

Asia: VN/7220/2021

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta

Lausunnonantajan lausunto

Voitte kirjoittaa lausuntonne alla olevaan tekstikenttään

Lausunto: Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta

Sosiaali- ja terveysministeriö pyytää Kuntaliitolta lausuntoa rajat ylittävästä terveydenhuollosta annettuun lakiin esitettävistä muutoksista.

Hallituksen esityksessä ehdotetaan muutettavaksi toisessa EU- tai ETA-valtiossa, Sveitsissä tai Iso-Britannian ja Pohjois-Irlannin yhdistyneessä kuningaskunnassa annetun terveydenhuollon palvelun kustannusten korvausmallia niin, että rajat ylittävissä tilanteissa kustannukset korvattaisiin enintään Suomessa julkisessa terveydenhuollossa vastaavasta hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin saakka.

Korvattavuuden edellytyksenä olisi, että palvelu katsotaan henkilölle lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti tarpeelliseksi ja se kuuluu suomalaiseen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Henkilön matkustaessa mainittuihin valtioihin saadakseen siellä terveydenhuollon palveluita edellytetään lisäksi, että henkilölle on annettu lähete, jos sitä vaadittaisiin vastaavaa hoitoa varten Suomessa.

Kuntaliitto kiittää mahdollisuudesta lausua esityksestä. Pidämme kuitenkin lausuntomenettelyä poikkeuksellisenä ja haastavana, koska lausuntoaikaa ole pidennetty kesälomakauden huomioimiseksi.

Taloudelliset vaikutukset

Esitys ei sisällä arviota korvausmallin hyvinvointialueisiin kohdistuvista taloudellisista vaikutuksista. Korvaukset toisessa EU/ETA-maassa annetun hoidon kustannuksista maksetaan Kelan kautta valtion määrärahoista, joten esityksen taloudelliset vaikutukset hyvinvointialueisiin ovat epäsuoria. Näitä vaikutuksia tulee kuitenkin tarkastella, koska korvausmallin muutokset voivat aiheuttaa muutoksia potilasvirtoihin yhdessä sairausvakuutuslain sairaanhoitokorvausten valmisteilla olevien muutosten kanssa.

Esityksen johdosta korvaustason ero Suomessa käytettävien yksityisten terveystalvelujen ja potilasdirektiivin mukaisen hoitoon hakeutumisen välillä nousisi huomattavan suureksi. Korvausmalli kannustaisi ulkomaisia toimijoita markkinoimaan palvelujaan suomalaisille asiakkaille ja kotimaisia toimijoita perustamaan vastaanottoja naapurimaihin suomalaispotilaille.

Terveystalveluissa tarjonnan lisäykset luovat palvelujen kysyntää, eli kysyntä yleensä nousee vastaamaan käytettävissä olevia palveluja. Uusi korvausmalli sekä uusien hoitomuotojen saataville tulo aiheuttaisivat tulevaisuudessa yhtäaikaista kysynnän lisäystä. Siten esityksen seurauksena voidaan olettaa, että entistä useampi hakeutuisi hoitoon ulkomaille.

Lisääntynyt rajat ylittävä hoitoon hakeutuminen kasvattaa ulkomailla saatujen toimenpiteiden jälkihoidon, pitkäaikaisen kuntoutuksen ja komplikaatioiden hoidon sekä lääkityksen tarvetta. Hoitoon liittyvät negatiiviset ulkoisvaikutukset lisääntyvät volyymin kasvaessa. Tämä korostuu tilanteessa, jossa hoitoon pääsyä ei enää arvioi potilaan hoidon kokonaisuudesta muutoin vastaava järjestäjätaho. Hyvinvointialueet joutuisivat järjestämään näitä palveluja ilman mahdollisuutta ennakoida toimenpiteistä aiheutuvia hoitajaksoja, hallita niiden jaksottumista tai sovittaa niitä hyvinvointialueen muuhun toimintaan.

Esitys aiheuttaa epävarmuutta hyvinvointialueen toiminnan suunnittelussa ja resurssien kohdentamisessa. Lisäksi uusi korvausmalli kasvattaisi hyvinvointialueiden kuluja epäsuorasti. Katsomme, että esityksen taloudelliset vaikutukset tulee arvioida myös hyvinvointialueiden osalta.

Korvausmallin muutokset

Toisessa EU-maassa saadun hoidon kustannusten korvaamiseen sovelletaan rajat ylittävästä terveystalvelusta annetun lain lisäksi EU:n sosiaaliturvan yhteensovittamisesta annettua perusasetusta 833/2004 ja täytäntöönpanoasetusta 987/2009. Esitetyillä lakimuutoksilla muutetaan kustannusten korvaustasoa potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen EU-maahan.

