

Asia: VN/31199/2024

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

Lausunnonantajan lausunto

Lausuttavaa korvausmallin sisällöstä?

Korvausmallin perusrakenne

Esityksen mukaan 65 vuotta täyttäneillä vakuutetuilla olisi oikeus saada korvausta yleislääkärin vastaanottokäynneistä siten, että omavastuuosuus olisi enintään julkisen perusterveydenhuollon lääkärikäynnistä perittävän asiakasmaksun suuruinen (28,20 euroa vuonna 2025). Vakuutettu maksaisi itse omavastuuosuuden, ja loput vastaanottokäynnin hinnasta korvattaisiin hoito- ja tutkimuskorvauksilla. Tämä ehdotetaan toteutettavaksi säätämällä korvattavan käynnin enimmäishinnasta eli hintakatosta. Hintakatolla määriteltäisiin palveluntuottajan palvelusta perimälle hinnalle enimmäishinta, johon sisältyisi hoito- ja tutkimuskorvauksilla korvattava osuus ja vakuutetun omavastuuosuus. Palveluntuottaja määrittäisi tällöin palvelunsa hinnan hintakaton puitteissa. Yleislääkärin korvauksen ja tutkimusten hintakatot olisivat toisistaan erilliset, ja asiakkaan omavastuuosuus määräytyisi tutkimusten kohdalla eri tavalla kuin yleislääkärin vastaanoton kohdalla.

Tämä korvausmallin perusrakenne on kyseisen pilotin kohdalla riittävän perusteltu.

Hintakatot

Terveystalon näytteenottoverkosto on 150 toimipisteellään Suomen laajin ja diagnostiikkapalvelu tutkimusvalikoimaltaan erittäin kattava. Diagnostiikkapalvelut ovat erottamaton osa vastaanottojemme hoitoketjua: palveluun pääsee käytännössä aina saman käynnin aikana, suoraan vastaanotolta ilman ajanvarausta. Palvelussa on laajat aukioloajat, myös iltaisin ja viikonloppuisin. Tulokset saa usein jo saman käynnin aikana, ja Terveystalon mobiilisovellus ja verkkopalvelut on

liitetty diagnostiikkapalveluihin saumattomasti. Asiakas näkee tulokset mobiilisovelluksesta ja esimerkiksi valmistautumisohjeet verkkopalvelusta. Tulokset siirtyvät aina heti niiden valmistuttua myös Kantaan.

Yksityisesti tuotettu diagnostiikkapalvelu perustuu nopeaan ajan saatavuuteen ja palveluketjun sujuvuuteen, jolloin myös palvelun tuottamisen kustannus on korkeampi kuin julkisomisteissa laboratorioissa. Jotta palvelumme on näin sujuvaa ja palveluun pääsy nopeaa, varausasteet on pidettävä huomattavan matalina. Tämä edellyttää suurempaa näytteenottohenkilöstön mitoitusta ja ilt- ja viikonloppulisiä, mikä nostaa diagnostiikkapalvelujen kustannuksia. Tämän tasoinen palvelu tarkoittaa myös esimerkiksi arvonlisäverollisia investointeja tietojärjestelmiin ja digipalveluihin. Kokonaishoitoketjun kannalta tämä korkeampi kustannus on perusteltu, koska se nopeuttaa sekä lääkärin työtä, että potilaan hoidon aloitusta.

Sujuva palvelu ja sujuvat hoitoketjut palvelevat myös pilotin tavoitteita. Emme myöskään voi perustaa nykyisen palvelun rinnalle heikompitasoista palvelua pilottia varten.

Julkisissa ja julkisomisteisissa laboratorioissa palvelutaso on selvästi alhaisempi. Verkosto on niukempi, aukioloajat suppeammat, ja palveluun pääsy on heikompaa. Tulokset eivät aina ohjaudu suoraan Kantaan, kun potilas asioi yksityislääkärin läheteellä. Ja potilaan tehtäväksi jää toimittaa tulokset ja huolehtia jatkokäynneistä lääkärin kanssa. Julkiset toimijat eivät myöskään maksa arvonlisäveroa.

Esityksessä ehdotetaan kuitenkin käytännössä samaa hintaa (2-6 € per tutkimus ja 26 € näytteenotto) kuin millä julkisomisteiset laboratoriot myyvät palvelua yksityislääkärin läheteellä asioiville asiakkaille. On myös oletettavaa, että tämä ulosmyyntihinta ei kata palvelun kaikkia kustannuksia julkisomisteisissa laboratorioissa.

Ehdotetut diagnostiikan kattohinnat eivät siis ole perusteltuja.

Mallin houkuttelevuus ammattilaisille

Ammattilaisille tärkeintä on mahdollisuus pystyä hoitamaan potilaat hyvin. Olemme oppineet aiemmista palvelusetelikokeiluista, että mikäli yleislääkärit eivät voi mielekkäästi tehdä laadukasta työtä esimerkiksi liian suppeiden tutkimusmahdollisuuksien vuoksi, heitä on erittäin vaikea saada toteuttamaan palvelua. Sama tilanne voi olla myös, mikäli vastaanotot ovat käytännössä pakko toteuttaa liian lyhyinä, jolloin potilaan hoitoon ei ehdi paneutua kunnolla. Hoidon jatkuvuus ja lääketieteellinen vaikuttavuus toteutuu vain, jos lääkäriellä on tosiasialliset mahdollisuudet itse määrätä lääketieteellisesti riittävät perustutkimukset (ks. seuraava kohta).

Mahdollisimman hyvän lääkäreiden mukaan saamisen ja tarjonnan varmistamisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että laboratoriotutkimusten ja näytteenottomaksun sekä vastaanottokäyntien kattohinnat kokonaisuutena mahdollistavat kannattavan toiminnan.

Pilottiin sisältyvät tutkimukset

Pilottiin sisältyviksi ehdotettujen tutkimusten lista ei ole riittävän tarkoituksenmukainen hyvän lääketieteellisen hoidon turvaamiseksi. Ehdotamme 4587 P -AFOS Alkalinen fosfataasi ja 1185 S -Bil Bilirubiini korvaamista seuraavilla: lipidit (S-Kol, S-LDL, S-HDL, S-Trigly) ja TSH (Tyreotropiini).

Kolmen yleisimmän kroonisen sairauden, verenpainetaudin, diabeteksen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden diagnostiikka ja hoidon seuranta eivät onnistu ilman Lipidien (S-kol, S-LDL, S-HDL, S-trigly) tutkimista. Myös kilpirauhasen vajaatoiminta on sangen yleinen, ja sen poissulku on myös oleellinen monen tavallisen sairauden, kuten masennuksen ja rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden diagnosoinnissa. Siksi myös TSH:n olisi perusteltua olla mukana.

On myös huomattava, että mikäli osa ikäryhmässä varsin yleisistäkin tarvittavista tutkimuksista puuttuu listasta, asiakkaan hoitoketju katkeaa, ellei hän hanki kyseisiä tutkimuksia omalla rahallaan siltä yksityiseltä palveluntuottajalta, johon hän hakeutui hoitoon. Mikäli hän hakeutuu hyvinvointialueelle tarvittaviin tutkimuksiin, hyvinvointialueella lääkärin täytyy vähintään hakea Kannasta yksityisen palveluntuottajan lääkärin teksti ja päättää, ovatko suunnitellut tutkimukset perusteltuja. Pahimmillaan hyvinvointialueen on kutsuttava potilas samasta asiasta uudelleen vastaanotolle, jonotilanteen mukaan mahdollisesti pitkälläkin viiveellä.

Meillä on myös kokemusta aiemmasta palvelusetelikokeilusta, jossa asiakkaat eivät innostuneet ottamaan palvelua käyttöönsä, koska liian suppea tutkimusvalikoima käytännössä pilkkoi diagnoosin teon useassa paikassa tehtäväksi ja siten katkoksille alttiiksi. Myös ammattilaisten mukaan saaminen oli vaikeaa.

Vastaanoton pituus

Eesityksen mukaan ”lääsnävastaanottoa koskevan lääkärinpalkkion enimmäishinnan arvioinnissa on käytetty pohjana yleisimmän, 20 minuutin mittaisen lääkärin vastaanottokäynnin hintatietoja.” Näkemyksemme mukaan hyvän hoidon laadun turvaamiseksi mukana tulisi olla myös tätä pidempiä aikoja, esimerkiksi 30 minuutin ja 40 minuutin aika. Mikäli mukana on vain 20 minuutin aika, on huomioitava, että pidemmän ajan tarvitsevan asiakkaan hyvän hoidon lisäksi myöskään hänen odotuksensa eivät toteudu.

Minimiedellytys on, että asiakas voi korvatusti käyttää kaksi 20 minuutin aikaa peräjälkeen. Tämä edellyttää teknisiä muutoksia nykytilaan Kelan korvauskäytännössä. Tällä hetkellä Kela-korvausta ei voi saada samalle asiantuntijalle kahdesti saman päivän aikana.

Onnistunut pilotti edellyttää, että kaikki osapuolet (asiakas, maksaja, hyvinvointialueet ja näistä muodostuva ”yleinen mielipide” sekä palveluntuottajat) kokevat pilotin onnistuneeksi. Siksi haluamme kiinnittää valmistelijoiden huomion siihen, että tehdessään linjauksia, jotka vaikuttavat siihen, ettei osa asiakkaista saa tarvitsemaansa hoitoa, riski pettymykselle ja sitä kautta pilotin epäonnistumiselle on suuri. Myös pilotista selkeästi, aktiivisesti ja riittävän ajoissa viestiminen on ratkaisevan tärkeää.

Hoitajavastaanottojen olisi tarkoituksenmukaista kuulua pilotin piiriin

Katsomme, että hoitajavastaanottojen olisi tarkoituksenmukaista kuulua pilotin piiriin hyvän ja laadukkaan hoidon turvaamiseksi. Hoitajan tekemä hoidon tarpeen arviointi olisi myös merkittävä osa sujuvaa, kokonaista hoitopolkua. Hoitajakäynti voisi useissa tilanteissa myös korvata seurantakäynnin lääkärillä, ja edeltävä hoitajakäynti voisi mahdollistaa asian hoitumisen yhdellä lääkärin vastaanotolla. Hoitajan vastaanotolla voi myös hoitaa eräitä vaivoja kokonaan, kuten infektioiden hoidon.

Hoitajavastaanotot siis purkaisivat osaltaan palvelujen kysyntäpainetta hyvinvointialueilta, mutta hoitajakäyntien hintakatto olisi mahdollista asettaa huomattavasti lääkärin vastaanottoja alhaisemmaksi. Korvausmalli voisi poiketa lääkärivastaanotoista jopa siinä määrin, ettei potilaalta perittäisi lainkaan omavastuuosuutta hoitajakäynnistä. Ottamalla hoitajavastaanotot osaksi pilottia olisi näkemyksemme mukaan mahdollista tuottaa palvelu kokonaistaloudellisesti edullisemmin vähintään yhtä korkealla laadulla.

Lausuttavaa vaikutustenarvioinnista?

Mahdollisimman hyvän lääkäreiden mukaan saamisen ja tarjonnan varmistamisen kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että laboratoriotutkimusten ja näytteenottomaksun sekä pilotissa vastaanottokäyntien kattohinnat kokonaisuutena perustuvat palvelun tuottamisen kustannuksiin ja mahdollistavat kannattavan toiminnan.

4.2.1. Yleistä vaikutusten arvioinnista

”Videovastaanoton tai puhelinvastaanoton hoidollisen arvon ei lähtökohtaisesti katsota vastaavan läsnävastaanottoa, joten etäpalveluille on oletettu matalammat hintakatot.”

Oleellista vastaanottotyyppien hinnoittelussa on ammattilaisen käyttämä aika, joka on kaikissa vaihtoehtoissa saman arvoista. Kelan nykyisten korvausten ja Valviran etävastaanottoja koskevan ohjeistuksen mukaan videovastaanotto rinnastuu läsnävastaanottoon, mikä on perusteltua myös suhteessa korvaukseen. Myös asiakasmaksuasetuksessa videovastaanotto rinnastuu läsnävastaanottoon. Edelleen, asiakasmaksuasetus mahdollistaa samansuuruisen maksun perimisen myös puhelusta ja näin osa hyvinvointialueista tekeekin. Pelkona on, että etävastaanoille asetettava alhaisempi kattohinta ja siten korvaus lääkärille vähentäisi etävastaanottojen tarjontaa, mikä heikentäisi palvelun saatavuutta ja saavutettavuutta varsinkin kasvukeskusten ulkopuolella.

4.2.3.2. Vaikutukset Kansaneläkelaitokseen ja vakuutuskassoihin

Mielestämme on hyvä, että pilotin ehtoja voidaan tarkastella ja tarvittaessa muuttaa myös pilotin aikana.

”Kansaneläkelaitoksen tulisi lisäksi huolehtia siitä, että asiakkaita, yksityisen terveydenhuollon palveluntuottajia, järjestelmätoimittajia sekä terveydenhuollon toimintayksiköitä tiedotettaisiin ja ohjeistettaisiin riittävästi kokeilusta.”

Suurimpia riskejä pilotin epäonnistumiselle on, että asiakkaat eivät saa pilotissa sellaista palvelua kuin ovat odottaneet. Siksi pilotista, sen ehdoista ja siihen kuuluvista palveluista sekä asiakkaan maksettaviksi jäävistä osuuksista on erittäin tärkeää viestiä selkeästi ja laajasti. Tehtävä ei nähdäksemme ole yksin Kansaneläkelaitoksen, vaan myös esimerkiksi ministeriön ja poliittisten päätöksentekijöiden. Myös palveluntuottajat toki viestivät asiasta omalta osaltaan.

”Yksityisillä terveydenhuollon palveluntuottajilla ei aina ole tietoa siitä, onko vakuutettu käynyt toisella yksityisellä terveydenhuollon palveluntuottajalla, ellei vakuutettu tätä itse kerro tai käynti ei ole todettavissa esimerkiksi Kanta-palvelujen kautta. Tällöin syntyy riski, että vakuutettu saisi suorakorvauksen, vaikka olisikin jo käyttänyt kokeilun mukaiset lääkärikäynnit saman kalenterivuoden aikana. Lähtökohtaisesti liikaa maksettu etuus tai korvaus peritään takaisin, ellei ole perusteita luopua osin tai kokonaan takaisinperinnästä.”

Hyvä, että esityksessä on huomioitu tämä seikka. Kelan on huolehdittava käyntien enimmäismäärän seuraamisesta korvausten osalta, sillä yksityinen palveluntuottaja ei pysty todentamaan asiakkaan käyntejä muilla palveluntuottajilla.

Muut kommentit:

Näkemyksemme mukaan pilotin kohderyhmä ja ajatus Kela-korvausten uudenaikaisesta käytöstä on kannatettava. Suunniteltu kokonaisuus sisältää kuitenkin vielä yksityiskohtia, joiden myötä on vaarana, ettei kokonaisuus vastaa sille asetettuihin tavoitteisiin. Mikäli pilotti on pettymys kaikille osapuolille (potilaat, hyvinvointialueet, maksaja, lääkärit / palvelua tuottavat ammattilaiset sekä yksityiset palveluntuottajat), sen hyödyt jäävät haittoja pienemmiksi. Tässä lausunnossamme esitetyt huomiot parantaisivat pilotin onnistumisen edellytyksiä.

