

Lausunto

31.08.2021

Asia: VN/22558/2020

## **Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä**

### Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvaukset ovat vuosien saatossa vähentyneet huomattavasti ollen nykyään enää 14 %:n luokkaa, kuten muistion luvussa 3 ja liitteissä 4-5 tuodaan esille. Huomioitaessa potilaan kokonaiskustannukset (toimisto- ja palvelumaksut) todellinen korvausosuus jää tuotakin pienemmäksi. Vaikka voidaan kyseenalaistaa tämän suuruisten korvausten ohjausvaikutus, on selvää, että korvausten poistaminen kokonaisuudessaan ohjaisi ainakin jossakin määrin potilaita hakeutu-maan julkisten palvelujen piiriin. Lääkäriliitto esittääkin huolensa siitä, onko hyvinvointialueilla kykyä ja kapasiteettia vastata mainittuun lisäkysyntään, erityisesti eräiden erikoisalojen, kuten psykiat-rian, silmätautien ja naistentautien osalta.

Muistiossa on kuvattu, että jo tehdyillä päätöksillä tutkimuksen ja hoidon korvauksia ollaan leikkaamassa lähes 40 % vuonna 2023. Jos em. suunnitelma toteutetaan, Lääkäriliiton mielestä leikkaukset tulisi ensisijaisesti kohdentaa lääkärin määräämien tutkimusten ja hoidon (fysioterapia, laborato-riotutkimukset ja radiologiset tutkimukset) korvauksiin. Samalla on mahdollistettava se, että yksityissektorin potilailla on mahdollisuus saada nämä tutkimukset ja hoidot julkiselta sektorilta korkeintaan palvelujen tuotantokustannuksia vastaavilla maksuilla.

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

Koska yksityisen sektorin terveystalvelujen sairausvakuutuskorvauksia ei missään tapauksessa voida poistaa ainakaan ilman huomattavan pitkää siirtymäaikaä niiden matalasta korvaustasosta riippumatta, Lääkäriliitto kannattaa esitetyistä vaihtoehdoista vaihtoehtoa A.

Jatkotyössä olisi kuitenkin selvitettävä mahdollisuutta kehittää korvausjärjestelmää siten, että se tukisi potilaiden valinnanvapautta ja vähintäänkin mahdollisuutta saada sellaisia erikoislääkäripalveluja, joita julkisella sektorilla ei ole tarjolla.

## Matkakorvaukset

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

Muistiossa on käsitelty toisaalta ensihoidon ja ambulanssikuljetusten, ja toisaalta muiden matkakorvausten nykytilaa ja rahoitusvaihtoehtoja tulevaisuudessa. Muistiossa esitetyn mukaan valtaosan (arviolta 2/3) ensihoidon kustannuksista maksavat sairaanhoitopiirit, KELA:n osuuden ollessa noin kolmasosa. Lääkäriliitto kannattaa muistiossa esitettyä näkemystä, että ensihoidon rahoitus- ja järjestämisvastuu tulisi kokonaisuudessaan olla hyvinvointialueilla, ja että kuljetuspalvelujen käyttäjien omavastuu tulisi toteuttaa asiakasmaksun muodossa, jolloin se myös voisi kerryttää terveydenhuollon maksukattoa.

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

Muistiossa on hyvin tuotu esille, että vaikka KELA:lla ei ole terveydenhuollon matkojen järjestämisvastuuta, on se käytännössä Manner-Suomen alueella lähes kaikkien maakuntien osalta järjestänyt terveydenhuollon taksikuljetukset sopimalla kilpailutusten perusteella maakunnallisen palveluntuottajan kanssa asiasta. Palveluntuottajat vastaavat matkojen tilauksista, välityksestä, matkojen yhdistelystä, sekä maksatustietojen toimittamisesta KELA:lle ja autoilijoille.

On joka tapauksessa tärkeää, että hyvinvointialueille siirtyy terveydenhuollon matkojen rahoitusvastuuta. Näin hyvinvointialueille muodostuu taloudellinen insentiivi miettiä palvelutuotannon sijoittelua kokonaistaloudellisesti – ovathan palvelujen käyttäjien matkakustannukset palvelutuotannon sijoittelun vaihtoehtoiskustannus.

Lääkäriliitto kannattaa esitetyistä vaihtoehtoista vaihtoehtoa SV. Muissa vaihtoehtoissa KELA:n rakentaman toiminnan sijaan vastaava palvelutoiminta tulisi joko kunkin hyvinvointialueen tai perustettavan erillisen valtakunnallisen matkakeskuksen järjestää. Tämä tarkoittaisi KELA:n jo rakentaman järjestelmän lakkauttamista ja siihen laitettujen resurssien hukkaamista. Lisäksi kaikissa muissa esitetyissä vaihtoehtoissa tulisi erikseen ratkaistavaksi muiden kuin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevien palvelujen matkakustannusten korvaaminen.

