

Monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvitys

Monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvitys	1
1. Johdanto ja nykytila	5
1.1. Tausta ja toimeksianto.....	5
1.2. Monikanavaisen rahoituksen lähtökohdat.....	6
1.2.1. Sairausvakuutus	6
1.3. Hyvinvointialueen rahoitus.....	8
1.4. Hyvinvointialuesääntelyn tavoitteet.....	9
1.5 Hyvinvointialueen järjestämisvastuu.....	10
2. Keskeisiä monikanavarahoituksen purkamiseen liittyviä lainsäädännöllisiä näkökohtia	15
2.1. Perustuslaillisia lähtökohtia	15
2.2. Kelan etuuspäätökset ja muutoksenhaku	16
2.3. Terveystuonhoon hoitopäätökset.....	17
2.4. Hallintokantelu.....	18
2.5. Kelan asema itsenäisenä julkisoikeudellisena laitoksena	18
3. Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset.....	19
3.1. Tehtävänanto	19
3.2. Vaihtoehdot.....	19
3.3. Vaihtoehtojen vertailua.....	20
3.3.1. Taloudelliset vaikutukset.....	20
3.3.2. Vaikutukset hyvinvointialueisiin.....	21
3.3.3. Vaikutukset asiakkaisiin ja palvelujen saatavuuteen	22
3.3.4. Vaikutukset yksityisiin palveluntuottajiin	24

3.3.5.	Vaikutukset sairauskuluvakuutuksiin	24
3.3.6.	Kansainväliset tilanteet	24
4.	Matkakorvaukset.....	25
4.1.	Ensihoitopalvelun ja ambulanssikuljetusten monikanavarahoitus	25
4.1.1.	Taustaa ensihoitopalvelusta.....	25
4.1.2.	Rahoitusvastuu nykytilassa.....	26
4.1.3.	Rahoitusvaihtoehtojen arviointia	27
4.2.	Muut matkakorvaukset	28
4.2.1.	Nykytila	28
4.2.2.	Mallivaihtoehtojen vertailua.....	32
4.2.2.1.	Arvioidut mallivaihtoehdot ja lailla säätämisen vaatimus.....	32
4.2.2.2.	Vaikutukset hyvinvointialueisiin	33
4.2.2.3.	Järjestämismallikysymys	34
4.2.2.4.	Taloudelliset vaikutukset	35
4.2.2.5.	Vaikutukset asiakkaisiin.....	37
5.	Kuntoutus	38
5.1.	Johdanto	38
5.2.	Kelan kuntoutus.....	39
5.2.1.	Vaativa lääkinällinen kuntoutus.....	39
5.2.2.	Kelan kuntoutuspsykoterapia	42
5.2.3.	Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen	43
5.3.	Terveydenhuollon lääkinällinen kuntoutus	43
5.3.1.	Palvelut.....	44
5.3.2.	Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen	45
5.3.3.	Psyko-terapeuttien riittävyys	46
5.4.	Toimeentulo kuntoutuksen aikana	47
5.5.	Vaikutusten arviointi	49
5.5.1.	Nykytila säilyy ennallaan	49
5.5.1.1.	Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia vaihtoehdosta	49
5.5.1.2.	Vaikutukset rahoitukseen	50
5.5.1.3.	Vaikutukset kuntoutuspalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen.....	50
5.5.1.4.	Vaikutukset kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden palveluihin.....	51
5.5.1.5.	Vaikutukset lasten palveluihin	52
5.5.1.6.	Vaikutukset työikäisten vammaisten oikeuksiin ja palveluihin	53
5.5.2.	Kela järjestää ja hyvinvointialueet rahoittavat.....	55
5.5.2.1.	Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia vaihtoehdosta	55
5.5.2.2.	Vaikutukset rahoitukseen	55
5.5.2.3.	Vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen	57

5.5.2.4.	Vaikutukset kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden palveluihin	59
5.5.2.5.	Vaikutukset lasten palveluihin	59
5.5.2.6.	Vaikutukset työkäisten vammaisten oikeuksiin ja palveluihin	59
5.5.3.	Hyvinvointialueet järjestävät ja rahoittavat	60
5.5.3.1.	Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia vaihtoehdosta	60
5.5.3.2.	Vaikutukset rahoitukseen	61
5.5.3.3.	Vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen	62
5.5.3.4.	Vaikutukset kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden palveluihin	63
5.5.3.5.	Vaikutukset lasten palveluihin	64
5.5.3.6.	Vaikutukset työkäisten vammaisten oikeuksiin ja palveluihin	65
5.5.4.	Vaikutukset Kelan ammatillisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen järjestämiseen ja korvaamiseen, matkoihin ja kuntoutusrahaetuksiin	66
6.	Lääkekorvaukset.....	67
6.1.	Lääkehoidon nykyinen rahoitus	67
6.1.1.	Lääkekorvausjärjestelmä	67
6.1.2.	Julkisessa terveydenhuollossa annettavat lääkkeet	67
6.1.3.	Lääkkeiden kustannukset	68
6.2.	Valmisteluryhmän toimeksianto	69
6.3.	Lääkekorvausten monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoisia malleja	70
6.3.1.	Malli A. Järjestämisvastuu nykytilan mukainen, hyvinvointialueilla osittainen rahoitusvastuu ...	71
6.3.1.1.	Vaikutukset sääntelyyn.....	71
6.3.1.2.	Vaikutukset rahoitusjärjestelmiin	72
6.3.1.3.	Vaikutukset ohjaukseen.....	72
6.3.1.4.	Vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin	73
6.3.1.5.	Muita vaikutuksia.....	73
6.3.2.	Malli B. Hyvinvointialueilla järjestämis- ja rahoitusvastuu	73
6.3.2.1.	Vaikutukset sääntelyyn.....	74
6.3.2.2.	Vaikutukset rahoitusjärjestelmiin	75
6.3.2.3.	Vaikutukset ohjaukseen.....	75
6.3.2.4.	Vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin	76
6.3.2.5.	Muita vaikutuksia.....	76
6.3.3.	Malli C. Hyvinvointialueilla järjestämisvastuu ja osittainen rahoitusvastuu.....	77
6.3.3.1.	Vaikutukset sääntelyyn.....	78
6.3.3.2.	Vaikutukset rahoitusjärjestelmiin	78
6.3.3.3.	Vaikutukset ohjaukseen.....	79
6.3.3.4.	Vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin	79
6.3.3.5.	Muita vaikutuksia.....	80
6.4.	Lääkerahoituksen monikanavaisen rahoituksen purkamisen toteuttamisaikataulusta	80

7. Asian jatkovalmistelu	82
Liitteet	82

1. Johdanto ja nykytila

1.1. Tausta ja toimeksianto

Pääministeri Marinin hallitusohjelman mukaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta valmistellaan erillisenä asiana parlamentaarisisessa komiteassa monikanavarahoituksen purkaminen. Kirjaus on osa hallitusohjelman oikeudenmukaista, yhdenvertaista ja mukaan ottavaa Suomea koskevaa kohtaa 3.6, jossa eräänä tavoitteena on kehittää palvelujärjestelmää ja käynnistää uudistushankkeita.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 12.11.2020 valmisteluryhmät, joiden tehtävänä on ollut myöhemmin käynnistettävän parlamentaarisen valmistelun tueksi koota ratkaisuvaihtoehtoja aiempien hallituskausien aikana tehtyjen työryhmätöiden ja muiden selvitysten pohjalta sekä selvittää vaihtoehtojen vaikutuksia (VN/22558/2020, STM148:00/2020). Valmisteluryhmien toimikausi on ollut 15.11.2020—31.5.2021.

Valmisteluryhmiä oli yhteensä neljä: yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten valmisteluryhmä, matkakorvausten valmisteluryhmä, kuntoutuksen valmisteluryhmä ja lääkekorvauksien valmisteluryhmä. Lisäksi työlle oli asetettu valmistelun koordinoitiryhmä.

Sosiaali- ja terveysministeriö on esitellyt valmisteluryhmien työskentelyä Ahvenanmaan maakunnan hallinnon edustajiston kanssa 29.4.2021 järjestetyssä hallinnonalojen välisessä yhteistyökokouksessa. Tuolloin todettiin, että Ahvenanmaalla ei ole sellaisia rakenteita, jotka vastaisivat hyvinvointialueelle¹ ehdotettuja vastuita ja siksi selvitetty mallit sellaisenaan eivät sovellu Ahvenanmaan osalta toteutettavaksi. Jatkotyössä onkin otettava huomioon Ahvenanmaan erityisasema ja selvitettävä yhdessä Ahvenanmaan maakunnan edustajien kanssa monikanavarahoituksen purkamisen ratkaisuja, jotka olisi mahdollista toteuttaa Ahvenanmaan maakunnan osalta. Tämän kysymyksen selvittämiseksi ehdotetaan erillisen työryhmän perustamista siten, että selvityksen tulokset ovat mahdollisimman aikaisessa vaiheessa parlamentaarisen työryhmän käytettävissä.

Valmisteluryhmät eivät ole tehneet ehdotuksia, vaan selvityksiä eri toteuttamisvaihtoehtoista. Myöhemmin asetettava parlamentaarinen työryhmä ottaa omassa työssään kantaa toteuttamisvaihtoehtoihin.

Työryhmän toimikauden aikana koottua ja työstettyä taustamateriaalia on saatavilla soteuudistus.fi - verkkosivuilla osoitteessa: <https://soteuudistus.fi/virkamiestyoryhmat>

¹ Kun tässä muistiossa käytetään käsitteitä hyvinvointialue ja tuleva hyvinvointialue, näillä tarkoitetaan hallituksen esityksen 241/2020 vp mukaisia järjestämistä vastaisia hyvinvointialueita, Helsingin kaupunkia ja HUS-yhtymää.

1.2. Monikanavaisen rahoituksen lähtökohdat

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kootaan useista eri lähteistä. Jokaisella rahoitusjärjestelmällä on oma historiansa ja tarkoituksensa. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen eri rahoituslähteiden tarkoituksena on turvata oikeutta sosiaaliturvaan sekä osaltaan huolehtia tarvittavien palvelujen riittävästä, mutta samalla julkiselle taloudelle kustannustehokkaasta rahoituksesta. Nykyinen monikanavaisesti rahoitettu sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on muotoutunut useiden eri aikoina tehtyjen päätösten perusteella toteutettuina erillisinä uudistuksina, joiden yhteisvaikutuksia kulloiseenkin olemassa olevaan järjestelmään ja sen toimintaan ei juuri ole arvioitu. Aihepiiristä on esitetty paljon mielipiteitä ja kannanottoja.²

1.2.1. Sairausvakuutus

Sairausvakuutus täydentää tällä hetkellä kuntien ja kuntayhtymien järjestämistä olevaa terveydenhuoltoa korvaamalla väestölle osan avohoidon lääke- ja matkakustannuksista sekä turvaamalla väestölle mahdollisuuksia hankkia terveystalvakuutus yksityiseltä sektorilta kohtuullisin kustannuksin. Sairaanhoidon korvaukset rahoitetaan sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksesta. Lisäksi sairausvakuutuksen työtulovakuutuksesta turvataan riittävä toimeentulo korvaamalla lyhytaikaisesta sairaudesta, kuntoutuksesta sekä vanhempainvapaista aiheutuvaa ansionmenetystä.

Sairausvakuutuksen **sairaanhoitovakuutus** rahoitetaan Suomessa sairausvakuutetun kunnallisverotuksessa verotettavan tulon perusteella kannettavalla vakuutetun sairaanhoitomaksulla ja valtion rahoitusosuudella. Valtion rahoitusosuus sairaanhoitovakuutuksesta on 67 prosenttia ja vakuutettujen osuus 33 prosenttia. Yhteensä sairaanhoitovakuutuksen etuus- ja korvausmenot olivat vuoden 2019 tasossa n. 2,45 miljardia euroa, josta valtion rahoitusosuus noin 1,6 miljardia euroa.³

² [Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavarahoituksen purkamisen vaihtoehtoja koskeva selvitys. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2015:19 s. 18](#); [Selvityksiä: Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2011](#); [Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 21/2012](#); [Sairaanhoitovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveystalvakuutusjärjestelmää. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:34.](#)

³ Tässä muistiossa on osittain käytetty vuoden 2019 tilastotietoa vuoden 2020 sijaan Covid-19-epidemiasta johtuen. Epidemiasta johtuen luvut eivät ole kaikilta osin vertailukelpoisia.

Sairausvakuutuksen rahoituksen tavoitteena on turvata sairauden perusteella myönnettävien etuuksien rahoituksen riittävyys. Tämän vuoksi rahoituksella korostetaan vakuutusperiaatetta siten, että etuusmenojen muutoksilla on suora vaikutus vakuutusmaksuihin ja valtion rahoitusosuuteen. Vakuutusperiaatteen mukaisesti vakuutusmaksuilla tasataan riskiä valtakunnallisella tasolla. Lisäksi ulkomailla asuvat etuudensaajat maksavat vakuutusmaksuja ja osallistuvat siten järjestelmän rahoittamiseen. Vakuutusmaksuissa kyse on käyttötarkoitussidonnaisesta rahoituksesta, jolla turvataan sairauden perusteella myönnettävien etuuksien saatavuus vakuutetuille.

Vuonna 2019 yksityisen hoidon korvauksia maksettiin yhteensä 142,6 miljoonaa euroa. Lääkäripalkkioiden korvauksia maksettiin 54,8 miljoonaa euroa. Hammashoidon korvauksia maksettiin 48,3 miljoonaa euroa, josta hammaslääkäripalkkioiden korvauksia 43,6 miljoonaa euroa ja suuhygienistinpalkkioiden korvauksia 4,7 miljoonaa euroa. Tutkimuksen ja hoidon korvauksia maksettiin 39,5 miljoonaa euroa.

Sairaanhoitovakuutuksen matkakorvauksia maksettiin vuonna 2020 noin 284 miljoonaa euroa noin 3,7 miljoonasta yhdensuuntaisesta matkasta noin 556 000 vakuutetulle. Korvausprosentti oli 89,1. Eniten matkakorvauksia maksettiin taksilla (noin 170 miljoonaa euroa) ja ambulanssilla (noin 78 miljoonaa euroa) tehdyistä matkoista.

Kuntoutuspalveluiden osuus sairausvakuutuksesta rahoitettavista menoista oli noin 380,7 miljoonaa euroa. Näistä vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen osuus oli 197,8 miljoonaa euroa ja psykoterapian osuus 96,9 miljoonaa euroa. Ammatillisen kuntoutuksen osuus oli 38,2 miljoonaa euroa ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen 47,8 miljoonaa euroa. Kuntoutuksen menoista harkinnanvarainen kuntoutus on nykyisellään harkinnanvarainen määräraha; muut erät ovat arviomäärärahoja.

Lääkkeiden kokonaismyynti oli 3 460 miljoonaa euroa vuonna 2019. Avohoidon reseptilääkkeiden osuus kokonaismyynnistä oli 66 prosenttia (2 284 miljoonaa euroa), itsehoitolääkkeiden osuus 10 prosenttia (357 miljoonaa euroa) ja sairaaloihin myytyjen lääkkeiden osuus 24 prosenttia (818 miljoonaa euroa tukkuhinnoin). Vuonna 2020 sairausvakuutuksen lääkekorvauksia maksettiin 1 635 miljoonaa euroa. Lääkkeiden kustannukset ennen sairausvakuutuskorvauksen vähentämistä olivat 2 168 miljoonaa euroa. Yksityisessä terveydenhuollossa määrättyjen reseptien osuus kaikista määrättyistä resepteistä vaihteli maakunnittain 13–31 prosentin välillä vuonna 2020. Koko maan tasolla yksityisellä sektorilla määrättyjen lääkkeiden osuus sairausvakuutuksen lääkekustannuksista oli noin 20 prosenttia ja lääkekorvauksista 19 prosenttia.

Sairausvakuutuksen **työtulovakuutuksesta** puolestaan rahoitetaan sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaiset päivärahat, Kansaneläkelaitoksen (jäljempänä Kela) kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain mukaiset kuntoutusrahat, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat päivärahat, työterveyshuollon korvaukset sekä

perhevapaa- ja vuosilomakustannuskorvaukset. Työtulovakuutuksen kulut rahoitetaan työnantajien suorittaman sairausvakuutusmaksun sekä palkansaajilta ja yrittäjiltä perittävän sairausvakuutuksen päivärahamaksun tuotoilla, lukuun ottamatta eräitä valtion osuudella rahoitettavia kuluja ja yrittäjän lisärahoitusosuudella rahoitettavia kuluja.⁴ Sairausvakuutuksen työtulovakuutuksen menot vuoden 2019 tasossa olivat noin 2,37 miljardia euroa.

1.3. Hyvinvointialueen rahoitus

Hallitus on 8.12.2020 antanut eduskunnalle hallituksen esityksen hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp., jäljempänä myös sote-uudistusta koskeva hallituksen esitys). Esityksessä vastuun sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä on esitetty siirtyvän kunnilta ja kuntayhtymiltä uusien hyvinvointialueiden vastuulle.⁵

Hyvinvointialueiden rahoitus koostuu pääosin valtion rahoituksesta ja osin asiakas- ja käyttömaksuista. Rahoitus on laskennallista ja yleiskatteellista. Tämä poikkeaa sosiaalivakuutuksen rahoituksen lähtökohdasta, jossa on kyse käyttötarkoitussidonnaisesta rahoituksesta (ns. korvamerkitty rahoitus). Mahdollisen rahoitusvastuun siirron hyvinvointialueille voisi lähtökohtaisesti toteuttaa osana laskennallista sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitusta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus kohdennetaan hyvinvointialueille palvelutarpeen, asukasmäärän, palvelujen kustannuksia aiheuttavien olosuhdetekijöiden sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä kuvaavien kertoimien perusteella. Pelastustoimen rahoitus määräytyy puolestaan asukasmäärän, asukastiheyden ja pelastustoimen riskitekijöiden perusteella.

Rahoituslaissa säädetään myös rahoituksen tason vuosittaisesta tarkastamisesta. Rahoituksen tasossa otetaan vuosittain etukäteen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarpeen kasvu, kustannustason nousu sekä hyvinvointialueiden mahdolliset uudet tehtävät. Jälkikäteen tarkistetaan

⁴ Työtulovakuutuksen rahoituksesta työnantajien sairausvakuutusmaksun osuus oli 30 prosenttia, palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksun osuus 59 prosenttia sekä valtion osuus 10 prosenttia. Kilpailukykysojimus alensi väliaikaisesti työnantajien rahoitusosuutta ja vastaavasti korotti palkansaajien sekä yrittäjien rahoitusosuutta vuoden 2019 loppuun saakka.

⁵ Tässä muistiossa viitataan sote-uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä esitettäviin lakeihin sellaisena kuin ne ovat hallituksen esityksessä eduskunnalle hyvinvointi-alueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp), joka on parhaillaan eduskunnassa käsiteltävänä.

vuosittain valmistuneiden tilinpäätöstietojen perusteella hyvinvointialueiden koko maan tason toteutuneet kustannukset vastaamaan kyseisen tilinpäätösvuoden laskennallisia kustannuksia.

Lain siirtymäsäännösten (36 §) mukaisesti palvelutarpeen arvioitua vuosittaista kasvua kuitenkin korotettaisiin siirtymävaiheen kustannusten vuoksi 0,2 prosenttiyksiköllä vuosina 2023—2029. Vuodesta 2025 alkaen palvelutarpeen kasvu otettaisiin huomioon siihen määrään asti, että käyttökustannusten vuosittainen kasvu vastaa 80 prosenttia palvelutarpeen vuosittaisesta kasvusta (mukaan lukien vuosina 2023—2029 tehtävä 0,2 prosenttiyksikön korotus). Säännös merkitsisi sitä, että hyvinvointialueilla olisi kannuste sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten kasvun hillintään.

1.4. Hyvinvointialuesääntelyn tavoitteet

Sote-uudistusta koskevassa hallituksen esityksessä vastuun sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä on esitetty siirtyvän kunnilta ja kuntayhtymiltä uusien hyvinvointialueiden vastuulle. Sosiaali- ja terveystalouden järjestämistä vastuu siirrolla on sote-uudistuksen yhteydessä tavoiteltu yhtenäistä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta, joka kokoaisi voimavarat asukasmäärältään ja taloudelliselta kantokyvyltään isommille järjestämistä vastuullisille päätöksenteon ja hallinnon tasoille. Esityksen mukaan uudistus varmistaisi näin riittävän vahvat palvelujen järjestäjät tulevaisuudessa, jossa väestö ikääntyy ja työikäinen väestö keskittyy suurimpiin kaupunkeihin. Lisäksi esityksessä on katsottu, että järjestämistä vastuu ja rahoituksen kokoaminen kannustaisi huolehtimaan asiakkaiden palveluista tarveperusteisesti ja oikea-aikaisesti sekä kustannusvaikuttavasti. Perustelujen mukaan rakenteessa, jossa yksi taho vastaisi toiminnan toteutuksesta ja rahoituksen kohdentamisesta, palvelujen järjestäjällä olisi mahdollisuus toteuttaa palveluissa merkittäviä toiminnallisia uudistuksia. Tällöin sosiaali- ja terveydenhuollon saatavuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta sekä kustannusvaikuttavuutta on esityksessä arvioitu olevan nykyistä parempi mahdollisuus aikaansaada.⁶

Sote-uudistuksen vaikutuksia on arvioitu aiemmin toteutetuista uudistuksista saatujen kokemusten, uudistusta käsittelevien tutkimusten ja selvitysten sekä asiantuntijoiden näkemysten perusteella. Vaikutukset palveluihin riippuisivat kuitenkin olennaisesti siitä, miten hyvinvointialueet toteuttaisivat niiden järjestämistä ja tuottamista vastuulle kuuluvan sosiaali- ja terveydenhuollon. Hallituksen esityksessä onkin todettu, että varmaa tietoa siitä, miten ehdotuksen mukaiset tavoitteet toteutuvat ja mitkä ovat uudistuksen vaikutukset, ei voida esittää.⁷ Vastaavasti varmaa tietoa nykytilan säilyttämisen vaikutuksista toimintaympäristön muuttuessa, ei voida esittää.

⁶ Ks. HE 241/2021 vp, s. 229-230.

⁷ HE 241/2021 vp, s. 232.

Hallituksen esitysluonnoksessa on arvioitu, että sote-uudistuksella voitaisiin:

- 1) edistää asiakkaiden palvelujen integrointia (niin kutsuttu asiakastason palveluintegraatio, toiminnallinen integraatio); Hyvinvointialueella olisi jatkossa välineet ja vastuu palvelujen yhteensovittamisesta, paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden tunnistamisesta ja palveluketjujen- ja kokonaisuuksien määrittelystä sekä mahdollisuus yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen ensihoidon palvelut;
- 2) parantaa palvelujen saatavuutta, laatua ja yhdenvertaisuutta ja kustannusvaikuttavuutta toiminnallisilla uudistuksilla, jossa palveluja organisoitaisiin uudelleen erilaiset palvelutarpeet ja koko henkilöstö huomioiden niin, että palveluketjut ja palvelukokonaisuudet vastaisivat oikea-aikaisesti parhaalla tavalla asiakkaan tarpeisiin;
- 3) parantaa peruspalveluja ja erityisesti paljon eri palveluja tarvitsevien ja heikossa asemassa olevien ihmisten tarvitsemien palvelujen saatavuutta;
- 4) kohdentaa voimavaroja ja rahoitusta palvelujärjestelmän eri toimintoihin väestön palvelutarpeiden mukaisesti;
- 5) hyödyntää alueen sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön osaamista ja muita voimavaroja laajasti ja yhdenvertaisesti kaikissa väestön tarvitsemisissä palveluissa;
- 6) poistaa osaoptimointi siirtää asiakasta toisen järjestäjän vastuulle, esimerkiksi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä.

1.5 Hyvinvointialueen järjestämismvastuu

Sote-uudistusta koskevan hallituksen esityksen mukaan hyvinvointialueen järjestämismvastuusta säädettäisiin laissa hyvinvointialueesta ja sosiaali- ja terveydenhuollon osalta sitä täydentäen laissa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä.

Hallituksen esityksen mukaan laissa hyvinvointialueesta säädettäisiin hyvinvointialueen tehtävien järjestämismvastuusta sekä tehtävien järjestämiseen liittyvästä rahoitusvastuusta osittain kuntalain sääntelyä vastaavasti. Tämän lisäksi hyvinvointialueen järjestämismvastuusta säädetään erityislainsäädännössä kuten sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä annetussa laissa osin hyvinvointialueesta annettavan lain sääntelystä poikkeavasti tai sitä täydentävästi.

Hyvinvointialueen tehtävistä ei säädettäisi hyvinvointialueesta annettavassa laissa, vaan hyvinvointialue järjestäisi sille erikseen lailla säädetyt tehtävät. Toiminnan aloitusvaiheessa hyvinvointialueen lakisäätteiset koostuisivat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen tehtävistä.

Järjestämisvastuu määrittäisi sen, mistä tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen tulee kantaa vastuu.

Tehtävien hoidosta järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue vastaisi:

- 1) tehtävän ja siihen liittyvien velvoitteiden hoitamisesta;
- 2) asukkaan laissa säädettyjen oikeuksien toteutumisesta⁸;
- 3) asukkaan palvelukokonaisuuksien yhteensovittamisesta osana järjestämisvastuutaan⁹;
- 4) tehtävän järjestämisen edellyttämien palvelujen ja muiden toimenpiteiden yhdenvertaisesta saatavuudesta¹⁰;
- 5) tehtävän järjestämisen edellyttämien palvelujen ja muiden toimenpiteiden tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä¹¹;
- 6) vastuu tehtävän järjestämisen edellyttämien palvelujen ja muiden toimenpiteiden tuottamistavan valinnasta; Järjestämisvastuu itsessään ei määritä sitä, miten palvelut pitää tuottaa¹²;
- 7) tuottamisen ohjauksesta ja valvonnasta; Järjestämisvastuussa olevan hyvinvointialueen on aktiivisesti seurattava palvelujen laatua ja määrää sekä sitä, toteutuvatko ne vaatimusten ja tarpeen mukaisesti¹³;

⁸ Tällä tarkoitetaan esimerkiksi Suomen perustuslaissa (731/1999) säädettyjen perusoikeuksien kuten riittävien sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kielellisten oikeuksien toteutumista.

⁹ Hyvinvointialueella olisi siten aina vastuu esimerkiksi asiakkaan palveluketjujen toimivuudesta myös niissä tilanteissa, joissa jokin osa palvelusta järjestettäisiin muun hyvinvointialueen toimesta tai sen tuottaisi yksityinen palvelun tuottaja.

¹⁰ Yhdenvertainen saatavuus tarkoittaa, että kaikilla palvelua tarvitsevilla tulee olla mahdollisuus saada sitä samojen objektiivisten perusteiden mukaisesti. Yhdenvertaisuuteen sisältyy myös syrjimättömyys: ihmisiä ei saa syrjiä iän, sukupuolen, etnisen alkuperän, kielen tai muunkaan syyn perusteella.

¹¹ Jotta palvelut voidaan toteuttaa palveluihin oikeutettujen tarvetta vastaavasti, on järjestämisvastuussa olevan selvitettävä mitä palveluja hyvinvointialueella tai alueella tarvitaan ja miten paljon niitä käytetään. Lisäksi tulee ottaa huomioon palvelutarpeeseen vaikuttavia hyvinvointialueen tehtävät kattavia tekijöitä kuten eri väestöryhmien hyvinvointiin ja osallisuuteen vaikuttavat tekijät. Vasta näiden määrittelyjen perusteella voidaan suunnitella ja toteuttaa järjestämisvastuuseen kuuluvat palvelut. Palvelujen laatu tarkoittaa palvelun kykyä vastata asiakkaiden palvelutarpeisiin vaikuttavasti, säännösten mukaisesti ja kustannustehokkaasti. Palvelutarpeen määrittelyssä tulee ottaa huomioon myös suomen- ja ruotsinkielisten asukkaiden mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään samanlaisten perusteiden mukaan siten kuin kielilaisissa ja muualla laissa säädetään. Vastaavasti Lapin hyvinvointialueella palvelutarpeen määrittelyssä tulee ottaa huomioon saamenkielisten asukkaiden mahdollisuudet saada palveluja omalla kielellään. Eri kieliryhmien palveluita ei ole kuitenkaan kaikissa tapauksissa järjestettävä samalla tavalla. Estettä ei esimerkiksi ole sille, että hyvinvointialue järjestää palvelunsa eri tavalla ruotsinkielisille kuin suomenkieliselle väestölle, jos erilaiset järjestämistavat edistävät kielellisten oikeuksien toteutumista.

¹² Tuotantotavasta päättäminen käsittää sen, tuotetaanko palvelu itse tai hyvinvointialueiden yhteistoiminnassa, vai hankitaanko se sopimusten perusteella muualta.

¹³ Valvonta kattaa sekä oman toiminnan että sopimusjärjestelyihin perustuvien, muiden tuottamien palvelujen asianmukaisuuden valvonnan.

- 8) vastuu tehtävän järjestämisen edellyttämästä viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttämisestä; Hyvinvointialueen palvelutuotannossa viranomaiselle kuuluvan toimivallan käyttöä voidaan lailla säätää tai siirtää hallintosäännössä määritellyllä tavalla¹⁴;
- 9) tehtäviensä rahoituksesta, vaikka tehtävän järjestämismvastuu olisikin sopimuksella siirretty tai olisi lakiin perustuen toisella hyvinvointialueella.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä

Lailla sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä täydennettäisiin hyvinvointialueesta annetun lain järjestämismvastuuta koskevaa sääntelyä. Hyvinvointialueella olisi vastuu lakisääteisten sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävien hoitamisesta eli se vastaisi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä alueellaan ja olisi järjestämismvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta.

Hyvinvointialueen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismvastuuseen kuuluvista tehtävistä säädettäisiin ehdotetun lain lisäksi useissa muissa sosiaali- ja terveydenhuollon erityislaeissa. Hyvinvointialue saisi järjestää ja tuottaa itse sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja toisen hyvinvointialueen alueella vain toimiessaan yhteistyössä tai yhteistoiminnassa kyseisen hyvinvointialueen kanssa. Hyvinvointialueiden yhteistyöstä säädettäisiin useassa eri laissa.

Hyvinvointialue olisi järjestämismvastuunsa perusteella kustannusvastuussa asukkaidensa sosiaali- ja terveydenhuollosta myös silloin, kun asukas saa jonkun muun hyvinvointialueen järjestämiä tai tuottamia sosiaali- ja terveystalv palveluja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämismvastuuseensa liittyen hyvinvointialueen tulisi itse kyetä vastaamaan yhtäältä keskeisistä järjestämismvastuun toteuttamiseen liittyvistä vastuista sekä kaikista niistä lakisääteisistä vastuista, jotka sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä säädetään palvelujen järjestäjän tehtäviksi. Hyvinvointialue olisi vastuussa perustuslain mukaisista riittävistä sosiaali- ja terveystalv palveluista.

Hyvinvointialueen olisi huolehdittava järjestämismvastuuseensa liittyvästä päätösvallassa ja ohjauksesta kuten sosiaali- ja terveystalv palvelujen yhdenvertaisesta saatavuudesta sekä palvelujen tarpeen, määrän ja laadun määrittelemisestä.

Hyvinvointialueen olisi palvelujen tuotantotavoista riippumatta kyettävä tosiasiallisesti yhteensovittamaan palvelukokonaisuuksia sekä seuraamaan, valvomaan ja arvioimaan sosiaali ja terveystalv palvelujen

¹⁴ Toimivallan jako hyvinvointialueen viranomaisten välillä määriteltäisiin tarkemmin hyvinvointialueen hallintosäännössä.

saatavuuden toteutumista sekä väestötasolla että yksilötasolla. Hyvinvointialueen olisi huolehdittava myös palvelutarpeen arvioinnista ja siihen liittyvästä päätöksenteosta yksilötasolla.

Hyvinvointialueella olisi:

- 1) vastuu yhteensovittaa asiakkaiden sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kokonaisuuksiksi;
- 2) velvollisuus yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut hyvinvointialueen muiden palvelujen kanssa;
- 3) velvollisuus osaltaan yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja kunnan ja valtion muiden palvelujen kanssa;
- 4) velvollisuus edistää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen yhteensovittamista muiden toimijoiden palvelujen kanssa.

Hyvinvointialueen olisi huolehdittava osana järjestämisvastuutaan monenlaisista julkisen vallan käyttöä sisältävistä tehtävistä, kuten esimerkiksi hallintopäätösten tekemisestä, tahdosta riippumattomaan hoitoon ja huoltoon liittyvistä päätöksistä ja toimenpiteistä ja virka-avun pyytämisestä ja antamisesta.

Hyvinvointialueen olisi huolehdittava järjestämisvastuuseensa liittyen esimerkiksi hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön koulutustoimintaan liittyvistä tehtävistä sekä valmiudesta ja varautumisesta.

Järjestämisvastuuseen kuuluisi myös palvelujen tuottamistavoista päättäminen. Hyvinvointialue voisi hankkia sosiaali- ja terveystalvveluja yksityiseltä palveluntuottajalta sopimukseen perustuen.

Hyvinvointialueella olisi oltava riittävä osaaminen, toimintakyky ja valmius vastata sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja sen olisi huolehdittava asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveystalvvelujen saatavuudesta kaikissa tilanteissa. Järjestämisvastuunsa toteuttamiseksi hyvinvointialueella olisi oltava palveluksessaan toiminnan edellyttämä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöstö sekä hallinnollinen ja muu henkilöstö, hallinnassaan asianmukaiset toimitilat ja toimintavälineet sekä muut tarvittavat toimintaedellytykset.

Hyvinvointialueella on oltava järjestämisvastuunsa toteuttamisen edellyttämä riittävä oma palvelutuotanto. Jotta hyvinvointialue pystyy tosiasiasa huolehtimaan järjestämisvastuuseensa kuuluvista edellä kuvatuista tehtävistään, edellyttää se käytännössä sitä, että hyvinvointialueella on riittävästi myös omaa palvelutuotantoa sekä omaa henkilöstöä ja osaamista tehtävistään suoriutumiseksi. Myös hyvinvointialueelle kuuluvien julkisen vallan käyttöön liittyvien tehtävien organisoiminen asianmukaisesti edellyttää riittävää omaa tuotantoa ja osaamista. Oma palvelutuotanto on myös edellytys hyvinvointialueen tarvitsemalle tilaajaosaamiselle. Asianmukaisia toimitiloja

hyvinvointialue tarvitsee järjestämistehtäviensä hoitamista varten sekä itse tuottamiensa palvelujen toteuttamista varten. Hyvinvointialueen palveluksessa olevalla henkilöstöllä tarkoitettaisiin hyvinvointialueeseen työ- tai virkasuhteessa olevaa henkilöstöä. Vastaavasti hyvinvointialueen omalla palvelutuotannolla tarkoitettaisiin palveluja, jotka toteutetaan hyvinvointialueen palveluksessa olevalla henkilöstöllä. Hyvinvointialueen oman henkilöstön määrä tulisi mitoittaa siten, että virkavastuulla tapahtuva johtaminen, ohjaus ja valvonta ulottuisi hyvinvointialueen kaikille tehtävälajoille ja myös maantieteellisesti hyvinvointialueen alueen eri osiin. Koska hyvinvointialueella olisi oltava järjestämismääränsä hoitamiseksi riittävästi omaa palvelutuotantoa, hyvinvointialue ei voisi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta niin laajoja alueellisia tai toiminnallisia kokonaisuuksia, ettei se kykene tosiasiallisesti huolehtimaan järjestämismäärästään. Hyvinvointialueella olisi oltava riittävästi omaa palvelutuotantoa niin sosiaalihuollossa kuin terveydenhuollon perustasolla ja erikoissairaanhoidossa. Myös näiden ylätasojen sektoreiden sisällä oman palvelutuotannon olisi oltava riittävä ja laaja-alaisesti toiminta-alueen tehtävät kattavaa siten, ettei jotakin lääketieteen erikoisalaa tai jotakin muuta palvelualaa, esimerkiksi kaikkea perustason suunhoitoa, kaikkia ikääntyneiden palveluja, kaikkia vammaispalveluja, kaikkia lastensuojelun palveluja tai kaikkia kuntoutuksen palveluja ole kokonaan ulkoistettu, vaan kullakin sektorilla olisi riittävästi myös hyvinvointialueen omaa osaamista. Esimerkiksi hyvinvointialueen yksittäisten terveysasemien ulkoistus olisi kuitenkin mahdollista ja myös kunkin palvelusektorin ja lääketieteen erikoisalan sisällä voidaan hankkia erilaisia palveluja. Oman palvelutuotannon tulisi muodostaa toiminnan ytimen siten, että eri toiminnoissa tarvittava oman henkilöstön palvelutuotantoon liittyvä osaaminen sekä toiminnan vakaus olisi turvattu eikä palvelutuotanto vaarantuisi häiriötilanteissa.

Hyvinvointialueella olisi mahdollisuus päättää tarkoituksenmukaisista tuotantotavoista järjestämismääränsä toteutumisen puitteissa, ja palveluja voitaisiin hankkia laajasti myös yksityisiltä palveluntuottajilta. Hyvinvointialue voisi kokonaisharkintansa perusteella hankkia yksityisiltä palveluntuottajilta suurehkonkin osuuden sellaisia palveluja, jotka luonteensa puolesta erityisesti soveltuvat paremmin tuotettaviksi yksityisten palveluntuottajien toimesta tai jotka muutoin on tarkoituksenmukaista tuottaa hankkimalla ne yksityiseltä palveluntuottajalta. Lisäksi hyvinvointialueella voi olla tarve hankkia tiettyjä palveluja, esimerkiksi joitakin ruotsinkielisiä palveluja, joiden osaamista on haastavaa löytää muualta kuin yksityissektorilta. Hyvinvointialueella ei näin ollen tarvitsisi olla omana tuotantonaan jokaista sosiaali- ja terveydenhuollon yksittäistä palvelua. Oman tuotannon tulee edellä todetulla tavalla olla riittävän laajaa sekä osaamisen puolesta kattavaa, että hyvinvointialue kykenee sopeuttamalla omaa palvelutuotantoaan ja varautumalla erilaisiin etukäteisjärjestelyihin häiriötilanteisiin huolehtimaan myös häiriötilanteissa vaarantuvista palveluista. Esimerkiksi yksityisen palveluntuottajan konkurssitilanteessa hyvinvointialueen tulee kyetä huolehtimaan kyseisistä palveluista oman palvelutuotantonsa riskienhallinta- ja varautumisjärjestelyjensä kautta. Hyvinvointialueen omaa palvelutuotantoa tulisi tarkastella myös eri palvelualojen ja palvelujen henkilöstön sekä muiden voimavarojen kannalta kokonaisuutena siten, että jonkin palvelualan (esimerkiksi asumispalvelujen) häiriötilanteessa voidaan

hyödyntää akuutisti myös muiden hyvinvointialueen palvelualojen (esimerkiksi kotipalvelujen) henkilöstöä ja resursseja.

Etukäteen voitaisiin esimerkiksi varautua erilaisiin häiriötilanteiden järjestelyihin kuten siihen, että asiakkaita voitaisiin yksityisen palveluntuottajan toiminnan häiriintyessä tai keskeytyessä sijoittaa hyvinvointialueen itse tuottamiin palveluihin, muiden hyvinvointialueiden kanssa yhteistoiminnassa toteutettaviin palveluihin tai muilta yksityisiltä palveluntuottajilta hankittaviin palveluihin. Ehdotetun pykälän sääntely ei edellyttäisi hyvinvointialueelta yliesursointia, kunhan hyvinvointialue on huolehtinut edellä todetulla tavalla siitä, että se kykenee turvaamaan asukkaidensa palvelutarpeen mukaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuuden kaikissa tilanteissa.

2. Keskeisiä monikanavarahoituksen purkamiseen liittyviä lainsäädännöllisiä näkökohtia

2.1. Perustuslaillisia lähtökohtia

Perustuslain 19 § 3 momentissa on turvattu jokaiselle, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Perustuslakivaliokunnan (jäljempänä myös PeVL) mukaan sairausvakuutuslaissa säädettävät korvaukset ja etuudet ovat valtiosääntöoikeudellisesti merkittäviä perustuslain 19 §:n 2 momentin kannalta ja toteuttavat perustuslain 19 §:n 3 momentissa julkiselle vallalle säädettyä velvollisuutta turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut.¹⁵ Lisäksi perustuslakivaliokunnan mukaan sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen on riittävästi vastattava palvelutarvetta ja turvattava se, etteivät palveluista perittävä asiakasmaksut suuruudellaan siirrä palveluja niitä tarvitsevan ulottumattomiin.¹⁶

Perustuslain 6 §:n 2 momentin sanamuoto ilmaisee, että yksilöitä ei saa asettaa eri asemaan ”ilman hyväksyttävää perustetta”. Yleinen yhdenvertaisuuslauseke tarkoittaa mielivallan kieltoa ja vaatimusta samanlaisesta kohtelusta samanlaisissa tapauksissa.¹⁷ Perustuslakivaliokunta on vakiintuneesti tulkintakäytännössään todennut, ettei perustuslain yleisestä yhdenvertaisuusperiaatteesta voida johtaa tiukkoja rajoja lainsäätäjän harkinnalle pyrittäessä kulloisenkin yhteiskuntakehityksen vaatimaan sääntelyyn.¹⁸ Valiokunta on eri yhteyksissä johtanut perustuslain yhdenvertaisuussäännöksistä vaatimuksen, että erottelut eivät saa olla mielivaltaisia, eivätkä ne saa muodostua kohtuuttomiksi ja perustelujen tulee ovat hyväksyttäviä. Perustuslain 6 §:llä edellytetään samankaltaisesta kohtelusta

¹⁵ Ks. PeVL 33/2004 vp.

¹⁶ Ks. PeVL 15/2018 vp, s. 23.

¹⁷ HE 309/1993 vp, s. 42.

¹⁸ PeVL 11/2012 vp, s. 2, PeVL 1/2006 vp, s. 2, PeVL 15/2001 vp, s. 3.

samanlaisissa tapauksissa. Perustuslakivaliokunta ei ole pitänyt esimerkiksi pelkkää maantieteellistä kriteeriä hyväksyttävänä erotteluperusteena perustuslain 6 §:n 2 momentin kannalta.¹⁹

Parhaillaan eduskunnassa käsiteltävänä olevassa hallituksen esityksessä eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp) hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle esitetään vain sellaista toimintaa, johon niille tulee myös järjestämisvastuu. Mahdollisessa jatkotyöskentelyssä olisi selvitettävä hyvinvointialueen mahdollisuus rahoittaa myös sellaista toimintaa, johon sillä ei ole järjestämisvastuuta.

2.2. Kelan etuuspäätökset ja muutoksenhaku

Asianosainen eli se, jonka oikeutta, etua tai velvollisuutta asia koskee, voi hakea Kelan tai muutoksenhakuelimen päätökseen muutosta valittamalla. Myös viranomainen voi hakea muutosta muutoksenhakuelimen päätökseen. Päätöstä voidaan myös oikaista ja tarkistaa viranomaisen toimesta.

Kelan järjestämät ja korvaamat kuntoutuspalvelut, harkinnanvaraista kuntoutusta lukuun ottamatta, on laissa turvattu yksilöityinä subjektiivisina oikeuksina ja niistä annettavat päätökset ovat kirjallisia hallintopäätöksiä. Muutoksenhakuoikeus on vain yksilöityinä subjektiivisina oikeuksina turvatuista palveluista. Harkinnanvaraisen kuntoutuksen osalta on lakiin kirjattu valituskielto.

Kelan päätökseen tyytymätön saa hakea siihen muutosta valittamalla sosiaaliturvan muutoksenhakulautakuntaan ja sosiaaliturvan muutoksenhakulautakunnan päätökseen tyytymätön valittamalla vakuutusosoikeuteen. Kelan korvaamista yksityisen hoidon- ja tutkimuksen korvauksista, matkakorvauksista ja lääkekorvauksista on myös muutoksenhakuoikeus

Muutoksenhakureittinä etuutta koskevassa päätöksessä on oikaisumenettelyn jälkeen valitus ensimmäisenä muutoksenhakuasteena toimivalle Sosiaaliturva-asioiden muutoksenhakulautakunnalle (jäljempänä SAMU) valitusosoituksessa kerrotun valitusajan puitteissa (30 päivää tiedoksisaannista). Toisena muutoksenhakuasteena toimii vakuutusosoikeus, jolta asianosainen tai Kela voivat valittamalla hakea muutosta SAMU:n tekemään päätökseen.

¹⁹ PeVL 59/2001 vp, s. 2.

2.3. Terveysthuollon hoitopäätökset

Terveysthuollossa lääkärin tekemät hoitoon liittyvät hoitopäätökset eivät korkeimman hallinto-oikeuden vakiintuneen ratkaisukäytännön perusteella ole valituskelpoisia hallintopäätöksiä vaan tällaisiin päätöksiin sovelletaan muistutus- ja kantelumenettelyjä.

Muistutuksesta säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetulla lailla (785/1992) ja sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetulla lailla (812/2000). Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 10 §:n mukaan terveyden- ja sairaanhoitoonsa tai siihen liittyvään kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Toimintayksikön on tiedotettava potilailleen muistutusoikeudesta riittäväällä tavalla sekä järjestettävä muistutuksen tekeminen heille mahdollisimman vaivattomaksi. Toimintayksikön on käsiteltävä muistutus asianmukaisesti ja siihen on annettava kirjallinen vastaus kohtuullisessa ajassa muistutuksen tekemisestä. Vastaus on perusteltava asian laadun edellyttämällä tavalla. Muistutuksen tekeminen ei rajoita potilaan oikeutta kannella hoidostaan tai hoitoon liittyvästä kohtelustaan terveydenhuollon valvontaviranomaisille.

Muotovaatimusten osalta laissa on lähdetty siitä, että muistutus tulee tehdä pääsääntöisesti kirjallisesti. Muistutus voidaan kuitenkin tehdä myös suullisesti. Tällöin vaaditaan, että suullisen muistutuksen tekemiseen on erityinen syy. Lisäksi säännöksessä on korostettu hallintolain mukaista neuvonta- ja ohjausvelvollisuutta (muun muassa potilasvahinko-, vahingonkorvaus-, syyteasia ja terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeuksien poistaminen, rajoittaminen tai muu kurinpitomenettely).

Muistutusmenettelyn osalta muutoksenhakukiellosta on säädetty lailla. Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 15 §:n mukaan päätökseen, jolla muistutus on ratkaistu, ei saa hakea muutosta valittamalla.

Vastaavat sosiaalihuollon asiakasta koskevat säännökset löytyvät sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetusta laista.

Muutoksenhaun osalta esitetty hyvinvointialuesääntely hallituksen esityksessä 241/2020 vp. vastaa maakuntauudistuksessa suunniteltua työnjakoa siten, että lääkärin tekemät hoitoon liittyvät päätökset eivät olisi muutoksenhakukelpoisia hallintopäätöksiä vaan ensisijaisina oikeusturvakeinoina olisivat julkisen terveydenhuollon osalta nykytilaa vastaavasti kantelu- ja muistutusmenettelyt. Vastaava sääntelyratkaisu johtaisi kuntoutusta saavan asiakkaan näkökulmasta oikeusturvan heikentymiseen kuntoutuksen sisältöä koskevassa päätöksenteossa.

Potilasasiames ja potilasvahinkoilmoitus

Potilasasiamesistä säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 11 §:ssä. Jokaisella sekä julkisella että yksityisellä terveydenhuollon toimintayksiköllä on nimetty potilasasiames.

Potilasasiamiehen lakisääteisinä tehtävinä neuvoa ja antaa tietoa potilaan asemasta ja oikeuksista. Potilasasiamies toimii potilaan oikeuksiensa edistämiseksi ja toteuttamiseksi. Ollessaan tyytymätön saamansa hoitoon tai kohteluun potilas voi ottaa yhteyttä terveydenhuollon toimintayksikön potilasasiamieheen ja saada neuvoa, miten hän saa asiansa selvitettyä.

2.4. Hallintokantelu

Hallintokantelusta säädetään hallintolain (434/2003) 8 a luvussa. Hallintolain mukaisen kantelun voi tehdä sekä terveydenhuollon että Kelan viranomaistoiminnasta. Hallintolain mukaan viranomaisen, siihen palvelussuhteessa olevan tai muun julkista hallintotehtävää hoitavan lainvastaisesta menettelystä tai velvollisuuden täyttämättä jättämisestä voi jokainen tehdä hallintokantelun toimintaa valvovalle viranomaiselle. Kahta vuotta vanhemmasta asiasta tehtyä hallintokantelua ei tutkita, ellei siihen ole erityistä syytä.

