

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

Kommenttinne koskien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten osiota (luku 3)

Yksityisen terveydenhuollon korvauksia saa vuosittain 2 miljoonaa eri henkilöä yli 10 miljoonasta suoritteesta. Nykyinen julkisrahoitteinen sairaanhoitovakuutus täydentää ja osittain korvaa kuntien järjestämistä vastaavalla olevaa perusterveydenhuollon palveluvalikoimaa. Kela-korvaukset painottuvat erikoislääkäripalveluihin ja suun terveydenhuoltoon. Kaikki terveydenhuollon ammattiryhmät ja palveluntuottajat tuottavat palveluja korvauksiin oikeutetusti samoin perustein koko maassa. Kelalla on noin 7 000 suorakorvaussopimusta terveydenhuollon palveluntuottajien ja ammatinharjoittajien kanssa. Yksityisen terveydenhuollon kehittyneet etäpalvelut tavoittavat palveluja tarvitsevat helposti, ja niiden määrä onkin kasvanut kahden viime vuoden aikana merkittävästi.

Kela-korvauksia maksettiin vuonna 2019 yhteensä noin 1 miljardin euron terveystalouden kustannuksista noin 143 miljoonaa euroa. Kansalaisten itse maksama osuus palveluista on kasvanut suureksi, koska Suomen hallitukset ovat leikanneet korvauksia useaan kertaan viime vuosina. Korvausten leikkaukset ovat vaikeuttaneet eniten pienituloisten mahdollisuutta käyttää yksityisiä terveystalouden palveluja. Yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä on lisääntynyt, mutta yksityisiä sairauskuluvakuutuksia ei ole jokaisella varaa tai mahdollisuutta muusta syystä saada. Työryhmässä ei arvioitu mutta saattaisi olla hyvä selvittää myös se vaihtoehto, olisiko yksityisen terveydenhuollon korvausjärjestelmää mahdollista yhä kehittää niin, että yksityisestä terveydenhuollosta turvataan jatkossakin kansalaisille tarvittavat terveystalouden palvelut tai ainakin osa niistä ilman viiveitä. Korvausjärjestelmä on mm. Covid-19-pandemian aikana osoittanut nopean muokkautuvuutensa koronatestien ja rokotusten korvaamiseksi.

Yksityisen sairaanhoidon korvauksia koskevassa valmisteluryhmässä on arvioitu korvausten säilyttämistä sairaanhoitovakuutuksessa siten, että hyvinvointialueet osallistuisivat niiden rahoitukseen ja toisena vaihtoehtona yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten lakkauttamista siirtymäajan jälkeen ja muutosten vaikutusarviointi. Vaikutusten arviointi on erittäin vaikeaa erityisesti asiakkaiden käyttäytymisvaikutusten osalta. Tutkimustietoa siitä, mitä vaikutuksia sairaanhoidon korvausten lakkauttaminen aiheuttaisi, ei ole ja sote-uudistus hyvinvointialueiden perustamisen ja palvelujen siirtämisen osalta on jo niin valtava, että senkään vaikutuksia ei voida vielä tietää, vaikutukset nähdään vasta toimeenpanossa. Näin ollen mahdollisia muutoksia

lainsäädäntöön, rahoitukseen, yhteiskunnan kustannuksiin, työnjakoon ja vaikutuksia asiakkaiden palveluihin tulee Kelan näkemyksen mukaan selvittää ja arvioida vasta siinä vaiheessa, kun hyvinvointialueet ovat toiminnassa, niiden palveluvalikoima on tiedossa ja palvelut vakiintuneet. Yksityisen terveydenhuollon korvausjärjestelmää ei tulisi tässä vaiheessa lakkauttaa, koska vielä ei ole käsitystä siitä, mitä terveyspalveluja hyvinvointialueet pystyvät jatkossa tuottamaan hoitotakuun puitteissa asiakkaille.

Mikäli julkisen terveydenhuollon saatavuus tosiasiallisesti paranee tulevaisuudessa, putoaa yksityisen sairaanhoidon korvausten määrä luonnollisella tavalla asiakkaiden siirtyessä julkisen terveydenhuollon (asiakkaalle edullisempien) palveluiden piiriin. Toisaalta, mikäli saatavuus ei parane ja korvaukset lakkautetaan, voisi seurauksena olla joko hallitsematon siirtymä julkisen terveydenhuollon puolelle tai yksityisten vakuutusten käytön merkittävä lisääntyminen. Erityisesti jälkimmäinen vaihtoehto tarkoittaisi palveluiden lopullista eriytymistä asiakkaiden maksukykyyn mukaisesti. Lisäksi julkisen ohjauksen sijaan palveluita ja niiden käyttöä ohjaisivat jatkossa enenevässä määrin yksityiset vakuutusyhtiöt korvausehtojensa kautta. Julkinen sairaanhoitovakuutus on myös yksityisten vakuutusten vastinpari ja sitä tulisi tarkastella myös tästä näkökulmasta. Monikanavarahoitus ei koko terveydenhuollon järjestelmästä sinällään mihinkään julkisin päätöksin katoa esim. julkisesta sairaanhoitovakuutuksesta luopumalla, sillä asiakkaat hankkisivat omalla rahalla terveysvakuutuksia ja –palveluita myös jatkossa. Luopumisen lopputuloksena järjestelmät olisivat ainoastaan entistä enemmän erillään toisistaan. Vakuutusjärjestelmän näkökulmasta kyse on siitä, ketkä vakuutusten piiriin ylipäänsä pääsevät ja onko järjestelmässä lainkaan julkista osaa vai pelkästään yksityiset vakuutusmarkkinat ja mitkä ovat korvausten ehdot.

Lisäksi kyse on siitä, minkälaisen järjestelmän kautta yksityisiä palveluita hankitaan. Vakuutusjärjestelmässä palvelun hankkii itselleen vakuutettu asiakas itse ja saa korvausehtojen täyttyessä palveluiden käytöstä korvauksen. Julkisen terveydenhuollon puolella yksityistä tuotantoa hyödynnettäessä hankinta tehdään hankintalain mukaisesti viranomaisen toimesta ja oikeussuhde on viranomaisen ja palveluntuottajan välinen. Sairausvakuutusjärjestelmä on toimeenpanon kannalta kevyt ja valtakunnallinen eli alueellisesti yhdenvertainen (alueelliset räätälöinnit toki muutoksin mahdollisia). Muutosten vaikutuksia tulisi arvioida myös siltä kantilta, miten riskien valtakunnallisesta tasaamisesta luopuminen vaikuttaisi asiakkaiden asemaan.

Täydentävän järjestelmän olemassa oloa voisi pitää erityisen perusteltuna siirtymä- ja muutosvaiheen aikana, jolloin täydentävään järjestelmään voitaisiin tarvittaessa tukeutua, mikäli jollakin tai joillakin alueilla ilmenee ongelmia muutoksen toimeenpanossa. Olisi perusteltua arvioida nykyisen täydentävän järjestelmän käyttökelpoisuutta häiriötilanteisiin varautumisessa. Hyväksytyssä Sote-mallissa painotetaan alueiden omaa tuotantoa. Sairaanhoitovakuutusjärjestelmä olisi mahdollista nähdä tehokkaana keinona hankkia yksityistä palvelutuotantoa nimenomaan täydentämään alueiden omaa tuotantoa.

Virkamiesselvityksen kappaleessa 3.3 rinnastetaan yksityinen terveydenhuolto ja julkinen sairausvakuutus terveydenhuollon täydentäjinä. Varsinainen julkisen terveydenhuollon täydentävä rooli kuuluu kuitenkin vain julkiselle sairausvakuutukselle ja sen kautta hankituille yksityisille

palveluille. Yksityisten palveluiden käyttö (ilman sv-korvausta) perustuu täysin asiakkaiden halukkuuteen käyttää ko. palveluita, näissä ei ole julkista kytkentää. Oletettavaa on, että esimerkiksi asiakaskysyntään ja palveluiden saatavuuteen ratkaisulla olisi eri tavoin vaikutusta. Kuten selvityksessä todetaan, myöskään sitä ei ole selvitetty, voisiko järjestämisvastuullinen alue myös pyrkiä aktiivisesti hyödyntämään Kelan toimeenpanemaa korvausjärjestelmää ja kehittämään sitä yhteistyössä osana järjestämisvastuunsa toteuttamista. Tulisiko alueilla olla mahdollisuus rahoittaa korvausjärjestelmää myös vapaaehtoisella ja erikseen kohdennettavalla rahoitusosuudella? Tällöin ko. alue voisi esim. korvata yksityisten palveluiden hankintaa korottamalla tiettyä korvausta. Tällöin välttyttäisiin myös hankintoja edellyttävältä työllistävältä palvelujen kilpailuttamiselta.

Virkamiesselvityksen vaihtoehto A on arvioitu selvityksessä vaihtoehtona, johon ei liittyisi mitään tulevaisuuden kehittämistä. Kuitenkin, mikäli järjestelmän kehittämiseen sitouduttaisiin, monelta osin myös nyt nykytilaa vastaaviksi arvioidut vaikutukset muuttuisivat. Olisi ollut perusteltua arvioida myös vaihtoehtoa, jossa korvausjärjestelmää aktiivisesti kehitetään.

Selvityksessä ei ole arvioitu yleisemmin omarahoitusosuuksien vaikutuksia erilaisten palveluiden käyttöön. Eriarvoisuusnäkökulma on yksi näkökulma asiaan ja on pidettävä todennäköisenä, että suuremmat omarahoitusosuudet sulkevat palvelun käytön ulkopuolelle osan asiakaskunnasta. Tältä osin olisi kuitenkin osana kokonaisuutta huomioitava myös toimeentulokijärjestelmän vaikutusta, joka mahdollistaa omarahoitusosuuksien huomioimista. Lisäksi erilaisten omarahoitusosuuksien osalta voitaisiin harkita jatkokehittämistä, jossa pohdittaisiin esimerkiksi asiakasmaksujen alentamisen kaltaista menettelyä myös vakuutusperusteisiin järjestelmiin (erityisesti, koska viimesijaiseksi järjestelmäksi tarkoitettu perustoimeentulotuki on tällä hetkellä Kelan toimeenpantavana). Omarahoitusosuuksien olemassa ololle on kuitenkin yleisesti esitettävissä myös perusteluja. Omarahoitusosuus ohjaa palvelunkäyttäjää arvioimaan omaa palveluntarvettaan tarkemmin ja ehkäisee näin ollen turhaa resursseja sitovaa asiointia julkisissa palveluissa. Erityisesti käytettäessä yksityisen tuottamia palveluita omarahoitusosuuden olemassa ololle on perinteisesti nähty julkisesti omana tuotantona tuotettuihin palveluihin nähden painavampia perusteita. On huomionarvoista, että julkisten hankintojen kautta näitä samoja yksityisiä palveluita hankittaessa, omarahoitusosuudet ovat yhtäläiset julkiseen omaan tuotantoon nähden.