1. Näkemyksenne vastaanottotyyppistä koskevista velvoitteista palveluntuottajille?

Kannatan läsnävastaanottojen tarjoamista koskevan velvoitteen asettamista.

Avoin kenttä perusteluille:

Etävastaanotot ovat sinänsä hyvä tapa tuottaa palvelua silloin, kun se soveltuu potilaan tilanteen hoitamiseen. Etävastaanottoja koskeva viranomaisohjeistus edellyttää, että jokaisen vastaanoton kohdalla on tehtävä aina potilaskohtainen arvio siitä, voiko potilaan hoitaa etänä. Mikäli tämä ei ole mahdollista, potilas tulee hoitaa läsnä. Kaikkia potilaita ei voi hoitaa etänä.

Läsnävastaanoton tarve korostuu erityisesti pilotin piirissä olevien potilaiden ikäryhmissä. Tässä ikäryhmässä on erityisen paljon kroonisia perussairauksia, joiden hoitotasapainon arviointi välttämättä vaatii joskus lääkärin fyysistä tutkimista. Esimerkiksi diabeetikon jalkojen verenkiertoa ei voi arvioida koskematta ja tunnustelematta valtimoita sekä koettelematta hiussuonien täyttöä ja mahdollisia lämpötilaeroja raajoissa.

Olisi kohtuutonta pyytää potilasta tekemään lääkärikoulutuksen vaativaa arviota itselleen etävastaanotolla. Nimenomaan kroonisissa, pitkäaikaisissa sairauksissa hoidon jatkuvuudesta on osoitettu olevan erityistä hyötyä. Samoin olisi kohtuutonta, että potilaan tulisi tuottajaa valitessaan tiedettävä, soveltuvatko hänen terveyshuolensa pelkästään etänä hoidettavaksi.

Mikäli etävastaanotolla pyritään hoitamaan tilannetta, joka ei sovellu etävastaanotolla hoidettavaksi, potilaalle voi aiheutua siitä jopa haittaa. Esimerkkinä lääkityksen uusiminen ratkaisuna silloin, kun olisi pitänyt ohjata potilas vastaanotolle perusteellista kokonaislääkityksen arviointia varten. Pilotin kohdeikäryhmässä on muuta väestöä huomattavasti enemmän monisairaita, useita lääkkeitä käyttäviä potilaita, ja juuri tässä ryhmässä päällekkäisten, usein tarpeettomien, lääkitysten esiintyvyys on suurta.

Työikäisten ikäryhmässä etävastaanotoilla erittäin suuri osa yhteydenotoista koostuu sairauspoissaolon kirjoittamisesta, virtsatieinfektioiden ja muiden lievien infektioiden hoitamisesta ja reseptien uusimisesta. Pilotin kohdeikäryhmässä ei kuitenkaan ole käytännössä tarvetta sairauspoissaolotodistuksille, virtsatietulehduksia ei voida hoitaa ilman laboratoriodiagnostiikkaa, ja muiden infektioiden yhteydessä tarvitaan usein potilaan kliinistä tutkimista ja laboratoriodiagnostiikkaa.

Nähdäksemme on siis ilmeistä, että tässä pilotissa on vain hyvin rajatusti todellista tarvetta ja asianmukaisia käyttötapauksia etävastaanotoille, ja pelkästään etävastaanottoja tarjoavien toimijoiden osallistumisen salliminen saattaisi johtaa turhiin etäkäynteihin, kun potilaat jouduttaisiin kuitenkin monessa tapauksessa ohjaamaan läsnävastaanotolle. Näin saatettaisiin päätyä tilanteeseen, jossa tuotetaan kyllä merkittäviä määriä etävastaanottoja, mutta vain vähän tai ei lainkaan terveyshyötyä ja huomattavasti turhia kustannuksia. Luotaisiin siis malli, jossa pahimmillaan pelkkiä etävastaanottoja tekevät toimijat tekisivät erittäin kustannustehotonta ja kallista hoidon tarpeen arviointia lääkäri työvoimalla, ja ohjaisivat vastuun hankalampien tapausten hoitamisesta vastuullisille, myös lähivastaanottoa tarjoaville toimijoille.

Vaikka etävastaanotot yleisesti ovatkin hyvä ja tarpeellinen täydentävä tapa tuottaa terveydenhuollon palveluja, edellä kuvatuista syistä pilotissa palveluntuottajien on tarjottava aina myös läsnävastaanottoja potilaille, joiden tilannetta ei pysty hoitamaan etänä. Velvoitteen kiertämisen välttämiseksi lakiin voidaan kirjata esimerkiksi, että läsnävastaanottoja on tarjottava tosiasiallisesti – eli siten, että etävastaanotolle sopimattomille potilaille voidaan tarjota myös läsnävastaanotto kohtuullisessa ajassa, lähellä asiakasta.

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

En kannata tätä koskevaa velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Tällainen velvoite olisi palveluntuottajalle kestämaton, ja todennäköisesti estäisi osallistumisemme pilottiin.

Hoidon jatkuvuuden ja vaikuttavuuden kannalta diagnostiikka tulee liittää kyseiseen palvelutapahtumaan, eli siihen vastaanottoon, jossa lähete on tehty samassa potilastietojärjestelmässä. Jos lähete tulee toisesta yrityksestä tai järjestelmästä, tietoja ei voi liittää yhteen, eivätkä tiedot siirry Kantaan palvelutapahtumaan eli kyseiseen lääkärikäyntiin yhdistyen. Tietojärjestelmien yhteensopivuus olisi siis ongelma, nimenomaan hoidon jatkuvuuden kannalta. Käytännössä siis laboratoriotutkimukset tuottava toimija joutuisi tekemään uuden lähetteen omaan potilastietojärjestelmäänsä. Uuden lähetteen tekeminen tutkimukset tekevän palveluntuottajan toimesta katkaisisi hoitoketjun ja loisi tuplatyötä ja siten kohtuuttomia kustannuksia. Jos uuden lähetteen tekee laboratoriohoitaja, siirtyy hoitovastuu tuloksista ja niiden tulkinnasta tosiasiallisesti potilaalle. Jos uuden lähetteen tekee lääkäri, siirtyy hoitovastuu lääkärille, jolloin käynti on uusi korvattava käynti. Uuden lähetteen tekeminen siis katkaisisi hoitovastuun ja lienisi myös pilotin korvattavuuden kannalta hankalaa. Hoidon jatkuvuuden ja hoitovastuun katkeaminen heikentäisi myös potilasturvallisuutta.

Tällainen edellytys olisi näkemyksemme mukaan täysin kohtuuton vastaanottojen ohella myös laboratoriopalveluja tarjoaville toimijoille ja häittäisi vapaiden markkinoiden toimintaa olennaisella tavalla. Tällöin tällainen toimija joutuisi kantamaan tosiasiallisesti toisen toimijan riskin diagnostiikan kannattavuudesta, ja mahdollistaisi pelkkiä vastaanottoja tarjoavan toimijan toiminnan huomattavasti kevyemmällä kulurakenteella, mutta kuitenkin täsmälleen samalla korvaustasolla vastaanottopalveluista.

Edelleen näemme, että pilotti vertautuu luontevasti valtion puitejärjestelyssä (Hansel) hankkimiin terveyspalveluihin. Tässä järjestelyssä edellytyksenä on myös tukipalvelujen tarjoaminen, joko omana toimintana tai alihankintana. Lisäksi tällä hetkellä markkinalla toimii useita yksityisiä keskuslaboratorioita, joten kenen tahansa toimijan on mahdollista hankkia diagnostiikkapalvelut alihankintana, eikä tämä edellytys siten myöskään rajaisi pienempien toimijoiden osallistumista pilottiin.

Lausunnon kohteena olevan muistion huomiot tässä asiakohdassa on nähdäksemme oikeat: ”Asiainn 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 näin ei ole, saattaa aiheutua päällekkäisiä terveydenhuollon käyntejä ja kustannuksia julkiselle terveydenhuollolle, jos asiakkaan hoito kokonaisuudessaan ei ole yksityisessä terveydenhuollossa sujuvaa. Toisaalta tutkimusten tuottamista koskevat edellytykset saattavat rajoittaa palveluntuottajien mahdollisuuksia ja halukkuutta osallistua kokeiluun, jolloin kokeilun tavoitteiden saavuttaminen olisi epävarmaa.”

3. Näkemyksenne siitä, että kokeilun mukaisia lääkärinvastaanottokäyntejä 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:

Ks. vastauksemme muihin kohtiin.

Pilotin tavoitteen ytimessä on tarjota nopea hoitoon pääsy, hoidon kannalta tarkoituksenmukaiset tutkimukset ja jatkohoito-ohjeet ja tarvittaessa seurantakäyntejä hoidon niin vaatiessa. Palveluntuottajan pitäisi pystyä tarjoamaan sujuvaa, saumatonta ja jatkuvaa hoitoa yli 65 vuotta täyttäneille. Kuten perustelemme kohdissa 1 ja 2, kyky tuottaa hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista kokonaispalvelua pitäisi olla edellytys pilottiin osallistumiselle.

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.

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Ks. vastauksemme muihin kohtiin.

Pilotin tavoitteen ytimessä on tarjota nopea hoitoon pääsy, hoidon kannalta tarkoituksenmukaiset tutkimukset ja jatkohoito-ohjeet ja tarvittaessa seurantakäyntejä hoidon niin vaatiessa. Palveluntuottajan pitäisi pystyä tarjoamaan sujuvaa, saumatonta ja jatkuvaa hoitoa yli 65 vuotta täyttäneille. Kuten olemme yllä kohdissa 1-3 kattavasti perustelleet, kyky tuottaa hoidon jatkuvuuden kannalta oleellista kokonaispalvelua pitäisi olla edellytys pilottiin osallistumiselle.

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

En kannata tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

On olennaista, että pilotissa mukana oleva palveluntuottaja kykenee tarjoamaan koko hoitoketjun, vastaanoton ja tutkimukset. Vastaava ehto on myös valtion puitejärjestelyssä hankittavien terveyspalvelujen (Hansel) ehdoissa.

Mikäli kokeilussa sallittaisiin esimerkiksi julkisomisteisten laboratorioiden kilpailla asiakkaista yksityisten palveluntuottajien kanssa, huomioitavaksi tulisivat kilpailu-, hankinta- ja valtiontukilainsäädännön vaatimukset.

On oletettavaa, että julkisomisteisten laboratorioiden ulosmyyntihinnat eivät kata palvelun tuottamisen koko kustannusta. Tämä olisi lainvastainen asetelma, mikäli julkisomisteiset palveluntuottajat kilpailisivat samoista asiakkaista kuin yksityiset palveluntuottajat.

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

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoim kenttä perusteluille:

Jos ja kun Kelan tehtävänä olisi valvoa vuosittaisia käyntimääräkattoja, ilman suorakorvausjärjestelmään kuulumista tämä olisi melko mahdotonta. Muistiossa todetaan, että ”Mikäli palveluntuottaja ei olisi liittynyt suorakorvausmenettelyyn, asiakas hakisi itse korvausta Kelasta jälkikäteen.” Tämä taas olisi vastoin pilotin henkeä sujuvasta palvelujen saatavuudesta ja korvattavuudesta.

Vigeliuss Eveliina
Terveystalo konserni