

Asia: VN/31199/2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta (Kela-korvausten valinnanvapauskokeilu)

Lausunnonantajan lausunto

Lausuttavaa korvausmallin sisällöstä?

- Pirkanmaan hyvinvointialue käynnistää hallitusohjelman mukaisen omalääkäri- ja omahoitajamallin, jolla turvataan hoidon jatkuvuus sitä eniten tarvitseville. Mallin hyödyistä on kiistaton tutkimusnäyttö ja siksi palvelujärjestelmää tulisi kaikilta osin kehittää tukemaan hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuus tukee myös kysynnän hallintaa ja auttaa osaltaan saatavuuden parantamisessa. Tavoite on parantaa luottamusta palvelujärjestelmään.
- Palvelujen vahvistaminen kokeilun lähtökohtana on siis kannatettava. Nyt ehdotettua KELA-rahoitteista mallia kutsutaan valinnanvapauskokeiluksi yli 65-vuotiaille, jonka tavoitteissa on kirjattu hoidon jatkuvuuden edistäminen. Kuitenkin malli perustuu kolmen yksittäisen käynnin korvausmalliin vuodessa. Potilaat siis eivät valitse perusterveydenhuollon palveluita tuottavaa yksikköä, eikä omalääkäriä vaan saavat täydentää omia palveluitaan yksityisellä yleislääkäripalvelulla. Kyseessä siis enemmän yksittäisten käyntien korvausmalli, joka lisäänee saatavuutta ja lääkärikäyntejä, mutta ei hoidonjatkuvuutta, joka on kustannusvaikuttavin tapa tuottaa perusterveydenhuollon palveluita.
- Esityksen tavoitteena on hallitusohjelman mukaisesti keventää hyvinvointialueiden kuormitusta ja purkaa perusterveydenhuollon hoitojonoja sekä parantaa perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä. Kun samanaikaisesti on pidennetty lakisääteistä perusterveydenhuollon hoitoon pääsyä ja vähennetty hyvinvointialueiden rahoitusta tältä osin, on vaikea nähdä, miten tämä muutos auttaa tavoitteiden saavuttamista. Tavoite olisi mahdollista toteuttaa, mikäli olisi tosiasiallisesti vahvistettu kokonaisuutena resursointia ja perusterveydenhuollon palveluihin kertyneen hoitovelan kuromista kokeilun suomalla lisäresursoinnilla.

- Kokeilussa tuetaan mallia, jossa potilas pääsee suoraan lääkärille ilman hoidon tarpeen arviointia. Hoidon tarpeen arviointi on terveydenhuoltolakiin kirjoitettu tehtävä, jonka tavoitteena on kohdentaa potilaalle hoito mahdollisimman oikea-aikaisesti, oikean ammattilaisen antamana ja sillä palvelukanavalla, joka on tarkoituksenmukaisen. Tämä malli on tukenut kaikkien eri ammattilaisten osaamisen hyödyntämistä ja optimaalista työnjakoa, myös kustannusten näkökulmasta. Nyt esitetty malli tarjoaa kaikille yleislääkäripalvelua, vaikka potilaan ongelmassa joskus muu terveydenhuollon ammattilainen voisi tarjota vaikuttavamman hoidon. Pirkanmaan hyvinvointialue kiinnittää huomiota seikkoihin, mitä lainsäädännössä on hoidon tarpeen arvioinnista säädetty. Tältä osin lainsäädännön tulisi olla yhtenevä.

- Esityksessä on hyvä tarkentaa tulkintaa siitä, voiko julkinen terveydenhuolto potilaan oltua sinne yhteydessä (valinnut julkisen toimijan) ohjata potilaita kokeilumallin mukaisiin palveluihin.

- Malli ei välttämättä tue yhdenvertaisia palveluita kaikkialla Suomessa. Yksityistä palvelutuotantoa on hyvin tarjolla suurissa kaupungeissa, mutta reuna-alueilla potilaat turvautunevat edelleen julkisiin palveluihin. Yksittäisten käyntien korvausmalli ja kapea tutkimusvalikoima ei tue tarkoituksenmukaisella tavalla ikääntyvien potilaiden hoidon tarvetta. Malli jättää kaikki vaikeimmin sairaat, monisairaat, paljon erilaista sote-palvelua tarvitsevat asiakkaat julkisen palvelujärjestelmän hoidettavaksi.

