

Social- och hälsovårdsutskottet

Hälsovårdens funktion

Till revisionsutskottet

INLEDNING

Remiss

Hälsovårdens funktion (EÄ 41/2023 rd): Ärendet har remitterats till social- och hälsovårdsutskottet för utlåtande till revisionsutskottet.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- ledande forskare, teamledare Sonja Lumme, Institutet för hälsa och välfärd (THL)
- överläkare Tiina Hetemaa, Institutet för hälsa och välfärd (THL)
- specialsakkunnig Mari Kinnunen, social- och hälsovårdsministeriet
- medicinalråd Sari Raassina, social- och hälsovårdsministeriet
- ledande specialsakkunnig, enhetschef Laura Pitkänen, finansministeriets avdelning för styrning av välfärdsområdena
- professor Juha Auvinen, Uleåborgs universitet
- överinspektör Anne Lindfors-Niilola, Tillstånds- och tillsynsverket
- professor Kristiina Patja, Helsingfors universitet
- professor Mika Kortelainen, Åbo universitet
- direktör Eva Helaskoski, Arbetshälsoinstitutet
- sakkunnigläkare Kirsti Kähärä, Välfärdsområdesbolaget Hyvil Ab
- specialsakkunnig Kaarina Tamminiemi, SOSTE Finlands social och hälsa rf
- direktör Jukka Mattila, Finlands Läkarförbund
- sekreterare Susanna Laivoranta-Nyman, Valtakunnallinen kansanterveystyön johtajaverkosto
- organisationsanalytiker Hermann Hyytiälä.

Skriftligt yttrande har lämnats av

- Folkpensionsanstalten
- Statens ekonomiska forskningscentral
- Södra Österbottens välfärdsområde
- Helsingfors stad
- HUS-sammanslutningen
- Mellersta Finlands välfärdsområde
- Mellersta Nylands välfärdsområde

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

- Kymmenedalens välfärdsområde
- Lapplands välfärdsområde
- Västra Nylands välfärdsområde
- Birkalands välfärdsområde
- Österbottens välfärdsområde
- Norra Österbottens välfärdsområde
- Norra Savolax välfärdsområde
- Päijänne-Tavastlands välfärdsområde
- Satakunta välfärdsområde
- Egentliga Finlands välfärdsområde
- Studenternas hälsovårdsstiftelse
- Hyvinvointiala HALI ry
- Förbundet för den offentliga sektorn och välfärdsområdena JHL rf
- Finlands Företagsläkarförening rf
- Suomen Yleislääkärit - Allmänläkare i Finland - GPF ry
- Tehy rf.

UTSKOTTETS ÖVERVÄGANDEN

Revisionsutskottets begäran om utlåtande

Revisionsutskottet har låtit göra en undersökning om Finlands servicesystem för öppen sjukvård på basnivå (Perustason avosairaanhoidon rakenteet, resurssit ja rahoitus. Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2025, med sammandrag på svenska). Undersökningen har gjorts av Institutet för hälsa och välfärd. Den täcker de fyra parallella sektorerna inom den öppna sjukvården på basnivå: den hälso- och sjukvård som ordnas av välfärdsområdena, företagshälsovården, den privata hälso- och sjukvården och studerandehälsovården. I undersökningen granskas den öppna sjukvården på basnivå ur följande perspektiv: parallell användning av sektorerna, användning av tjänsterna i relation till servicebehovet, hur personalresurserna räcker till och hur arbetet är fördelat samt kostnader och finansiering i flerkanalssystemet. Ett forskarteam vid Institutet för hälsa och välfärd har gett ett antal rekommendationer om åtgärder medger mer jämlik tillgång till nödvändiga tjänster på befolkningsnivå samt vård och behandling på det mest lämpliga stället.

Revisionsutskottet ber om social- och hälsovårdsutskottets synpunkt på undersökningen och särskilt på dess slutsatser och rekommendationer. Utskottet ber också om synpunkt på vad som är de viktigaste utvecklingsbehoven i systemet. Syftet är att för den fortsatta behandlingen av ärendet få information om hur den öppna sjukvården på basnivå skulle kunna utvecklas och systemet göras effektivare.

En viktig slutsats i undersökningen är att det splittrade systemet leder till att olika sektorer används parallellt, vilket i sin tur försvårar samordningen av vården och kan försämra kvaliteten på vården för dem som är i stort behov av olika tjänster. På systemnivå försvårar eller till och med helt och hållet förhindrar splittringen en behovsbaserad och effektiv resursfördelning. Den huvudsakliga slutsatsen när det gäller finansieringssystemet är att flerkanalssystemet gör

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

systemet mindre överskådligt och svårare att förstå. Överlappande försäkrings- och kundavgifter samt flerdubbel administration gör systemet ineffektivt.

Enligt undersökningen är den offentliga sektorn särskilt viktig för vården av utsatta grupper, men bristande tillgång till offentlig primärvård försämrar jämlikheten i användningen av tjänster.

I fråga om företagshälsovården visar undersökningen framför allt att sjukvårdstjänsterna inom företagshälsovården inte verkar täcka den yrkesverksamma befolkningens behov fullt ut, eftersom avtalens omfattning varierar mellan arbetsgivare.

När det gäller personalresurser konstateras det i undersökningen att arbetsfördelningen varierar avsevärt mellan de olika sektorerna och att resurserna sannolikt inte fördelas optimalt i förhållande till behoven. Det är också vanligt att läkare arbetar inom flera sektorer samtidigt. Befolkningstillväxten förväntas leda till att personalresurserna fördelas ojämnt mellan regioner. Behovet av personal inom den öppna sjukvården beräknas öka med cirka 3 350 personer fram till 2040, varav två tredjedelar är vårdpersonal. Samtidigt kan personalbehovet rentav minska i vissa regioner där befolkningen minskar. Framför allt hotar en betydande brist på läkare.

Undersökningen innehåller flera rekommendationer på olika nivåer för att förbättra nuläget inom den öppna sjukvården på basnivå. Enligt rekommendationerna kräver utvecklingen av systemet åtminstone en förstärkning av den offentliga sektorn samt flera förändringar i arbetsfördelningen och styrningen inom alla sektorer. Utöver detta är en systemomfattande reform nödvändig om den öppna sjukvården på basnivå ska utvecklas till att bli jämlik, effektiv och verkningsfull.

Social- och hälsovårdsutskottets utlåtande

Utskottet anser att det är viktigt att det har gjorts en undersökning om Finlands servicesystem för öppen sjukvård på basnivå som beskriver och analyserar dess olika sektorer på ett övergripande sätt och skapar en helhetsbild av dem. Utskottet instämmer i huvudsak i de centrala slutsatserna i undersökningen, men lyfter i sitt utlåtande särskilt fram de uppgifter som de olika sektorerna har och hur dessa uppgifter finansieras. Utskottet bedömer inte de olika slutsatserna var för sig utan fokuserar i sitt utlåtande på att göra en sammanställning av dem för att kunna vidareutveckla primärvårdens öppna sjukvård.

Utskottet anser det motiverat att undersökningen har avgränsats till den öppna sjukvården på basnivå, eftersom det finns överlappningar i tillgången till primärvård mellan de olika sektorerna och dessa överlappningarna också återspeglas i andra delar av social- och hälsovårdssystemet och i finansieringen av hela servicesystemet och användningen av personalresurser. Utskottet konstaterar dock att undersökningen utelämnar förebyggande åtgärder och tjänster, såsom rådgivningsverksamheten, den specialiserade sjukvården och socialvården. Därför ger denna undersökning ingen information om hur servicehelheterna fungerar eller vad de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården blir i fråga om patienter och klienter som behöver flera tjänster. Sakkunniga har också påpekat att undersökningen i någon mån har avgränsats på ett problematiskt sätt, eftersom allmänläkare inom den offentliga primärvården har ett brett arbetsfält och också sköter sådana uppgifter som inom företagshälsovården och den privata

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

sektorn hör till specialläkare. Inom den offentliga hälso- och sjukvården utför allmänläkare även ofta multidisciplinärt arbete.

Utskottet noterar dessutom att de fyra sektorerna inom den öppna hälso- och sjukvården har olika roller, verksamheter och uppgifter, att det är en utmaning att jämföra sektorerna som likadana parallella system och att tjänsterna som de olika sektorerna erbjuder inte är jämförbara sinsemellan.

Sakkunniga har i linje med slutsatserna i undersökningen bedömt att såväl mottagningsverksamheten som förebyggande, diagnostik och behandling av sjukdomar inom vår öppna sjukvård fördelas på ett oändamålsenligt sätt mellan olika sektorer och att systemet därför är splittrat. På grund av hur servicestrukturen är fördelad mellan sektorerna finns det ojämlikhet i tillgången till vård beroende på vilken sektor människor har rätt att få vård på eller om de har ekonomisk möjlighet att anlita privat hälso- och sjukvård. Vårdkedjan och användningen av tjänster har således samband inte bara med patienters hälsotillstånd, utan också bland annat ålder, anställningsförhållande och inkomstnivå. Den privata hälso- och sjukvården och företagshälsovården betjänar friskare personer och dem som jobbar, och kan därför svara på efterfrågan på marknadsvillkor. Inom den offentliga sektorn är det i sin tur pensionärer som inte arbetar, barn och sjuka människor i alla åldersgrupper som utgör en stor del av användarkretsen. Den offentliga sektorns bärkraft är begränsad. Därför drabbar den strukturella obalansen och ojämlikheten i tillgången till tjänster i synnerhet låginkomsttagare och sjuka människor. Emellertid har också företagshälsovården en heterogen användarkrets med varierande servicebehov. Den privata hälso- och sjukvården anlitas i synnerhet för tjänster som är svåra att få tillgång till inom den offentliga sektorn, såsom gynekologiska tjänster och vid ögonsjukdomar. Dessutom varierar omfattningen av avtalen om företagshälsovård, vilket leder till ojämlikhet mellan dem som har rätt till företagshälsovård.

Utöver det splittrade servicenätet har sakkunniga i likhet med undersökningen fäst uppmärksamhet vid tillgången på tillräcklig personal. Enligt undersökningen råder det för närvarande brist i synnerhet på sjukskötare, men i och med pensioneringar ökar efterfrågan på alla yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården på längre sikt. Det är särskilt tillgången till läkare som enligt undersökningen håller på att bli en utmaning för den öppna sjukvården på basnivå. Utskottet instämmer i undersökningens rekommendation att satsa på arbetsfördelningen, kontrollen i arbetet och arbetsförhållandena för vårdpersonalen inom den offentliga primärvården.

I och med social- och hälsovårdsreformen bildades välfärdsområden, och de har jämnat ut de regionala skillnaderna i den offentliga hälso- och sjukvården bättre än den kommunbaserade modellen. Trots det har utfrågade sakkunniga fäst uppmärksamhet vid regional ojämlikhet i tillgången till tjänster och i hur personalresurserna fördelas inom den öppna sjukvården. Det har exempelvis varit särskilt svårt att rekrytera läkare i glesbygden i de östliga och nordliga välfärdsområden. Samtidigt finns det på vissa ställen ett överutbud av läkararbetskraft och utbildningsvolymerna ökar. Dessutom inverkar förändringarna i nätverket av hälsostationer i välfärdsområdena på tillgängligheten av tjänster på basnivå och vårdkontinuiteten i synnerhet i mer avlägsna områden.

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

Sakkunniga har framfört att problem med det utspridda systemet, tillgången till primärvård på basnivå och vårdkontinuiteten inte bara återspeglas i jämlikhetsfrågor utan också i hela hälso- och sjukvårdssystemet. Det utspridda systemet försvårar samordning av vårdhelheter och försämrar vårdkvaliteten, värdeeffekten och vårdkontinuiteten. Dessutom medför de parallella systemen viss ineffektivitet i synnerhet i fördelningen av de knappa resurserna för primärvården. Utan nationell samordning medför de också överlappande kostnader. Såsom det konstateras i undersökningen varierar också arbetsfördelningen mellan yrkesutbildade mellan sektorerna, och resurserna fördelas sannolikt inte optimalt i förhållande till behoven. Den svaga tillgången på basnivå bland annat belastar användningen av jourtjänster, försvårar hanteringen av kroniska sjukdomar och kan öka belastningen och kostnaderna inom den specialiserade sjukvården.

Utskottet fäster dessutom uppmärksamhet vid att alla inte uppsöker vård, vissa tjänster underutnyttjande och vissa servicebehov inte tillgodoses och vid att det råder obalans mellan servicebehov och användning av tjänster. Detta försvagar individens hälsa och ökar kostnaderna för samhället på lång sikt. Servicebehov som inte möts syns i servicesystemet som upprepad och utspridd användning av tjänster utan bestående förbättring i kundens situation, eftersom kundens verkliga hjälpbehov inte tillgodoses på behörigt sätt. I det nuvarande splittrade systemet framhävs behovet att förbättra vårdhänvisningen så att de som behöver vård ska uppsöka vård i rätt tid och på rätt ställe. Detta skulle till exempel minska belastningen på jourtjänsterna. Det är också nödvändigt att utveckla arbetsfördelningen, samarbetet och informationsutbytet mellan sektorerna. På så sätt säkerställer man en lyckad och effektiv vård och minskar oändamålsenliga överlappningar.

Utskottet betonar att det i fortsättningen är viktigt att reformera primärvården som en helhet så att patienter ska få vård snabbt och i rätt tid. Det är också viktigt att samtidigt minska överlappningar mellan sektorerna och ineffektivitet särskilt när det gäller offentligt finansierade verksamheter som fördelas offentliga resurser. Det bör säkerställas att primärvården inom den offentliga sektorn är tillgänglig, tillräcklig och effektiv för att befolkningen ska ha en faktisk möjlighet att på lika villkor få allsidiga tjänster. Eftersom den offentliga sektorn har huvudansvar för sjukvården på basnivå i synnerhet för utsatta grupper, kan ojämlikheten inte avhjälpas utan att den offentligt producerade öppna sjukvården på basnivå i överensstämmelse med rekommendationerna i rapporten stärks genom att förbättra tillgången till läkartjänster inom den offentliga sektorn. I samband med detta anser utskottet att det är viktigt att också de nuvarande resurserna riktas mer effektivt och ändamålsenligt samt att arbetsuppgifterna ses över och arbetsfördelningen utvecklas.

Utskottet konstaterar att rapporten knappt alls tar upp de fördelar som sakkunniga på basis av forskningsrön anser kunna uppnås med en verksamhetsmodell med husläkare där husläkarna kan vara tjänsteläkare eller yrkesutövare. Det råder ett ganska brett nationellt samförstånd om fördelarna med en husläkarmodell. När en bekant läkare ansvarar för vården och vårdkontinuiteten, blir det lättare att både få vård och i rätt tid rikta vården enligt servicebehoven. Detta gör verksamheten mer effektiv och verkningsfull. Diagnostiseringen av sjukdomar blir effektivare, och i och med att kontinuiteten och förtroendet i vårdrelationen blir starkare kan patientens olika sjukdomar behandlas som en helhet. Bättre vårdkontinuitet har ett samband med mindre användning av hälsovårdstjänster och mindre dödlighet.

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

Utskottet betonar att en nationellt genomförd husläkarmodell också gör det möjligt att slopa eller åtminstone betydligt lätta upp de enskilda bedömningarna av vårdbehovet inom den offentliga primärvården. Då går det snabbare att med låg tröskel komma till allmänläkaren för diagnostik och vård. Också jämlikheten mellan olika befolkningsgrupper och regioner förbättras om alla med hjälp av innehållsmässigt enhetliga tjänster garanteras tillgång till husläkare. Utskottet betonar dock att det inte räcker med att bara utse husläkare, utan man ska i beredningen av verksamhetsmodellen med husläkare samtidigt också säkerställa att patienter faktiskt får vård tillräckligt snabbt och i rätt tid. Detta gör man genom att garantera husläkare faktiska möjligheter att behandla de patienter som de har ansvar för.

En tydlig verksamhetsmodell med husläkare minskar också oklarheterna i fråga om vilka vårdkanaler man ska använda och behovet av särskild hänvisning till vård. Med tanke på tillgången till vård, vårdkontinuiteten och verksamhetens effektivitet anser utskottet att det är viktigt att en läkare som känner patienten i ett så tidigt skede som möjligt diagnostiserar patientens sjukdomar. Utskottet konstaterar dock att det också är nödvändigt att utveckla en modell med egenvårdare vid sidan av husläkarmodellen. Jämfört med vårdare som ofta byts ut har en vårdare som känner patienten bättre förutsättningar att i tid identifiera sådana förändringar i patientens tillstånd som kräver vårdåtgärder. En egenvårdare som arbetar i par med en husläkare har dessutom en viktig roll i samordningen av vård, kontakter och vårdkontinuitet. Utskottet anser att det är viktigt att även multidisciplinärt samarbete utvecklas. Då blir det möjligt att utöver enstaka symtom bättre svara mot de olika och ofta överlappande helheter av behov som patienter har och på det sättet förebygga fall där behoven inte möts.

Utskottet har redan tidigare förutsatt att kontinuiteten i vårdrelationen inom primärvårdens öppna sjukvård stärks genom att införa en modell med husläkare (ShUB 25/2024 rd). Utskottet välkomnar således att regeringen 2025 har inlett ett husläkarprogram som stödjer välfärdsområdena i att utveckla och införa vårdkontinuitetsmodeller. I fortsättningen bör man skyndsamt bedöma en hurdan normstyrning och ett hurdant utvecklingsstöd som behövs för att verksamhetsmodellen med husläkare ska kunna genomföras nationellt och för att patienter snabbare ska få tillgång till primärvård, understryker utskottet.

Utskottet anser att det för att primärvårdstjänsterna ska kunna stärkas är viktigt att finansieringsmodellen för välfärdsområdena utvecklas så att den svarar mot servicebehoven och är rättvis mellan välfärdsområdena. Det finns numera stor variation i hållbarheten i välfärdsområdenas ekonomi, vilket kan leda till särutveckling i välfärdsområdenas förutsättningar för att ordna tjänster. Trots att välfärdsområdenas ekonomi har förbättrats på riksnivå, finns det en risk för att antalet administrativt tunga processer för tilläggsfinansiering och förfaranden för bedömning ökar. Det är motiverat att på ett övergripande sätt utvärdera välfärdsområdenas finansiering, vilket också kommer att göras som en del av kommande parlamentariskt arbete.

Utskottet konstaterar att förebyggande åtgärder och tjänster har utelämnats från undersökningen. Satsningar på dem påverkar både kostnaderna och behovet av personalresurser. Trots att ett av de viktigaste syftena med social- och hälsovårdsreformen har varit att flytta tyngdpunkten från behandlande tjänster till förebyggande tjänster och från specialtjänster till basservice, styr det svåra ekonomiska läget ofta välfärdsområdena till snabba lösningar som inte alltid är optimala

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

med tanke på vården och servicesystemet som helhet. Utskottet anser därför att det är viktigt att man med kalkyler som baserar sig på forskning uppskattar den betydelse som stärkande av förebyggande åtgärder och tjänster samt ökade ekonomiska satsningar har för att kunna dämpa de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Utskottet fäster också uppmärksamhet vid behovet att bedöma hur finansieringsmodellen för välfärdsområdena kan utvecklas så att den bättre skapar incitament för att satsa på förebyggande åtgärder men samtidigt ser till att servicebehoven kan tillgodoses.

Enligt undersökningen gör flerkanalssystemet för finansieringen av den öppna sjukvården verksamheten mindre transparent och svårare att förstå. Finansieringen samlas in från flera källor och fördelas utifrån olika principer mellan flera olika sektorer. Överlappande försäkrings- och kundavgifter samt flerdubbel administration gör systemet ineffektivt. Utskottet instämmer i rapportens rekommendation att utgångspunkten bör vara att säkerställa en tillräcklig nivå på den offentliga finansieringen och att med beaktande av servicebehoven kanalisera finansieringen så jämlikt som möjligt till förmån för hela befolkningen. Enligt utskottet är rekommendationerna som ges i undersökningen om en tilläggsundersökning också viktiga. Tilläggsundersökningen bör behandla användningen av tjänster på olika sektorer, principerna för att få vård på olika sektorer och tjänsternas verkningfullhet i förhållande till vårdrekommendationerna hos personer som använder olika sektorer parallellt.

Det råder ett brett samförstånd mellan sakkunniga att det med tanke på social- och hälsovårdssystemet som helhet och en rättvis och kostnadseffektiv fördelning av tjänsterna inte är ändamålsenligt att stärka flerkanalfinansieringen för att skapa ett servicesystem som överlappar det offentliga servicesystemet och splittrar hälso- och sjukvården. Utskottet konstaterade vid behandlingen av regeringens propositioner med förslag till utveckling av sjukvårdsersättningar (bl.a. RP 195/2024 rd och RP 36/2025 rd) att utvecklingen av ersättningarna för privat hälso- och sjukvård inte får försämra välfärdsområdenas möjligheter att utveckla tjänsterna inom den offentliga hälso- och sjukvården och fördela resurser till dessa. Utskottet har betonat att utvecklingen av ersättningarna för privat hälso- och sjukvård ska bedömas i ett brett perspektiv och med tanke på hela social- och hälsovårdssystemet (ShUB 6/2025 rd och ShUB 10/2025 rd). Utskottet upprepar sin åsikt att stärkande av primärvården kräver en långsiktig och konsekvent syn och styrning som sträcker sig över regeringsperioderna (ShUB 10/2025 rd).

Sakkunniga har dessutom påpekat att rapporten på ett nytt sätt beskriver den betydande andel (71 %) som försäkringsbolag har i finansieringen av privata mottagningar (Tabell 6.3). Utskottet betonar att när finansieringen av systemet utvecklas är det nödvändigt att utreda och bedöma betydelsen som privata sjukförsäkringar och försäkringsbolag har i hänvisningen till tjänster.

Utskottet betonar att företagshälsovården har en specialuppgift att förebygga sjukdomar och olycksfall i anslutning till arbetet samt att främja hälsa och säkerhet i arbetet, arbetstagarnas hälsa, arbetsförmåga och funktionsförmåga samt verksamheten bland de anställda. Syftet med företagshälsovårdens sjukvård är inte att förse den yrkesverksamma befolkningen med allmän öppen sjukvård utan att snabbt identifiera sjukdomar och besvär som påverkar arbetsförmågan, påbörja behandlingen och ge arbetstagare stöd i att klara av arbetet. Utskottet instämmer dock i undersökningens rekommendationer om att utreda praxis om den inre verksamheten inom företagshälsovården och konsekvenserna av företagshälsovårdens verksamhet samt om att utreda

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

hur styrningen eller arbetsfördelningen mellan företagshälsovården och den övriga hälso- och sjukvården kan förnyas. Stärkande av den offentliga primärvården till exempel genom att utveckla modellen med husläkare lindrar dessutom behovet av sjukkostnadsförsäkringar från företagshälsovården och arbetsgivare, varvid företagshälsovården kan fokusera på sin kärnverksamhet.

Dessutom konstaterar utskottet att företagshälsovården finansieras med klientavgifter som arbetsgivare direkt betalar och med ersättningar som Folkpensionsanstalten betalar från arbetsinkomstförsäkringen. Arbetsinkomstförsäkringen finansieras av arbetsgivare (52 %) och arbetstagare (48 %). Utöver ersättningarna för företagshälsovården finansieras också sjuk-, rehabiliterings- och föräldradagpenningar samt familjeledighetsersättningar från arbetsinkomstförsäkringen. När man räknar ihop de kostnader som arbetsgivare direkt betalar och de ersättningar som betalas från arbetsinkomstförsäkringen, betalade arbetsgivare 89 procent och arbetstagare 11 procent av kostnaderna för företagshälsovårdens sjukvård år 2023, medan statens direkta betalningsandel (av utgifterna för företagshälsovården för företagare och lantbruksföretagare) endast var 0,4 procent. Staten bidrar dock också indirekt till företagshälsovårdens finansiering, eftersom tjänsterna inte är beskattningsbara vårdförmåner för arbetstagare och arbetsgivare kan dra av kostnaderna för företagshälsovården i beskattningen.

