Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta

Asia: Asiantuntijalausunto HE 195/2024 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain 2 ja 3 luvun muuttamisesta

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt Suomen Gynekologiyhdistys ry:ltä (jäljempänä SGY) lausuntoa otsikon asiassa. SGY:n hallitus kiittää lausuntopyynnöstä ja esittää seuraavaa:

Naistentautien ja synnytysten alan tärkeimpiä tavoitteita on taata tasa-arvoiset, korkealaatuiset ja näyttöön perustuvat gynekologian, synnytysopin ja lisääntymisterveyden palvelut koko väestölle.

Gynekologisten oireiden ja sairauksien tunnistaminen perusterveydenhuollossa on paikoin osoittautunut puutteelliseksi. Esimerkiksi endometrioosin diagnostinen viive voi olla jopa 6–9 vuotta (Härkki ym. 2011). Tämä luonnollisesti viivästyttää myös hoidon aloittamista. Lisäksi useissa suomalaisissa tutkimuksissa on todettu yleisten gynekologisten sairauksien, kuten endometrioosin, munasarjojen monirakkulaoireyhtymän ja virtsankarkailun (Rossi ym. 2021, Kujanpää ym. 2022, Salo ym. 2024) sekä vaihdevuosioireiden (Saarinen ym. 2024) yhteys alentuneeseen työkykyyn jo alle 50-vuotiaassa väestössä. Edellä mainittujen tilojen asianmukaisella hoidolla voitaisiin edistää ihmisten pysymistä työelämässä ja mahdollisesti saavuttaa myös yhteiskunnallisia hyötyjä.

Sairauksien ennaltaehkäisyssä perusterveydenhuollon laaja-alaisen osaamisen omaavat yleislääkärit ovat avainasemassa. Useiden gynekologisten sairauksien ennaltaehkäisy vaatii potilaan kokonaisvaltaista hoitoa ja pitkäaikaissairauksien huomioimista. Monen gynekologisen ongelman hoito (muun muassa raskaudenehkäisy, kuukautishäiriöt, menopaussi, virtsankarkailu) voidaan aloittaa ja seurata ilman vaginaalista ultraäänitutkimista ja erikoislääkärin tekemä gynekologinen tutkimus ultraäänitutkimuksineen tarvitaan vasta vaivan pitkittyessä tai hankaloituessa. Olisikin siis tärkeää taata ja myös parantaa perusterveydenhuollon resursseja ja osaamista gynekologisten sairauksien hoidossa. Vaikuttavia toimia naistentautien ja synnytysten alan palveluiden tukemiseksi perusterveydenhuollossa tulisi etsiä. Esimerkiksi terveyskeskukseen jalkautettu konsultoiva gynekologi saattaisi tukea ja parantaa julkisen terveydenhuollon palveluita ja osaamista, mikä vähentäisi tarvetta lähettää potilas erikoissairaanhoitoon.

Yksityiset palveluntuottajat ovat täydentäneet julkista palvelujen tarjontaa ja mahdollistaneet pääsyn naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin vastaanotolle myös sellaisten vaivojen vuoksi, jotka eivät kuulu julkisen erikoisairaanhoidon hoidettavaksi tai joiden jatkoseuranta on julkisella puolella lopetettu. Osa potilaista on ohjautunut yksityisgynekologin vastaanotolle perusterveydenhuollon tai työterveyshuollon riittämättömän osaamisen tai välineistön puutteiden vuoksi. Osa konservatiivisesti tai seurannalla hoidettavista sairauksista (esimerkiksi erilaiset vuotohäiriöt tai hyvänlaatuiset, mutta seurantaa vaativat kohdun tai munasarjan muutokset) on potilaan valintaan perustuen saatettu hoitaa kokonaan yksityisgynekologin vastaanotolla. Näissä tilanteissa yksityisessä sairaanhoidossa annettu hoito on vähentänyt julkisen sairaanhoidon hoidontarvetta. Oireettomien naisten rutiininomaisista gynekologisista tarkastuksista ei ole kuitenkaan tutkimuksissa voitu osoittaa terveyshyötyä. Synnytysopin palvelut on pääasiassa toteutettu perusterveydenhuollon neuvolapalveluiden ja julkisen erikoissairaanhoidon yhteistyönä.

Sairausvakuutuslakia muutettaessa ja korvauksista päätettäessä on huomioitava koko terveydenhuollon kokonaisuus. Sairausvakuutuslain muuttamisen todellista vaikuttavuutta julkisen sairaanhoidon jonoihin ja hoitoon pääsyyn on vaikea arvioida.

Yksityisen sairaanhoidon tuen merkittävä lisääminen voi lisätä osaavan henkilökunnan siirtymistä yksityiselle sektorille ja pahentaa julkisen sektorin työvoimapulaa. Lisääntyvät käynnit yksityisgynekologilla saattavat vaikuttaa julkisen

erikoissairaanhoidon jonoihin joko lisäten niitä (uudet lähetteet esimerkiksi leikkaushoidon arviota varten) tai vähentäen niitä (asia saadaan hoidettua yksityisgynekologin vastaanotolla). Tällä hetkellä hoitotakuun mukainen 3 kk sisällä tapahtuva pääsy arvioon naistentautien poliklinikalle ei toteudu kaikilla hyvinvointialueilla. Sekä perusterveydenhuollon kuormituksen vähentäminen että julkisen erikoissairaanhoidon jonojen lyheneminen edellyttäisivät, että yksityissektoria siirtyisi käyttämään myös sellaisia potilaita, joilla ei ole aiemmin ollut mahdollisuutta hyödyntää yksityisiä palveluita.

Yksityissektorilla vastaanottokäynnin kokonaishinta muodostuu lääkärin palkkion lisäksi mahdollisesta ultraäänitutkimuksesta sekä laboratoriokustannuksista. Kela-korvauksen kohdistuminen ainoastaan lääkärin palkkioon tarkoittaisi sitä, että potilaan maksettavaksi jää vielä niin merkittävät kustannukset, että pienituloisilla ei ole kuitenkaan mahdollisuutta hyödyntää palvelua. Mikäli potilaan ei ole mahdollista maksaa laboratoriokustannuksia, voidaan joutua tekemään lähete erikoissairaanhoitoon eikä Kela-korvauksen korottaminen tällöin palvele tarkoitustaan. Pelkona on myös, kuten esityksessä on tuotu ilmi, että erikoistaksasta saatava etu ei siirry palveluiden käyttäjien eduksi vaan johtaa hintojen korotuksiin yksityisessä sairaanhoidossa.

Tuloluokkien välisen eriarvoisuuden lisääntymisen ohella yksityisen sairaanhoidon voimakas tukeminen saattaa lisätä maantieteellisten alueiden eriarvoisuutta, kun yksityissektorin gynekologipalveluita ei ole tasaisesti saatavissa koko Suomen alueella.

Kaikessa julkisesti rahoitetussa hoidossa on huomioitava hoidon laatu. Hoitojen tulee perustua kansainväliseen tutkimusnäyttöön ja hoitosuosituksiin. Mahdollisten muiden, näyttöön perustumattomien hoitojen, joita yksityispuolella voi olla tarjolla, tulee jatkossakin olla julkisen rahoituksen ulkopuolella. Lisäksi raskauksien ja synnytysten ja syöpäsairauksien hoito sekä laaja-alainen gynekologinen kirurgia tulee myös jatkossa olla julkisen terveydenhuollon hoidettavana.

SGY kannattaa sairausvakuutuslain muutosta siten, että naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin antama hoito korvattaisiin erikoistaksan perusteella. Oireisen naisen tulee päästä helposti gynekologille, mutta rutiininomaisille gynekologisille tutkimuksille ei ole tarvetta. Tämän vuoksi SGY esittää, että korvauksen saamiseksi edellytettäisiin, että hoito on annettu oireen, epäillyn sairauden, raskauden, raskaudenehkäisyn tai vaihdevuosien hoidon vuoksi. Diagnoosikoodi Z01.4, gynekologinen rutiinitarkastus, rajattaisiin näin ollen korvauksen ulkopuolelle. Lisäksi esitämme, että Kela-korvattavuuden muutoksen vaikutuksia tulee seurata tarkasti. Seurattavia vaikutuksia ovat julkisen erikoissairaanhoidon jonot ja kustannukset, erikoistaksasta saatavan hyödyn jakaantuminen eri tuloluokkien välillä ja yksityisten terveyspalveluiden hintakehitys.

Kuopiossa 31.12.2024

Suomen Gynekologiyhdistys ry:n hallituksen puolesta

Marjo Tuppurainen

Marjo Tuppurainen

Puheenjohtaja, SGY ry

Professori

Naistentaudit ja synnytykset

Kuopion yliopistollinen sairaala

marjo.tuppurainen@pshyvinvointialue.fi

Heidi Sormunen-Harju

Heidi Sormunen-Harju

SGY, hallituksen jäsen

Puheenjohtaja, Gynaecologi Practici ry

LT, Naistentautien ja synnytysten erik lääk

heidi.sormunenharju@gmail.com

Viitteet:

1. Härkki P, Heikkinen AM, Setälä M. Endometrioosin nykyhoito. Duodecim 2011;127(17):1837–47.
2. Rossi H, Uimari O, Arffman R, ym. The association of endometriosis with work ability and work life participation in late forties and lifelong disability retirement up till age 52: A Northern Finland Birth Cohort 1966 study. Acta Obstet Gynecol Scand 2021;100(10):1822-1829.
3. Kujanpää L, Arffman RK, Vaaramo E, ym. Women with polycystic ovary syndrome have poorer work ability and higher disability retirement rate at midlife: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study. Eur J Endocrinol 2022;187(3):479-488.
4. Salo H, Mäkelä-Kaikkonen J, Sova H, ym. Urinary incontinence associates with poor work ability in middle-aged women: A Northern Finland Birth Cohort 1966 study. Acta Obstet Gynecol Scand 2024;103(3):572-579.
5. Saarinen T, Savukoski SM, Pesonen P, ym. Climacteric status at age 46 is associated with poorer work ability, lower 2-year participation in working life, and a higher 7-year disability retirement rate: a Northern Finland Birth Cohort 1966 study. Menopause 2024;31(4):275-281.