Asiakkaiden valinnanvapauden vajaa toteutuminen sv-korvausjärjestelmän kautta ei johdu järjestelmän rakenteista tai järjestelmän toimeenpanosta vaan järjestelmän rahoituksen vajeesta. Esimerkiksi pienituloisten mahdollisuudet tukeutua korvausjärjestelmään ovat suoraan sidoksissa siihen, miten järjestelmää rahoitetaan. Lisäksi pienituloisten osalta kokonaisuuteen vaikuttaa myös toimeentulotuen korvausperusteet, jotka eivät ole terveydenhuollon kustannusten osalta sidottuja julkisen palvelun käyttöön vaan menon tarpeellisuuteen. Yksi mahdollinen, joskaan ei todennäköisin, kehityskulku saattaisi olla myös se, että toimeentulotuen rooli ja merkitys yksityisen hoidon kustannusten korvaamisessa kasvaisi.

Vaihtoehdossa B olisi selvää, ettei asiakkaiden siirtyessä julkisen terveydenhuollon palveluihin nykyisen sv-järjestelmän korvaustaso olisi mahdollinen palveluiden tuottamisessa. On myös selvää, ettei hyvinvointialueilla olisi mahdollisuutta hankkia vastaavalla rahoituksella läheskään samaa

määrää palvelua yksityisiltä toimijoilta, joille olisi palveluita hankittaessa maksettava markkinaehtoinen korvaus tuotetusta palvelusta. On myös epäselvää, miksi nykyinen korvausjärjestelmä haluttaisiin korvata hyvinvointialueen hankkimilla yksityisillä palveluilla, koska lopputulos olisi asiakkaan kannalta sama; tämä saisi palvelun yksityiseltä palveluntuottajalta, tosin ilman nykyistä vastaavaa vapautta valita tätä toimijaa. Vaihtoehtona on esitetty palvelusetelimallilla ostettavia yksityisiä palveluita. Vaihtoehto on julkisen järjestäjän eli hyvinvointialueiden kannalta byrokraattisempi ja työlämpi, palvelut tulee kilpailuttaa ja lisäksi menettelyn hallinnointi edellyttää työtä sekä alueiden että palveluntuottajien osalta. Palveluntuottajien näkökulmasta työtä aiheuttavat erilaiset käytännöt ja sääntökirjat eri alueilla, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla monet palveluntuottajat toimivat päivittäin eri kuntien alueilla. Asiakkaiden tieto ei liiku rajojen yli ja menettelyt ja vaatimukset palvelujen osalta vaihtelevat (tiedot pohjautuvat Kela – Uudenmaan palveluseteliverkoston yhteistyölle, syksy 2019). Tähänkin liittyen herää kysymyksiä siitä, mitä ohjausta hyvinvointialueet tarvitsevat tai mikä merkitys tällaisella ohjauksella ylipäänsä toimintaan lopulta olisi. Vaikutukset hyvinvointialueille olisivat monin verroin yksipuolisemmat, mikäli julkisen vakuutusjärjestelmän sijaan täydentävänä vaihtoehtona olisivat ainoastaan yksityiset vakuutukset, joiden sisällöt ja korvausehdot määrittelevät yksityiset vakuutusyhtiöt. Näihin soveltuu perustuslaillisesti vahva yksityisen toimijan omaisuudensuoja sekä sopimusoikeudelliset vahvat periaatteet. Yhteistyökumppaneina nämä olisivat hyvin erilaisia hyvinvointialueille kuin Kela julkisena toimijana. Kelan toimeenpaneman korvausjärjestelmän poistuessa, poistuisi myös ko. yksityisten toimijoiden (taloudellinen) intressi toimia julkisen tahdon ja ohjauksen mukaisesti ja ylipäänsä esimerkiksi hyvinvointialueen mahdollisuudet ohjata näitä toimijoita olisivat olemattomat.

Vaihtoehdon B osalta ei ole myöskään esitetty tietoa siitä, mistä saataisiin tarvittava lisärahoitus, jolla katettaisiin mainittu alhaisempi asiakkaan omavastuuosuus. Esitetyt arviot asiakasvaikutuksista mm. pienemmistä omarahoitusosuuksista tai yhdenvertaisuuden lisääntymisestä eivät siis esitetyn perusteella ole uskottavia. Päinvastainen kehityskulkukin on perusteltavissa, jossa omarahoitusosuudet kasvavat ja eriarvoisuus lisääntyy asiakkaiden siirtyessä yksityisten vakuutusten piiriin. Tämä saattaisi vaikuttaa myös asiakaskunnan veronmaksuhalukkuuteen, koska asiakkaat saattaisivat kokea epäoikeudenmukaisena tilanteen, jossa hankkivat itselleen julkisen vakuutuksen poistuessa yksityisen vakuutuksen (jonka korvaustasot luonnollisesti Kelan hoitamaa vakuutusta korkeammat) ja sen lisäksi joutuisivat kustantamaan veroilla myös rinnakkaisen palvelujärjestelmän, jota eivät itse käyttäisi. Pidemmällä ajalla julkisen ja yksityisten järjestelmien eriytyminen voisi johtaa yhteiskunnalle haitalliseen ja kalliiseen kehityskulkuun, jossa mm. kilpailtaisiin samoista osaajista ja palveluntuottajista julkisen ja kasvavan yksityisen sektorin välillä.

Vaikutukset yksityisiin palveluntuottajiin näkyisivät myös siinä, ettei niiden toimintaa ja tuottamaa palvelua ohjattaisi sv-korvausjärjestelmän kautta. Yksityiset toimijat voisivat siis muuttaa palveluidensa sisältöä, ilman pelkoa siitä, ettei palvelun sisältö vastaisi julkisen korvattavuuden kriteereitä. Seuraukset voisivat olla esim. hoitopolkujen koordinaation sekä terveydenhuollon yhtenäisyyden ja kehittämisen kannalta vähintäänkin ennakoimattomia. Kuvattu kehityskulku, jossa asiakkaiden siirtyessä julkiselle hinnat laskisivat ja henkilöstö siirtyisi julkiselle, ei ole uskottava. Yksityiset toimijat ovat toiminnassaan ketteriä ja innovatiivisia, ne eivät ole sidottuja nykyisiin toimintatapoihin.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Monikanavarahoituksen purkamisen osalta tulisi odottaa, että hyvinvointialueet ovat toiminnan käynnistymisen jälkeen vakiinnuttaneet toimintansa ja käytännössä pystytään näkemään sote-uudistuksen vaikutukset. Vaihtoehto A:ta voisi olla hyvä selvittää vaihtoehto, olisiko yksityisen terveydenhuollon korvausjärjestelmää mahdollista yhä kehittää niin, että yksityisestä terveydenhuollosta turvataan jatkossakin kansalaisille tarvittavat terveyspalvelut tai ainakin osa niistä ilman viiveitä. Korvausjärjestelmä on mm. Covid-19-pandemian aikana osoittanut nopean muokkautuvuutensa koronatestien ja rokotusten korvaamiseksi.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Kela korvaa vuosittain noin 600 000 henkilölle matkakorvauksia noin 5,7 miljoonasta matkasta. Matkakorvaukset olivat vuonna 2019 yhteensä 285 miljoonaa euroa, josta ensihoidon osuus mukaan lukien siirtokuljetukset ambulanssilla olivat noin 100 miljoonaa euroa. Matkakorvauksia maksetaan väestömäärään suhteutettuna eniten haja-asutusalueella asuville henkilöille. Yli 60 % matkoista korvataan erikoissairaanhoidon tehtyinä, siten osa matkoista ulottuu asiakkaan oman hyvinvointialueen ulkopuolelle. Matkakorvauksia maksetaan tällä hetkellä yhdenvertaisesti koko maassa riippumatta asiakkaan asuinpaikasta tai varallisuudesta. Matkat korvataan halvimalla tarkoituksenmukaisella tavalla tehtynä. Eniten korvauksia maksetaan taksilla tehdyistä matkoista. Asiakasta hoitavat terveydenhuollon ammattihenkilöt määrittävät asiakkaan oikeuden korvattavaan ajoneuvoon kuten joukkoliikenteeseen ja taksiin.

Kela on keskittänyt taksimatkojen suorakorvausmenettelyn (sisältäen muun muassa matkojen tilauksen, yhdistelyn, sähköisen maksatuksen) 17 maakunnan alueelle. Kela on hankkimassa vuodesta 2022 eteenpäin 2 palveluntuottajaa/maakunta hoitamaan taksimatkojen suorakorvausmenettelyn, jolloin asiakkailla on mahdollisuus valita palveluntuottaja, jolta matkat tilataan ja autoilijalla on mahdollisuus valita kumman palveluntuottajan alihankkijana matkoja tuottaa.

Työryhmä esittää erillisenä näkemyksensä ensihoidon rahoitusvastuun siirtämistä nykyisten sairaanhoitopiirien ja tulevien hyvinvointialueiden vastuulle. Kelan käsityksen mukaan ensihoitopalvelun rahoituksen siirtäminen kokonaisuudessaan sille taholle, joka ensihoitopalvelun järjestää, on tarkoituksenmukaista.

Kelan näkemyksen mukaan nykyinen Kelan matkakorvausjärjestelmä muun kuin ensihoidon korvausten suhteen on tarkoituksenmukaista säilyttää. Järjestelmää on mahdollista kehittää tulevaisuudessa niin, että eri hyvinvointialueilla on mahdollisuus saada kattavaa tietoa asiakkaista, matkoista ja kustannuksista. Asiakkailla tulee olla jatkossakin oikeus yhdenvertaisiin liikkumispalveluihin ja matkan omavastuusuuteen riippumatta siitä, millä alueella asiakas asuu.

Jos hyvinvointialueilla olisi tulevaisuudessa terveydenhuoltoon ja kuntoutukseen suuntautuvien matkojen järjestämistä vastaava, jokaisen hyvinvointialueen ja Kelan yhteistyönä matkakorvausjärjestelmää voitaisiin kehittää esimerkiksi niin, että hyvinvointialue voisi määritellä asiakkaan terveydentilan edellyttämän kulkuneuvon tai erityiskulkuneuvon tarpeen sähköiseen järjestelmään ja Kela toimisi edelleen korvausten maksajana. Työryhmässä tarkasteltu malli valtakunnallisesta matkakeskuksesta vaatisi Kelan näkemyksen mukaan perusteellisempaa

tarkastelua mm. kustannus- ja asiakasvaikutusten näkökulmasta. Tarkastelua tulisi tehdä pidemmän aikavälin kehittämiskohteena yhdessä eri ministeriöiden, hyvinvointialueiden, Kelan ja alan toimijoiden kanssa.

Kelalla on käytössä taksimatkoissa sähköinen tiedonsiirto, joka mahdollistaa sen, että asiakas maksaa taksissa vain matkan omavastuuosuuden. Asiakkaan vuotuinen omavastuu täyttyy automaattisesti, eikä asiakkaan tarvitse maksaa ylimääräisiä vuotuisen omavastuun ylittäviä omavastuuosuuksia. Vuoden 2022 alusta otetaan käyttöön tekninen käyttöyhteys Kelan ja palveluntuottajan välille. Tämän käyttöyhteyden kautta välitetään tietoja palveluntuottajille (asiakkaan oikeus taksiin, avustamisen tarve jne.) Tietojen avulla voidaan mm. suunnitella palvelulinjaverkostoja ja alueen joukkoliikennettä. Kela tarjoaa asiakkaille mahdollisuuden hakea korvausta eri kulkuneuvoilla tehdyistä matkoista sähköisessä asiointipalvelussa.

Edellä mainittua jo olemassa olevaa sähköistä tiedonsiirtoa voidaan myös kehittää siten, että kilpailutusten sijaan Kela toteuttaisi taksimatkoihin palveluntuottajien rekisteröintimenettelyn. Tämä lisäisi asiakkaiden vapautta valita haluttu palveluntuottaja sekä vähentäisi kilpailutukseen ja palveluntuottajien hallinnointiin liittyvää byrokratiaa, kun etukäteen määritellyt vaatimukset täyttävä palveluntuottaja voisi osallistua palvelutuotantoon. Rekisteröintimenettelyä voitaisiin hyödyntää myös muissa hyvinvointialueiden matkojen järjestämisessä kuten vammaispalvelu- ja sosiaalihuoltolain mukaisissa matkoissa.

Työryhmässä on arvioitu matkakorvausten osalta 4 eri vaihtoehtoa. Kaikissa vaihtoehtoissa esitetään hyvinvointialueille osa- tai kokonaisrahoitusvastuuta. Vaihtoehdossa 1 sairausvakuutuskorvaukset säilyvät ja Kelan rooli korvausten toimeenpanija säilyy nykyisellään. Vaihtoehdossa 2 esitetään sairausvakuutuskorvausten lakkauttamisesta. Vaihtoehdossa 3 korvaukset lakkautettaisiin ja hyvinvointialueet järjestäisivät matkat ja rakentaisivat omat tietojärjestelmät. Neljäntenä vaihtoehtona on esitetty mallia, jossa sairausvakuutuskorvaukset lakkautettaisiin, matkojen järjestäminen ja korvausten maksatus siirrettäisiin perustettavalle valtakunnalliselle matkakeskukselle. Ehdotuksissa on myös mainittu, että matkakaton osalta riippuu, pidetäänkö edelleenkin erillinen matkakatto, vai yhdistetäänkö matkojen asiakasmaksut terveydenhuollon asiakasmaksukattoon. Ehdotuksissa ei ole huomioitu sitä, että esim. työterveyshuollon ja opiskeluterveydenhuollon palvelut eivät kuulu kyseisen terveydenhuollon asiakasmaksukattojärjestelmän piiriin.

Matkakorvausten rahoitusvastuun vaikutukset asiakkaisiin esitetään suppeasti. Oletettavasti kuitenkin epäsuoria vaikutuksia saattaisi syntyä myös asiakkaalle, mikäli hyvinvointialue pyrkisi aktiivisesti omalla keinovalikoimallaan vaikuttamaan sille syntyvään kustannukseen. Esimerkkinä vaikkapa panostukset etäpalveluihin tai ajanvarauspalveluiden kehittäminen tukemaan matkojen yhdistelyä tai turhan matkustamisen välttämistä.

Virkamiestyöryhmän raportissa ja vaikutusten arvioinnissa ei ole lainkaan otettu kantaa siihen, miten ehdotukset saattavat vaikuttaa korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuollon matkoihin ja sitä kautta opiskeluterveydenhuollon palveluiden saatavuuteen sekä palveluverkkoon. Työterveyshuollon matkoihin raportissa on paneuduttu myös hieman pintapuolisesti. Esimerkiksi ehdotuksissa HH ja HM on ehdotettu mm. että matkat yksityiseen terveydenhuoltoon joko A) jäisivät korvaamatta tai B) säädettäisiin korvattavaksi jonkin uuden, erillisen järjestelmän kautta. Matkojen korvaamatta jäämisellä olisi suurta merkitystä etenkin opiskeluterveydenhuollon palveluihin pääsyn kannalta. Tämän hetkistä YTHS:n palveluverkkoa rakennettaessa matkojen korvaaminen on ollut isossa roolissa. Opiskeluterveydenhuollon toimipisteitä on vain tietyillä paikkakunnilla ja tällä hetkellä matkojen korvaaminen turvaa niiden opiskelijoiden yhdenvertaisen pääsyn palveluiden

piiriin, jotka asuvat muualla kuin opiskelupaikkakunnalla. Korvausten poistaminen voisi vaarantaa perustuslaissa turvattuja perusoikeuksia. Myös vaikutusten arviointitaulukossa on todettu, että matkakorvaukset toteuttavat osaltaan PL 19 § 3 mom. vaatimusta riittävästä sosiaali- ja terveystaloudesta. Matkakorvaukset turvaavat vakuutettujen oikeutta saada tutkimusta ja hoitoa asuinpaikasta riippumatta (yhdenvertaisuus riippumatta asuinpaikasta).

Erillisen korvausjärjestelmän luominen edellä mainittujen terveydenhoitomatkojen korvaamiseksi taas ei välttämättä ole asiakkaan edunmukaista, koska matkoja korvattaisiin tällöin useammalta eri taholta ja matkakattoa/korvaustietoja asiakas joutuisi todennäköisesti etsimään useammasta eri järjestelmästä. Asiakkaiden voisi olla vaikeaa hahmottaa matkojen korvausjärjestelmän kokonaisuutta, jos se pilkotaan moneen eri palaseen ja useamman eri tahon järjestämisvastuulle.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Kelan käsityksen mukaan ensihoitopalvelun rahoituksen siirtäminen kokonaisuudessaan sille taholle, joka ensihoitopalvelun järjestää, on tarkoituksenmukaista. Muutoin monikanavarahoituksen purkamisen osalta tulisi odottaa, että hyvinvointialueet ovat toiminnan käynnistymisen jälkeen vakiinnuttaneet toimintansa ja käytännössä pystytään näkemään sote-uudistuksen vaikutukset. Kelan näkemyksen mukaan nykyinen Kelan matkakorvausjärjestelmä muun kuin ensihoidon korvausten suhteen on tarkoituksenmukaista säilyttää. Järjestelmää on mahdollista kehittää tulevaisuudessa niin, että eri hyvinvointialueilla on mahdollisuus saada kattavaa tietoa asiakkaista, matkoista ja kustannuksista. Asiakkailta tulee olla jatkossakin oikeus yhdenvertaisiin liikkumispalveluihin ja matkan omavastuuosuuteen riippumatta siitä, millä alueella asiakas asuu.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Vaihtoehto A

Kuntoutuksen osalta selvityksessä ehdotetaan vaihtoehtona A nykytilan säilyttämistä. Seuraavassa Kela tuo esille myös nykytilan kehittämisen vaihtoehtoja ja erityisesti toimijoiden ja eri tahojen yhteistyön lisäämisen mahdollistamista valitusta vaihtoehdosta riippumatta.

Kela järjestää vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa siten kuin laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista (566/2005, jatkossa Kelan kuntoutuslaki) säädetään. Kelan järjestämä kuntoutus perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon tai

vakiintuneisiin ja vaikuttaviksi todettuihin kuntoutuskäytäntöihin. Kuntoutus on aktiivista, tavoitteellista ja hyvän kuntoutuskäytännön mukaista. Asiakkaan tilanne arvioidaan kokonaisvaltaisesti ICF-luokituksen viitekehyksessä niin, että asiakas on keskiössä. Kela järjesti vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta vuonna 2020 yhteensä 37 760 asiakkaalle. Vuonna 2020 asiakaskohtaiset kustannukset olivat keskimäärin 5148 euroa. Kuntoutuspsykoterapiaa Kela korvasi 56 682 asiakkaalle vuonna 2020. Asiakaskohtaiset kustannukset olivat keskimäärin 1774 euroa.

Kelan kuntoutuslaki varmistaa, että asiakkaat saavat kuntoutusta silloin, kun se on perustellusti tarpeen. Jos kuntoutuksen rahoitus pohjautuisi yleiskatteelliseen määrärahaan, toisi se huomattavaa epävarmuutta asiakkaan kuntoutuksen järjestämiseen ja voi asettaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan. palveluntuottajien näkökulmasta alueellisesti eroavat palvelut ja vuosittaisen määrärahojen mahdollinen vaihtelu voi vaikeuttaa palveluntuottajan toiminnan suunnittelua ja palveluvalikon ylläpitoa. Myös mahdolliset lainmuutokset, joilla heikennetään kyseisten asiakasryhmien positiivista erityiskohtelua, heikentää todennäköisesti myös heidän oikeuttaan tarpeenmukaiseen kuntoutukseen.

Kelan järjestelmät ja rekisterit tuottavat tarkkaa tilastotietoa kuntoutuspäätöksistä, asiakasmääristä, järjestetyistä kuntoutuspalveluista ja kustannuksista sekä lainmuutosten seurauksista. Tilastotietoa hyödynnetään kuntoutuksen seurannassa ja ratkaisutyön ohjauksessa. Kelan monipuolisten tilastollisten tietokantojen ja seurantavälineiden säännöllinen käyttö (mm. kuntoutuksen ratkaisut, saajat ja kustannukset asiakasryhmittäin) tukee kuntoutuksen tutkimusta, kehittämistä ja toimeenpanon ohjausta. Eri asiakasryhmien palvelujen toteutumista tulee voida jatkossakin seurata mm. toteutuneiden päätösten, saajien ja kustannusten osalta aluetasolla sekä valtakunnallisesti. Tämä edellyttää järjestelmien integraatiota ja kehittämistä systemaattisesti siten, että kaikki toimijat voivat hyödyntää tilasto- ja seurantatietoja mahdollisimman kattavasti.

Kela on vahvistanut saumattomia palveluketjuja tekemällä yhteistyötä terveydenhuollon kanssa muun muassa laatimalla valtakunnalliseen käyttöön eri sairausryhmille yhteisiä hyviä kuntoutuskäytäntöjä. Kela on tehnyt ohjaavien tahojen kanssa yhteistyötä asiakasohjauksen ja kuntoutuspalvelujen kehittämiseksi. Kelan ja julkisen terveydenhuollon välinen yhteistyö on jo yhtenäistänyt kuntoutustarpeen arviointia ja kuntoutukseen ohjaamista. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen kuntoutussuunnitelmien suositukset vastaavat realistisemmin asiakkaiden kuntoutustarvetta ja hyviä kuntoutuskäytäntöjä.