2.5. Kelan asema itsenäisenä julkisoikeudellisena laitoksena

Perustuslain 36 §:n 1 momentin mukaan eduskunta valitsee valtuutetut valvomaan Kelan hallintoa ja toimintaa sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään. Kelan valtiosääntöoikeudellisesta erityisasemasta johtuen Kela on ministeriöihin ja valtioneuvostoon nähden itsenäinen esimerkiksi lainsäädännön tulkinnessa ja korvauskäytännön muodostamisessa. Kelan valtiosääntöoikeudellisen erityisaseman on katsottu estävän valtion Kelaan kohdistuvan hallinnollisen ohjauksen ja sitovien määräysten ja ohjeiden antamisen. Vastaava rajoitus koskisi myös hyvinvointialueen mahdollisuuksia puuttua tai ohjata Kelan toimintaa. Valtion ohjausvaltaa voidaan toteuttaa lainsäädännön keinoin, mutta tällöinkin ehdotettavassa lainsäädännössä on huomioitava perustuslainmukaisuus.

3. Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

3.1. Tehtävänanto

Valmisteluryhmän tehtävänä on selvittää seuraavat kysymykset ja laatia ehdotuksia:

1. korvausten säilyttäminen sairaanhoitovakuutuksessa siten, että hyvinvointialueet osallistuisivat niiden rahoitukseen, ja tämän vaihtoehdon vaikutusarviointi
2. yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten lakkauttaminen siirtymäajan jälkeen ja tämän muutoksen vaikutusarviointi

Valmisteluryhmän tehtävänä on ollut myöhemmin käynnistettävän parlamentaarisen valmistelun tueksi koota ratkaisuvaihtoehtoja aiempien hallituskausien aikana tehtyjen työryhmätöiden ja muiden selvitysten pohjalta sekä selvittää vaihtoehtojen vaikutuksia. Monikanavarahoituksen purkamiseksi asetetut muut valmisteluryhmät eivät ole tehneet ehdotuksia, vaan selvityksiä eri toteuttamisvaihtoehdoista ja myöhemmin asetettava parlamentaarinen työryhmä ottaa omassa työssään kantaa toteuttamisvaihtoehtoihin. Tämän vuoksi myöskään hoito- ja tutkimuskorvausten valmisteluryhmä ei ole tässä vaiheessa tehnyt ehdotuksia omalta osaltaan.

3.2. Vaihtoehdot

Vaihtoehto A: Tässä vaihtoehdossa yksityisen sairaanhoidon korvauksia maksettaisiin edelleen, mutta hyvinvointialueille siirrettäisiin yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten nykyinen valtion rahoitusvastuu, jolloin hyvinvointialueet rahoittaisivat 67 prosenttia lääkäripalkkioiden, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksista.

Valtio siirtäisi rahoitusta hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituskriteereillä yleiskatteellisena rahoituksena ja Kela laskuttaisi hyvinvointialueita asukkaiden yksityisten terveydenhuollon palveluiden käytön mukaan.

Vakuutettujen 33 prosentin rahoitusosuus sairaanhoitovakuutuksessa säilyisi ennallaan ja hyvinvointialueiden väestö rahoittaisi sairaanhoitovakuutuksen menoja valtakunnallisesti vakuutusmaksujen kautta. Vakuutettujen ja hyvinvointialueiden rahoitusosuuksia menoista seurattaisiin Kelassa vuosittain ja rahoituksen mahdolliset yli- tai alijäämät huomioitaisiin seuraavana vuonna.

Vaihtoehto B: Tässä vaihtoehdossa yksityisen terveydenhuollon lääkäripalkkioiden, hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon sairaanhoitokorvaukset lakkautettaisiin. Valtion rahoitusosuus

sairaanhoitokorvauksiin poistuisi eikä vakuutetun sairaanhoitomaksulla enää rahoitettaisi sairaanhoitokorvauksia.

3.3. Vaihtoehtojen vertailua

Terveysturvallisuuden järjestämisvastuu on julkisella terveydenhuollolla, jota yksityinen terveydenhuolto ja sen osana julkisrahoitteinen Kelan sairausvakuutusjärjestelmä täydentävät. Molemmissa malleissa terveydenhuollon järjestämisvastuu säilyisi ennallaan. Vaihtoehdossa A sairaanhoidon korvausjärjestelmä säilyisi nykyisen laajuisena ja Kelan toimeenpanemana, mutta vaihtoehdossa B korvausjärjestelmä lakkaisi.

Vaihtoehtoon A liittyen on myös noussut ajatuksia lainsäädännön keinoin ja sopimuksin toteutettavasta Kelan ja hyvinvointialueiden yhteistyöstä, jossa sovittaisiin hyvinvointialueella tarvittavien yksityisten palvelujen käytöstä ja kohdentamisesta. Näitä ajatuksia ei ole kuitenkaan selvitystyön yhteydessä selvitetty, koska ne eivät sisälly valmisteluryhmän toimeksiantoon.

3.3.1. Taloudelliset vaikutukset

Vaihtoehdossa A hyvinvointialueille siirtyisi yksityisen hoidon sairaanhoitokorvausten rahoitusvastuuta, kun valtion 67 prosentin rahoitusosuus siirrettäisiin hyvinvointialueiden vastuulle. Valtion rahoitusosuus oli 95,5 miljoonaa euroa vuonna 2019 ja osuuden arvioidaan alenevan noin 58 miljoonaan euroon vuonna 2023 hallituksen sairaanhoitokorvauksiin kohdentamien säästöpäätösten johdosta.

Vaihtoehdossa monikanavarahoitus lisääntyisi verorahoitteisen rahoituksen kiertäessä hyvinvointialueiden kautta Kelalle ja Kelan laskuttaessa edelleen hyvinvointialueita asukkaiden yksityisten terveydenhoidon palveluiden käytön mukaan. Vaihtoehdossa A vakuutettujen rahoitusosuus säilyisi ennallaan. Hallinnollisten kustannusten arvioidaan lisääntyvän yhden lisätoimijan myötä.

Vaihtoehdossa B monikanavarahoitusta purettaisiin. Sairaanhoitokorvaukset ja sairaanhoitokorvauksiin kohdentuvat Kelan hallinnolliset kulut poistuisivat. Myös yksityissektorin sairaanhoitokorvausten käsittelyyn liittyvät kustannukset ja kustannuksia korvaavat maksukertapalkkiot poistuisivat. Vuonna 2019 sairaanhoitokorvauksia maksettiin 142,6 miljoonaa euroa. Vuonna 2023 sairaanhoitokorvausten arvioidaan alenevan arviolta 86 miljoonaan euroon korvauksiin kohdennettujen säästöpäätösten johdosta. Sairaanhoitokorvauksiin kohdentuvien Kelan hallintokulujen arvioidaan olevan 14 miljoonaa euroa vuodessa. Myös yksityisen terveydenhuollon toimipisteisiin tehtyjen matkojen matkakorvaukset (5 miljoonaa euroa) poistuisivat. Sairaanhoitokorvausten edellyttämä rahoitusosuus vakuutettujen sairausvakuutusmaksusta (0,03 prosenttiyksikköä) ja 58 miljoonan euron valtion osuus rahoituksesta poistuisi. Vaihtoehdossa B hyvinvointialueille tulisi ohjata rahoitusta, koska julkisen terveydenhuollon

kustannukset nousisivat siltä osin kuin asiakkaat siirtyisivät yksityisiltä palveluntuottajilta julkiselle sektorille.

3.3.2. Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Yksityisen terveydenhuollon palvelut sairaanhoitokorvauksineen täydentävät hyvinvointialueiden terveydenhuollon palveluja ja tukevat julkista terveydenhuoltoa hoidon saatavuuden säilyttämisessä ja kustannusten hillinnässä, koska asiakkaiden omarahoitusosuus on merkittävä. Julkisen terveydenhuollon nykyiset haasteet palvelutarjonnassa liittyvät rekrytointivaikkeuksiin ja tietyillä erikoisaloilla osaamispulaan. Yksityinen sektori on monin paikoin onnistunut rekrytoimaan työntekijöitä julkista sektoria paremmin. Vaihtoehdossa A nämä elementit säilyisivät ennallaan. Lisäksi hyvinvointialueiden saama rahoitus olisi yleiskatteellista eikä siis korvamerkittyä sairaanhoidon korvausten rahoitukseen. Koska kyseessä olisi kuitenkin hyvinvointialueiden lakisääteiden tehtävä, se sitoisi hyvinvointialueiden päätöksentekoa rahoituksen kohdentamisessa. Perustuslaissa määritellyn erityisaseman johdosta Kela on itsenäinen esimerkiksi lainsäädännön tulkinnassa ja korvauskäytännön muodostamisessa. Tämän johdosta hyvinvointialueet päätyisivät rahoitusvastuulliseksi sairaanhoitokorvauksista, joiden toimeenpanosta tulisi sopia Kelan ja hyvinvointialueiden kesken asiakastarpeita vastaavasti.

Vaihtoehdossa B hyvinvointialueilla olisi mahdollisuus lisätä terveydenhuollon palveluja alueellaan, jos sairaanhoitokorvauksiin käytetty raha ohjattaisiin hyvinvointialueille. Rahoitus on kuitenkin yleiskatteellista, eikä olisi korvamerkittyä terveydenhuollon palveluihin. Sairaanhoitokorvausten päättyessä paine julkisen puolen palvelutarjonnassa lisääntyy, kun osa asiakkaista siirtyy yksityiseltä puolelta julkiselle. Julkisella sektorilla saattaisi olla vaikeuksia rekrytoida riittävästi terveydenhuollon ammattilaisia, koska tälläkin hetkellä useiden ammattiryhmien (muun muassa suuhygienistit, sairaanhoitajat, lääkärit, hammaslääkärit, lähihoitajat) rekrytointi on haasteellista. Ostettavilla palveluilla voitaisiin kuitenkin monin osin täydentää omaa palvelutuotantoa.

Arvioidaan, että vaihtoehdoissa A ja B valtion nykyinen rahoitusosuus voitaisiin jakaa hyvinvointialueille sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä esitetyillä rahoituskriteereillä, koska alueiden välille ei arvioida aiheutuvan merkittäviä rahoitusmuutoksia. Tehtyjen laskelmien mukaan alueittainen muutos olisi vaihtoehdossa A enintään +/- 10 euroa per asukas ja vaihtoehdossa B enintään +/-14 euroa per asukas. Molempien vaihtoehtojen osalta suurten kaupunkien alueet häviävät ja syrjäisten seutujen alueet hyötyvät taloudellisesti. Erojen arvioidaan kuitenkin olevan kokonaisuuteen nähden vähäisiä, kun keskimääräinen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus olisi 3 660 euroa per asukas.

3.3.3. Vaikutukset asiakkaisiin ja palvelujen saatavuuteen

Sairaanhoitokorvaukset tukevat mahdollisuutta päästä nopeasti hoitoon ja myös suoraan erikoislääkärille. Vuositasolla väestöstä 27 prosenttia käyttää yksityisiä lääkäripalveluja, 17 prosenttia yksityistä suun terveydenhuoltoa ja 21 prosenttia yksityisen sektorin tutkimusta ja hoitoa sairausvakuutuksesta korvattuna. Korvaukset lisäävät jossain määrin kansalaisten valinnanvapautta, kun yksityisen palvelutuottajan antamasta hoidosta saa osittaisen korvauksen. Toisaalta korvausten taso on matala, jolloin pienituloisten yksityisten terveystalvelujen käyttö ja palvelutuottajan valinta ei ole tosiasiallisesti ollut mahdollista. Hyvätuloiset henkilöt käyttävät yksityisen terveydenhuollon palveluja pienituloisia enemmän. Siksi myös korvaukset kohdentuvat suurelta osin hyvätuloisille. Toisaalta sairaanhoitomaksua maksavat suurituloiset pienituloisia enemmän. Yksityisten terveystalvelujen tarjonta vaihtelee alueittain ja keskittyy kaupunkialueille ja kasvukeskuksiin, vaikka korvausten toimeenpano on valtakunnallisesti yhdenvertaista eikä korvauksen saaminen tai määrä riipu asuinpaikasta.

Julkisella sektorilla on tiettyjen palvelukokonaisuuksien osalta ongelmia palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa. Suurelta osin ongelmat johtuvat rekrytointivaikeuksista ja tietyillä erikoisaloilla osaamispulasta. Lisäksi tiukat budjetit rajoittavat palvelutarjontaa.

Työterveyshuollossa on vuoden 2020 alusta lukien toteutettu korvausuudistus, jossa työterveyshuollon ja muun terveydenhuollon korvausten painopistettä on siirretty sairausvakuutuslain muutoksella ehkäisevän työterveyshuollon suuntaan. On epäselvää, kuinka paljon työnantajat ovat halukkaita jatkossa maksamaan muun terveydenhuollon kustannuksia työntekijöilleen.

Vaihtoehdossa A asiakkaan oikeus sairaanhoidon korvaukseen ja yksityisen terveydenhuollon nopeaan hoitoon pääsyyn säilyisi. Asiakkailla olisi siis edelleen mahdollisuus valita yksityinen palveluntuottaja ja saada siitä osittainen korvaus (nykyinen korvaustaso on noin 14 prosenttia hinnoista, minkä lisäksi yleensä peritään palvelu- tai toimistomaksua). Yksityissektorin asiakkailla perimät maksut ovat nousseet paljon enemmän kuin mitä julkisten menojen sosiaali- ja terveystoimen hintaindeksin mukainen nousu olisi ollut. Mikäli nykyinen kehitys jatkuu, korvausten osuus kustannuksista pienenee edelleen. Viime vuosien aikana sairaanhoitokorvauksia on myös leikattu useita kertoja valtioneuvoston päätöksellä.

Vaihtoehdossa B yksityisen terveydenhuollon nopea hoitoon pääsy säilyisi edelleen, mutta palvelut jäisivät kokonaan asiakkaan itsensä kustannettaviksi tai mahdollisesti työterveyshuollon taikka yksityisten sairauskuluvakuutusten kautta rahoitettavaksi. Myös yksityisen terveydenhuollon palveluihin tehtyjen matkojen kustannukset jäisivät asiakkaan itsensä maksettavaksi.

Sairaanhoitomaksu alenisi 0,03 prosenttiyksikköä. Jos hyvinvointialueiden rahoitusta lisätään vastaavasti, vakuutettujen verorahoitus kiristyy vastaavalla määrällä.

Toisaalta jos vaihtoehdossa B ohjattaisiin hyvinvointialueille riittävästi yleiskatteellista lisärahoitusta, julkisia terveydenhuollon palveluja voitaisiin kehittää ja parantaa hoitoon pääsyä, mikä edistäisi asiakkaiden yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa. Jos sairaanhoitokorvausten lakkauttamisen myötä asiakkaita siirtyisi merkittävässä määrin julkiselle sektorille, se loisi lisää paineita hoitotakuun osalta. Julkisen terveydenhuollon riittävien ja oikea-aikaisten palvelujen turvaaminen saattaisi edellyttää aiempaa enemmän palvelujen ostoja yksityiseltä sektorilta.

Vaihtoehdossa B asiakkaat maksaisivat julkisista terveydenhuollon palveluista lakisääteisen asiakasmaksun, jolloin asiakkaiden omarahoitusosuus olisi alhaisempi kuin sairauskorvausjärjestelmässä ja kansalaisten yhdenvertaisuus paranisi tästä näkökulmasta katsottuna.

Vaihtoehtoon B liittyviä asiakassiirtymiä on pyritty arvioimaan tämän selvitystyön yhteydessä. Arviointi on ollut ongelmallista, koska käytettävissä ei ole tutkimustietoa siitä, kuinka moni siirtyisi milläkin sairaanhoitokorvaustasolla osittain tai kokonaan pois yksityispalvelujen piiristä ja miltä osin nämä palvelut korvautuisivat julkisen sektorin käynneillä. Pienituloisimmilla yksityispalvelujen käyttö on vähäisintä ja laskenut selvimmin, kun korvaustaso on valtioneuvoston tekemien säästöjen johdosta madaltunut. Valmisteluryhmä esittää erilaisia skenaarioita, mutta etukäteen ei voida luotettavasti arvioida, miten korvausten lakkauttaminen vaikuttaisi palvelujen käyttöön.

Suun terveydenhuollon osalta arvioidaan, että mikäli yksityisen hammashoidon korvaukset lakkautettaisiin, yksityissektorilta siirtyisi julkiselle sektorille 100 000–190 000 suun terveydenhuollon asiakasta, mikä on noin 10–20 prosenttia yksityissektorin asiakkaista. Julkiseen suun terveydenhuoltoon tulisi tällöin ohjata nykyisen suuruiset asiakasmaksut huomioiden rahoitusta noin 20–40 miljoonaa euroa kattamaan siirtyvien asiakkaiden kustannukset.

Muun yksityisen sairaanhoidon osalta asiakassiirtymien arvioimiseksi on pyritty tekemään skenaarioita, jotka ovat esimerkkejä mahdollisista muutoksista. Skenaarioiden 1–3 mukaan, mikäli yksityisen terveydenhuollon korvaukset lakkautettaisiin, yksityisen lääkäripalvelujen asiakkaista siirtyisi julkiselle 0–10 prosenttia asiakkaista. Tällöin julkisen sektorin terveydenhuoltoon tulisi ohjata rahoitusta asiakasmaksut huomioiden 0–20 miljoonaa euroa.

Näiden lisäksi on tehty myös taustalaskelma, jossa on arvioitu kustannusvaikutuksia 5–50 prosentin asiakassiirtymillä. Näillä siirtymäskenaarioilla julkisen sektorin terveydenhuoltoon tulisi ohjata rahoitusta 40–410 miljoonaa euroa. Tässä taustalaskelmassa on huomioitu yksityisen terveydenhuollon lääkäripalkkiot, hammashoito sekä tutkimuksen ja hoidon kustannukset. Taustalaskelmassa myös oletetaan, että julkisen ja sairaanhoitovakuutuksesta korvatun yksityisen sektorin palveluvalikoima ja käyntien kustannus ovat samanlaisia, eikä julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja ole huomioitu laskelmassa.

3.3.4. Vaikutukset yksityisiin palveluntuottajiin

Yksityisten palveluntarjoajien perimien terveydenhuollon maksujen kasvuvauhti on ollut nopeaa asiakasmäärien säilyessä suhteellisen tasaisena. Vaihtoehdossa A yksityisten palveluntuottajien mahdollisuus hyödyntää Kelan suorakorvausjärjestelmää jatkuisi.

Sairaanhoitokorvausten lakkauttamisen vaihtoehdon B ei juurikaan arvioida heikentävän yksityisen terveydenhuollon palvelujen kysyntää, sillä korvaustaso on alhainen ja yksityisten palveluntarjoajien perimät maksut ovat nousseet vuosittain voimakkaasti. Korvausten lakkauttaminen kokonaan saattaisi kuitenkin aiheuttaa psykologisen vaikutuksen, joka mahdollisesti olisi suurempi kuin vaikutus vastaavan euromäärän alenemisesta siten, että korvausta jäisi jäljelle. Jos merkittävä osa asiakkaista siirtyisi julkiselle sektorille, yksityisille palveluntuottajille tulisi paineita alentaa hintoja tai hintojen kasvuvauhtia, ja lisäksi osa työntekijöistä saataisi siirtyä töihin julkiselle sektorille. Yksityisen sektorin asiakasprofiili saattaisi muuttua entistä enemmän suurempituloisiin kotitalouksiin painottuvaksi. Tämä saattaisi aiheuttaa tarjonnan painottumista entistä enemmän suuriin kaupunkeihin ja muille sellaisille alueille, missä on enemmän maksukykyisiä asiakkaita.

3.3.5. Vaikutukset sairauskuluvakuutuksiin

Yksityisten sairauskuluvakuutusten korvauksissa vakuutusyhtiöt noudattavat usein Kelan linjauksia korvattavuudesta. Vakuutuksesta korvataan kustannuksia Kelan korvauksen ylittävältä osalta. Vaihtoehdolla A ei olisi vaikutuksia sairauskuluvakuutuksiin. Vaihtoehto B voisi mahdollisesti lisätä yksityisten sairauskuluvakuutusten kysyntää ja sillä voisi olla myös vaikutuksia vakuutus sopimusten sisältöön. Kaikilla ei ole kuitenkaan mahdollisuutta ostaa yksityisiä sairauskuluvakuutuksia muun muassa niiden kalleuden vuoksi.

3.3.6. Kansainväliset tilanteet

Kansainvälisissä tilanteissa rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain mukaan henkilöllä on oikeus saada sairausvakuutuslain mukainen korvaus, jos hän varta vasten matkustaa toiseen EU- tai Eta-maahan tai Sveitsiin saadakseen hoitoa, eikä hänelle ole myönnetty ennakkolupaa. Vaihtoehdossa A nykyinen ns. omatoimisen hoitoon hakeutumisen korvausmalli on edelleen mahdollinen. Korvausmallin osalta tehtävillä ratkaisuilla on myös liittymä sosiaali- ja terveysministeriön lokakuussa 2020 aloittamaan säädöshankkeeseen rajalain uudistamiseksi. Vaihtoehdossa B omatoimisen hoitoon hakeutumisen kustannusten korvaamiselle olisi kehitettävä korvausmalli, joka pohjautuisi hyvinvointialueen järjestämisvastuun piirissä olevaan terveydenhuoltoon ja siellä käytössä oleviin asiakasmaksuihin. Uusi korvausmalli alentaisi huomattavasti asiakkaan omavastuuta suhteessa nykyiseen korvausmalliin.

4. Matkakorvaukset

4.1. Ensihoitopalvelun ja ambulanssikuljetusten monikanavarahoitus

4.1.1. Taustaa ensihoitopalvelusta

Ensihoitopalvelu on terveydenhuollon (sairaanhoitopiirit) järjestämisvastuulla. Ensihoitopalvelusta säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) ja sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa ensihoitopalvelusta (585/2017). Ensihoitopalvelun järjestämisvastuu siirtyi kunnilta sairaanhoitopiireille vuonna 2013. Ensihoitopalvelu on tärkeä osa terveydenhuollon päivystysjärjestelmän kokonaisuutta. Ensihoitopalvelu toimii lisäksi tiiviissä yhteistyössä moniviranomaistehtävissä muun muassa poliisin, pelastustoimen ja Rajavartiolaitoksen kanssa. Pelastustoimi toteuttaa pääosan ns. ensivastetoiminnasta, jota hyödynnetään ensihoitopalvelun lisänä ja apuna kriittisesti sairastuneiden potilaiden hoidossa ja onnettomuustilanteissa. Rajavartiolaitos tuottaa ensihoidon tukipalvelua sairaanhoitopiireille erityisesti merisaaristoalueilla. Valtion omistama erillisyhtiö FinnHEMS Oy tuottaa lääkärihelikopteritoiminnan lentopalvelua yliopistollisille sairaanhoitopiireille lakisääteistä ensihoitolääkäripäivystystä varten.

Ensihoitopalvelu on muuttunut sairaankuljetuksesta yhä tiiviimmäksi osaksi terveydenhuollon päivystysprosessia, jossa keskiössä ei ole potilaan kuljetus terveydenhuollon toimintayksikköön, vaan potilaiden hoidon tarpeen arviointi, ensihoidon aloittaminen, ja tarpeen mukaisesti joko potilaan kuljettaminen varsinaiseen hoitoon tai potilaan ohjaaminen muun sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen pariin. Muutokset ovat parantaneet koko hoitoketjun tuottavuutta, laatua, potilasturvallisuutta ja sitä kautta myös vaikuttavuutta. Muutosta on edesauttanut ensihoitajien osaamisen, ensihoitoyksiköiden välineistön ja lääkärin etäohjausmahdollisuuksien parantuminen.

Kaikki potilaiden kuljetukset ambulanssilla eivät kuulu ensihoitopalveluun. Suunnitelluista potilaiden matkoista terveydenhuollon toimintayksikköön osa joudutaan toteuttamaan ambulanssilla potilaan terveydentilan ja toimintakyvyn vuoksi, vaikka kyseessä ei ole kiireellinen tai ensihoitopalveluun kuuluva toiminta. Ambulanssilla voidaan lisäksi kuljettaa toimintayksikköön sisään kirjattu potilas toisessa toimintayksikössä annettavaa hoitoa varten.

Ahvenanmaan ensihoidon ja kiireettömien siirtokuljetusten tilannetta ja rahoitusvastuuta ei ole tarkasteltu tässä valmisteluryhmässä.

4.1.2. Rahoitusvastuu nykytilassa

Nykytilassa ensihoitopalvelun rahoitus on monikanavainen. Ensihoitopalvelua rahoittavat sairaanhoitopiirien kautta kunnat ja lisäksi sairausvakuutuslain säädösten kautta ensihoitopalvelua korvataan osin Kelan korvaamana. Sairausvakuutuslain mukainen korvauskäytäntö on peräisin ajalta, jolloin toiminnassa painottui kohteessa annetun hoidon sijaan nykyistä enemmän potilaan kuljettaminen päivystysyksikköön.

Ensihoidon kokonaiskustannuksista on ollut vaikea saada kuvaa erityisesti palvelujärjestelmän erilaisten ensihoidon organisoitumisvaihtoehtojen ja kirjanpitoratkaisujen vuoksi. Tämä on todettu useissa valtakunnallisissa ensihoidon selvityksissä (Kuntaliitto, sosiaali- ja terveysministeriö). Valtiontalouden tarkastusviraston raportin 2019 mukaan sairaanhoitopiirit kustantavat noin kaksi kolmasosaa ensihoidon kustannuksista, ja kolmasosa koostuu Kelan matkakorvauksista (taulukko 1). Ensihoidon kokonaiskustannukset ovat arviolta 300 miljoonaa euroa vuodessa.

Sairaanhoitopiirien rahoitusvastuu koostuu nykytilanteessa ensihoitopalvelun johtamisesta, ohjaamisesta, koordinoinnista, valmiuden ja varautumisen suunnittelusta, valmiuden ylläpidosta, ensihoitolääkäritoiminnasta sekä lisäksi tiettyjen sairausvakuutuslain perusteella korvaamatta jäävien tehtävien kustannuksista.

Kela korvaa sairausvakuutuslakiin perustuen ensihoitopalveluun kuuluvia ambulanssikuljetuksia ja lisäksi lääkärihelikoptereiden ja saaristoveneiden kuljetuksia erillisten kriteereiden mukaisesti. Lain mukaan korvataan ensihoitopotilaiden kuljettamisen aiheuttamia kustannuksia ja myös tiettyjä paikan päällä kohteessa hoidettuja tehtävien kustannuksia, vaikka potilasta ei kuljetettaisikaan. Korvaus maksetaan asiakas- ja matkakohtaisesti ja yleensä Kela maksaa sen suorakorvauksena palveluntuottajalle. Sairaankuljetusajoneuvolla suoritetusta sairaankuljetuksesta voidaan periä asiakkaalta enintään sairaankuljetuksen kustannusten korvaustaksasta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (490/2018) vahvistetun taksan mukainen maksu. Asiakas maksaa ensihoitopalvelusta sairausvakuutuslain mukaisen 25 euron omavastuun.

FinnHEMS Oy toimii vuosittaisen valtionavustuksen turvin, ja sen kustannus on tällä hetkellä noin 28 miljoonaa euroa vuodessa. Yliopistolliset sairaanhoitopiirit rahoittavat lääkärihelikopteritoiminnan ensihoitolääkäritoiminnan yhteistyössä muiden erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa, ja sen arvioitu kustannus on tällä hetkellä 7-8 miljoonaa euroa vuodessa. Mikäli potilaan kuljettaminen

jatkohoitoon tapahtuu helikopterilla, korvaa kustannuksia sairausvakuutuslain ja sen nojalla annetun asetuksen²⁰ perusteella Kela.

Kunta tai sairaanhoitopiiri vastaavat ja rahoittavat toimintayksikkönsä sisään kirjattuna olevan asiakkaan kuljetuksen toisessa toimintayksikössä annettavaa hoitoa varten (terveydenhuoltolaki 73 §). Matkakustannukset ambulanssilla terveydenhuollon palveluihin korvataan Kelan kautta sairausvakuutuslakiin perustuen, mikäli ambulanssin käyttö on perusteltua terveydentilan vuoksi, vaikka kyseessä ei olisi ensihoitopalvelu.

Taulukko 1. Kelan korvaamat ensihoitoon ja ambulanssilla tehtyihin siirtokuljetuksiin liittyvät matkat vuonna 2020

Kulkuneuvo/korvausperuste	Saajat	Matkojen lukumäärä	Korvaukset (euroa)
Ambulanssi	302 269	475 170	78 195 521
1 hengen ensihoitoyksikkö	230	234	15 308
Peruuntunut kuljetus (X-8 tilanne)	38 711	46 750	5 195 707
Helikopteri	522	560	1 553 050
Saaristovene	145	149	201 405
Ensihoitomatkot yhteensä	341 877	522 863	85 160 992
Siirtokuljetus ambulanssilla	41 176	49 408	13 936 306

4.1.3. Rahoitusvaihtoehtojen arviointia

Ensihoitopalvelun rahoitusvaihtoehtoina on valmisteluryhmässä tarkasteltu nykytilaa ja rahoitusvastuun siirtämistä kokonaan järjestämisvastuiselle taholle eli nykyisille sairaanhoitopiireille ja tuleville muodostuville hyvinvointialueille.

Ensihoidon rahoitusmallia on yritetty uudistaa ainakin jo vuodesta 2012 ja asiasta on tehty paljon selvityksiä²¹. Eri työryhmät ja selvitykset ovat päätyneet samansuuntaisiin ratkaisuehdotuksiin.

²⁰ Sosiaali- ja terveysministeriön asetus sairausvakuutuslain 4 luvun 5 §:ssä tarkoitetun erityisajoneuvon käytöstä aiheutuneiden matkakustannusten korvaamista koskevasta taksasta (1337/2004).

²¹ [Sosiaali- ja terveysministeriö \(2016\): Valtakunnallinen selvitys ensihoitopalvelun toiminnasta. Loppuraportti.](#) [Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:67; Valtiontalouden tarkastusvirasto: Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 9/2019;](#) [Sosiaali- ja terveysministeriö \(2012\): Ensihoidon rahoituksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:13;](#) [Kuntaliitto: Selvitys sairaanhoitopiirien ensihoidosta vuonna 2016.](#)

Osarahoitus matkakorvausjärjestelmän kautta ohjaa ensihoidon yksiköitä kuljettamaan mutta ei sisällä kannustinta hoitaa potilaita jo paikan päällä tai etsiä kuljettamisen sijaan muita, tarkoituksenmukaisten palveluiden saamista potilaalle. Nykyinen rahoitusmalli ei tue ensihoitopalvelun parasta vaikuttavuutta eikä palvelujärjestelmän resursseja saada käytettyä tarkoituksenmukaisimmalla tavalla. Ensihoidon rahoituksen muuttaminen siten, että palveluiden kokonaisuus, sisältö ja valmius korostuvat kuljettamisen sijaan, edistäisi nykyistä rahoitusmallia paremmin ensihoidon tavoitteellista ja tarkoituksenmukaista kehittämistä ja oletettavasti vähentäisi epätarkoituksenmukaisia ensihoidon kuljetuksia. Valtiontalouden tarkastusvirasto on tuoreessa (2019) tarkastuskertomuksessaan todennut, että ensihoidon sairausvakuutuksen matkakorvausjärjestelmän uudistusta tulee jatkaa. Ratkaisuja ensihoitopalvelun rahoituksen muuttamisesta ovat hidastaneet sosiaali- ja terveydenhuollon ja monikanavarahoituksen kokonaisuudistusten keskeneräisyys.

Valmisteluryhmän työskentelyssä on vahvistunut näkemys, jonka mukaan ensihoidon rahoitusvastuu olisi perusteltua siirtää kokonaisuudessaan nykyisten sairaanhoitopiirien ja tulevien hyvinvointialueiden vastuulle. Tämä olisi perusteltua toteuttaa huolimatta siitä, miten muiden matkakorvausten, koko monikanavarahoituksen tai sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen ratkaisut etenevät. Sairausvakuutuslain kautta nykytilanteessa kanavoituneet ensihoidon kuljetuskorvaukset ja asiakkaiden omavastuut tulisi siirtää täysimääräisenä osaksi hyvinvointialueiden (/kuntien) saamaa rahoitusta. Näiden korvausten valtion rahoitusosuus, 67 prosenttia, voitaisiin siirtää hyvinvointialueille. Sen sijaan sairaanhoitovakuutuksen vakuutettujen rahoitusosuus ei ole siirrettävissä hyvinvointialueille, joten tämä 33 prosentin osuus nykyisestä ensihoidon kuljetuskorvausten rahoituksesta tulisi rahoittaa hyvinvointialueille muilla tavoin, esimerkiksi valtion varoista. Asiakkaiden omavastuu tulisi toteuttaa jatkossa asiakasmaksun muodossa ja tuolloin se voisi kerryttää terveydenhuollon maksukattoa. Muutos edistäisi ensihoitopalvelun kehittämistä osana terveydenhuollon päivystysjärjestelmää, vahvistaisi periaatetta viedä palvelut potilaan luo sekä varmistaisi resurssien tarkoituksenmukaista käyttöä. Ambulanssilla toteutettavien, ei-ensihoitopalveluun kuuluvien terveydenhuoltomatkojen osalta tulisi pohtia toteuttamis- ja rahoitusvastuun siirtämistä samalle taholle kuin ensihoidonkin resurssien järkeväen käytön varmistamiseksi.

4.2. Muut matkakorvaukset

4.2.1. Nykytila

Vakuutetulla on sairausvakuutuslain 4 luvun perusteella oikeus korvaukseen sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi tehdyn matkan aiheuttamista tarpeellisista kustannuksista. Korvausta maksetaan myös Kelan järjestämän tai korvaaman kuntoutuksen vuoksi tehdyistä matkoista. Julkisessa laitoshoidossa sisäänkirjoitettuinä olevien asiakkaiden matkoja ei korvata.

Matkakustannuksia korvataan valtion, kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikköön. Jos kunta tai kuntayhtymä on järjestänyt sairaanhoidon hankkimalla ostopalveluja tai antamalla vakuutetulle maksusitoumuksen, matkakustannukset korvataan sinne, missä tutkimus on suoritettu tai hoito on annettu. Jos vakuutettu on terveydenhuoltolain 47 tai 48 §:n perusteella valinnut hoitopaikan, matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi maksanut lähimpään valtion, kunnan tai kuntayhtymän terveydenhuollon toimintayksikön tutkimus- ja hoitopaikkaan. Yksityisen terveydenhuollon toimintayksikköön tai ammatinharjoittajan luokse sairauden hoidon vuoksi tehdystä matkasta vakuutetulle aiheutuneet kustannukset korvataan vain, jos suoritettu tutkimus tai annettu hoito on sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa.

Matkakustannukset korvataan pääsääntöisesti matkasta sellaiseen lähimpään tutkimus- ja hoitopaikkaan, jossa vakuutettu voi saada hänen terveydentilansa vaarantumatta sairausvakuutuslaissa tarkoitettua tarpeellista tutkimusta ja hoitoa. Kelan korvauskäytännössä perusterveydenhuoltoon tehty matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta oman kunnan tai kuntayhtymän pääterveyskeskukseen. Pääterveyskeskuksena pidetään sitä terveyskeskusta, josta on saatavilla kunnan tai kuntayhtymän laajimmat terveydenhuollon palvelut. Erikoissairaanhoidon tehty matka korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta lähimpään yliopistolliseen sairaalaan. Myös yksityisen terveydenhuollon korvauksissa lähin tarkoituksenmukainen hoitopaikka arvioidaan tämän julkisen terveydenhuollon hoidon porrastuksen mukaan. Jos yksityisen hoidon on antanut esimerkiksi yleislääkäri, hammaslääkäri tai fysioterapeutti, matkakustannukset korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta oman kunnan tai kuntayhtymän pääterveyskeskukseen. Jos vakuutettu on mennyt yksityisen erikoislääkärin tai yksityisen erikoishammaslääkärin vastaanotolle, matkakustannukset korvataan enintään niiden kustannusten mukaan, jotka aiheutuisivat matkasta lähimpään yliopistolliseen sairaalaan.

Vakuutetun kiireettömään tutkimukseen tai hoitoon tekemän matkan kustannukset korvataan enintään sen mukaan, kuinka paljon matka olisi tullut maksamaan kotikuntalain (201/1994) mukaisesta väestötietojärjestelmään merkitystä kotikunnan asuinpaikasta aloitettuna. Jos vakuutetulla ei ole kotikuntaa Suomessa, matka katsotaan aloitetuksi siitä osoitteesta, jossa vakuutettu ilmoittaa pääasiallisesti oleskelevansa.

Sairausvakuutuslain perusteella korvataan myös saattajalle ja vakuutetun hoitoon osallistuvalla perheenjäsenelle aiheutuneita matkakustannuksia sekä lääkärin, hammaslääkärin ja sairausvakuutuslaissa tarkoitettun muun terveydenhuollon ammattihenkilön vakuutetun luokse tekemästä kotikäynnistä aiheutuneita matkakustannuksia.

Matkakustannukset korvataan sen mukaan, kuinka paljon matka olisi tullut maksamaan käyttäen halvinta käytettävissä olevaa matkustustapaa. Halvimmalla matkustustavalla tarkoitetaan ensisijaisesti julkista, kaikille avointa säännöllistä joukkoliikennettä ja siihen ketjuttamalla yhdistettyä eri liikennevälineillä

tehtyä matkaa, palveluliikennettä tai kutsujoukkoliikennettä. Jos vakuutetun sairaus, vaikea vamma tai liikenneolosuhteet edellyttävät erityisajoneuvon käyttöä, vakuutetun matkakustannukset korvataan erityisajoneuvon käytöstä aiheutuneiden kustannusten perusteella. Erityisajoneuvolla tarkoitetaan omaa autoa, taksia, vammaisvarustettua ajoneuvoa, pienoislinja-autoa, sairaankuljetusajoneuvoa, moottorivenettä, moottorikelkkaa, helikopteria ja muuta vastaavaa ajoneuvoa. Vakuutetun oikeus erityisajoneuvon käyttöön selvitetään terveydenhuollon antamalla todistuksella. Jos syy erityisajoneuvon käyttöön on puutteellisissa liikenneyhteyksissä, vakuutetun on itse perusteltava erityisajoneuvon käyttö korvaushakemuksessa.

Matkakorvausten omavastuuosuus on yhdensuuntaiselta matkalta 25 euroa. Korvaus maksetaan kuitenkin enintään korvauksen perusteeksi vahvistetun korvaustaksan määrästä. Jos matka on tehty ajoneuvolla, jolle ei ole vahvistettu korvaustaksaa, vakuutetulle maksetaan matkasta aiheutuneet kohtuulliset kustannukset. Vakuutetulle taksin käytöstä aiheutuneet matkakustannukset korvataan kuitenkin vain, jos taksimatka on tilattu Kelan kanssa sopimuksen suorakorvausmenettelystä tehneestä tilausvälityskeskuksesta. Tätä edellytystä ei kuitenkaan sovelleta, jos taksimatka on tilattu alueella, jossa ei ole sellaista tilausvälityskeskusta.

Jos vakuutetun maksettavaksi jäävien saman kalenterivuoden aikana syntyneiden korvattavien matkojen omavastuuosuuksien yhteismäärä ylittää 300 euron vuotuisen omavastuuosuuden (ns. matkakatto), ylittävä osa korvataan kokonaan, kuitenkin enintään vahvistetun korvaustaksan mukaiseen määrään. Kun vuotuinen omavastuuosuus on täyttynyt, Kela lähettää vakuutetulle matkojen omavastuuosuuksien täyttymisestä kertovan kortin, jonka vakuutettu esittää kuljetuspalveluntuottajalle.

Taksimatkoissa Kelalla on käytössä suorakorvausmenettely, mikä tarkoittaa sitä, että vakuutettu maksaa terveydenhuoltomatkaltaan taksille vain omavastuuosuuden ja Kela maksaa korvauksen osuuden jälkikäteen suoraan taksille. Vuosittaisen omavastuuosuuden täyttymisen jälkeen siitä kertovaa korttia kuljettajalle näyttämällä vakuutettu voi kulkea maksutta terveydenhoitoon ns. sopimustakseissa kalenterivuoden loppuun saakka.

Manner-Suomen alueella Kela on hankkinut korvattavat taksimatkat kilpailuttamalla jokaiselle maakunta-alueelle palveluntuottajan, joka vastaa kokonaisvaltaisesti taksimatkojen tilauksista, välityksestä, matkojen yhdistelystä, sähköisestä maksatustietojen toimittamisesta Kelalle ja autoilijoille. Kelan ja palveluntuottajien välisiin sopimuksiin on kirjattu vaatimukset muun muassa siitä, missä ajassa taksin on oltava vakuutetun tilaamassa paikassa. Sopimusalueilla Kela on taksihankinnoillaan käytännössä järjestänyt sairausvakuutuslain perusteella korvatut taksipalvelut.

Ahvenanmaalla Kela on tehnyt yksittäisten taksiautoilijoiden kanssa valtakirjasopimuksia. Tällöin autoilija tilittää matkan kustannukset manuaalisesti Kelalle, joka maksaa korvaukset edelleen autoilijalle. Ero taksinkäytön korvausmenettelyissä Ahvenanmaan ja muun Suomen välillä perustuu pitkälti siihen, että

Ahvenanmaan maakunnan omassa lainsäädännössä on voimassa yleinen taksien enimmäishintasääntely, kun taas muualla maassa taksien yleisestä enimmäishintasääntelystä luovuttiin 1.7.2018 lukien. Korvaamistavan eron vaikutusta terveydenhuoltoon pääsyyn ei ole tutkittu. Valmisteluryhmän tiedossa ei ole, että Ahvenanmaalla olisi erityisiä ongelmia terveydenhuoltoon pääsyssä.

Vakuutetulle, saattajalle ja vakuutetun hoitoon osallistuvalla perheenjäsenelle maksetaan yöpymisrahaa, jos hän on tutkimuksen tai hoidon vuoksi tai liikenneolosuhteista johtuvista syistä joutunut yöpymään korvattavalla matkalla tai jos vakuutettu on joutunut lääkärin raskaudesta tekemän arvion vuoksi yöpymään terveydenhuollon toimintayksikön läheisyydessä. Tällöin edellytetään, että hänelle on todistettavasti aiheutunut yöpymisestä kustannuksia. Yöpymisraha maksetaan aiheutuneiden kustannusten perusteella, kuitenkin enintään 20,18 euroa henkilöltä vuorokaudessa.

Valtaosa terveydenhuollon matkoista tehdään ilman, että matkasta haetaan matkakorvausta. Vuonna 2015 terveydenhuollon matkoja tehtiin Suomessa noin 40 miljoonaa. Näistä matkakorvauksista korvattiin vajaa 5 miljoonaa matkaa eli noin 13 prosenttia kaikista matkoista. Eniten korvattuja matkoja suhteessa toteutuneisiin matkoihin oli alueilla, joilla välimatkat olivat pitkiä. Pienin korvattujen matkojen osuus oli Uudellamaalla, jossa etäisyys hoitopaikkaan on yleensä lyhyt ja julkisen liikenteen tarjonta runsasta.²²

Maksetuista matkakorvauksista kaksi kolmasosaa, noin 67 prosenttia, liittyy erikoissairaanhoidon pääsemiseksi tai sieltä kotiutumiseksi tehtyyn matkaan. Vuonna 2012 korvattujen matkojen osalta Kelassa tehdyn rekisteritutkimuksen²³ mukaan kaikista matkakorvauksista 38 prosenttia liittyi johonkin viidestä yliopistosairaalaan tehtyyn matkaan. Eniten matkoja tehtiin Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan, johon tehdyt matkat muodostivat 11 prosenttia tutkimusvuonna maksetuista matkakorvauksista. Sairauksista matkakorvauksia liittyi eniten kasvaimiin, kuten syöpätauteihin. Kelan järjestämään kuntoutukseen liittyvien matkojen osuus oli tutkimusvuonna kaikista matkakorvauksista noin 10 prosenttia. Valtaosaltaan kuntoutuksen matkat liittyivät vaikeavammaisten kuntoutukseen²⁴, etenkin fysioterapiaan. Yksityisen sairaanhoidon osuus korvatuista matkoista oli hyvin pieni, alle kaksi prosenttia. Tutkimuksen mukaan todennäköisesti loput korvatuista matkoista, noin 20 prosenttia, liittyi perusterveydenhuollon avohoitoon eli käytännössä lähinnä terveystieteiden keskuksiin.

²² [Matkakorvausten käytössä suuret alueelliset erot. Päivi Tillman, 31.5.2017, Kelan tutkimusblogi](#)

²³ [Sairausvakuutuksen matkakorvaukset liittyvät etenkin erikoissairaanhoidon. Rekisteritutkimus vuonna 2012 tehdyistä matkoista. Päivi Tillman ja Nico Maunula. Kelan tutkimuksen työpapereita 90/2016.](#)

²⁴ [Vaikeavammaisen kuntoutuksella viitataan nykyllä lainsäädännön mukaiseen Kelan vaatimaan lääkinälliseen kuntoutukseen \(ks. HE 332/2014 vp\).](#)

4.2.2. Mallivaihtoehtojen vertailua

4.2.2.1. Arvioidut mallivaihtoehdot ja lailla säätämisen vaatimus

Valmisteluryhmä on arvioinut muiden matkakorvausten kuin ensihoidon ja kiireettömien siirtokuljetusten korvausten osalta kahta rahoituksen nykytilasta poikkeavaa vaihtoehtoa. Yhtenä vaihtoehtona on arvioitu rahoitusmallia, jossa vakuutettujen rahoitusosuus säilyisi sairausvakuutuksessa, mutta valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueiden vastuulle (jatkossa vaihtoehto SV). Toisena vaihtoehtona on arvioitu rahoitustapa, jossa sairaanhoitovakuutus lakkaisi matkakorvausten osalta ja rahoitusvastuu matkakorvauksista siirtyisi kokonaan hyvinvointialueille (jatkossa vaihtoehdot HK, HH ja HM). Hyvinvointialueille kokonaan siirtyvän rahoitusvastuun osalta valmisteluryhmä on arvioinut kolmea erilaista tapaa hoitaa korvausten maksatus: vaihtoehdossa HK Kela maksaisi korvaukset, vaihtoehdossa HH hyvinvointialueet hoitavat maksatuksen itse ja vaihtoehdossa HM korvaukset maksaisi matkojen järjestämistä, yhdistelyä ja korvausten maksamista varten perustettava valtakunnallinen matkakeskus²⁵. Vaihtojen arvioinnin apuvälineeksi valmisteluryhmä laati vaihtoehtojen arviointitaulukon, joka on vaihtoehtojen vertailun helpottamiseksi otettu myös tämän selvityksen liitteeksi.

Vaihtoehdoissa, joissa matkakorvauksia ei rahoitettaisi enää sairausvakuutuksesta, matkojen korvaamisesta tulisi säätää muualla kuin sairausvakuutuslaissa. Sipilän hallituksen hallituskaudella sosiaali- ja terveysministeriössä valmisteltiin uutta matkalakia matkakorvausten maakuntien rahoitusvastuulle siirtoa varten. Tämä valmistelu kuitenkin keskeytyi silloisen sote- ja maakuntauudistuksen rauettua. Valmistelussa jäi selvittämättä useita kysymyksiä, mutta silloista valmistelutyötä olisi mahdollista ainakin osittain hyödyntää jatkovalmistelussa niiden vaihtoehtojen osalta, joissa rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille.

Sairausvakuutuslain matkakorvaukset toteuttavat osaltaan perustuslain 6 §:ssä säädettyä yhdenvertaisuusvaatimusta turvaamalla vakuutettujen yhdenvertainen oikeus saada tutkimusta ja hoitoa asuinpaikasta riippumatta. Pahimmassa tapauksessa matkakustannusten suuruus voi muodostaa tosiallisen esteen terveystalvelujen käyttämiselle ja siten vaarantaa perusoikeuden toteutumisen.²⁶ Jotta

²⁵ Valmisteluryhmä näkee, että jatkovalmistelussa olisi tarpeen selvittää, voitaisiinko tässä tarkoitettua valtakunnallista matkakeskusta hyödyntää myös muiden kuin terveydenhuollon matkojen järjestämisessä ja korvaamisessa. Kaikkien julkisesti tuettujen, takseja käyttävien kuljetusten selvittämistä ja kehittämistä on edellytetty muun muassa eduskunnan taholta. Liikenteen palveluista annetun lain, taksiliikennelain 155 ja 171 §:n sekä ajoneuvolain muuttamisesta annettuun hallituksen esitykseen antamassaan eduskunnan vastauksessa (EV 34/2021 vp – HE 176/2020 vp) eduskunta on lausunut edellyttävänsä, että valtioneuvosto käynnistää ja toteuttaa viipymättä lainsäädäntöhankkeen ja muut tarvittavat toimenpiteet julkisesti tuettujen kuljetusten kehittämiseksi ja nykyisten haasteiden ratkaisemiseksi yhteistyössä alan toimijoiden kanssa. Valmisteluryhmä toteaa, että muiden julkisesti tuettujen kuljetusten kuin sairausvakuutuslain mukaisten matkakorvausten arviointi ei ole kuulunut ryhmän toimeksiantoon. Valmisteluryhmä näkee kuitenkin tärkeänä, että jatkovalmistelussa julkisesti tuettuja matkoja selvitetään ja tarkoituksenmukaiseksi osoittautuvien osin myös kehitetään yhdessä etenkin taksikyytien osalta.

²⁶ PeVL 52/2017 vp.

nämä perustuslain vaatimukset tulisivat jatkossakin turvatuksi, tulisi jatkossakin lailla säätää siitä, mihin terveydenhuoltoon asiakkaalla on oikeus päästä korvattuna ja mikä on asiakkaan enimmäismaksuosuus näistä matkoista. Enimmäismaksuosuudella tarkoitetaan tässä sekä sitä maksuosuutta, joka tulee enimmillään asiakkaan maksettavaksi yhdestä yhdensuuntaisesta matkasta, että vuosittaista maksuosuutta eli niin sanottu matkakattoa, jota enempää asiakkaalle ei tulisi maksuosuutta vuoden aikana tekemistään korvattavista terveydenhuoltomatkoihin.

4.2.2.2. Vaikutukset hyvinvointialueisiin

Valmisteluryhmä näkee tarpeellisena, että jatkovalmistelussa selvitetään voivatko hyvinvointialueet rahoittaa myös sellaista toimintaa, johon niillä ei ole järjestämismääräystä, ja jos eivät voi, mistä järjestelmästä matkat korvattaisiin vaihtoehdoissa HK, HH ja HM muun kuin hyvinvointialueiden järjestämään terveydenhuoltoon tai olisiko mahdollista jättää näitä matkoja kokonaan korvaamatta. Parhaillaan eduskunnassa käsiteltävänä olevassa hallituksen esityksessä eduskunnalle hyvinvointialueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskeva lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp) hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle esitetään vain sellaista toimintaa, johon niille tulee myös järjestämismääräys. Hyvinvointialueiden järjestämismääräyksiä on siirtymässä nykyinen kunnallinen sosiaali- ja terveydenhuolto sekä pelastustoimi. Hyvinvointialueiden järjestämismääräyksiin ulkopuolelle jäisivät esimerkiksi yksityinen terveydenhuolto, korkeakouluopiskelijoiden opiskeluterveydenhuolto, työterveyshuolto ja Kelan järjestämä kuntoutus. Jos matkojen korvaaminen näihin rahoitettaisiin muusta järjestelmästä kuin hyvinvointialueiden toimesta, matkojen korvaamisen rahoituslähteet eivät vähenisi. Vaihtoehdossa SV matkakorvauksia rahoitettaisiin hyvinvointialueiden lisäksi sairaanhoitovakuutuksen vakuutettujen rahoitusosuudella, joten tässä vaihtoehdossa matkoja voitaisiin korvata muuhun kuin hyvinvointialueiden järjestämään terveydenhuoltoon vakuutettujen rahoitusosuudella.

Perustuslain 36 §:ssä on säädetty Kelan toimivan eduskunnan valvonnassa. Kelan valtiosääntöoikeudellisesta erityisasemasta johtuen Kela on ministeriöihin ja valtioneuvostoon nähden itsenäinen esimerkiksi lainsäädännön tulkinnassa ja korvauskäytännön muodostamisessa. Vaihtoehdoissa SV ja HK Kela maksaisi matkakorvaukset asiakkaalle. Näissä vaihtoehdoissa on tältä osin huomattava, että osittainen (vaihtoehdossa SV) tai kokonainen (vaihtoehdossa HK) rahoitusvastuu matkakorvauksista ei kuitenkaan toisi hyvinvointialueille ohjausvaltaa Kelaan nähden matkakorvausten toimeenpanossa. Kuitenkin varsinaisen ohjausvallan puuttumisesta huolimatta Kelan ja hyvinvointialueiden olisi mahdollista tehdä keskinäisiä sopimuksia toimeenpanoon liittyvistä kysymyksistä.

Korvatuista matkoista vähän reilu puolet matkojen lukumäärästä on aiheutunut matkasta erikoissairaanhoidon; maksettujen korvausten määrästä erikoissairaanhoidon suuntautuvat matkat muodostavat noin kaksi kolmasosaa. Erikoissairaanhoidon matkoista osa suuntautuu nykyisten maakunnallisten rajojen ja tulevien hyvinvointialueiden rajojen yli, esimerkiksi kun matkan määränpääntä tai lähtöpaikkana on toisella alueella sijaitseva keskus- tai yliopistosairaala. Näin ollen matkojen korvaamisessa on erittäin tärkeää, että niiden vaihtoehtojen osalta, joissa matkojen korvaaminen lakkaisi sairaanhoitovakuutuksesta ja vaatisi uuden lainsäädännön luomista (vaihtoehdot HK, HH ja HM), jatkovalmistelussa tarkennettaisiin edellytykset aluerajat ylittävien matkojen saumattomaan toteuttamiseen. Erityisesti vaihtoehdossa HH, jossa matkojen korvaaminen olisi kullakin hyvinvointialueella, tulisi arvioida miltä osin matkakorvausten toteuttaminen vaatisi hyvinvointialueiden yhteistoimintaa vai esimerkiksi tulisiko matkakorvaukset keskittää yhdelle kunkin yhteistyöalueen hyvinvointialueista.

Luonnoksen laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä²⁷ (jatkossa järjestämislaki) mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon alueellista yhteensovittamista varten olisi viisi yhteistyöaluetta, joissa jokaisessa sijaitsisi yksi yliopistollinen sairaala. Kukin hyvinvointialue kuuluisi johonkin yhteistyöalueeseen. Yhteistyöalueille ei voisi säätää tehtäviä, sillä ne eivät olisi itsenäisiä oikeushenkilöitä. Samaan yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet kuitenkin veloitettaisiin lailla sopimaan työnjaosta, yhteistyöstä ja yhteensovittamisesta tiettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen ja muiden tehtävien toteuttamisessa. Sopimisveloitteen piiriin kuuluvat tehtävät olisivat sellaisia, joissa hyvinvointialueiden työnjaon, yhteistyön ja yhteensovittamisen katsotaan olevan välttämätöntä hyvinvointialueiden lakisäätöisten tehtävien toteutumisen ja sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttavuuden turvaamiseksi. Järjestämislaki myös mahdollistaisi erikseen säätämisen (esimerkiksi laissa, jossa matkojen korvaamisesta jatkossa säädettäisiin) siitä, että tietyt tehtävät keskitettäisiin yhdelle tai useammalle hyvinvointialueelle, esimerkiksi yhdelle hyvinvointialueelle kullakin yhteistyöalueella. Matkakorvausten toteuttaminen voitaisiin jättää myös hyvinvointialueiden vapaaehtoisen yhteistyön varaan joko siten että ne sopisivat siitä vapaaehtoisesti yhteistyöalueen yhteistyösopimuksessa tai muiden hyvinvointialueiden välisten vapaaehtoisten yhteistyömuotojen kautta.

4.2.2.3. Järjestämisvastuukysymys

Nykyllä lainsäädännöllä mukaan Kela korvaa vakuutetulle aiheutuneita matkakustannuksia. Kelalla ei sen sijaan ole velvollisuutta järjestää vakuutetun matkaa. Sairausvakuutuslain mukaan Kela voi kilpailuttaa

²⁷ Sellaisena kuin laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä on hallituksen esityksessä eduskunnalle hyvinvointi-alueiden perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisen uudistusta koskeva lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi (HE 241/2020 vp), joka on parhaillaan eduskunnassa käsiteltävänä.

matkojenyhdistelypalvelujen tuottajat ja tilausliikennettä suorittavat liikenteenharjoittajat. Kela onkin kilpailuttanut korvattavat taksipalvelut 17 maakunnallisella alueella Manner-Suomessa. Näillä alueilla taksimatka on tilattava Kelan kanssa sopimuksen tehneestä tilausvälityskeskuksesta, jotta taksimatka voidaan sairausvakuutuslain perusteella korvata. Alueella, jolla tällaista tilausvälityskeskusta ei ole, sairausvakuutuslain mukaisesti korvataan mistä tahansa tilattu taksimatka. Nykyistä säätämistapaa on pidetty jossain määrin epäselvänä²⁸, ja onkin noussut esiin kysymys pitäisikö Kelalle säätää järjestämisvastuu korvaamilleen taksimatkoille nykytilanteessa tai vaihtoehtoisissa SV tai HK. Valmisteluryhmä ei ole pitänyt järjestämisvastuukysymyksen arviointia tarkoituksenmukaisena muiden kulkuneuvojen kuin taksien osalta²⁹.

Valmisteluryhmän arvion mukaan tulevaisuudessa on pidettävä mahdollisena tilannetta, jossa kaikkialla Suomessa ei olisi saatavilla markkinaehtoisia takseja erityisesti syrjäseuduilla tapahtuvia lyhyitä terveydenhuoltomatkoja varten. Jos tällöin ei olisi käytössä myöskään erityisiä terveydenhuollon matkoihin järjestettyjä taksipalveluja, olisi mahdollista, että asiakkaan pääsy terveydenhuoltoon vaarantuisi. Sen vuoksi valmisteluryhmä näkee ensiarvioisena, että riippumatta siitä, mikä taho korvaa nämä matkat, jatkovalmistelussa selvitetään, miten asiakkaan oikeus päästä terveydenhuoltoon voitaisiin parhaiten varmistaa ja että tämä selvitystyö tehtäisiin samassa yhteydessä, kun arvioidaan taksinkäytön korvaamisen kehittämistarpeita laajemmin³⁰.

4.2.2.4. Taloudelliset vaikutukset

Kaikissa valmisteluryhmän arvioimissa vaihtoehtoisissa korvausten rahoitusvastuu siirtyisi osittain tai kokonaan hyvinvointialueille. Näin hyvinvointialueille tulisi taloudellinen kannuste lisätä matkojen yhdistelyä sekä lisätä lähi- ja etäpalveluja tai liikkuvien palveluiden määrää taikka ainakin huomioida näiden palvelujen järjestämisen kustannukset suhteessa niihin kustannuksiin, joita asiakkaiden matkojen korvaamisesta aiheutuu, ja sitä kautta pyrkiä kokonaistaloudellisesti edullisimpaan toimintaan. Valtion rahoitus on hyvinvointialueille laskennallista ja yleiskatteellista, joten alueet päättävät rahoituksen kohdentamisesta. Lähtökohtaisesti tämä koskisi myös monikanavarahoituksen purkamisen kautta

²⁸ Ks. [Kuluttajan- ja asiakkaansuojan parantaminen henkilöön kohdistuvissa palveluissa. Työryhmän mietintö. Oikeusministeriön julkaisuja, Mietintöjä ja lausuntoja 2020:3; s. 44-45.](#)

²⁹ Esimerkiksi julkista joukkoliikennettä järjestävät nykyisin kunnat kuntien omalla ja valtion rahoituksella sekä markkinaehtoiset yritykset ilman julkista tukea. Avoimen joukkoliikenteen järjestäminen ei kuitenkaan ole kuntien lakisäätötehtävä eikä ole sote-uudistuksessa tulossa myöskään hyvinvointialueiden tehtäväksi.

³⁰ Laajempaa taksin käytön korvausten arviointitarvetta osoittavat esimerkiksi pääministeri Sanna Marinin hallitusohjelman kirjaukset rekisteröitymismenettelyyn siirtymisen selvittämisestä sekä Kelan ja kuntien kuljetuspalveluiden toimivuuden arvioinnista uuden taksilain aikana ja tähän liittyen tarpeellisten muutosten tekeminen. Myös eduskunta on edellyttänyt liikennepalvelulainsäädännön muuttamista koskevaan eduskunnan vastaukseen hyväksymässään lausumassa, että valtioneuvosto käynnistää ja toteuttaa viipymättä lainsäädäntöhankkeen ja muut tarvittavat toimenpiteet julkisesti tuettujen kuljetusten kehittämiseksi ja nykyisten haasteiden ratkaisemiseksi yhteistyössä alan toimijoiden kanssa (EV 34/2021 vp – HE 176/2020 vp). Mainittujen kirjausten ja eduskunnan lausuman voidaan arvioida tarkoittavan nimenomaan taksilla toteutettavia kuljetuksia.

siirtyviä vastuita. Hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymistekijöitä on tarpeen arvioida uudelleen sen jälkeen, kun hyvinvointialueille siirtyvät rahoitus ja järjestämisvastuut ovat tiedossa. Rahoituksesta noin 80 prosenttia määräytyy alueellisen palvelutarpeen perusteella, joka pohjautuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (jäljempänä myös THL) tutkimukseen. Näin ollen jatkotyössä on myös arvioitava tarvetta kehittää THL:n tutkimusta tältä osin.

Mikäli Kela ei osallistuisi enää korvausten maksamiseen, vaan korvaukset maksettaisiin hyvinvointialueiden tai valtakunnallisen matkakeskuksen kautta (vaihtoehdot HH ja HM), tarvittaisiin uudet tietojärjestelmät korvausten maksatukseen ja hallintointiin. Vaihtoehdossa HM myös valtakunnallisen matkakeskuksen perustamisesta aiheutuisi kustannuksia. Näistä aiheutuisi kustannuksia, joiden suuruutta ei valmisteluryhmä ei ole pystynyt tässä vaiheessa arvioimaan.

Nykyisen Kelan käyttämän taksien suorakorvausmenettelyjärjestelmän rakentamiseen on käytetty Kelassa noin 10 000 henkilötyötuntia. Taksimatkojen korvaamisessa käytetään sähköistä tiedonsiirtoa, joka on kehitetty vuosina 2007-2010 yhdessä Suomen Taksiliiton kanssa. Menettely mahdollistaa sen, että kaikilla taksialan järjestelmillä voidaan tuottaa tietoja yhdenmukaisten tieto- ja rajapintamäärittelyjen kautta. Järjestelmä mahdollistaa kattavan tietosisällön kaikista taksimatkoista riippumatta asiakkaasta, maakunnasta tai takseissa käytettävistä mittareista. Jokaisesta asiakkaan matkasta saadaan yksityiskohtaiset tiedot sisältäen reitin paikka-, aika- ja kustannustiedot. Lisäksi matkakorvausjärjestelmän kehittämiseen, määrittelyyn ja testaukseen käytettiin Kelassa esimerkiksi vuosina 2019-2020 noin 4 000 henkilötyötuntia.

Vuoden 2022 alusta Kela ottaa käyttöön teknisen käyttöyhteyden Kelan ja välityskeskusten välille. Käyttöyhteyden kautta välitetään asiakasta koskevia tietoja kuten ajantasainen tieto asiakkaan vuotuisen omavastuun kertymästä, jolloin asiakkaan ei tarvitse enää maksaa ylimääräisiä matkan omavastuuosuuksia. Lisäksi tietoina välitetään asiakkaan palvelutarpeeseen liittyviä turvallisuutta parantavia asioita kuten tieto asiakkaan avustamisesta ja apuvälineistä. Asiakkaan tiedot ovat matkatilauksen yhteydessä käytettävissä kaikkialla missä asiakas käyttää Kelan korvaamaa matkaa riippumatta alueesta tai ajankohdasta, milloin asiakas matkustaa. Tämän teknisen käyttöliittymän kehittämiseen käytetään vuoden 2021 aikana noin 5 000 henkilötyötuntia.

Kokonaisuudessaan matkakorvauksiin kohdentuvien Kelan hallintokulujen arvioidaan olevan noin 5,7 miljoonaa euroa vuodessa.

Olisi tärkeää, että uusien järjestelmien suunnittelua ja rakentamista vaativien vaihtoehtojen osalta mahdolliseen jatkovalmisteluun varattaisiin riittävästi aikaa ja resursseja. Siirtymäajan tulisi olla riittävän pitkä ja sen osalta nykyisen matkakorvausjärjestelmän tulisi toimia täysimääräisesti, sillä asiakkaiden hoitoon pääsyssä ei voi olla katveaikoja.

Kelan matkakorvauksista tekemiin päätöksiin on valitusoikeus sosiaaliturva-asioiden muutoksenhakulautakuntaan SAMU:un ja sieltä edelleen vakuutusoikeuteen. Vaihtoehtoisissa, joissa Kela ei olisi osallisena matkojen korvaamisessa (vaihtoehdot HH ja HM), muutoksenhaku olisi ohjattava hallintotuomioistuimiin. Muutos lisäisi hallinnollisia kustannuksia, sillä asioiden käsittelyn on arvioitu olevan hallinto-oikeudessa ja korkeimmassa hallinto-oikeudessa SAMU:a ja vakuutusoikeutta kalliimpaa.

4.2.2.5. Vaikutukset asiakkaisiin

Eri vaihtoehtoisista aiheutuvat vaikutukset asiakkaille riippuvat suuresti muun muassa siitä, miten korvaaminen ja esimerkiksi taksin tilaaminen jatkossa käytännössä tapahtuisi. Pelkästä korvausten rahoitustavasta ei sinänsä voida arvioida aiheutuvan asiakkaiden kannalta olennaisia muutoksia, joten vaihtoehtoisissa SV ja HK matkakorvaukset todennäköisesti näyttäytyisivät asiakkaille samanlaisina kuin nykyisin. Niiden vaihtoehtojen, joissa matkat korvaisivat hyvinvointialueet itse tai valtakunnallinen matkakeskus, vaikutukset asiakkaille ovat lähes täysin riippuvaisia siitä, miten korvausten maksatus ja esimerkiksi taksipalvelujen tilaaminen olisi järjestetty.

5. Kuntoutus

5.1. Johdanto

Lääkinnällisellä kuntoutuksella parannetaan ja ylläpidetään henkilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä tuetaan hänen elämäntilanteensa hallintaa ja hänen itsenäistä suoriutumistaan päivittäisissä toiminnoissa.

Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäjiä on Suomessa useita. Sairaanhoidopiirit ja kunnat järjestävät asukkailleen tarpeelliset lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut terveydenhuoltolain perusteella. Kela puolestaan järjestää Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) mukaisesti vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta ja korvaa kuntoutuspsykoterapiaa.

Lisäksi tapaturmavakuutus- ja liikennevakuutuslaitokset sekä Potilasvakuutuskeskus korvaavat lääkinnällistä kuntoutusta. Valtiokonttori järjestää rintamaveteraanien kuntoutusta. Myös työterveyshuolto ja Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (jäljempänä YTHS) tarjoavat psykoterapiaa osana lääkinnällistä kuntoutusta.

Kuntoutuksen valmistelutyöryhmä käsitteli kolmea eri vaihtoehtoa Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämiseksi sekä Kelan kuntoutuspsykoterapian korvaamiseksi:

1. Nykytila, jossa Kela järjestää vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja korvaa kuntoutuspsykoterapian, säilyy ennallaan.
2. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia säilyy Kelassa siten, että rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille, joka päättäisi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluvalikosta, kriteereistä ja kehittämisestä. Päätöksenteko palveluista säilyisi Kelalla.
3. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia siirtyisivät kokonaisuudessaan hyvinvointialueen järjestämisvastuulle.

Osana valmistelutyöryhmän työtä tehtiin keväällä 2021 kaksi kyselyä. Ensimmäinen kysely tehtiin tulevien hyvinvointialueiden valmisteluorganisaatioille (jäljempänä Kysely hyvinvointialueille 2021), jossa selvitettiin tulevien hyvinvointialueiden sote-valmistelijoiden käsityksiä eri vaihtoehdoista järjestää ja tuottaa Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluita jatkossa. Kyselyyn vastasi 14 hyvinvointialuetta 21:stä. Toinen kysely tehtiin nykyisille sairaanhoidopiireille (jäljempänä Kysely sairaanhoidopiireille 2021). Kyselyyn vastasi 15 sairaanhoidopiiriä 21:stä. Kyselyssä selvitettiin miten sairaanhoidopiirit järjestävät tällä hetkellä lääkinnällisen kuntoutuksen (fysio-, toiminta-, psyko- ja puheterapiapalvelut) sekä palveluiden asiakasmäärät ja kustannukset. Lisäksi selvitettiin mitä muita kuntoutuspalveluita järjestettiin. Kyselyiden tuloksia hyödynnetään vaikutusten arvioinnissa.

Kuntoutuksen valmisteluryhmä on kuvannut nykytilaa ja arvioinut vaikutuksia eri näkökulmista. Tämä on tiivistelmä työryhmän laatimista aihekohtaisista taustamuistioista.

5.2. Kelan kuntoutus

Kela järjestää ja korvaa ammatillista kuntoutusta, vaativaa lääkinällistä kuntoutusta, kuntoutuspsykoterapiaa sekä harkinnanvaraisena kuntoutuksena muuta ammatillista tai lääkinällistä kuntoutusta kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005) mukaisesti (taulukko 2.). Henkilöllä on oikeus Kelan järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvaan kuntoutukseen, kun lailla säädetyt edellytykset täyttyvät. Harkinnanvaraiseen kuntoutukseen käytettävät varat vahvistetaan vuosittain valtion talousarvion hyväksymisen yhteydessä. Osa harkinnanvaraisen kuntoutuksen varoista käytetään kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaan.

Tässä raportissa käsitellään vain Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa.

Taulukko 2. Kelan kuntoutuksen saajat ja kustannukset vuonna 2019

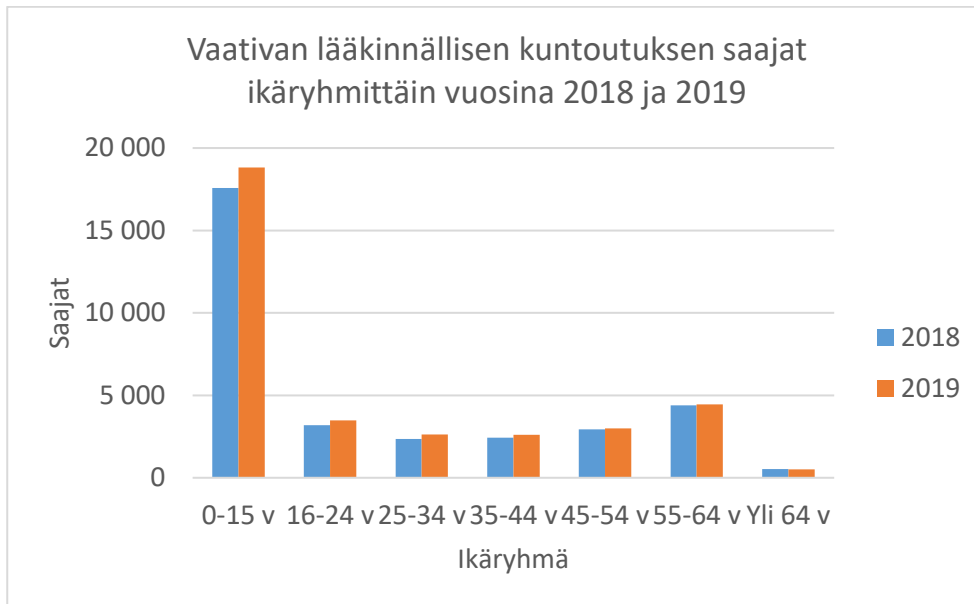
Kelan kuntoutuksen saajat ja kustannukset vuonna 2019		
Kuntoutuksen lakiperuste	Saajat	Kuntoutuspalvelukustannukset (euroa)
Yhteensä	134 010	374 490 702
Ammatillinen kuntoutus	27 499	34 859 731
Vaativa lääkinällinen kuntoutus	35 502	202 620 228
Kuntoutuspsykoterapia	50 392	87 349 132
Harkinnanvarainen kuntoutus	26 752	49 780 225

5.2.1. Vaativa lääkinällinen kuntoutus

Kela järjestää vaativana lääkinällisenä kuntoutuksena sekä terapioita että moniammatillisia intensiivisiä yksilökuntoutuspalveluja. Terapioina järjestetään fysio-, allas-, toiminta-, puhe-, ratsastus, musiikki- ja psykoterapiaa sekä neuropsykologista kuntoutusta. Moniammatillisena yksilökuntoutuksena järjestetään aistivammojen, neurologista, selkäydinvammaisen, tules- ja reumasairauksien ja yleissairauksien yksilökuntoutusta. Lisäksi järjestetään kuntoutus- ja sopeutusvalmennuskursseja. Kursseja on sekä lapsille että aikuisille. Terapiat järjestetään avokuntoutuksena, ja moniammatillinen yksilökuntoutus sekä kurssit pääosin kuntoutusjaksoina kuntoutuslaitoksissa. Kuntoutus voidaan järjestää myös etäkuntoutuksena tai läsnä- ja etäkuntoutuksen yhdistelmänä.

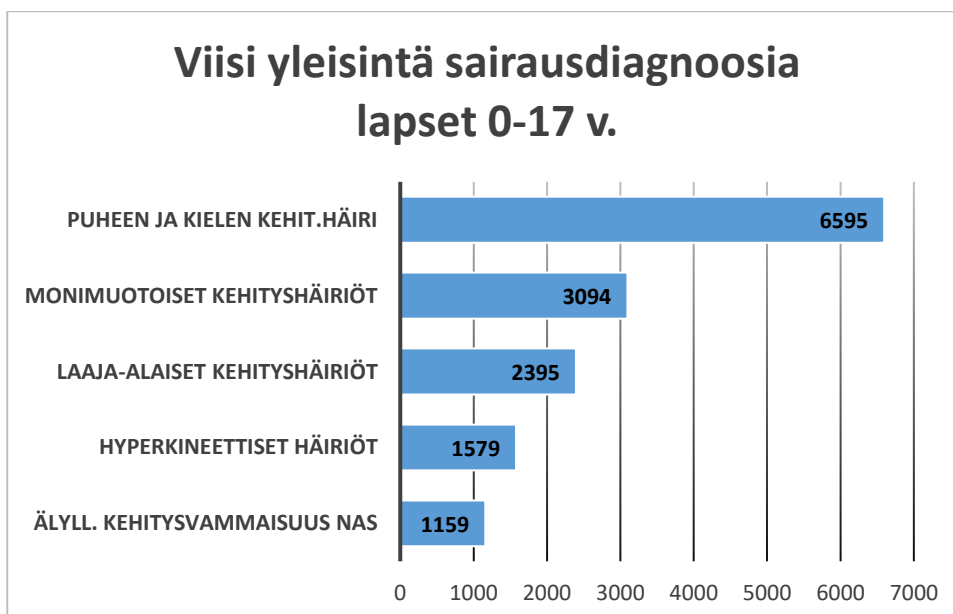
Suurin osa vaativan lääkinällisen kuntoutuksen saajista on alle 16-vuotiaita lapsia ja nuoria (kuva 1.).

Kuva 1. Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen saajat vuonna 2018 ja 2019

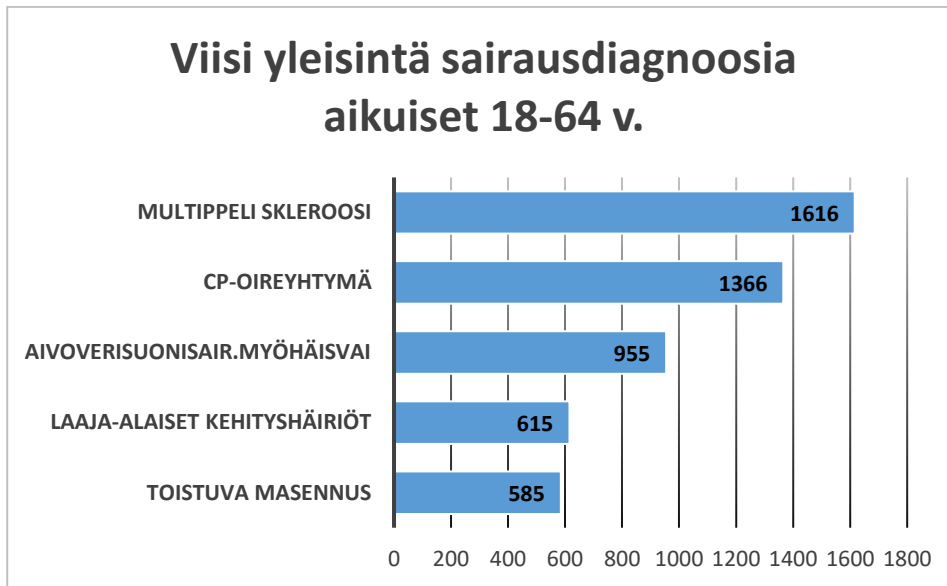


Suurin yksittäinen saajaryhmä on peruskoulunsa aloittavat lapset, joilla on psyykkisen kehityksen häiriötä. Lapsilla on erilaisia puheen ja kielenkehityshäiriötä ja monimuotoisia kehityshäiriötä (kuva 2 ja kuva 3). Yleisimmin myönnetty terapia lapsille on puheterapia, mutta usein lapsille myönnetään samanaikaisesti kahta tai useampaa terapiaa kuten fysio- ja toimintaterapiaa.

Kuva 2 Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen yleisimmät sairausdiagnoosit 2020 0-17-vuotiaat



Kuva 3 Kelan vaativan lääkinällinen kuntoutuksen yleisimmät sairausdiagnoosit 2020 18-64-vuotiaat



Toinen suuri saajaryhmä on työelämän loppupäässä olevat aikuiset henkilöt, joita on kohdannut äkillinen sairastuminen tai vammautuminen (kuva 1). Lisäksi tähän kohderyhmään kuuluvat ne aikuisasiakkaat, jotka ovat vaikeavammaisia esimerkiksi synnynnäisen vamman tai vaikean sairauden vuoksi.

Aikuisasiakkailta on eniten neurologisia sairauksia kuten MS -tautia ja muita hermostollisia sairauksia (kuva 2 ja kuva 3). Lisäksi korostuvat aivoverisuonten sairaudet. Aikuisille myönnetään useimmin fysio- ja toimintaterapiaa sekä intensiivisiä moniammatillisia yksilöjaksoja.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tulee perustua hyvän kuntoutuskäytännön mukaiseen kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan. Alle 65-vuotiaalla henkilöllä, joka ei ole julkisessa laitoshoidossa, on oikeus saada hyvän kuntoutuskäytännön mukaista vaativaa lääkinällistä kuntoutusta työstä, opiskelusta tai muista arjen toiminnoista suoriutumista ja osallistumista varten. Kuntoutustarpeen tulee kestää vähintään yhden vuoden. Henkilön tulee olla sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti vakuutettu.

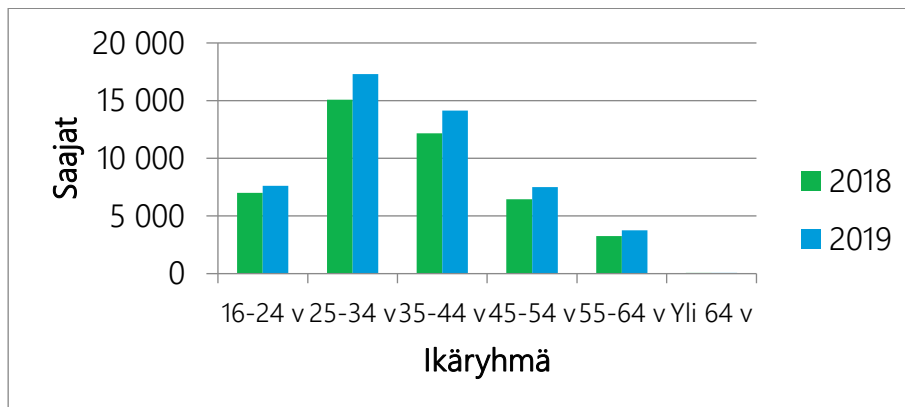
Etuuden myöntämisen edellytyksenä on, että suoritus- ja osallistumisrajoite on niin suuri, että henkilöllä on sen vuoksi huomattavia vaikeuksia arjen toiminnoista suoriutumisessa ja osallistumisessa kotona, opiskelussa, työelämässä tai muissa elämäntilanteissa julkisen laitoshoidon ulkopuolella. Kuntoutuksen tarpeen arvioissa otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon henkilön toimintakykyyn vaikuttavat tekijät, joita ovat lääketieteellinen terveydentila, kehon rakenteet ja toiminnot, suoritukset, osallistuminen sekä yksilö- ja ympäristötekijät.

Kela ei järjestä sairaanhoitoon välittömästi liittyvää lääkinällistä kuntoutusta. Kela ei myöskään järjestä kuntoutuksena toimintaa, jonka tavoitteet ovat ainoastaan hoidollisia.

5.2.2. Kelan kuntoutuspsykoterapia

Kela korvaa 16–67-vuotiaan vakuutetun työ- tai opiskelukyvyn tukemiseksi tai parantamiseksi tarkoituksenmukaista kuntoutuspsykoterapiaa, jos asianmukaisesti todettu ja diagnosoitu mielen- terveydenhäiriö uhkaa vakuutetun työ- tai opiskelukykyä. Henkilön tulee olla sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaisesti vakuutettu. Suurin saajaryhmä on nuoret työssäkäyvät tai opiskelevat aikuiset (Kuva 4). Eniten kuntoutuspsykoterapiaa myönnettiin vuonna 2019 masennusdiagnoosin omaaville henkilöille.

Kuva 4 Kuntoutuspsykoterapian saajat vuosina 2018 ja 2019



Kuntoutuspsykoterapian korvaamisen edellytyksenä on, että henkilöllä on mielen-terveyden häiriön toteamisen jälkeen ollut vähintään kolme kuukautta asianmukaisessa hoidossa. Kuntoutuspsykoterapian tulee perustua henkilön hoidosta vastaavassa terveydenhuollon yksikössä tehtyyn yksilölliseen kuntoutuksen tarpeen ja soveltuvuuden arvioon sekä kirjalliseen kuntoutussuunnitelmaan, joka sisältää psykiatrian erikoislääkärin lausunnon.

Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan enintään kolmen vuoden ajan. Vuodessa korvataan enintään 80 käyntikertaa ja kolmessa vuodessa enintään 200 käyntikertaa. Erityisistä syistä voidaan korvata uusi enintään kolme vuotta kestävä jakso aikaisintaan viiden vuoden kuluttua edellisen jakson päättymisestä.

Kuntoutuspsykoterapiaa korvataan yksilö-, ryhmä-, perhe-, paripsyko-, kuvataide- tai musiikkiterapiana. Kuntoutuspsykoterapiaa voivat antaa terapeutit, joiden pätevyys on Kelassa vahvistettu ja joiden tiedot on kirjattu Kelan kuntoutuksen palveluntuottajarekisteriin.

Tällä hetkellä työkyvyttömyyseläkealkavuus on kääntynyt selvään kasvuun pitkään kestäneen oikeansuuntaisen kehityksen jälkeen. Muutos koskee erityisesti mielen-terveyssyistä myönnettyjä työkyvyttömyyseläkkeitä. Viime vuonna mielen-terveyden ja käyttäytymisen häiriöt ohittivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syynä ja ovat tällä hetkellä suurin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen peruste. Suurin yksittäinen syy työkyvyttömyyseläkkeelle

siirtymiseen on masennus. Nuorilla mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt ovat olleet jo aiemmin suurin syy työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymiseen. Työllisyystavoitteiden saavuttamisen kannalta lakisääteisen, valtakunnallisesti ohjatun kuntoutuspsykoterapian korvausjärjestelmän lakkauttaminen saattaisi olla ongelmallista.

5.2.3. Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen

Kela hankkii järjestämänsä palvelut kuntoutuspsykoterapiaa ja harkinnanvaraista neuropsykologista kuntoutusta lukuun ottamatta julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista säädetyn lain (1397/2016) mukaisesti avoimella menettelyllä. Kuntoutuspalvelut hankitaan puitejärjestelyin yleensä neljän vuoden pituiselle sopimuskaudelle.

Muista Kelan kuntoutuspalveluista poiketen Kela ei järjestä tai hanki kuntoutuspsykoterapiaa. Kela korvaa kuntoutuspsykoterapiaa korvaustasosta annetun valtioneuvoston asetuksen (2015/1469) mukaisesti. Kuntoutuspsykoterapiaa antavien terapeuttien hankinta tehdään vahvistusmenettelyllä, jolloin Kela selvittää terapeuttien pätevyystiedot ja hyväksyy heidät palveluntuottajiksi.

Kela kokeilee rekisteröitymismenettelyä vuosina 2021-2023³¹. Rekisteröitymismenettelyssä Kela määrittelee palvelun toteuttamista varten palveluntuottajaa ja palvelu koskevat ehdot sekä palvelusta maksettavan korvauksen. Kaikki Kelan määrittelemät rekisteröitymisehdot täyttävä palveluntuottaja voi rekisteröityä rekisteröitymisjärjestelmään, jonka jälkeen Kela hyväksyy palveluntuottajan toteuttamaan kyseistä kuntoutuspalvelua.

5.3. Terveysthuollon lääkinällinen kuntoutus

Terveysthuoltolain (1326/2010) 29 §:ssä säädetään lääkinällisestä kuntoutuksesta. Kunnan on järjestettävä potilaan sairaanhoitoon liittyvä lääkinällinen kuntoutus. Kunta vastaa potilaan lääkinällisen kuntoutuksen suunnittelusta siten, että kuntoutus muodostaa yhdessä tarpeenmukaisen hoidon kanssa toiminnallisen kokonaisuuden. Lääkinällisen kuntoutuksen tarve, tavoitteet ja sisältö on määriteltävä kirjallisessa yksilöllisessä kuntoutussuunnitelmassa. Kunta vastaa lisäksi kuntoutuspalvelun ohjauksesta ja seurannasta sekä nimeää potilaalle tarvittaessa kuntoutuksen yhdyshenkilön.

Kunnalla ei ole velvollisuutta järjestää potilaan sairaanhoitoon liittyvää lääkinällistä kuntoutusta, jos lääkinällisen kuntoutuksen järjestäminen on Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain perusteella Kelan tehtävänä. Kunnan on kuitenkin järjestettävä

³¹ [Rekisteröitymismenettelystä Kelan internet-sivuilla](#)

kuntoutussuunnitelmassa määritelty lääkinällinen kuntoutus, jos kuntoutuksen järjestämis- ja kustannusvastuu ei selkeästi ole osoitettavissa. Jos järjestämis- ja kustannusvastuu kuuluu kuitenkin Kelalle, on sen suoritettava kunnalle kuntoutuksen toteuttamisesta aiheutuneet kustannukset.

Samaan sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään kuuluvien kuntien on laadittava järjestämssuunnitelma, jossa sovitaan kuntien yhteistyöstä, terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä koskevista tavoitteista ja vastuutahoista, terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä, päivystys-, kuvantamis- ja lääkinällisen kuntoutuksen palveluista sekä tarvittavasta yhteistyöstä perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon, lasten päivähoiton, lääkehuollon ja muiden toimijoiden kesken (terveydenhuoltolaki 34§). Viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava vaativan lääkinällisen kuntoutuksen sekä vaativan kuntoutustutkimuksen suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti (valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä 582/2017).

Sairaanhoitopiirit ja kunnat ovat kuvanneet lääkinällisen kuntoutuksen palveluitaan ja alueellisia käytäntöjään erillisissä oppaissa sekä hoitopolkukuvauksissa, jotka löytyvät kunkin sairaanhoitopiirin verkkosivuilta sekä Terveysportista. Kyselyssä sairaanhoitopiireille 2021 selvitettiin sairaanhoitopiirien ja kuntien järjestämän kuntoutuksen palvelujen laajuutta, määrää ja kustannuksia. Sairaanhoitopiirit eivät pystyneet pyydytyssä ajassa selvittämään näitä tietoja. Myöskään THL:n tilastot eivät ole kattavia kuntoutuksen osalta. Tilastointi vaihtelee alueittain, eikä luotettavia alueellisia tai valtakunnallisia tilastoja ole saatavilla.

Hoitoilmoitusjärjestelmä ja sen rakenteet eivät tue tietojen kirjaamista eikä tilastotietoa saada yhtenäisesti eri alueilta. Kuntoutus toteutetaan usein osana muuta hoitoa, eikä rekisteritiedoista useinkaan voida erottaa kuntouttavaa toimintaa hoidosta tai ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Tilastoinnin kirjavuudesta johtuen luvuista ei voida tehdä johtopäätöksiä terveydenhuollon kuntoutuksen palvelujen tuottamisesta ja sen laajuudesta eri alueilla. Rekisteritiedoista ei saada myöskään kattavaa kuvaa kuntoutusketjun toiminnasta tai toimimattomuudesta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä, eikä kokonaiskuvaa niiden asiakkaiden osalta, jotka tarvitsevat monialaisesti eri kuntoutuspalveluja.

5.3.1. Palvelut

Terveydenhuoltolailla ei ole annettu tarkkoja säännöksiä lääkinällisen kuntoutuksen sisällöstä tai toteuttamisesta. Lain esitöiden mukaan lääkinällisen kuntoutuksen tulee olla hyvän kuntoutuskäytännön³² mukaista.

³² ks. HE 90/2010 vp, s. 122.

Lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat kuntoutusneuvonta ja kuntoutusohjaus, potilaan toiminta- ja työkyvyn sekä kuntoutustarpeen arviointi, kuntoutustutkimus, jonka avulla selvitetään potilaan kuntoutusmahdollisuuksia. Lisäksi järjestetään toimintakyvyn parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäviä terapeutoita kuten fysio-, toiminta-, psyko- ja puheterapiaa sekä muuta kuntoutumista edistäviä toimenpiteitä, apuvälinepalveluita ja sopeutumisvalmennusta. Lisäksi järjestetään moniammatillisia kuntoutusjaksoja osastolla, kuntoutumiskeskuksissa sekä avokuntoutuksena. Kasvokkain tapahtuvaa lääkinällistä kuntoutusta täydentävät erilaiset etäkuntoutusmuodot.

Kyselyssä sairaanhoitopiireille 2021 selvitettiin sairaanhoitopiirien tuottamia kuntoutuspalveluja. Vastajaista 11/15 sairaanhoitopiiristä oli vaativa lääkinällisen kuntoutuksen osasto ja 14/15 sairaanhoitopiiristä oli kuntoutustutkimuspoliklinikka. Kyselyn tulosten perusteella voidaan todeta, että suuressa osassa sairaanhoitopiirejä järjestettiin monipuolisesti erilaisia terapeutoita ja muita kuntoutuspalveluja. Puutteellisen tilastoinnin vuoksi tarkkoja tilastotietoja näiden terapeutoiden saajamäärästä ei ole saatavilla. Vastauksista päätellen sairaanhoitopiireissä tuotetaan eniten fysioterapiapalveluja kaikissa ikäryhmissä. Sen sijaan toimintaterapia- ja puheterapiapalvelut näyttävät painottuvan suurimmaksi osaksi lasten palveluihin. Vapaehtoisten sote-kuntayhtymien vastauksissa näyttäisi siltä, että kuntoutuspalveluja tuotetaan tasaisesti kaikille ikäryhmille.

Psykoteraapiahoito ja -kuntoutus ovat osittain sisällöltään päällekkäisiä tähdätessään terveyden ja toimintakyvyn edistämisen, säilymisen ja paranemiseen. Kunnilla on terveydenhuoltolain (1326/2010) mukainen velvollisuus järjestää psykoteraapiaa osana sairaanhoitoa ja kuntoutuspsykoteraapiaa siltä osin kuin se ei kuulu Kelalle. Terveydenhuoltolain mukaiseen mielenterveystyöhön kuuluu 1) terveydenhuollon palveluihin sisältyvä mielenterveyttä suojaaviin ja sitä vaarantaviin tekijöihin liittyvä ohjaus ja neuvonta sekä tarpeenmukainen yksilön ja perheen psykososiaalinen tuki; 2) yksilön ja yhteisön psykososiaalisen tuen yhteensovittaminen äkillisissä järkyttävissä tilanteissa; 3) mielenterveyspalvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveydenhäiriöiden tutkimusta, hoitoa ja lääkinällistä kuntoutusta. Keskittämisasiäsetuksen 4 §:ssä (alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteensovittaminen) säädetään vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ja kuntoutustutkimuksen lisäksi psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta.

5.3.2. Palveluiden järjestäminen ja tuottaminen

Sairaanhoitopiirit/kunnat hankkivat kuntoutuspalveluja oman tuotantonsa lisäksi julkisista hankinnoista ja käyttöoikeussopimuksista säädetyn lain (1397/2016) mukaisesti avoimella menettelyllä tai suorahankinnalla tai sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä säädetyn lain 569/2009 mukaisilla palvelusetelillä.

Sairaanhoitopiirien alueella tai erityisvastuualueilla on yhteisiä yhteishankintayksiköitä tai sairaanhoitopiirien omia hankintayksiköitä, joiden kanssa yhteistyössä kuntoutuksen asiantuntijat määrittelevät hankittavan kuntoutuspalvelun sisällön ja muut kuntoutuspalveluun liittyvät vaatimukset. Kuntoutuspalvelut hankitaan useimmiten puitejärjestelyin useammaksi vuodeksi kerrallaan. Sairaanhoitopiiri ja alueen kunnat tekevät kuntoutuspalvelujen hankintoja hyvin usein yhdessä. Lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyviä hankintoja tehdään myös yhteistyössä erityisvastuualueittain.

Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluissa esim. terapioiden osin siirretty palvelusetelin käyttöön. Palveluseteliä varten laaditaan sääntökirja, jossa on kuvattu palveluntuottajan ja palveluntilaajan oikeudet ja velvollisuudet sekä asiakkaan asema sekä palvelun sisältö.

Sairaanhoitopiireille tehdyn kyselyn (2021) mukaan sairaanhoitopiiri tuottivat pääosin omana tai kunnan tuottamana palveluna fysio- ja toimintaterapian. Puheterapia palveluita järjestettiin sairaanhoitopiiriin tai kunnan omana tuotantona, mutta niitä ostettiin ostopalveluina jonkin verran enemmän kuin fysio- ja toimintaterapiaa.

Psykoteraapian kunnat ja sairaanhoitopiirit järjestivät palvelut itse tai ne hankittiin ostopalveluina. Vajaa puolet hankittiin tarjouskilpailun tai palvelusetelin avulla. Kyselyyn vastanneet sairaanhoitopiirit eivät järjestäneet juurikaan yli 65-vuotiaiden psykoterapiaa.

5.3.3. Psykoterapeuttien riittävyys

Psykoterapeutti on nimikesuojattu terveydenhuollon ammattinimike. Ammattinimikettä on oikeutettu käyttämään henkilö, jolla on suoritettuna sen käyttöön vaadittu tutkinto. Sosiaali- ja terveydenhuollon lupa- ja valvontavirasto Valvira merkitsee hakemuksesta koulutuksen suorittaneet henkilöt terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteriin.

Valviran rekisterissä on yli 8 000 psykoterapeuttia³³, joista Kelan palveluntuottajarekisterissä on 5 256 psykoterapeuttia. Alueelliset erot psykoterapeuttien jakautumisessa ja psykoterapeuttien suuntautumisessa eri psykoterapiamuotoihin ovat suuria, ja psykoterapeuttien tarjonta on keskittynyt erityisesti pääkaupunkiseudulle, jolloin asiakkaiden yhdenvertaisuus palvelujen saatavuuden suhteen ei toteudu. Erityisesti ruotsinkielisistä psykoterapeuteista on puutetta. Reaaliaikainen etäkuntoutus on osaltaan vähentänyt alueellista eriarvoisuutta.

Psykoterapeuttikoulutus on itse kustannettava koulutus, mikä vaikuttaa psykoterapeuttien määrään, palkkioihin ja heidän ohjautumiseensa toimimaan pääasiassa itsenäisinä ammatinharjoittajina.

³³ Yhteensä 8 489 psykoterapeuttia 5.3.2021.

Lisäksi kaikilla erityisvastuualueilla (tulevat yhteistoiminta-alueet) koulutetaan tällä hetkellä suppeammilla koulutuksilla menetelmäosaajia toteuttamaan mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon suunnattuja lyhytinterventioita (psykososiaalisia menetelmiä).

Psykoterapeuttien riittävyys olisi arvioitava myöhemmin kaikissa kolmessa vaihtoehdossa.

5.4. Toimeentulo kuntoutuksen aikana

Vakuutetulla on tiettyjen lailla säädettyjen edellytysten täytyessä oikeus kuntoutusrahaan. Kelan myöntämästä kuntoutusrahasta säädetään lailla Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista. Lain mukaan kuntoutusrahaa myönnetään Kelan järjestämään kuntoutukseen, terveydenhuoltolain 29 §:ssä, työterveyshuoltolain (1383/2001) 12 tai 14 §:ssä, vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista annetun lain (380/1987) 8 §:n 1 momentissa tarkoitetun sopeutumisvalmennuksen sekä lastensuojelulain (417/2007), kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain (519/1977) tai päihdehuoltolain (41/1986) perhekuntoutukseen.

