

Social- och hälsovårdsutskottet

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av sjukförsäkringslagen och 7 § b i lagen om utkomststöd

INLEDNING

Remiss

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om temporär ändring av sjukförsäkringslagen och 7 § b i lagen om utkomststöd (RP 36/2025 rd): Ärendet har remitterats till social- och hälsovårdsutskottet för betänkande och till grundlagsutskottet för utlåtande.

Utlåtande

Utlåtande har lämnats av

- grundlagsutskottet GrUU 18/2025 rd

Sakkunniga

Utskottet har hört

- specialsakkunnig Emmi Vettenranta, social- och hälsovårdsministeriet
- sakkunnig Severi Saarela, social- och hälsovårdsministeriet
- regeringsråd Milja Tiainen, social- och hälsovårdsministeriet
- äldreombudsman Päivi Topo, äldreombudsmannens byrå
- professor Juha Auvinen, Uleåborgs universitet
- specialsakkunnig Marko Leimio, diskrimineringsombudsmannens byrå
- professor Kristiina Patja, Helsingfors universitet
- professor Päivi Korhonen, Åbo universitet
- seniorekonom Visa Pitkänen, Konkurrens- och konsumentverket
- specialplanerare Merja Larikka, Folkpensionsanstalten
- jurist Julia Särkkä, Folkpensionsanstalten
- direktör för lagstiftningsutveckling Auli Valli-Lintu, Folkpensionsanstalten
- forskarprofessor Timo Sinervo, Institutet för hälsa och välfärd (THL)
- välfärdsområdesdirektör Santeri Seppälä, Södra Savolax välfärdsområde
- direktör för förebyggande och vård av sjukdom Tuula Saukkonen, Lapplands välfärdsområde
- serviceområdesdirektör för social- och hälsovårdstjänster Markus Paananen, Västra Nylands välfärdsområde
- direktör för verksamhetsområdet Susanna Wilén, Norra Karelens välfärdsområde
- chefsöverläkare Terhi Nevala, Norra Österbottens välfärdsområde
- verkställande direktör Ari Miettinen, Fimlab Laboratoriet Oy

Betänkande ShUB 10/2025 rd

- direktör för diagnostik Lasse Lehtonen, HUS Diagnostikcentrum
- intressebevakningsdirektör Hanna-Maija Kause, Hyvinvointiala HALI ry
- jurist Julia Lumijärvi, Konsumentförbundet rf
- verksamhetsledare Ismo Partanen, Läkarföretagen rf
- chef för intressebevakning Anne Perälähti, SOSTE Finlands social och hälsa rf
- ordförande Jouko Laurila, Finlands Geriatriker rf
- direktör Jukka Mattila, Finlands Läkarförbund
- direktör Harri Jaskari, Företagarna i Finland rf
- sakkunnig inom påverkansarbete Katja Långvik, Svenska pensionärsförbundet rf, företrädar PIO rf
- forskarprofessor (emeritus) Markku Pekurinen.

Skriftligt yttrande har lämnats av

- seniorekonom Visa Pitkänen, Konkurrens- och konsumentverket
- Södra Österbottens välfärdsområde
- Helsingfors stad
- HUS-sammanslutningen
- Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab
- Mellersta Österbottens välfärdsområde
- Kymmenedalens välfärdsområde
- Birkalands välfärdsområde
- Norra Savolax välfärdsområde
- Päijänne-Tavastlands välfärdsområde
- Satakunta välfärdsområde
- Vanda och Kervo välfärdsområde
- Akava ry
- STTK rf
- Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC rf
- Finlands Sjukskötare rf
- Suomen Yleislääkärit - Allmänläkare i Finland - GPF ry.

Inget yttrande av

- Södra Karelens välfärdsområde.

PROPOSITIONEN

Regeringen föreslår att sjukförsäkringslagen och lagen om utkomststöd ändras temporärt.

Genom propositionen förverkligas föresatsen i regeringsprogrammet för regeringen Orpo att förbättra tillgången till primärvård och förkorta värdköerna genom att rikta ersättningar för behandling och undersökning inom den privata sjukvården till allmänläkartjänster för försäkrade som har fyllt 65 år.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

Syftet är att utveckla systemet för ersättning från Folkpensionsanstalten för privat sjukvård som en del av systemet för hälso- och sjukvård som helhet, att öka kundernas valfrihet och tillgången till primärvårdstjänster och att minska belastningen på den offentliga hälso- och sjukvården.

Lagen föreslås bli ändrad så att allmänläkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården ersätts i fråga om försäkrade personer som fyllt 65 år på så sätt att självrisken är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut vid läkarbesök inom den offentliga primärvården. För de mottagningsbesök för vilka ersättning betalas ska det fastställas maximipriser och ersättningstaxor. Det föreslås att ersättning för läkararvoden ska kunna betalas på basis av högst tre besök hos läkare per kalenderår.

Dessutom föreslås en ändring som går ut på att en del av de undersökningar som ordinerats hos en läkare som avses i lagen ska ge rätt till ersättning. För provtagning och undersökningar fastställs maximipriser, och de försäkrade ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av maximipriset. En försäkrad kan enligt förslaget betalas ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer per kalenderår.

En förutsättning för betalning av ersättningar ska vara att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om att tillhandahålla tjänsterna. En förutsättning för ingående av avtal är att det ingåtts avtal med Folkpensionsanstalten om ett direktersättningsförfarande. Tjänsteproducenten ska förbinda sig att producera tjänster till högst de maximipriser som Folkpensionsanstalten fastställer, och inga poliklinik- eller expeditonsavgifter eller andra motsvarande avgifter får tas ut av de försäkrade. Närmare bestämmelser om vilka avgifter som får tas ut av en försäkrad får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Närmare bestämmelser om grunderna för fastställande av maximipriserna och ersättningstaxorna får enligt förslaget utfärdas genom förordning av statsrådet. Det föreslås vidare att maximipriser när det gäller läkararvoden och behandling och undersökning ska fastställas av Folkpensionsanstalten. Folkpensionsanstalten ska likaså fastställa en förteckning över de läkararvoden och av läkare ordinerade undersöknings- och behandlingsåtgärder som ska ersättas och över ersättnings-taxorna för dem.

De föreslagna ändringarna påverkar inte de ersättningar för vård och undersökningar som betalas med stöd av det kapitel i sjukförsäkringslagen som gäller ersättningar för vård och undersökningar.

Dessutom föreslås det en sådan ändring av lagen om utkomststöd att självriskandelarna för de läkararvoden och ersättningar för undersökning och behandling som föreslås bli fogade till sjukförsäkringslagen ska beaktas som övriga grundutgifter när utkomststöd beviljas.

Propositionen hänför sig till den andra tilläggsbudgetpropositionen för 2025 och avses bli behandlad i samband med den.

Lagarna avses träda i kraft den 1 september 2025. Lagen om temporär ändring av sjukförsäkringslagen föreslås gälla till och med den 31 december 2027 och lagen om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd till och med den 29 februari 2028.

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Allmänt

Regeringen föreslår temporära ändringar i sjukförsäkringslagen (1224/2004) för att genomföra ett försök med FPA-ersättning till personer som fyllt 65 år. Personer som fyllt 65 år kan besöka en privatläkarmottagning tre gånger under kalenderåret med en självriskandel som motsvarar besöksavgiften inom den offentliga hälso- och sjukvården (28,20 euro 2025). Dessutom ersätts 50 procent av det fastställda maximipriset för en del av de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ordinerats på läkarmottagningen. Enligt propositionen ska Folkpensionsanstalten fastställa en förteckning över de ersättningsgilla laboratorieundersökningarna och bilddiagnostiska undersökningarna samt maximipriser och ersättningstaxor för mottagningsbesöken och undersökningarna. Enligt förslaget ska en förutsättning för betalning av ersättning vara att en tjänsteproducent inom den privata sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av de tjänster som ingår i propositionen. Avsikten är att försöket ska inledas i september 2025 och fortsätta till utgången av 2027.

Dessutom föreslås det att lagen om utkomststöd (1412/1997) ändras temporärt så att självriskandelarna för de läkarbesök och undersökningar som ingår i försöket beaktas som övriga grundutgifter i det grundläggande utkomststödet.

Syftet är att utveckla sjukvårdsersättningssystemet inom den privata hälso- och sjukvården som en del av hälso- och sjukvårdssystemet i stort, att öka kundernas valfrihet och tillgången till primärvårdstjänster och att minska belastningen på den offentliga hälso- och sjukvården. Ett ytterligare mål är att pröva sådana element som hänför sig till användningen av tjänsterna och styrningen av prissättningen, såsom ett pristak. Elementen väntas leda till att fördelningen av sjukförsäkringsersättningarna får större genomslag.

Bakgrunden till propositionen är regeringsprogrammet för regeringen Orpo. Enligt det ska regeringen sträva efter att genom sina åtgärder minska välfärdsområdenas börda och förkorta vårdköerna inom primärvården. I enlighet med den färdplan för utveckling av ersättningarna för privat sjukvård som regeringen publicerade i oktober 2024 utvecklas ersättningarna stegvis. I och med de lagändringar som trädde i kraft i april i år kan FPA-ersättningar fås för direktmottagning hos munhygienister och fysioterapeuter och för fertilitetsbehandling. Dessutom höjdes ersättningstaxorna för gynekologbesök, tandvård och mentalvårdstjänster. I den tredje fasen genomförs, i enlighet med färdplanen, det nu aktuella nationella försöket med valfrihet för försäkrade som har fyllt 65 år. Vid sidan av försöket med valfrihet har regeringen inlett ett husläkarprogram för att stödja vårdkontinuitetsmodeller med syfte att säkerställa tillgången till och kontinuiteten i vården i alla välfärdsområden. Enligt uppgifter från social- och hälsovårdsministeriet främjas husläkarmodellen i alla välfärdsområden och dessutom inleds ett försök med husläkare på nationell nivå baserat på en egenföretagarmodell med särskild finansiering.

Social- och hälsovårdsutskottet anser att propositionens syften är motiverade. Utskottet tillstyrker lagförslagen, men med ändringarna och kommentarerna nedan. Utskottet konstaterar att försöket erbjuder en möjlighet att pröva på en ny ersättningsmodell för privat hälso- och sjukvård

Betänkande ShUB 10/2025 rd

och att ta reda på hur modellen påverkar tillgången till vård, kostnaderna för vården och tillgodo-seendet av kundens valfrihet.

Utskottet noterar dock att det enligt propositionsmotiven (s. 41) är osäkert om propositionens effekter kommer att realiseras. Försöket medför enligt propositionen inte nödvändigtvis någon ny efterfrågan på tjänster inom den privata sektorn, utan de ersättningar och höjningar av ersättningarna som omfattas av försöket kan komma att användas av personer som sedan tidigare anlitar tjänster inom den privata sektorn. Enligt propositionen går det inte heller att på ett tillförlitligt sätt bedöma hur ändringarna kommer att påverka kundövergångarna mellan den privata och den offentliga sektorn och hur de eventuella övergångarna påverkar belastningen på den offentliga hälso- och sjukvården. Också vid utskottets sakkunnigutfrågning har det i stor utsträckning ifrågasatts om de mål som ställts upp för propositionen uppnås genom de föreslagna ändringarna. Många av de sakkunniga som utskottet hört ansåg att propositionens mål att minska belastningen på den offentliga primärvården, påskynda tillgången till vård och trygga vårdkontinuiteten uppnås effektivare och mest verkningsfullt om den finansiering som reserverats för försöket riktas till utveckling av kvaliteten på och tillgången till välfärdsområdenas tjänster samt exempelvis till servicesedelssystemet och husläkarmodellen.

Utskottet betonar att det är fråga om ett temporärt försök med en ny ersättningsmodell som finansieras ur sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring och som inte inverkar på finansieringen av välfärdsområdena. Utgifterna för sjukvårdsförsäkringen finansieras med statens finansieringsandel (51,4 %) och de försäkrades försäkringspremier (48,6 %), och de försäkrades finansieringsandel kan inte riktas till den generella finansieringen av välfärdsområdena. I den föreslagna modellen testas snabb tillgång direkt till en allmänläkare. Utskottet betonar att det behövs heltäckande information om försökets innehåll i många olika kanaler också på annat sätt än digitalt. Utskottet ser det som angeläget att konsekvenserna av försöket följs och utvärderas systematiskt och utifrån en omsorgsfullt utarbetad undersökningsplan genast från det att försöket inleds.

Utskottet anser det dessutom viktigt att man vid sidan av försöket främjar en landsomfattande modell med husläkare för att stärka den tidiga tillgången till vård och vårdkontinuiteten samt vid uppföljningen och utvärderingen av försöket fäster särskild uppmärksamhet vid att resultaten av försöket utnyttjas vid utvecklandet av den riksomfattande husläkarmodellen.

Sakkunniga har dessutom mer generellt framfört att det med tanke på social- och hälsovårdssystemet som helhet och en rättvis och kostnadseffektiv fördelning av tjänsterna inte är ändamålsenligt att stärka flerkanalsfinansieringen för att skapa ett servicesystem som överlappar det offentliga servicesystemet och splittrar hälso- och sjukvården. Utskottet upprepar sin ståndpunkt (ShUB 6/2025 rd och ShUU 6/2025 rd) om att utvecklingen av sjukvårdsersättningarna inte får försämra välfärdsområdenas möjligheter att utveckla tjänsterna inom den offentliga hälso- och sjukvården och fördela resurser till dessa. Effekterna av utvecklingen av sjukvårdsersättningarna bör bevakas och bedömas i ett brett perspektiv och med tanke på hela social- och hälsovårdssystemet, servicesystemets genomslagskraft och kunderna. Utskottet betonar också att stärkandet av primärvården kräver en långsiktig och konsekvent syn och styrning som sträcker sig över regeringsperioderna.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

Målgruppen för försöket

Den åldersgräns på 65 år som föreslås i propositionen motiveras särskilt med att den äldre befolkningen har ett större behov av hälso- och sjukvårdstjänster på grund av högre sjukfrekvens, och de har inte tillgång till företagshälsovårdstjänster. Enligt propositionen görs en betydande andel av läkarbesöken bland 65 år fyllda inom den offentliga primärvården. Dessutom har personer som fyllt 65 år tillgång till färre parallella hälso- och sjukvårdssystem och en liten del har privata hälsoförsäkringar som de kan använda för att anlita privat hälso- och sjukvård.

Enligt grundlagsutskottets utlåtande (GrUU 18/2025 rd) kan de föreslagna argumenten för åldersgränsen anses godtagbara med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna. Särbehandlingen av personer är inte godtycklig i den nu föreslagna regleringen och skillnaderna mellan personer blir inte oskäligen, menar grundlagsutskottet. Den föreslagna särbehandlingen på grund av ålder är således enligt grundlagsutskottet inte problematisk med avseende på 6 § i grundlagen och lagförslagen kan behandlas i vanlig lagstiftningsordning. Grundlagsutskottet fäster i sitt utlåtande uppmärksamhet vid lagens konsekvenser och osäkerheten kring utfallet av konsekvenserna samt betonar att konsekvenserna av ändringen bör följas noggrant och eventuella missförhållanden åtgärdas genom ändringar i regleringen.

Social- och hälsovårdsutskottet anser det i och för sig motiverat att försöket begränsas till den äldre befolkningen, som i allmänhet står utanför företagshälsovården och som behöver mycket hälso- och sjukvårdstjänster. Försöket kan vara till nytta särskilt för de äldre som behöver snabb tillgång till läkarmottagning för att behandla enstaka hälsoproblem. För dessa personer erbjuder försöket snabb tillgång till vård och första kontakt med läkare, vilket kan förebygga ett senare behov av specialiserad sjukvård eller sjukhusvård. Syftet med propositionen är också att stärka kundens frihet att välja vårdenhet, vilket enligt propositionen kan främja kontinuiteten i patient-läkarförhållandet och förbättra kundens upplevelse av vårdkvaliteten.

Sakkunniga har dock påpekat att en del av personerna över 65 år har ett långvarigt funktionsproblem eller en långvarig sjukdom som kräver multiprofessionell och långvarig vård. Det föreslagna försöket med enskilda och kvantitativt begränsade läkarbesök erbjuder ingen lösning på detta. Det pristak som ingår i försöket styr tjänsteleverantören att erbjuda korta mottagningsbesök som kan vara otillräckliga för att lösa äldre personers hälsoproblem. De begränsade besök som försöket omfattar och det begränsade urvalet av undersökningar motsvarar inte heller alltid de äldres behov och stöder inte kontinuiteten i vården av patienter som behöver långvarig vård.

Utskottet lägger vikt vid utgångspunkten i propositionsmotiven att de tjänster som avses i propositionen kompletterar till exempel inom den offentliga hälso- och sjukvården kundens redan existerande multiprofessionella vårdrelationer. Syftet med försöket är inte att genom ersättningsgilla privatläkarbesök bilda en självständig och huvudsaklig vårdkedja till exempel för behandling av sjukdomar hos långtidssjuka eller multisjuka. Sådana personer kan dock också ha ett sporadiskt eller lättare vårdbehov för vilket de tjänster som avses i propositionen kan utnyttjas. Utskottet identifierar dock risken för att vården av äldre personer splittras upp i och med försöket, eftersom en del av vården fortfarande hör till den offentliga primärvården när det gäller många personer som omfattas av försöket, utan någon koppling till läkarbesök enligt försöket. En splittrad vårdkedja kan också leda till överlappande undersökningar, ökade vårdkostnader och sämre kost-

Betänkande ShUB 10/2025 rd

nadseffektivitet. På grund av att informationssystemen i det privata och det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet är separata finns det också en risk för avbrott i tillgången till information. Det kan störa vården som helhet. När vårdkedjan splittras kan också vårdkontinuiteten försvagas. Utskottet konstaterar dock att uppgifter om sjukjournaler med kundens samtycke är tillgängliga för både den offentliga och den privata hälso- och sjukvården via det riksomfattande Kanta-systemet. Utskottet ser det som viktigt att försökets konsekvenser för den samlade vården av äldre personer, eventuella överlappningar i vården och vårdens genomslag följs upp.

Läkarbesök och undersökningar som ersätts

I försöket har försäkrade som fyllt 65 år rätt till ersättning för tre besök hos allmänläkare per kalenderår. Dessutom ersätts en del av de kostnader för särskilt definierade undersökningar som ordinerats på allmänläkarens mottagning. I propositionsmotiven har man försökt förutsäga de vanligaste laboratorieundersökningarna och bilddiagnostiska undersökningarna för försökets målgrupp (tabell 13 på s. 43). Hit hör bland annat blodprov, urinprov, EKG och lungröntgen. Folkpensionsanstalten ska enligt propositionen fastställa en förteckning över de ersättningsgilla läkarbesöken och undersökningarna med tillhörande maximipriser och ersättningstaxor. Maximipriserna och ersättningstaxorna ska bygga på undersöknings- och behandlingsåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför samt på det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och på de medel som står till buds för ersättningar. Vid beredningen av förteckningen, maximipriserna och ersättningstaxorna ska Folkpensionsanstalten höra social- och hälsovårdsministeriet.

Utskottet anser att det med tanke på propositionens mål och de medel som står till förfogande för försöket är motiverat att försöket endast omfattar allmänläkartjänster. De sjukvårdstjänster som avses i propositionen utreddes under beredningen särskilt med tanke på den finansiering som står till förfogande och de olika vårdhelheterna, står det i propositionen. Man ansåg att regeringsprogrammets mål att minska belastningen på den offentliga primärvården uppfylls bäst genom ersättningar för allmänläkarbesök. Dessutom utreddes möjligheten att inkludera olika specialområden i propositionen, men för att ersättningsmedlen skulle räcka till beslutade man att lämna dem utanför propositionen. Med beaktande av propositionens syften ansågs det inte heller ändamålsenligt eller möjligt att i försöket inkludera ingrepp som görs av sjukskötare eller direktmottagningar hos sjukskötare.

Utskottet noterar att regleringssättet i 3 a kap. i lagförslaget följer regleringssättet i 3 kap. i sjukförsäkringslagen och beaktar inte de begränsningar av ersättningen som beskrivs i propositionens allmänna motivering. Utskottet anser att den föreslagna lagstiftningen bör styra genomförandet av försöket och motsvara det innehåll i försöket som beskrivs i den allmänna motiveringen. Utskottet föreslår att lagförslaget preciseras på det sätt som beskrivs närmare nedan i detaljmotiveringen så att det tydligare framgår att avsikten med försöket är att ersätta allmänmedicinska läkarbesök samt de viktigaste laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som behövs för undersökning av försäkrade som hör till försökets åldersgrupp.

Enligt propositionen ska kunden med remiss från privatläkare kunna genomgå laboratorieundersökningar också vid offentligt ägda laboratorier som tar emot remisser från privatläkare. För kostnaderna för undersökningar vid offentligt ägda laboratorier betalas dock inte sjukvårdsersättning,

Betänkande ShUB 10/2025 rd

eftersom laboratorierna betraktas som offentliga tjänsteproducenter. Dessutom omfattas offentligt ägda laboratorier av 15 § i lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016, upphandlingslagen), enligt vilken den försäljning till utomstående från anknutna enheter som är tillåten har begränsats så att den anknutna enheten får sälja sina tjänster till andra upphandlande enheter än de som utövar ett bestämmande inflytande över den endast till ett belopp av högst 500 000 euro och fem procent av sin årliga omsättning. Således kan offentligt ägda laboratorier inte sälja undersökningar till privatkunder över ovannämnda gränser för försäljning till utomstående, vilket begränsar deras möjligheter att vara verksamma på den privata marknaden. Dessutom begränsas försäljningen till utomstående av 131 och 132 § i lagen om välfärdsområden (611/2021), enligt vilken laboratorier som är välfärdssammanslutningar får sälja tjänster på marknaden utan bolagiseringsskyldighet bara om det är fråga om sporadisk verksamhet eller verksamhet som har små marknadseffekter.

Sakkunniga lyfte fram behovet av att ändra de gränser för försäljning till utomstående som anges i upphandlingslagen och bolagiseringsskyldigheten enligt lagen om välfärdsområden för att offentligt ägda laboratorier ska kunna sälja de undersökningar som avses i propositionen till privatkunder i större utsträckning. Priserna hos offentligt ägda laboratorier är förmånligare än priserna på privatägda laboratorier, vilket innebär att en möjlighet till försäljning till utomstående skulle förbättra försökets kostnadseffektivitet. Sakkunniga påpekade att de uppskattade maximipriserna på undersökningar och bilddiagnostik som ingår i försöket har fördubblats efter remissbehandlingen av propositionen, vilket ytterligare försämrar försökets kostnadseffektivitet.

Enligt uppgifter till utskottet är det inte ändamålsenligt att i samband med temporär lagstiftning av försöksnatur föreskriva om undantag från bestämmelserna i 15 § i upphandlingslagen. Utvecklingen av samarbetet mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården bör vid behov bedömas som helhet. Utskottet erfar att införandet av ett undantag skulle strida mot den uttryckliga skrivning i regeringsprogrammet enligt vilken avgränsningarna av försäljning till utomstående har förenhetligats. Dessutom skulle ett undantag stå i strid med målen för den ändring av upphandlingslagens bestämmelser om anknutna enheter som är under beredning i enlighet med regeringsprogrammet. Utskottet anser att en eventuell ändring av gränserna för försäljning till utomstående för att säkerställa försökets kostnadseffektivitet bör bedömas när försöket framskrider, i stället för att pristaken höjs. Detta om privatägda laboratorier inte tillhandahåller stödtjänster enligt de planerade maximipriserna.

Prisreglering och kostnader som betalas av kunden

Utskottet välkomnar att tjänsteproducenterna i sina avtal med Folkpensionsanstalten förbinder sig att erbjuda de tjänster som omfattas av försöket högst till priser som motsvarar de fastställda maximipriserna och att de inte får ta ut poliklinik-, expeditions- eller andra motsvarande avgifter som överskrider pristaket. Tidigare forskningsrön (bl.a. *Statens revisionsverks effektivitetsrevisionsberättelse* 228/2011) och statistik har visat att höjningen av sjukvårdsersättningarna har höjt avgifterna för den privata hälso- och sjukvården, varvid nyttan med höjningen av ersättningsnivån inte fullt ut har tillfallit dem som anlitar tjänsterna. Maximipriserna förhindrar att höjningarna av ersättningarna överförs till de priser som tas ut hos kunden och säkerställer att de kostnader som kunden ska betala är skäliga.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

I propositionen identifieras risker i anslutning till pristaket, såsom att priserna fastställs till maximipriset enligt pristaket, priskarteller och att tjänsteproducenter lämnas utanför försöket. Utskottet anser det viktigt att man vid bedömningen och uppföljningen av försöket fäster särskild uppmärksamhet vid hur prisregleringen fungerar, så att erfarenheterna av den kan utnyttjas vid en eventuell utveckling av sjukvårdsersättningarna.

Utskottet betonar att trots prisregleringen är kundens självriskandel för kostnaderna för de tjänster som omfattas av försöket i många situationer högre än inom den offentliga hälso- och sjukvården, eftersom vårdbesöken inom den offentliga hälso- och sjukvården och de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som planeras ingå i försöket är avgiftsfria för de kunder som behöver dem. Dessutom kan kunden behöva undersökningar som inte omfattas av försöket eller flera läkarbesök, varvid han eller hon betalar för både den privata och den offentliga hälso- och sjukvårdens tjänster och undersökningar.

Att självriskandelarna för de tjänster som omfattas av försöket beaktas i utkomststödets grundtgifter kan öka möjligheterna för äldre personer med de lägsta inkomsterna att utnyttja de tjänster som omfattas av försöket. Med tanke på låginkomsttagare som använder mycket tjänster kan det dock vara problematiskt att kundens självriskandel för de tjänster som omfattas av försöket inte räknas med i klientavgiftstaket inom hälso- och sjukvården. Utskottet anser det viktigt att man i kommunikationen fäster särskild uppmärksamhet vid att informationen om de tjänster som omfattas av försöket samt om kundens rättigheter och kostnader är tydlig och begriplig.

Försökets konsekvenser för välfärdsområdena

I propositionen uppskattas det att upp till hälften av dem som fyllt 65 år, dvs. 620 000 personer, under försöket kommer att anlita privata allmänläkartjänster och att dessa försäkrade kommer att ha sammanlagt cirka 1 080 000 läkarbesök per kalenderår. Uppskattningen baserar sig på hur personer som fyllt 65 år tidigare har använt sjukvårdsersättningar för privat hälso- och sjukvård. Försökets konsekvenser för välfärdsområdena beror på i vilken utsträckning de personer som tidigare använt den offentliga primärvården söker sig till de privata hälso- och sjukvårdstjänster som omfattas av försöket.

Försöket minskar inte välfärdsområdenas skyldigheter att ordna primärvårdstjänster. Enligt propositionen kan försöket förbättra tillgången till offentliga primärvårdstjänster, om en del av besöken inom den offentliga primärvården ersätts med läkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården. Å andra sidan har sakkunniga också lyft fram risken för att välfärdsområdenas tjänster belastas, om arbetskraft i och med försöket övergår från den offentliga hälso- och sjukvården till den privata hälso- och sjukvården. Dessutom ansågs det finnas en risk för att till den privata hälso- och sjukvårdens tjänster överförs främst de kunder som är i gott skick och som är lätta att vårda och att de äldre och sjukaste kunderna som är svårare att vårda stannar kvar inom den offentliga hälso- och sjukvården. Hälsocentralläkarnas arbete försvåras då ytterligare.

Enligt propositionen bedöms försöket inte medföra någon betydande personalövergång från den offentliga hälso- och sjukvården till den privata hälso- och sjukvården, eftersom försöket är tidsbegränsat och gäller en relativt kort tid och således inte innehåller några stora incitament för läkare inom den offentliga primärvården att övergå till att arbeta inom den privata sektorn. Model-

Betänkande ShUB 10/2025 rd

len väntas minska efterfrågan på såväl icke-brådskande som brådskande tjänster inom primärvården i välfärdsområdena och frigöra en del av de resurser som används för bedömning av vårdbehovet så att de kan användas för vård av patienter. Enligt propositionen kan försöket dock komma att öka antalet arbetstimmar inom den privata hälso- och sjukvården för läkare som redan arbetar deltid inom den privata sektorn. Utskottet betonar att det är motiverat att bevaka försökets konsekvenser för välfärdsområdenas servicebehov och personal.

Vid utskottets sakkunnigutfrågning har dessutom försökets kostnadseffektivitet noterats. I försöket kan kunden söka sig direkt till läkarmottagningen utan bedömning av vårdbehovet, vilket gör det möjligt att snabbare få tillträde till läkarmottagning. Enligt propositionsmotiven kan avsaknaden av en bedömning av vårdbehovet öka kostnadseffektiviteten, om kundens hälsoproblem kräver läkarmottagning. Men om ärendet hade kunnat skötas på en vårdarmottagning försämrats däremot kostnadseffektiviteten. Det föreslagna försöket kan också leda till överlappande besök inom den privata och den offentliga hälso- och sjukvården och till att antalet besök ökar utan väsentlig hälsofördel. Utskottet betonar att försökets konsekvenser för kostnaderna och belastningen inom den offentliga hälso- och sjukvården, antalet läkarbesök, kundövergången mellan den privata och den offentliga hälso- och sjukvården samt genomslaget av kundernas vård bör följas upp.

Regional jämlikhet

I propositionen (s. 57) bedöms det att de föreslagna ändringarna kan påverka tillgången till vård på olika sätt i olika områden. Antalet privata läkare i förhållande till befolkningen över 65 år varierar betydligt efter område. Antalet privata besök kan dock enligt propositionen (s. 51) förväntas öka mest i de områden där antalet privatläkare i förhållande till befolkningen är högre än genomsnittet, såsom i Lappland och Helsingfors, och minst i de områden där antalet privatläkare är lägre, såsom i Kajanalund. Enligt propositionen (figur 13 på s. 34) har de ersättningar som betalas till personer som fyllt 65 år för besök hos allmänläkare eller specialister i allmänmedicin dock koncentrerats till södra och västra Finland. Enligt propositionen jämnar reseersättningarna och distansmottagningarna ut de regionala skillnaderna i någon mån.

Variationen i den regionala tillgången till de tjänster som omfattas av försöket inverkar också på försökets konsekvenser för tillgången till och belastningen på välfärdsområdenas tjänster. Utskottet anser det viktigt att försökets konsekvenser för den regionala tillgången till tjänster följs upp. Dessutom bör uppföljningen beakta tillgodoseendet av de språkliga rättigheterna, eftersom de tjänsteproducenter som deltar i försöket inte har någon lagstadgad skyldighet att ordna tjänster på båda nationalspråken.

Ekonomiska konsekvenser

Sjukvårdsersättningarna från sjukförsäkringen betalas ur sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring, som finansieras med statliga medel och de försäkrades sjukvårdsförsäkringspremier. I och med den så kallade kanaliseringens lösningen (RSv 119/2024 rd, RP 123/2024 rd) som trädde i kraft vid ingången av 2025 är statens finansieringsandel av finansieringen av sjukvårdsförsäkringen 51,4 procent och de försäkrades 48,6 procent. De försäkrades sjukvårdspremie 2025 är 1,06 procent av löneinkomsten eller företagarkinkomsten och 1,45 procent av förmånsinkomsten.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

År 2025 beräknas de föreslagna ändringarna öka utgifterna för sjukvårdsersättningar med sammanlagt cirka 28,8 miljoner euro, varav statens finansieringsandel är cirka 14,8 miljoner euro. Åren 2026 och 2027 uppskattas ersättningsutgifterna öka med cirka 86,5 miljoner euro per år, varav statens finansieringsandel är cirka 44,5 miljoner euro per år. Av ökningen av ersättningarna 2025 är läkarbesökens andel cirka 25,8 miljoner euro och undersökningarnas andel cirka 3,0 miljoner euro. Av ökningen av ersättningarna 2026 och 2027 är läkarbesökens andel cirka 77,5 miljoner euro och undersökningarnas andel cirka 9,0 miljoner euro per år. De föreslagna ändringarna beräknas öka premieprocentsatserna för sjukförsäkringens sjukvårdspremie med 0,03—0,04 procentenheter 2026 och 2027.

I den andra tilläggsbudgeten för 2025 föreslås dessutom en statlig finansieringsandel på 500 000 euro från sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring för finansiering av forskning kring försöket, vilket med beaktande av de försäkrades finansieringsandel skulle innebära sammanlagt cirka 970 000 euro. Propositionens konsekvenser för Folkpensionsanstaltens omkostnader som betalas ur allmänna fonden för social trygghet beräknas uppgå till cirka 1 miljon euro per år 2025—2027, varav statens finansieringsandel är cirka 750 000 euro.

Enligt propositionen ska Folkpensionsanstalten regelbundet följa hur ersättningsmedlen räcker till och vid behov kunna ändra de maximipriser och ersättningstaxor som fastställts för mottagningsbesök och undersökningar. Utskottet ser det som viktigt att Folkpensionsanstalten hör social- och hälsovårdsministeriet vid eventuella ändringar av förteckningen över maximipriserna och ersättningstaxorna samt de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ingår i försöket. Då bör man också bedöma om ändringarna har negativa konsekvenser för försöket, om det efter ändringarna inte längre är möjligt att få tillräckligt jämförbara resultat för att utvärdera försöket. Utskottet betonar att det också med tanke på patientens rättsskydd kan vara problematiskt om ersättningsnivån för och omfattningen av de behandlingar och undersökningar som ingår i försöket varierar.

När självriskandelarna för de ersättningsgilla undersökningarna beaktas i det grundläggande utkomststödet beräknas utgifterna för utkomststödet öka med cirka 15 000 euro 2025 och med cirka 45 000 euro årligen 2026 och 2027.

Utskottet konstaterar att det försök som nu föreslås är en del av utvecklingen av FPA-ersättningarna enligt regeringsprogrammet, för vilket det enligt regeringsprogrammet under fyra års tid ska användas högst 335 miljoner euro i statlig finansiering. Detta finansieras genom regeringens så kallade investeringsprogram. Med beaktande av de försäkrades finansieringsandel innebär detta i och med kanaliseringslösningen en total finansiering på sammanlagt 633 miljoner euro. Enligt uppgifter från social- och hälsovårdsministeriet har det som tjänsteuppdrag gjorts en bedömning som för närvarande visar att ersättningsutgifterna efter samtliga ändringar som regeringen gjort i FPA-ersättningarna är sammanlagt cirka 550 miljoner euro på fyra år. Enligt nuvarande uppskattning beräknas de statliga utgifterna således uppgå till cirka 292,5 miljoner euro, vilket är mindre än vad regeringsprogrammet har beredskap för. Statens slutliga finansieringsandel beror enligt uppgift dock både på användningen av tjänsterna och på eventuella beslut av regeringen.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

Uppföljning och utvärdering

Utskottet betonar att genomförandet av det föreslagna försöket, dess konsekvenser och målfyllnelsen måste följas och bedömas utifrån en omsorgsfullt utarbetad undersökningsplan redan från det att försöket inleds. Utskottet anser det nödvändigt att undersökningarna har planerats och beretts samt att finansieringen av dem har säkerställts innan försöket genomförs.

Enligt propositionen ska Folkpensionsanstalten och Institutet för hälsa och välfärd följa upp hur propositionens mål uppnås och rapporterar om det till statsrådet och riksdagen, men i propositionen beskrivs inte närmare hur propositionens konsekvenser i förhållande till de uppställda målen kommer att bedömas konkret.

Enligt uppgifter från social- och hälsovårdsministeriet är avsikten att genomförandet av valfriheten, tillgången till tjänster och vårdkontinuiteten utreds under försöket. Dessutom undersöks de totala kostnaderna för försöket, om pristaket förhindrar att ersättningarna överförs till priserna på tjänsterna och om pristaket fungerar som regleringsform. Dessutom följs förändringarna på arbetsmarknaden för läkare upp under försöket. Försöket ska enligt uppgift också generera information gällande försöket med husläkare, som regeringen fastställt riktlinjer för. Sammantaget producerar försöket enligt uppgift också information om eventuella negativa konsekvenser för servicesystemet.

Enligt uppgifter till utskottet genomförs uppföljningen utifrån Folkpensionsanstaltens register över sjukförsäkringsersättningar, en elektronisk kundenkät, intervjuer med tjänsteproducenterna samt en registerundersökning på individnivå (uppgifterna i Institutet för hälsa och välfärds vårdanmälningsregister och Statistikcentralens register i kombination med Folkpensionsanstaltens register över sjukförsäkringsersättningar). Ambitionen är att skapa olika jämförelsemodeller för att tillförlitligt kunna utvärdera försökets konsekvenser. För att försöket ska kunna följas upp och utvärderas understryker utskottet att de tjänsteproducenter som deltar i det bör åläggas en skyldighet att lämna sina uppgifter till det nationella registret över vårdanmälningar antingen i realtid eller retroaktivt under försökets gång så att uppgifterna täcker tjänsteproducenternas verksamhet genast från början av försöket.

Det är nödvändigt att man i den undersökning som görs om försöket utöver de forskningsbehov som nämns ovan i betänkandet dessutom utreder försökets konsekvenser för tillgången till och genomslaget av allmänläkartjänster för äldre, den socioekonomiska och regionala fördelningen av sjukvårdsersättningarna i försöket, servicesystemet som helhet och eventuell överlappande användning av tjänster, patientövergångar, kostnader och belastning inom den offentliga hälso- och sjukvården samt hur forskningsrönen kan nyttiggöras vid utvecklandet av modellen med husläkare. Utskottet betonar också att man utifrån resultaten av försöket bör bedöma hur dessa kan nyttjas efter försöket.

Förordning som ska utfärdas med stöd av lagen

Utskottet konstaterar att det utkast till förordning som bifogats propositionen står i strid med bestämmelserna i lagförslag 1 till den del bestämmelserna gäller producentens rätt att ta ut poliklinik-, expeditions- eller andra motsvarande avgifter för tjänsterna. Dessutom påpekar utskottet för

Betänkande ShUB 10/2025 rd

statsrådet att det i förordningen bör föreskrivas tillräckligt noggrant avgränsat om grunderna för läkararvoden och om maximipriserna och ersättningstaxorna för laboratorieundersökningar som ordinerats av läkare. Detta för att Folkpensionsanstalten ska ha kännedom om de förutsättningar enligt vilka den ska fastställa läkararvodena, laboratorieundersökningarna och de bilddiagnostiska undersökningarna inom försöket med tillhörande maximipriser och ersättningstaxor.

DETALJMOTIVERING

1. Lagen om temporär ändring av sjukförsäkringslagen

3 a kap.

Ersättningar till 65 år fyllda för behandling och undersökning

1 §. Principer för erhållande av ersättning. Utskottet föreslår att 1 mom. preciseras så att det motsvarar propositionsmotiven. Ersättningen ska då omfatta sådana allmänmedicinska undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjukdom eller bestämmande av behandling och för den behandling som en läkare gett. Enligt propositionsmotiven är målet att i första hand hänvisa de försäkrade till privata allmänläkare, men också specialistläkare har rätt att vara verksamma som allmänläkare, och de kan ta emot patienter i egenskap av allmänläkare. Ersättningen omfattar således inte undersökningar och behandlingar inom andra specialiteter som läkaren utför.

Dessutom föreslår utskottet att 1 mom. preciseras så att ersättning ska betalas för de viktigaste laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ordinerats av läkare och som behövs för undersökning av försäkrade i åldersgruppen. Enligt propositionsmotiven är avsikten med försöket att endast i begränsad utsträckning ersätta laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar. Avsikten är inte heller att i försöket inkludera behandlingar som ordinerats av läkare. Folkpensionsanstalten ska med stöd av 5 § i lagförslaget fastställa en förteckning över de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ersätts.

Utskottet föreslår att 3 mom. preciseras så att begreppen undersökning och behandling ersätts med laboratorieundersökning och bilddiagnostisk undersökning. Motsvarande ändring föreslås i 2 § 3 mom., 4 § och dess rubrik samt i 5 § och dess rubrik.

5 §. Maximipriser och ersättningstaxor i fråga om läkararvoden och undersökning och behandling. Utskottet föreslår att 4 mom. preciseras så att utöver maximipriserna och ersättningstaxorna ska förteckningen över de läkararvoden som ersätts samt de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ordinerats av läkare grunda sig på undersöknings- och behandlingsåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför samt på det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och på de medel som står till buds för ersättningar.

6 §. Förhållande till i 3 kap. avsedda ersättningar för vård och undersökningar. Utskottet föreslår att begreppsparet ”undersökningar och vård” i 1 mom. ändras till ”vård och undersök-

Betänkande ShUB 10/2025 rd

ningar” i analogi med paragrafrubriken, så att begreppsparet hänvisar till alla ersättningar som avses i 3 kap.

FÖRSLAG TILL BESLUT

Social- och hälsovårdsutskottets förslag till beslut:

Riksdagen godkänner lagförslag 2 i proposition RP 36/2025 rd utan ändringar.

Riksdagen godkänner lagförslag 1 i proposition RP 36/2025 rd med ändringar. (Utskottets ändringsförslag)

Utskottets ändringsförslag

1.

Lag

om temporär ändring av sjukförsäkringslagen

I enlighet med riksdagens beslut
ändras temporärt i sjukförsäkringslagen (1224/2004) 15 kap. 9 § 1 mom., sådant det lyder i lag 890/2006, och
fogas temporärt till lagen ett nytt 3 a kap. som följer:

3 a kap.

Ersättningar till 65 år fyllda för behandling och undersökning

1 §

Principer för erhållande av ersättning

En försäkrad som har fyllt 65 år får ersättning för sådana allmänmedicinska undersökningar som en läkare utfört för konstaterande av en eventuell sjukdom eller bestämmande av behandling och för den behandling som en läkare gett samt för de viktigaste av en läkare ordinerade laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som behövs för undersökning av försäkrade i den åldersgruppen.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

En förutsättning för betalning av ersättning för läkararvoden är att undersökningen har utförts eller behandlingen getts av en person som har rätt att i Finland utöva läkaryrket eller specialistyrket som legitimerad yrkesutbildad person.

En i 1 mom. avsedd **laboratorieundersökning och bilddiagnostisk undersökning** som en läkare ordinerat ersätts, om åtgärden har utförts av en i denna lag avsedd annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och undersökningen eller behandlingen har ordinerats hos en i 1 mom. avsedd läkare.

En förutsättning för betalning av ersättning är att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av de tjänster som avses i detta kapitel. En förutsättning för ingående av avtal är att tjänsteproducenten ingår avtal med Folkpensionsanstalten om ett i 15 kap. 9 § avsett direktersättningsförfarande.

Tjänsteproducenten ska förbinda sig att producera i 1 mom. avsedda tjänster till högst de maximipriser som Folkpensionsanstalten fastställer. Tjänsteproducenten får inte ta ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter för tjänsterna. Närmare bestämmelser om vilka avgifter en tjänsteproducent kan ta ut hos en försäkrad för i 1 mom. avsedda tjänster får utfärdas genom förordning av statsrådet.

2 §

Rätt till ersättning

En försäkrad har inte rätt till ersättning enligt detta kapitel, om det för tjänster som avses i 1 § har tagits ut poliklinik- eller expeditionsavgifter eller andra motsvarande avgifter eller ett pris som överstiger maximipriset.

En försäkrad kan betalas i 1 § avsedd ersättning för läkararvoden på basis av högst tre besök hos läkare under kalenderåret. Ersättning för ett läkararvode kan betalas för högst ett mot-tagningsbesök per dygn.

En försäkrad kan betalas i 1 § avsedd ersättning för **laboratorieundersökning och bilddiagnostisk undersökning** på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret.

3 §

Andel av läkararvodena som berättigar 65 år fyllda till ersättning

Den försäkrades självriskandel av kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare är högst lika stor som den besöksavgift för läkartjänster inom den öppna sjukvården som enligt en förordning som utfärdats med stöd av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) får tas ut för de tre första besöken på samma hälsovårdscentral under kalenderåret.

Kostnaderna för undersökningar som utförts och behandling som getts av en läkare ersätts till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

4 §

Andel av de kostnader för av läkare ordinerad laboratorieundersökning och bilddiagnostisk undersökning som berättigar 65 år fyllda till ersättning

Kostnaderna för laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av de maximipriser som fastställts som ersättningsgrund för undersökningar och provtagning.

Kostnaderna för laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ordinerats av en läkare på en och samma gång ersätts till ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet för laboratorieundersökningen eller den bilddiagnostiska undersökningen är större än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning det belopp som anges i ersättningstaxan. Arvodet får dock vara högst lika stort som det maximipris som fastställts med stöd av 5 §. Om arvodet är mindre än den ersättningstaxa som fastställts som ersättningsgrund, betalas i ersättning beloppet av arvodet.

5 §

Maximipriser och ersättningstaxor i fråga om läkararvode och laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar

Närmare bestämmelser om grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna i fråga om i 1 § avsedda läkararvoden och av läkare ordinerade laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar får utfärdas genom förordning av statsrådet.

Utifrån grunderna för maximipriserna och ersättningstaxorna ska Folkpensionsanstalten fastställa en förteckning över de läkararvoden och av läkare ordinerade laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ska ersättas med stöd av 1 § samt över ersättningstaxorna och maximipriserna för dem.

När Folkpensionsanstalten bereder fastställandet av de maximipriser och ersättningstaxor och den förteckning som avses i 2 mom. ska anstalten höra social- och hälsovårdsministeriet.

Den i 2 mom. avsedda förteckningen över de läkararvoden och av läkare ordinerade laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som ska ersättas samt över maximipriserna och ersättningstaxorna för dem ska basera sig på undersöknings- eller behandlingsåtgärdens art, det arbete den förutsätter och de kostnader den medför samt på det terapeutiska värdet av den tjänst som ska ersättas och på de medel som står till buds för ersättningar.

6 §

Förhållande till i 3 kap. avsedda ersättningar för vård och undersökningar

Utöver de ersättningar som avses i detta kapitel har en försäkrad som fyllt 65 år rätt till de ersättningar för vård och undersökningar som avses i 3 kap. En försäkrad betalas dock inte ersättningar enligt 3 kap. för tjänster som avses i detta kapitel.

Utöver de ersättningar som avses i detta kapitel får en försäkrad emellertid i enlighet med vad som föreskrivs i 3 kap. ersättning för kostnaderna för anskaffning av läkarintyg eller läkarutlåtande som behövs för ansökan om förmåner enligt denna lag.

Betänkande ShUB 10/2025 rd

15 kap.

Verkställighet

9 §

Direktersättningsförfarande

Om ett apotek för en försäkrads läkemedelsinköp har debiterat ett pris som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 5 kap. eller om en serviceproducent har debiterat en försäkrad för läkararvode, tandläkararvode eller ett pris för undersökning, vård eller behandling som är nedsatt med beloppet av ersättningen enligt 3 eller 3 a kap. eller om en färdtjänstproducent har debiterat en försäkrad för den i 4 kap. 7 § avsedda självriskandelen av priset för en resa, kan ersättningen betalas till apoteket eller serviceproducenten på basis av redovisning som apoteket eller serviceproducenten gör enligt vad som avtalas särskilt.

— — — — —

Denna lag träder i kraft den 20 och gäller till och med den 31 december 2027.

År 2025 kan en försäkrad betalas i 3 a kap. 1 § avsedd ersättning för läkararvoden på basis av högst två besök hos läkare under kalenderåret.

— — — — —

2.

Lag

om temporär ändring av 7 b § i lagen om utkomststöd

I enlighet med riksdagens beslut
fogas till 7 b § i lagen om utkomststöd (1412/1997), sådan paragrafen lyder i lagarna 1023/2022 och 847/2024, temporärt ett nytt 4 mom. som följer:

Betänkande ShUB 10/2025 rd

2 kap.

Fastställande av utkomststöd och utkomststöds struktur

7 b §

Hälso- och sjukvårdsutgifter och övriga utgifter

Som övriga grundutgifter för en person som har fyllt 65 år beaktas dessutom självriskandelarna för de sjukvårdstjänster som avses i 3 a kap. 1 § i sjukförsäkringslagen (1224/2004).

Denna lag träder i kraft den 20 och gäller till och med den 29 februari 2028.

Helsingfors 6.6.2025

I den avgörande behandlingen deltog

ordförande Krista Kiuru sd
vice ordförande Mia Laiho saml
medlem Kim Berg sd (delvis)
medlem Bella Forsgrén gröna
medlem Hilikka Kemppi cent (delvis)
medlem Hanna-Leena Mattila cent
medlem Aino-Kaisa Pekonen vänst
medlem Päivi Räsänen kd
medlem Pia Sillanpää saf
medlem Oskari Valtola saml
medlem Henrik Wickström sv (delvis)
medlem Ville Väyrynen saml
ersättare Noora Fagerström saml (delvis)
ersättare Mari Kaunistola saml
ersättare Milla Lahdenperä saml (delvis)
ersättare Aki Lindén sd.

Sekreterare var

utskottsråd Sanna Pekkarinen.

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 1 /sd, gröna, vänst

Reservation 1

Motivering

Vi välkomnar regeringens mål att förbättra tillgången till primärvård. Men att öka finansieringen av den privata hälso- och sjukvården och bygga upp ett separat ersättningssystem för personer över 65 år är inte rätt sätt att förbättra tillgången till tjänster på ett kostnadseffektivt och rättvist sätt. Nästan alla sakkunniga som social- och hälsovårdsutskottet hört håller med om att propositionens mål att minska belastningen inom den offentliga primärvården, påskynda tillgången till vård och trygga kontinuiteten i vården skulle nås effektivare och mest verkningsfullt om den finansiering som reserverats för försöket riktades till välfärdsområdena för ordnande av tjänster. Propositionen välkomnas endast av de privata tjänsteproducenter vars företagsverksamhet stärks.

Regeringens FPA-modell slösar med skattemedel

Det är osäkert om de effekter som eftersträvas i propositionen kommer att uppnås. Sammantaget är det osäkert i vilken mån de föreslagna lagändringarna och styrningen av finansiering till FPA-ersättningarna faktiskt styr hur tjänster anlitas, står det i propositionen. Ersättningarna och höjningarna av dem medför inte heller nödvändigtvis någon ny efterfrågan på den privata sektorns tjänster, utan de kan riktas till personer som sedan tidigare anlitar den privata sektorn. Personer som hade fyllt 65 år besökte både privata allmänläkare och specialistläkare i större omfattning 2023 ju högre inkomster de hade. Utgångspunkten är att efterfrågan på privata tjänster kan öka särskilt bland dem som redan tidigare har använt privata tjänster. Detta har skett i fråga om regeringens tidigare FPA-ersättningsreformer. Det kan alltså bedömas att medel- och höginkomsttagare som redan nu anlitar privata hälsovårdstjänster i synnerhet skulle dra nytta av den föreslagna ändringen i form av sänkt besöksavgift. Det här är inte kostnadseffektiv resursanvändning.

Regeringens modell med inriktning på läkarmottagningar innebär inte bara dålig kostnadseffektivitet utan också ineffektiv verksamhet. Många ärenden som kunde uträttas på en sjuksköterskamottagning kommer nu att uträttas på läkarmottagning, vilket blir dyrare. Regeringens modell gynnar också korta besök, när ersättningen i praktiken är uppbyggd enligt 20 minuters besök. Det är alltför kort tid för att vårda framför allt multisjuka patienter. Enligt sakkunniga hotar vården av äldre och multisjuka att bli splittrad och ineffektiv utan en tillräckligt omfattande undersökning av patienten, lämpliga laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar samt upprättande och uppföljning av en vårdplan. Inom den offentliga hälso- och sjukvården framhävs multiprofessionaliteten särskilt när det gäller äldre personer med flera sjukdomar. När multiprofessionalitet saknas blir tjänsterna ensidigare. Utöver de tre läkarbesök som ersätts särskilt kan patienten behöva besöka mottagningar hos andra yrkesutbildade personer. Då ökar patientens kostnader, eller alternativt blir vården bristfällig om patienten inte uppsöker någon annan yrkesutbildad person. Modellen leder också till att det offentliga och privata servicesystemet används i kors. Då ökar ineffektiviteten, överlappande undersökningar och registreringar samtidigt som det brister i tillgången till information, vilket äventyrar patienternas hälsa.

Enligt en sakkunnigbedömning drar de äldre mest nytta av vårdkontinuitet och multiprofessionell geriatrisk kompetens. De föreslagna enstaka besöken hos allmänpraktiserande privatläkare

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 1 /sd, gröna, vänst

uppfyller inte detta behov. Vårdkontinuiteten är särskilt viktig för multisjuka, som det finns fler av i åldersgruppen över 65 år än i övriga åldersgrupper. De faller i praktiken utanför detta försök, eftersom deras servicebehov inte passar in i den modell som regeringen föreslagit. Regeringens FPA-modell möjliggör snabb tillgång till läkare tre gånger per år för ett 20-minutersbesök utan bedömning av vårdbehovet, men modellen garanterar inte vårdkontinuiteten. Även om patienten skulle träffa samma läkare varje gång, uppfyller det inte kraven på en vårdkontinuitetsmodell. En sådan modell innebär inte bara husläkare eller egenvårdare, utan också fler besök vid behov och besök på olika yrkesutbildade personers mottagningar. Det är helt oklart hur försöket ska främja och undersöka vårdkontinuitet.

Den nya FPA-modellen är svårbegriplig för patienten, om servicebehovet inte tillgodoses genom ett enstaka vanligt besök. Hur ska det fungera om längre mottagningstider behövs? Vad händer när de tre besöken är förbrukade? Hur hanteras ett behov av fler undersökningar än vad regeringens begränsade urval av laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar tillåter? Hur fungerar remitteringen från en privat aktör till en annan, eller till det offentliga systemet?

Effekter på hela social- och hälsovårdssystemet

En särskild oro gäller modellens påverkan på hela social- och hälsovården. Kostnaderna för modellen är höga, och i en situation där regeringen samtidigt genomför stora nedskärningar i den offentliga social- och hälsovården, framstår regeringens linje som ett stöd till privat företagsverksamhet — på bekostnad av medborgarnas hälsa och välfärd. Regeringens värdegrund verkar stödja privat hälsoverksamhet, samtidigt som det offentliga systemet som är avsett för alla försvagas genom minskad finansiering till välfärdsområdena och försämringar i substanslagarna om social- och hälsovården.

Offentliga tjänsteproducenter har helt motsatta incitament jämfört med privata: de är bundna till strikta budgetramar och tidsmässiga krav på att täcka underskott, medan privata aktörer får ersättning per prestation. Ju mer enstaka prestationer de privata tjänsteproducenterna erbjuder, desto mer betalt får de. Ersättandet av privata tjänsteproducenters enskilda prestationer är ett starkt incitament, medan budgetbegränsningen i välfärdsområdena snarare tvingar till att minska tjänsteproduktionen. I propositionsmotiven och vid de sakkunnigyttranden som utskottet fått har man tyvärr inte lyckats klargöra hur dessa olika incitament för privat och offentlig vård kommer att påverka hela social- och hälsovårdssystemet och dess framtida utveckling. En sådan bedömning är nödvändig för att trygga framtiden för vår social- och hälsovård.

Utmaningarna i anslutning till tillgången på kompetent arbetskraft inom social- och hälsovården återspeglas allvarligt i tillgången till och kvaliteten på välfärdsområdenas tjänster. Den modell som nu föreslås hotar att äventyra tillgången på personal och personalens stabilitet inom den offentliga social- och hälsovårdssektorn, som lider brist på arbetskraft. Även av denna anledning anser vi att propositionen är dålig. Reformerna får inte försvaga grunden för den offentliga hälso- och sjukvården. De gemensamma skattemedlen bör riktas till välfärdsområdena och den offentliga primärvården på det sätt som sakkunniga föreslår för att stärka tillgången till tjänster, tjänsternas tillgänglighet och kontinuitet.

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 1 /sd, gröna, vänst

Förslag

Vi föreslår

att riksdagen förkastar lagförslagen och

att riksdagen godkänner fyra uttalanden. (Reservationens förslag till uttalanden)

Reservationens förslag till uttalanden

- 1. Riksdagen förutsätter att statsrådet säkerställer att Folkpensionsanstalten uppdaterar och offentligt tillgängliggör aktuell information om maximipriserna, ersättningstaxorna och de undersökningar som omfattas av försöket.*
- 2. Riksdagen förutsätter att statsrådet följer och utvärderar genomförandet av försöket, dess konsekvenser och måluppfyllelsen utifrån en omsorgsfullt utarbetad undersökningsplan.*
- 3. Riksdagen förutsätter att statsrådet säkerställer att det på förhand har beskrivits hur propositionens konsekvenser i förhållande till de uppställda målen konkret kommer att utvärderas och rapporteras av Institutet för hälsa och välfärd och Folkpensionsanstalten.*
- 4. Riksdagen förutsätter att statsrådet övervakar och vid behov reagerar på den socioekonomiska och regionala inriktningen av de sjukvårdsersättningar som ingår i försöket, tillgången till tjänster, personalkonsekvenserna mellan den offentliga och den privata hälso- och sjukvården samt andra konsekvenser för social- och hälsovårdssystemet.*

Helsingfors 6.6.2025

Aki Lindén sd
Krista Kiuru sd
Kim Berg sd
Bella Forsgrén gröna
Aino-Kaisa Pekonen vänst

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 2 /cent

Reservation 2

Motivering

Regeringen föreslår att sjukförsäkringslagen och lagen om utkomststöd ändras temporärt. Allmänläkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården ska ersättas i fråga om försäkrade personer som fyllt 65 år på så sätt att självrisken är högst lika stor som den besöksavgift som tas ut vid läkarbesök inom den offentliga primärvården. För de mottagningsbesök för vilka ersättning betalas ska det fastställas maximipriser och ersättningstaxor. Ersättning för läkararvode kan betalas 2025 efter lagens ikraftträdande för högst två läkarbesök och 2026 och 2027 för tre besök.

Dessutom föreslås det i propositionen att en del av de undersökningar som ordinerar vid läkarbesök inom ramen för försöket ska ersättas. För provtagning och undersökningar fastställs maximipriser, och de försäkrade ersätts till ett belopp som utgör 50 procent av maximipriset. En försäkrad kan enligt förslaget betalas ersättning för undersökning och behandling på basis av högst tre läkarordinationer under kalenderåret. En förutsättning för betalning av ersättningar ska vara att en tjänsteproducent inom den privata hälso- och sjukvården har ingått avtal med Folkpensionsanstalten om produktion av tjänsterna.

Fördelarna med propositionen har ifrågasatts i stor utsträckning

Centern anser att propositionens mål att förbättra tillgången till primärvård och avveckla vårdköerna är ytterst viktiga, men enligt yttranden till social- och hälsovårdsutskottet kommer propositionen inte att nå dessa mål. Propositionen kommer däremot att öka de offentliga kostnaderna för hälso- och sjukvårdstjänsterna och påskynda arbetskraftsövergången från välfärdsområdena till privata aktörer och därmed sannolikt försämra tillgången på läkare i välfärdsområdena. Detta försämrar tillgången till vård inom de tjänster som ordnas av välfärdsområdena. Därför understöder Centern inte propositionen och föreslår en egen modell för att förbättra tillgången till vård och kontinuiteten i vården.

Regeringen motiverar sin proposition med att den genom försöket lindrar köerna till välfärdsområdenas tjänster och snabbar upp tillgången till läkarmottagning. Målet är viktigt, men det strider samtidigt mot regeringens tidigare politik när regeringen förlängde väntetiderna inom den offentliga hälso- och sjukvården. En del av kunderna över 65 år kan tack vare försöket få vård snabbare än tidigare. Men samtidigt finns det risk för att läkarna flyttar över från den offentliga hälso- och sjukvården till den privata hälso- och sjukvården, vilket enligt yttranden till social- och hälsovårdsutskottet kan försvåra rekryteringen av läkare och leda till läkarbrist och ökad användning av köpta tjänster och inhyrd arbetskraft inom den offentliga servicen för att de lagliga tjänsterna ska kunna tryggas för personer i alla åldrar.

Försökets konsekvenser för välfärdsområdena

Enligt propositionen ska försöket pågå i 2,5 år. Om läkarpersonal på grund av försöket i betydande grad övergår från den offentliga sektorn, det vill säga från välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS-sammanslutningens tjänster till den privata sektorn, kan det därefter bli mycket

Betänkande ShUB 10/2025 rd

Reservation 2 /cent

svårt att åtgärda problemen. Under försöket bör man därför regelbundet följa upp vilka konsekvenser försöket har för välfärdsområdenas och Helsingfors stads förmåga att rekrytera läkare och tillhandahålla lagenliga hälsovårdstjänster för invånarna samt vid behov också göra en bedömning av försökets fortsättning. Försöket är alltså förenat med betydande risker.

Det har även uppskattats att cirka 30 procent av de patienter över 65 år som anlitat den offentliga öppna sjukvården övergår till att använda sådana privata läkartjänster som avses i propositionen, står det i propositionen. År 2024 använde personer över 65 år cirka 2,3 miljoner av de cirka 5,9 miljoner läkarbesöken inom den offentliga primärvården, dvs. 39 procent av alla läkarbesök inom primärvården. Av dessa var cirka 1,6 miljoner fysiska besök (36 % av de fysiska besöken) och cirka 700 000 besök på distans (cirka 48 % av alla distansbesök). År 2023 hade personer som fyllt 65 år cirka 750 000 privata läkarbesök som ersätts av FPA, av vilka cirka 200 000 var besök hos allmänläkare. Om 30 procent av de 65-åringar som nu anlitar offentliga hälso- och sjukvårdstjänster i fortsättningen använder det maximala antalet besök som ingår i försöket, är det fråga om ett stort antal besök. I detta fall är det också möjligt att den finansiering som reserverats för försöket inte kommer att räcka till och att konsekvenserna för välfärdsområdenas verksamhet är betydande och försvagar de offentliga tjänsterna.

Enligt regeringen undanröjer försöket de ekonomiska hindren för att välja privat läkartjänst i stället för offentlig. Samtidigt menar regeringen i propositionen att det sammantaget är osäkert i vilken mån de föreslagna lagändringarna och styrningen av finansiering till FPA-ersättningarna faktiskt styr hur tjänster anlitas. Ersättningarna och höjningarna av ersättningarna medför dessutom inte heller nödvändigtvis någon ny efterfrågan på den privata sektorns tjänster, utan de kan riktas till personer som redan från tidigare anlitar den privata sektorn. I propositionsmotiven konstateras det följaktligen att propositionens bedömningar av de kunder som övergår till privat hälso- och sjukvård baserar sig på antaganden.

Försöket kan försämra vårdkontinuiteten

Regeringen vill genom sin proposition stärka kundernas valfrihet. Valfriheten kan i bästa fall främja kontinuiteten i relationen mellan patient och läkare och förbättra kundens upplevelse av vården och dess kvalitet. Detta kan också påverka behandlingsföljsamheten.

I praktiken kan regeringens modell fungera precis tvärtom. Vårdkontinuiteten kommer att bli lidande om de kunder som behöver mycket tjänster besöker många olika tjänsteproducenter inom olika välfärdsområden. Ett enskilt besök hos en läkare som kunden inte tidigare anlitat är ineffektivt utnyttjande av offentliga resurser när det gäller personer som behöver många tjänster. Den försöksmodell som regeringen föreslår bidrar inte till effektiv behandling av åldersrelaterade sjukdomar, eftersom kunderna oftast behöver fler än tre mottagningsbesök per år. Även om äldre eller multisjuk kund i fortsättningen besöker en allmänläkarmottagning hos samma privata aktör som omfattas av försöket tre gånger per år, blir personen sannolikt tvungen att senare uppsöka läkare och också sjukskötare hos en privat aktör eller hälsocentral på egen bekostnad för att få övergripande vård på längre sikt. Pristaket torde leda till att de läkarbesök som ingår i försöket är korta och således otillräckliga för att lösa mer omfattande hälsoproblem eller ge mer detaljerad patienthandledning.

Betänkande ShUB 10/2025 rd Reservation 2 /cent

Kursändring i hälsopolitiken

Trots de kritiska synpunkterna från olika håll är den modell som regeringen målmedvetet driver framåt en betydande kursändring i hälsopolitiken. Hittills har målet varit att de offentliga resurserna ska användas på ett effektivare och ändamålsenligt sätt och att tjänsterna ska tillhandahållas utifrån en bedömning av vårdbehovet. Ett långvarigt mål som också skrivits in i flera regeringsprogram har varit att avveckla flerkanalsfinansieringen. Nu ökar regeringen de offentliga utgifterna, erbjuder offentligt finansierade hälsovårdstjänster utan bedömning av vårdbehovet, stärker flerkanalsfinansieringen och delar upp invånarna i förlorare och vinnare på många sätt. Regeringens tidigare beslut om att höja FPA-ersättningarna har främst gagnat privata tjänsteproducenter och personer med i genomsnitt högre inkomster som redan tidigare använt dessa tjänster.

Inom hälso- och sjukvården har man strävat efter att stärka multiprofessionaliteten och utnyttjandet av olika yrkesgruppers kunskaper på ett ändamålsenligt sätt. Detta har också dämpat kostnadsökningen. Den modell som regeringen föreslår innehåller endast allmänläkarmottagningar och begränsade undersökningar. Det kan i onödan flytta en del av besöken som annars skulle hanteras av till exempel hälsovårdare, sjukskötare eller närvårdare inom välfärdsområdena till läkarbesök. Centern anser tvärtom att olika yrkesgruppers kompetens bör utnyttjas mångsidigare än för närvarande i stället för att besöken i allt högre grad koncentreras till läkarbesök.

Finansieringen av försöket och en rationell användning av resurserna

I propositionen uppskattas ändringarna öka sjukvårdsförsäkringens utgifter under försökets första år 2025, då antalet maximala besök per klient är två, cirka 28,8 miljoner euro, varav statens finansieringsandel är cirka 14,8 miljoner euro. Åren 2026 och 2027, när de personer som omfattas av försöket kan göra högst tre mottagningsbesök inom ramen för försöket, beräknas utgifterna för sjukvårdsförsäkring öka med cirka 86,5 miljoner euro per år. Statens finansieringsandel är ungefär 44,5 miljoner euro per år. Regeringen vill finansiera försöket genom att sälja ut statlig egendom.

Av ökningen av ersättningarna 2025 är läkarbesökens andel cirka 25,8 miljoner euro och undersökningarnas andel cirka 3,0 miljoner euro. Av ökningen av ersättningarna 2026 och 2027 är läkarbesökens andel cirka 77,5 miljoner euro och undersökningarnas andel cirka 9,0 miljoner euro per år. De föreslagna ändringarna beräknas således öka premieprocentsatserna för sjukförsäkringens sjukvårdspremie med 0,03—0,04 procentenheter 2026 och 2027.

Propositionen bedöms öka Folkpensionsanstaltens behov av årsverken med tio årsverken, om de redovisningar som gäller försöket behandlas i ett elektroniskt redovisningsförfarande, såsom i det nuvarande direktörsättningsförfarandet. Propositionens konsekvenser för Folkpensionsanstaltens omkostnader beräknas uppgå till cirka 1 miljon euro per år 2025—2027, varav statens finansieringsandel är cirka 750 000 euro.

Ingen likabehandling

Propositionen behandlar inte människor i olika åldrar och bosatta på olika håll i Finland jämlikt. Regeringen begränsar försöket endast utifrån åldern på den som söker vård. Trots att de äldre i

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 2 /cent

viss mån har ett större behov av hälso- och sjukvårdstjänster, är en del av dem som fyllt 65 år rätt friska och deras behov av tjänster är litet. Som det konstateras i åtskilliga yttranden till social- och hälsovårdsutskottet kan en person under 65 år på individnivå också ha behov av vård snabbare än en person över 65 år.

Diskrimineringsombudsmannen anser i sitt yttrande att argumenten i propositionen inte är en godtagbar motivering enligt diskrimineringslagen för att fastställa en åldersgräns på 65 år för de personer som omfattas av försöket. I yttrandet påpekas det att metoderna för att uppnå målen bör vara proportionerliga och att ändringarna i denna proposition inte riktar sig till personer som särskilt skulle dra nytta av snabbare tillgång till vård. I yttrandet konstateras också att FPA-ersättningarna över huvud taget i första hand stöder välbärgade människor.

Privata hälsovårdstjänster används särskilt i stora städer där utbudet av tjänster är större än på landsbygden. År 2022 användes privata sjukvårdstjänster mest i Egentliga Finland, Satakunta och Helsingfors och minst i Södra Österbotten, Södra Savolax, Lappland, Kajanaland och Mellersta Österbotten. Skillnaderna mellan landskapen är betydande. I Egentliga Finland fick 46,9 procent av invånarna FPA-ersättningar för privat sjukvård, medan mindre än 30 procent av invånarna i Kajanaland och Mellersta Österbotten använde privata hälsovårdstjänster. Privata hälso- och sjukvårdstjänster erbjuds särskilt i stora stadsregioner och på glesbygden är utbudet betydligt mindre, vilket innebär att alla som fyllt 65 år i verkligheten inte kommer att ha lika möjligheter att söka sig till läkarmottagning inom ramen för försöket.

Inom den privata hälso- och sjukvården görs inte motsvarande bedömning av vårdbehovet som inom den offentliga primärvården, precis som det står i propositionen. Det gör det enligt propositionen möjligt att söka privat hälso- och sjukvård utan att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården gör en individuell bedömning av vårdbehovet. Försöket kan således öka användningen av hälsovårdstjänster och en del av besöken kan vara sådana som inte skulle göras inom välfärdsområdena och Helsingfors stads hälsovårdstjänster. Dessutom bör det beaktas att patienter som är självständiga och självstyrande, utbildade och mer insatta i servicestrukturerna har lättare att utnyttja valfriheten än äldre, multisjuka och resurssvaga personer, för vilka lättillgängliga hälsocentraltjänster med låg tröskel är allra viktigast. Det kan leda till att välfärdsområdena får ta hand om de äldsta och sjukaste kunderna som är svårast att vårda. Detta kan leda till att läkarnas arbete blir allt mer belastande och mindre attraktivt särskilt bland nytutexaminerade läkare som befinner sig i början av sin karriär och som behöver stöd från mer erfarna kollegor.

Serviceanvändarnas kostnader stiger

Enligt propositionen ska personer som fyllt 65 år betala högst en avgift motsvarande den som tas ut för ett läkarbesök inom den offentliga primärvården för högst tre allmänläkarbesök inom den privata hälso- och sjukvården. Kostnaderna för undersökningar som ordinerats av läkare och som ingår i försöket ska ersättas till ett belopp som utgör 50 procent av de maximipriser som fastställts som ersättningsgrund. Enligt propositionen inkluderas dessa avgifter inte i de klientavgifter som räknas med i årssjälvrisk, och avgifterna omfattas inte av begränsningen enligt vilken en hälsovårdscentralsavgift kan tas ut högst tre gånger vid en hälsovårdscentral. Vid anlitande av välfärdsområdets, Helsingfors stads och HUS tjänster är olika laboratorieprov och andra undersökningar avgiftsfria för patienterna. Således måste personer över 65 år som använder såväl privata

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 2 /cent

tjänster inom försöket som offentliga läkartjänster i välfärdsområdena betala en större självrisk för de tjänster de anlitar än de som bara anlitar offentliga tjänster.

Enligt propositionen ska Folkpensionsanstalten regelbundet följa hur medlen för försökets finansiering räcker till och vid behov kunna ändra de maximipriser och ersättningstaxor som fastställts för mottagningsbesök och undersökningar. Detta kan bli en överraskning för de patienter som använder tjänsterna, om ersättningsnivån varierar oförutsett. Information om förändringar i ersättningsnivåerna bör ges i god tid och tydligt.

Institutet för hälsa och välfärd bedömer i sitt yttrande till social- och hälsovårdsutskottet att det finns en stor risk för att en betydande del av tilläggsfinansieringen går till personer som fyllt 65 år och som hittills, på nuvarande FPA-ersättningsnivå, har anlitat privata läkartjänster. Välbärgade personer över 65 år som redan nu anlitat privata läkartjänster kommer således att dra nytta av det försök som regeringen föreslår. Självriskerna för de besök som de hittills själva betalat kommer efter sjukförsäkringsersättningen att sjunka och en större del av kostnaderna än tidigare betalas med offentliga medel. Försöket gynnar också försäkringsbolagen, eftersom en del av de kostnader som tidigare ersatts ur försäkringar nu ska betalas med offentliga medel.

Husläkare för alla och omfördelning av FPA-ersättningarna

Centern anser att den offentliga hälso- och sjukvården bör utvecklas långsiktigt i stället för genom försök. I sista hand ansvarar regeringen för att trygga välfärdsområdenas, Helsingfors stads och HUS förutsättningar att ordna de lagstadgade social-, hälsovårds- och räddningstjänster som invånarna behöver. Regeringens åtgärder för att skära ned finansieringen av välfärdsområdena och öka den offentliga finansieringen av privata hälsovårdstjänster är ohållbara. Centern anser att tilläggsresurserna bör riktas till finansieringen av välfärdsområdena för att när servicen på basnivå ska kunna stärkas och tryggas för människor i alla åldrar, varvid de begränsade resurserna riktar ändamålsenligt och verkningsfullt och ger största möjliga nytta för välfärd och hälsa.

Centern har föreslagit att hälso- och sjukvården på basnivå stärks genom att husläkarmodeller tas fram och en husläkare utses för varje invånare. En del av husläkarna kan fungera enligt egenföretagarmodellen, och regeringen bör i stället för försöket anvisa tilläggsfinansiering för utveckling och utvidgning av husläkarmodellen och egenföretagarmodellen. Dessa modeller skulle fungera både i stora stadsregioner, mindre städer och kranskommuner och på glesbygden. Tjänsterna utvecklas då inom välfärdsområdena och varje finländares rätt till bättre när service på basnivå och obrutna servicekedjor tillgodoses.

Centern har också flera gånger tidigare föreslagit att FPA-ersättningarna ska riktas effektivare än för närvarande till mun- och tandhälsa, kvinnosjukdomar och assisterad befruktning. I fråga om dessa tjänster räcker den offentliga sektorns utbud inte till. Om ersättningarna centraliseras blir ersättningsnivån sådan att alla som behöver tjänsterna kan få tillgång till dem oberoende av inkomstnivå.

Betänkande ShUB 10/2025 rd
Reservation 2 /cent

Uppföljning av försöket

Centern anser att genomförandet av försöket, dess konsekvenser och måluppfyllelsen bör följas upp från början av försöket och att det bör samlas in mångsidig information som också kan utnyttjas vid utvecklandet av den offentliga servicen. De privata hälsovårdsproducenter som deltar i försöket bör åläggas att samla in information och lämna ut den till vårdanmälningsregistret antingen i realtid eller retroaktivt under försöket så att informationen omfattar den verksamhet som omfattas av försöket från början av medverkan i försöket. Försökets konsekvenser för de offentliga social- och hälsovårdstjänsterna och förutsättningarna för att ordna dem i välfärdsområdena, Helsingfors och HUS måste också bedömas redan under försöket och vid behov bör lagstiftningen om försöket ändras.

Förslag

Vi föreslår

att riksdagen förkastar lagförslagen.

Helsingfors 6.6.2025

Hilkka Kemppi cent
Hanna-Leena Mattila cent