Rekisteröitymismenettelyssä Kela kokeilee uutta tapaa järjestää kuntoutuspalvelut nykyisten hankintamenettelyiden rinnalla. Menettely mahdollistaa palveluntuottajaksi rekisteröitymisen kaikille ehdot täyttävälle palveluntuottajille. Asiakas valitsee itselleen sopivan palveluntuottajan rekisteröityneistä palveluntuottajista eikä asiakkaan palveluntuottaja vaihdu hankintakausittain. Vaativassa lääkinnällisessä kuntoutuksessa tämä mahdollistaisi esimerkiksi pitkäaikaisen terapiasuhteen jatkuvuuden.

Kela tekee kuntoutuspsykoterapiassa valtakunnallista kehittämissyhteistyötä.

Kuntoutuspsykoterapiaprosessin kehittäminen ja laatu varmistetaan muun muassa valmisteilla olevalla palvelukuvauksella ja terapian hyödyn arvioinnilla. Kelan etuustyön yhteydessä on mahdollista tunnistaa ja vastata kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden ammatillisen kuntoutuksen tarpeisiin. Mielen terveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat yleisin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiselle. Tästä syystä hallituksen työllisyystavoitteiden saavuttamisen kannalta lakisääteisen, valtakunnallisesti ohjatun kuntoutuspsykoterapian järjestämisen lakkauttaminen voi aiheuttaa ongelmia.

Kela arvion mukaan selvityksessä on huomioitu hyvin Kelan järjestämän kuntoutuksen vahvuudet. Asiakkaan muutoksenhakuoikeuden lisäksi palvelumuotoilu ja palveluvalikko ovat valtakunnallisesti yhtenäiset, kuntoutuspalvelut hankitaan kustannustehokkaasti, kuntoutuksen tutkimusta kehitetään jatkuvasti ja palvelujen laatu varmistetaan yhdenmukaisesti. Tämän lisäksi Kelan järjestelmät mahdollistavat yksityiskohtaisen budjetoinnin ja tilastoinnin palvelujen ylläpitämiseksi ja palveluntuottajan toimintamahdollisuuksien säilyttämiseksi.

Virkamiesselvityksessä kuntoutuksen rahoitusvaikutusten osalta puhutaan negatiivisten kannustinvaikutusten potentiaalista. Epäselvää on, missä määrin tämä potentiaalinen riski tulisi realisoitumaan tai on tähän mennessä realisoitunut. Esitetyn kaltaisia osaoptimoinnin elementtejä voi esiintyä myös yksikanavaisesti rahoitetun toimeenpanorakenteen sisällä (eri toiminnot ja toimintoyksiköt ovat riippuvaisia yhdestä rahoituslähteestä ja pyrkivät optimoimaan rahoitustaan). Epäselväksi jää myös, mikä on esitettyjen negatiivisten seurausten riski todellisuudessa ja miten muita riskien hallintakeinoja on arvioitu. Ei ole myöskään selvityksen perusteella selvää, mikä on todellisuudessa juuri rahoituksen kannustimien merkitys erilaisille negatiivisiksi kuvatuille seurauksille, esimerkiksi arvioitaessa kannustimien näkökulmasta varhaista puuttumista. Varhaiseen puuttumiseen liittyy oletetusti paljon muita haasteita (kuten haasteet niiden asiakkaiden tunnistamisessa, joihin varhaista puuttumista tulisi kohdentaa), joilla on oletettavasti merkittävämpi negatiivinen vaikutus kuin toiminnan rahoituslähteillä.

Selvityksen mukaan, mikäli kuntien järjestämisvelvollisuuteen kuuluvaa hoitoa ei kehitetä, asiakkaiden hoito viivästyy ja asiakkaat ohjataan pitkiin Kelan kuntoutuspsykoterapioihin. Selvityksessä haasteeksi nähdään myös hoidon ”ulkoistaminen” Kelalle, asiakkaan kannalta jäykkä järjestelmä sekä kuntoutuksen irrallisuus hoidosta ja ammatillisen kuntoutuksen prosesseista.

Selvityksessä esitettyjen mielen terveydenhäiriöiden hoitoa ja kuntoutusta koskevien epäkohtien taustalla on useita syitä. Kelan arvion mukaan mielen terveyshäiriöiden hoito- ja kuntoutuspolku tulee kehittää kokonaisuutena. Mielen terveydenhäiriöissä alkuvaiheessa hoidon tulee olla riittävää, oikea-aikaista ja asianmukaista. Resurssien puuttuessa moni asiakas jää vaille hoitoa ja oikea-aikaista lyhytterapiaa ja ohjautuu siitä syystä pidempään terapiaan. Hoidon kehittämisestä huolimatta lyhytterapeuttinen työskentely ei ole kuitenkaan kaikille asiakkaille riittävä hoitomuoto, vaan osa tarvitsee edelleen kuntoutumisensa tueksi pidempää kuntoutuspsykoterapiaa. Kelan arvion mukaan tulisi selvittää, olisiko hyvinvointialueilla todellisuudessa mahdollisuutta vastata asianmukaisen hoidon lisäksi kuntoutuspsykoterapiasta. Kelan kuntoutuspsykoterapiaa on mahdollista järjestää

asiakkaiden tarpeiden mukaisesti lyhyt- ja pitkäkestoisena ja lainsäädäntöä on mahdollista kehittää myös siten, että se mahdollistaa nykyistä tiiviimmän yhteistyön hoitotahon kanssa.

Selvityksessä on kuvattu nykytilan haasteiksi myös muun muassa kuntoutukseen pääsy, varhaisen tuen riittämättömyys, palveluketjun katkeaminen, kuntoutuksen hakuprosessin hitaus sekä eri toimijoiden järjestämien kuntoutuspalveluiden erilaiset kriteerit. Kuntoutusvastuita voidaan Kelan arvion mukaan edelleen selkeyttää lainsäädäntöä tarkentamalla, joka vahvistaa asiakkaiden ohjautumista oikean kuntoutusvastuutahon järjestämiin palveluihin. Kela uudistaa myös kuntoutuksen hakuprosessia mm. mahdollistamalla sähköisen ja suullisen hakemisen sekä kehittämällä muita kuntoutuksen hakemis- ja päätöksentekoa nopeuttavia menettelyä (mm. suorapäätösuositus). Asiakkaan kuntoutukseen hakeutumista tuetaan myös kehittämällä reaaliaikaista palveluntuottajanhakupalvelua. Palvelujen saatavuuden varmistamiseksi Kela on kehittänyt etäkuntoutusta.

Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaalla on huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoissa suoriutumisessa ja osallistumisessa. Vaikeiden sairauksien tai vammojen vuoksi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaiden sosioekonominen asema on usein heikko ja asiakkailla on pitkäaikainen kuntoutuksen tarve. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaalle kuntoutus on tällä hetkellä maksutonta. Jos asiakkaalle aiheutuisi kuntoutuksesta kustannuksia (esim. omavastuu tai palvelusetelin käyttöön liittyviä kustannuksia), se olisi monelle este kuntoutukseen hakeutumisessa.

Nykytilanteessa Kela arvioi asiakkaiden etuusoikeuden valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla ja antaa asiakkaan hakemukseen kirjallisen päätöksen, johon on laissa säädetty muutoksenhakuoikeus. Kelan ratkaisutyön prosessia ohjataan, seurataan ja valvotaan. Tämä on Kelan arvion mukaan merkittävä poikkeus nykytilaan nähden esitetystä vaihtoehdosta A ja selvityksessä esitetty riski siitä, että asiakkaat jäävät ilman tarvitsemaansa kuntoutusta, on todellinen. Haasteena on myös kuntoutuspalveluiden alueellisesti yhdenvertainen saatavuus.

Vaihtoehto B

Vaihtoehdossa B Kela järjestäisi nykyisellä tavalla kuntoutuspalvelut, mutta palveluiden rahoitus siirtyisi kokonaan tai osittain hyvinvointialueille. Kelan valtiosääntöoikeudellinen erityisasema huomioiden hyvinvointialueet voisivat olla Kelan tukena suunnittelemassa ja kehittämässä kuntoutuspalveluita.

Kelan arvion mukaan esitetty vaihtoehto on mahdollinen. Tässä tapauksessa Kela vastaisi edelleen nykytilan mukaisesti kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistyöstä, valtakunnallisesta palveluvalikosta, palvelumuotoilusta, palveluiden hankinnasta, palvelun laadun valvonnasta, palveluntuottajien koulutuksesta ja ohjauksesta, sopimushallinnasta sekä kuntoutuksen aikaisen vieraan kielen tulkkauksesta.

Esitetty vaihtoehto edellyttää esitetyllä tavalla Kelan ja hyvinvointialueiden välillä yhteistyöelintä, jossa sovitaan kuntoutuksen palveluvalikosta ja kuntoutuksen kehittämisen painopisteistä. Kuntoutuksen palveluvalikon tulisi sen hallittavuuden vuoksi olla pääosin valtakunnallinen, mutta siinä voisi olla mahdollisuus huomioida myös hyvinvointialueiden alueellisia kuntoutustarpeita. Palveluiden suunnittelun ja kehittämisen lisäksi olisi tärkeää huolehtia yhteistyöstä myös palveluiden toteutukseen ja laadunvalvontaan liittyen.

Vaihtoehdossa on huomioitava se, että hyvinvointialueetkin joutunevat todennäköisesti yhdenmukaistamaan ja sopimaan Kelan järjestämään kuntoutukseen ohjaamisen tavoista sekä siihen liittyvästä kustannusten seuraamisesta. Tämä on asiakkaiden yhdenvertaisuuden ja kuntoutuksen oikea-aikaisuuden kannalta välttämätöntä. Erityisesti asiakkaiden, mutta myös palveluiden suunnittelun ja hankinnan sekä palveluntuottajien ylläpitämien kuntoutuspalveluiden kannalta on keskeistä vuosittaisen kuntoutukseen varatun rahoituksen vakiintuneisuus. Riskinä on huomioitava myös se, että esitetty vaihtoehto kustannusvastuita koskien voi vaikuttaa siihen, miten asiakkaita ohjataan Kelan järjestämiin kuntoutuspalveluihin. On tärkeää, että asiakkaiden oikeus tarpeenmukaisiin Kelan järjestämiin kuntoutuspalveluihin tulee turvatuksi.

Esitetyn vaihtoehdon haasteena on se, miten kuntoutuksen kehittämisessä, suunnittelussa, budjetoinnissa ja seurannassa korvataan Kelan käytössä olevat budjetointi-, rekisteri- ja tilastojärjestelmät. Avoimeksi esitetyssä vaihtoehdossa jää se, mikä taho vastaa asiakkaan ohjauksesta kuntoutuksen aikana (esim. kuntoutuksen keskeytys, palveluntuottajan vaihto). Myös Kelan ja hyvinvointialueiden yhteistyö tulisi suunnitella huolellisesti. Esitetty vaihtoehto vaatisi vielä tarkempaa jatkoselvitystä.

Vaihtoehto C

Kelan arvion mukaan esitetty vaihtoehto muuttaa merkittäväällä tavalla kuntoutuksen nykytilaa.