Jatkotyössä tulisi selvittää, kuten muistiossa on todettu, tarvetta kannattamassamme vaihtoehdossa SV säätää KELA:n järjestämisvelvollisuudesta sen korvaamien terveydenhuollon taksimatkojen osalta. Riippumatta lopullisesta vaihtoehdosta on huolehdittava siitä, että matkojen korvausperusteet säilyvät kansallisesti yhtenäisinä.

# Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

## Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Lääkinällistä kuntoutusta järjestävät Suomessa julkiset terveydenhuollon toimijat, sairaanhoitopiirit ja terveyskeskukset. KELA:n järjestämis- ja rahoitusvastuulla on lainsäädännön kriteerit täyttävän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen, sekä kuntoutuspsykoterapian korvaaminen.

Vaativan ja hoidollisen lääkinällisen kuntoutuksen rajanveto ei ole selkeää. Ei siltä osin, onko kuntoutus vielä hoidollista, eikä myöskään siltä osin, onko se enää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta. Em. rajanvetovaikkeudet johtavat osaltaan osaoptimoinnin pyrkimykseen, koska julkisilla palveluntuottajilla on insentiivi ohjata kuntoutusta KELA:n korvattavaksi.

Vastaavasti kuntoutuspsykoterapiaa on ainakin osin vaikea mieltää kuntoutustoiminnaksi, pikemminkin monilta osin hoidolliseksi. Se korvaa julkisen sektorin puuttuvaa psykiatrista hoitoa, jonka puutetta KELA siis korvaa, yksityiset palveluntuottajat tuottavat, ja josta asiakasmaksut ovat suhteellisen korkeat. Korkeat asiakasmaksut tarkoittavat myös, että vähävaraisimmalla väestöosalla on jopa mahdotonta saada näitä palveluja. Lisäksi KELA:n kuntoutuspsykoterapiatoiminta ohjaa perusteettomastikin psykoterapiapalvelujen tuottamista vuosikausia (2-3 vuotta) kestäviin raskaisiin terapioihin kevyempien, lyhyempien ja laajemmin saavutettavissa olevien lyhytterapiapalvelujen sijaan.

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

Ehdotetuista vaihtoehtoista Lääkäriliitto kannattaa vaihtoehtoa 2, ja siinä suppeampaa vaihtoehtoa (2a), jossa vain valtion rahoitusosuus siirtyy hyvinvointialueille. Koska ko. vaihtoehdossa kuntoutuksen järjestämisvastuu jäisi edelleenkin usealle taholle (hyvinvointialueet ja KELA), edellyttää se hyvinvointialueiden ja KELA:n välistä tiivistä vuoropuhelua esimerkiksi perustettavan neuvottelukunnan tai vastaavan kautta. Toisaalta vaihtoehto luo kannusteita hyvinvointialueille kevyempien ja kustannustehokkaampien palvelujen luomiselle, ja turvaa myös kansallisesti yhtenäisen käytännön.

Jos vaihtoehdon 3 myötä sekä järjestämis- että rahoitusvastuu siirtyisi kokonaan hyvinvointialueille, saattaisi se johtaa ainakin tilapäisesti siihen, että palvelujen tarvitsijat jäisivät vaille tarvittavia palveluja, sekä saattaisi kaventaa palvelutarjontaa pidemmälläkin aikavälillä. Lisäksi ratkaisu sisältäisi riskin kuntoutuspalvelujen tarjonnan huomattavistakin vaihteluista eri hyvinvointialueiden välillä.

## Lääkekorvaukset

## Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Lääkekustannusten korvaukset ovat ehdottomasti suurin sairaanhoitovakuutusetuus, käytettiinpä sitten mittarina korvaustapahtumien tai korvausta saavien henkilöiden lukumäärää tai korvausten rahallista arvoa. On siis kysymys mittavasta ratkaisusta.

Vastaavasti kuin matkakustannuksiin ja kuntoutuksen kustannuksiin myös avohoidon lääkekustannuksiin liittyy nykyisessä mallissa julkisen terveydenhuollon toiminnassa osaoptimointiin kannustavia insentiivejä, joista tulisi päästä eroon. Toisaalta avohoidon lääkityksen järjestämisvastuu on vain osin julkisilla toimijoilla, koska avohoidossa käytettäviä ja nykyisessä järjestelmässä korvattavia lääkkeitä määrätään myös yksityissektorilla, noin viidennes kaikista avohoidon lääkkeistä kustannuksilla arvioiden.

Järjestämisvastuu on siis nykyin hajautunut, ja vain korvausvastuu ja siihen liittyvä käytännön toiminta on keskitetty KELA:lle. Em. huolimatta voidaan todeta, että sairaalalääkkeiden ja avohoidon lääkkeiden osalta tarvittaisiin tiukempaa integraatiota kustannusten ja päätöksenteon osalta. Työryhmän toimeksiannon mukainen 2-vaihtoehto (lääkekorvausjärjestelmän lakkauttaminen ja järjestämis- ja kustannusvastuun siirto hyvinvointialueille) olisi kuitenkin hyvin radikaali, ratkaisuja vaativia kysymyksiä herättävä ja runsaasti hallinnollisia resursseja vaativa muutos.

Muistiossa (luku 6.3., sivu 70) on hyvin koottuna asiat, jotka valittavasta ratkaisusta huolimatta on jatkossakin säädeltävä ja toteutettava yhdenmukaisesti kansallisella tasolla.

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

Muistiossa esitetyistä työryhmän valmistelemista vaihtoehtoista Lääkäriliitto kannattaa vaihtoehtoa A. Tässä mallissa, vastaavasti kuin kannattamassamme matkakustannusten mallissa, myös yksityisessä terveydenhuollossa määrätyt lääkkeet kuuluisivat automaattisesti korvausjärjestelmän piiriin ilman erillisiä näitä koskevia lainsäädännöllisiä ratkaisuja.

Em. toki toteutuisi myös mallissa C. Kuitenkin sekä malli B että C edellyttäisivät uuden kansallisen korvausjärjestelmän luomista. Lisäksi ne edellyttäisivät sen ratkaisemista, miten lääkkeiden käyttäjien oikeudet lääkekorvauspäätösten kyseenalaistamiseen (oikeus lääkekorvaukseen on nykyisessä mallissa muutoksenhakukelpoinen hallintopäätös) toteutetaan.

### **Muita kommentteja ja huomioita**

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

Sairaanhoitovakuutus kattaa lukuisia toisistaan merkittävästi poikkeavia toimintoja, jotka hallitusohjelman mukaisessa monikanavarahoituksen purkamishankkeessa on mielestämme perusteettomasti yhdistetty: niiden ainut yhteinen nimittäjä on korvausten maksaminen KELA:n hallinnoimasta sairaanhoitovakuutuksesta.

Lähinnä avohoidon lääkekorvaukset ja avohoitopotilaiden matkakorvaukset ovat samankaltaisia kokonaisuuksia, ja poikkeavat merkittävästi kuntoutuksen järjestämiseen ja korvaamiseen liittyvistä ratkaisuista, puhumattakaan yksityisen terveydenhuollon tutkimuksen ja hoidon korvaamisesta. Vastaavasti sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta korvattavilla ansionmenetykskorvauksilla (sairauspäivärahat) ja työterveyshuollon korvauksilla on vahvoja liittymäkohtia terveydenhuollon kokonaisuuteen, kustannuksiin ja rahoitukseen.

Lääkäriliitto kannattaa muutoksia, joilla pyritään yksinkertaistamaan ja selkeyttämään terveydenhuollon rahoitusta, tavoitteena osaoptimointimahdollisuuksien ja sen kannusteiden vähentäminen tai jopa purkaminen. Rajallisten voimavarojen tarkoituksenmukainen ja kustannusvaikuttava käyttö on välttämätöntä, ja rahoitusjärjestelmän tulisi ohjata ja kannustaa tähän. Olisikin ollut lähtökohtaisesti tarkoituksenmukaisempaa selvittää sairausvakuutuksen roolia osana terveydenhuollon järjestämisen ja rahoittamisen kokonaisuutta selvästi kunnianhimoisemmin, ottaen selvitykseen mukaan myös työtulovakuutuksen mainitut asiat.

On toki itsestään selvää, että tehtäessä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon valtavaa rakenneuudistusta, on tässä vaiheessa – mikäli hankkeessa päädytään selvitettyjen KELA:n korvaamien etuisuuksien muuttamiseen nykyisestä – realistista tyytyä vähemmän kunnianhimoiseen osittaisuudistukseen, jossa KELA:n rooli korvauspäätösten teossa ja maksatuksessa ainakin pääasiallisesti säilytetään. On välttämätöntä huolehtia toiminnan sujuvuuden varmistamisesta vakuutettujen aseman ja oikeuksien turvaamiseksi. Niinpä Lääkäriliitto kannattaakin esitetyissä vaihtoehtoissa malleja, joissa KELA:n rooli korvausten hallinnoijana, päätöksentekijänä ja maksatuksen hoitajana säilytetään, mutta rahoitusvastuuta ohjataan julkisten sote-palvelujen järjestämisvastuussa oleville hyvinvointialueille siirtämällä sairaanhoitovakuutuksen valtion rahoitus näiden budjettiin.

Haluamme kuitenkin esittää huolestamme hyvinvointialueiden rahoituksen turvaamisesta uudistuksessa korvamerkittyjen korvausten siirtyessä alueiden yleiskatteiseen tarveharkintaiseen rahoitukseen. Mahdollisesti tehtävän uudistuksen toteutumista onkin huolella seurattava. Tärkeää seurannassa ovat ainakin palvelujenkäyttäjien asema, palvelujen saatavuus, ratkaisujen yhdenmukaisuus kansallisella tasolla, sekä osaoptimointiratkaisujen mahdollinen väheneminen.

Huolellisella seurannalla voidaan samalla valmistautua terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän edelleen kehittämiseen tavoitteena integroidumpi rahoituskokonaisuus, joka turvaa palvelujen tarvitsijoiden aseman ja oikeudet kansallisesti yhdenvertaisesti.

Pärnänen Heikki  
Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund