

Lausunto

10.12.2025

Asia: VN/36135/2023

Luonnos hallituksen esitykseksi laeiksi terveydenhuoltolain 7 a §:n, sosiaalihuoltolain ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain 36 §:n muuttamisesta

Taustatiedot lausunnonantajalta

Organisaatio tai vastaajataho

Joku muu

Kysymys viranomaisille, mikä on lausuntoa käsitelleen toimielimen nimi ja käsittelypäivämäärä?

-

Lausunnonantajan lausunto

Onko ehdotus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteista säätämisestä kannatettava?

Kyllä

Perustelut ja lisähuomiot esityksen kannatettavuutteen liittyen.

Kela seuraa Terveystenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) antamia suosituksia ja rajoituksia sekä soveltaa niitä sairausvakuutuslaista (1224/2004) korvattavien hoitojen ja tutkimusten korvausperusteisiin sekä taksaluetteloon.

Sairausvakuutuslain 2 luvun 3 §:n 1 momentin 10 kohdan mukaan korvausta ei makseta hoidosta, joka ei kuulu terveydenhuoltolain (1326/2010) 7 a §:ssä tarkoitettuun palveluvalikoimaan. Jos menetelmä tai hoito rajataan palveluvalikoiman ulkopuolelle, se ei ole korvattavaa myöskään sairausvakuutuksesta.

Kelan näkemyksen mukaan palveluvalikoiman periaatteista säätäminen ei näin ollen vaikuta välittömästi sairausvakuutuslain mukaan korvattaviin hoitoihin ja toimenpiteisiin.

Sairausvakuutuslakiin tehtyjen muiden korvattavuusrajausten vuoksi voi korvausten ulkopuolelle jäädä myös sellaisia hoitoja, jotka kuuluvat terveydenhuoltolain 7 a §:ssä tarkoitettuun palveluvalikoimaan.

**Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten taloudellisista vaikutuksista (jakso 4.2)?
Voitte perustella näkemystänne tähän.**

Valtion talouteen ja julkiseen talouteen kytkeytyvissä vaikutuksista (s. 15) olisi hyvä mainita, että terveydenhuollon palveluvalikoimalla on vaikutusta myös rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain (1201/2013, rajalaki) mukaisten korvausten toimeenpanossa. Kuten muidenkin luonnoksessa mainittujen asioiden osalta, uusien periaatteiden säätämisen ei arvioida itsessään aiheuttavan välittömiä muutoksia maksettavien korvausten määriin, mutta tämä on vaikea arvioida etukäteen. Vaikutukset ovat riippuvaisia siitä, miten hyvinvointialueet palveluvalikoiman uusien periaatteiden valossa jatkossa korvaushakemusten yhteydessä arvioivat vastaavan Suomessa annettavan hoidon tai toimenpiteen.

Antaako esitysluonnos riittävän ja oikean kuvan lakiehdotusten muista vaikutuksista (jakso 4.2)? Voitte perustella näkemystänne tähän.

Ihmisiin kohdistuvat ja yhteiskunnalliset vaikutukset (s. 19):

Jos Suomen terveydenhuollon palveluvalikoima tarkentuisi ja selkeytyisi uusien periaatteiden avulla ja sillä myös edistettäisiin, että eroavaisuudet hyvinvointialueiden välillä kaventuisivat, tällä olisi suora vaikutus myös rajan yli liikkuvien ihmisten yhdenvertaiseen kohteluun. Asiakkaiden oikeus saada korvausta toisessa EU- tai ETA-valtiossa, Sveitsissä tai Ison-Britannian ja Pohjois-Irlannin yhdistyneessä kuningaskunnassa annetusta hoidosta on kytketty heidän oman hyvinvointialueensa palveluvalikoimaan ja siellä annettavaan vastaavan hoidon kustannustasoon. Nykytilassa, kun hyvinvointialueiden välillä voi olla suuriakin eroavaisuuksia, korvattavuus ja korvauksen suuruus ovat riippuvaisia siitä, minkä hyvinvointialueen alueella henkilö vakinaisesti asuu. Tällä hetkellä korvauksia hakenut henkilö on siten yhdenvertaisessa asemassa omalla alueellaan ei-liikkuvien henkilöiden kanssa muttei välttämättä muiden liikkuvien henkilöiden kanssa, jotka hakevat korvauksia vastaavanlaisessa tilanteessa.

Palveluvalikoiman uudet periaatteet ja tiettyjen toimenpiteiden rajaaminen palveluvalikoiman ulkopuolelle saattaisivat lisätä henkilöiden halukkuutta hakea haluamansa palvelu ulkomailta. Koska hoidosta aiheutuneiden kustannusten korvaaminen on kytketty siihen, että hoito kuuluu Suomen palveluvalikoiman piiriin, mahdollinen lisääntyvä liikkuminen ei tältä osin kuitenkaan arvioida lisäävän julkisia menoja. Tässä yhteydessä on kuitenkin huomioitava, että henkilöllä on aina oikeus saada tarvitsemansa mahdollisen jatkohoidon palattuaan takaisin Suomeen.

Vaikutukset viranomaisten toimintaan ja hyvinvointialueisiin (s. 26)

Palveluvalikoiman uusilla periaatteilla ei arvioida olevan suoranaista vaikutusta Kansaneläkelaitoksen rajat ylittävän terveydenhuollon etuuksien toimintaan, koska palveluvalikoimaan kuulumisen ja siihen liittyvä vastaavan hoidon arviointi kuuluu hyvinvointialueiden tehtävien piiriin. Ehdotettujen muutosten toimenpano aiheuttanee

toimintatapamuutoksia palveluvalikoimaan kuulumisen ja vastaavan hoidon arvioinnissa hyvinvointialueella, jolloin muutos aiheuttanee ainakin alussa lisää hallinnollista työtä hyvinvointialueilla myös tämän rajat ylittävää terveydenhuoltoa koskevan tehtävän osalta.

Onko lakiehdotuksilla jotain sellaisia vaikutuksia, joita esitysluonnoksessa ei vielä ole otettu huomioon, ja jos on, niin millaisia vaikutuksia?

-

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Terveydenhuoltolaki 7 a §

Kela esittää, että lain säännöskohtaisiin perusteluihin (s. 33) lisättäisiin maininta Kelan perustoimeentulotukena korvaamasta terveydenhuollosta. Lisäys olisi osaltaan varmistamassa, että julkinen terveydenhuolto ja Kelan maksama perustoimeentulotuki ei etääntyisi toisistaan terveydenhuoltomenojen osalta.

”Palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin ja hyödynnettäisiin kansallisesti julkisen terveydenhuollon palveluvalikoiman määrittelyssä, resurssiallokaatiossa, informaatio-ohjauksessa sekä kansallisessa suositustoiminnassa, esimerkiksi yhtenäisten hoidon perusteiden laadinnassa ja Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositustoiminnassa. Periaatteita sovellettaisiin myös julkisen terveydenhuollon, erityisesti hyvinvointialueiden, kansallisessa ohjauksessa. Palveluvalikoiman periaatteet koskisivat myös muuta julkisesti rahoitettua terveydenhuoltoa, kuten vankiterveydenhuoltoa, korkeakouluopiskelijoiden terveydenhuoltoa, sairausvakuutuslain mukaisia sairaanhoitokorvauksia, sekä Kansaneläkelaitoksen perustoimeentulotukena korvaamaa terveydenhuoltoa ja Kansaneläkelaitoksen päätöksentekoa ulkomailta saadun hoidon korvaamisesta rajat ylittävästä terveydenhuollosta annetun lain perusteella.”

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sosiaalihuoltolaki 30 a §

-

Kommenttinne pykälästä ja säännöskohtaisista perusteluista: Sote-järjestämislaki 36 §

-

Liittyykö esitysluonnoksen mukaisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluvalikoiman periaatteiden soveltamiseen haasteita, ja jos liittyy, niin millaisia ja miten haasteita voisi mielestänne ratkaista?

-

Muita näkemyksiä ja täsmennysehdotuksia?

Kelan mukaan esityksen nykytilaa koskevassa kuvauksessa ei ole kiinnitetty huomiota siihen, että rajat ylittävä terveydenhuolto ei koske pelkästään tilanteita, joissa suomalaiset liikkuvat Suomen rajojen ulkopuolelle ja hakevat korvauksia ulkomailta annetuista terveydenhuollon palveluista aiheutuneista kustannuksistaan. Vastaavasti Suomessa asuu tai oleskelee henkilöitä, joilla ei ole

Suomessa kotikuntaa. Suomeen myös varta vasten matkustaa henkilöitä palveluita saadakseen. Ehdotetuilla palveluvalikoimaa koskevilla periaatteilla olisi vaikutusta myös näissä tilanteissa.

Luonnoksessa tuodaan esille (s. 4), että sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetun lain (612/2021, sote-järjestämislaki) 8 §:n mukaan hyvinvointialueen järjestämisvastuu kattaa niiden alueella asuvat asukkaat. Samassa pykälässä säädetään lisäksi, että muiden kuin hyvinvointialueen asukkaiden oikeudesta saada hyvinvointialueen tarjoamia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja säädetään erikseen. Tällaisista oikeuksista on säädetty suoraan sovellettavan EU-lainsäädännön lisäksi myös Suomen solmimissa kansainvälisissä sopimuksissa ja muualla kansallisessa lainsäädännössä (esim. sote-järjestämislaki 56 § ja 56 a § + uusi 56 b § sekä terveydenhuoltolaki (1326/2010) 50 §). Hallituksen esitykseen olisi syytä lisätä maininta myös muiden asiakkaiden oikeudesta saada Suomessa julkisen terveydenhuollon palveluita.

Kela haluaa myös kiinnittää ministeriön huomion siihen, että rajalain 6.1 §:n mukaan EU- ja ETA-valtiossa vakuutetulla, hakeutuessaan hoitoon Suomen julkiseen terveydenhuoltoon, on oikeus saada hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän järjestettäviä palveluita samojen perusteiden mukaisesti kuin Suomessa asuvat.

Esitysluonnoksessa (s. 6) todetaan, että kustannusten korvaamisesta rajat ylittävissä tilanteissa säädetään rajalaissa. Jos ulkomailla annetusta sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan Suomen lainsäädännön mukaisesti, palveluvalikoimaan kuulumisen on rajalain 9 §:n mukaan edellytys kustannusten korvaamiselle. Kela kiinnittää huomiota siihen, että nykytilakuvaukseen olisi tarvetta lisätä mainintaa myös siitä, että hyvinvointialueen vastuulla on rajalain 12.2 §:n nojalla arvioida jokaisen korvaushakemuksen yhteydessä palveluvalikoimaan kuulumisen sekä mitä palveluita asiakkaalle olisi annettu hyvinvointialueella vastaavassa tilanteessa, jos asiakas olisikin asioinut omassa julkisessa terveydenhuollossa.

Luonnoksessa (s. 28) todetaan seuraavasti: ”Palveluvalikoiman yhdenmukaistamisella on vaikutusta hyvinvointialueiden talouteen sote-järjestämislain 57 §:ssä tarkoitettujen hyvinvointialueiden välisten kustannusten korvausten kautta. Hyvinvointialueet eivät jatkossa joutuisi maksamaan asukkaansa toisella hyvinvointialueella tai toisessa EU-maassa saaman palveluvalikoiman ulkopuolelle rajatun hoidon kustannuksia, kun palveluvalikoimaan sovellettaisiin kansallisesti yhdenmukaisesti”. Palveluvalikoiman piiriin kuulumisen on jo voimassa olevan lainsäädännön mukaisesti rajat ylittävän terveydenhuollon korvauksen edellytyksenä. Lisäksi vastaavan hoidon hyvinvointialueella aiheutunut kustannus rajaa maksettavan korvauksen suuruutta. Asiakas on siten itse vastuussa palveluvalikoiman ulkopuolella olevien palveluiden kustannuksista sekä vastaavan hoidon kustannusten ylimenevästä osuudesta. Kela ei näin ollen rajat ylittävän terveydenhuollon osalta pysty hahmottamaan miten ehdotetuilla muutoksilla olisi suoranaisia vaikutuksia hyvinvointialueiden maksamiin kustannusosuuksiin.

Kela kannattaa, että ehdotettuja terveydenhuoltolain 7 a §:ssä säädettyjä palveluvalikoiman periaatteita sovellettaisiin Kelan järjestämään ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) tuottamiin korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluihin. Kelan näkemyksen mukaan terveydenhuoltolaki ei ole korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollosta annetun lain (695/2019, opiskeluterveydenhuoltolaki) 4.2 §:ssä tarkoitettu terveydenhuollon yleislaki, jonka sisältö tulisi aina kokonaisuudessaan otettavaksi huomioon korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon palveluja järjestettäessä ja tuotettaessa. Terveydenhuoltolaki on pääosin hyvinvointialueita ja kuntia koskeva yleislaki, kuten terveydenhuoltolain 1 §:n soveltamisalaa koskevasta sääntelystä ilmenee. Kelan järjestämään ja YTHS:n tuottamaan opiskeluterveydenhuoltoon ei sovelleta myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annettua lakia (612/2021), kun otetaan huomioon kyseisen lain soveltamisalaa koskeva säännös. YTHS on yksityinen terveydenhuollon palveluntuottaja, vaikka se hoitaa opiskeluterveydenhuoltolaissa säädettyä julkista tehtävää. Opiskeluterveydenhuoltolain 4.2 §:n perusteella on tulkittu, että YTHS:öön sovelletaan niitä terveydenhuollon yleislakeja, joita sovelletaan myös muihin yksityisiin terveydenhuollon palveluntuottajiin.

YTHS:n tuottamiin palveluihin sovelletaan lähtökohtaisesti vain niitä terveydenhuoltolain säännöksiä, joihin erikseen viitataan opiskeluterveydenhuoltolaissa. Opiskeluterveydenhuoltolakia säädettyä ja myöhemmin sitä muutettaessa opiskeluterveydenhuoltolakiin on otettu nimenomaiset viittaussäännökset niihin terveydenhuoltolain säännöksiin, jotka opiskeluterveydenhuoltolakia sovellettaessa tulee ottaa huomioon. Esimerkiksi opiskeluterveydenhuoltolain 3 §:ssä viitataan terveydenhuoltolain 17 ja 23 pykälisiin. Vastaavanlainen lainsäädäntöratkaisu omaksuttiin myös 1.1.2021 alkaen voimaan tulleen opiskeluterveydenhuoltolain 10 §:ssä viittaamalla hoitoon pääsyn enimmäisaikojen osalta terveydenhuoltolain 51 pykälään. Sittemmin hoitoon pääsyn enimmäisaikojen koskeva sääntely sisällytettiin suoraan opiskeluterveydenhuoltolakiin hoitoon pääsyaikojen koskevaa sääntelyä muutettaessa (HE 74/2022), koska lakiteknisesti se katsottiin tarkoituksenmukaisimmaksi sääntelytavaksi. Kelan näkemyksen mukaan on tärkeää, että opiskeluterveydenhuoltolain ja terveydenhuoltolain säännösten välinen systemaattisen kokonaisuus olisi selkeä, jotta oikeustila ei muodostu Kelan ja YTHS:n osalta epäselväksi. Näin ollen opiskeluterveydenhuoltolain 3 §:ssä olisi perusteltua viitata terveydenhuoltolain 7 a pykälään, jotta palveluvalikoiman periaatteet tulisivat sovellettavaksi myös korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollossa.

HE-luonnoksessa todetaan, että lakiehdotuksilla ei ole suoraa vaikutusta Kelan järjestämään vaatimaan lääkinnälliseen kuntoutukseen ja kuntoutuspsykoterapiaan. Jatkossa olisi perusteltua arvioida palveluvalikoiman periaatteita koskevien, soveltuvien säännösten lisäämistä myös kuntoutuslakiin koskien Kelan järjestämää ja korvaamaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa. Kela tuo edellä mainittuun liittyen esille, että sen järjestämät kuntoutuspalvelut perustuvat hyviin kuntoutuskäytäntöihin, kehittämistyön tuloksiin ja tutkittuun tietoon. Kuntoutuspalvelut on tuotteistettu ja niistä on palvelukuvaukset.

Kela on uudistanut viime vuosina harkinnanvaraisen kuntoutuksen palveluvalikoimaa ja työ etenee myöhemmin myös ammatillisen sekä vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin. Vuonna 2024 käynnistyneessä kehittämishankkeessa tarkastellaan ja kehitetään Kelan kuntoutuksen palveluvalikoimaa vastaamaan asiakkaiden kuntoutustarpeeseen huomioiden Kelan rooli palveluiden järjestäjänä. Kehittämistä tehdään yhteistyössä hyvinvointialueiden ja muiden kuntoutustoimijoiden kanssa. Tavoitteena on, että Kelan kuntoutuksen palveluvalikoima vastaa valtakunnalliseen tarpeeseen ja Kelan rooli vastuulleen kuuluvan kuntoutuksen järjestäjänä on selkeä. Kuntoutuspalveluja uudistetaan myös palvelumuotoilun ja sopimuskauden yhteistyön avulla. Tavoitteena on vastata asiakkaiden muuttuviin tarpeisiin, parantaa kuntoutuksen hyödyn siirtymistä arkeen ja lisätä kustannustehokkuutta.

Kuntoutuksen vaikuttavuuden tutkiminen on tärkeää mutta kohtuullisen haastavaa. Tähän vaikuttaa mm. kuntoutuksen laaja-alaisuus: puhutaanko esimerkiksi lääkinnällisestä, ammatillisesta vai sosiaalisesta kuntoutuksesta, eri terapiamuodoista vai kenties menetelmistä tai toimenpiteistä terapian tai kuntoutusjakson sisällä. Kuntoutuminen on prosessi, joka edellyttää kuntoutujan sitoutumista ja aktiivista toimintaa. Toteutuakseen se tarvitsee oikea-aikaisia, usein myös organisaatiosta toiseen saumattomasti jatkuvia hoito- ja kuntoutustoimenpiteitä, ja oikein asetettuja kuntoutustavoitteita. Välillä onkin haastavaa arvioida, missä kohtaa vaikuttavuuden tarkastelua voidaan luotettavasti tehdä. Osa kuntoutuksella tavoiteltavasti vaikutuksista voi näkyä heti (esim. kivun väheneminen), osa vasta viiveellä (esim. työhön palaaminen, työllistyminen tai opiskelun aloittaminen). Joitain kuntoutuksen hyötyjä ja vaikutuksia voi olla vaikeaa todentaa lainkaan.

Prosessinomaisuus aiheuttaa myös sen, että yksittäisen kuntoutustoimenpiteen tai -jakson vaikutuksen arvioiminen voi olla hankalaa: oliko juuri tämä se ratkaiseva tekijä vai oliko nähty hyöty seurausta koko siihenastisesta kuntoutuspolusta. Tämän vuoksi kuntoutuksen vaikuttavuutta tulee tarkastella eri näkökulmista ja ajankohtina sekä menetelmällisesti laaja-alaisesti. Satunnaistetut ja kontrolloidut tutkimusinterventiot ja niiden perusteella tehdyt meta-analyysit sopivat osaan, tyypillisesti terapioiden eri menetelmien vaikutusten arviointiin. Tarvitaan myös mm. real-world-aineistojen analysointia ja kuntoutusprosessien monimenetelmäistä arviointia.

Lisäksi kuntoutuksen vaikuttavuuden arviointi edellyttää kuntoutuksen luonteen ja kuntoutusprosessien tuntemista. Kela tarkastelee järjestämänsä kuntoutuksen tuloksellisuutta hyödyntäen etukäteen valituista työ- ja toimintakykymittareista ja rekistereistä saatua tietoa. Tämän lisäksi tehdään asiakaskyselyitä. Tiedonkeruu on laajaa ja säännöllistä. Tämä arviointi on osa Kelan kuntoutustoimintaa ja asiakkaan kuntoutusprosessia. Lisäksi Kela arvioi mm. monimenetelmällisen implementaatiotutkimuksen keinoin uusien tai uudistettujen kuntoutuspalveluidensa toimivuutta.

Mikäli palveluvalikoiman periaatteita koskevien säännösten lisäämistä kuntoutuslakiin arvioitaisiin jatkossa, tulisi huomioon ottaa se, että kuntoutuksen vaikuttavuus kohdentuu pitkälle aikavälille eikä vaikuttavuus ole nähtävissä samalla aikajänteellä kuin operatiivisissa hoitotoimenpiteissä (kuten esim. lonkkaleikkaukset).

Kuntoutuksessa on usein kyse myös ennakkoinnista ja pitkän aikavälin toimintakyvyn turvaamisesta. Lyhyttä aikajännettä korostavien periaatteiden soveltaminen ei tällöin ole tarkoituksenmukaista. Kuntoutuksen osalta palveluvalikoiman periaatteiden arviointia tulisi tehdä laajalla asiantuntemuksella.

Vaikka ehdotuksessa ei esitetä muutoksia terveydenhuoltolain 68 §:ään, Kela haluaa tuoda esille, että säännöksen nykyinen sanamuoto johtaa käytännössä tulkinnanvaraisiin tilanteisiin. 68 §:n mukaan lääkärin suorittama lääkkeen antaminen tai antamisen valvonta määrittää lääkehoidon kustannusvastuun jakautumisen, mutta laissa tai asetuksessa ei ole täsmennetty, mitä "lääkärin valvonnalla" eri hoitotilanteissa tarkoitetaan.

Hyvinvointialueilla on toisistaan eriäviä käytäntöjä sen suhteen, missä määrin lääkärit osallistuvat lääkkeiden antamiseen kunkin lääkkeen kohdalla. Tämä voi johtaa siihen, että kustannusvastuu määräytyy hoidon järjestämistavan, ei hoidon lääketieteellisen sisällön perusteella.

Apteekkien ja Kelan on käytännössä hankalaa ja työlästä arvioida lääkärin osallistumista ja kustannusvastuun lainmukaista jakautumista lääkekorvausten toimeenpanossa. Reseptistä tai lääketoimituksesta ei ilmene tietoa, jonka perusteella lääkärin valvontaa lääkkeen antamisessa olisi mahdollista arvioida, minkä vuoksi kustannusvastuun määrittely ei ole luotettavasti mahdollista ilman erillisiä selvityksiä.

Tällä hetkellä hyvinvointialueet kokevat lainsäädännön epäselväksi ja käytännöt kustannusvastuuseen liittyen vaihtelevat. Potilaat voivat joutua asuinpaikastaan riippuen toisiinsa verrattuna eriarvoiseen asemaan lääkekustannusten osalta. Epäselvä kustannusvastuurajaus voi lisäksi johtaa sairausvakuutukselle ennakoimattomiin lisäkustannuksiin.

Kela katsoo tärkeäksi, että kustannusvastuun määräytymisen perusteet ovat valtakunnallisesti selkeät ja yhdenmukaiset sekä perustuvat hoidon sisältöön. Tätä taustaa vasten Kela pitää tarpeellisenä, että terveydenhuoltolain 68 §:n tulkintaa selkeytetään, ja että hyvinvointialueilla on käytössään yhtenäiset perusteet sen arvioimiseksi, milloin lääkkeen antaminen tapahtuu 68 §:ssä tarkoitetulla tavalla lääkärin valvonnassa. Kelan näkemyksen mukaan on myös aiheellista arvioida, tulisiko lääkärin valvonnan sisältöä täsmentää 68 §:n nojalla annettavalla tarkemmalla sääntelyllä.

Kela pitää ehdotettuja muutoksia terveydenhuoltolain 7 a §:ään perusteltuina. Myös säännöksen täsmennys mahdollisuudesta käyttää palveluvalikoimaan kuulumattomia menetelmiä vakavasti henkeä tai terveyttä uhkaavissa tilanteissa on perusteltu terveydenhuollon järjestäjän näkökulmasta.

Palveluvalikoiman sisältöä koskevilla periaatteilla on käytännössä läheinen yhteys terveydenhuoltolain 68 §:ssä säädettyyn lääkehoidon kustannusvastuuseen. Erityisesti yhdenvertaisuuden ja kustannusvaikuttavuuden toteutuminen edellyttää, että myös palvelujen rahoituskanava määräytyy ennakoitavasti ja yhdenmukaisesti. Nykyinen 68 §:n sanamuoto, erityisesti lääkärin valvontaa koskevan käsitteen tulkinnanvaraisuus, on osoittautunut haasteelliseksi ja johtanut vaihteleviin tulkintoihin ja käytäntöihin hyvinvointialueilla.

Kela katsoo tärkeäksi, että kustannusvastuun määräytymisen perusteet ovat valtakunnallisesti selkeät ja hoidon sisällön mukaiset. Tältä osin olisi tarkoituksenmukaista arvioida, tulisiko terveydenhuoltolain 68 §:ssä tarkoitettua lääkärin valvonnan sisältöä täsmentää tarkemmalla ohjeistuksella, jotta sekä palveluvalikoiman periaatteet että kustannusvastuun yhdenvertaisuus toteutuvat käytännössä.

Kela pitää tärkeänä, että kustannusvastuun jakautumista seurataan valtakunnallisesti, jotta mahdolliset osaoptimoinnin rakenteet voidaan tunnistaa ja potilaiden yhdenvertainen kohtelu varmistaa. Kela voi tuottaa seurantaan oman toimialansa tiedot avohoidon korvattavista lääkkeistä sekä toimittaa STM:lle tilastot ja havainnot sairausvakuutusmenoista ja alueellisista eroista. Kelalla ei kuitenkaan ole näkyvyyttä sairaala-apteekkien tietoihin eikä toimivaltuuksia arvioida sairaalassa annettavia lääkkeitä, joten Kela ei voi muodostaa kustannusvastuusta kattavaa kokonaiskuvaa. Kokonaisseuranta edellyttää STM:n ohjausta sekä sitä, että hyvinvointialueet toimittavat STM:lle tiedot sairaalassa annettavista lääkkeistä.

Huttunen Maarit
Kansaneläkelaitos - Etuuksien ja palveluiden suunnitteluyksikkö