Kelan kuntoutuslaissa on säädetty järjestämisvelvollisuus vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa koskien. Jos näiden asiakasryhmien oikeutta kuntoutukseen ei jatkossa turvattaisi subjektiivisina oikeuksina, se heikentäisi kyseessä olevien asiakkaiden oikeuksia ja etuuksia sekä jälkikäteisen oikeusturvan tasoa. Kelan yhtenäinen, valtakunnallisesti ohjattu etuus-oikeuden arviointi asiakkaan muutoksenhaku-oikeuden kanssa turvaa asiakkaille yhdenvertaisen oikeuden kuntoutukseen.

Yleiskattava rahoitus voi saattaa asiakkaat eriarvoiseen asemaan ja on epävarmaa, riittääkö rahoitus tarpeenmukaisen kuntoutuksen järjestämiseen. Kelan arvion mukaan alueellisesti eriytyneet palvelut, palveluiden hankinnat, sopimuskäytännöt ja erilaiset laadunvalvonta- ja ohjauuskäytännöt todennäköisesti lisäävät palveluntuottajien työtä ja vaikeuttavat oman yritystoiminnan pitkäjänteistä suunnittelua.

Kelan arvion mukaan kuntoutuksen järjestäminen esitetyllä tavalla aiheuttaa alueellisesti päällekkäistä työtä ja huomattavia lisäkustannuksia, sillä Kelassa koko etuusprosessi sekä palveluiden järjestäminen, hankinta, sopimushallinta sekä asiakkaiden ja palveluntuottajien ohjaus on järjestetty keskitetysti.

Esitetyn vaihtoehdon myötä muun muassa Kelan tekemä asiakasohjaus, kuntoutuspalveluiden kehittämis-, tutkimus- ja suunnittelutyö, palvelumuotoilu, palveluiden järjestäminen ja hankinta, sopimushallinta, palveluiden laadun varmistaminen, kuntoutuskustannusten maksaminen, palveluntuottajien ohjaus, koulutus ja kumppanuusyhteistyö sekä tilastointi ja budjetointi siirtyisivät hyvinvointialueiden vastuulle. Kelan vastuulla on tällä hetkellä noin 6000 kuntoutuksen hankintasopimusta. Kuntoutuksen toteutus edellyttää myös riittävää vieraan kielen tulkkauksen järjestämistä. Vieraan kielen tulkkaukspalvelujen hankinnasta ja palveluiden järjestämisestä hyvinvointialueet vastaisivat jatkossa itsenäisesti.

Palveluntuottajien näkökulmasta vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian mahdolliseen siirtoon liittyy Kelan arvion mukaan useita epävarmuuksia. Jos hyvinvointialueet suunnittelevat, toteuttavat ja hankkivat kuntoutuspalvelut alueellisesti, tämä voi aiheuttaa haasteita palveluntuottajien toiminnan pitkäjänteiselle ja valtakunnalliselle suunnittelulle (esim. palveluntuottajan tilat, kouluttautuminen, rekrytointi). Kuntoutuspalvelut edellyttävät palveluntuottajalta muun muassa riittävää henkilöstöä, koulutusta ja tiloja.

Kuntoutusvastuun siirtyminen tässä laajuudessa hyvinvointialueille voi olla ongelmallista, jos hyvinvointialueilla ei ole käytössä tarpeellisia tilastollisia seurantavälineitä. Ennen näin laajan muutosta, tulisi olla tiedossa, miten kattavasti terveydenhuolto on valtakunnallisesti ja alueellisesti toteuttanut nykyistä kuntoutusvastuutaan. Muutoksen vaikutuksia ei voida arvioida ilman tarkkoja tilastotietoja.

Kelan arvion mukaan esitetystä vaihtoehdosta on kriittisesti arvioitava, miten turvataan asiakkaille yhdenvertaisesti tarpeenmukainen kuntoutus ja riittävä vakiintunut rahoitus kuntoutuspalveluiden järjestämiseen. On ratkaistava, mikä taho vastaa kuntoutuksen tutkimuksesta ja kehittämisestä, jos vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia siirtyvät hyvinvointialueiden vastuulle.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehdoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Monikanavarahoituksen purkamisen osalta tulisi odottaa, että hyvinvointialueet ovat toiminnan käynnistymisen jälkeen vakiinnuttaneet toimintansa ja käytännössä pystytään näkemään sote-

uudistuksen vaikutukset. Kela tuo esille, että vaihtoehto A:n sijaan voisi kehittää järjestelmää tulevaisuudessa vaihtoehto B:n suuntaan yhteistyössä hyvinvointialueiden kanssa.

Lääkekorvaukset

Kommenttine koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

Lääkekorvauksia saa vuosittain noin 3 miljoonaa henkilöä 55 miljoonasta ostosta. Lääkekorvauksia maksettiin vuonna 2020 yli 1,6 miljardia euroa. Suurin osa lääkekorvauksista (yli 99 %) maksetaan suorakorvauksena apteekissa reaaliaikaisesti korvaustietoihin perustuen. Korvauksen saa yhdenvertaisesti asiakkaan asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta sekä siitä riippumatta, missä lääke on määrätty. Lääkekorvausten toimeenpano on hyvin pitkälle automatisoitua Kelan rakentamien etuustietojärjestelmien johdosta. Automaatiota hyödynnetään erittäin laajasti mm. tiedonvaihdossa Kelan ja apteekkien välillä, tilitysten tarkastuksissa sekä integraatiossa apteekkien järjestelmien ja sähköisen reseptin välillä. Päivätasolla ostosanomina tulee apteekeista Kelaan n. 100 000 ja kiireisimpinä hetkinä ostosanomien määrä on 18 000–28 000 per tunti. Vastaavasti sähköisiä suorakorvaustietojen kyselyitä tehdään apteekeista päiväsaikaan 18 000–28 000 per tunti. Nykyjärjestelmän lakkauttaminen edellyttäisi vastaavien yhteyksien rakentamista kaikista Suomen apteekeista jokaiselle hyvinvointialueelle, jos halutaan säilyttää nykyjärjestelmän vahvuuksiin kuuluva asiakkaan mahdollisuus asioida missä tahansa apteekissa.

Rahoitusjärjestelmän muutoksella tavoitellaan sitä, että alueelliselle toimijalle luodaan kannustin vähentää läkehoidoista aiheutuvia kustannuksia ja ottaa huomioon sen oman toiminnan vaikutukset kokonaiskustannuksiin. Kelan näkemyksen mukaan hyvinvointialueiden osittainenkin vastuu kustannuksista toisi lisää kustannustietoisuutta ja halua kehittää rationaalisia hoitokäytäntöjä alueilla. Olennaista on se, että rahoitusjärjestelmä ja hyvinvointialueiden saatavilla oleva informaatio mahdollistavat kustannusten ajantasaisen seurannan ja eri ohjaustoimien vaikutusten arvioinnin.

Hoitokäytäntöjä ja niihin liittyviä kustannuksia voidaan kuitenkin ohjata jo nykyisen lainsäädännön ja tarvittaessa uusien, nykyiseen rahoitusjärjestelmään pohjautuvien mallien kehittämisen avulla. Tehokkaamman ohjauksen toteuttaminen ei edellytä lääkekorvausjärjestelmän lakkauttamista tai muuta merkittävää muuttamista, jossa muutoskustannukset ja -riskit kasvaisivat suuriksi. Malleissa kuvatut merkittävät muutokset aiheuttaisivat kustannuksia ja riskejä, joiden laajuuteen ja merkitykseen liittyy enemmän esimerkiksi alueelliseen yhdenvertaisuuteen liittyviä epävarmuustekijöitä kuin nykyisen järjestelmän kehittämiseen.

Selvityksessä on todettu, että eräitä nykyiseen lääkekorvausjärjestelmään sisältyviä kokonaisuuksia tulisi jatkossakin säännellä ja toteuttaa yhdenmukaisesti kansallisella tasolla täysin riippumatta mallista. Tällaisia kokonaisuuksia olisivat korvausjärjestelmän rakenne (mukaan lukien lääkkeiden käyttäjiltä lääkkeitä perittävät omavastuuosuudet), lääkkeiden korvattavuuden ja hintasääntelyn periaatteet, lääkkeiden hinnoitteluperiaatteet, korvausjärjestelmän toimeenpano, lääkkeiden suorakorvausmenettely, lääkkeiden jakelu ja kansalliset tietojärjestelmät (mukaan lukien tietovarannot). Kelan näkemyksen mukaan on ehdottoman tärkeää, että nykyisen lääkekorvausjärjestelmän vahvuuksiin kuuluvat yhdenvertaisuus, tehokkuus ja korvauksen sujuva saatavuus turvataan kansallisella sääntelyllä ja toimeenpanolla. Selvityksessä toisaalta todetaan, että jatkovalmistelussa tulisi tarkastella ja arvioida, missä laajuudessa ja millaisissa asioissa hyvinvointialueilla olisi alueellista harkintavaltaa alueellisille toimintamalleille. Kelan näkemyksen mukaan on estettävä se, että alueet kehittäisivät alueellista eriarvoisuutta lisääviä malleja itsehallintoaan ja liikkumavaraansa hyödyntämällä. Olisi myös kestävämpiä, jos jokainen hyvinvointialue kehittäisi omat tietojärjestelmänsä apteekkien ja hyvinvointialueiden välille etenkin,

kun asiakkaat voivat nykyisin asioida missä tahansa apteekissa asuinpaikastaan riippumatta. Lääkekorvausjärjestelmä ja sen kansallisesti keskitetty toimeenpano ohjaa ja edistää potilaille ensiarvoisen tärkeää rationaalisen lääkehoidon toteutumista, jossa ei ole perusteita hyvinvointialuekohtaisiin eroihin.

Valtakunnallinen tieto kerääntyy järjestelmien kautta. Kerääntyvän tiedon perusteella on mahdollista arvioida muutostarpeita ja tehdä vaikutusarvioita korvausjärjestelmää koskevista muutoksista. Kelan näkemyksen mukaan on selvää, että jatkossakin hyvinvointialueen roolista riippumatta lääkekorvausjärjestelmän toimeenpano ja tietojärjestelmät on toteutettava kansallisesti. Vaikka asiakkaiden oikeudet olisi yhdenvertaisesti määritelty lainsäädännössä, kansallisesti yhtenäisellä toimeenpanolla varmistetaan parhaiten, että asiakkaiden oikeudet myös toteutuvat yhdenvertaisesti hyvinvointialueesta riippumatta. Kansallisen toimijan toimeenpanemana transaktiokustannukset ovat merkittävästi pienemmät kuin jos toimeenpano hajautetaan alueellisesti usealle toimijalle. Tiedolla johtaminen sekä tehokas kansallinen tai alueellinen ohjaaminen on mahdollista vain, jos tietovarannot ovat kansallisesti yhtenäiset. Eri järjestelmien välinen integraatio edellyttää myös vakioituja ja yhteensopivia tietojärjestelmiä, tietosisältöjä, prosesseja ja käsitteistöjä sekä luotettavasti toimivia ja tietoturvallisia yhteyksiä. Lääkekorvauksiin liittyvien järjestelmien kehittämistarve on jatkuvaa (esim. viitehintajärjestelmä, kuukausittaiset muutokset lääkkeiden korvattavuudessa ja kahden viikon välein tapahtuvat muutokset lääkkeiden hinnoissa, lääkesäästöt ja muut lainsäädäntömuutokset, lääkityslista).

