tarkoitettujen palveluiden tuottaminen eriytettynä. Palveluntuottaja voisi tehdä Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen pelkästään lääkäripalveluiden tai tutkimusten osalta, eikä täten olisi velvoitetta tarjota kaikkia esityksessä tarkoitettuja palveluita.

6. Suorakorvaussopimuksen edellyttäminen. Palveluntuottajan olisi tehtävä Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimus suorakorvausmenettelystä voidakseen tuottaa esityksessä tarkoitettuja palveluita.

6.2.2 Muistiota koskevat lausuntopalautteet

6.2.2.1 Läsnävastaanottojen tarjoamista koskeva velvoite

Enemmistö vastanneista kannatti velvoitetta, jossa edellytettäisiin, että palveluntuottaja tarjoaisi läsnävastaanottoja. Osa hyvinvointialueista kannatti ja osa vastusti läsnävastaanottojen tarjoamisvelvoitetta. Lääkärikeskukset kannattivat velvoitteen asettamista ja Kilpailu- ja kuluttajavirasto vastusti. Kilpailu- ja kuluttajaviraston mukaan pelkkiä etävastaanottoja tarjoavien palveluntuottajien hyväksyminen lisäisi hintakilpailua ja madaltaisi epävarmuutta tarjonnan riittävyyden osalta. Läsnävastaanottojen edellyttämistä kannattaneet katsoivat, että ilman läsnävastaanoton mahdollisuutta vastuuta potilasturvallisuudesta ja vaikuttavan hoidon toteutumisesta siirrettäisiin osittain potilaille.

6.2.2.2 Sitoutuminen tarjoamaan toisilla palveluntuottajilla määrätyt tutkimukset

Enemmistö vastanneista kannatti sitä, että palveluntuottajan tulisi sitoutua tarjoamaan myös toisella palveluntuottajalla määrätyt tutkimukset. Velvoitetta vastustaneet näkivät uhkana tiedonkulun ongelmat eri palveluntuottajien välillä. Velvoitteen myös katsottiin voivan vähentää merkittävästi yritysten halukkuutta tarjota esityksessä tarkoitettuja palveluita. Velvoitetta kannattaneet katsoivat velvoitteen lisäävän asiakkaiden valinnanvapautta ja hoidon jatkuvuutta, kun asiakkaan ei tarvitsisi hakea tutkimuksia julkisesta terveydenhuollosta.

6.2.2.3 Velvoite oman laboratorion käyttämiseen

Selvä enemmistö kannatti sitä, että Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen tekevän palveluntuottajan olisi tuotettava esityksessä tarkoitettut tutkimukset omassa laboratoriossaan, jos sillä olisi tällainen laboratorio. Suurin osa kannatti velvoitteen asettamista pääasiassa asioinnin sujuvuuden ja hoidon jatkuvuuden kannalta.

Osa lausujista tunnisti uhan siitä, että velvoite voisi vähentää lääkärin vastaanottojen tarjontaa. Saattaisi siis syntyä tilanne, jossa palveluntuottaja ei lähtisi tuottamaan myöskään lääkäripalveluita, koska se joutuisi samalla tarjoamaan myös esityksen mukaiset laboratoriopalvelut. Näin voisi käydä erityisesti, jos tutkimusten hintakatot olisivat palveluntuottajien näkemyksen mukaan liian matalat, eivätkä ne mahdollistaisi riittävän kannattavaa liiketoimintaa.

6.2.2.4 Velvoite tarjota laboratoriopalveluita

Muistiossa käsiteltiin lisäksi velvoitetta, jonka mukaan esityksessä tarkoitettujen palveluiden tuottamisen edellytyksenä olisi se, että palveluntuottajalla ylipäätään olisi käytettävissään laboratorio, joko omana toimintana tai alihankintana. Tämän velvoitteen osalta vastauksissa oli merkittävää hajontaa. Velvoitteen asettamista kannattaneet olivat huolissaan hoitoketjujen katkeamisesta, jos laboratoriopalveluiden tuottamista ei edellytettäisi. Velvoitetta vastustaneet katsoivat, että velvoite voisi rajata monien pienempien yritysten tai ammatinharjoittajien mahdollisuutta tuottaa esityksessä tarkoitettuja palveluita.

6.2.2.5 Palveluiden eriytetty tarjoaminen

Vastauksissa oli merkittävää hajontaa koskien velvoitetta, jonka mukaan palveluntuottaja voisi tuottaa esityksessä tarkoitetuista palveluista pelkästään lääkäripalveluita tai pelkästään tutkimuspalveluita. Velvoitteen asettamista vastustaneet katsoivat, että laboratoriotutkimusten kuuluminen yhtenäiseen kokonaisuuteen olisi selkeämpi vaihtoehto. Osa pelkkiä laboratoriotutkimuksia tuottavien palveluntuottajien mukana olemista vastustaneista tuki kuitenkin laboratorioyritysten mukana olemista alihankintaketjun kautta. Velvoitetta kannattaneet näkivät pelkästään laboratoriotutkimuksia tuottavien palveluntuottajien mukana olemisen lisäävän kilpailua.

6.2.2.6 Suorakorvaussopimusta koskeva velvoite

Selvä enemmistö kannatti suorakorvaussopimuksen edellyttämistä palveluntuottajalta.

6.2.3 Yhteenvedo

Palveluntuottajille asetettavat velvoitteet vaikuttaisivat suoraan palveluntuottajien halukkuuteen tarjota esityksen mukaisia palveluita, millä olisi vaikutusta palveluiden saatavuuteen. Tämä vaikuttaisi välittömästi esityksen tavoitteiden toteutumiseen. Tästä syystä liian raskaiden velvoitteiden asettamista tulisi välttää. Muistioon saatujen lausuntopalautteiden perusteella hallituksen esitykseen on lisätty ehdotus suorakorvaussopimuksen edellytyksestä. Suorakorvaussopimus olisi edellytyksenä Kansan-eläkelaitoksen kanssa tehtävän palveluiden tuottamista koskevan sopimuksen tekemiselle.

Muita palveluntuottajia koskevia velvoitteita ei päädytty esittämään, koska velvoitteilla voisi valmistelussa tehdyn kokonaisarvion perusteella olla haitallisia vaikutuksia palveluiden tarjontaan, mikä voisi vaikuttaa esityksen tavoitteiden toteutumiseen terveyspalveluiden saatavuuden ja valinnanvapauden lisäämisen osalta.

7 Säännöskohtaiset perustelut

7.1 Sairausvakuutuslaki

3 a luku Hoito- ja tutkimuskorvaukset 65 vuotta täyttäneille

1 §. Korvattavuuden periaatteet. Pykälä olisi uusi. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin palveluiden korvattavuudesta. Momentin mukaan 65 vuotta täyttäneelle vakuutetulle korvattaisiin lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittämiseksi sekä lääkärin antama hoito. Lisäksi korvattaisiin lääkärin määräämä tutkimus ja hoito.

Esityksen tavoitteena on ohjata vakuutettuja ensisijaisesti yksityisen yleislääkärin vastaanotolle. Myös erikoislääkäreillä on oikeus toimia yleislääkäreinä, ja he voivat vastaanottaa potilaita yleislääkärin ominaisuudessa. Tällöin yleislääkärinä tehty tutkimus ja annettu hoito tulee kirjata tietojärjestelmään yleislääkärin vastaanottokäynnin korvauskoodilla.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin, että lääkärinpalkkion korvauksen maksamisen edellytyksenä olisi, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin tai erikoislääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Tämä vastaisi sairausvakuutuslain 3 luvun mukaista edellytystä.

Pykälän 3 momentissa säädettäisiin lääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvattavuuden edellytyksistä. Momentin mukaan lääkärin määräämä tutkimus ja hoito korvattaisiin 65 vuotta täyttäneelle vakuutetulle, jos toimenpiteen on tehnyt sairausvakuutuslaissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lisäksi tutkimus tai hoito on täytynyt määrätä 1 momentissa tarkoitetulla lääkärin vastaanotolla.

Pykälän 4 momentin mukaan korvauksen maksamisen edellytyksenä olisi, että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottaja on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen 3 a luvun mukaisten palveluiden tuottamisesta. Kansaneläkelaitos voisi tehdä momentissa tarkoitettuja sopimuksia sekä yritysten että yksittäisten ammatinharjoittajien kanssa. Sopimussopimuksia ei olisi tarkoitus määritellä tällä säännöksellä. Edellytyksenä edellä kuvatun sopimuksen tekemiselle olisi, että palveluntuottaja olisi tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen suoraan korvausmenettelystä.

Pykälän 5 momentin mukaan palveluntuottajan olisi sitouduttava tuottamaan 1 momentissa tarkoitettuja palveluja enintään Kansaneläkelaitoksen vahvistamilla enimmäishinnoilla. Palveluntuottaja ei saisi periä palveluista poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja. Maksuilla tarkoitettaisiin kaikenlaisia sellaisia maksuja, jotka eivät sisälly asiakkaalta perittävään lääkärinpalkkioon tai tutkimuksen hintaan. Lisäksi momentti sisältäisi asetuksenantovaltuuden, jonka mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin siitä, mitä maksuja palveluntuottaja voisi periä vakuutetulta 1 momentissa tarkoitetuista palveluista. Asetuksessa voitaisiin esimerkiksi säätää tutkimusten ja näytteenoton kustannuksiin liittyvistä maksuista.

2 §. Oikeus korvaukseen. Pykälä olisi uusi. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin, että vakuutetulla ei olisi oikeutta 3 a luvun mukaiseen korvaukseen, jos 1 §:ssä tarkoitettu palvelusta on peritty poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja tai enimmäishinnan ylittävä hinta. Maksuilla tarkoitettaisiin kaikenlaisia sellaisia maksuja, jotka eivät sisälly asiakkaalta perittävään lääkärinpalkkioon tai tutkimuksen hintaan.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin lääkärinpalkkion ja tutkimuksen ja hoidon korvauskerroista kalenterivuositain. Rahoituksen riittävyyden ja hoidollisten tarpeiden vuoksi yleislääkärin korvattaville vastaanottokäynneille ehdotetaan säädettäväksi vuosittainen kolmen vastaanottokäynnin käyntirajoitus. Vuoden 2025 osalta vakuutetulle korvattaisiin kaksi vastaanottokäyntiä. Lisäksi ehdotetaan, että lääkärinpalkkion korvauksen voisi saada enintään yhdeltä vastaanottokäynniltä vuorokaudessa. Korvattujen vastaanottokäyntien lukumäärää voisi seurata Kansaneläkelaitoksen järjestelmistä. Tiedot eivät kuitenkaan kirjaudu Kansaneläkelaitoksen tietojärjestelmiin reaaliajassa, joten päävastuu korvattujen käyntien lukumäärän seuraamisesta olisi vakuutetulla itsellään. Palveluntuottajilla ei ole tietoa toisten palveluntuottajien vastaanottokäynneistä maksetuista korvauksista. Lisäksi vakuutetulle korvattaisiin tutkimuksia ja hoitoa enintään kolmen lääkärin tekemän määräyksen perusteella kalenterivuodessa.

3 §. Lääkäripalkkiosta 65 vuotta täyttäneelle korvattava osuus. Pykälä olisi uusi. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin vakuutetun omavastuuosuudesta. Vakuutetun omavastuuosuus lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta olisi enintään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (912/1992, asiakasmaksuasetus) 7 §:n 1 momentin 2 kohdan mukaisen enimmäismääräisen terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelun käyntimaksun suuruinen. Tällä hetkellä asiakasmaksuasetuksen mukainen terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelun käyntimaksu on hyvinvointialueilla enintään 28,20 euroa. palveluntuottaja ei saisi periä tätä suurempaa omavastuuosuutta vakuutetulta 1 §:n 1 momentissa tarkoitetusta lääkärikäynnistä. palveluntuottajan perimä omavastuuosuus voisi olla matalampi, mikä mahdollistaisi hintakilpailun, mutta 28,20 euroa alittavan omavastuuosuuden määrää ei kompensoitaisi palveluntuottajalle Kela-korvauksella. Kansaneläkelaitos vahvistaisi korvaustaksan. Mahdollisesta matalammasta omavastuuosuudesta syntyvä hyöty kohdentuisi näin ollen asiakkaalle. Omavastuuosuus ei kerryttäisi terveydenhuollon maksukattoa, sillä maksukattoon huomioidaan vain julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja.

Pykälän 2 momentin mukaan kustannuksista, jotka peritään lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta, korvattaisiin 5 §:n mukaisesti vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio olisi suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritettaisiin korvaustaksan määrä. Peritty palkkio voisi kuitenkin olla enintään 5 §:n mukaisesti vahvistetun enimmäishinnan suuruinen. Jos peritty palkkio olisi pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritettaisiin perityn palkkion määrä. palveluntuottajat sitoutuisivat Kansaneläkelaitoksen kanssa tekemissään sopimuksissa tarjoamaan 1 §:ssä tarkoitettuja palveluita korkeintaan vahvistettujen enimmäishintojen mukaisilla hinnoilla. Enimmäishinnat ylittävän hintaisia lääkärikäyntejä ei korvattaisi tämän luvun mukaisesti, koska silloin ei olisi kysymys 1 §:ssä tarkoitettusta palvelusta.

4 §. Lääkärin 65 vuotta täyttäneelle määräämästä tutkimuksesta ja hoidosta korvattava osuus. Pykälä olisi uusi. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin korvauksen määrästä. Lääkärin samalla kerralla määräämien tutkimusten kustannuksista korvattaisiin 50 prosenttia tutkimusten ja näytteenoton korvausten perusteeksi vahvistetuista enimmäishinnoista. Vain 3 a luvussa tarkoitettulla lääkärikäynnillä määrätty tutkimukset olisivat korvattavia. Näytteenoton korvauksen voisi saada vuodessa enintään niin monesta tutkimusmääräyksestä kuin 3 a luvun mukaisia lääkärikäyntejä korvattaisiin. Lisäksi jokaiselle korvattavalle tutkimukselle vahvistettaisiin oma erillinen enimmäishintansa, jonka määrästä korvattaisiin 50 prosenttia.

Vakuutettu voisi asioida missä tahansa Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen tehneen palveluntuottajan laboratoriossa. Mikäli palveluntuottaja ei olisi tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimusta, ei siellä otettuja tutkimuksia voitaisi korvata. Myöskään julkisen terveydenhuollon laboratorioissa tehtyjä tutkimuksia ei korvata, koska hyvinvointialueen järjestämän sairaanhoidon kustannuksia ei korvata sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n 1 momentin 2 kohdan perusteella. Asiakkaan on kuitenkin yksityislääkärin läheteellä mahdollista hakeutua laboratoriotutkimuksiin julkisomisteisiin laboratorioihin, mutta näistä kustannuksista ei makseta Kela-korvausta. Hyvinvointialueilla ei ole lainsäädäntöön perustuvaa velvoitetta hyväksyä yksityisessä terveydenhuollossa tehtyä tutkimusmääräystä, minkä vuoksi näitä tutkimusmääräyksiä ei kaikissa julkisen terveydenhuollon laboratorioissa hyväksytä. Mikäli asiakas haluaa, että esimerkiksi hänelle määrätty verikokeet otettaisiin julkisen terveydenhuollon laboratoriossa, tulisi hänen selvittää, hyväksytäänkö kyseisessä laboratoriossa yksityisessä terveydenhuollossa tehty tutkimusmääräys. Yksityisessä terveydenhuollossa tehtyjä määräyksiä kuvantamiseen ei hyväksytä julkisessa terveydenhuollossa.

Pykälän 2 momentin mukaan lääkärin samalla kerralla määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvattaisiin 5 §:n mukaisesti vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos tutkimuksesta ja hoidosta peritty palkkio olisi suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritettaisiin korvaustaksan määrä. Peritty palkkio voisi kuitenkin olla enintään 5 §:n mukaisesti vahvistetun enimmäishinnan suuruinen. Jos peritty palkkio olisi pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritettaisiin perityn palkkion määrä. Korvaus maksettaisiin aina enimmäishinnan mukaisesti, eikä todellisten kustannusten mukaisesti. Poikkeuksena tästä olisi tilanne, jossa tutkimuksen kustannus alittaisi korvaustaksan määrän. Silloin korvauksena maksettaisiin perityn palkkion määrä. Näin asiakkaan maksettavaksi jäävien kustannusten enimmäismäärät tutkimuksista olisivat aina ennakoitavissa. Mikäli palveluntuottaja perisi tutkimuksista hintakattoa matalamman maksun, asiakkaan omavastuuosuus pienenesi.

5 §. Lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon enimmäishinnat ja korvaustaksat. Pykälä olisi uusi. Pykälän 1 momentissa säädettäisiin asetuksenantovaltuudesta. Momentin mukaan luvun 1 §:ssä tarkoitettujen enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteista voitaisiin säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Pykälä vastaisi pääosin voimassa olevaa 3 luvun 6 §:ää korvaustaksojen vahvistamisesta. Asetuksella voitaisiin säätää esimerkiksi siitä, mitä asioita enimmäishinnoissa otettaisiin huomioon, tai minkä kustannusten niihin katsottaisiin sisältyvän.

Pykälän 2 momentin mukaan enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteiden perusteella Kansaneläkelaitoksen olisi vahvistettava luettelo 1 §:n mukaan korvattavista lääkärinpalkkioista sekä lääkärin määräämistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä, niiden korvaustaksoista ja enimmäishinnoista.

Pykälän 3 momentin mukaan Kansaneläkelaitoksen olisi enimmäishintojen, korvaustaksojen ja 2 momentissa tarkoitetun lääkärinpalkkioiden ja lääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon luettelon vahvistamista valmistellessaan kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä.

Pykälän 4 momentin mukaan enimmäishinnat ja korvaustaksat perustuisivat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin. Edellä mainitut perusteet vastaisivat sairausvakuutuslain 3 luvun 6 §:ssä säädettyjä korvaustaksan vahvistamista koskevia perusteita.

6 §. Suhde 3 luvun mukaisiin hoidon ja tutkimuksen korvauksiin. Pykälä olisi uusi. Siinä säädettäisiin 3 a luvun mukaisten hoito- ja tutkimuskorvausten suhteesta lain 3 luvun mukaisiin hoito- ja tutkimuskorvauksiin. Pykälän 1 momentin mukaan 3 a lukuun sisältyvien vastaanottojen korvausten lisäksi 65 vuotta täyttäneellä olisi oikeus myös lain 3 luvussa tarkoitettuihin hoito- ja tutkimuskorvauksiin. Vakuutetulle ei kuitenkaan voitaisi maksaa samalta käynniltä sekä 3 a luvun mukaista korvausta että lain 3 luvun mukaista hoito- ja tutkimuskorvausta, eli edellä mainittuja korvauksia ei voisi yhdistää samaan vastaanottokäyntiin.

Poikkeuksena 1 momentin pääsäännöstä olisivat 2 momentin mukaan sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset, joista voisi saada 3 luvun mukaisen korvauksen myös 3 a luvun mukaiselta käynniltä, jos vakuutetulle on vastaanoton seurauksena laadittu sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemiseksi lääkärintodistus tai -lausunto.

Mikäli vakuutetulle olisi kalenterivuoden aikana jo maksettu enimmäismäärä korvauksia 3 a luvun mukaisista vastaanottokäynneistä, voisi hän kuitenkin saada käynnistään lain 3 luvun

mukaisen hoito- ja tutkimuskorvauksen. Vakuutetulla olisi myös mahdollisuus korvausten rinnakkaiseen käyttöön, eli hän voisi asioida esimerkiksi erikoislääkärin vastaanotolla lain 3 luvun mukaisin korvauksin, vaikka hänellä olisi edelleen 3 a luvun mukaisia vastaanottokäyntejä käyttämättä.

15 luku Toimeenpanoa koskevat säännökset

9 §. Suorakorvausmenettely. Pykälän 1 momentin mukaan korvaus voidaan maksaa apteekille tai palvelujen tuottajalle sen tekemän tilityksen perusteella erikseen sovittavalla tavalla, jos apteekki on perinyt vakuutetun lääkeostosta 5 luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos palvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta lääkärinpalkkion, hammaslääkärin palkkion tai tutkimuksen ja hoidon 3 luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos kuljetuspalvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta 4 luvun 7 §:n mukaisen omavastuuosuuden matkan hinnasta. Momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että siihen lisättäisiin 3 a luvun mukaiset hoito- ja tutkimuskorvaukset. Muutos mahdollistaisi suorakorvauksen esitykseen sisältyvien palveluiden osalta. Muilta osin säännös säilyisi ennallaan.

Suorakorvaus tarkoittaa sitä, että Kansaneläkelaitos maksaa sairaanhoidon korvauksen suoraan palveluntuottajalle silloin, kun palveluntuottaja on perinyt vakuutetulta vain lääkärinpalkkion tai tutkimuksen hinnan ja Kela-korvauksen erotuksen. Tällöin vakuutetun itsensä ei tarvitse hakea korvausta Kansaneläkelaitokselta, vaan hän maksaa palveluntuottajalle vain maksettavaksi jäävän omavastuuosuuden. Suorakorvaussopimusjärjestelmään pääsevät mukaan yksityiset elinkeinonharjoittajat ja palveluntuottajat, jotka on rekisteröity palveluntuottajarekisteri Soteriin. Palveluntuottaja liittyy suorakorvausmenettelyyn tekemällä liittymissopimuksen Kansaneläkelaitoksen kanssa. Tilityksen voi toimittaa paperilomakkeilla tai sähköisellä tilitysmenettelyllä. Sähköinen tilitysmenettely vaatii hyväksytyn tietojärjestelmän, josta syntyy palveluntuottajalle järjestelmätoimittajan veloittama kustannus.

7.2 Laki toimeentulotuesta

2 luku Toimeentulotuen määräytyminen ja rakenne

7 b §. Terveystuomenot ja muut menot. Pykälään ehdotetaan lisättäväksi uusi 4 momentti, jossa säädettäisiin ehdotetun sairausvakuutuslain 3 a luvun 1 §:ssä tarkoitettujen sairaanhoidon palveluiden omavastuuosuuksien ottamisesta huomioon perustoimeentulotuessa muina perusmenoina. Muina perusmenoina otettaisiin huomioon 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen sairausvakuutuslain 3 a luvun mukaisten lääkärikäyntien omavastuuosuudet sekä tällaisella lääkärikäynnillä määrättyjen tutkimusten omavastuuosuudet.

Sairausvakuutuslain 3 a luvun 1 §:ssä tarkoitettujen sairaanhoidon palveluiden omavastuuosuudet voitaisiin ottaa huomioon muina perusmenoina, kun lääkärin vastaanotto on toteutunut sairausvakuutuslain 3 a luvun voimassaoloaikana.

Säännöksen ehdotetaan olevan voimassa 29.2.2028 saakka. Perustoimeentulotuessa menot huomioidaan laskun perusteella laskun eräpäivän mukaisen kuukauden menoksi. Mikäli henkilö olisi käynyt ehdotetun sairausvakuutuslain 3 a luvun mukaisella lääkärin vastaanotolla tai mukaisissa tutkimuksissa ja toimittaisi omavastuuosuuksista laskun, saattaisi laskun eräpäivä ylittää sairausvakuutuslain säännösten voimassaoloajan. Jotta menot voitaisiin huomioida

eräpäivän mukaisen kuukauden menoksi, olisi lain voimassaolo tarpeen ulottaa 29.2.2028 saakka.

8 Lakia alemman asteinen sääntely

Sairausvakuutuslain 3 luvun 6 §:n mukaan valtioneuvoston asetuksella säädetään lääkärinpalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät sekä perusteet lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden yleis- ja erikoistaksoille. Korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella Kansaneläkelaitoksen on vahvistettava luettelo korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Valtioneuvoston asetukseen sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista (1336/2004) ei ehdoteta tehtävän muutoksia, koska tässä esityksessä ei ehdoteta tehtävän muutoksia voimassa oleviin sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisiin hoito- ja tutkimuskorvauksiin, joita asetus koskee.

Sairausvakuutuslakiin ehdotetut muutokset edellyttävät uuden valtioneuvoston asetuksen antamista. Valtioneuvoston asetus koskisi palveluiden enimmäishintoja eli hintakattoja ja korvaustaksoja.

Lisäksi Kansaneläkelaitos voisi palveluntuottajien kanssa tekemissään sopimuksissa asettaa palveluiden tuottamiseen liittyviä sopimusehtoja.

9 Voimaantulo

Ehdotetaan, että laki sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta tulee voimaan 1.9.2025 ja on voimassa 31.12.2027 saakka ja laki toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta tulee voimaan 1.9.2025 ja on voimassa 29.2.2028 saakka.

10 Toimeenpano ja seuranta

Kansaneläkelaitos toimeenpanee esitetyt muutokset ja tekee sopimukset esityksessä tarkoitettujen terveyspalveluiden tuottamisesta palveluntuottajien kanssa.

Esityksen vaikutuksia ja tavoitteiden toteutumista tullaan seuraamaan jälkikäteen. Kansaneläkelaitos ja Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos seuraavat esityksen tavoitteiden toteutumista sekä raportoivat siitä valtioneuvostolle ja eduskunnalle.

11 Suhde muihin esityksiin

11.1 Suhde talousarvioesitykseen

Esitys liittyy valtion vuoden 2025 toiseen lisätalousarvioesitykseen ja on tarkoitettu käsiteltäväksi sen yhteydessä.

12 Suhde perustuslakiin ja säätämisjärjestys

12.1 Johdanto

Esityksessä ehdotetaan, että sairausvakuutuslakia muutettaisiin väliaikaisesti. Tarkoituksena on kohdentaa yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksiin suunnattua määräraikaista rahoitusta osaan Kela-korvausjärjestelmän korvauksista väliaikaisesti. Kysymys ei ole perustuslakivaliokunnan vakiintuneen käytännön tarkoittamalla tavalla kokeilulainsäädännöstä,

vaan määräaikaisesta, rahoituksen määräaikaisuuteen perustuvasta lainsäädännöstä. Lain määräaikaisen voimassaolon perusteena on myös se, että hallitusohjelman mukainen perusterveydenhuollon palveluiden kehittäminen on kesken.

Esityksen suhdetta perustuslakiin ja säätämisyjärjestystä on jäljempänä arvioitu perustuslain 19 §:n mukaisen oikeuden sosiaaliturvaan ja 6 §:n mukaisen yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Lisäksi on arvioitu perustuslain 80 §:n mukaista lainsäädäntövallan siirtämistä suhteessa esityksessä ehdotettuihin asetustenantovaltuuksiin.

12.2 Oikeus sosiaaliturvaan ja riittäviin sosiaali- ja terveystalveluihin

Perustuslakivaliokunnan käytännössä sairausvakuutuslain etuudet ja korvaukset on liitetty sekä perustuslain 19 §:n 2 momentin säännökseen että perustuslain 19 §:n 3 momentin säännökseen (PeVL 33/2004 vp). Perustuslain 19 §:n 2 momentin mukaan lailla taataan jokaiselle oikeus perustoimeentulon turvaan työttömyyden, sairauden, työkyvyttömyyden ja vanhuuden aikana sekä lapsen syntymän ja huoltajan menetyksen perusteella. Säännöksellä on asetettu lainsäätäjälle velvoite taata jokaiselle perustoimeentulon turvaa tarvitsevalle subjektiivinen oikeus lailla säädettävään julkisen vallan järjestämään turvaan, joka on yhteydessä säännöksessä lueteltuihin sosiaalisiin riskitilanteisiin samoin kuin lailla kulloinkin annettaviin säännöksiin saamisedellytyksistä ja tarveharkinnasta sekä menettelymuodoista (PeVM 25/1994 vp ja HE 309/1993 vp, s. 70).

Perustuslakivaliokunta on perustoimeentulon turvaa koskevan säännöksen yhteydessä pitänyt lainsäätäjälle asetettavan toimintavelvoitteen luonteen mukaisena sitä, että sosiaaliturvaa suunnataan ja kehitetään yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaisesti (PeVM 25/1994 vp). Valiokunta on lisäksi pitänyt johdonmukaisena, että etuuksien tasoa mitoitettaessa otetaan huomioon kulloinkin kansantalouden ja julkisen talouden tila (esim. PeVL 15/2023 vp). Pääministeri Petteri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti perusterveydenhuollon saatavuutta parannetaan kohdentamalla hallituskauten aikana kertaluonteista rahoitusta perusterveydenhuollon hoitojonojen purkuun hallituksen kehittämän uuden Kela-korvausmallin avulla. Kela-korvausten uudelleenkohdentamisella tavoitellaan myös Kela-korvausten kehittämistä ja niiden vaikuttavuuden lisäämistä siten, että korvausten hyödyntäminen olisi mahdollista eri tuloryhmissä aiempaa paremmin.

Esityksen tavoitteena on parantaa perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta. 65 vuotta täyttäneiden terveydenhuollon käynnit painottuvat vahvasti julkiseen perusterveydenhuoltoon. Mikäli osa julkisen perusterveydenhuollon käynneistä korvautuisi yksityisen terveydenhuollon lääkärikäynneillä, voisi julkisen perusterveydenhuollon kuormitus keventyä ja sinne hoitoon hakeutuvien potilaiden tilanne välillisesti parantua. Lisäksi perusterveydenhuollon palveluiden saatavuus parantuisi erityisesti 65 vuotta täyttäneiden osalta, kun heidän mahdollisuutensa valita hoitopaikka yksityisen ja julkisen sektorin väliltä paranisi.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Säännös velvoittaa julkisen vallan turvaamaan sosiaali- ja terveystalvelujen saatavuuden. Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen.

Perustuslain 19 §:n 3 momentin säännöksestä seuraa, että lainsäädännöllä on huolehdittava riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamisesta. Säännöksellä ei määritellä sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistapaa eikä säännös sido sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämistä nykyiseen lainsäädäntöön. Säännökset erilaisista talveluista, etuuksista ja niiden saamisen

edellytyksistä sisältyvät tavalliseen lainsäädäntöön. Julkisen vallan on huolehdittava sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon yleis- ja erityislainsäädännön mukaisesti. Sairausvakuutuslainsäädäntö vaikuttaa nykyisin yksityisen terveydenhuollon palvelujen edellytyksiin. (HE 309/1993 vp; PeVL 20/2004 vp; PeVL 41/2010 vp; PeVL 30/2013 vp.) Sairausvakuutuslaki myös osaltaan toteuttaa perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle säädettyä velvollisuutta turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut (PeVL 33/2004 vp).

Palvelujen riittävyyttä arvioitaessa perustuslakivaliokunta on pitänyt lähtökohtana sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä. (HE 309/1993 vp; PeVL 20/2004 vp; PeVL 41/2010 vp; PeVL 30/2013 vp.) Viittäus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävyydestä (ks. PeVL 30/2013 vp, s. 3/I). Oikeus riittäviin terveyspalveluihin turvaa vakavimmissa tilanteissa perustuslain 7 §:ssä perusoikeutena turvattua oikeutta elämään (PeVL 65/2014 vp, s. 4/II). Perustuslakivaliokunta on korostanut, että vaikka perustuslain 19 §:n 3 momentin säännöksen ensimmäinen virke ei turvaa mitään nimenomaista tapaa tarjota palveluja, tältä osin perustuslain mukainen edellytys on, että palveluja on riittävästi (PeVL 26/2017 vp, s. 32 ja 36–41; PeVL 12/2015 vp, s. 3 ja PeVL 11/1995 vp, s. 2).

Sairausvakuutuslakiin perustuvien hoito- ja tutkimuskorvausten tarkoituksena on ollut täydentää julkisen terveydenhuollon palveluja tukemalla asiakkaiden taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja ja valita palveluntuottaja. Oikeus riittäviin terveyspalveluihin perustuu perustuslain 19 §:n 3 momentin ohella terveydenhuoltolakiin ja muuhun terveydenhuollon palveluja ja niiden järjestämistä koskevaan yleis- ja erityislainsäädäntöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on hyvinvointialueilla, jotka vastaavat riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämisestä asukkailleen.

Esityksen yhtenä tavoitteena on keventää hyvinvointialueiden kuormitusta ja purkaa perusterveydenhuollon hoitojonoja ja näin turvata perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisia riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja ja edistää väestön terveyttä. Esityksen mukaan vakuutettujen taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisiä terveyspalveluita helpotettaisiin. Tämä lisäisi valinnan mahdollisuuksia ja osaltaan parantaisi myös julkisen perusterveydenhuollon saatavuutta erityisesti niiden henkilöiden kohdalla, joilla ei ole mahdollisuutta tai jotka eivät halua käyttää yksityisiä palveluita. Henkilöillä olisi jatkossakin aina oikeus valita, käyttävätkö he julkisia vai yksityisiä palveluita.

Esityksen seurauksena osalle väestöstä mahdollistettaisiin yksityiselle sektorille yleislääkäriin hakeutuminen poistamalla taloudellisia esteitä säättämällä omavastuiden määrästä lailla. Yksityisessä terveydenhuollossa ei ole käytössä sellaista hoidon tarpeen arviointia kuin julkisessa perusterveydenhuollossa, mikä mahdollistaa sen, että yksityiseen terveydenhuoltoon voi hakeutua ilman terveydenhuollon ammattihenkilön tekemää yksilökohtaista arviointia hoidon tarpeesta. Tämä vastaa tilannetta yksityisessä terveydenhuollossa myös sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisten Kela-korvausten osalta.

12.3 Yhdenvertaisuus

Palvelujen järjestämistapaan ja saatavuuteen vaikuttavat välillisesti myös muut perusoikeussäännökset, kuten perustuslain 6 §:n mukainen yhdenvertaisuus ja syrjinnän kielto. Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Yhdenvertaisuussäännös ei kuitenkaan edellytä kaikkien ihmisten kaikissa suhteissa samanlaista kohtelua, elleivät asiaan vaikuttavat olosuhteet ole samanlaisia.

Yhdenvertaisuusnäkökohdilla on merkitystä sekä myönnettäessä lailla etuja ja oikeuksia ihmisille että asetettaessa heille velvollisuuksia. Toisaalta säännöksen valmisteluaineistossa ja myös soveltamiskäytännössä on korostettu, että lainsäädännöllä on ominaista, että se kohtelee tietyn hyväksyttävän yhteiskunnallisen intressin vuoksi ihmisiä eri tavoin edistääkseen muun muassa tosiasiallista tasa-arvoa (HE 309/1993 vp, s. 42–43; esim. PeVL 31/2014 vp). Perustuslakivaliokunta onkin vakiintuneesti korostanut, ettei yhdenvertaisuusperiaatteesta voi johtua tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn (esim. PeVL 102/2022 vp, PeVL 2/2011 vp, PeVL 64/2010 vp). Vuoden 2023 alusta voimaan tulleen sote-uudistuksen tavoitteena oli muun muassa parantaa palveluiden saatavuutta erityisesti perusterveydenhuollossa. Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan perusterveydenhuollon palveluita kehitetään ja tällä esityksellä tavoitellaan perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantamista Kela-korvauksia kehittämällä.

Yleistä yhdenvertaisuussäännöstä täydentää perustuslain 6 §:n 2 momentin sisältämä syrjintäkielto, jonka mukaan ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan säännöksessä lueteltujen erotteluperusteiden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tällainen muu syy voi olla esimerkiksi asuinpaikka. (HE 309/1993 vp; PeVL 31/2014 vp.) Erilaisen kohtelun mahdollistavalle hyväksyttävälle perusteelle asetettavat vaatimukset ovat perustuslakivaliokunnan vakiintuneen käytännön mukaan varsin korkeat silloin, kun erottelu perustuu syrjintäkiellossa tarkoitettuihin henkilöön liittyviin syihin (PeVL 68/2022 vp). Perusoikeusuudistuksen esitöissä syrjintäkiellon ei kuitenkaan siis ole katsottu kieltävän kaikenlaista erontekoa ihmisten välillä, vaikka erottelu perustuisi säännöksessä nimenomaan mainittuun syyhyn. Hyväksyttävän perusteen on valiokunnan käytännössä edellytettävä olevan asiallisessa ja kiinteässä yhteydessä lain tarkoitukseen (esim. PeVL 44/2010 vp). Henkilöihin kohdistuvat erottelut eivät saa olla mielivaltaisia, eivätkä erot saa muodostua kohtuuttomiksi (esim. PeVL 57/2016 vp ja PeVM 11/2009 vp). Säännös ei myöskään estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua eli tietyn ryhmän (kuten esimerkiksi naiset, lapset, vähemmistöt) asemaa ja olosuhteita parantavia toimia (HE 309/1993 vp, s. 44). Perustuslain 6 §:n 2 momentissa säädetty syrjintäkielto koskee myös toimenpiteitä, jotka välillisesti johtavat syrjivään lopputulokseen. Syrjinnän käsillä oloa on arvioitava menettelyn tosiasiallisten seurausten kannalta (ks. HE 309/1993 vp, s. 44).

Hoitotakuun muutoksia koskevan esityksen osalta perustuslakivaliokunta totesi, että perustuslain yhdenvertaisuussääntely ei estä tosiasiallisen tasa-arvon turvaamiseksi tarpeellista positiivista erityiskohtelua eli jonkin ryhmän asemaa ja olosuhteita parantavia toimia (PeVL 48/2024 vp, kts, myös PeVL 34/2005 vp, s. 2/I, PeVL 40/2004 vp, s. 2/I). Perustuslakivaliokunta arvioi olevan kysymys sääntelylle esitetyt perustelut huomioon ottaen lapsiin ja nuoriin aikuisiin kohdistuvasta positiivisesta erityiskohtelusta, jolle on valiokunnan aikaisemmassa käytännössä katsottu olevan perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävät perusteet sosiaali- ja terveyspalveluiden yhteydessä (esim. PeVL 41/2010 vp). Toisaalta perustuslakivaliokunta on hoitoon pääsyn kontekstissa nimenomaisesti todennut, että jonkin potilasryhmän asettaminen terveydenhoitopalvelujen saamisen nopeuden osalta etusijalle muihin potilaisiin verrattuna on hyväksyttävän perusteen käsillä olosta huolimatta lähtökohtaisesti ongelmallista perustuslain 6 §:n 1 momentin yhdenvertaisuusperiaatteen toteutumisen kannalta (PeVL 1/2006 vp). Palvelujen tarvearviointiin pääsyn erityiskohtelusta 80 vuotta täyttäneiden osalta on pidetty niin ikään mahdollisena todeten toki samalla, että kysymys oli lopulta myös varsin vähäisen eron tekemisestä (PeVL 34/2005 vp).

Voimassa olevaan sosiaali- ja terveysetuuksia koskevaan sääntelyyn samoin kuin palvelulainsäädäntöön sisältyy paljon erilaisia ikärajoja, joiden säätämistä on pidetty mahdollisena. Syrjintäkieltosäännöksellä ei ole tarkoitettu kieltää kaikenlaista erontekoa

ihmisten välillä, vaikka erottelu perustuisi säännöksessä nimenomaan mainittuun syyhyn. Olennaista on, voidaanko erottelu perustella perusoikeusjärjestelmän kannalta hyväksyttävällä tavalla (ks. esim. PeVL 1/2006 vp, PeVL 59/2002 vp). Perustuslakivaliokunta on esimerkiksi sosiaalioikeudellista sääntelyä arvioidessaan pitänyt etuuksien määräytymistä eri tavoin eri ikäisille henkilöille perustuslain kannalta ongelmattomana, jos erottelut eivät ole mielivaltaisia eivätkä erot muodostu kohtuuttomiksi (ks. esim. PeVL 48/2024 vp, PeVL 34/2005 vp, PeVL 60/2002 vp).

Voimassa olevissa sairausvakuutuslain sairaanhoitokorvauksia koskevista säännöksistä ei ole vakuutetun ikään liittyviä edellytyksiä. Kaikki sairausvakuutuslain mukaisesti vakuutetut ovat samoin perustein oikeutettuja korvauksiin. Ehdotetut muutokset koskisivat vain 65 vuotta täyttäneitä vakuutettuja. Heillä olisi oikeus huomattavasti korkeampiin sairaanhoidon korvauksiin kuin muilla ikäryhmillä silloin, kun kyse olisi esityksessä tarkoitetuista lääkärikäynneistä ja tutkimuksista.

Esityksen toteuttamiseen varatun rahoituksen määräaikaisuuden ja rajallisuuden vuoksi korvauksia tulee kohdentaa rajatulle kohderyhmälle tarkoituksenmukaisten korvaus- ja hoitokokonaisuuksien muodostamiseksi.

Ikääntyneellä väestöllä on keskimäärin suurempi tarve terveydenhuollon palveluille korkeamman sairastavuuden vuoksi ja 65 vuotta täyttäneiden lääkärikäynneistä merkittävä osuus toteutuu julkisessa perusterveydenhuollossa. Lisäksi 65 vuotta täyttäneillä on käytettävissään vähemmän rinnakkaisia terveydenhuoltojärjestelmiä ja pienemmällä osalla on yksityisiä terveystakuutuksia, joiden turvin he voisivat asioida yksityisessä terveydenhuollossa. Kela-korvausten kohdentamisen ikääntyneelle väestölle voidaan edellä mainituin perusteluin katsoa parhaiten tukevan hallitusohjelman ja esityksen mukaista tavoitetta perusterveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantamisesta ja korvausten kohdentamiselle valitulle väestöryhmälle katsotaan siten olevan esityksen tavoitteisiin kytkeytyvät hyväksyttävät perusteet.

Esityksen seurauksena on mahdollista, että mikäli yksityiset palveluntuottajat tekevät Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksia palveluiden tuottamisesta ja tarjontaa siten syntyy, 65 vuotta täyttäneet voivat päästä terveydenhuollon palveluihin aiempaa helpommin. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaiset riittävät sosiaali- ja terveysterveystarvot turvataan hyvinvointialueilla terveydenhuoltolain ja muun terveydenhuollon palveluja ja niiden järjestämistä koskevan yleis- ja erityislainsäädännön perusteella. Julkisen terveydenhuollon palveluiden saatavuus kuitenkin eroaa hyvinvointialueiden kesken ja paikallisesti. Lisäksi osalla väestöstä on oikeus työterveyshuollon palveluihin. Kaikki työntekijät eivät kuitenkaan ole työterveyshuollon sairaanhoidon piirissä. Lisäksi työterveyshuoltosopimusten laajuus sairaanhoidon palveluiden osalta eroaa työnantajittain. Suomalaisten korkeakoulujen opiskelijoille opiskeluterveydenhuollon palveluita tarjoaa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö YTHS.

Kaikilla vakuutetuilla on edelleen mahdollisuus käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita sairausvakuutuslain 3 luvun mukaisesti korvattuina. Esityksen mukaiset palvelut olisivat yleislääkärikäyntejä ja rajattu määrä lääkärin määräämiä tutkimuksia. Hyvinvointialue järjestää jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut, ja lisäksi jo nykytilassa julkista terveydenhuoltojärjestelmää täydentävät edellä mainitut rinnakkaiset terveystarvot. Esityksessä tarkoitettujen palveluiden käyttämisen ehdotetun sairausvakuutuslain 3 a luvun mukaisesti korvattuina ei voida edellä mainituin perusteluin katsoa muodostavan mielivaltaisia erotteluja väestöryhmien välille tai kohtuuttomia eroja väestöryhmien oikeudelle saada riittäviä terveystarvot.

Hoito- ja tutkimuskorvaukset ovat painottuneet ylempien tuloluokkien saajille pääasiassa korkeiden omavastuuosuuksien vuoksi. Esityksellä tavoitellaan yksityisen sairaanhoidon Kela-korvausten vaikuttavuuden lisäämistä, mikä osaltaan tarkoittaa sitä, että korvausten yhdenvertaisempaa kohdentumista pyritään parantamaan. 65 vuotta täyttäneet vakuutetut saisivat esityksen mukaiset lääkärikäynnit julkisen perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnin asiakasmaksua vastaavalla omavastuuosuudella. Lisäksi esityksen mukaisten palveluiden omavastuuosuudet huomioitaisiin menona perustoimeentulotuessa. Ehdotetut muutokset parantaisivat merkittävästi myös pienituloisimpien kohderyhmään kuuluvien henkilöiden mahdollisuutta hyödyntää esityksen mukaisia palveluita. Tämä lisäisi tosiasiallista yhdenvertaisuutta 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmän sisällä, kun taloudellisia esteitä palveluiden käyttämiselle saataisiin vähennettyä.

Yksityisten palveluntuottajien palvelutarjonta vaihtelee Suomessa alueellisesti. Lisäksi esityksen mukaisten palveluiden tarjonta riippuisi siitä, miten palveluntuottajat tekisivät Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksia palveluiden tuottamisesta. On todennäköistä, että esityksen mukaisten palveluiden tarjonta vaihtelisi alueittain edellä mainituista syistä. Vakuutetuilla olisi oikeus sairausvakuutuslain mukaisiin matkakorvauksiin matkoista esityksen mukaisiin terveydenhuollon palveluihin. Sairausvakuutuslakiin perustuvien matkakorvausten tarkoituksena on turvata vakuutettujen yhdenvertainen oikeus saada tutkimusta tai hoitoa asuinpaikasta riippumatta korvaamalla osa sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi tehdyn matkan aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista.

Ehdotetut muutokset eivät heikentäisi kenenkään asemaa nykyisestä. Kaikilla vakuutetuilla olisi jatkossakin oikeus voimassa olevan lainsäädännön mukaisiin korvauksiin. Myös 65 vuotta täyttäneillä vakuutetuilla olisi oikeus nykyisiin korvauksiin silloin, kun kyse ei ole esityksen mukaisista lääkärikäynneistä, vaan esimerkiksi erikoislääkärikäynneistä. Esityksellä pyritään parantamaan vakuutettujen taloudellisia mahdollisuuksia hakeutua halutessaan yksityisen terveydenhuollon piiriin julkisen perusterveydenhuollon sijasta. Tavoitteen toteutuessa julkiseen perusterveydenhuoltoon kohdistuva kuormitus vähenisi ja tällä olisi myönteinen vaikutus välillisesti koko väestölle.

On myös huomattava, että kyseessä olisi määräaikaiseksi tarkoitettu laki ja hankkeeseen käytettävissä olevat varat eivät mahdollistaisi korvausten merkittävää korottamista kaikkien vakuutettujen osalta. Määräaikaisten lakimuutosten vaikutuksia tultaisiin seuraamaan ja arvioimaan lakien voimassaolon aikana ja sen jälkeen ja saatuja tietoja voitaisiin myöhemmin hyödyntää korvausjärjestelmää ja perusterveydenhuollon palvelujärjestelmää kehitettäessä.

12.4 Asetuksenantovaltuudet

Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan tasavallan presidentti, valtioneuvosto ja ministeriö voivat antaa asetuksia perustuslaissa tai muussa laissa säädetyn valtuuden nojalla. Lailla on kuitenkin säädettävä yksilön oikeuksien ja velvollisuuksien perusteista sekä asioista, jotka perustuslain mukaan muuten kuuluvat lain alaan.

Perustuslain 80 §:n 1 momentin mukaan lailla on säädettävä asioista, jotka perustuslain mukaan kuuluvat lain alaan. Perustuslain 80 §:n johdosta asetuksenantovaltuuksiin on perustuslakivaliokunnan käytännössä kohdistettu vaatimuksia sääntelyn täsmällisyydestä ja tarkkarajaisuudesta (ks. esim. PeVL 38/2013 vp, s. 3/II—4/I). Valiokunta on painottanut tämän merkitsevän sitä, että kun asetuksia voidaan antaa vain laissa säädetyn valtuuden nojalla eikä asetuksenantovaltaa voida antaa asioissa, joista perustuslain mukaan on säädettävä lailla, on lakiin otettava asetuksenantovaltuus laadittava niin, että valtuuden sisältö selvästi ilmenee laista ja että se rajataan riittävän tarkasti (PeVL 26/2017 vp, s. 26). Perustuslain 80 §:n takia on

olennaista, että säänneltävästä asiasta on riittävät perussäännökset laissa ja että valtuus on syytä sijoittaa pääsääntöisesti lain asianomaisen perussäännöksen yhteyteen (ks. PeVL 10/2016 vp, s. 5 ja PeVL 49/2014 vp, s. 6).

Esityksen mukaan valtioneuvoston asetuksella voitaisiin säätää tarkemmin siitä, mitä maksuja palveluntuottaja voisi periä vakuutetulta esityksessä tarkoitetuista palveluista. Asetuksessa voitaisiin esimerkiksi säätää tutkimusten ja näytteenoton kustannuksiin liittyvistä maksuista.

Esityksessä ehdotetaan, että lääkärinpalkkion sekä lääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteista voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella. Asetuksessa voitaisiin säätää esimerkiksi siitä, millaisia kustannuksia enimmäishinnoissa huomioitaisiin kunkin palvelun osalta.

12.5 Johtopäätös

Täysin vastaavaa lainsäädäntömuutosta ei ole ollut perustuslakivaliokunnan arvioitavana, vaikka valiokunta onkin arvioinut useita erilaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin ja etuuksien ikärajoihin liittyviä hallituksen esityksiä yhdenvertaisuusnäkökulmasta. Ehdotettu muutos koskien hoito- ja tutkimuskorvausten saamista ja korvaustasoa vakuutetun iän perusteella olisi uudentyyppistä sääntelyä sairausvakuutuslain sairaanhoitokorvauksissa.

Edellä kerrotun perusteella hallitus katsoo, että esitys voidaan käsitellä tavallisessa lainsäätämisyksikössä. Koska esityksessä on kyse uudentyyppisestä sääntelystä ja sen suhteesta perustuslain 6 §:n mukaiseen yhdenvertaisuuden vaatimukseen, hallitus pitää kuitenkin suotavana, että esityksestä pyydetään perustuslakivaliokunnan lausunto.

Ponsi

Edellä esitetyn perusteella annetaan eduskunnan hyväksyttäviksi seuraavat lakiehdotukset:

1.

Laki

sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan väliaikaisesti sairausvakuutuslain (1224/2004) 15 luvun 9 §:n 1 momentti,
sellaisena kuin se on laissa 890/2006, sekä
lisätään lakiin väliaikaisesti uusi 3 a luku seuraavasti:

3 a luku

Hoito- ja tutkimuskorvaukset 65 vuotta täyttäneille

1 §

Korvattavuuden periaatteet

Vakuutetulle, joka on täyttänyt 65 vuotta, korvataan lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi ja lääkärin antama hoito sekä lääkärin määräämä tutkimus ja hoito.

Lääkäripalkkion korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin tai erikoislääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä.

Lääkärin määräämä 1 momentissa tarkoitettu tutkimus ja hoito korvataan, jos toimenpiteen on tehnyt tässä laissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö ja tutkimus tai hoito on määrätty edellä 1 momentissa tarkoitettulla lääkärin vastaanotolla.

Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottaja on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen tässä luvussa tarkoitettujen palveluiden tuottamisesta. Edellytyksenä sopimuksen tekemiselle on, että palveluntuottaja tekee Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen 15 luvun 9 §:ssä tarkoitettua suorakorvausmenettelystä.

Palveluntuottajan on sitouduttava tuottamaan 1 momentissa tarkoitettuja palveluja enintään Kansaneläkelaitoksen vahvistamilla enimmäishinnoilla. Palveluntuottaja ei saa periä palveluista poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää tarkemmin siitä, mitä maksuja palveluntuottaja voi periä vakuutetulta 1 momentissa tarkoitetuista palveluista.

2 §

Oikeus korvaukseen

Vakuutetulla ei ole oikeutta tässä luvussa tarkoitettuun korvaukseen, jos 1 §:ssä tarkoitettua palvelusta on peritty poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja tai enimmäishinnan ylittävä hinta.

Vakuutetulle voidaan maksaa 1 §:ssä tarkoitettu korvaus lääkärinpalkkiosta enintään kolmen lääkärin vastaanottokäynnin perusteella kalenterivuodessa. Lääkäripalkkion korvaus voidaan maksaa enintään yhdeltä vastaanottokäynniltä vuorokaudessa.

Vakuutetulle voidaan maksaa 1 §:ssä tarkoitettu korvaus tutkimuksesta ja hoidosta enintään kolmen lääkärin tekemän määräyksen perusteella kalenterivuodessa.

3 §

Lääkäripalkkiosta 65 vuotta täyttäneelle korvattava osuus

Vakuutetun omavastuuosuus lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta on enintään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) nojalla annetussa asetuksessa säädetyn kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveyskeskuksessa kalenterivuoden aikana avosairaanhoidon lääkäripalveluista perittävän käyntimaksun suuruinen maksu.

Kustannuksista, jotka peritään lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta, korvataan 5 §:n nojalla vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan korvaustaksan määrä. Peritty palkkio saa kuitenkin olla enintään 5 §:n nojalla vahvistetun enimmäishinnan suuruinen. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan perityn palkkion määrä.

4 §

Lääkärin 65 vuotta täyttäneelle määräämstä tutkimuksesta ja hoidosta korvattava osuus

Lääkärin samalla kerralla määräämien tutkimusten kustannuksista korvataan 50 prosenttia tutkimusten ja näytteenoton korvausten perusteeksi vahvistetuista enimmäishinnoista.

Lääkärin samalla kerralla määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan 5 §:n nojalla vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos tutkimuksesta ja hoidosta peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan korvaustaksan määrä. Peritty palkkio saa kuitenkin olla enintään 5 §:n nojalla vahvistetun enimmäishinnan suuruinen. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan perityn palkkion määrä.

5 §

Lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon enimmäishinnat ja korvaustaksat

Edellä 1 §:ssä tarkoitettujen lääkärinpalkkion sekä lääkärin määräämän tutkimuksien ja hoidon enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteista voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteiden perusteella Kansaneläkelaitoksen on vahvistettava luettelo 1 §:n nojalla korvattavista lääkärinpalkkioista, lääkärin määräämistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista ja enimmäishinnoista.

Kansaneläkelaitoksen on 2 momentissa tarkoitettujen enimmäishintojen, korvaustaksojen ja luettelon vahvistamista valmistellessaan kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä.

Edellä 2 momentissa tarkoitettujen enimmäishintojen ja korvaustaksojen on perustuttava tutkimus- tai hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin.

6 §

Suhde 3 luvun mukaisiin hoidon ja tutkimuksen korvauksiin

Tässä luvussa tarkoitettujen korvausten lisäksi 65 vuotta täyttäneellä vakuutetulla on oikeus 3 luvussa tarkoitettuihin tutkimuksen ja hoidon korvauksiin. Vakuutetulle ei kuitenkaan makseta 3 luvun mukaisia korvauksia tässä luvussa tarkoitetuista palveluista.

Tämän luvun mukaisten korvausten lisäksi vakuutetulle korvataan tämän lain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset kuitenkin 3 luvussa säädetyn mukaisesti.

15 luku

Toimeenpanoa koskevat säännökset

9 §

Suorakorvausmenettely

Jos apteekki on perinyt vakuutetun lääkeliikasta 5 luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos palvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta lääkäripalkkion, hammaslääkäriin palkkion tai tutkimuksen ja hoidon 3 tai 3 a luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos kuljetuspalvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta 4 luvun 7 §:n mukaisen omavastuusuuden matkan hinnasta, korvaus voidaan maksaa apteekille tai palvelujen tuottajalle sen tekemän tilityksen perusteella erikseen sovittavalla tavalla.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 ja on voimassa 31 päivään joulukuuta 2027. Vuonna 2025 vakuutetulle voidaan maksaa 3 a luvun 1 §:ssä tarkoitettu korvaus lääkäripalkkiosta enintään kahden lääkäriin vastaanottokäynnin perusteella kalenterivuodessa.

2.

Laki

toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään toimeentulotuesta annetun lain (1412/1997) 7 b §:ään, sellaisena kuin se on laeissa 1023/2022 ja 847/2024, väliaikaisesti uusi 4 momentti seuraavasti:

2 luku

Toimeentulotuen määräytyminen ja rakenne

7 b §

Terveysturvamenot ja muut menot

Henkilön, joka on täyttänyt 65 vuotta, muina perusmenoina otetaan lisäksi huomioon sairausvakuutuslain (1224/2004) 3 a luvun 1 §:ssä tarkoitettujen sairaanhoidon palveluiden omavastuuosuudet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä _____ kuuta 20 _____ ja on voimassa 29 päivään helmikuuta 2028.

Helsingissä 16.4.2025

Pääministeri

Petteri Orpo

Sosiaaliturvaministeri Sanni Grahn-Laasonen

1.

Laki

sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
muutetaan väliaikaisesti sairausvakuutuslain (1224/2004) 15 luvun 9 §:n 1 momentti,
sellaisena kuin se on laissa 890/2006, sekä
lisätään lakiin väliaikaisesti uusi 3 a luku seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

3 a luku

Hoito- ja tutkimuskorvaukset 65 vuotta täyttäneille

1 §

Korvattavuuden periaatteet

Vakuutetulle, joka on täyttänyt 65 vuotta, korvataan lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi ja lääkärin antama hoito sekä lääkärin määräämä tutkimus ja hoito.