EU-sääntelyn ja kansallisen lainsäädännön toisiaan täydentävän luonteen vuoksi hallituksen esityksessä tulee kiinnittää huomiota kokonaisuuden hahmottamiseen. Siksi esityksen yleisperusteluihin tulisi sisällyttää eritellyt kuvaukset menettelystä ja korvaustasosta hoitoon hakeutumisen eri tilanteissa.

EU-säännökset sallivat ennakkoluvan antamisen potilaan hakeutuessa hoitoon toiseen EU-maahan myös niissä tilanteissa, joissa hoito korvataan potilasdirektiivin mukaisesti eikä EU asetuksen 833/2004 perusteella. Esitetyn 9 §:n 2. momentin perusteluissa tulisi selventää, että potilaan mahdollisuus saada jälkikäteistä korvausta valtion varoista ulkomailla aiheutuneista hoidon kustannuksista koskee myös tilanteita, joissa hyvinvointialue ei ole puoltanut haettua ennakkolupaa.

Potilaan näkökulmasta olisi tärkeää voida saada ennakkoon tieto korvattavuuden laajuudesta myös silloin, kun hyvinvointialue vastustaa ennakkoluvan myöntämistä lausunnossaan. Syynä voi esimerkiksi olla, että hyvinvointialueella hoito voidaan järjestää hoitotakuun puitteissa vasta kohtuullisen odotusajan jälkeen tai sairauden hoitoon olisi tarjolla eri menetelmä tai erilaiset puitteet kuin ulkomailla. Esimerkiksi syöpähoitojen osalta saatettaisiin katsoa, että potilaan ulkomailla saamaa hoitoa tarjottaisiin suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoiman puitteissa tietynlaisella hoitovasteella vain tietyn aikaa. Jälkikäteisen korvaushakemuksen yhteydessä voi siten ilmetä, että potilas saa korvausta ulkomailla saadun hoidon kustannuksista vain osasta hoitojaksoa.

Korvaukset ovat ulkomailla korkeammat kuin Suomessa yksityisiä terveydenhuoltopalveluja saataessa, vaikka hoitoon hakeutuminen tapahtuu monilta osin samalla tavalla. Esitys voi johtaa siihen, että yksityiset palveluntarjoajat perustavat vastaanottoja esimerkiksi Tallinnaan ja tarjoavat erikoislääkäripalveluja hyvinvointialueisiin verrattuna löyhemmillä lähetekäytännöillä. Menettely voi johtaa kaksoismarkkinoihin, joiden kustannukset jäävät valtion maksettaviksi.

Useissa maissa yksityisen terveydenhuollon ansaintalogiikan takia palveluntarjoajalla voi olla intressi kannustaa potilasta tarpeettomiin, riskeiltään ongelmallisiin tai vaikuttavuudeltaan vähäisiin toimenpiteisiin. Löyhät lähetekäytännöt voivat johtaa tilanteeseen, jossa hoitoon pääsy ei toteutuisi yhdenvertaisesti eikä resurssien kohdentamisen näkökulmasta vaikuttavalla tavalla. Siten 9 §:n 2. momentin lisäedellytys potilaan saamasta läheteestä ei ole riittävä, jos Kelan käytäntö ei vastaa hyvinvointialueiden palveluvalikoimaa koskevia linjauksia.

Palveluvalikoimaa koskeva päätöksenteko

Esitys sisältää aiempaa itsenäisemmän roolin Kelalle ulkomailla saadun hoidon korvattavuutta sekä terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun palveluvalikoimaan kuulumista arvioitaessa. Menettelyjen sujuvoittaminen ja hyvinvointialueiden hallinnollisen työmäärän keventäminen ovat kannatettavia tavoitteita, mutta pidämme Kelan itsenäisempää roolia palveluvalikoiman soveltamisessa ongelmallisena.

Terveydenhuoltolain 7 a §:llä on pyritty määrittelemään julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa. Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto Palko antaa suosituksia menetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai sen ulkopuolelle. Annetut suositukset kattavat vain pienen siivun terveydenhuollon menetelmistä. Lisäksi julkisen terveydenhuollon järjestäjätahot soveltavat palveluvalikoimaa eri tavoin päivittäin.

Terveydenhuollon palveluvalikoiman sisältö sekä sen soveltaminen yksittäisen potilaan hoitoon, esimerkiksi käytänteiden ja hoitoidikaatioiden yhtenäistämisen kautta, ovat tärkeä osa järjestämistehtävän toteuttamista ja resurssien kohdentamista vaikuttavasti. Tämä tehtävä kuuluu ensisijaisesti terveydenhuollon järjestäjätahoille, eli jatkossa hyvinvointialueille.