Utskottet fäster revisionsutskottets uppmärksamhet också vid att förebyggande åtgärder för individer, såsom hälsokontroller samt rådgivnings- och vägledningsbesök, har inkluderats i materialet om företagshälsovård. Förebyggande verksamhet som bedrivs i den övriga hälso- och sjukvården har däremot utelämnats från undersökningen. Sakkunniga har framfört att förebyggande kontakter utgör en betydande del av företagshälsovårdens kontakter, varför valet av material för undersökningen kan snedvrída jämförelsen av kostnaderna mellan sektorerna.

Utskottet konstaterar att också studerandehälsovården har en specialuppgift att främja studerandes hälsa, välbefinnande och studieförmåga samt att upprätthålla en hälsosam och trygg studiemiljö. En av de viktigaste rekommendationerna för studerandehälsovården är att utreda behovet av att utveckla jämlikheten av hälsovårdsavgiften för högskolestuderande för dem som använder offentliga tjänster. Utskottet har i sina tidigare ställningstaganden uttryckt oro över tillräckligheten av tillgången till studerandehälsovårdstjänster och förutsatt att statsrådet följer upp hur tillräcklig och ändamålsenlig Studenternas hälsovårdsstiftelses finansiering är och vid behov vidtar åtgärder för att ändra finansieringen, om finansieringsmodellen äventyrar tillgången till tillräckliga hälsovårdstjänster för högskolestuderande (ShUB 9/2023 rd).

Centrala slutsatser

Utskottet instämmer i den centrala slutsatsen i undersökningen att Finlands system för öppen sjukvård på basnivå bör reformeras som helhet så att resurserna kan riktas verkningsfullt, effektivt och rättvist. Förutsättningen för en kostnadseffektiv hälso- och sjukvård är en välfungerande primärvård som har tilldelats tillräckliga resurser. Samtidigt betonar utskottet att de fyra sektorerna inom den öppna sjukvården finansieras genom olika finansieringskanaler och har delvis olika syften och uppgifter. Utskottet betonar också vikten av att utveckla arbetsfördelningen, informationsgången och styrningen mellan sektorerna.

Utlåtande ShUU 2/2026 rd

För att trygga jämlikheten anser utskottet att det i fortsättningen är viktigt att stärka den offentliga primärvårdens öppna sjukvård. I anslutning till detta betonar utskottet att tillgången till primärvårdens tjänster bör ske snabbt och i rätt tid samt att det finns behov av ett verksamhetsmodell med husläkare som omfattar alla regioner och befolkningsgrupper.

Utskottet betonar också den betydelse som förebyggande tjänster och åtgärder har för att dämpa ökningen av kostnaderna för primärvårdens öppna sjukvård och de totala kostnaderna för hälso- och sjukvården. Utskottet betonar att det i fortsättningen är nödvändigt att vid planeringen av de offentliga finanserna utveckla och utnyttja beräkningsmodeller för att bedöma hurdana långsiktiga kostnadsfördelar det är möjligt att få genom att finansiera förebyggande tjänster och åtgärder.

UTSKOTTETS UTLÅTANDE

Social- och hälsovårdsutskottet föreslår

att revisionsutskottet beaktar det som sägs ovan.

Helsingfors 11.3.2026

I den avgörande behandlingen deltog

ordförande Krista Kiuru sd
vice ordförande Mia Laiho saml (delvis)
medlem Kim Berg sd
medlem Bella Forsgrén gröna
medlem Aki Lindén sd
medlem Hanna-Leena Mattila cent
medlem Ville Merinen sd
medlem Aino-Kaisa Pekonen vänst
medlem Minna Reijonen saf
medlem Anne Rintamäki saf
medlem Pia Sillanpää saf
medlem Oskari Valtola saml
medlem Henrik Wickström sv (delvis)
ersättare Kaisa Garedeu saf (delvis)
ersättare Henrik Vuornos saml.

Sekreterare var

utskottsråd Pirjo Kainulainen
utskottsråd Sanna Pekkarinen
utskottsråd Päivi Salo.