Lääkärinpalkkion korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin tai erikoislääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä.

Lääkärin määräämä 1 momentissa tarkoitettu tutkimus ja hoito korvataan, jos toimenpiteen on tehnyt tässä laissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö ja tutkimus tai hoito on määrätty edellä 1 momentissa tarkoitetulla lääkärin vastaanotolla.

Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että yksityisen terveydenhuollon palveluntuottaja on tehnyt Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen tässä luvussa tarkoitettujen palveluiden

tuottamisesta. Edellytyksenä sopimuksen tekemiselle on, että palveluntuottaja tekee Kansaneläkelaitoksen kanssa sopimuksen 15 luvun 9 §:ssä tarkoitetusta suorakorvausmenettelystä.

Palveluntuottajan on sitouduttava tuottamaan 1 momentissa tarkoitettuja palveluja enintään Kansaneläkelaitoksen vahvistamilla enimmäishinnoilla. Palveluntuottaja ei saa periä palveluista poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja. Valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää tarkemmin siitä, mitä maksuja palveluntuottaja voi periä vakuutetulta 1 momentissa tarkoitetuista palveluista.

2 §

Oikeus korvaukseen

Vakuutetulla ei ole oikeutta tässä luvussa tarkoitettuun korvaukseen, jos 1 §:ssä tarkoitettu palvelusta on peritty poliklinikka- tai toimistomaksuja tai muita vastaavia maksuja tai enimmäishinnan ylittävä hinta.

Vakuutetulle voidaan maksaa 1 §:ssä tarkoitettu korvaus lääkärinpalkkiosta enintään kolmen lääkärin vastaanottokäynnin perusteella kalenterivuodessa. Lääkärinpalkkion korvaus voidaan maksaa enintään yhdeltä vastaanottokäynniltä vuorokaudessa.

Vakuutetulle voidaan maksaa 1 §:ssä tarkoitettu korvaus tutkimuksesta ja hoidosta enintään kolmen lääkärin tekemän määräyksen perusteella kalenterivuodessa.

3 §

Lääkärinpalkkiosta 65 vuotta täyttäneelle korvattava osuus

Vakuutetun omavastuuosuus lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta on enintään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) nojalla annetussa asetuksessa

säädetyin kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveyskeskuksessa kalenterivuoden aikana avosairaanhoidon lääkäripalveluista perittävän käyntimaksun suuruinen maksu.

Kustannuksista, jotka peritään lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta, korvataan 5 §:n nojalla vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan korvaustaksan määrä. Peritty palkkio saa kuitenkin olla enintään 5 §:n nojalla vahvistetun enimmäishinnan suuruinen. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan perityn palkkion määrä.

4 §

Lääkärin 65 vuotta täyttäneelle määräämästä tutkimuksesta ja hoidosta korvattava osuus

Lääkärin samalla kerralla määräämien tutkimusten kustannuksista korvataan 50 prosenttia tutkimusten ja näytteenoton korvausten perusteeksi vahvistetuista enimmäishinnoista.

Lääkärin samalla kerralla määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvataan 5 §:n nojalla vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos tutkimuksesta ja hoidosta peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan korvaustaksan määrä. Peritty palkkio saa kuitenkin olla enintään 5 §:n nojalla vahvistetun enimmäishinnan suuruinen. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan perityn palkkion määrä.

5 §

Lääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon enimmäishinnat ja korvaustaksat

Edellä 1 §:ssä tarkoitettujen lääkäripalkkion sekä lääkärin määräämän tutkimuksien ja hoidon enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteista voidaan säätää tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Enimmäishintojen ja korvaustaksojen perusteiden perusteella Kansaneläkelaitoksen on vahvistettava luettelo 1 §:n nojalla korvattavista lääkäripalkkioista, lääkärin määräämistä tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista ja enimmäishinnoista.

Kansaneläkelaitoksen on 2 momentissa tarkoitettujen enimmäishintojen, korvaustaksojen ja luettelon vahvistamista valmistellessaan kuultava sosiaali- ja terveysministeriötä.

Edellä 2 momentissa tarkoitettujen enimmäishintojen ja korvaustaksojen on perustuttava tutkimus- tai hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin.

6 §

Suhde 3 luvun mukaisiin hoidon ja tutkimuksen korvauksiin

Tässä luvussa tarkoitettujen korvausten lisäksi 65 vuotta täyttäneellä vakuutetulla on oikeus 3 luvussa tarkoitettuihin tutkimuksen ja hoidon korvauksiin. Vakuutetulle ei kuitenkaan makseta 3 luvun mukaisia korvauksia tässä luvussa tarkoitetuista palveluista.

Tämän luvun mukaisten korvausten lisäksi vakuutetulle korvataan tämän lain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset kuitenkin 3 luvussa säädetyn mukaisesti.

15 luku

Toimeenpanoa koskevat säännökset

9 §

15 luku

Toimeenpanoa koskevat säännökset

9 §

Suorakorvausmenettely

Jos apteekki on perinyt vakuutetun lääkeostosta 5 luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos palvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta lääkäripalkkion, hammaslääkärin palkkion tai tutkimuksen ja hoidon 3 luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos kuljetuspalvelujen tuottaja on perinyt

Voimassa oleva laki

vakuutetulta 4 luvun 7 §:n mukaisen omavastuusuuden matkan hinnasta, korvaus voidaan maksaa apteekille tai palvelujen tuottajalle sen tekemän tilityksen perusteella erikseen sovittavalla tavalla.

— — — — —

Ehdotus

Suorakorvausmenettely

Jos apteekki on perinyt vakuutetun lääkeostosta 5 luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos palvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta lääkärinpalkkion, hammaslääkärin palkkion tai tutkimuksen ja hoidon 3 tai 3 a luvun mukaisen korvauksen määrällä vähennetyn hinnan tai jos kuljetuspalvelujen tuottaja on perinyt vakuutetulta 4 luvun 7 §:n mukaisen omavastuusuuden matkan hinnasta, korvaus voidaan maksaa apteekille tai palvelujen tuottajalle sen tekemän tilityksen perusteella erikseen sovittavalla tavalla.

— — — — —

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta 20 ja on voimassa 31 päivään joulukuuta 2027. Vuonna 2025 vakuutetulle voidaan maksaa 3 a luvun 1 §:ssä tarkoitettu korvaus lääkärinpalkkiosta enintään kahden lääkärin vastaanottokäynnin perusteella kalenterivuodessa.

2.

Laki

toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta

Eduskunnan päätöksen mukaisesti
lisätään toimeentulotuesta annetun lain (1412/1997) 7 b §:ään, sellaisena kuin se on laeissa
1023/2022 ja 847/2024, väliaikaisesti uusi 4 momentti seuraavasti:

Voimassa oleva laki

Ehdotus

2 luku

2 luku

**Toimeentulotuen määräytyminen ja
rakenne**

**Toimeentulotuen määräytyminen ja
rakenne**

7 b §

7 b §

Terveys- ja huoltomenot ja muut menot

Terveys- ja huoltomenot ja muut menot

Henkilön, joka on täyttänyt 65 vuotta, muina
perusmenoina otetaan lisäksi huomioon
sairausvakuutuslain (1224/2004) 3 a luvun
1 §:ssä tarkoitettujen sairaanhoidon
palveluiden omavastuuosuudet.

Tämä laki tulee voimaan päivänä kuuta
20 ja on voimassa 29 päivään helmikuuta
2028.

Valtioneuvoston asetus

sairausvakuutuslain 3 a luvussa tarkoitetuista 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen hoito- ja tutkimuskorvauksista

Valtioneuvoston päätöksen mukaisesti säädetään:

1 §

Lääkäripalkkion korvaustaksat ja enimmäishinnat

Lääkäripalkkion korvaustaksa on lääkäripalkkion enimmäishinnan ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen (912/1992) 7 §:n 1 momentin 2 kohdan mukaisen käyntimaksun suuruisen omavastuuosuuden erotus.

Lääkäripalkkion enimmäishintaan sisältyy lääkäripalkkio sekä toimisto- ja palvelumaksut.

2 §

Lääkärin määräämän tutkimuksen 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.

3 §

Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä syyskuuta 2025 ja on voimassa vuoden 2027 loppuun.