

22.11.2024

Sosiaali- ja terveystieteiden
StV@eduskunta.fi

HE 174/2024 vp

HUS-yhtymän lausunto eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden hallituksen esityksestä laiksi sairausvakuutuslain 3 luvun 3 §:n muutta- misesta

HUS-yhtymä kiittää mahdollisuudesta antaa lausunto hallituksen esityksestä, jossa ehdotetaan muutettavaksi sairausvakuutuslakia.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelmakirjausten mukaan hallitus pyrkii toimillaan keventämään hyvinvointialueiden taakkaa. Hallitusohjelmassa on myös kirjaus yhteiskunnan lapsi- ja perhemyönteisyyden vahvistamisesta. Selonteossa etsitään toimenpiteitä, jotka vaikuttaisivat positiivisesti syntyvyyteen.

Lausuttavana olevan esityksen tavoitteena on lisätä hedelmöityshoitoja sairautensa perusteella tarvitsevien mahdollisuuksia hakeutua hoitoihin yksityiselle sektorille ja edistää syntyvyyttä.

Sairausvakuutuksen yksityisen hoidon ja tutkimuksen korvauksiin lisättäisiin oikeus korvaukseen hedelmöityshoidoista. Korvausoikeus olisi sairausperusteinen.

Yleistä

KELA-korvausten maltillinen palauttaminen voi tukea hyvätuloisten henkilöiden haakeutumista yksityissektorin hoitoihin, mutta hoidon korvausperusteisiin tulee suhtautua kriittisesti. Yleisellä tasolla esityksessä on useita ristiriitaisuuksia. Arvioimme, että esitetty muutos ei auta saavuttamaan hallitusohjelmassa määriteltyjä tavoitteita, mutta se voi lisätä hoitojen kokonaiskustannuksia.

1. Hyvinvointialueiden taakka ja hoitojonot

Hedelmöityshoitojen KELA-korvausten poisto vuonna 2023 ei vaikuttanut julkisten palvelujen kysyntään merkittävästi. HUSin Lisääntymislääketieteen

22.11.2024

yksikön lähete- ja potilasmäärät ovat olleet samankaltaiset vuosina 2021–2023. Arvioimme, että suunniteltu KELA-korvauksen palauttaminen ja korvaustason muutos eivät vastaavasti tule vähentämään julkisten palvelujen kysyntää. Tämä on jo aiemmin osoitettu muilla erikoisaloilla.

KELAn tuoreen selvityksen mukaan tänä vuonna jo toteutettu korvausmallin muutos lisäsi käyntejä vain noin 2 prosenttia, mutta Kela-korvausmenot näistä käynneistä ovat kolminkertaistuneet viime vuoden vastaavaan ajanjaksoon nähden. Hyvätuloisille kohdentui enemmän lisäeuroja kuin pienituloisille. Korvaustason nousu on johtanut yksityisen sektorin hintojen nousuun, mikä on huomioitava myös hedelmöityshoitojen korvausperusteista säädettyä. Maailmanlaajuisesti hedelmöityshoidot ovat hyvin tuottoisa liiketoiminta ja yksityissektorilla tarjotaan hoitoja ja hoitojen lisäosia, joista ei ole hyötyä mutta jotka nostavat kustannuksia merkittävästi.

Kuten esityksessä todetaan (s. 8 ja s. 9), julkisella sektorilla ei tällä hetkellä ole hoitojonoja muihin hedelmöityshoitoihin kuin lahjasoluilla tehtäviin hoitoihin, jotka eivät ole hoitotakuun piirissä ja joiden saatavuuteen vaikuttaa luovuttajien määrä. **Hoitojonot eivät siis aiheuta syytä aloittaa hoidot yksityisellä sektorilla.**

Tuen kohdistaminen yksityisen sairaanhoidon palveluihin lisää julkisen sektorin taakkaa, sillä se aiheuttaa hedelmöityshoitotalan ammattilaisten siirtymisen yksityisen sektorin palvelukseen korkeamman ansiotason ja pätevyysselvollisuuden puuttumisen vuoksi. Tämä pahentaa julkisen sektorin työvoimapulaa, pidentää hoitojonoja sekä vaikeuttaa naistentautien ja synnytysten pätevystoiminnan ja ammattilaisten koulutuksen järjestämistä. On huomioitava, että yksityissektorin hedelmöityshoitoihin liittyvä pätevystoiminta (esimerkiksi komplikaatioiden ja keskenmenojen hoito) toteutetaan julkisella sektorilla ja siihen tulee olla riittävä osaaminen ja henkilöstö. Julkisessa terveydenhuollossa hoidetaan myös laajempaa ja vaikeampaa potilasjoukkoa (muun muassa keskitetyt alkiodiagnostiikkahoidot, syöpäpotilaiden hedelmällisyyden säilyttäminen, vaikean endometrioosin hoito) ja näiden hoitojen turvaaminen edellyttää riittävän suurta omaa toimintaa.

Tällä hetkellä KELA myöntää korvausta ulkomailla toteutetusta hoidosta. Kokemuksemme on, että KELA:n konsultaatiot hoidon korvausten perusteista ovat lisääntyneet valtavasti, ja uusi iso tehtäväkokonaisuus on valunut erikoissairaanhoitoon. Tämä ei helpota julkisen puolen painetta ja on pois potilashoidosta.

Lausuttavana olevan esityksen viesti on: hallitus ottaa julkisesta terveydenhuollosta pois ja antaa yksityiseen terveydenhuoltoon.

22.11.2024

2. Julkisen sektorin hoidot perustuvat tutkimusnäyttöön ja ovat kustannustehokkaita

Esityksessä (s. 6) mainitaan, että korvausten tehtävänä ei ole ollut luoda vakuutetuille oikeuksia julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaa laajempaan palveluvalikoimaan tai toimia tulojen tasaajana, vaan korvata tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia. Toisaalta esityksessä arvioidaan, että ehdotettu muutos lisää yli 40-vuotiaiden naisten mahdollisuutta hakeutua hedelmöityshoitoihin.

Ehdotuksessa ei mainita, että julkisen sektorin hoidon rajaukset, jotka liittyvät muun muassa henkilön ikään tai tuloksettomien hoitokiertojen määrään, liittyvät hoidon ennusteeseen ja tehokkuuteen. Niiden taustalla ovat THL:n laatimat yhtenäisen kiireettömän hoidon perusteet. Naisen ikä on merkittävin hedelmällisyyteen vaikuttava tekijä ja se vaikuttaa erityisesti sukulolujen laatuun ja määrään siten, että hedelmöityshoitojen onnistumistodennäköisyys huonontuu merkittävästi. Julkisen sektorin tämänhetkiset rajaukset ovat verrattavissa muiden Pohjoismaiden hoidon rajauksiin.

Esityksessä väitetään, että muutos parantaisi merkittävästi niiden henkilöiden ja pariskuntien tilannetta, jotka kärsivät lääketieteellisistä syistä johtuvasta lapsettomuudesta. Arviomme mukaan tämä ei pidä paikkaansa, sillä **valtaosa lääketieteellisistä syistä johtuvasta lapsettomuudesta hoidetaan jo julkisessa terveydenhuollossa.** Iästä johtuva hedelmällisyyden lasku on normaali fysiologinen tapahtuma, ei lääketieteellinen diagnoosi, eikä sitä ole mahdollista korjata hedelmöityshoidoilla.

On tärkeää, että hoidon kriteerit ovat yhdenmukaiset julkisesti rahoitetussa hoidossa, ja niistä esitystä valmistelee tällä hetkellä Palveluvalikoimaneuvosto. Tiedetään, että tällä hetkellä merkittävä syntyvyyteen vaikuttava haaste on raskaustoiveen siirtäminen myöhäisemmälle iälle. Lausuttavana oleva esitys saattaa antaa väärän viestin siitä, että raskaustoiveen siirtäminen myöhäiselle iälle olisi kannattavaa.

On myös huomioitava, että ensisijainen tavoite ei tule olla hoitosyklien määrä, vaan hedelmöityshoitojen ensisijainen tavoite on parille tai henkilölle syntyvä lapsi. Synnytyksen todennäköisyys aloitettua hoitoa kohden laskee alle 10 prosentin yli 40-vuotiailla naisilla aloitetuissa hoidoissa.

Lapsettomat potilaat ovat erityisen haavoittuva ihmisryhmä. Useat kansainväliset tutkimukset osoittavat, että yksityisellä sektorilla tarjotaan hoitoja, joiden hyödyistä tai kustannusvaikuttavuudesta ei ole näyttöä. Tämä on olennainen huomioitava asia, kun KELA-korvauksien perusteista päätetään (The fertility industry: profiting from vulnerability. The Lancet, Volume 404, Issue 10449, 215. [The fertility industry: profiting from vulnerability - The Lancet](#))

22.11.2024

3. Julkisen sektorin tukeminen on tasa-arvoisin vaihtoehto

Väestöliiton selvitykset ovat osoittaneet, että lapsettomuus on yleisintä alimmissa tuloluokissa ja matalimmin koulutetuilla henkilöillä (<https://www.vaestoliitto.fi/verkkojulkaisut/tilastoja-syntyvyydesta/>). Yksityisen sektorin tuki kohdistuu kuitenkin pääsääntöisesti ylimpiin tuloluokkiin ja pahentaa terveydenhuoltojärjestelmämme eriarvoisuutta.

Olemme samaa mieltä siitä (s. 12), että muutoksilla ei todennäköisesti olisi vaikutusta niiden henkilöiden yksityisten terveyspalveluiden käyttöön, jotka korvausten tasosta riippumatta käyttäisivät yksityisiä palveluita. Keski- ja pienituloisten ei välttämättä ole jatkossakaan taloudellisia mahdollisuuksia käyttää yksityisen sektorin palveluita. Käytännössä jo hedelmöityshoidoissa käytettävien lääkkeiden kustannukset ovat osalle potilaistamme ylitsepääsemättömiä ja vaikuttavat hoitoon hakeutumiseen.

Yhdenvertaisuuden toteutuminen hedelmöityshoitojen saamisessa painottuu julkisen terveydenhuollon kykyyn tuottaa tarpeelliset palvelut niitä tarvitseville. Siksi julkisen terveydenhuollon toimintakyky tulee tukea.

4. Muut huomiot

Kohta 2.3 Hedelmöityshoidot: Esityksessä ehdotetaan, että hedelmöityshoidoista saisi yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksen. Hedelmöityshoitona korvattaisiin naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin suorittama hedelmöityshoitoihin kuuluva toimenpide sekä tällaisen erikoislääkärin määräämä tutkimus- ja hoitotoimenpide silloinkin, kun toimenpiteen on tehnyt sairausvakuutuslaissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö. Esityksessä jää epäselväksi, mitkä tutkimus- ja hoitotoimenpiteet olisivat korvattavia ja miltä osin. Asiaan tulee suhtautua kriittisesti ottaen huomioon myös tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tieteellisen näytön ja kustannusvaikuttavuuden (viittaamme kohtiin 1 ja 2).

Esityksellä tavoitellaan positiivista vaikutusta syntyvyyteen. Kansainvälisen asiantuntijaryhmän tuoreessa julkaisussa on arvioitu, että hedelmöityshoitojen hyvän saatavuuden vaikutus Hedelmällisyyslukuun (Total Fertility Rate) on vain noin 0,05-0,1. ([Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature](#). Human Reproduction Update 2024; 30(2), 153-173). Fertility Europe on myös äskettäin tehnyt tutkimuksen hedelmöityshoitojen saatavuudesta Euroopassa. Selvityksen mukaan Suomen tilanne on erittäin hyvä: Suomi saavutti 75,3 % asetetuista tavoitteista ollen Tanskan tasolla (75,7 %). Ruotsin luku oli 68,5 %.

22.11.2024

Syntyvyyteen ja hedelmöityshoitojen kysyntään merkittävästi vaikuttava tekijä on ras-
kaustoiveen siirtäminen myöhäiselle iälle. Hedelmällisyystietoisuutta, parisuhteiden
kestävyyttä, ja nuorten perheiden mielenterveyttä ja taloudellista tilannetta tulisi tukea.
Näin hedelmöityshoitoihin varatut resurssit voitaisiin tulevaisuudessa kohdentaa en-
tistä paremmin heille, jotka tarvitsevat hoitoja lääketieteellisestä syystä.

Markku Mäkijärvi
johtajaylilääkäri
HUS-yhtymä