

Asia: VN/22558/2020

## **Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä**

### Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

#### **Kommenttinne koskien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten osiota (luku 3)**

Suomen Erikoislääkäriyhdistys kannattaa vaihtoehtoa A.

Kela-korvausjärjestelmä on toimiva, taloudellinen ja toistaiseksi välttämätön.

Yksityissektorin tarjoamat suorat avohoidon erikoislääkäripalvelut eivät ole korvattavissa julkisen perusterveydenhuollon (PTH) palveluin. Erikoissairanhoidon poliklinikoiden kapasiteetti ei riitä tämän potilasjoukon hoitoon. Myös yksityiset yleislääkärit osaltaan vähentävät PTH:n kuormaa.

Yksityissektori on tarkoituksenmukainen tarjotessaan julkissektoria tukevia ja täydentäviä palveluita, mutta ei johtaessaan väestön jakautumiseen. Vaihtoehto B ei estä rinnakkaisen, maksukykyyn ja vakuuttamiseen perustuvan terveydenhuollon kasvua. Tämä puoltaa Kela-korvausten jatkamista ja niiden tarkastelua vastaamaan tarpeisiin paremmin. Sairausvakuutuslain mukainen sairaanhoitomaksu tulosidonnaisena on tuloeroja tasaava.

Kela-korvausten poisto tuskin saisi lääkäreitä siirtymään yksityiseltä julkissektorille. Vaihtoehto B ei korjaa julkissektorin työkuormaa, joka on tavanomaisin syy siirtyä sieltä pois. Lisäksi yksityislääkäreistä 2/3 on sivutoimisia ja vastaanotto on vain pienimuotoista. He ovat jo valmiiksi julkissektorin palveluksessa.

Potilassiirtymän arvioinnissa on paljon epävarmuustekijöitä, eikä kovin suoria johtopäätöksiä voi vetää. Tutkimusten valossa Kela-korvauksella on potilaille merkitystä sen tasosta riippumatta. Potilaan etu on nopea suora palvelu.

Selvityksen (liite 4) esittämät erikoisalakohtaiset arviot potilassiirtymistä julkissektorille sisältävät myös hämmentäviä ja paikkansa pitämättömiä oletuksia esimerkiksi gynekologisista leikkauksista sekä lastentautien erikoislääkärien työn sisällöstä. Potilaat eivät ole siirrettävissä erikoislääkäreiltä hoitajavastaanoitoille tai optikolle ilman diagnostiikan ja hoidon huomattavaa viivästymistä.

Psykiatristen ja psykoterapiassa käyvien potilaiden tilanne on huolestuttava. Näitä hoidontarpeita ei voida täyttää julkisen sektorin resurssein. Yksityissektori paikkaa nyt laajasti kuntien resurssipulaa. Palvelusetelien käytön ongelmaksi voi muodostua puute kuntoutustarpeen arvioivista psykiatreista.

Myös esimerkiksi yhteiskunnalle suuria kuluja aiheuttavien tuki- ja liikuntaelämistön sairauksien sekä kipuongelmien hoidossa yksityissektorin panos on välttämätön (mm. fysiatriit, ortopedit).

Kokonaisuuden ja talouden kestävyys kannalta Kela-korvausten säilyttäminen on tarkoituksenmukaisinta. Toimivaa järjestelmää kannattaa hyödyntää kaikkien eduksi.

**Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?**

Vaihtoehto A on kannatettavin. Se avaa kehittämismahdollisuuksia.

Korvauksia kehittämällä ja kohdentamalla voitaisiin vastata paremmin palvelutarpeisiin etenkin suurista ongelmista kärsivillä erikoisaloilla (esimerkiksi psykiatria ja silmätaudit) ja parantaa pienituloisten asemaa terveystalouden saatavuudessa. Tämä vaihtoehto on ostopalveluja edullisempi ja palvelusetelijärjestelmää notkeampi, myös nopeaa arviointia vaativissa tilanteissa.

Selvityksessä viitataan mahdollisuuteen Kelan ja hyvinvointialueiden yhteistyöstä tarvittavien yksityis palvelujen käytössä ja kohdentamisessa. On erittäin tärkeää huolehtia, ettei samalla heikennetä muiden erikoisalojen palveluita.

Laboratoriokulujen osalta etenkin pienituloisia auttaisi vapaa mahdollisuus käydä julkisissa laboratorioissa yksityislääkärin läheteellä julkisin hinnoin. Tällöin Kela-korvaukset laboratoriotutkimuksista voitaisiin jättää pois.

Tilapäisellä lakimuutoksella SV-korvaukset on voitu maksaa yksityisestä sairaanhoidosta riippumatta siitä, missä hoito on annettu. Tieto on tavoittanut lääkärit huonosti, ja vastaanottotoiminta julkisissa yksiköissä on ollut vähäistä. Tämä vaihtoehto kannattaisi hyödyntää aktiivisesti. Virkalääkäreille

tarjoutuisi matalan kynnyksen mahdollisuus vapaaehtoiseen lisätyöhön ammatinharjoittajina ja tilat tulisivat tehokkaaseen käyttöön myös ilta-aikaan, kaikkien eduksi.

## Matkakorvaukset

### **Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)**

Ensihoidon ja ambulanssikuljetusten siirtäminen hyvinvointialueelle on tarkoituksenmukaista.

Muut matkakulut

Matkakorvaukset muodostavat selvästi vaihtoehdon palveluvalikoimalle. Niinpä hyvinvointialueille siirtyvä järjestämisvastuu yhdessä rahoitusosuuden kanssa todennäköisesti parhaiten auttaisi etäpalvelujen kehittämisessä.

Erittäin suuren SOTE uudistuksen edessä pidämme kuitenkin tarkoituksenmukaisimpana vaihtoehtoa SV, eli vakuutettujen rahoitusosuus säilytetään sairausvakuutuksessa ja valtion rahoitusosuus siirtyy hyvinvointialueen vastuulle.

Kelalla on valmiiksi hyvin toimiva järjestelmä, jonka jättäminen sivuun tai kokonaan uuden järjestelmän rakentaminen ei ole järkevää.

Tarvetta kokonaan uuden lainsäädännön ja tietojärjestelmien rakentamiseen ei ole. Kelan tekemä kehitystyö ja osaaminen on tarkoituksenmukaista hyödyntää.

### **Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?**

Pidämme tarkoituksenmukaisena vaihtoehtoa SV, eli vakuutettujen rahoitusosuus säilytetään sairausvakuutuksessa ja valtion rahoitusosuus siirtyy hyvinvointialueen vastuulle.

Kelalla on valmiiksi hyvin toimiva järjestelmä, jonka jättäminen sivuun tai kokonaan uuden järjestelmän rakentaminen ei ole järkevää.

Tarvetta kokonaan uuden lainsäädännön ja tietojärjestelmien rakentamiseen ei ole. Kelan tekemä kehitystyö ja osaaminen on tarkoituksenmukaista hyödyntää.

## Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

### **Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)**

Vaihtoehto 2a varmistaisi parhaiten riittävien ja tarkoituksenmukaisten palvelujen saatavuuden. Vakuutettujen rahoitusosuus sairausvakuutusrahaston kautta on syytä säilyttää.

Vaihtoehto mahdollistaa sujuvien kuntoutusketjujen kehittämisen hyvinvointialueille. Se myös tuottaisi hyvinvointialueelle riittävät kannusteet ennakoivaan ja matalan kynnyksen palveluiden parantamiseen.

Kuntoutukseen pääsyn esteitä (mm. suuri omavastuu, byrokratia, hoitoketjujen puute) olisi mahdollista vähentää.

Tässä vaihtoehdossa säilyy mahdollisuus hyödyntää yksityisiä palveluntarjoajia monipuolisesti. Hyvinvointialueen resurssit eivät yksin tule riittämään kansalaisten palveluihin, joita fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn parantaminen ja säilyttäminen edellyttävät.

Kelan vahva osaaminen palvelujen järjestäjänä sekä kehittämistyö tulee hyödyntää. Kelan osaaminen ja kokemus varmistavat palveluvalikon tarkoituksenmukaisuutta ja torjuvat sen mahdollista kapeutumista, mikä voisi kostautua raskaampien hoitojen tarpeena.

Kuntoutuspsykoterapian ja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen valtakunnallisesti yhtenäiset kriteerit edellyttävät, että Kelalle taataan riittävän vahva mandaatti.

Eryteisesti psykoterapioiden saatavuus on varmistettava.

Toivon mukaan vaihtoehto 2a sujuvoittaa myös yli 65-vuotiaiden mahdollisuutta päästä kuntoutukseen.

**Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?**

Vaihtoehto 2a on kannatettavin, rahoitusvastuun 'suppea siirto' hyvinvointialueelle.

## Lääkekorvaukset

**Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)**

Suomen Erikoislääkäriyhdistys kannattaa mallia A:

On tarkoituksenmukaisinta pysyä nykytilanteen kaltaisessa, riittävän hyvin toimivassa järjestelmässä. Järjestelmä on samanlainen kaikilla hyvinvointialueilla, eivätkä muut vaihtoehdot tuo tähän mitään ylivertaista hyötyä.

Vaihtoehdot B ja C sisältävät ongelmallisia elementtejä. Jouduttaisiin lääkekorvausjärjestelmän laajaan uudistustyöhön ja rakentamaan uusi rahoitusjärjestelmä koskien yksityisiä tahoja. Rationaalisen lääkehoidon toimeenpano-ohjelma antaa jo suuntaviivat ja lääkehoidon ohjaukseen on käytettävissä keinoja. Avainasemassa on myös lääkäreiden hyvä koulutus takaamaan tarkoituksenmukainen yksilöllinen harkinta.

Samalla on silti todettava, että karkea jako avohoito- ja sairaalalääkkeisiin ei poista osaoptimointi ongelmatilaa mm. uusien kalliiden syöpähoitojen yhteydessä.

**Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?**

Malli A

Muita kommentteja ja huomioita

**Onko teillä muita kommentteja tai huomiota monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?**

-

Koivuviita Niina  
Suomen Erikoislääkäriyhdistys ry