Emme kannata palveluvalikoimaa koskevan päätöksenteon hajauttamista entistä laajemmalle joukolle toimijoita. Organisaatiotasolla palveluvalikoiman soveltaminen on osa palvelustrategian toteuttamista ja yhdenvertaisten palvelujen järjestämistä. Yksittäisiä menetelmiä koskevat ratkaisut kuuluvat osaksi laajempaa hoitopolkujen ja toimintamallien kehittämistä. Näitä puolestaan resursoidaan ja ohjataan esimerkiksi väestön tarpeiden ennustamisen sekä tiedolla johtamisen avulla.

Esitysluonnoksessa ehdotetussa mallissa Kela voisi arvioida palveluvalikoimaan kuulumisen osana korvauspäätöstä esimerkiksi sen perusteella, että menetelmä löytyy hyvinvointialueen tuotteistuksesta, ilman tietoa hyvinvointialueen soveltamista hoitoidikaatioista kyseiselle menetelmälle. Menettelyn seurauksena Kelan käytäntö voi eriytyä hyvinvointialueiden käytänteistä. Kela voi yhtä hyvin päätyä hyvinvointialueisiin verrattuna löyhempään tai tiukempaan linjaan, jolloin potilaiden välinen yhdenvertaisuus heikkenee ja resurssien kohdentaminen kustannusvaikuttaviin menetelmiin ja hoitopolkuihin kärsii.

Potilaskohtaisesti taas yksilön hoidontarvetta vastaava vaikuttava hoito valitaan saatavilla olevan näytön ja hoitosuosituksen perusteella yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaskohtaiset palveluvalikoiman soveltamista koskevat linjaukset eivät sovi menettelyyn, joka ensisijaisesti rinnastuu Kelan organisaatiossa etuuskäsittelyyn.

Potilaskohtaisiin ratkaisuihin voi myös kuulua terveydenhuoltolain 7 a §:n 3. momentin soveltaminen, kun kyseessä on potilaan henkeä tai terveyttä vakavasti uhkaava sairaus tai vamma. Palveluvalikoiman määrittelyn ja sitä koskevan ohjauksen kannalta on tärkeää hahmottaa, etteivät 3. momentin poikkeuksen nojalla tarjotut menetelmät kuulu suomalaisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Siten potilaalla ei ole oikeutta saada korvausta näiden hoitojen kustannuksista ulkomailla edes lääkärin läheteellä, vaan kustannusten kattaminen edellyttäisi aina hyvinvointialueen puoltamaa ennakkolupaa. Kelan päätöksenteossa olisi pidettävä kirkkaana erittely palveluvalikoimaan kuuluvien menetelmien ja siitä poiketen 7 a §:n 3. momentin nojalla annettujen hoitojen välillä. Ero ei kuitenkaan edes hyvinvointialueilla aina ole yksiselitteinen.

Palveluvalikoiman kehittäminen ja soveltaminen ovat tiiviissä yhteydessä sosiaali- ja terveydenhuollon priorisoinnin kokonaisuuteen. Palveluvalikoimaan liittyvän päätöksenteon pirstaloituminen eri tilanteissa eri toimijoille vaikeuttaa palvelujen yhdenvertaisen järjestämisen toteuttamista sekä priorisoinnin kehittämistä kansallisesti. Ennen kaikkea tulee välttää tulevaisuuden skenaario, joissa laajasti oikeutettu, osallistava ja läpinäkyvä priorisoinnin kehittäminen vesittyisi, koska kustannusten kasvu jatkuu rajat ylittävää hoitoa koskevien rinnakkaisten käytäntöjen takia.

Katsomme, että 12 §:n ehdotus Kelan mahdollisuudesta selvittää palveluvalikoimaan kuulumista ”tarvittaessa” johtaa rinnakkaisiin, toisistaan poikkeaviin soveltamiskäytäntöihin. Tulkinnanvaraisissa tilanteissa Kelalla tulisi aina olla velvollisuus selvittää hyvinvointialueelta, kuuluuko potilaan ulkomailla saama hoito palveluvalikoimaan. Näin vältettäisiin potilaiden hoitoon pääsyn eriytyminen sekä tilanne, jossa palveluvalikoiman seuranta, ohjaaminen ja kehittäminen vaikeutuisivat entisestään.

SUOMEN KUNTALIITTO

Sari Raassina

Sosiaali- ja terveystieteiden johtaja

Kaisa-Maria Kimmel

Lakimies

Kimmel Kaisa
Suomen Kuntaliitto ry - Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö