

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

Plenum

Onsdag 11.6.2025 kl. 14.00—22.39

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

Regeringens proposition RP 36/2025 rd
Utskottets betänkande ShUB 10/2025 rd

Första behandlingen

Andre vice talman Tarja Filatov: Ärende 8 på dagordningen presenteras för första behandling. Till grund för behandlingen ligger social- och hälsovårdsutskottets betänkande ShUB 10/2025 rd. Nu ska riksdagen besluta om innehållet i lagförslagen. — Den allmänna debatten börjar. Ledamot Kiuru presenterar i egenskap av utskottsordförande, varsågod.

Debatt

20.01 **Krista Kiuru sd** (esittelypuheenvuoro): Arvoisa puhemies! Täällä esittelyssä on sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö laiksi sairausvakuutuslain ja toimeentulotuesta annetun lain 7 b §:n väliaikaisesta muuttamisesta. Kyseessä on niin sanottu plus 65 -Kela-malli. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että esityksellä luotaisiin mahdollisuus siihen, että perusterveydenhuollon saatavuuden parantamiseksi ja hoitojonojen purkamiseksi kohdennetaan yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksiin lisää rahoitusta 65 vuotta täyttäneiden vakuutettujen yleislääkäripalveluihin osallistumiseksi. Mallin tavoitteena on hallituksen mukaan kehittää yksityisen sairaanhoidon Kela-korvausjärjestelmää osana palvelujärjestelmän kokonaisuutta, vahvistaa asiakkaiden valinnanvapautta ja perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja keventää julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa kuormitusta.

Lakia siis muutettaisiin niin, että jatkossa kokeilussa 65 vuotta täyttäneet voivat käydä kolme kertaa kalenterivuoden aikana yksityislääkärin vastaanotolla julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun eli 28,20 euron kustannuksella — vuoden 25 hinnaston mukaisesti — ja tämän kokoisella omavastuuosuudella tämä malli toimisi. Lisäksi osasta lääkärin vastaanotolla määrätystä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista korvattaisiin 50 prosenttia vahvistetuista enimmäishinnoista. Kansaneläkelaitos vahvistaisi esityksen mukaan luettelon korvattavista laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista sekä enimmäishinnat ja korvaustaksat vastaanottokäynneille sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksille. Edellytyksenä on, että tämä palveluntuottaja on tehnyt sopimuksen Kelan kanssa näiden palveluiden tuottamisesta. Tarkoitus on aloittaa syyskuussa 25 ja jatkaa vuoden 27 loppuun. Esityksessä on tarkoituksena huomioida myöskin se, että lääkärinpalkkioiden, tutkimuksen ja hoidon korvausten omavastuuosuudet otettaisiin huomioon muina perusmenoina toimeentulotukea myönnettäessä. Tämä esitys sisältyy valtion vuoden 25 toiseen lisätalousarvioesitykseen, ja se on tarkoitettu käsitellä sen yhteydessä.

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

Arvoisa puhemies! Niin kuin tässä alkuun todettiin näistä tavoitteista, sosiaali- ja terveysvaliokunta pitää esityksen tavoitteita perusteltuina ja kannattaa tämän lakiehdotuksen hyväksymistä jäljempänä tässä mietinnössä esitetyin muutoksin ja huomioin. Valiokunta toteaa, että kokeilu tarjoaa mahdollisuuden kokeilla uudenlaista yksityisen terveydenhuollon korvausmallia ja sen vaikutuksia hoidon saatavuuteen, kustannuksiin ja asiakkaan valinnanvapauden toteuttamiseen.

Valiokunta kiinnittää kuitenkin huomiota siihen, että esityksen vaikutusten toteutuminen on esityksen perustelujen mukaan epävarmaa. Kokeilu ei esityksen mukaan välttämättä tuo uutta kysyntää yksityisen sektorin palveluihin, vaan kokeilun piiriin kuuluvat korvaukset ja korvausten korotukset voivat kohdistua jo entisestään yksityisen sektorin palveluita käyttäville henkilöille. Esityksen mukaan ei myöskään voida luotettavasti arvioida muutosten vaikutuksia henkilöiden siirtymiseen yksityisen ja julkisen sektorin välillä ja sitä, miten mahdolliset siirtymät vaikuttaisivat julkisen terveydenhuollon kuormitukseen. Tässä esityksessä on ajateltu, että näitä korvattavia käyntejä saattaisi kaiken kaikkiaan syntyä jopa miljoonan käynnin verran, ja tietenkin vaikutukset siihen, miten se sitten myöskin vaikuttaisi julkisen sektorin henkilöstöön, ovat olleet valiokunnan huomion kohteena. Olemme arvioineet myös tätä osana tätä mietintöä, ja siitä tarkemmin siellä esityksessä.

Arvoisa puhemies! Tämän määräaikaisen uuden korvausmallin kokeilu tulisi rahoituskellisesti toimimaan niin, että sairaanhoitovakuutuksen menot rahoitettaisiin valtion rahoitusosuudella, joka on 51,4 prosenttia, ja vakuutettujen vakuutusmaksuilla, 48,6 prosenttia, eikä vakuutettujen rahoitusosuutta voi suunnata hyvinvointialueen yleiskatteelliseen rahoitukseen. Tässä mallissa ehdotetaan siis, että tämä rahoitus kohdennetaan Kelan korvauksiin.

Valiokunta pitää tärkeänä, että kokeilun rinnalla edistetään koko maan laajuisesti toteutettavaa omalääkärimallia varhaisen hoitopääsyn sekä hoidon jatkuvuuden vahvistamiseksi ja kokeilun seurannassa sekä arvioinnissa kiinnitetään huomiota kokeilusta saatavien tulosten hyödyntämiseen valtakunnallisen omalääkärimallin kehittämisessä.

Valiokunnan asiantuntijakuulemisissa on tuotu esiin lisäksi yleisemmin, että sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden ja palveluiden oikeudenmukaisen ja kustannusvaikuttavan jakautumisen kannalta ei ole tarkoituksenmukaista vahvistaa monikanava-rahoitusta, jolla luodaan julkisen palvelujärjestelmän kanssa päällekkäistä ja terveydenhuollon pirstaleisuutta lisäävää palvelujärjestelmää. Tämä näkemys toistetaan jälleen keran tässä mietinnössä.

Tähän liittyen tässä esityksessä tullaan käytännössä uusia varoja kohdentamaan tuon noin 290 miljoonan euron verran, eli aivan tarkkaan valtion menojen arvioidaan kohoavan 292,5 miljoonaa euroa, mikä on vähemmän kuin mitä alun perin hallitusohjelmassa tähän varattiin, mutta kaiken kaikkiaan Kela-korvausmuutosten korvausmenoista tulee noin 550 miljoonan euron kustannus neljässä vuodessa. Kaiken kaikkiaan vakuutettujen rahoitusosio ja uusi kanavointiratkaisu huomioon ottaen kulut nousevat 633 miljoonan euron verran. Ja kun sitten katsotaan tämän osuutta valtion rahoituksesta, niin käytännössä valtiovalan osuus tästä on 335 miljoonaa euroa.

Valiokunnassa on sitten kiinnitetty huomiota joihinkin seikkoihin, joita en pysty tässä lyhyessä esittelypuheenvuorossa hyvin paljon tarkemmin läpikäymään, mutta joitakin nos-toja tästä on syytä tehdä.

Ensinnäkin valiokunnan käsittelyssä on käyty hyvin tarkkaa keskustelua siitä, miten nämä korvauserät tosiasiaassa menevät eli miten hintasääntely toimii ja mitkä ovat asiak-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

kaan tosiasialliset maksettaviksi jäävät kustannukset. Valiokunta siis pitää näitä kysymyksiä hyvin olennaisina, jotta tämä kokeilu toimisi. Enimmäishinnoilla estetään korvausten korotusten siirtyminen asiakkaalle perittäviin hintoihin, joka on ollut aikaisempien esitysten ongelma, ja nyt varmistetaan, että asiakkaan maksettaviksi jäävät kustannukset tulisivat olemaan kohtuulliset. Kyllä esityksessä on tunnustettu kuitenkin hintakatton liittyviä riskejä, kuten hintojen asettuminen hintakaton mukaiseen enimmäishintaan, hintakartellit sekä palveluiden tuottajien jääminen kokeilun ulkopuolelle.

Valiokunta pitää tärkeänä, että kokeilun arvioinnissa ja seurannassa kiinnitetään huomiota hintasääntelyn toimivuuteen. Valiokunta myös painottaa, että hintasääntelystä huolimatta asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuu kokeilun piiriin kuuluvien palveluiden kustannuksista on monissa tilanteissa korkeampi kuin julkisessa terveydenhuollossa. Tässä on kysymyksenä se, että näitä asiakkaan kokeilun piiriin kuulumattomia tutkimuksia ja lääkärikäyntejä voi tulla, ja haasteeksi tulee se, että tässä kokeilussa kustannusten osuus laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista ei ole täysin korvattava eivätkä siten myöskään kaikki näistä tutkimuksista.

Joten haastetta tässä osuudessa on, ja valiokunta pitää tärkeänä, että viestinnässä kiinnitetään huomiota siihen, että kokeilun piiriin kuuluvista palveluista ja asiakkaan oikeuksista ja maksettaviksi jäävistä kustannuksista tiedotetaan selkeästi ja ymmärrettävästi ja tämä tieto on jokapäiväisesti ihmisten saatavilla.

Kokeilulla on myöskin vaikutusta hyvinvointialueisiin, nimenomaan siksi, että tässä kokeilussa arvioidaan, että yksityisiä yleislääkärikäyntejä olisi noin 1 080 000, ja käytännössä sen vaikutusta nimenomaan tämän osaamisen siirtymiseen julkiselta sektorilta pois on myöskin valiokunnan mietinnössä arvioitu.

Myöskin alueelliset yhdenvertaisuutta koskevat seikat ovat olleet valiokunnan huomion kohteena. Nimittäin tässä esityksessä yksityisten käyntien määrän ennakoidaan kasvavan eniten alueilla, joilla yksityislääkäreiden määrä suhteessa väestöön on keskimääräisesti korkeampi, ja tämän haasteen mukaisesti tietenkin sitten alueellisia eroja syntyy. Tämä tässä tällaisena yksityiskohtana, joka on syytä nostaa esiin.

Myöskin seurannan ja arvioinnin osalta valiokunta on ottanut asiaan vielä tarkemmin kantaa.

On muistutettava teitä vielä siitä, että valiokunnan mietintö ei ole yksimielinen. Valiokunnassa on jätetty tästä asiasta myöskin vastalauseita: SDP:n, vihreiden ja vasemmiston ryhmä on jättänyt vastalauseen 1 ja keskustan ryhmä vastalauseen 2.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Strandman.

20.13 Jaana Strandman ps: Arvoisa rouva puhemies! Käsittelyssä oleva esitys tuo tervetulleen ja konkreettisen parannuksen, Kela-korvauskokeilun, ikäihmisten terveyspalvelujen saatavuuteen. Ehdotuksen mukaan yli 65-vuotiaat voisivat käydä kolme kertaa vuodessa yksityisellä yleislääkärillä julkisen terveydenhuollon asiakasmaksun suuruisella omavastuuosuudella eli reilulla 28 eurolla. Lisäksi osasta lääkärin määräämiä tutkimuksia korvattaisiin puolet. Tällä pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta, lyhentämään hoitojonoja ja keventämään julkisen terveydenhuollon kuormitusta.

Maamme väestö ikäännyy. Monilla ikäihmisillä on tällä hetkellä vaikeuksia päästä ajoissa lääkärin vastaanotolle. Julkisen terveydenhuollon alueelliset erot palveluissa ovat haas-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

teellisiä. Tämä esitys tarjoaa käytännön ratkaisun, joka voi helpottaa monien arkea ja terveydenhuollon tilannetta laajemmin.

On tärkeää, että kokeilussa mukana olevat yksityiset palveluntuottajat sitoutuvat kohtuullisiin, ennalta määrättyihin hintoihin eikä vakuutetuilta peritä ylimääräisiä maksuja. Kansaneläkelaitoksen rooli enimmäishintojen ja korvaustaksojen määrittelijänä on keskeinen, ja valvonnan tulee olla tarkkaa ja läpinäkyvää.

Arvoisa rouva puhemies! Tämä kokeilu voi myös lisätä asiakkaiden valinnanvapautta ja tuoda helpotusta erityisesti alueille, joilla julkisen terveydenhuollon saatavuus on heikoin. Tällaisia alueellisia vaikutuksia tulee seurata huolellisesti. Lisäksi on varmistettava, että matalilla eläkkeillä olevien omavastuuosuudet huomioidaan oikeudenmukaisesti myös toimeentulotuen kautta, kuten esityksessä ehdotetaankin.

Vaikka kyseessä on määräaikainen kokeilu, on tärkeää, että sen vaikutuksia arvioidaan tarkasti ja avoimesti: onko hoitopääsy parantunut, ovatko kustannukset pysyneet hallinnassa. Näiden kysymysten pohjalta voidaan tehdä päätöksiä siitä, onko mallia syytä laajentaa tai vakiinnuttaa tulevaisuudessa.

Ehdotettu muutos on vastuullinen ja harkittu askel oikeaan suuntaan. Se vahvistaa terveydenhuollon kokonaisuutta ja vastaa maamme ikääntyvän väestön tarpeisiin. Kokeilu tarjoaa mahdollisuuden kehittää kestävämpiä ja toimivampia ratkaisuja suomalaisen terveydenhuollon haasteisiin. Kokeilu pääsee alkamaan jo reilun kahden kuukauden kuluttua, syyskuun alusta. — Kiitos.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Mattila.

20.15 Hanna-Leena Mattila kesk: Arvoisa puhemies! Keskustan mielestä hallituksen esityksen tavoitteet perusterveydenhuollon saatavuuden parantamisesta ja hoitojonojen purkamisesta ovat erittäin tärkeitä, mutta sosiaali- ja terveysvaliokunnalle annettujen lausuntojen mukaan hallituksen esityksellä Kela-korvausten kohdentamisesta 65 vuotta täyttäneille ei tulla saavuttamaan näitä tavoitteita. Hallituksen esitys tulee sen sijaan lisäämään terveyspalvelujen julkisia kustannuksia ja kiihdyttämään työvoiman siirtymistä hyvinvointialueilta yksityisille toimijoille ja siten todennäköisesti heikentämään lääkärin saataavuutta hyvinvointialueilla. Tämä heikentää hoidon saatavuutta hyvinvointialueiden järjestämissä palveluissa. Näistä syistä keskusta ei kannata hallituksen esitystä ja esittää omaa malliaan hoitopääsyn ja hoidon jatkuvuuden parantamiseksi.

Arvoisa puhemies! Hallituksen esitys ei kohtelee eri-ikäisiä ja eri puolilla Suomea asuvia ihmisiä yhdenvertaisesti. Hallitus rajaa kokeilun vain hoitoon hakeutuvan henkilön iän perusteella. Vaikka ikääntyneillä on keskimäärin enemmän terveydenhuollon palveluiden tarvetta, osa 65 vuotta täyttäneistä on varsin terveitä ja heidän palveluiden tarpeensa on vähäinen. Kuten useissa sosiaali- ja terveysvaliokunnalle annetuissa lausunnoissa todetaan, yksilötasolla alle 65-vuotiaalla henkilöllä voi olla myös tarve saada hoitoa kiireellisemmin kuin yli 65-vuotiaalla.

Yksityisiä terveyspalveluita käytetään erityisesti isoissa kaupungeissa, joissa palvelutarjontaa on enemmän kuin maaseudulla. Vuonna 2022 yksityisiä sairaanhoitopalveluita käytettiin eniten Varsinais-Suomessa, Satakunnassa ja Helsingissä ja vähiten Etelä-Pohjanmaalla, Etelä-Savossa, Lapissa, Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla. Erot maakuntien välillä ovat merkittäviä. Varsinais-Suomessa 46,9 prosenttia asukkaista sai yksityisen sairaanhoidon Kela-korvauksia, kun Kainuussa ja Keski-Pohjanmaalla alle 30 prosenttia

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

asukkaista käytti yksityisiä terveyspalveluita. Yksityisiä terveyspalveluita on tarjolla erityisesti isoilla kaupunkiseuduilla, ja harvaan asutulla maaseudulla niiden tarjonta on merkittävästi vähäisempää. Siten kaikilla 65 vuotta täyttäneillä ei tule todellisuudessa olemaan yhtäläisiä mahdollisuuksia hakeutua kokeilun puitteissa lääkärin vastaanotolle.

Arvoisa puhemies! Keskustan näkemys on, että yli 65-vuotiaiden Kela-korvauskokeilun sijaan julkista terveydenhuoltoa tulisi kehittää pitkäjänteisesti. Viime kädessä maan hallituksen vastuulla on turvata hyvinvointialueiden, Helsingin kaupungin ja HUSin edellytykset järjestää ihmisten tarvitsemat lakisääteiset sosiaali-, terveys- ja pelastustoimen palvelut.

Hallituksen toimet, joilla hyvinvointialueiden rahoitusta leikataan ja yksityisten terveyspalveluiden julkista rahoitusta lisätään, ovat kestäättömiä. Keskustan mielestä lisäresurssit tulisi kohdentaa hyvinvointialueiden rahoitukseen, jotta perustason lähipalveluja voitaisiin vahvistaa ja turvata ne kaikenikäisille ihmisille, jolloin rajalliset resurssit kohdistuisivat tarkoituksenmukaisesti ja vaikuttavasti ja niillä saataisiin aikaan mahdollisimman suuri hyvinvointi- ja terveyshyöty.

Keskusta on esittänyt, että perustason terveydenhuoltoa vahvistetaan kehittämällä omalääkärimalleja ja tarjoamalla jokaiselle nimetty omalääkäri. Osa omalääkäreistä voisi toimia ammatinharjoittajamallilla, ja hallituksen tulisikin kokeilun sijaan kohdistaa lisärahoitusta omalääkärimalleiden ja ammatinharjoittajamallin kehittämiseen ja laajentamiseen. Nämä mallit olisivat toimivia niin isoilla kaupunkiseuduilla, pienemmissä kaupungeissa ja kehyskunnissa kuin harvaan asutulla maaseudullakin. Palvelujen kehittäminen tapahtuisi tällöin hyvinvointialueiden puitteissa, ja jokaisen suomalaisen oikeus parempiin perustason lähipalveluihin ja saumattomiin palveluketjuihin toteutuisi.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Siponen poissa. — Edustaja Lindén.

20.20 Aki Lindén sd: Arvoisa rouva puhemies! Kollegat lienevät huomanneet, että aika harvoin pidän täällä valmiiksi kirjoitettua puheenvuoroa, mutta kun on oikein painava asia, niin nyt olen sellaiseen ratkaisuun tässä päätenyt.

Arvoisa puhemies! Suhtaudun valiokunnassa kuultujen asiantuntijoiden suuren enemmistön tavoin kriittisesti tähän lakiehdotukseen. Linaan tähän alkuun erään perussuomalaisen ykkösketjuun kuuluvan hyvinvointialuepäättäjän vaalikonevastausta: ”Ymmärrän, että poikkeustilanteissa voidaan lyhentää hoitonoja esim. palvelusetelien avulla tai Kela-korvauksella tullaan pienesti vastaan siinä, että jotkut käyvät omalla rahalla yksityisessä hoidossa. Yksityinen terveydenhuolto kuitenkin tavoittelee aina voittoa, ja tämän vuoksi rahat on kannattavampaa suunnata julkisen terveydenhuollon toimivuuteen.” Nyt ehdotettu lainsäädäntö on aivan päinvastainen. Siinä tuetaan pääomasijoittajien omistamien lääkeriketjujen toimintaa ja houkuttelee lääkäreitä siirtymään terveyskeskuksista yksityiselle sektorille.

Valiokunnan kuulemista 41 asiantuntijasta vain neljä tuki tätä esitystä. Muut kritisoivat sitä. Keskeisin yhdistävä ehdotus asiantuntijoilla oli nyt esitetyn yli 200 miljoonan euron rahoituksen siirtäminen hyvinvointialueiden terveyskeskusten rahoittamiseen. Tämä olisi kustannustehokkaampi tapa parantaa sekä 65 vuotta täyttäneiden että muiden suomalaisten hoitoon pääsyä ja sen laatua. Se mahdollistaisi maksuttomat laboratorio- ja kuvantamispalvelut, moniammatillisen hoidon sekä yhteistyön sairaaloiden ja sosiaalitoimen palveluiden kanssa, jotka erityisesti ikääntyvälle väestölle ovat tärkeitä. Se mahdollistaisi

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

myös omalääkäri- ja omahoitajamallin kehittämisen. Nyt tehty esitys määräaikaisesta lain-säädännöstä ja rajoitetusta lukumäärästä lyhyitä pikakäyntejä ei todellakaan ole mikään omalääkärimalli.

Hallituksen esittämä malli on alueellisesti syrjivä. Yksityiset terveyspalvelut ja niiden mainostetut tyhjä vastaanottoajat keskittyvät voimakkaasti pääkaupunkiseudulle ja Turun seudulle ja joihinkin maakuntakeskuksiin. Jos sama rahoitus jaettaisiin hyvinvointialueille, saisivat erityisesti ne alueet, joilla on suhteellisesti eniten ikääntynyttä väestöä, kolme tai neljä kertaa suuremman rahoituksen. Tällaisia alueita ovat muun muassa Kainuu, Keski-Pohjanmaa ja Etelä-Savo.

Joulukuussa 2024 hallitus leikkasi terveyskeskuksilta 121 miljoonaa euroa. Tämä vastaa professori Juha Auvisen arvion mukaan kolmasosaa terveyskeskuslääkäreiden ei-kii-reellisen vastaanottoiminnan rahoituksesta. Jotta tämä leikkaus ei olisi ajanut tilannetta terveyskeskuksissa laittomaksi, siirsi hallitus samalla lakisääteistä velvoitetta palveluiden saannista kahdesta viikosta kolmeen kuukauteen. Nyt hallitus jatkaa tätä linjaa. Lakiehdotuksen mukaan tarkoitus on siirtää terveyskeskuksista miljoona lääkärikäyntiä yksityisiin firmoihin. Se vastaa noin 500 lääkärin kokovuotista työpanosta. Tämä ei ole mahdollista, ellei terveyskeskuksista siirry merkittävästi lääkäreitä työskentelemään yksityiselle sektorille. Näin on erityisesti haja-asutusalueilla. Houkutus siirtymiseen on suuri: Esityksen mukaan lääkärille tai lääkärikeskukselle korvataan sata euroa 15—20 minuutin mittaisesta vastaanottokäynnistä. Se tarkoittaa 300—400 euroa tunnissa. Tämä on kaksi kolme kertaa enemmän kuin paljon puhutuilla vuokralääkäreillä.

Jokainen terveydenhuollon asiantuntija tietää, mitä tapahtuu, kun rinnakkain on kaksi täysin erilaisella rahoitusperiaatteella toimivaa terveydenhuoltojärjestelmää. Toisaalla ovat hyvinvointialueet ja niiden terveyskeskukset, joiden budjettirajoite on erittäin tiukka. Hyvinvointialueilla sairastuvastat, kehitysvammaisten huolto, vanhustenhoiva, lastensuojelu, synnytykset, hammashuolto, syövänhoito ja niin edelleen taistelevat samasta rahoituksesta. Vallitsee pysyvä paine siirtää potilas tai asiakas, joka vain voidaan siirtää, jonkun toisen vastuulle. Toisaalla on lääkäriyritysten liiketoiminta, jossa jokaista vastaanottokäyntiä rahoitettaisiin suoriteperusteisesti sadalla eurolla. Ei ole painetta siirtää asiakkaita muiden vastuulle, vaan jokainen käynti tuottaa lisää rahaa. Palveluja mainostetaan varmasti todella voimakkaasti, jotta jokainen potilas saataisiin vastaanotolle, olipa vaiva miten pieni hyvänsä. Tämä on lain suurin ongelma. Tiedän varmuudella, mitä tästä seuraa: yksityisvastaanotot räjähtävät, ja yhä useampi potilas ja myös lääkäri siirtyy sinne, ja terveyskeskukset näivettyvät. Itselläni on laaja kokemus siitä, miten suoriteperusteista rahoitusta voidaan käyttää julkisessa terveydenhuollossa. Sillä keinolla on jonoja lyhennetty useasti, ja silloin kun terveyskeskusten lääkärit päivystivät niin sanotulla nuppitaksalla, ei ruuhkia päivystyksessä ollut. Nyt syntyy erittäin epäreilu tilanne, kun tällaista rahoitusta käytetään yksityisellä sektorilla ja samalla tiukennetaan budjettirahoitusta julkisella puolella.

Useiden kansainvälisten arvioiden mukaan Suomen terveydenhuollon erityispiirre ja samalla ongelma on monikanavaisuus. Meillä on useita rinnakkaisia terveydenhuoltojärjestelmiä, mikä merkitsee tehottomuutta ja päällekkäisyyttä. Otan esimerkin tästä kokeilusta: 70-vuotiaalla potilaalla on polvikipua. Hän kääntyy 28 euron asiakasmaksulla kokeilun piirissä olevan lääkärin puoleen. Hän tarvitsisi röntgenkuvauksen polvesta ja eräitä laboratoriotestejä. Polven kuvauksesta hän joutuisi maksamaan yksityisen sektorin täyden hinnan, koska se kuvaus ei kuulu tämän kokeilun piiriin. Myöskään kaikki tarvittavat laboratoriotestit eivät ole kokeilun piirissä. Myöskään muut potilaan asiat eivät tule hoidetuiksi.

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

si, koska vastaanottoaika on lyhyt. Niinpä potilas tämän käynnin jälkeen, josta lääkäri on saanut sata euroa, kääntyy terveyskeskuksen lääkärin puoleen, koska terveyskeskuksen lääkärin läheteellä pääsee maksuttomaan polvikuvaukseen. Tällaista niin sanottua shop-pailua tulisi paljon tapahtumaan. Se ei ole tehokasta terveydenhuoltoa. Sellaista sen sijaan olisi terveyskeskuksiin rakennettu omalääkäri- ja omahoitajamalli, jossa voitaisiin käyttää apuna myös yksityisiä ammatinharjoittajia, ostopalvelua tai palveluseteleitä. Yleislääkäreitä tukisivat terveyskeskuksissa myös keskeisten erikoisalojen konsultoivat erikoislääkärit. Tämä olisi tehokkain toimintamalli, hyvä sekä potilaille että veronmaksajille. Tämä on SDP:n malli.

Arvoisa puhemies! Lopuksi teen pykälämuutosehdotuksen eli esitän vastalauseen 1 mukaisia pykälämuutoksia tähän esitykseen. — Kiitoksia.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Forsgrén.

20.27 Bella Forsgrén vihr: Arvoisa puhemies! Kannatan hallituksen tavoitetta parantaa perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta. Tämä on yhteinen tavoite, jota varmasti kaikki tässä salissa haluavat edistää. Valitettavasti hallituksen esitys lisätä yksityisen terveydenhuollon rahoitusta ja rakentaa uusi, erillinen korvausjärjestelmä yli 65-vuotiaille ei palvele tätä tavoitetta kustannusvaikuttavasti eikä oikeudenmukaisesti. Tämä ei ole vain minun mielipiteeni ja näkemykseni. Lähes kaikki sosiaali- ja terveysvaliokunnan kuulemat asiantuntijat olivat yksimielisiä siitä, että jos kokeiluun varattu rahoitus kohdennettaisiin hyvinvointialueille, saavutettaisiin tehokkaammin tavoite hoitoonpääsyn nopeuttamisesta ja hoidon jatkuvuuden turvaamisesta. Vain yksityiset palveluntuottajat, joiden liiketoiminta saa suoranaista tukea tämän esityksen myötä, suhtautuvat tähän lakiesitykseen myöntyvästi.

Arvoisa puhemies! Hallituksen esittämä malli tuhlaa verovaroja. Esityksessä ei ole kyetty osoittamaan, että Kela-korvauksen suuntaaminen juuri 65 vuotta täyttäneille todella lisää palveluiden saatavuutta. Päinvastoin asiantuntijoiden arvioiden mukaan uudistus saattaa lähinnä vahvistaa niiden asemaa, jotka jo nyt käyttävät yksityisiä palveluita, eli usein hyvätuloiset. Tämä ei ole oikeudenmukaista eikä vastaa julkisten resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä.

Hallituksen malli perustuu kolmeen 20 minuutin lääkärikäyntiin ilman hoidon tarpeen arviointia, ilman moniammatillista yhteistyötä ja ilman hoidon jatkuvuutta. Monisairaana iäkkään ihmisen hoitoa ei voi pilkkoa kolmeksi lyhyeksi episodiksi. Hoidon jatkuvuus ja moniammatillinen yhteistyö ovat iäkkään potilaan hoidon kivijalkoja. Tätä kivijalkaa hallituksen esitys ei tue vaan vaarantaa sitä.

Arvoisa puhemies! On myös huolestuttavaa, että hallitus tällä esityksellä käytännössä tukee yksityistä liiketoimintaa samaan aikaan, kun se leikkaa mittavasti julkisesta sosiaali- ja terveydenhuollosta. Hyvinvointialueiden rahoitusta on kiristetty, ja samaan aikaan yksityiselle avataan uusi kanava julkisiin varoihin. Tämä on arvovalinta, hallituksen arvovalinta. Julkisella sektorilla kannustimet ohjaavat vastuulliseen ja kokonaisvaltaiseen hoitoon, yksityisellä taas suoriteperusteiseen toimintaan. Tämä ero jää täysin huomaamatta hallituksen esityksessä. Esityksessä ei ole arvioitu riittävästi, miten eri toimijoiden erilaiset kannustimet vaikuttavat koko sotejärjestelmän kehitykseen. Tämä on vakava puute.

Arvoisa puhemies! Moni perussuomalainen on näyttävästi kannattamassa tätä hallituksen esitystä, ja varsinkin he, jotka ovat tällä hetkellä pitäneet puheenvuoron, ovat puhu-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

neet siitä, että nyt palvelut laajentuisivat ja kansalaisten valinnanvapaus lisääntyisi, ja juuri he, jotka ovat pitäneet näitä puheenvuoroja, ovat olleet maakunta-alueilta. Täällä on aikaisemmin nostettu esille, että meillä on yritystoimintaa varsinkin terveydenhuollossa juuri keskusta-alueilla. Puhutaan isoista kaupungeista: Helsingistä, pääkaupunkiseudusta kokonaisuudessaan ja muista yliopistollisista kaupungeista. Jos puhutaan maaseudusta ja haja-asutuista alueista, niin ei heidän valinnanvapautensa ja mahdollisuutensa laajentaa omia palveluitaan millään tavalla toteudu. Ei pienille paikkakunnille ole tulossa tämän myötä yritystoimintaa, jonka mukana ihmiset pääsisivät paremmin palveluun. Ihmettelenkin kovasti sitä, ovatko perussuomalaiset olleet hallitusneuvotteluissa ihan hereillä. Samaan aikaan hallitus siis leikkaa hyvinvointialueilta, jotka pyrkivät tuottamaan palveluita koko Suomen laajuudella, ja samaan aikaan perussuomalaiset voittivat vaalit sillä, että he lupasivat ja löivät keskustaa siitä, että nyt palautetaan palvelut haja-asutusalueille. No, mitä todellisuudessa tapahtuu? Leikataan julkiselta terveydenhuollosta rahoitusta ja samaan aikaan isketään rahoitusta yksityiselle puolelle, mikä ei kyllä tarkoita maaseudun parantamista tai maaseudun palveluiden tilan parantamista. Ajattelenkin tässä, että kokoomus on kyllä onnistunut höynäyttämään aika kovalla kädellä perussuomalaisia.

Arvoisa puhemies! Meidän on turvattava osaavan työvoiman saatavuus julkisella sektorilla, ei ohjattava henkilöstöä yksityiselle puolelle. Meillä on jo tällä hetkellä todella vaikea tilanne julkisella puolella. Meillä on aivan liian vähän työntekijöitä siellä. Meidän on vahvistettava perusterveydenhuoltoa, ei luotava rinnakkaisjärjestelmää, joka hämmentää potilaita, pirstaloi hoitoa ja heikentää järjestelmän tehokkuutta. Yhteiset verovaramme tulee suunnata sinne, missä niitä tarvitaan juuri tällä hetkellä eniten: julkiseen perusterveydenhuoltoon, hyvinvointialueiden käyttöön. Siten parannamme palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta ja ennen kaikkea hoidon jatkuvuutta kaikille kansalaisille, ei vain niille, joilla on jo valmiiksi mahdollisuus käyttää yksityisiä palveluita.

Omalääkärimalli ja tämän mallin kehittäminen on omasta mielestäni kannatettavaa, mutta kuten Lääkäriliitto ja monet muut asiantuntijat nostivat esille, tämän Kela-korvausjärjestelmän rahoituksen sijaan se rahoitus olisi pitänyt käyttää hyvinvointialueille omalääkärimallin kehittämiseen.

Kokonaisuudessaan pidän tätä hallituksen esitystä valitettavana ja vääränä suuntana. Kannatan edustaja Lindénin tekemiä pykälämuutoksia. — Kiitos.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Tässä vaiheessa täsmentäisin edustaja Lindénin esitystä. Sanoitte, että vastalauseen mukaiset pykälämuutokset. Vastalauseessa ei ole pykälämuutoksia, mutta ne on erikseen jaettu pöydälle. Mitä tarkoittitte?

20.33 Aki Lindén sd: Arvoisa puhemies! Tarkoitan niitä erikseen jaettuja pykälämuutoksia. Kun puheenvuoroni alkoi juuri täyttyä seitsemän minuutin osalta, niin olin vähän lyhytsanainen. Niiden tarkoitus on viedä sinne varsinaiseen valtioneuvoston asetukseen tarkemmat määrittelyt korvattavista korvauksista eikä jättää niitä pelkästään Kelan ohjeiden varaan. — Kiitoksia.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Juuri näin, ja tätä Forsgrén ilmeisesti kannatti. — Olemme samassa ymmärryksessä. — Edustaja Sillanpää, olkaa hyvä.

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

20.34 **Pia Sillanpää ps:** Arvoisa puhemies! Käsittelyssä on hallituksen esitys, jonka tavoitteena on parantaa ikääntyneiden pääsyä terveydenhuollon palveluihin. Kyse on Kela-korvauskokeilusta, jonka avulla 65 vuotta täyttäneet pääsisivät nopeammin yleislääkärin vastaanotolle. Tämä osaltaan helpottaisi myös julkisen terveydenhuollon ruuhkaa. Kokeilun on tarkoitus käynnistyä syyskuussa 2025 ja jatkua vuoden 2027 loppuun asti. Kokeilu mahdollistaa enintään kolme lääkärikäyntiä vuodessa, ja maksun suuruus asiakkaalle olisi sama kuin julkisessa terveydenhuollossa eli noin 28 euroa vuonna 2025. Lisäksi kokeilussa korvataan puolet lääkärin määräämien laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kustannuksista, kun näitä tehdään enintään kolme kalenterivuoden aikana.

Arvoisa puhemies! Tämän kokeilun tavoitteet ovat kannatettavia, mutta kokeilusta saatavia tuloksia on seurattava tarkoin. Kokeilun hyötyjä ovat muun muassa asiakkaiden valinnanvapauden lisääminen, hoitoonpääsyn helpottaminen ja julkisen terveydenhuollon kuormituksen keventäminen. On kuitenkin tärkeää, että palveluntuottajille asetetaan tarkat ehdot ja hyödynnämme kokeilusta saatavaa tietoa. On nimittäin selvää, että väestön ikääntyessä terveyspalveluiden tarve vain kasvaa entisestään. Siksi on hyvä, että etsimme uusia toimintatapoja tehdä asioita ja keinoja keventää julkista taakkaa. Samalla on tärkeää muistaa, että tämä on kokeilu ja kokeilun pitää olla juuri sitä: seurataan tuloksia, tehdään jatkuvaa arviointia kokeilusta ja tarvittaessa korjataan epäkohtia.

Kokeilu voi hyödyttää etenkin niitä ikääntyneitä, jotka tarvitsevat nopeaa pääsyä lääkärin vastaanotolle yksittäisen terveysongelman hoitamiseksi. Näille henkilöille kokeilu tarjoaa nopean hoitoonpääsyn ja ensikontaktin lääkäriin, mikä voi ehkäistä myöhäisempää tarvetta terveydenhuollolle. Kokeilun päätteeksi onkin olennaista kysyä, auttoiko kokeilu todella vähentämään hoitonoja, pääsivätkö iäkkäät paremmin lääkäriin ja mitä hyötyjä saavutimme kokeilulla. THL ja Kela tulevat arvioimaan näitä kysymyksiä asiakasrekistereiden, kyselyjen ja haastattelujen avulla. Tämä on tärkeää. Mutta haluan silti korostaa sitä, että tämän kokeilun seurannan pitää olla mahdollisimman läpinäkyvä ja saatujen tulosten pitää vaikuttaa suoraan päätöksentekoon. Ei voi käydä niin, että kokeilu muuttuisi pysyväksi käytännöksi, jos se ei täytä sille asetettuja tavoitteita.

Arvoisa puhemies! Tämä kokeilu on askel kohti monipuolisempaa palvelujärjestelmää, jossa julkinen ja yksityinen terveydenhuolto täydentävät toisiaan. On kuitenkin muistettava, että julkinen terveydenhuolto on edelleen suomalaisen terveydenhuollon selkäranka. Kannatan tämän kokeilun käynnistämistä, mutta samalla haluan painottaa sitä, että kokeilun onnistumista ei voi mitata vain säästyneinä euroina vaan sillä, paraneeko iäkkäiden hoitoonpääsy aidosti niiden ihmisten näkökulmasta, joille tämä kokeilu oli alun perinkin tarkoitettu. — Kiitos.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Rasinkangas.

20.37 **Merja Rasinkangas ps:** Arvoisa rouva puhemies! Käsittelemme hallituksen esitystä sekä siitä tehtyä sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintöä, jonka myötä yli 65-vuotias voi mennä yksityiselle yleislääkärille ja maksaa saman verran kuin julkisessa terveyskeskuksessa. Tämä on erittäin tärkeä uudistus eläkkeelle jääneille 65-vuotiaille, jotka muutoin jäävät työterveyshuollon ulkopuolelle. Kyseessä on siis määräaikainen kokeilu, ja se on vapaaehtoinen.

Yksityisen yleislääkärin vastaanottokäynnit määräytyvät siten, että omavastuu on enintään julkisen perusterveydenhuollon asiakasmaksun suuruinen. Korvaus on kolmesta

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

käynnistä kalenterivuodessa. Lääkärin määräämät perustutkimukset ja näytteiden otot korvataan 50-prosenttisesti, ja näille vahvistetaan enimmäishinnat eli kattohinnat Kelan toimesta. Tämän hallituksen esityksen tarkoituksena on helpottaa ja ennen kaikkea nopeuttaa hoitopääsyä, lyhentää jonoja ja parantaa arjen palveluita erityisesti iäkkäämmille suomalaisille.

Arvoisa puhemies! Näin saadaan ihmisille nopeammin apua ja samalla säästetään rahaa, kun erikoissairaanhoidon tarve vähenee. Ajoissa annettu hoito on paitsi oikein potilasta kohtaan myös hyvä tapa käyttää verovarjoja. Samalla esityksen avulla kevennetään julkisen sektorin painetta.

Tämä hallituksen esitys perustuu hallitusohjelman kirjauksiin, joissa korostetaan perusterveydenhuollon kehittämistä ja hoitajien purkua. Kyseessä on kaksivuotinen kokeilu. Onkin hyvä tarkastella tämän kokeilujakson aikana, miten esitys konkreettisesti toimii, ja tarvittaessa tehdä muutoksia siten, että esitys tukee tosiasiallista tarkoitustaan. Kela ja THL seuraavat kokeilun vaikutuksia. Vaikutuksia muun muassa palveluiden saatavuuteen, kustannusvaikuttavuuteen ja omalääkärimallin kehittämiseen arvioidaan.

Kannatan tätä esitystä lämpimästi. — Kiitos.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Kosonen.

20.39 Hanna Kosonen kesk: Arvoisa rouva puhemies! Esitys on monelta kannalta ongelmallinen, ja vain joitakin ehdin tässä mainita.

On erinomaista, että tässä salissa taitaa olla yksimielinen ymmärrys omalääkärimallin hyödyistä, sen hoidon jatkuvuudesta ja tehokkuudesta ja siitä, että jokainen pystyisi omalääkärimallin kautta saamaan kestävästä palvelusta tehokkaasti.

Mutta tämä 65-vuotiaiden Kela-korvauskokeiluhan juuri toimii täysin päinvastoin kuin tämä omalääkärimalli, jota tässä salissa kuitenkin hallitus—oppositio-rajat ylittäen kannatetaan, ja hallituskin on puhunut siitä, että tämä on heille tärkeä. Jopa samassa lauseessa puhutaan näistä kahdesta asiasta. Se on minun vaikea käsittää, miten näistä voidaan puhua samassa lauseessa, kun todellakin tämä 65-vuotiaiden Kela-kokeilu tulee viemään luultavasti niitä lääkäreitä, ammattilaisia sinne yksityiselle puolelle ja sillä tavalla romuttamaan julkista perusterveydenhuoltoa.

Sitten toisekseen tietenkin perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteys katkeaa — juuri se, mistä myös soteuudistuksessa on paljon kysymys. Eli olemme halunneet siinä murtaa näitä raja-aitoja, jotta se ammattilaisten, erilaisten spesialistien, ammattitaito olisi heti suoraan tarjolla myös siellä terveyskeskuslääkäreiden vastaanotoilla. Mutta tässä hän se ei nyt tule toteutumaan.

Sitten kolmantena asiana alueiden epätasa-arvoinen kohtelu: Asiantuntijalausunnoissa ja analyyseissa on tullut ihan selväksi se, että tämä tulee kohtelemaan alueita todella epätasaisesti. Jos tämä olisi siirretty julkiselle palvelulle omalääkärimallien kehittämiseen eri hyvinvointialueille, niin varmasti hoidon saatavuus olisi ollut paljon yhdenvertaisempaa. Tästä tulevat kärsimään erityisesti Etelä-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Lappi, Kainuu ja Keski-Pohjanmaa, ja tietenkin isot kaupungit tulevat tästä hyötymään.

Sitten täytyy kysyä siitä, että kun olemme kaksi vuotta täällä kuunnelleet sitä, että talous on erittäin heikossa tilassa Suomessa — se on aivan totta, me velkaannumme kammottavaa tahtia — niin rahaa on kuitenkin yksityisille terveysjärjestöille kaataa mutta hyvinvointialueille sitä rahaa ei ole. Tämä on toki kokoomuspuolueen suhteen linjassa. Olemme tie-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

tysti tietoisia siitä, mitä aikaisemmillä hallituskausilla on heidän vallassa ollessaan tapahtunut. Mutta tietysti pitää ihmetellä sitä, että perussuomalaiset todella ovat tässä mukana. [Puhemies koputtaa] Erityisesti vielä ihmetyttää se alueellinen epätasa-arvoisuus — eivät taida mennä perussuomalaisilla nämä päätökset ihan samalla tavalla kuin puheet ennen vaaleja.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Valtola.

20.43 Oskari Valtola kok: Arvoisa rouva puhemies! Hallitus laittaa julkiseen terveydenhuoltoon hyvinvointialueille hallituskauden aikana yli 100 miljardia euroa kaikkien sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamiseen, ja kaiken kaikkiaan näihin Kela-korvauksiin laitetaan se noin 500 miljoonaa euroa samassa ajassa. [Krista Kiuru: 633 miljoonaa menee!]

Toinen iloinen uutinen tälle salille on tosiaan se, että hallitus on edistämässä omalääkärimallin kehittämistä. Viime vuoden loppupuolella sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö ovat käynnistäneet ohjelman, jonka tarkoitus on omalääkärimallin edistäminen, ja se on aivan selkeä tavoite ja ääneen lausuttu tavoite myös tässä salissa muun muassa pääministerin osalta, eli se otetaan käyttöön tämän hallituskauden aikana.

Tässä yli 65-vuotiaiden valinnanvapauskokeilussa on kyse nimenomaan kokeilusta, joka on suunnattu kohtuullisen pienelle väestöosalle ja jossa otetaan yksityinen puoli aivan uudella tavalla mukaan palveluntuotantoon. Tässä on mukana muun muassa hintakatto, erillinen sopimus Kelan kanssa palveluiden tuottamisesta. Tämä kattaa vastaanotokäynnin — tässä kokeilussa nyt 20 minuuttia —, tietyt verikokeet, tietyt tutkimukset eli sydänfilmin, keuhkokuvan. Myös esimerkiksi näiden tutkimusten tulosten ilmoittaminen puhelimitse sisältyy tähän käynnin hintaan, josta siis omavastuu potilaalle on se 28,20 euroa, ja loppu on sitten muuten rahoitettavaa.

Tämä raha, mikä tähän kokeiluun käytetään, ei ole pois hyvinvointialueilta. Arvion mukaan hyvinvointialueilta saattaa lähteä jopa miljoona potilaskäyntiä pois, mutta rahoitusta hyvinvointialueilta ei tämän kokeilun myötä vähennetä. Tämä on myös rahaa, mitä ei voida hyvinvointialueille osoittaa vaihtoehtona, eli se on tätä sairausvakuutettujen rahaa, jota ei voida käyttää käytännössä hyvinvointialueille.

Tämä kokeilu on määräaikainen, loppuu vuoden 2027 lopussa, ja hallituksen esityksen mukaan tämä ei siirtäisi henkilöstöä merkittävästi yksityiselle puolelle. Valiokuntakuulemisissa kyllä kuultiin erilaistakin arviota, mutta on tärkeää tehdä seurantaa ja tutkimusta tämän kokeilun myötä ja pitää tästä huoli.

On paljon keskusteltu siitä, mitkä ovat yli 65-vuotiaista ne optimaaliset potilasryhmät, joita tämä kokeilu parhaiten palvelisi. Asiantuntijakuulemisissa tuli esille hyvin vahvoja näkemyksiä siitä, että yli 65-vuotiaat ovat suurelta osin monisairaita, huonokuntoisia, raihnaisia, mutta eihän tämä pidä paikkaansa. Meillä on paljon yli 65-vuotiaita, jotka kokevat itsensä hyvinkin terveeksi, eikä heillä ole kuin mahdollisesti yksi tai kaksi perussairautta, jotka eivät vaikuta heidän elämäänsä juurikaan. Nämä esimerkiksi ovat erittäin otollinen potilasryhmä tähän kokeiluun kohderyhmäksi.

Tiedottaminen kokeilusta, sen antamista mahdollisuuksista, on äärettömän tärkeää. Niin kuin täällä tuli puheissa aikaisemmin esille, tämä on vapaaehtoinen ja julkinen puoli muodostaa edelleen selkärangan meidän terveyspalveluissa. Mutta on tärkeää myös Kelan näkemyksen mukaan saada tietoa ja arviointia tämäntyylisestä kokeilusta ja esimerkiksi sen hyödyntämisestä omalääkärimallin rakentamisessa tulevaisuudessa. — Kiitoksia.

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Kiuru.

20.49 Krista Kiuru sd: Arvoisa puhemies! Käytän tämän puheenvuoron esittelypuheen-vuoron jälkeen SDP:n kansanedustajana, ja niin kuin totesin jo aikaisemmin, SDP on jät-tänyt tästä hallituksen Kela 65 plus -mallista vastalauseen. Joitakin näkemyksiä haluan käydä tässä läpi.

Ensinnäkin SDP kannattaa mallia, jossa jokainen suomalainen voi päästä julkiseen ter-veydenhuoltoon nopeasti. Säädimme viime hallituskaudella seitsemän päivän hoitota-kuun, jonka voimaan astuminen torpedoitiin tämän hallituksen toimesta, ja jäljelle jäi 14 vuorokauden hoitotakuu. Sen jälkeen kuitenkin säästötoimena, lisäleikkauksina, sosiaali- ja terveydenhuoltoon kohdistettiin hoitotakuun lainsäädännön tosiasiallinen purku, ja näin ollaan kolmen kuukauden hoitotakuussa lääkärikäyntien osalta ja kuuden kuukauden hoi-totakuussa hammaslääkärikäyntien osalta. Maaailma on mennyt melkoiseksi, kun tässä ol- laan. Samaan aikaan kun hallitus pystyi näin pahaan hoitotakuun romuttamiseen, kuiten- kin saman hallituksen toimesta, ilman että käytetään merkittävää panostusta julkisen ter-veydenhuollon parantamiseen, käytännössä satsauksia on tehty vain siihen, että tulisi tera- piatakuu ja tosiasiaassa jo kustannusjaon tarkastus eli ne eurot, jotka on aikaisemmin käy- tetty terveydenhuoltoon ja jotka on korvattava valtion toimesta hyvinvointialueille, ne summat, maksettaisiin. Tässä kaikki julkisen sektorin terveydenhuollon kehittämiseksi.

Sen sijaan aika merkittävästi on löytynyt rahaa julkisen terveydenhuollon kehittämisen sijaan yksityiseen terveydenhuoltoon. Olenkin hämmästynyt siitä, miten tämä on ylipää- tään mahdollista. Kun eduskunnassa viime syksynä muutettiin kanavointia eli sitä, kuinka paljon rahaa tosiasiaassa virtasi tästä järjestelmästä valtion piikkiin osana leikkauksia, niin myöskin sen kanavointiratkaisun yhteydessä muutettiin jako-osuuksia, millä tavalla val- tion rahoitus määräytyy sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta ja miten sitten niin sano- tusti parttien osuus jakautuu. Ja kun nämä uudet summat otettiin käyttöön, se tarkoitti sitä, että valtio aika merkittävän siivun otti siitä välistä itsellensä korottamalla tätä vakuutettu- jen osuutta siihen 48,6 prosenttiin. Aikaisemmin nämä jako-osuudet olivat oikeastaan niin, että kaksi kolmasosaa ja yksi kolmasosa, ja kun nyt sitten partit rahoittavat tästä jo niin sa- notusti puolet, lähes puolet, niin tätä kautta tilaisuus teki varkaan. Alun perin hallitusohjel- massa oli ajateltu, että 335 miljoonaa tultaisiin käyttämään Kela-korvauksiin kaiken kaik- kiaan, mutta koska vakuutettujen osuus nousi näin paljon, niin saatiin lisää rahaa käyttöön 500 miljoonan sijasta. Toisin kuin Valtola muisti tuossa äsken puheessaan, niin käytössä on nyt sosiaali- ja terveysministeriön vastineen mukaan 633 miljoonaa euroa. Tästä tosi- asiallisesti, kun olemme saaneet selvityksen, kustannukset voivat olla sellaiset, että ne kaikki 633 miljoonaa euroa eivät mene, vaan 550 miljoonaa näyttäisi tällä hetkellä mene- vän neljän vuoden tarpeisiin kaiken kaikkiaan kaikista Kela-korvauksista, ja tämän mallin osalta silloin käytännössä tuo rahoitus olisi aika iso osa tätä pottia.

Arvoisa puhemies! Rahaa siis on, ja mihin se käytetään? No, tämä malli närästä meitä erityisesti siksi, että hallituksella ei ollut varaa 126 miljoonaan euroon niin, että ihminen pääsisi edes 14 vuorokaudessa julkiseen terveydenhuoltoon. Ja kun me katsomme niitä määriä, joilla tässä houkuteltaan yksityiseen terveydenhuoltoon hakeutumista, nämä mää- rät ovat todella kovia. Tässä puhutaan yli miljoonan suomalaisen siirtymisestä julkisesta terveydenhuollosta yksityiseen. Onko se realismia, että me katsoisimme tällä hetkellä va- paita aikoja, jotka yksityisellä sektorilla on, ja ajattelisimme, että siellä on miljoona käyn- tiä vuodessa ylimääräistä? Tähän hyvinvointialueet ottivat hyvin julkistetuissa lausunnois-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

sa kantaa. He eivät usko, että tämä on totta. He uskovat, että tämä miljoona käyntiä on pääsääntöisesti pois julkisen sektorin lääkärikäynneistä. Vakavaa tämä on siksi, että tämä hoitopääsyn vaikeuttaminen leikattiin sellaisenaan julkisen sektorin rahoituksesta eli tästä julkisesta terveydenhuollosta, ja käytännössä se rahoitus vei ainakin kolmanneksen meidän lääkäriresurssien palkkamenoista.

Nyt kysymyksemme onkin, että jos lääkäreiden palkkamenoista ja lääkäreistä näin moni siirtyi jo hoitotakuun vuoksi ikään kuin tämän rahoituksen piiristä pois, kuinka ison loven tämä tekee, jos miljoona käyntiä käytännössä kohdennetaan yksityiseen terveydenhuoltoon. Mikä tulee olemaan lopputulema osaamisen näkökulmasta? Tuleeko osaajapula vai eikö tule? Tuleeko lääkäripula vai eikö tule? Tähän, niin kuin totesin, hyvinvointialueilla on hyvin yksiselitteinen linja. He kokevat, että tämä on suoraan pois sieltä. Mutta erikoista on se, että hallituksen esityksessä asiaa on tarkasteltu ja hallituksen esityksessä todetaan aika ronskisti, että tämä siirtymä ei olisi ongelma nimenomaan siksi, että he kokevat, sanataarkasti todettuna, valiokunnan mietintöä siteeraten, näin: ”Esityksen mukaan kokeilun ei arvioida aiheuttavan merkittävästi julkisen terveydenhuollon henkilöstön siirtymistä yksityiseen terveydenhuoltoon, koska kokeilu on” — ensinnäkin — ”määräaikainen.” Mutta muistakaa, että tämä kokeilu siis kestää näin kauan, pari vuotta, ja me sanotaan, että ei tule mitään vaikutuksia. Onhan tämä uskomaton juttu, ettei kahteen vuoteen tulisi mitään vaikutuksia. Ei tämä mikään lyhyt ole, ei tämä ole kuukausia. Ja toinen, jatkan vielä siteerasta: ”Eikä se siten sisällä julkisessa perusterveydenhuollossa työskenteleville lääkäreille suurissa määrin kannustimia siirtyä työskentelemään yksityiselle sektorille.” Tähän kannattaa vielä keskittyä, sillä se kannustin on melkoinen, arvoisa puhemies. Tässähän siis on kysymys 15—20 minuutin lääkäriajasta, 100 eurosta. Kyllä 300:n, jopa 400:n, euron tuntivauhdilla työskenteleminen on minusta aika iso kannustin ja väärään suuntaan. — Jatkan vielä.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Lindén.

20.57 Aki Lindén sd: Arvoisa rouva puhemies! Kokouksemme on alkanut seitsemän tuntia sitten, ja ei ole mitään tarkoitusta itsetarkoituksellisesti jatkaa sitä, mutta tämä on kovin tärkeä asia, ja sen takia halusin tässä vielä toisen puheenvuoron käyttää, ja ihan täältä puhujakorokkeelta.

Ensiksi muutama kommentti lähinnä edustaja Valtolan puheenvuoroon: Minusta ei ole oikeudenmukaista verrata tätä koko hyvinvointialueiden rahoitukseen, joka sitten vielä kerrottuna neljällä vuodella on todellakin yli sata miljardia euroa eli vuodessa 26—27 miljardia. Kaikkihan me tiedämme, että siitä noin 40 prosenttia on sairaaloiden eli erikoissairaanhoidon rahoitusta, 20 prosenttia on vanhustenhuollon rahoitusta, 20 prosenttia on muiden sosiaalipalveluiden rahoitusta, kaksi ja puoli prosenttia on palo- ja pelastustoimen rahoitusta ja sitten sellainen 18 prosenttia on avoterveydenhuollon rahoitusta, missä on 30 eri toimintoa mukana, niin hammashuolto kuin kotikäynnit ja monet muut, ja itse asiassa se lääkärin sairastuvastaanottotoiminnan rahallinen volyyymi on tästä kokonaisuudesta noin 700 miljoonaa euroa, kattaen kuitenkin myös kiireellisen hoidon ja eräitä tällaisia laitoshoidoja eli vanhustenhoivaa ja muita. Eli pitäisi oikeasti verrata asioita oikealla tavalla keskenään.

No, sitten kun sanottiin, että tämä ei millään tavalla vähennä hyvinvointialueiden rahoitusta, niin siihen edustaja Kiurukin jo edellä puuttui, että se vähennyshän tehtiin jo. Se tehtiin kahtena vuonna. Ensimmäinen tehtiin vuoden 24 talousarviosta viisi miljoonaa, ja sitten tehtiin

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

121 miljoonaa tämän vuoden talousarviosta, eli yhteensä 126 miljoonaa. Toki se kohdennettiin sinne yleiskatteelliseen rahoitukseen, mutta meillä on keino, ihan niin kuin hallituksella on sama keino, ohjata rahoitusta yleiskatteellisesta rahoituksesta tiettyyn kohteeseen, sama logiikka kuin terapiatakuussa. Kun säädetään velvoite hoitaa tietty asia ja sitten rahoitusta lisätään yleiskatteelliseen rahoitukseen sen velvoitteen toteuttamisen verran, niin siinä meillä on se keino, jolla me käytännössä tätä teemme. Juuri näinhän se tiukennettu hoitotakuu toteutettiin, ja kun se peruutettiin, niin samalla logiikalla otettiin rahaa sitten pois.

No, sitten sanottiin, että ei tätä rahaa voida osoittaa hyvinvointialueille. Tämä on vähän niin kuin tulkintakysymys, että mikä on juuri tätä rahaa. Sen verta pitkään olen nähnyt terveydenhuoltoa, että tiedän, että toki lainsäädännöllä voidaan tehdä melkoisiakin muutoksia. Olen nimittäin nähnyt sen ajan, jolloin kuntien oli maksettava Kelalle kunnan alueella tapahtuvista yksityishammashuoltokäynneistä. Se oli laki, jolla yritettiin kannustaa kuntia lisäämään omaa hammashuollon toimintaa, eli kunnat maksoivat siitä, mitä sitten siellä yksityisellä tapahtui. Aivan kansanterveyslain alkuvaiheessa oli myös niin, että Kela maksoi terveyskeskuksille sairausvakuutuksesta rahoitusta. Nämähän ovat lainsäädäntöasioita, miten nämä säädetään. Joka tapauksessa puolet, aivan niin kuin tässä edustaja Kuru viittasi, tämän kanavointiratkaisun seurauksena on suoraa valtion budjetirahoitusta, ja sehän on tietysti aina täysin muutettavissa johonkin toiseen tarkoitukseen.

Olin ajatellut tässä referoida muutamia, mutta vain muutamia, näitä asiantuntijalausuntoja käytettävissä olevan ajan puitteissa. Valitsin tähän ihan — en suinkaan sillä logiikalla, että niissä olisi mahdollisimman kärkevää kritiikkiä, vaan pikemminkin toisinpäin — sellaisia kohteita, joita nyt ei ainakaan minkäänlaisesta poliittisesta vasemmistolaisuudesta, jos sellaista epäillään olevan, voida syyttää.

Tässä on HUSin lausunto, jossa todetaan, ihan lyhyesti totean, että ”HUS-yhtymä vastustaa edelleen annettua esitystä”. He vastustivat sitä jo siinä lausuntokierroksen aikana, ja sille on esitetty tuossa perustelut.

Sitten meillä on hyvin mielenkiintoinen Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueen kannanotto, jossa on eritelty seitsemän eri kohtaa. Kakkonen kuuluu näin: ”Esitetty malli ei paranna vaan voi jopa heikentää hoidon jatkuvuutta. Hallituksen esityksen mukaisessa Kela-korvausmallissa ei ole hoidon jatkuvuuteen kannustavia tai sitä edellyttäviä elementtejä.” Kolmoskohta: ”Hallituksen esityksen mukainen Kela-korvausmalli ei välttämättä kevennä kuormitusta julkisessa perusterveydenhuollossa. Toteutuessaan esitetty malli voi myös vaikeuttaa yleislääkäreiden rekrytointia julkiseen perusterveydenhuoltoon.” Kohta kuutonen: ”Hoitoon pääsyä parantavat toimenpiteet tulisi toteuttaa hyvinvointialueiden kautta, jotta asukkaiden yhdenvertaisuus ja hoidon jatkuvuus voidaan varmistaa.” Ja vielä kohta seitsemän: ”Hyvinvointialueiden järjestämisvastuuseen ja Kelan sairausvakuutuskorvauksiin perustuva yhteinen väestövastuullinen omalääkärimalli olisi paras tapa käyttää Kelan rahoitusta yleislääkäripalveluiden tuottamiseen väestölle.” Eli tässä ehdotetaan juuri tällaista yhteistyömallia Kelan ja hyvinvointialueiden kesken.

Pohde on niitä alueita, jotka ilmeisesti tulevat vuoden 26 loppuun mennessä saamaan taloutensa tasapainoon. Pohteen lausunnossa todetaan: ”Ehdotettu malli tullee heikentämään nyt jo vaikeaa terveyskeskuslääkäritilannetta, koska lääkäreitä siirtyy työskentelemään yksityiseen terveydenhuoltoon kokonaan tai osa-aikaisesti. Lähes kahden ja puolen vuoden määräaikainen muutos on niin pitkä ajanjakso, että riski henkilöstön siirtymiseen

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

yksityiselle sektorille on merkittävä.” Edelleen todetaan: ”Malli ei tue yhdenvertaisia palveluita kaikkialla Suomessa.”

Hyvin kriittinen on Turun yliopiston yleislääketieteen professorin Päivi Korhosen lausunto. Sieltä olisi montakin siteerattavaa kohtaa, mutta ne perusteet, joita hän esittää, ovat juuri niitä, joita täällä keskustelussa on jo aiemmin tuotu esille. Samoin on professori Markku Pekurisen lausunto ja geriatrian professorin Jouko Laurilan lausunto, jossa hän toteaa: ”Näkemyksemme on, että nyky suunnitelman mukaisessa yli 65-vuotiaille suunnatussa yksityislääkärikokeilussa tämä tavoite ei toteudu.” Se ”tämä tavoite” oli juuri se terveyshyöty ja vaikuttavuus tässä.

En tämän pidemmälle siteeraa, esimerkiksi THL:n lausuntoa tai useita, useita muita, mutta joku merkityshän tällä asiantuntijakuulemisella tulisi olla. Mutta ihan niin kuin tuossa Lääkäriliiton lausunnossa todettiin, ei sillä lausuntokierroksella maaliskuussa, jolla myös tuli erittäin paljon kritiikkiä, oikeastaan ollut mitään muuta vaikutusta tähän kuin se ainoa vaikutus, että yksityissektorin saamat korvaukset laboratoriokäynneistä kaksinkertaistettiin. Se oli ainoa vaikutus, mikä sillä oli, eli mitään muuta muutosta tähän ei tullut. — Kiitoksia.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Kiuru.

21.04 Krista Kiuru sd: Arvoisa puhemies! Edustaja Lindén päätyi puheenvuorossaan tärkeään pointtiin, joka tässä on syytä vielä kerran toistaa. Lausuntokierros ei tuonut merkittäviä muutoksia tähän esitykseen, paitsi yhdeltä osin. Nimittäin kun viittasin jo aikaisemmin näihin enimmäiskustannuksiin, jotka tässä sallittaisiin, niin on hyvä avata tätä kokonaisuutta nimenomaan myöskin sen osalta, millä tavalla sitten lausuntokierroksen jälkeen hallitus reagoi.

Kun tässä esityksessä todetaan, että näitä korvattavia lääkärikäyntejä tehdään siis terveyskeskuskäynnin hinnalla kolme vuodessa, näin todella on, mutta haasteeksi tulee yksittäisellä ihmisellä se, minkälaisiin tutkimuksiin häntä voidaan määrätä. Lääkärin määräämät tutkimukset kuuluvat tähän käynnin hintaan niin, että näistä tutkimuksista saa 50 prosentin korvauksen, mutta se, mitä tutkimuksia tämä sisältää, on etukäteen päätetty. Näin ollen on hallituksessa esityksen muodossa jo todettu, että tämä sisältää 14 erilaista labrakäyntiä ja sen lisäksi tällaisen yhdenlaisen kuvantamiseen liittyvän kuvan. Jos ihminen siis tarvitsee lääkärikäynnillä jonkun muun tutkimuksen tai jonkun muun kuvantamisen kuvan kuin tämän, joka hallituksen listalla on, silloin nämä käynnit ovat tähän normaaliyksityistaksalla päälle tulevaa. Tämä aiheuttaa tämän mallin haastavuuden, nimittäin ihmiselle voi tulla varsin korkeita kustannuksia tästä käynnistä. Valiokunnan omassa mietinnössä käydään hyvin tarkasti tätä läpi, ja tähän on syytä vielä perehtyä tarkemmin.

Me ihmettelimme valiokunnan kuulemisessa erityisesti sitä, miksi haluttiin, kuten oli aikaisemmin, että tämä esitysmuoto oli sellainen, joka saattoi antaa mahdollisuuden kikkailuun. Nyt valiokunta on tarkentanut pykälätasolla sitä, että näitä korvauksia voidaan korvata vain yleislääketieteen alaan kuuluvasta lääkärikäynnistä. Ennen tämä sanamuoto oli erikoinen, mikä saattoi antaa mahdollisuuden myös siihen, että rajatapauksena erikoislääkäri, joka ottaisi vastaan yleislääketieteen käynnillä, voisi kuitenkin tämän korvauksen ottaa vastaan, ja näin tässä on tarkennettu tätä sanamuotoa.

Toinen erikoisuus on se, että Kela on tässä hallituksen esityksessä laitettu asiamieheksi tarkentamaan, kuten perinteisestikin, Kela-korvauksien piiriin kuuluvia tutkimuksia ja hoi-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

toja. Alun perin hallitus esitti, että myös hoidot korvattaisiin, ja ihmettelimme sitä, mitä hoitoja tämä lainsäädäntö korvaa, koska tässä ei ole mainittu yhtään hoitoa, mikä olisi korvauksen piirissä, joten valiokunta joutui poistamaan tämän, koska meillä ei ole esimerkkejä siitä, että näin todella tapahtuisi.

Toisaalta valiokunnan kuulemisissa selvisi, että kun Kela sitten vielä erityisesti määrää nämä 14 labratutkimusta korvattaviksi ja kuulee ministeriötä, mutta saa siis aivan vahvan mandaatin määrittää kulloinkin, mikä tämän korvausjärjestelmän piiriin tulee, niin kyllä se sisältää myös riskejä. Se sisältää sen riskin, että jos käyntimäärät ovat huikeat ja rahat alkavat ehtyä, niin Kelalla on yksipuolinen mahdollisuus tinkiä näistä ehdoista, siis siitä, että lääkärikäynti olisi käytännössä tämän korvauksen hintainen, joka nykyään maksetaan yleislääkärillä käynnistä terveyskeskuksessa, mahdollisesti siitä, kuinka monta näitä käyntejä hyväksyttäisiin, tai jopa siitä, mitkä ovat ne tutkimukset, jotka tämän piiriin kuuluvat. Tämä on kyllä minusta aika kova mandaatti.

Valiokunta keskusteli tästä pitkään, ja me teimme, SDP ryhmänä muiden oppositioryhmien kannattamana, tähän muutoksen niin, että Kela ei voisi käytännössä yksipuolisesti näin toimia, vaan valtioneuvoston pitäisi asetustasoisesti määritellä nämä listat, mitä korvataan, mitä ei, ettei käy niin, että hallitus levittelee käsiään ja sanoo, että emme me mitään voi, että nämä Kela-käynnit tulivatkin jatkossa paljon kalliimmiksi kuin alussa. Kyllä tästä poliittista vastuuta pitää kantaa, ja valtioneuvosto voi vaikka joka päivä kokoontua päivittelemään Kelan korvaustaksoja, jos se nyt ylipäättään olisi järkevää, mutta tuntuu oudolta, että tätä ei saatu lopulliseen esitykseen. Kuitenkin me teemme tästä tutkimuksen, ja tutkimuksessa pitäisi osoittaa, menikö tämä hintoihin, oliko tämä järkevää, edistikö tämä kuorimituksen vähentymistä julkiselta sektorilta ja niin edespäin. Aika erikoista oli se, että luotamusta tähän ei saatu valiokunnassa koko valiokunnan toimesta. Eli hallituspuolueet halusivat, että nämä hinnat voisivat olla toisille kalliimmat kuin toisille, kun tämä kokeilu etenee. Hyvin erikoinen logiikka tässä valittiin.

Arvoisa puhemies! Sitten tämän kokeilun kustannusvaikutuksista on käyty todella paljon keskustelua, ja yksi tämän kokeilun kustannusvaikutuksiin liittyvä iso haaste on se, kuten edustaja Lindén edellä jo kertoi, että hallitus täsmensi lausuntokierroksen jälkeen vain yhtä kohtaa: kaksinkertaisti nämä tutkimustaksat. Nyt me ollaan kyllä erikoisessa suossa. Tämän esityksen mukaan siis asiakkaalla olisi oikeus hakeutua yksityislääkärin läheteellä labratutkimuksiin myöskin julkisomisteisiin laboratorioihin, ja ne ottaisivat vastaan näitä, jos ne voisivat. Haasteeksi tulee se, että sidosyksiköille sallitun ulosmyyntimäärän raja on tällä hetkellä rajoitettu niin, että sidosyksikkö voi myydä palveluitaan muille kuin siinä määräysvaltaa käyttäville hankintayksiköille ainoastaan enintään 500 000 eurolla ja viidellä prosentilla vuotuisesta liikevaihdostaan. Anelimme, että tätä voitaisiin laittaa kuntoon, mutta TEM otti vahvasti selvityksessään kantaa, ettei tämä olisi mahdollista, ja hallituspuolueet ovat hallitusohjelmassaan sopineet, että tästäkin tiukemmalla linjalla mennään jatkossa. Eli tehdään mahdottomaksi, että julkisomisteiset yhtiöt, joiden taksat ovat merkittävästi halvempia, voisivat näitä palveluita myöskin tarjota. Sen sijaan ratkaisuksi keksittiin, että kaksinkertaistetaan nämä tutkimushinnat. Onhan tämä aika erikoinen ratkaisu. Ja tämä tehtiin siis lausuntokierroksen jälkeen. Me valiokuntana jouduimme ihmettelemään tätä, ja valiokunta toteaaakin, että ”ulosmyyntirajojen mahdollista muuttamista tulee kokeilun kustannusvaikuttavuuden varmistamiseksi arvioida kokeilun edetessä hintakattojen nostamisen sijaan, jos yksityisomisteiset laboratoriot eivät tarjoa tukipalveluja [Puhemies koputtaa] suunnitelluilla enimmäishinnoilla”. Kova kanta valiokunnalta.

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Valtola.

21.12 **Oskari Valtola kok:** Arvoisa rouva puhemies! Hallituksen esitysluonnoksessa laboratoriotutkimukset olivat huomattavasti suppeammat kuin nyt tähän hallituksen esitykseen tuodut. Eli sen lisäksi, että siellä oli tehty hintoihin muutoksia, myös tätä verikoevalikoimaa oli laajennettu, jotta se paremmin palvelisi lääkärin vastaanottoja potilaan edun mukaisesti.

Näillä verikokeilla, mitkä ovat siis oikeastaan tämmöiset perustutkimukset — verenkuva, suola-arvot, munuaisarvot, tulehdusarvot, maksa-arvoja, sokeri, pitkä sokeri, sitten virtsanäyte, kolesterolit, kilpirauhasta säätelevä hormoni ja sitten virtsan albumiini-kreatiniinisuhde, mikä diabeteksen seurannassa on tärkeä tutkimus — käytännössä pystyy hyvin tutkimaan hypertonia-, diabetes- ja kilpirauhaspotilaat sekä akuutteja infektioita, eli oikeastaan aika laaja skaala.

Hinnat on vedetty varsin tiukalle. Saimme sen valiokuntakuulemisissa kuulla, että vaikka ne on nyt nostettu alkuperäisestä esityksestä kaksinkertaiseksi, niin parhaimmillaan ne ovat noin kymmenesosa siitä, jos ihminen menisi yksityiseen laboratorioon ja pyytäisi sieltä verikoetta. Eli käytännössä nämä hinnat on ajateltu kilpailutettavan todella alhaiselle tasolle. Se on totta, että ne ovat jonkin verran korkeampia kuin julkisten laboratorioden kyseisten tutkimusten hinnat, ehkä noin kaksinkertaiset siihen nähden. Eli esimerkiksi tulehdusarvon hinta on kokonaisuudessaan kuusi euroa ja sitten potilaalle maksaa kolme euroa, ja veren kuvan hinta on kokonaisuudessaan kuusi euroa, ja tämä maksaisi sitten potilaalle kolme euroa. Näkisin, että tässä nämä laboratorihinnat eivät tule olemaan este näiden palveluiden käytölle, toisin kuin ne yksityispuolella monesti muuten ovat. Eli sillä tavalla tämä on ihan järkevä kokonaisuus. — Kiitoksia.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Lindén.

21.15 **Aki Lindén sd:** Arvoisa puhemies! Vielä täältä paikaltani. Ihan ensimmäiseksi haluan sanoa, että pidän kollega Valtolan tavasta argumentoida asiallisesti: vaikka olemme eri mieltä näistä asioista, niin tämä on minusta fiksua keskustelua ja painotamme eri asioita siinä.

Itse tein sellaisen taulukon, mihin laitoin tästä luonnoksesta, joka maaliskuussa oli kiertämässä, ja sitten tästä lopullisesta esityksestä vertauksena nämä laboratoriotutkimukset vierekkäin. Ja todellakin siinä alkuperäisessä luonnosvaiheessa oli 12 laboratoriotutkimusta ja sitten sydänfilmi ja sitten oli keuhkokuva, ja sitten siihen lisättiin lausuntokierroksen jälkeen kuusi tutkimusta lisää: kolesterolit, HDL, LDL, triglyseridi, TSH ja albumiinin suhde kreatiniiniin — ei mennä liiaksi lääketieteeseen, mutta näitä siinä lisättiin — ja todellakin sitten esimerkiksi aiemmin kuuden euron hintaiseksi arvioitua nostettiin, vaikkapa pitkä hemoglobiini 12 euroon ja tällä tavalla. Ihan kaikki eivät kaksinkertaistuneet, osa puolitoistakertaistui näistä hinnoista. EKG:n hinta nousi 43 eurosta 47:ään ja keuhkokuva 92:sta 97 euroon. Nämä alkuperäiset siellä luonnoksessa olevat hinnat — niin ainakin luonnoksessa lukee — perustuivat julkisten laboratorioden hintaan, eli nyt nämä ovat korkeammat kuin ne, mutta todellakin niin, että suurimmat katteethan yksityissektorilla ovat olleet nimenomaan näissä tukipalveluissa, niin kuin näitä laboratoriotutkimuksia ja muita kutsutaan.

Tämä nyt ihan tässä vain kommenttina, ei muuta. — Kiitos.

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Kiuru.

21.17 **Krista Kiuru sd:** Arvoisa puhemies! Tässä kollegat kävivät hyvin seikkaperäisesti läpi tuota korvaustasoa ja siihen liittyviä haasteita, ja omassa puheenvuorossani totesin, että näiden korvaustasojen nostaminen sekä sitten myöskin se enimmäishinta ja varsinkin Kelan rooli tässä ovat varsin mielenkiintoisia. Tähän liittyy sitten myöskin asia, josta emme ole vielä illalla tässä salissa puhuneet, eli hoidon tarpeen arviointia ei tarvita tässä mallissa. Osa voisi huokaista helpotuksestakin, koska jotkut ajattelevat niin, että jos hoidon tarpeen arviointia ei ole, niin se vasta tehokas malli olisi. Tässä tapauksessa tähän yksityiseen Kela-korvauskokeiluun on otettu mukaan se, että ei ole lainkaan hoidon tarpeen arviointia. Tämän ajan lainsäädännössä on hoidon tarpeen arviointi tehtävä päivässä, kun otetaan julkiseen terveydenhuoltoon yhteyttä ja pyydetään mahdollisuutta päästä vastaanotolle. Tässä kokeilussa asiakas siis voisi hakeutua suoraan lääkärin vastaanotolle ilman hoidon tarpeen arviointia, minkä on ajateltu mahdollistavan nopeamman hoitopäätöksen tämän hallituksen esityksen mukaan. Sekin oli minusta mielenkiintoinen kannanotto. Onko se siis niin, että kun nykyään on hoidon tarpeen arviointi, niin sillä voidaan vielä hidastella? Tosin se kyllä on samana päivänä, eli katson, että ehkä edeltävään malliin se liittyy enemmänkin, kun aikaisemmin hoidon tarpeen arviointi oli tehtävä kolmessa päivässä. Jotakin hyvääkin olemme siis saaneet viime kaudella aikaan.

Mutta tässä mallissa ei ole lainkaan hoidon tarpeen arviointia, ja tässä onkin selvitetty sitä, mitä se oikeasti tarkoittaa. Valiokunta ensinnäkin on lainannut sitä omassa mietinnössään: ”Esityksen perustelujen mukaan hoidon tarpeen arvioinnin puuttuminen voi lisätä kustannusvaikuttavuutta, jos asiakkaan terveysongelma edellyttää lääkärin vastaanottoa” — siis hallituksen esityksen mukaan — ”mutta myös heikentää sitä, jos asia olisi ollut hoitettavissa hoitajan vastaanotolla. Ehdotettu kokeilu voi myös johtaa päällekkäisiin käynteihin yksityisessä terveydenhuollossa ja julkisessa terveydenhuollossa ja lisätä käyntimääriä ilman olennaista terveyshyötyä.” Se siitä kustannustehokkuudesta, josta jo äsken puhuin.

No, yksi mielenkiintoinen asia on sitten se, että tässä esityksessä hiukan flirttaillaan sillä ajatuksella, että tämä olisi hoidon jatkuvuutta. Nyt siis ministeri salissa — tai en ole ihan varma, sanoiko hän salissa, etten puhu muunneltua totuutta — tai on julkisesti todennut, että tämä hoidon jatkuvuus olisi mahdollista nimenomaan siksi, että kun ihminen pääsee kolme kertaa vuodessa, hän voi mennä aina sitten samalle yksityiselle lääkärille. Mutta se on mielenkiintoinen ajatus, koska nyt kun meillä oli tämä kuuleminen, ja itse laskin, että meillä olisi ollut 64... — Pahoittelen, joudun tulemaan sinne vielä. [Puhuja siirtyy puhujakorokkeelle]

Arvoisa puhemies! Tässä näkee, kuinka isosta asiasta on kysymys, nimittäin kaksi asiaa on vielä täysin tässä salissa puhumatta.

On tämä kuuma peruna: hoidon jatkuvuus. Siis niin kuin totesin, ministeri on todennut, että tässä olisi hoidon jatkuvuutta, koska loogistahan on, että ihminen voi itse valinnanvapautta käyttää ja mennä aina samalle lääkärille. Mutta onko se hoidon jatkuvuutta? Tätä me olemme joutuneet selvittämään myöskin valiokunnassa, ja tässä esityksessä ikään kuin annetaan ymmärtää, että valiokuntahan on saanut sosiaali- ja terveysministeriöltä selvityksen, jonka tarkoituksena on selvittää nyt valinnanvapauden toteutumista ja palveluiden saatavuutta sekä hoidon jatkuvuutta kokeilun aikana. Tässä on tarkoituksena myös saada tietoa hallituksen linjaamalle omalääkärikokeilulle. Tällä sanamuodolla flirttaillaan sillä,

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

että tässä olisi kysymys hoidon jatkuvuudesta tai tässä olisi kysymys siitä, että tämä olisi omalääkäri. Ajatelkaa, kuinka isoja asioita puhutaan, ja pieleen kyllä menee.

Me olemme valiokunnan kuulemisessa siis kuulleet... Jos oikein laskin, niin me ollaan valiokunnassa saatu 46 asiantuntijalausuntoa, ja yksi taho ilmoitti, että ei lausuttavaa. Siis 47 tahoja on mahdollistettu sanomaan sanansa, ja niistä neljä tätä esitystä kannatti. Kyllä minun täytyy sanoa, että miksi ihmeessä me käsittelemme tänään tätä esitystä ja viemme tämän täällä läpi. Siis eduskunnan enemmistö tulee runnomaan tämän esityksen läpi neljän asiantuntijalausannon turvin, ja sielläkin kyllä kritiikkiä paikoitellen oli.

Eli nyt neljä lausunnonantajaa on ottanut myöskin tähän asiaan kantaa. Entä nämä muut, kun me olemme kysyneet, onko hoidon jatkuvuutta tässä mallissa, onko tämä omalääkärimalli? En ole saanut sellaiseen minkäänlaista varmistusta, kun näitä kirjallisia lausuntoja katsotaan. Kyllä me joudumme myöntämään sosiaali- ja terveydenhuoltoon hyvin perehtyneinä kansanedustajina, että ei tämä omalääkärimallia ja sen kriteereitä täytyä eikä tässä ole kysymys hoidon jatkuvuudesta. Se haaste tulee siitä, kuinka paljon tämä harha-askel maksaa julkiselle terveydenhuollolle, joka takaa sitten näille ihmisille sen hoidon jatkuvuuden, kun hoito on aloitettu jossain muualla ja sitä jatketaan jossain muualla.

Arvoisa puhemies! Aivan lopuksi totean tästä kokeiluun liittyvästä tutkimuksesta: Se olikin mielenkiintoinen. Jouduimme oikein vaatimaan, että saisimme tietää edes, miten tätä soppaa tutkitaan. Kun tässä on kokeilusta kysymys, niin kyllä tätä jotenkin pitäisi tutkia. Valiokunta ansiokkaasti on nyt käynyt läpi sitä, mitä tutkitaan, ja kun te katsotte niitä teemoja, joita tutkitaan, niin kyllä se jo kertoo, että ne, jotka tämän kokeilun ovat kirjallisesti tuottaneet tähän liittyvään hallituksen esitykseen, ja hallitus itsekin hyväksyessään tämän tietävät, missä ne karikon paikat ovat.

Lopetankin tähän ja haluan teille siteerata jälleen kerran valiokunnan mietintöä, joka on sinänsä erinomainen: ”Valiokunta pitää välttämättömänä, että edellä mietinnössä todettujen tutkimustarpeiden lisäksi kokeilusta tehtävässä tutkimuksessa selvitetään lisäksi kokeilun vaikutuksia ikääntyneiden yleislääkäripalvelujen saatavuuteen ja vaikuttavuuteen, kokeiluun sisältyvien sairaanhoitokorvausten sosioekonomiseen ja alueelliseen kohdentumiseen, palvelujärjestelmän kokonaisuuteen ja mahdolliseen päällekkäiseen palvelujen käyttöön, potilassiirtymiin ja julkisen terveydenhuollon kustannuksiin ja kuormitukseen sekä sitä, miten kokeilusta saatavia tietoja voidaan hyödyntää omalääkärimallin kehittämisessä” — siihenhän ei saatu mitään selvyyttä myöskään. Tässä valiokunnan terveiset sille tutkimukselle. Saapi nähdä, mitä tästä tulee.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Lindén.

21.24 **Aki Lindén sd:** Arvoisa rouva puhemies! Vielä tähän loppuun halusin sanoa sen — vaikka en usko, että aiemmista puheenvuoroistani mitään epäselvyyttä jäikään — että tämä meidän kritiikkimme ei perustu siihen, ettemmekö olisi valmiit ja halukkaat tekemään yhteistyötä yksityisen terveydenhuollon kanssa. Me tekisimme sen toisella tavalla, esimerkiksi kilpailuttamalla palveluita, käyttämällä palveluseteliä tai vaikka sillä tavalla kuin Länsi-Uudenmaan alueella tällä hetkellä rakennetaan sitä omalääkärimallia ammatinharjoittajamallin pohjalta.

Haluan tässä vielä todeta, että tunsin tarvetta kertoa sen, että vuonna 2017 olen itse asiassa tehnyt sellaisen laskelman, jossa tällainenkin malli oli mukana. Se pohjautui siihen, että silloin tunsin tarvetta erikoissairaanhoidon johtotehtävissä olevana perustervey-

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

denhuollon voimakkaaseen vahvistamiseen, kun näin, millä tavalla perusterveydenhuollon puutteesta johtuen potilaita vyöryy liikaa sinne erikoissairaanhoidon. Lähestyin eri poliittisia puolueita, ja ajattelin, että ne kenties lämpenevät sitten sellaisille malleille, jotka ovat jollakin tavalla lähellä heidän omaa näkemystään siitä, miten terveydenhuoltoa pitäisi kehittää. Siinä oli kolme mallia. Yksi oli periaatteessa tämäntyyppinen malli. Se oli kallein. Se oli hinnaltaan 135 miljoonaa euroa vuodessa. Silloin laskettiin, että se käyntimaksu olisi kaksikymppiä ja se kattohinta olisi kahdeksankymppiä. Sitten toiseksi kallein oli kokonaan maksuttoman terveyskeskuspalvelun kehittäminen. Sen hinta oli siinä 90 miljoonaa. Ja sitten edullisin oli silloisella terveyskeskusmaksulla eli noin 20 euron asiakasmaksulla toteutettu malli. Eli siinä, millä tavalla siis Suomeen olisi lisätty kolme miljoonaa perusterveydenhuollon käyntiä, oli halvin tapa tehdä se terveyskeskusjärjestelmän kautta, jossa oli asiakasmaksu. Sen hinta olisi ollut 60 miljoonaa. Sitten kalliimpi vaihtoehto ilman asiakasmaksua olisi ollut 90, ja tällä mallilla se olisi ollut 135 miljoonaa.

Eli haluan tällä puheenvuorollani sanoa, että tässä nimenomaan kustannustehokkuus on meillä ollut yhtenä motiivina.

Toinen varapuhemies Tarja Filatov: Edustaja Kiuru.

21.27 **Krista Kiuru sd:** Arvoisa puhemies! Edustaja Lindén otti tässä vielä esiin yhden kulman, jota en kovastikaan ehtinyt omissa puheenvuoroissani korostaa. Tuli nyt mieleen SDP:n kansanedustajana, että ehkä haluan myöskin tukea tätä edellä kuultua puheenvuoroa siinä, mikä se todellinen SDP:n malli on. Meidän mallimme oli viime hallituskaudella aikaansaatu hoitotakuu, sen antama nopea pääsy sosiaali- ja terveydenhuoltoon. [Pia Silanpään välihuuto] Käytännössä se toteutettiin niin, että se olisi myöskin tullut seitsemänä päivänä voimaan, mutta hallitus uusimpana säästönä peruutti sen. Kuitenkin 14 vuorokauden hoitopääsykin olisi ajanut asiaa oikeaan suuntaan, mutta niin kuin tiedämme, loppuviimeksi se on nyt uusimpana säästönä peruttu.

Näin ollaan kolmen kuukauden hoitotakuussa, ja sellainen on kyllä ihan luokatonta. Ja kun näin on, niin mekin jouduimme miettimään, että jos ihmisten pitää päästä seitsemässä vuorokaudessa hoitoon, niin se vaatii myös sitä, että me tarvitsemme apua myöskin yksityisen sektorin tuottajista. Siinä hoitotakuumallissa on annettu mahdollisuus ostaa näitä palveluita ostopalveluna tai käyttää palveluseteliä. Silloin on haluttu varmistaa, että ihmiset pääsevät määrääjässä hoitoon — jos ei hyvinvointialueiden oman toimen kautta, niin ainakin yksityissektorin tuottajien toimin. Tämä on ollut hyvin koherentti tapa, suoraviivainen ja yksinkertainen tapa, tätä lähestyä.

Me myöskin aloitimme omalääkärimallin kehittämisen viime hallituskaudella vahvasti. Nyt sen toteuttaminen on täysin mahdotonta. Koska tässä nimenomaan on tehty niin suuret säästöt siihen, että ihminen ei pääse hoitoon asiallisessa ajassa, ei myöskään voi ajatella, että omalääkärimalli enää toimisi, kun ei edes hoitoon pääse. Tämän vuoksi ollaan todella kovalla takamatkalla. Eli kun puhutaan omalääkärimallin kehittämisestä, niin olisimme halunneet siihen myöskin jatkossa satsata. Mutta jotta se onnistuisi, niin ensin piti laittaa hoitopääsy kuntoon, ja se kun tehtiin, seuraava askel olisi omalääkärijärjestelmästä päättäminen. Mutta nyt ollaan tilanteessa, jossa se askel on todella kaukana tulevaisuudessa juhlapuheista huolimatta. Tiedämme, että hallitus on ottanut tällaisen tavoitteen, mutta tosiasiassa valiokunnan saamat asiantuntijalausunnat näistä asioista kertovat karua kieltä siitä, että omalääkärijärjestelmän käyttöönotto tämän hetken Suomessa tällä hoitotakuulla ei ole

Punkt i protokollet PR 64/2025 rd

realismia, varsinkaan kun kuultiin, kuinka hoitotakuu on heikentynyt juuri tulleiden tutkimusten mukaan.

Eli meidän mallimme on se, että tämä kaikki olisi tehty. Sitä kautta ihmiset olisivat päässeet nopeasti hoitoon. Hallitus kuitenkin halusi laittaa tähän lähes 293 miljoonaa euroa rahaa, ja tässä sitä ollaan.

Riksdagen avslutade den allmänna debatten och avbröt behandlingen av ärendet.