Kunnan tai kuntayhtymän järjestämässä kuntoutuksessa olleessa henkilö voi saada kuntoutusrahaa, kun kuntoutus on terveydenhuoltolain 29 §:n mukaista kuntoutusta, kun kuntoutus on tarpeellista henkilön työelämässä pysymiseksi, työelämään palaamiseksi tai työelämään pääsemiseksi. Akuutin kuntoutuksen aikana henkilö voi saada sairauspäivärahaa.

Kelan kuntoutukseen osallistuvalla 16–67-vuotiaalla henkilöllä on mahdollisuus saada kuntoutusrahaa toimeentulon turvaamiseksi silloin kun kuntoutus kestää vähintään neljä tuntia matkoineen ja estää siten työskentelyn tai toimeentulon saamisen koko- tai osapäiväisesti. Nuoren kuntoutusrahassa, koulutuksessa ja nuoren ammatillisessa kuntoutuksessa ei arvioida kuntoutuksen kestoa, vaan onko henkilö estynyt tekemästä päätoimista työtään.

Vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen asiakkaissa on myös paljon alle 16-vuotiaita, jotka eivät täytä kuntoutusrahan ikäedellytystä. Henkilön vanhemmalla voi kuitenkin olla oikeus omaisen kuntoutusrahaan tai erityishoitorahaan. Lapsen vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ajalta omaisen kuntoutusrahaa saavat eivät sisälly edellä olevaan taulukkoon

Kela maksoi vuonna 2019 kuntoutusrahaa yhteensä 99:lle vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneelle henkilölle (taulukko 3). Valtaosa heistä osallistui moniammatilliseen yksilökuntoutukseen. Yhdellekään vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen osallistuneelle ei maksettu vuosina 2018 – 2020 kuntoutusrahaa osakuntoutusrahana.

Taulukko 3. Kuntoutusrahan saajat vaativassa lääkinällisessä kuntoutuksessa vuonna 2019

Kuntoutusrahan saajat, maksetut etuudet ja päiväkohtaiset kustannukset Kelan myöntämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ajalta vuonna 2019				
Laki ja toimenpide	Saajat	Maksetut etuudet (euroa)	Korvatut päivät	Kustannukset toimenpidettä/päivää kohti (euroa)
Vaativa lääkinällinen kuntoutus	99	71 967	1 343	53,59
Moniammatillinen yksilökuntoutus	85	55 303	946	58,46
Sairausryhmäkohtaiset kurssit	12	4 388	89	49,30
- kuntoutuskurssit	9	2 915	71	41,06
- sopeutumisvalmennus	3	1 472	18	81,80
- neuropsykologinen kuntoutus	1	4 575	146	31,33
- ei tietoa	7	7 702	162	47,54

Kuntoutusrahaa maksettiin kahdeksalle henkilölle vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta annetun kuntoutuspsykoterapiapäätöksen perusteella vuonna 2020.

Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palvelut ovat henkilöille ilmaisia. Terveysthuollon palveluissa on omavastuuosuuksia aikuisten palveluissa somaattisten palveluiden osalta (taulukko 4.). Maksukatto terveydenhuollon asiakasmaksuissa on 683 e/vuosi. Kunta voi päättää ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai antaa palvelun maksutta. Mielenterveyspalvelut ja alle 18-vuotiaiden palvelut ovat ilmaisia.

Taulukko 4. Omavastuuosuudet

Asiakkaalle koituvat kustannukset lääkinnällisessä kuntoutuksessa kuntoutuskerralta		
Kuntoutus	Kelan kuntoutus (euroa)	Sairaanhoidopiirit/kunnat (euroa)
Vaativa lääkinnällinen kuntoutus		
- lapset	Ei omavastuuta	Ei omavastuuta
- aikuiset	Ei omavastuuta	Omavastuu 11,40 enintään 45 kerralta/vuosi sarjahoito Omavastuu enintään 16,90 laitoskuntoutuksesta/hoitopäivä ³⁴
Psykoteraapia	Korvaus 22,71-95,87 e/käyntikerta ³⁵ , omavastuu keskimäärin 27,30	Ei omavastuuta

5.5. Vaikutusten arviointi

5.5.1. Nykytila säilyy ennallaan

5.5.1.1. Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia vaihtoehdosta

Kuntoutuspalvelut toteuttavat osaltaan perustuslain (731/1999) 19 § 3 momentin vaatimusta riittävistä sosiaali- ja terveyspalveluista. Kelan vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoteraapia on turvattu perustuslain 21 §:n mukaisina yksilöllisinä subjektiivisina oikeuksina. Perustuslain 22 § rajoittaa julkisen vallan mahdollisuuksia heikentää kansalaisen oikeusturvan tasoa. Perustuslakivaliokunta on tulkintakäytännössään katsonut, että yksilöityjä subjektiivisia oikeuksia koskevat päätökset kuuluvat perustuslain 21 § 1 momentin alaan ja niistä tulee olla muutoksenhakuoikeus. Lähtökohtaisesti perustuslain 19 § ei kuitenkaan edellytä, että palvelut on laissa turvattava yksilöityinä subjektiivisina oikeuksina vaan jättää tämän lainsäätäjän harkintaan.

³⁴ Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 912/1992
[Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut sosiaali- ja terveysministeriön internet -sivuilla](#)

³⁵ Korvaus vaihtelee terapialajeittain. [Lisää korvauksista Kelan internet -sivuilta.](#)

Nykytilan säilyminen ei edellyttäisi perustuslain kannalta uutta siirtyviä palveluita koskevaa harkintaa. Osaltaan nykytilan säilyttäminen saattaisi kuitenkin vaikuttaa kielteisesti myös palveluihin pääsyyn, koska vastuu palveluiden järjestämisestä on jakautunut eri toimijoille, joka osaltaan saattaa vaikeuttaa tai hidastaa henkilön pääsyä palveluun, johon hän on oikeutettu. Vaihtoehto edellyttäisikin aktiivisia toimia toimijoiden välisen yhteistyön, palveluun ohjautumisen ja asiakkaan tilanteen kartoittamisen kehittämiseksi. Toisaalta nykytilassa toteutuva toimijoiden moninaisuus voi turvata saatavilla olevien palveluiden monipuolisuutta asiakkaan hyödyksi, kun vastuuta palveluvalikosta ei ole keskitetty yhdelle taholle.

Subjektiiivisen oikeuden alaan liittyen perustuslakivaliokunta on katsonut, että myös säännökset subjektiivisia oikeuksia harkinnanvaraisempien oikeuksien ja etuuskien myöntämisedellytyksistä voivat muodostaa riittävän täsmällisen perustan perustuslain 21 § 1 momentissa tarkoitettuna oikeutena pidettävän suhteen syntymiselle yksilön ja julkisen vallan välille. Lisäksi silloinkin, kun perustuslain 21 § 1 momentti ei muutoksenhakuoikeuteen velvoita, voivat pykälän 2 momentin velvoitteet hyvän hallinnon takeista puoltaa muutoksenhakuoikeutta.

Osaltaan harkittavana olisi siirtyvän palvelun nykyisen oikeusturvan tason rajoittamisen sijaan nykyistä kattavampien oikeusturvakeinojen ulottaminen julkisen terveydenhuollon kuntoutuspalveluihin. Kuitenkin on huomioitava, että esimerkiksi sairaanhoitoon välittömästi liittyvä kuntoutus leikkauksen jälkeen voisi edellyttää hoitopäätöksen tekemistä asiakkaan oikea-aikaisen hoitoon pääsyn turvaamiseksi.

5.5.1.2. Vaikutukset rahoitukseen

Nykytilan säilyessä negatiivisten kannustinvaikutusten potentiaali säilyisi, kun hyvinvointialueilla ei olisi rahoitusvastuuta Kelan järjestämästä tai korvaamasta kuntoutuksesta. Tämä negatiivinen kannustinvaikutus voisi näkyä esimerkiksi osa-optimointina, liian vähäisenä varhaisen tuen määränä, tai palveluketjujen katkeiluna. Nykytilan säilyminen korostaisi myös hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuden painopisteen säilymistä Kelan kuntoutuksissa.

Merkittäviä muutoksia omavastuuosuuksiin ja asiakasmaksuihin ei vaihtoehdossa tulisi.

5.5.1.3. Vaikutukset kuntoutuspalveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen

Kuntoutuspalveluiden järjestämistä ja tuottamista arvioitiin vaikutuksina Kelan ja hyvinvointialueen toimintaan sekä palvelutuotantoon.

Nykytilan säilyminen ei aiheuttaisi merkittäviä muutoksia Kelan tai hyvinvointialueen toimintaan. Hyvinvointialueiden näkökulmasta vaihtoehto ei edellyttäisi henkilöstöresurssien lisäämistä tai uusien

organisaatioiden perustamista. Yksityiset palveluntuottajat jatkaisivat samoilla kuntoutusmarkkinoilla nykytilaa vastaavasti.

Nykykäytännön vahvuuksia olisivat Kelan järjestämis- ja korvausvastuulla olevan kuntoutuksen osalta valtakunnallisesti yhtenäiset palveluvalikko ja -kuvaukset sekä valtakunnallisesti keskitetyt hankinnat. Rahoitus olisi ns. korvamerkittyjä kuntoutukselle. Kyselyssä hyvinvointialueille 2021 vastauksista ilmeni, että hyvinvointialueet kokivat Kelalla olevan merkittävää tutkimustoimintaa ja hyvät laadun varmistamisen menetelmät. Tutkimus ja kehittämistyö luovat suuntaa myös julkisen terveydenhuollon palveluiden suuntaamiselle ja kehittämiselle. Tuloksissa tuotiin esille myös se, että Kelalla on tuotteistamisessa ja laadun varmistamisessa pitkä kokemus. Psykoterapian osalta vastauksissa tuotiin esille, että Kelalla on merkittävä kansallinen koordinaatiotehtävä.

Kyselyn hyvinvointialueille 2021 vastaajat kokivat haasteeksi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisen 65-vuoden ikärajan, jonka katsottiin aiheuttavan siirtymävaiheessa haasteita muun muassa asiakasmaksujen osalta. Vastaajat toivat esille myös kuntoutuksen hakuprosessin hitauden sekä sen, ettei hyvinvointialueille muodostu kokonaishallintaa palveluista. Myös eri järjestäjien tarjoamat palvelut erilaisine kriteereineen koettiin hankaliksi ohjauksen kannalta. Tulevat hyvinvointialueet nostivat yhtenä haasteena esille sen, että kuntoutuksen palveluntuottajat toimivat samoilla kilpailevilla kuntoutuksen markkinoilla. Vastaajat katsoivat, että tällä saattaisi olla mahdollisesti vaikutuksia palveluntuottajien alueelliseen saatavuuteen. Vastaajat toivat toisaalta myös esille, että palveluiden saatavuudessa on tälläkin hetkellä alueellisia eroja.

Osaltaan vaihtoehdon osalta on huomioitava, että nykytila ei ole stabiili vaan myös nykytilaista järjestelmää ja kuntoutuksen tietopohjaa voidaan kehittää yhteistyössä. Tässä vaihtoehdossa voitaisiinkin kehittää hyvinvointialueiden ja Kelan yhteistyötä esimerkiksi Kelassa kehitteillä olevan suorapäätösmallin käyttöönotolla. Suorapäätös tarkoittaa, että asiakas saa kuntoutuspäätöksen heti terveydenhuollon vastaanotolla, ilman erillistä hakemusta tai lääkärin lausuntoa. Henkilö saa Kelan järjestelmästä virallisen päätöksen myöhemmin. Tässä mallissa päätöksenteko nopeutuu ja helpottuu. Myös Kelan kehittämää rekisteröintimenettelyä voitaisiin ottaa käyttöön laajemmin.

5.5.1.4. Vaikutukset kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden palveluihin

Määrällisiä muutoksia nykyiseen Kelan, sairaanhoitopiirien ja kuntien psykoterapiatoimintaan saattaisi tulla hoidollisten perusterveydenhuollon psykoterapioiden käytön lisääntyessä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskusohjelmassa tapahtuvan kehittämisen myötä.

Psykoterapeuttien toiminta painottuu nykyisin pitkiin Kelan kuntoutuspsykoterapioihin, ja saatavuus alueiden julkisen palvelujärjestelmän omana tai hankintana toteutettuihin psykoterapioihin on heikko. Järjestelmä myös kannustaa kuntia osaoptimointiin, jossa kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluvaa

hoitoa ei kehitetä. Sen seurauksena hoito viivästyy. Erityisesti palvelujärjestelmälle aiheutuvan lausuntotyön kuormittavuus kasvaisi psykiatrian erikoislääkärien määrän vähentyessä.³⁶ Toisaalta mielenterveyden häiriöiden ja sairauksien diagnosointi on aina edellytyksenä hoito- ja kuntoutustoimenpiteille. Nykyisenkaltaisen lausuntotyön tarkoituksena on varmistaa asianmukainen hoitosuhde ja tarkoituksenmukainen kuntoutus.

Kyselyssä hyvinvointialueille 2021 vastauksissa nousi nykytilan säilyttämisen osalta esille myönteisinä huomioina korvamerkitty rahoitus ja valtakunnallisen toiminnan takaama yhtenäisyys. Kielteisenä nähtiin muun muassa hoidon ”ulkoistaminen” Kelalle, kokonaisresurssien suuntaaminen väärin pitkiin psykoterapioihin, asiakkaan kannalta jäykkä järjestelmä sekä kuntoutuksen irrallisuus hoidosta ja ammatillisen kuntoutuksen prosesseista.

Asiakkaan omavastuuosuudet saattaisivat edelleen joissakin tapauksissa vaikuttaa Kelan kuntoutuspsykoterapiaan hakeutumiseen. Mahdollisuus hyödyntää Kelan psykoterapiaa ei ole sama kaikille. Opiskelijat, pienituloisissa ammateissa olevat, yksinhuoltajat sekä suurperheiden vanhemmat ovat yleisimmin tilanteessa, jossa omavastuuosuus on liian suuri maksettavaksi, jolloin kuntoutuspsykoterapia voidaan joutua toteuttamaan julkisten mielenterveyspalveluiden piirissä. Jos asiakkaalla on oikeus toimeentulotukeen, voidaan Kelan kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuus huomioida toimeentulotuen laskelmassa.

5.5.1.5. Vaikutukset lasten palveluihin

Kuntoutuksen kehittämisessä on lapsen oikeuksien näkökulmasta keskeistä varmistaa, että heidän oikeutensa saada tarvitsemaansa kuntoutusta turvataan ja että kuntoutuksen palvelut ovat yhdenvertaisesti ja oikea-aikaisesti saatavilla kaikille lapsille, kuntoutuksen tarpeesta, lapsen perhetaustasta, tulotasosta tai asuinpaikasta riippumatta Yhdistyneiden kansakuntien lapsen oikeuksien sopimuksen edellyttämällä tavalla. Kuntoutukseen liittyvää monialaista yhteistyötä on tärkeää koordinoita ja kuntoutuspalveluiden sisältö tulee voida räätälöidä lapsen ja hänen perheensä yksilöllisiä tarpeita vastaavaksi kokonaisuudeksi.

Nykytilanteessa lapsen ja nuoren oikeus kuntoutukseen turvataan lainsäädännössä subjektiivisella oikeudella, joka osaltaan turvaa lapsen vahvaa oikeutta kuntoutukseen. Nykytilanteessa terveydenhuoltolaki edellyttää, että kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa edellyttää.

³⁶ Ennusteen mukaan psykiatrit vähenevät noin 900 henkilöstä noin 600 henkilöön vuoteen 2030 mennessä.

Nykytilanteen haasteena on, että Kelan kuntoutukseen hakeutuminen vaatii perheeltä paljon aikaa ja voimavaroja, sillä kuntoutuksen hakemiseen liittyy paljon byrokratiaa, joka voi kuormittaa vanhempia paljon. Toisaalta yhdessä lapsen ja vanhempien sekä moniammatillisen työryhmän asiantuntijoiden kanssa laadittu kuntoutussuunnitelma antaa perheelle mahdollisuuden olla vaikuttamassa kuntoutuksen toteutukseen. Kuntoutussuunnitelma antaa myös palveluntuottajalle olennaiset tiedot kuntoutuksen toteuttamiseksi. Nykytilan haasteena on kuitenkin myös se, että lapsen ja perheen palvelukokonaisuuden koordinoinnissa ja yhteistyössä on puutteita, eikä joustavien palvelukokonaisuuksien luominen ole kaikilta osin mahdollista. Nykykäytännön haasteisiin voidaan vaikuttaa muun muassa lainsäädäntöä tarkistamalla sekä järjestelmiä ja yhteistyökäytäntöjä kehittämällä.

Lapsen mahdollisuus päästä sosiaali- ja terveydenhuollon sekä kuntoutuksen palveluiden piiriin riippuu monilta osin hänen vanhempansa kyvystä havaita lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyviä hoidon ja kuntoutuksen tarpeita ja kyvystä viedä palveluprosessia eteenpäin. Yhdenvertaisuus lasten lääkinnällisessä kuntoutuksessa edellyttää, että myös niillä lapsilla, joiden vanhemmat eivät jaksaa aktiivisesti edistää lapsensa asioita tai eivät siihen kykene, on tosiasiallinen mahdollisuus päästä kuntoutuspalveluihin. Myöskään perheen taloudelliset kysymykset eivät voi muodostua esteeksi lapsen tai nuoren pääsyyllä kuntoutukseen. Palveluiden asiakasmaksuja tai omavastuuosuuksia tulee arvioida lasten erityisen haavoittuvan aseman näkökulmasta.

Lasten ja perheiden varhaista tukea sekä sote-palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta edistetään kuluvalle hallituskaudella muun muassa Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelman (LAPE-muutosohjelma) ja mielenterveysstrategian valtionavustushankkeissa. LAPE-muutosohjelman perhekeskus kehittämistyössä vahvistetaan perustason sote-palveluissa varhaisen tuen, hoidon ja kuntoutuksen käytäntöjä. Mielenterveysstrategiaan liittyvissä hankkeissa vahvistetaan nuorten psykososiaalisen tuen saatavuutta ja vaikuttavuutta esimerkiksi ottamalla käyttöön näyttöön perustuvia työmenetelmiä esimerkiksi opiskeluhuollossa. Kehittämistoimilla voidaan osaltaan vähentää intensiivisen hoidon ja kuntoutuksen tarvetta. Myös Kela on kehittänyt omien palveluidensa saavutettavuutta kehittämällä muun muassa suorapäätösmallia ja kuntoutuspäätösten tekoa.

5.5.1.6. Vaikutukset työikäisten vammaisten oikeuksiin ja palveluihin

Vammaisten henkilön oikeudet on määritelty yleissopimuksessa vammaisten henkilöiden oikeuksista (SopS 27/2016). Yleissopimuksen kuntoutusta koskevan 26 artiklan mukaan sopimuspuolten on toteutettava tehokkaat ja asianmukaiset toimet muun muassa vertaistuen avulla, jotta vammaiset henkilöt voisivat saavuttaa ja säilyttää mahdollisimman suuren itsenäisyyden, täysimääräiset ruumiilliset, henkiset, sosiaaliset ja ammatilliset kyvyt sekä täysimääräisen osallisuuden ja osallistumisen kaikilla elämäntilanteilla. Tätä varten sopimuspuolten on järjestävä, vahvistettava ja lisättävä laaja-alaisia

kuntoutuspalveluja ja -ohjelmia erityisesti terveyden, työllisyyden, koulutuksen ja sosiaalipalvelujen aloilla.

Tällä hetkellä on menossa monia uudistuksia, joilla pyritään parantamaan palveluja ja palvelujen saatavuutta. Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelmassa vuosille 2020-2022³⁷ on muun muassa yhtenäisten kuntoutuksen pääsyn perusteiden tekeminen, samoin lääkinällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteita uudistetaan. Näillä toimilla yhtenäistetään kuntoutuskäytäntöjä nykyisissä kuntoutuspalveluissa.

Vammaisten henkilöiden oikeuksien neuvottelukunta VANE (2017; jäljempänä VANE)³⁸ ja Vammaisfoorumi (2019)³⁹ ovat tehneet kyselyt vammaisten henkilöiden oikeuksista ja yleisesti kuntoutuspalveluista. Kuntoutuspalveluja ei ole eritelty kyselyissä järjestäjän mukaan.

Vammaisfoorumin kyselyn mukaan nykyjärjestelmän ongelmiksi koettiin erityisesti avopalvelujen vähentyminen ja laituskuntoutukseen pääseminen on entistä vaikeampaa. Erityisen haastavaksi kuntoutuksen pääsy on yli 65-vuotiailla vammaisilla henkilöillä. Vastauksissa todettiin myös kuntoutusjärjestelmän puutteellinen tuntemus niin palvelun käyttäjillä, että terveydenhuollossa. Vastaaajilla oli virheellisiä uskomuksia, joiden taustalla vastauksista on tulkittavissa puutteellinen viranomaisohjaus.

VANE:n raportin mukaan kuntoutuspalveluihin pääsi terveyspalveluja huonommin. Vastauksissa korostui huoli kuntoutuksen säästötavoitteista, riittämättömistä resursseista ja kuntoutuksen määrän vähenemisestä. Kuntoutuksen hakuprosessi koettiin työlääksi, byrokraattiseksi ja turhauttavaksi. Useassa vastauksessa mainittiin epäkohtana muun muassa se, että kuntoutushakemus pitää tehdä aina uudelleen, vaikka toimintakyvyssä ei ole tapahtunut muutoksia ja se, että hakemisprosessi vaatii paljon tietoa, osaamista ja energiaa. Uhkana nähtiin, että kaikkein vaikeimmassa tilanteessa olevat jäävät tämän vuoksi palveluiden ulkopuolelle.

Kelan rekisteritutkimuksessa (2020)⁴⁰ selvitettiin vuoden 2016 alussa voimaan tulleen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutuksia kuntoutuksen kohdentumiseen. Lainmuutoksen yhteydessä poistettiin kuntoutuksen kytkös tasoltaan vähintään korotettuun vammaiseteuteen ja hakijan toimintakykyä alettiin arvioida laaja-alaisesti ICF-luokituksen mukaiset osa-alueet huomioiden. Tulosten

³⁷ [Kuntoutuksen uudistaminen: Kuntoutuksen uudistamisen toimintasuunnitelma vuosille 2020–2022, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020:39.](#)

³⁸ [VANE:n kysely vammaisten henkilöiden oikeuksien toteutumisesta 2017.](#)

³⁹ [Vammaisfoorumin kyselyn tuloksia, palvelut työryhmä 2019; Vammaisten ihmisoikeudet edellyttävät yksilöllistä palveluiden toteuttamista](#)

⁴⁰ [Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainmuutoksen vaikutus kuntoutuksen kohdentumiseen Rekisteritutkimus vuosien 2014, 2016 ja 2017 kuntoutuspäätöksistä Sosiaali- ja terveysturvan raportteja 23/2020.](#)

mukaan vaativaan lääkinälliseen kuntoutukseen pääsy helpottui erityisesti niillä henkilöillä, joilla oli jokin mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriö ja jotka eivät täyttäneet korotetun tai ylimmän vammaisuuden myöntökriteereitä. Erityisesti sellaisten lasten ja nuorten, joilla on laaja-alaiset kehityshäiriöt -ryhmään kuuluva diagnoosi, osuus kasvoi, kun taas muutoksen myötä erityisesti ohjauskäyntejä ja laitospuolesta kuntoutusta koskevat hylkäykset lisääntyivät. Tämä selittää osin Vammaisfoorumissa vastauksissa olleita kokemuksia laitospuolesta kuntoutuksen vähenemisestä. Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen kohderyhmä laajeni ja samalla vaativa lääkinällinen kuntoutuksen painopiste muuttui muun muassa lapsiin ja nuoriin. Mikäli nykyisen kaltainen järjestelmä säilyisi, saattaisi olla tarpeen arvioida lainsäädännön muutostarpeita muun muassa uudelleen arvioida se joukko, jonka katsotaan tarvitsevan Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta.