- Mallin kuvataan tuovan helpottavan julkisen perusterveydenhuollon työn raskauteen. Valitettavasti vaikutus lienee enemmän päinvastainen. Raskaimmat ja vaikeimmin sairaat potilaat jäävät esitetyssä mallissa julkisen perusterveydenhuollon hoitoon, koska he tarvitsevat laajoja tutkimuksia ja moniammatillisen tiimin hoitoa. Yksin yleislääkäri ei selviydy tämän potilasryhmän hoidosta. Lisäksi malli heikentää nyt jo vaikeaa terveyskeskuslääkäritilannetta, koska osa siirtyy työskentelemään yksityiseen terveydenhuoltoon kokonaan tai osa-aikaisesti. Tämä malli tulee lisäämään julkisessa perusterveydenhuollossa entisestään osa-aikatyötä tekevien määrää, eikä suinkaan helpota julkisen perusterveydenhuollon työtaakkaa.

- Hyvää mallissa on hintakatto ja se, että se sisältää yleislääkärin käyttöön edes pienen valikoiman tutkimuksia. Tutkimusvalikoima on välttämätön, koska muuten potilaat valuvat takaisin julkisiin palveluihin tutkimuksien saamiseksi. Tutkimusvalikoimaa tulisi tarkastella vielä siten, että malli mahdollistaisi myös tosiasiaissa pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidon ja seurannan myös yksityislääkärin toimesta. Tutkimusvalikoimasta puuttuu mm suomalaisen sydänsairauksien ja diabeteksen seurannan olennaiset laboratoriokokeet. Hyvää on myös se, että lääkärintodistukset kuuluvat korvausjärjestelmän piiriin sekä se, että asiakkaalta ei voisi periä erikseen palvelu- tai toimistomaksuja. Hintakatto on uusi elementti, jonka vaikutuksia emme tiedä. Perinteisesti suurin osa yksityisissä terveysyrityksissä työskentelevistä yleislääkäreistä toimivat ammatinharjoittajina, ja perinteisesti he ovat siinä roolissa itse määrittäneet taksansa. Vaikuttaako tämä palveluiden saatavuuteen, jää nähtäväksi.

Lausuttavaa vaikutustenarvioinnista?

- Kuten vaikutuksien arvioinnin osuudessa kuvataan, esityksen vaikutusten arviointi on tehty perustuen oletuksiin ja skenaarioihin. Kokonaisuudessaan on epävarmaa, missä määrin esitettävät lainmuutokset ja rahoituksen ohjaaminen Kela-korvauksiin tosiasiallisesti ohjaisivat henkilöiden palvelujen käyttöä. Korvaukset ja korvausten korotukset eivät välttämättä myöskään toisi uutta kysyntää yksityisen sektorin palveluihin, vaan ne voisivat kohdistua jo entuudestaan yksityisen sektorin palveluita käyttäville henkilöille. Ei ole myöskään mahdollista luotettavasti arvioida sitä, kuinka paljon esitettävät muutokset pysyttäisivät henkilöitä yksityisen terveydenhuollon palvelujen piirissä ja miten tämä ehkäisisi julkisen terveydenhuollon kuormituksen kasvamista. Toisaalta ei voida myöskään luotettavasti ennakoida, kuinka suuri osa julkisen terveydenhuollon asiakkaista siirtyisi käyttämään ainakin osittain yksityisen terveydenhuollon palveluja.

- Ehdotettujen muutosten oletetaan lisäävän yksityisen sektorin palvelujen käyttöä erityisesti yleislääkärin vastaanottojen osalta. On kuitenkin vaikeaa ennakoida, kuinka suuri osa yksityissektorin arvioiduista lisäkäynneistä tulisi siirtymänä hyvinvointialueiden toiminnasta. Oletettavasti osa yksityisen sektorin käyntimäärän kasvusta tulisi jo ennestään yksityissektorin palveluja käyttävien henkilöiden käyntimäärän kasvusta, osa niiden henkilöiden käynneistä, jotka ovat käyttäneet hyvinvointialueen palveluja ja osa niiden henkilöiden käynneistä, jotka eivät ylipäätään ole käyttäneet terveystalvia hyvinvointialueella tai muutoin. Yksityisten terveystalviiden käytön kasvuun voi vaikuttaa myös mahdollinen patoutunut palveluiden tarve. Se miten muutos vaikuttaa hyvinvointialueen palveluiden keventymiseen, ei tiedetä. Mallilla tuskin on vaikutusta kalliin vuokratyövoiman käytön vähentymiseen hyvinvointialueilla, päinvastoin. Kilpailemme samasta henkilöstöstä, ja jos yksityissektorilla hoidetaan helpompia potilaita, mikä motivoi pysymään työssä hyvinvointialueella ja hoitamaan raskasta monisairasta väestöä ja huolehtimaan myös päivystysaikaisesta työvelvoitteesta.

- Ehdotetut muutokset eivät vähennä hyvinvointialueiden velvoitteita järjestää perusterveydenhuollon palveluja. Tämä mahdollistaa palveluiden päällekkäisen käytön eikä auta kokonaiskustannusten hallinnassa.

- Julkisen perusterveydenhuollon asiakasmaksut huomioidaan menona perustoimeentulotuessa, mikä mahdollistaa julkisen terveydenhuollon lääkäripalveluiden käyttämisen yhtäläisesti kaikissa tuloryhmissä. Yksityisen terveydenhuollon kustannuksia ei huomioida menona perustoimeentulotuessa. Mikäli vakuutettu saa perustoimeentulotukea, hänen tulee varautua maksamaan lääkärikäyntinsä omavastuu itse. Tämän vuoksi voidaan olettaa, että kokeilun palvelua käyttää enemmän suuri- ja keskituloiset kuin pienemmän tuloluokan asiakkaat.

- Koska julkisessa järjestelmässä tutkimukset ovat potilaille maksuttomia, malli ei ole yhdenvertainen julkisen järjestelmän kanssa. Tämän vuoksi sairaimmat, laajoja tutkimuksia tarvitsevat potilaat jäävät julkisen palvelun piiriin tai käyttävät molempia järjestelmiä saadakseen tutkimukset kustannuksetta. Voimme varautua lisääntyvään kysyntään puhelinpalveluissa ja Digiklinikalla, siltä osin, että potilaat pyytänevät siirtämään tutkimuslähetteitä julkiseen järjestelmään ja hyvinvointialueen kustannettaviksi.

- Esityksen ehdotus yleislääkärikäynteihin ja tutkimuksiin asetettavista hintakatoista vaikuttaisivat yritysten hinnoitteluun. Aiemmin Kela-korvausten muutosten yhteydessä on tunnistettu riski siitä, että Kela-korvausten korotukset eivät hyödyttäisi asiakasta, vaan ne valuisivat palveluntuottajien perimiin hintoihin. Tämä vuoksi hintakatto on kannatettava, vaikka siihenkin liittyy riskejä mm. kartellinomaiseen käyttäytymiseen tai kustannustaakan valumiseen muualle yksityissektorin palveluissa. Hintakatto voi myös vähentää tarjolle tulevien palveluiden määrää.
- Kokeilumalli ei tue moniammatillista hoitoa ja palvelua potilaalle tai sen toteuttaminen on potilaalle monimutkaista. Koska malli tarjoaa vain yleislääkäripalveluita, esimerkiksi diabetespotilaiden seurannassa olennaisten diabeteshoitajan, jalkaterapeutin hoito ja silmänpohjakuvat tulee joka tapauksessa hakea julkisista palveluista. Tältä osin ehdotettu malli pirstaloi potilaan hoidon kokonaisuuden, hoidon jatkuvuuden ja potilasta hyödyttävän moniammatillisen yhteistyön sekä resurssiviisaan työnjaon.
- Rajoitukset korvattavien lääkärikäyntien lukumäärään ohjannee asiakkaita siirtymään yksityisestä terveydenhuollosta hyvinvointialueen palveluihin, jos käyntejä tarvittaisiin enemmän kuin käyntirajoituksen mukainen enimmäismäärä. Käyntirajoitukset voisivat vaikuttaa hyvinvointialueisiin myös siten, että asiakkaan hoito kertaantuisi julkisessa terveydenhuollossa, mikäli riittäviä potilasasiakirjoja ei saataisi ja syntyisi tarvetta esimerkiksi päällekkäisille tutkimuksille. Tämä voisi johtaa pahimmillaan terveydenhuollon resurssien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön.
- Vaikutusten arvioinnissa esitetään, että koska esitettyjen muutosten on tarkoitettu olevan voimassa määräaikaaisesti, ei esityksen arvioida aiheuttavan merkittävästi henkilöstön siirtymistä julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille. Tämä perustelu ei ole uskottava, koska henkilöstön pysyvyys on nyt jo ongelma hyvinvointialueilla. Muutos johtanee erityisesti lääkäreiden hakeutumiseen lisääntyvästi osa-aikatyöhön ja tekevän osan työajastaan yksityissektorilla.
- Ratkaisulla ohjataan myös osa rahoituksesta Kelan korvauskäsittelyn lisääntyviin kustannuksiin, joka ei liene tarkoituksenmukaista tiukassa taloustilanteessa.
- Asiakkaiden palvelukäyttäytymisestä ei ole tietoa. Malli ei tue sitoutumista yksityiseen palveluun vaan mieluummin mahdollistaa molempien palveluiden käytön sekä julkisen että yksityisen. Vaikutusten ennako-arviointi pohjautuu skenaarioihin ja olettamuksiin, minkä vuoksi kokeilun seuranta ja arviointi on erittäin tärkeää.

Muut kommentit:

Kokeilun arviointi ja seuranta on välttämätöntä, koska potilaiden palvelukäyttäytymistä ei pysty arvioimaan ennalta. Mallista puuttuu kokonaisuudessaan kuvaus siitä, miten sitä ja sen vaikutuksia tullaan arviomaan. Pirkanmaan hyvinvointialue katsoo, että mallin systemaattinen seuranta

suhteessa sille asetettuihin tavoitteisiin tulee tehdä jo mallin aikana esimerkiksi puolivuositain. Kokeilumalliin tulee olla mahdollista tehdä korjauksia, mikäli tavoitteet ei toteudu tai vaikutukset ovat jopa päinvastaisia tavoitteisiin nähden.

1. Näkemyksenne vastaanottotyyppejä koskevista velvoitteista palveluntuottajille?

Kannatan läsnävastaanottojen tarjoamista koskevan velvoitteen asettamista.

Avoin kenttä perusteluille:

- Kannatamme sitä, että palveluntuottaja sitoutuu aina tarjoamaan asiakkaille läsnävastaanottoja. Läsnävastaanottojen ohella palveluntuottaja voi tarjota myös video- ja puhelinvastaanottoja täydentämään palveluitaan, potilaan sen valitessa. Jos palveluntuottajalla on mahdollisuus tarjota vain etävastaanottoja voi tämä johtaa tilanteeseen, että potilaat kuitenkin hakeutuvat heitä lähellä oleviin julkisen perusterveydenhuollon palveluihin niissä tapauksissa, kun potilaan ongelman hoitaminen edellyttää kliinistä tutkimusta /hoitoa läsnävastaanotolla. Hyvinvointialueet ovat panostaneet laajasti julkisiin digitaalisiin palveluihin, jotka ovat kaikkien asukkaiden käytettävissä. Ei ole kustannustehokasta käyttää KELA-korvausmallin rahoitusta samaan tuotteeseen, jota julkinen jo tarjoaa. Digiklinikoiden hyvä tuottavuus tarvitsee ison volyymin, minkä vuoksi ei ole kokonaistaloudellista tuottaa samaa palvelua kahdella eri rahoitusjärjestelmällä.

- Läsnävastaanottovelvoitteen asettaminen edellyttää, että Kelan sopimuksissa olisi asetettava ehtoja sille, millainen läsnävastaanottojen tarjoaminen olisi hyväksyttävää (mm. minimimäärä). Katsomme, että näin tulisi toimia.

- Läsnävastaanottovelvoitteen asettaminen saattaisi vaikuttaa markkinoihin myös siten, että tarjonta ei vastaisi kysyntää ainakaan kokeilun alkuvaiheessa. Uudet yritykset saattaisivat tulla nopeammin markkinoille, jos kokeilu ei edellyttäisi läsnävastaanottoon tarvittavan välineistön ja tilojen hankkimista. Toisaalta myös tietoturvallisten digitaalisten palveluiden tarjoaminen vaatii etävastaanottoon, etädiagnostiikkaan tarvittavia hankintoja, jos ei etäpalveluksi katsota yksinomaan puhelinpalvelua. Läsnävastaanottovelvoite on tässäkin suhteessa selkeä, ettei tarjolla ole yksinomaan äänipuhelu-muotoista etäpalvelua ilman videoyhteyttä tai kuvien lähettämismahdollisuutta. Yksittäisillä etävastaanotot ei tue uudistuksen tavoitetta keventää hyvinvointialueiden työkuormaa.

2. Näkemyksenne siitä, että kokeiluun osallistuvan palveluntuottajan olisi sitouduttava tarjoamaan myös toisella kokeiluun osallistuvalla palveluntuottajalla määrätyt tutkimukset kokeilun mukaisilla hinnoilla?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

- Ehdotus on asiakasnäkökulmasta merkityksellinen, jotta asiakas saisi tutkimuspalvelut kohtuullisen etäisyyden päässä asuinpaikastaan sujuvasti. Tämä mahdollistaa laajemman palveluverkoston asiakkaiden käyttöön. Jos näin ei ole, tästä aiheutuu päällekkäisiä terveydenhuollon käyntejä ja kustannuksia julkiselle terveydenhuollolle, jos asiakkaan hoito kokonaisuudessaan ei ole yksityisessä terveydenhuollossa sujuvaa.

- Lakiluonnoksen pykäläkohtaisissa perusteluissa §3 mainitaan, että asiakkaan on kuitenkin yksityislääkärin läheteellä mahdollista hakeutua laboratoriotutki-muksiin julkisomisteisiin laboratorioihin, mutta näistä kustannuksista ei makseta Kela-korvausta. Tämä on Pirkanmaalla asiakkaan näkökulmasta palvelua heikentävä tekijä, koska Fimlab Oy:n näytteenottopisteverkosto on laaja ja tarjoaa palveluita lähellä asiakkaita. Yksityistä laboratorionäytteenottopalvelua on tarjolla yksiköissä, joissa tarjotaan työterveyspalvelua, mutta julkisomisteisen laboratorion näytteenottopisteet ulottuvat myös pieniin kuntiin. Ratkaisun tulisi mahdollistaa Kela korvauksien saaminen niissä julkisomisteisissa laboratorioissa, joissa yksityisasiakkaita muutenkin palvellaan. Tämä auttaisi myös tavoitteessa, että järjestely helpottaa julkisen perusterveydenhuollon painetta.

3. Näkemyksenne siitä, että kokeilun mukaisia lääkärint vastaanottokäyntejä tarjoavan palveluntuottajan olisi sitouduttava tarjoamaan lääkärikäyntien lisäksi myös kokeilun piiriin kuuluvia tutkimuksia, mikäli palveluntuottajalla olisi laboratorio käytössään (oma tai alihankinta)?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

- Asioinnin sujuvuuden kannalta olisi tärkeää, että asiakas saisi tarvittavat tutkimukset hoidettua samalla palveluntuottajalla, jolla on käynyt lääkärin vastaanotolla. Tärkeää olisi myös, että asiakas saisi tutkimuspalvelut kohtuullisen etäisyyden päässä asuinpaikastaan. Jos asiakkaan hoito kokonaisuudessaan ei ole yksityisessä terveydenhuollossa sujuvaa, tästä aiheutuu päällekkäisiä terveydenhuollon käyntejä ja kustannuksia julkiselle terveydenhuollossa.

- tutkimusvalikoimaehdotuksesta puuttuu pitkäaikaissairauksien mm. diabeteksen ja sydänsairauksien seurannassa välttämättömiä laboratoriotutkimuksia. Jos siis odotetaan, että tämä malli olisi todellinen hoidon jatkuvuutta tukeva omalääkärimalli, tulisi tutkimusvalikoimaa jonkun verran täydentää (LDL-kol, U-AlbKre). Muuten tämä malli painottuu enemmän satunnaisten terveysongelmien hoitoon eikä saavuta tavoitetta kehittää/pilotoida hoidon jatkuvuutta.

- kapeasta tutkimusvalikoimasta seuraa helposti se, että potilaat kuormittavat julkisen perusterveydenhuollon puhelinpalveluita, digiklinikoita esittämällä yksityislääkärin määräämiä laajempia tutkimuksia julkisen perusterveydenhuollon tehtäväksi. Julkisen perusterveydenhuollon kuormitus ei silloin vähene, vaan aikaansaamme päällekkäistä kysyntää ja palveluiden käyttöä.

4. Näkemyksenne siitä, että kokeiluun voisi osallistua vain sellainen palveluntuottaja, jolla ylipäänsä olisi käytettävissään laboratorio (omana tai alihankintana)? Tämä tarkoittaisi sitä, että lääkärikäyntejä ei voisi tarjota, mikäli palveluntuottajalla ei olisi käytettävissään laboratoriopalveluita.

En osaa sanoa/muu, kirjoitan vastauksen alla olevaan kenttään.

Avoin kenttä perusteluille:

On tärkeää, että potilas saa yksityislääkärin määräämät tutkimukset sujuvasti ja kohtuullisen etäisyyden päässä. Jos pykälän 3 perusteluteksti kirjoitettaisiin eri tavalla, tämä mahdollistaisi palveluntuottajaksi sellaisenkin, jolla ei omaa laboratoriota tai alihankintasopimusta ole. Jos teksti

säilyy alkuperäisenä, emme näe tätä mallia mahdollisena, koska muuten tutkimusten kuorma kaatuu pitkien etäisyyksien vuoksi julkiseen palvelujärjestelmään.

Lakiluonnoksen pykäläkohtaisissa perusteluissa §3 mainitaan, että asiakkaan on kuitenkin yksityislääkärin läheteellä mahdollista hakeutua laboratoriotutkimuksiin julkisomisteisiin laboratorioihin, mutta näistä kustannuksista ei makseta Kela-korvausta. Tämä on Pirkanmaalla asiakkaan näkökulmasta palvelua merkittävästi heikentävä tekijä, koska Fimlab Oy:n näytteenottopisteverkosto on laaja ja tarjoaa palveluita lähellä asiakkaita. Velvoite voidaan välttää sillä, että ratkaisun tulisi mahdollistaa Kela korvauksien saaminen niissä julkisomisteisissa laboratorioissa, joissa yksityisasiakkaita muutenkin palvellaan. Tämä auttaisi myös tavoitteessa, että järjestely helpottaa julkisen perusterveydenhuollon potilasmäärää.

5. Näkemyksenne siitä, tulisiko kokeiluun voida osallistua myös pelkästään laboratoriotutkimuksia tuottavana palveluntuottajana?

En kannata tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Kokeilun tavoitteena on kehittää yksityisen sairaanhoidon korvausjärjestelmää osana terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta, vahvistaa asiakkaiden valinnanvapautta ja perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta sekä keventää julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa kuormitusta. Yksinomaan laboratoriopalveluiden tarjoaminen ei täytä kokeilun tavoitteita, vaikka tutkimukset ovat tärkeä osa kokonaisuutta.

6. Näkemyksenne siitä, tulisiko palveluntuottajia edellyttää tekemään suorakorvaussopimus Kelan kanssa?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Menettelytapa on asiakaslähtöinen ja voi osaltaan lisätä palvelun käyttöä ja siten helpottaa julkisen perusterveydenhuollon kuormitusta. Soteri- rekisterin ruuhkautuminen on helpotettu sillä, että toiminnan voi aloittaa, kun on jättänyt anomuksen. Myös Kelan tulee tehdä suorakorvaussopimusten laatiminen joustavaksi.

Lielähti Katri
Pirkanmaan hyvinvointialue