

Asia: VN/31199/2024

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

### Lausunnonantajan lausunto

#### **Lausuttavaa korvausmallin sisällöstä?**

IBD ja muut suolistosairaudet ry näkee yli 65-vuotiaiden valinnanvapauskokeilussa hyviä mahdollisuuksia julkisen perusterveydenhuollon hoitoon pääsyn parantamiseen. Kokeilu on merkityksellisin perusterveille henkilöille, joiden palveluiden tarve on satunnaista. Pitkäaikaissairaiden näkökulmasta esitys sisältää kuitenkin haasteita, jotka vaativat parempaa tarkastelua. Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät ikääntyessä, joten niiden parempi huomiointi on esityksen kannalta myös tarkoituksenmukaista. Esitetyt käyntirajoitukset sekä korvattavien tutkimusten laajuus eivät ole riittäviä monien pitkäaikaissairauksien diagnosointiin tai seurantaan.

Esityksessä ei riittävästi huomioida, kuinka jatkotutkimuksia tarvitsevan potilaan hoidon jatkuvuus turvataan tilanteissa, joissa tämä ei kykene jatkamaan yksityisessä terveydenhuollossa käyntirajoitusten tai taloudellisten syiden vuoksi. Esityksessäkin todetaan, että käyntirajoitusten jälkeen sekä lisätutkimusten osalta yksityisen terveydenhuollon käyttöä jatkaisi todennäköisimmin vain suurituloisimmat, joilla olisi varaa kustantaa omavastuuosuuden merkittävä nousu. Hoitovastuun siirtelystä aiheutuu hoidon viivästymistä sekä ylimääräisiä kustannuksia, jos samoja toimenpiteitä ja tutkimuksia toteutetaan usean toimijan taholta.

Laboratoriotutkimusten korvattavuus on kannatettavaa, mutta ne eivät nykyisessä laajuudessaan ole riittäviä useiden yleistyvien pitkäaikaissairauksien, kuten suolistosairauksien, diagnosointiin. Suolistosairauksien diagnosoinnin kannalta olennaiset täyhystystutkimukset on myös rajattu korvattavuuden ulkopuolelle. Tämä tarkoittaa, että moni tulee siirtymään julkisen terveydenhuollon puolelle jatkotutkimuksiin.

THL:n tilastojen mukaan tammikuussa 2025 ruokatorven, mahalaukun tai suoliston täyhystyksissä 18,6 % oli odottanut hoitoa yli 3 kuukautta ja 5,3 % yli puoli vuotta (THL, Erikoissairaanhoidon hoitoonpääsy jonoryhmittäin, 2025). Tilanne on erityisen haastava Pohjois-Karjalassa, jossa THL:n tilastojen mukaan peräti 66,7 % oli odottanut täyhystykseen pääsyä yli puoli vuotta tammikuussa 2025. Kokeilun riskinä on, että julkisen erikoissairaanhoidon kapasiteetti ei riitä vastaanottamaan samanaikaisesti sekä julkiselta että yksityiseltä puolelta tulevia jatkotutkimuspotilaita. Suolistosairauksiin liittyvien tutkimusten huomioiminen osana valinnanvapauskokeilua on tärkeää,

sillä kyseiset sairaudet lisääntyvät suomalaisilla ikääntyvillä voimakkaasti. (ks. lisätietoa Muut kommentit-kohdasta)

Kannattamme hintakaton asettamista korvattaville palveluille, jottei hoidon saatavuuden parantamiseen kohdennetut varat kohdennu epätarkoituksenmukaisesti. Asiakkaalta ei saa periä kokeilun piiriin kuuluvista käynneistä palvelu- tai toimistomaksuja. Yhdymme vahvasti Reumaliiton näkemykseen kustannusten läpinäkyvyydestä ja ennakoitavuudesta erityisesti tilanteissa, joissa käyntimäärät ylittyvät tai tutkimukset eivät sisälly korvausten piiriin. Kannattamme myös Reumaliiton ehdotusta selvittää, voisiko julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen enimmäismäärää eli maksukattoa kerryttää myös kokeilun omavastuuosuuksilla.

Esityksessä todetaan, että on mahdollista, että asiakas voi saada suorakorvauksen lääkärikäynnistä, vaikka käyntejä olisi jo kertynyt enimmäismäärä. Kela voi tällöin periä korvauksen takaisin. Tämän riskin minimoimisesta on varmistuttava, sillä tällä hetkellä esityksessä ei kiinnitetä riittävästi huomiota eri toimijoiden välisen sujuvan tiedonsiirron – ja sitä kautta myös hoidon jatkuvuuden – varmistamiseen. Asiakas ei saa joutua yllättävien takaisinperintöjen kohteeksi eikä riskin minimoimista voi jättää ainoastaan kansalaisille. Kaikkien lääkärikäyntien muistaminen sekä käyntien erottaminen julkisen ja yksityisen terveydenhuollon välillä voi olla haastavaa erityisesti muistisairaille tai useita terveyspalveluita käyttäville.

Yhdymme Reumaliiton näkemykseen tarpeesta ottaa etävastaanotot osaksi yksityisten terveysten palveluiden korvattavuutta. Etävastaanotot olisivat hyödyllisiä erityisesti niille, joilla on haasteita palveluiden alueellisessa saatavuudessa tai joiden liikkuminen on jostakin syystä rajoitettua. Monelle suolistosairaalle kotoa poistuminen voi olla erittäin haastavaa kipujen tai äkillisten wc-tarpeiden vuoksi.

### **Lausuttavaa vaikutustenarvioinnista?**

IBD ja muut suolistosairaudet ry katsoo, että vaikutustenarvioinnissa ei ole riittävästi tarkasteltu pitkäaikaissairaita sekä heidän tarpeitaan. Yhdymme Reumaliiton ehdotukseen siitä, että hallitus tarkastelee esitystä ja sen vaikutuksia pitkäaikaissairaisiin vielä tarkemmin. Vaikutusten arvioinnissa tulisi huomioida myös paremmin erikoissairaanhoidon kohdistuva mahdollinen lisäpaine, joka syntyisi jatkotutkimuspotilaiden lisääntyneistä määristä.

Katsomme tärkeäksi pohtia sitä, kuinka määräaikaisen kokeilun jälkeen toimitaan, ja kuinka oikea-aikainen hoitoon pääsy turvataan hyvinvointialueilla. Ymmärrämme tarpeen hoitojonojen nopealle purkamiselle, mutta yhdymme myös SOSTEn näkemykseen siitä, että resursseja olisi yksittäisten kokeilujen sijaan ohjattava pitkäjänteisesti hyvinvointialueiden perusterveydenhuollon vahvistamiseen. Valinnanvapauskokeilu ei saa olla tie uuteen normaaliin, jossa hyvinvointialueiden tehtäväkenttä rajautuu pitkäaikais- ja monisairaisiin.

Esityksessä on tarkasteltava paremmin kuinka siirtymä yksityisen ja julkisen sektorin välillä toteutetaan, jotta hoito toteutuu oikea-aikaisesti ja sujuvasti ilman katkoksia. Kokeilun suurena riskinä on hoidon pirstaloituminen, kun siirto julkiselle puolelle on aiheellista. Hallitus tavoittelee hoidon jatkuvuuden parantamista esimerkiksi Omalääkäri-mallin avulla, joten jatkuvuuden pohtiminen on olennaista myös valinnanvapauskokeilua käsiteltäessä.

Suhtaudumme kuitenkin myönteisesti mahdollisuuteen, jossa yleislääkärin vastaanotolle pääsisi aikaisempaa nopeammin ja helpommin. Monien suolistosairauksien hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa, jolloin muun muassa avun saaminen ärtyvän suolen oireyhtymään (IBS), divertikuloosiin tai mikroskooppiseen koliittiin voi olla vaikeaa. Osana kokeilua on taattava

yleislääkärien mahdollisuudet konsultaatioihin, jotta kokeilusta saataisiin paras mahdollinen hyöty ilman julkisen puolen erikoissairaanhoidon kuormittamista.

## **Muut kommentit:**

Erilaiset suolistosairaudet lisääntyvät Suomessa voimakkaasti. Esimerkiksi tulehduksellisia suolistosairauksia (IBD) sairastavia on jo yli 62 000 ja uusia diagnooseja tehdään vuodessa yli 3 000 (Kela, Voimassa olleet, alkaneet ja päättyneet lääkekorvausoikeudet, 2024). IBD:ssä suolisto on kroonisesti tulehtunut vaikuttaen kokonaisvaltaisesti sairastavan terveyteen ja hyvinvointiin. Vielä 2010-luvun alussa IBD-diagnooseja tehtiin vuodessa noin 2 000.

Kelan tilastojen mukaan yli 60-vuotiaiden IBD:tä sairastavien määrä on yli viisinkertaistunut tämän vuosituhannen puolella; vuonna 2001 diagnosoituja oli yhteensä 4 354 ja vuonna 2024 jopa 22 222. Osaltaan kasvua selittää väestön ikääntyminen, mutta kasvua on myös uusissa diagnooseissa. Vuonna 2000 yli 65-vuotiaana IBD-diagnoosin sai 223 henkilöä, kun vuonna 2024 luku oli lähes kolminkertainen 622 henkilöllä. IBD:n hoito toteutetaan suurimmaksi osaksi erikoissairaanhoidossa.

Monen suolistosairauden, kuten IBS:n eli ärtyvän suolen oireyhtymän, sappihapporipulin, divertikuloosin ja mikroskooppisen koliitin hoito tapahtuu perusterveydenhuollossa. Moneen sairauteen liittyy yhä paljon tietämättömyyttä, jonka vuoksi yleislääkärien mahdollisuudet erikoisalojen konsultointiin tulisi varmistaa. Tällöin useita eri sairauksia kyettäisiin hoitamaan osana valinnanvapauskokeilua.

Näemme myös tarpeellisena selvittää mahdollisuutta esimerkiksi ravitsemusterapeuttien huomioimiseen osana kokeilua. Ravitsemus on terveyden kulmakivenä keskeinen ennaltaehkäisevä tekijä monissa sairauksissa, ja siihen liittyvät haasteet ovat ikääntyvillä yleisiä. Yleislääkäri ei kuitenkaan välttämättä ole ravitsemuksen ammattilainen. Ravitsemusterapeuttien saatavuus tarpeeseen nähden on julkisessa terveydenhuollossa riittämätön.

Vuonna 2021 julkisessa perusterveydenhuollossa toimi ainoastaan 72 ravitsemusterapeuttia. Väkilukuun suhteutettuna v. 2021 luku tarkoitti yhtä ravitsemusterapeuttia 77 000 asukasta kohden (RTY ja Agronomiliitto, 2021). Tuloksellisen ravitsemushoidon toteuttamiseksi tarve olisi kuitenkin vähintään yksi perusterveydenhuollon ravitsemusterapeutti 20 000 asukasta kohden. Suolistosairauksien lisääntyessä myös ravitsemushoidon tarve lisääntyy, jonka vuoksi ravitsemushoidon haasteet tulisi huomioida myös valinnanvapauskokeilussa. Se voisi parantaa myös ravitsemusterapeuttien alueellista saatavuutta.

## **1. Näkemyksenne vastaanottotyyppejä koskevista velvoitteista palveluntuottajille?**

Kannatan läsnävastaanottojen tarjoamista koskevan velvoitteen asettamista.

## **Avoin kenttä perusteluille:**

Lähtökohtana tulisi olla, että potilaalla on aina mahdollisuus valita läsnä- ja etävastaanoton välillä. Ideaalitulanteessa kaikki palveluntuottajat kykenisivät tarjoamaan sekä läsnä- että etävastaanottoja, mutta erityisesti pienille yrityksille se ei välttämättä ole mahdollista. Ikääntyvien kohdalla ensijaisesti tarjolla tulee olla kuitenkin läsnävastaanottoja, joiden lisäksi voitaisiin tarjota etäpalveluita. Pelkästään etäpalveluiden tarjoaminen ei ole asianmukaista kohderyhmän huomioiden.

## **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:**

Velvoite helpottaisi tutkimuksiin pääsyä laajemman palveluverkon kautta sekä vähentäisi julkisen terveydenhuollon rasitusta. Kaikkien palveluntuottajien on osallistuttava kokeiluun samoilla pelisäännöillä ja taloudellisilla ehdoilla.

**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:**

Potilaan kannalta on tärkeää, että hoito ja tutkimukset saadaan samasta paikasta. Muissa tilanteissa riskinä on päällekkäiset käynnit, tutkimukset sekä kustannukset. Toisaalta esityksessä on huomioitava, että nykyinen kapeahko tutkimusvalikoima voi johtaa julkisen terveydenhuollon ylimääräiseen rasitukseen lisätutkimusten lisääntyessä.

**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:**

Potilaan kannalta on tärkeää, että hoito ja tutkimukset saadaan samasta paikasta eikä asiakkaita pallotella tarpeettomasti eri toimijoiden välillä. Riskinä olisi myös julkisen sektorin laboratoriotoiminnan ylikuormittuminen, joka ei olisi esityksen tavoitteen mukaista. Velvoite on erityisesti ikääntyneiden asiakkaiden kannalta tärkeä.

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

En kannata tätä velvoitetta.

**Avoin kenttä perusteluille:**

Laboratoriotutkimukset ovat osa hoidon kokonaisuutta. Tutkimukset sekä tutkimusten tulkinta tulisi saada samasta paikasta joko palveluntuottajan omana tai alihankittuna toimintana. Tämä vähentää asiakkaiden pallottelua eri toimijoiden välillä.

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

Kannatan tätä velvoitetta.

**Avoin kenttä perusteluille:**

IBD ja muut suolistosairaudet ry katsoo, että suorakorvaus on edellytys sille, että kokeilu saadaan toteutettua potilaiden näkökulmasta sujuvasti. Monilla ikääntyneillä ei olisi mahdollisuuksia

hakeutua hoitoon ilman suorakorvauksia. Korvausten hakeminen jälkikäteen monimutkaistaisi järjestelmää, joka ei ole tavoitteiden mukaista.

Arvola Elisa

IBD ja muut suolistosairaudet ry - Elisa Arvola, sosiaali- ja terveysturvan asiantuntija