Nykyjärjestelmää voitaisiin kehittää edelleen. Esimerkiksi nykyisen lääkkeenmääräämisasetuksen parempi implementointi kansallista ohjausta ja yhteistyötä vahvistamalla sekä erityisesti potilastietojärjestelmien tehokkaampi hyödyntäminen toisivat kustannussäästöjä jo nykyisessä järjestelmässä (esimerkiksi biologisten lääkkeiden hintakilpailun edistäminen). Nykyjärjestelmän ongelmakohtia voitaisiin korjata myös laitoshoidon lääkkeiden ja avohuollon lääkkeiden rajapintaa täsmentämällä sekä reaaliaikaista kustannusseurantaa mahdollistavilla järjestelyillä. Jos hyvinvointialueille haluttaisiin luoda taloudellinen kannustin, Kela voisi koota hyvinvointialueiden vastuulle kuuluvien asukkaiden lääkekorvauskustannukset aluekohtaisesti ja laskuttaa alueita sovitusti tai säädetysti sekä tarjota alueille tarpeellista tietoa lääkkeenmääräämisen ja hoitokäytäntöjen ohjaamiseksi. Esimerkiksi Kelan lääkäreille suuntaaman lääkemääräyspalautteen kehittäminen antaisi alueille tarpeellista tietoa lääkkeenmääräämiskäytännöistä. Merkittävät muutokset järjestämistä vastuuseen eivät siten ole välttämättömiä.

Lääkehoidon järjestämis- ja rahoitusvastuun merkittäviin muutoksiin liittyy ennakoimattomia riskejä. Nämä riskit voivat toteutua häiriönä potilaiden hoidon ja etuuksien saamisessa, lääkkeiden saatavuudessa ja lääkkeiden jakelussa sekä kasvuna yhteiskunnan kokonaiskustannuksissa mm. mittavien tietojärjestelmämuutosten vuoksi. Raportissakin viitataan siihen, että lääkkeistä koituu huomattavia kustannuksia ja että korvattavia lääkkeitä käyttää 3,8 miljoonaa vakuutettua vuosittain. Kelan näkemyksen mukaan on välttämätöntä, että volyymiltaan näin suuren etuuden toimeenpanija on vakiintunut organisaatio, ja mahdollisia muutoksia työnjaossa tulisi ja voidaan pohtia vasta sitten, kun hyvinvointialueet ovat vakiinnuttaneet toimintansa. Lääkealan tiekartan toimeenpano on käynnistynyt syksyllä 2020 ja laaja uudistus ulottuu vähintään kahden hallituskauden ajalle. Lääkehoidon järjestämis- ja rahoitusvastuuta koskevien merkittävien muutosten valmistelu aiheuttaa epävarmuutta lääkealan tiekartan mukaiseen työhön ja viivästyttää tunnistettujen kehittämiskohteiden edistämistä.

Virkamiesselvityksessä kuvatussa Mallissa A nykyinen lääkekorvausjärjestelmä säilyisi Kelan toimeenpanemana mutta avohoidon lääkkeiden osittainen rahoitusvastuu (67 % eli valtion osuus) siirtyisi hyvinvointialueille. Mallissa B lääkeshoidon järjestämisen- ja rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille muiden kuin yksityisellä sektorilla määrättyjen lääkkeiden osalta, nykyinen lääkekorvausjärjestelmä lakkautettaisiin ja vakuutettujen sairaanhoitomaksu tältä osin poistuisi. Malli C vastaisi Mallia B mutta siinä vakuutettujen sairaanhoitomaksu säilyisi ja hyvinvointialueiden rahoitusvastuun piiriin kuuluisivat myös yksityisellä sektorilla määrättyt lääkkeet.

Selvityksessä ei avata sitä, miksi osittainen rahoitusvastuun siirto lääkekorvauksista hyvinvointialueille (Malli A) ei kannustaisi alueita kuin vain ”jossain määrin” kustannusten vahvempaan huomioonottamiseen päätöksenteossa. Selvityksessä ei myöskään avata sitä, miksi nimenomaan järjestämismvastuun siirto olisi toiminnan rationaalisen suunnittelun kannalta olennainen asia ja miksi vasta järjestämismvastuu herättäisi alueiden ”kiinnostuksen”. Toisaalta ei avata sitä, mitä mahdollisuuksia alueille syntyisi järjestämismvastuun myötä, joita niillä ei pelkän rahoitusvastuun perusteella olisi.

Mallien B ja C edellyttämät merkittävät muutokset lääkekorvausjärjestelmään vaikuttaisivat kaikkien korvattavia lääkkeitä käyttävien asemaan (n. 3,8 miljoonaa henkilöä vuonna 2019). Muutoksia tulisi siis myös säännöllistä, hyvän hoitokäytännön mukaista ja suhteellisen edullista lääkitystä saavien henkilöiden korvauksiin, vaikka lääkekorvausjärjestelmän haasteet ja esimerkiksi rajapintaongelmat eivät koske heidän hoitoaan. Olemassa olevat rajapintaongelmat eivät välttämättä ole mittakaavaltaan lähelläkään niitä ongelmia, joita esimerkiksi lääkekorvausjärjestelmän purkamisella luotaisiin.

Raportissa on jätetty lyhyen huomion varaan se merkittävä asia, että Mallissa B hyvinvointialue ei vastaisi yksityisellä sektorilla määrättyjen lääkkeiden kustannuksista. Yksityisellä sektorilla määrätään maakunnasta riippuen 13–31 % (keskimäärin noin 30 %) lääkemääräyksistä, ja lääkekorvauskustannuksista yksityisellä sektorilla määrättyjen lääkkeiden osuus on vajaat 19 %. Raportissa ei eritellä, millä tavoin yksityisellä sektorilla määrättyt lääkkeet rahoitettaisiin, vaan jätetään kysymys erilliseen selvitykseen. Raportinkin mukaan syntyisi uudenlaisia osaoptimointimahdollisuuksia ja rajapintakysymyksiä, mikäli näille lääkkeille luotaisiin erillinen rahoitusjärjestelmä.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Monikanavarahoituksen purkamisen osalta tulisi odottaa, että hyvinvointialueet ovat toiminnan käynnistymisen jälkeen vakiinnuttaneet toimintansa ja käytännössä pystytään näkemään sote-uudistuksen vaikutukset. Esitetyistä vaihtoehtoista vain A on mahdollinen tässä aikaikkunassa.

Muita kommentteja ja huomioita

Onko teillä muita kommentteja tai huomiota monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?

1 Tausta

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 12.11.2020 monikanavarahoituksen purkamista pohjustavat työryhmät, jotka tekivät valmistelutyötä myöhemmin käynnistettävään parlamentaarisen valmistelun tueksi. Valmisteluryhmien tehtävänä oli koota ratkaisuvaihtoehtoja aiempien hallituskausien aikana tehtyjen työryhmätöiden ja muiden selvitysten pohjalta sekä selvittää vaihtoehtojen vaikutuksia, jos osa etuuksista lakkautetaan tai siirretään rahoitusvastuuta ja toimeenpanoa sote-uudistuksessa perustettaville hyvinvointialueille. Virkamiesselvityksessä on pyritty hahmottamaan eri vaihtoehtojen vaikutuksia monin eri tavoin ja sinänsä laajasti ja eri vaihtoehtojen hyvät ja haasteellisemmat puolet esiintuoden.

Kela esittää virkamiesselvityksen yleisinä huomioinaan sekä jatkotyössä huomioon otettavina asioina seuraavaa.

2 Yleiset huomiot

Monikanavainen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä on syntynyt Suomeen vuosikymmenten kuluessa. Sen avulla on kyetty turvaamaan käyttötarkoituksidonnaisesti etuuksia ja palveluja kansalaisille yhdenvertaisesti koko maassa ja myös rajat ylittävissä tilanteissa. Useamman rahoittajan järjestelmään liittyy myös vahvuuksia. Yhteisrahoituksella rahoittajat sitoutetaan järjestelmään ja sen yhteiseen kehittämiseen. Tästä luovuttaessa heikentyisi myös ko. rahoittajatahojen (mukaan lukien yksityisiä vakuutusyhtiöitä tarjoavat tahot) tarve sitoutua terveydenhuoltojärjestelmän tulevaan yhteiseen kehittämiseen ja yhteistyöhön.

Selvityksen alussa on kuvattu, että vakuutusperiaatteen yksi olennainen osa on ollut jakaa riskiä myös alueiden välillä. On huomioitava, että Suomi on väkiluvultaan pieni maa. Selvityksessä ei ole laajasti perusteltu koko valtion rahoitusvastuun siirtoa hyvinvointialueille eikä sitä, minkä vuoksi muutoksia suunnitellaan. Sote-uudistuksesta ei aiheudu suoraan perustetta sille, miksi valtio jäisi kokonaan pois korvausjärjestelmän rahoittajan ja tätä kautta aktiivisen kehittäjän roolista. Toisaalta hyvinvointialueiden rahoitusosuuksia esim. kuntoutuksen osalta pidetään ongelmallisina siltä osin, että niillä on rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa rahoittamansa toiminnan kehittämiseen.

Selvityksessä ei kovinkaan selkeästi nykyisten eri korvausjärjestelmien osalta esitellä sitä, miten alueellinen toimeenpano parantaisi asiakkaiden tilannetta tai tehostaisi hallinnon toimivuutta nykyiseen valtakunnalliseen malliin nähden. Asiakkaalle tai yhteiskunnalle aiheutuvaa lisäarvoa on näistä aihioista haasteellista löytää. Kehittämismuutokset vaikuttavat sisältävän runsaasti erilaisia oikeudellisia sekä tosiasiallisia ongelmia, joita ei kuitenkaan selvityksessä tarkemmin käsitellä. Toimeenpanovastuu ja rahoitusvastuu rinnastetaan myös monessa kohtaa toisiinsa, jolloin jää epäselväksi, onko vaikutukset tarkoitus saavuttaa rahoitus- vai toimeenpanovastuuta muuttamalla. Rahoitusvastuun muutokset eivät kuitenkaan automaattisesti edellytä toimeenpanovastuiden muutoksia. Rahoitusvastuun ja toimeenpanovastuun kohdistaminen samalle toimijalle sisältää myös riskejä, joita ei ole selvityksessä käsitelty.

2.1 Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyminen ja vakiintuminen tulee turvata

Kela toteaa, että sote-uudistuksen myötä Suomeen syntyvä uusi aluehallinnon taso sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toiminnallinen uudistus ovat jo sellaisinaan niin laajoja uudistuksia, että

monikanavarahoituksen purkamista koskevien muutosten vaikutusten arvioinnin osalta tulisi odottaa sote-uudistuksen toteutumista. Hallituksen esityksessä 241/2020 (s. 232) onkin todettu, että varmaa tietoa siitä, miten ehdotuksen mukaiset tavoitteet toteutuvat ja mitkä ovat uudistuksen vaikutukset, ei voida esittää. Tämä voidaan nähdä vasta sote-lainsäädännön toimeenpanon edetessä riittävän pitkälle käytäntöön. Selvityksessä tai muutoinkaan ei ole tässä vaiheessa pystytty lainkaan arvioimaan hyvinvointialueiden toimintakykyä. Toimintakyky saattaa vaihdella alueiden välillä erityisesti alkuvaiheessa. On ongelmallista käsitellä koostumukseltaan hyvinkin erilaisia alueita lausunnon kohteena olevassa selvityksessä yhtenä toimijana. Lisäksi olemassa olevien tehtävien siirto kunnilta hyvinvointialueille on toimenpiteenä toisenlainen kuin kokonaan uusien tehtävien toimeenpano. Riskit tulisi arvioida tarkoin ja muutosvaiheen riskit tulisi arvioida vielä erikseen.

Tässä vaiheessa monikanavarahoituksen purkamisen muutosten vaikutusten arviointia ei pystytä tekemään ja siten päätösten ja linjausten tekeminen olemassa olevalla tiedolla ei ole mahdollista. Muutosten vaikutusten arviointi ja päätökset tulee siten tehdä vasta hyvinvointialueiden vakiinnutettua toimintansa.

2.2 Kelan ohjaus erilaisilla mekanismeilla

Kelan ja alueellisten toimijoiden, jatkossa kuntien ja hyvinvointialueiden toiminta perustuu nykyisinkin tosiasiasa toimijoiden yhteistyöhön, jossa toimijoilla on omat vastualueensa, eivätkä ohjaussuhteet ole yhteistyön kannalta olennainen kysymys. Sujuvan toiminnan ja yhteistyön kannalta toimiva normiohjaus, selkeät toimivaltuudet sekä tiedon liikkuminen toimijalta toiselle ovat huomattavasti olennaisempia käytännön kysymyksiä kuin mahdollinen ministeriötason (muu kuin lainsäädännön kautta toteutuva) ohjaus. Kelalle on annettu aiemminkin tehtäviä lainsäädännön ja sopimusmenettelyn pohjalta. Esimerkiksi Kanta-palvelujen osalta yli kymmenen vuotta käytössä ollut ohjausmekanismi toimii hyvin systemaattisesti. Tällä mallilla voidaan jatkossakin toimia muissakin kokonaisuuksissa, esimerkiksi etuuksien toimeenpanossa.

Kelan tekemä lainsäädännön tulkinta ei poikkea minkään muun tahon suorittamasta itsenäisestä lainsäädännön tulkinnasta. Oikeusvaltiossa on normaali käytäntö, että lainsäädäntövalta (ml. ministeriöiden muu ohjaus) ja toimeenpanovalta ovat erillään toisistaan. On myös korvauksensaajan kannalta tärkeää, että etuudet ja korvaukset toimeenpanee itsenäinen ja luotettava toimija, joka pyrkii korvauskäytännöissään nimenomaan aineellisesti oikeisiin ratkaisuihin ja lainmukaiseen harkintaan. Mikäli hyvinvointialueille halutaan antaa valtaa vaikuttaa korvausten sisältöön, tämä tulisi huomioida itse korvauksia koskevan lainsäädännön valmistelussa, ei toimeenpanoon vaikuttamisen kautta. Lainsäädännön yksityiskohtaisuus mukaan lukien hallituksen esitysten yksityiskohtaiset perustelut vaikuttavat ja ohjaavat merkittävästi toimeenpanijan tulkintoja. Lisäksi lainsäädännössä voidaan antaa ministeriöille tarkempaa ohjausvaltaa esimerkiksi asetuksenantovaltuuksilla ja ministeriöillä on myös lainsäädännön pohjalta aina yleinen ohjausvalta Kelan toimeenpanemisiin etuuksiin. Näin ollen jää epäselväksi mitä muuta ohjausta ja valvontaa tulisi lisätä. Kelan toiminta pohjautuu aina voimassa olevaan lainsäädäntöön ja Kela toimii suhteessa asiakkaisiin, joille se tekee korvauspäätökset. Korvausten toimeenpanon tulee olla asiakkaalle ennakoitavaa ja yhdenvertaista, eikä toimintaan tulisi liittää lainsäädännön ulkopuolista ohjausta. Kelan näkemyksen mukaan sen korvauskäytäntöihin ei liity mitään sellaista, joka olisi ristiriidassa lainsäädännön tavoitteiden kanssa tai ongelma tulevien hyvinvointialueiden toiminnalle.

2.3 Kelalla on laajat valtakunnalliset tietovarannot, joita voidaan hyödyntää alueiden toiminnassa

Kelalle järjestelmien kautta kertyvä etuuksien valtakunnallinen ja ajantasainen tieto voidaan tuottaa hyvinvointialueille oikeassa muodossa (laajempina tai hyvinkin yksityiskohtaisina) ja oikeasyklisesti, jotta alueet voivat tietojen kautta ohjata ja kehittää toimintaansa (esimerkiksi palveluverkkoja). Tiedolla johtaminen sekä tehokas kansallinen tai alueellinen ohjaaminen on mahdollista vain, jos tietovarannot ovat kansallisesti yhtenäiset.

Valtakunnallisesti kertyvällä tiedolla voidaan ohjata alueiden toimesta etuuksien toimeenpanoa jos rahoitusvastuu siirtyisi alueille mutta myös, jos Kela toimisi etuuksien teknisenä operoijana (hoitaa etuusratkaisun teknisen toimittamisen sekä maksatukset) hyvinvointialueiden vastatessa toimeenpanon sisällöistä.

2.4 Olemassa olevia tehokkaita ja tietoturvallisia valtakunnallisia tietojärjestelmiä tulee hyödyntää

Kelalla on olemassa olevat etuuksien toimeenpanojärjestelmät. Niiden hyödyntäminen hyvinvointialueiden toiminnassa on mahdollista, mikäli Kela toimisi etuuksien toimeenpanijana rahoitusvastuun siirtyessä alueille mutta myös, mikäli Kelan roolina olisi toteuttaa etuusratkaisut ja etuuksien maksatus teknisesti alueiden vastatessa toimeenpanon sisällöistä. Etuustietojärjestelmiä ei voida siirtää suoraan ilman merkittäviä investointeja hyvinvointialueiden käyttöön johtuen lukuisista integraatioista muihin etuustietojärjestelmiin, tukijärjestelmiin sekä tiedonvaihtoon kumppaneiden välillä. Kelan tietojärjestelmäympäristö on räätälöidysti ja erityistä huolellisuutta tietoturvallisuuteen kiinnittäen rakennettu vuosikymmenten ajan. Tietojärjestelmiin lisätään jatkuvasti automaatiota ja sujuvoitetaan asiakkaiden palvelua. Tietojärjestelmiä rakennetaan, ylläpidetään ja kehitetään kustannustehokkaasti Kelan oman IT-henkilöstön voimin.

Uusien järjestelmien rakentaminen ja vielä mahdollisesti jokaisella alueella erikseen on yhteiskunnan investointien ja kustannusten näkökulmasta kestävä ratkaisu. Kela on julkisena toimijana kyvykäs toteuttamaan valtakunnallisia tietoturvallisia tietojärjestelmiä ilman, että alueet joutuvat tilaamaan järjestelmiä ja muutoksia järjestelmiin yksityisiltä tietojärjestelmätoimittajilta. Lisäksi kansallisen julkisen toimijan toimeenpanemana transaktiokustannukset ovat merkittävästi pienemmät kuin jos toimeenpano hajautetaan alueellisesti usealle toimijalle.

2.5 Asiakkaiden oikeudet ja etuudet eivät saa vaarantua hallinnollisten muutosten myötä

Sote-uudistuksen voimaantuloaikataulu on äärimmäisen tiukka, mikä lisää riskejä siihen, että mikäli monikanavarahoituksen purkamisen osalta tehdään lähellekin sote-lainsäädännön voimaantuloaikaa muita laajoja muutoksia, asiakkaiden oikeudet ja etuudet voivat riskien lauetessa vaarantua. Laajoissa hallinnollisissa muutoksissa tulisi toimeenpanoajan olla riittävän pitkä, tässä tilanteessa vuosia, jotta muutokset toteutetaan riittävän hallitusti ja askeltaen yksi vaihe kerrallaan. Liian laajojen ja useiden muutosten ajoittaminen ajallisesti lähelle toisiaan voi aiheuttaa merkittäviä poikkeamia asiakkaiden palveluissa ja etuuksissa ja yllättäviä asiakkaisiin, kotitalouksiin, palveluntuottajiin sekä julkiseen järjestäjään kohdentuvia vaikutuksia.

3 Muita jatkotyössä huomioitavia asioita

Vaihtoehtojen monitahoisuuden ja tulevaisuuteen liittyvien epävarmuustekijöiden vuoksi, on osa huomioitavista asioista jäänyt vähemmälle huomiolle taikka huomiotta. Kelan näkemyksen mukaan virkamiesselvitys ei riittävällä tavalla pidä sisällään kaikkia monikanavarahoituksen purkamiseen liittyviä näkökohtia ja haluaa tuoda esiin huolenaiheita, joita ainakin olisi syytä selvittää ja pohtia parlamentaarisessa jatkotyössä.

3.1 Potilasdirektiivin vaikutukset

Rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset voivat merkittävästi kasvaa, ellei kaikkia vaikutuksia ole arvioitu päätöksiä tehtäessä. Esimerkiksi potilasdirektiivin vaikutuksia kokonaisuuteen ei olla riittävällä tavalla arvioitu virkamiesselvityksessä. Direktiivin toimeenpanoon liittyvistä lainsäädäntömuutoksista riippuen voi sairaanhoidon korvausten lakkauttaminen lisätä rajat ylittävien hoitoon hakeutumisten osalta kustannuksia merkittävästi. Lisäksi paineiden kasvu julkisen puolen palvelutuotannossa voi johtaa etenkin siihen, että hoitoon yksityiselle palveluntuottajalle hakeutuminen muihin EU-maihin (etenkin Viroon) saattaa merkittävästi lisääntyä. Tämä voi lisätä sekä eriarvoisuutta että kustannuksia toteutuessaan.

3.2 Tietojärjestelmämuutokset

Jatkotyössä tulisi arvioida ja huomioida myös merkittäviä investointeja edellyttävät tietojärjestelmämuutokset, mikäli etuuskien toimeenpanon ja rahoitusvastuun siirto hyvinvointialueille päätetään toteuttaa.

Kelan etuustietojärjestelmät eivät suoraan sovellu alueiden toimeenpanossa käytettäväksi johtuen lukuisista integraatioista ja liittymistä Kelan omaan etuustietojärjestelmä- ja tukijärjestelmäympäristöön, ei ainakaan ilman merkittäviä investointeja. Käytännössä voi paremmaksi vaihtoehdoksi siten osoittautua uusien etuustietojärjestelmien rakentaminen alueilla, mikäli päädytään siirtämään myös etuuskien toimeenpanoa alueille. Kansallisillakin ratkaisuilla investointikustannukset nousevat merkittävän suuriksi puhumattakaan erillisten alueellisten ratkaisujen rakentamisesta. Lisäksi tulee huomioida järjestelmien rakentamiseen ja muutoksiin sekä integraatioihin tarvittava aika, useimmiten yhdenkin tietojärjestelmän rakentaminen vie vähintään kaksi vuotta. Lisäksi on huomioitava, että tällöin ollaan samassa tilanteessa kuin tällä hetkellä ollaan useimpien alueiden asiakas- ja potilastietojärjestelmien kohdalla eli mikäli kansallisia julkisia ratkaisuja ei hyödynnetä riittävällä tavalla, menetetään kansalliset kustannustehokkaasti ylläpidettävät ja kehitettävät ratkaisut ja todennäköisesti joudutaan tilaamaan ratkaisut ulkopuolisilta yksityisiltä tietojärjestelmätoimittajilta. Tämä puolestaan lisää kustannuksia entisestään. Uusia laajoja tietojärjestelmiä rakennettaessa on hyvä huomioida myös Suomen IT-asiiantuntijoiden saatavuuden ongelmat sekä riittävän osaamisen haasteet.

3.3 Muutosten yhteisvaikutukset

Selvityksessä ei ole arvioitu kaikkien muutosehdotusten yhteisvaikutuksia eli sitä, miten mahdolliset muutokset eri etuuksissa yhteisesti vaikuttavat samoihin asiakasryhmiin. Erityisesti heikommassa asemassa oleviin asiakasryhmiin voi muutosten yhteisvaikutus tuoda merkittäviä heikennyksiä.

Muutokset monikanavarahtituksen purkamisesta voivat kohdentua yhteisvaikutuksiltaan erityisesti vammaisiin, vanhuksiin ja vähätuloiisiin lapsiperheisiin. Yhteisvaikutusten arviointi tulisi toteuttaa, ennen kuin päätöksiä muutoksista voidaan tehdä.

3.4 Asiakkaan oikeusturvan ja yhdenvertaisuuden varmistaminen

Etuuksien rahoitusvastuun siirtäminen hyvinvointialueille ei välttämättä heikennä yhdenvertaisuutta, jos etuuskien toimeenpano hoidetaan edelleen valtakunnallisesti ja kustannustehokkailla kansallisilla järjestelmillä. Etuuskien rahoitusvastuun ja toimeenpanon hajauttaminen alueille voi aiheuttaa riskejä asiakkaiden yhdenvertaisuudelle. Alueiden itsehallinnon laajuudesta riippuen, muutokset voivat johtaa ratkaisutoiminnan eriytymiseen alueilla huolimatta kansallisesti yhtenäisestä lainsäädännöstä. Etuuskien toimeenpanon alueellinen ohjaus, erilliset järjestelmät, eriytynyt suunnittelu ja toimeenpano sekä työ- ja toimintakykyetuuskien harkinnan eriytyminen alueilla voivat johtaa asiakkaiden eriarvoisuuden lisääntymiseen.

Jatkotyössä olisi kiinnitettävä erityistä huomiota asiakkaan oikeusturvaan kuntoutuspalvelujen osalta. Jos esimerkiksi kuntoutuspsykoterapia siirretään osaksi terveydenhuollon hoitoketjuja, on riskinä, että sen nykyinen merkitys työ- ja toimintakykyä sekä työssä ja opinnoissa pysymistä tukevana palveluna vähenee. Kuntoutuspsykoterapia ehkäisee työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisiä ja sen siirtäminen osaksi terveydenhuollon hoitoketjuja voi vaarantaa asiakkaiden nykyistä oikeusturvaa sekä johtaa jatkossa eriarvoistumisen lisääntymiseen. Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian asiakkailla on nykyisin aina oikeus hakea päätökseen muutosta riippumattomalta muutoksenhakuelimeltä. Mikäli kuntoutuspalvelut siirtyisivät osaksi terveydenhuollon hoitoketjuja, olisi arvioitava muutoksenhakuun liittyvät muutostarpeet huolella. Jos kyse on jatkossa terveydenhuollon toimenpiteestä, siitä ei välttämättä voi hakea muutosta nykyiseen tapaan sosiaaliturva-asioiden muutoksenhakulautakunnalta. Muutoksenhaun siirtyminen hallinto-oikeuksiin aiheuttaisi merkittävää kustannusten kasvua hallinto-oikeuksien kustannusten ollessa sosiaaliturva-asioiden muutoksenhakulautakuntaa suuremmat.

3.5 Osaamisen muutostarpeet alueilla

Jatkotyössä tulisi kiinnittää erityistä huomiota myös alueiden henkilöstön osaamiseen ja sen muutostarpeisiin monikanavarahtituksen purkamisen mahdollisten muutosten vuoksi. Kelan asiantuntijoiden osaaminen etuuskien ratkaisutyössä, neuvonnassa ja toimeenpanon suunnittelussa on hioutunut ajan saatossa korkealle tasolle. Kuntoutuspalvelujen kilpailutusosaaminen on Kelassa vahvaa ja kyvykkyyttä on aina löytynyt myös vastata osaamisen muutostarpeisiin. Tätä olemassa olevaa osaamista voitaisiin erilaisilla malleilla jatkossakin hyödyntää huolimatta mahdollisista etuuksiin ja palveluihin liittyvistä muutoksista. Myös etuuskien mahdollisen toimeenpanon siirtymässä on huomioitava myös tarvittavien tietojärjestelmämuutosten edellyttämät osaavat IT-resurssit, joiden saatavuudessa on jo pidempään ollut Suomessa erityisen suuria haasteita.

3.6 Rahoitus

Rahoituksen muutosten osalta tulee myös varmistaa, etteivät ne vaaranna etuuskien maksuunpanoa. Rahoituksen hoitaminen tulee olla säädeltyä laeilla ja asetuksilla siten, että niiden

perusteella luodaan käytännöt, joilla edellä mainitut edellytykset täyttyvät. Pelkästään rahoituksen siirtyessä tulee suunnitella ja toteuttaa prosessit, toimintamallit sekä tietojärjestelmämuutokset, kun rahoitus kulkee yhden pisteen sijasta jatkossa 22 kanavan kautta.

Etuuksien toimeenpanon rahoitus tulee kerätä etupainotteisesti maksatusta varten alueilta sekä Helsingin kaupungilta ja se edellyttää muutoksia ja monimutkaistaa toimintaa. Rahoitusvastuun siirtyessä tulisi myös selvittää, miten asiakkaiden vakuutusmaksut kerätään jatkossa, eli tapahtuuko se alueittain vai kansallisesti.

Yhtenä huolenaiheena Kela esittää kustannusten leikkauksista jo tehtyjen linjausten vaikutusta jatkotyölle. On epäselvää, miten paljon lääkärinpalkkioihin, tutkimukseen ja hoitoon sekä lääkekorvauskustannuksiin kohdistuu leikkauksia vuodesta 2023 eteenpäin.

Kaikissa rahoitusvaihtoehdoissa on varmistettava siitä, että ne mikäli ne lisäävät Kelan työmäärää, taikka monimutkaistavat rahoituksen hoitamista, lisäresursointi ja rahoitus Kelan toimintamenoihin on turvattava.

4 Lopuksi

Kuten virkamiesselvityksen sivulla 9 todetaan, sote-uudistuksen vaikutukset palveluihin riippuisivat olennaisesti siitä, miten hyvinvointialueet toteuttaisivat niiden järjestämis- ja tuottamisvastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon. Hallituksen esityksessä 241/2020 (s. 232) onkin todettu, että varmaa tietoa siitä, miten ehdotuksen mukaiset tavoitteet toteutuvat ja mitkä ovat uudistuksen vaikutukset, ei voida esittää. Vastaavasti varmaa tietoa nykytilan säilyttämisen vaikutuksista toimintaympäristön muuttuessa ei voida esittää.

Uuden hallinnontason perustaminen, hyvinvointialueiden perustaminen, toiminnan käynnistäminen sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä niihin liittyvien prosessien uudistaminen on jo itsessään valtavan laaja uudistus. Toimeenpano-aikaa alueilla on hyvin vähän näin laajaan uudistukseen, vuoden 2023 alusta siirtyy järjestämisvastuu nykyisiltä kunnilta hyvinvointialueille. Vasta käytännön toimeenpano tulee osoittamaan, millaisia vaikutuksia uudistuksella on kansalaisten palvelujen saatavuuteen, palvelujen laadun parantumiseen sekä kustannusten hillintään.

Monikanavarahoituksen purkamisen osalta tulisikin odottaa, että hyvinvointialueet ovat toiminnan käynnistymisen jälkeen vakiinnuttaneet toimintansa ja käytännössä pystytään näkemään sote-uudistuksen vaikutukset. Näin ollen olisi erityisen tärkeää tarkastella ja arvioida monikanavarahoituksen purkamisen vaikutuksia asiakkaiden ja kotitalouksien arkeen vasta, kun alueet ovat saaneet käynnistettyä ja vakiinnutettua toimintansa ja kun ylipäätään pystytään arvioimaan etuuksiin liittyvien muutosten vaikutuksia. On myös huomioitava, että asiakkaiden ympärillä toimivien toimijoiden joukko kasvaa nykyisestään. Hyvinvointialueiden ja sote-uudistuksen lisäksi meneillään on työllisyyspalvelujen rakenneuudistus, jossa kaavaillaan tehtävien pysyvää siirtoa te-palveluilta kunnille. Hallinnolliset uudistukset eivät saa vaarantaa asiakkaiden oikeuksia ja etuuksia.

Parlamentaarisen työn käynnistyessä on todennäköisesti tarvetta tuottaa nykyjärjestelmästä laajasti tietoa työhön. Asiakkaisiin, muutosten yhteisvaikutuksiin sekä etuuksien suunnitteluun,

toimeenpanoon ja tietojärjestelmiin sekä etuusjärjestelmien toimivuuteen liittyvät tiedot löytyvät ainoastaan Kelasta. Kela toivoo pääsevänsä mukaan parlamentaariseen työhön asiantuntijajäsenenä. Kela tarjoaa myös henkilöresurssia sihteeristöön.

Turunen Marjukka
Kansaneläkelaitos