5.5.2. Kela järjestää ja hyvinvointialueet rahoittavat

5.5.2.1. Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia vaihtoehdosta

Vaihtoehdossa, jossa Kela järjestäisi kuntoutusta, mutta rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille, tulee ottaa huomioon Kelan perustuslaillinen asema. Kela on itsenäinen julkisoikeudellinen laitos, jonka toiminnan valvonta kuuluu perustuslain 36 §:n 1 momentin nojalla eduskunnan valitsemille valtuutetuille. Kelan perustuslailla turvattu itsenäinen asema voi vaikuttaa tämän vaihtoehdon toteuttamisvaihtoehtoihin rajaavasti. Tällä hetkellä valtio pääsääntöisesti rahoittaa Kelan maksamat etuudet. Kelan valtiosääntöoikeudellisen erityisaseman on katsottu estävän valtion Kelaan kohdistuvan hallinnollisen ohjauksen ja sitovien määräysten ja ohjeiden antamisen. Tämä näkökanta rajoittaa vastaavasti hyvinvointialueen mahdollisuuksia vaikuttaa Kelan toimintaan. Tältä osin muu kuin lainsäädännön keinoin toteutettava ohjaus saattaa olla ongelmallista. Lainvalmistelussa olisi huomioitava niin ikään huomioitava perustuslain säännökset. Harkittavaksi vaihtoehdon osalta voisi tulla esimerkiksi neuvottelukunta tai muu yhteistyöelin.

5.5.2.2. Vaikutukset rahoitukseen

Tässä vaihtoehdossa rahoitusvastuun siirtymistä hyvinvointialueille on kuvailtu sekä suppean (a) että laajan (b) siirron näkökulmasta. Molemmissa vaihtoehdoissa järjestämisvastuu säilyisi nykyisellään Kelassa, ja siten myös korvausosuus ja asiakkaiden omavastuuosuus. Kela vastaisi yhä nykyisellä tavalla palveluiden sisällöllisestä kehittämisestä.

a. Valtion rahoitusosuus siirtyy hyvinvointialueille

Lähtökohtana tässä vaihtoehdossa voidaan pitää sitä, että valtion rahoitusosuus kyseisten palvelujen rahoituksesta 197,4 miljoonaa euroa siirtyisi osaksi hyvinvointialueiden yleiskatteellista rahoitusta ja vakuutettujen rahoitusosuus 97,3 miljoonaa euroa säilyisi nykyisellään ja kerättäisiin

sairausvakuutusmaksuilla. Valtion rahoitusosuuden siirtäminen hyvinvointialueille on verrattain suoraviivaista ja se olisi mahdollista kohdentaa alueille sote-uudistuksen yhteydessä esitetyn rahoitusjärjestelmän kautta yleiskatteellisena rahoituksena.

Järjestämismääräysten säilyminen Kelassa tarkoittaisi käytännössä sitä, että hyvinvointialue päätyisi rahoitusvastuulliseksi yleiskatteisen rahoituksensa kautta sellaisista palveluista, joiden järjestämiseen ja kehittämiseen se voi vaikuttaa rajallisesti, esimerkiksi yhteistyöelimen kautta. Kela laskuttaisi hyvinvointialueita toteutuneiden suoritteiden mukaan ja näin hyvinvointialueiden vaikuttamismahdollisuudet riippuisivat toteutettavista yhteistyörakenteista.

Toisaalta rahoitusvastuu sisäistää tehokkaasti toimenpiteiden kustannuksen. Hyvinvointialueelle syntyisi kannustin pyrkiä käyttämään myös muita, mahdollisesti kustannustehokkaampia keinoja kuten varhaisemman vaiheen palveluita, tavoitteen saavuttamiseksi.

Tässä vaihtoehdossa monikanavaisuus säilyisi tai lisääntyisi rahoituksen kiertäessä valtionosuuksien ja hyvinvointialueiden kautta Kelalle sekä vakuutettujen rahoitusosuuden säilyessä ennallaan.

b. Valtion ja vakuutettujen rahoitusosuus siirtyy kokonaisuudessaan

Toisena vaihtoehtona olisi siirtää rahoitusvastuu (294,7 miljoonaa euroa) kokonaisuudessaan hyvinvointialueille. Tämä vastaa 11,6 prosenttia sairaanhoitovakuutuksen menoista⁴¹. Tämä edellyttäisi sairausvakuutusmaksujen alentamista ja vastaavan rahoituksen keräämistä valtion tai hyvinvointialueen toimesta jollakin toisella keinolla (esimerkiksi verotus). Tällä olisi seurauksia maksujen kohdentumisen osalta, toisin sanoen joidenkin henkilöiden verotus kiristyisi ja toisten kevenisi nykytilaan verrattuna.

Monikanavaisuus vähenisi ja rahavirrat selkeytyisivät sairausvakuutusmaksujen poistuessa. Hyvinvointialueiden vaikutusmahdollisuudet palveluiden järjestämiseen olisivat kuitenkin yhtä rajalliset kuin edellisessä vaihtoehdossa järjestämismääräysten säilyessä Kelalla.

Hyvinvointialueiden taloudellisten kannustimien näkökulmasta b-vaihtoehto olisi a-vaihtoehtoa selkeämpi ja osa-optimointia voimakkaammin purkava. Tämä kumpuaa siitä, että a-vaihtoehdossa jäljelle jäävä sairaanhoitovakuutuksen osuus kustannuksista saattaa vääristää esimerkiksi hyvinvointialueiden kannustimia eri toimintatapojen valinnan välillä esimerkiksi varhaiseen puuttumiseen liittyvien kannustimien näkökulmasta.

Rahoitusvastuun siirtäminen sinänsä ei todennäköisesti olisi merkittäviä siirtymävaiheen kustannuksia tai huomattavia uusia tietojärjestelmiä edellyttävä muutos. Itse toiminnan järjestämiseen liittyvät

⁴¹ Huomioiden EU-korvaukset.

toiminnalliset, taloudelliset, ja oikeudelliset prosessit muodostaisivat todennäköisesti tästä näkökulmasta tarkasteltuna merkittävemmän kokonaisuuden. Näitä tekijöitä tulisi tarkastella tarkemmin mahdollisessa jatkotyössä valitun vaihtoehdon osalta.

5.5.2.3. Vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen

Tässä vaihtoehdossa tulevien hyvinvointialueiden ja Kelan välinen yhteistyö olisi tärkeää. Yhteistyötä voitaisiin tukea esimerkiksi perustamalla yhteistyöelin kuten neuvottelukunta tai valtakunnallinen ohjausryhmä, joka suunnittelisi palveluvalikkoa ja kuntoutuksen kehittämisen painopisteitä.

Mahdollisen yhteistyömenettelyn myötä voitaisiin säilyttää ja kehittää nykytilan pitkälle vakiintuneita ja toimiviksi havaittuja toimintamuotoja, jakaa tietoutta sekä sopia jouhevammin kehittämissuunnista. Esimerkiksi Kelan kuntoutuksen palvelukuvaukset ja toiminnan kehittämisessä hyödynnettävät kanavat voitaisiin säilyttää. Lisäksi on huomioitava, että Kelan tutkimus tuottaa tietoa kehittämishankkeissa kehitetyistä palveluista, hyvistä käytännöistä, tutkimusten tuloksista ja jatkossa myös kuntoutuksen vaikuttavuudesta. Kelan tuottaman tutkimustiedon yleinen saatavuus sekä kehittämis- ja tutkimustyön tulosten jalkauttaminen voitaisiin turvata vaihtoehdossa, kun tutkimustietoa olisi jatkossakin saatavilla nykytilaa vastaavasti Kelan järjestämisvastuun piiristä.

Yhteistyön tiivistyessä hyvinvointialueet voisivat osaltaan vaikuttaa kehittämis- ja tutkimustyön painopisteisiin neuvottelukunnan taikka vapaaehtoisten sopimusmenettelyiden kautta. Vaihtoehto osaltaan saattaisi vaikuttaa myönteisesti kuntoutuksen kokonaisuuden yhtenäisyyteen nykytilaa tehokkaammin, kun hyvinvointialueella olisi nykyistä vahvempi suora taloudellinen intressi vaikuttaa kuntoutuksen kokonaisuuteen.

Kelalla ja terveydenhuollolla on ollut valtakunnallista yhteistyötä erilaisten yhteisten hoito- ja kuntoutuspolkujen vastuiden määrittelyssä esimerkiksi harvinaisten sairauksien, selkäydinvammaisten ja mielenterveyskuntoutuksen osalta.

Yksityiset palveluntuottajat jatkaisivat toimintaansa kuten edellä, mutta hyvinvointialueet rahoittaisivat palvelut. Kuntoutuspalveluiden kilpailutukset ja sopimukset voisi Kela keskitetysti hoitaa ja rekisteröitymismenettely voisi olla käytössä soveltuviissa palveluissa. Tässä vaihtoehdossa voitaisiin kehittää hyvinvointialueiden ja Kelan yhteistyötä esimerkiksi Kelassa kehitteillä olevan suorapäätösmallin käyttöönotolla kuten 1 vaihtoehdossa.

Taulukko 5. Eri vaihtoehtojen vaikutukset Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen⁴²

Vaihtoehdot	Vaihtoehto 1. Nykytila säilyy	Vaihtoehto 2. Kela järjestää ja hyvinvointialueet rahoittavat	Vaihtoehto 3. Hyvinvointialue järjestää ja rahoittavat
Asiakaspäätökset	Kela	Kela	Hyvinvointialue
Palvelukuvaukset	Kela	Kela	Hyvinvointialue
Palveluiden hankinta ja sopimukset	Kela	Kela	Hyvinvointialue
Palveluvalikko, kriteerit ja kehittäminen	Kela	Hyvinvointialueiden ja Kelan yhteistyöelin	Hyvinvointialue
Seuranta	Kela	Hyvinvointialueiden ja Kelan yhteistyöelin	Hyvinvointialue

Kyselyyn hyvinvointialueille 2021 vastanneet toivat esille, että malli edellyttäisi valtakunnallisia saatavuusperusteita. Sosiaali- ja terveysministeriö on nimittänyt työryhmän, jonka tehtävänä on lääkinälliseen kuntoutukseen ohjautumisen perusteiden laatimisen. Työryhmä on aloittanut työskentelyn keväällä 2021. Hyvinvointialueet toivat vastauksissaan esille, että yhteinen rahoitus pohja saattaisi yhtenäistää saatavuutta ja tasoittaa palveluntuottajatarjontaa, joka saattaisi ohjata hyvinvointialueita parantamaan omaa tarjontaansa, riippuen rahoituksen ohjaustavasta. Osassa vastauksista pohdittiin myös Kelan mahdollisuutta toimia viimekätisenä laadunvarmistajana. Toisaalta osa vastaajista koki ristiriitaa siinä, että rahoittamis- ja järjestämisvastuu olisi erillään ja eivät pitäneet mallia mahdollisena.

Vaihtoehdossa kaksi olisi mahdollisessa jatkotyöskentelyssä rahoituksellisten lähtökohtien ja rahoituksen käytön seurantaan liittyvien kysymysten lisäksi kiinnitettävä huomiota muun muassa palveluiden määrittämiseen, keskinäisen vastuunjaon määrittelyä sekä yhteistyömenettelyn suunnitteluun ja jalkauttamiseen.

Vaihtoehdolla saattaisi olla mahdollista vaikuttaa palveluiden kehittämiskäytäntöihin hyvinvointialueella myönteisesti, koska asiakkaalla olisi jatkossakin oikeus Kelan tarjoamiin palveluihin, mutta rahoitusvastuun myötä hyvinvointialueella voisi olla insentiivi kehittää esimerkiksi matalan kynnyksen ja varhaisen puuttumisen palveluita ja toimintamalleja hyvinvointialueelle, jotta voitaisiin vähentää raskaampien kuntoutuspalveluiden tarvetta.

⁴² Mahdollisessa jatkotyöskentelyssä toimijoiden vastuiden ja velvollisuuksien keskinäinen kartoittaminen ja vaihtoehtoiset yhteensovittamisen tavat voisivat myös tulla arvioitavaksi.

5.5.2.4. Vaikutukset kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden palveluihin

Kevään 2021 kyselytutkimuksen perusteella hyvinvointialueen valmisteluorganisaatiossa rahoituksen osittaisen siirron nähtiin lisäävän ajatusta yhteisestä kokonaisresurssista. Toisaalta todennäköisesti pelkästään rahoitusmallin muuttamisen ei katsottu uudistavan toimintamalleja. Malli vaatisikin tarkempaa jatkoselvitystä. Mallin ei myöskään sellaisenaan katsottu kannustavan kohdistamaan kuntoutusresursseja nopeaan, suunnitelmalliseen ja kustannusvaikuttavaan kuntoutumiseen. Kielteisenä seurauksena nähtiin riski resurssien siirtymisestä hyvinvointialueen sisällä muuhun työhön.

Työnjako Kelan ja kuntien välillä ei muuttuisi vaihtoehdossa. Määrällisiä muutoksia nykyiseen Kelan, sairaanhoitopiirien ja kuntien psykoterapiatoimintaan saattaisi tulla hoidollisten perusterveydenhuollon psykoterapioiden käytön lisääntyessä Tulevaisuuden sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tapahtuvan kehittämisen myötä.

Vaihtoehdolla olisi osin samoja vaikutuksia psykoterapeuttien saatavuuteen ja palvelujen järjestämiseen kuin 1 vaihtoehdossa.

5.5.2.5. Vaikutukset lasten palveluihin

Mikäli hyvinvointialueella olisi enemmän mahdollisuuksia vaikuttaa Kelan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluiden sisältöön, voitaisiin niitä kehittää esimerkiksi paremmin alueellisia tarpeita vastaavaksi ja kokonaisvaltaista kuntoutumisen ja tuen lähestymistapaa tukevaksi. Palveluiden asiakaslähtöiselle ja varhaisen tuen painopistettä tukevalle kehittämiselle voisi olla paremmat mahdollisuudet, jos rahoitusvastuu ei olisi jakaantunut usealle taholle. Hyvinvointialuekohtaisuus saattaisi kuitenkin olla nykytilaan verrattuna eriarvoistava ratkaisu, jos lasten mahdollisuudet saada tarvitsemaansa kuntoutusta eroavat alueellisesti. Vaihtoehdon toteutusmallia tulee jatkotyöskentelyssä tarkentaa tarkempien lapsivaikutusten arvioimiseksi. Lapsen oikeuksien toteutuminen tulee varmistaa kaikissa toteutusvaihtoehdoissa.

5.5.2.6. Vaikutukset työikäisten vammaisten oikeuksiin ja palveluihin

Järjestelyssä, jossa Kelalla säilyisi osan kuntoutusta tarvitsevien vammaisten henkilöiden kuntoutusvastuusta, mutta rahoitus tulisi hyvinvointialueelta, voi olla vaikutuksia kuntoutuksen sujuvuuteen. Tässä vaihtoehdossa on mahdollista, että hyvinvointialueet lisäävät ja parantavat varhaisia kuntoutuspalveluja ja Kelan rooli jää vähäisemmäksi. Toisaalta vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen tarvitsijoita tulee olemaan jatkossakin. On mahdollista, että tämä malli mahdollistaa paremman

palvelujen kehittämisen ja tasavertaisen saatavuuden maassa, kun palvelut järjestetään tiiviissä yhteistyössä Kelan ja hyvinvointialueiden välillä. On mahdollista, että tällä vaihtoehdolla voitaisiin vähentää hakuprosessin byrokratiaa.

Vammaisen henkilön oikeus saada vaativaa lääkinällistä kuntoutusta säilyy tässä vaihtoehdossa. Mallissa hyvinvointialueen ja Kelan voisivat sopia yhdessä nykyistä paremmin kuntoutuksen palvelut ja niiden sisältö, jotta palvelut tukevat toisiaan paremmin. Lisäksi saattaisi olla tarpeen arvioida Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen lainsäädännön muutostarpeita muun muassa kuntoutuksen kohdentumisen näkökulmasta.

5.5.3. Hyvinvointialueet järjestävät ja rahoittavat

5.5.3.1. Valtiosääntöoikeudellisia näkökohtia vaihtoehdosta

Tässä luvussa tehtävää on lähestytty tehtävänannon mukaisesti siirtäminen lähtökohdista. Työryhmän tehtävää ei voida arvioida yksinomaan palveluiden tasolla vaan on keskeistä huomioida asiakkaan lailla turvatut oikeudet ja näihin kohdistuvat vaikutukset lainsäädäntöratkaisuja harkittaessa. Lainsäätäjällä on kuitenkin oikeus muuttaa lainsäädäntöä haluamallaan tavalla, eli sääntelyratkaisuna myös käsillä olevien kuntoutuspalveluiden lakkauttaminen on myös mahdollista.

Jos päädyttäisiin sääntelyratkaisuun, jolla ei jatkossa turvattaisi vaativaa lääkinällistä kuntoutusta tai kuntoutuspsykoterapiaa subjektiivisina oikeuksina, olisi välittömänä seurauksena kohderyhmiin kuuluvien henkilöiden vähäisempi jälkikäteisen oikeusturvan taso. Lisäksi heidän oikeutensa kuntoutukseen ei olisi jatkossa vastaavalla tavalla lailla turvattua. Sote-uudistusta koskeva esitys on eduskunnan käsittelyssä, eikä sen vaikutuksista palveluiden laatuun tai saatavuuteen ole vielä tietoa. Esityksen mukaan hyvinvointialueen olisi kuitenkin suunniteltava ja toteutettava sosiaali- ja terveydenhuolto sisällöltään, laajuudeltaan ja laadultaan sellaisena kuin asiakkaiden tarve edellyttää. Palvelut olisi toteutettava yhdenvertaisesti, yhteen sovitettuina palvelukokonaisuuksina sekä hyvinvointialueen väestön tarpeet huomioon ottaen lähellä asiakkaita. Oikeuksien lakkauttaminen sisältää tästä huolimatta korostuneen riskin siitä, että henkilöt jäisivät tosiasiasa vaille tarvitsemaansa palvelua. Tätä riskiä saattaisi olla mahdollista välttää sillä, että hyvinvointialueet pystyisivät ensin panemaan toimeen uudet lääkinällisen kuntoutuksen palvelut, jonka jälkeen lakkauttaminen voitaisiin toteuttaa hallitummin ja tietoperusteisemmin. Tarveperusteisuuteen siirtyminen voisi kaventaa saatavilla olevaa palvelutarjontaa. Toisaalta tarveperusteisuus voisi yksinkertaistaa ja virtaviivaistaa asiointia ja mahdollistaa palveluiden tuottamisen ja kehittämisen kustannustehokkaammin.

Perustuslain 22 § rajoittaa julkisen vallan mahdollisuuksia heikentää yksilön oikeusturvan tasoa. Kelan tekemät päätökset kuntoutuspsykoterapiasta ja vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta ovat

muutoksenhakukelpoisia hallintopäätöksiä. Kantelu- ja muistutusmenettelyjen ei ole katsottu olevan vastaavan taseisia oikeusturvakeinoja.

Jos nykyiset Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen palvelut ja kuntoutuspsykoterapian korvaamista koskevat päätökset siirrettäisiin muutoksenhakukelpoisina, on käsillä tilanne, jossa tulisi kyetä kestävästi perustelemaan yksilöiden oikeusturvan tason eroavaisuudet hyvinvointialueen toiminnassa, jos julkisen terveydenhuollon palveluiden jälkikäteisiä oikeusturvakeinoja ei samalla vahvisteta. Hyvinvointialueen kuntoutuspäätökset voisivat vaihtoehdossa olla laajemmin muutoksenhakukelpoisia, siltä osin kuin se ei tosiasiallisesti joiltain osin heikennä oikeuksien toteutumista (ks. esim. PeVL 15/2018).

Vaihtoehto, jossa terveydenhuoltolain alaisten nykyisten palveluiden oikeusturvakeinoja ei vahvistettaisi, vaatisi uutta harkintaa sitovaa lainsäädäntöä. Osassa palveluista tehtäisiin hoitopäätös ja osassa hallintopäätös. Hoitopäätöksen ja ratkaisutyön välinen rajanveto tulisi perustua objektiivisesti arvioitavissa oleviin yhdenmukaisiin seikkoihin. Hoitopäätöksen ja hallintopäätöksen välinen rajanveto tulisi myös kyetä perustelemaan siten, että henkilö pystyy tosiasiallisesta asettamaan saamansa päätöksen arvioitavaksi muutoksenhakuasteisiin. Tämä tarkoittaa, että jatkossa lääkärin tekemä hoitopäätös voisi asiallisesti olla sellainen, että se olisi kuulunut arvioitavaksi muutoksenhakukelpoisena päätöksenä. Tämä vaatisi uudenlaista lainsäädännön ratkaisutyötä julkisen terveydenhuollon palveluihin sekä lainsäädännön nojalla arvioitavat kriteerit hoitopäätöksen ja muutoksenhakukelpoisen päätöksen antamisen tilanteista asiakkaan oikeuksien ohella myös päätöksentekijän virkavastuun ja oikeusturvan kannalta.

Oikeusturvaan liittyy myös palveluiden saatavuuden näkökulmia. Mikäli Kelan vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia siirrettäisiin hyvinvointialueen vastuulle, tulisi hyvinvointialueen turvata palveluiden saatavuus saumattomasti. Myös kuntoutuskomitea on todennut ehdotuksen 31 yhteydessä, että kuntoutuspalvelujen siirtyessä maakunnalliselle vastuulle on pidettävä huoli siitä, että kuntoutuspalvelujen saatavuus turvataan koko maassa.⁴³

Tarvittavat yksityiskohtaiset säädös- ja säännösratkaisut valitun vaihtoehdon osalta on arvioitava mahdollisessa myöhemmän vaiheen lainsäädäntöhankkeessa.

5.5.3.2. Vaikutukset rahoitukseen

Tulevien hyvinvointialueiden rahoitus olisi yleiskatteellista, mikä tarkoittaa sitä, että tiettyihin palveluihin ei olisi tämänhetkisen esityksen mukaan mahdollista korvamerkitä rahoitusta. Jos vaativa lääkinällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia siirtyisivät hyvinvointialueiden järjestämistä vastuulle ja asiakkaan

⁴³ [Ks. Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriön Raportteja ja muistioita 2017:41, s. 63.](#)

subjektiivinen oikeus näihin palveluihin säilyy, tulee rahoituksen riittävyys turvata sekä näihin että tarveperustaisiin palveluihin ilman että palveluvalikkoa joudutaan karsimaan. Tarvittaisiin esimerkiksi "kuntoutustakuu" vastaavasti kuin on hoitotakuu, eli kansalliset kriteerit ja kuntoutukseen pääsyn seuranta.

Rahoitusjärjestelyiden osalta ratkaisu vastaa edellä kuvattua vaihtoehtoa, jossa rahoitusvastuu siirtyisi kokonaisuudessaan hyvinvointialueelle. Tässä vaihtoehdossa hyvinvointialueella olisi kuitenkin suora kyky vaikuttaa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian sisältöihin, kehitykseen ja muihin seikkoihin järjestämismvastuun kautta. Palvelujärjestelmän kokonaisuus sekä potilaan hoidon kokonaissumma olisi yksissä käsissä ja hyvinvointialueiden vastuulla, mikä osaltaan vähentäisi osaoptimointia. Suorien kustannusten lisäksi tulisi harkittavaksi palvelujen kehittämismvastuuseen liittyvän resursoinnin ratkaiseminen, esimerkiksi sen vähentäminen Kelassa ja vastaavasti määrärahojen allokoiminen hyvinvointialueille.

Mikäli rahoitus- ja järjestämismvastuun siirtyessä asiakkaiden ns. omavastuu poistuu, syntyy tästä todennäköisesti lisärahoituksen tarvetta yhtäältä palvelun kysynnän kasvun kautta ja toisaalta julkiselle taloudelle koituvien suorien kustannusten määrän kasvun kautta. Tämä vaikutus olisi lievempi, mikäli hyvinvointialueella olisi mahdollisuus periä palveluista asiakasmaksuja: mitä lähempänä asiakasmaksut olisivat suhteessa nykyisiin omavastuuosuuksiin, sitä pienempi vaikutus olisi. Asiakasmaksulain (734/1992) 1.7.2021 voimaan tulevassa muutoksessa (1201/2020) mielenterveyden sarjakäyntien maksuttomuus laajenee perusterveydenhuoltoon. Käynnit ovat ennestään olleet maksuttomia erikoissairaanhoidossa. Nykytilanteessa kuntoutuspsykoterapian omavastuuosuus on Kelalta saatujen tietojen perusteella keskimäärin noin 30 prosenttia palvelun hinnasta, mikä on verrattain korkea taso muihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin nähden.⁴⁴

5.5.3.3. Vaikutukset palveluiden järjestämiseen ja tuottamiseen

Tulevat hyvinvointialueet voisivat järjestää palvelut itse, hankkia palvelut yksityisiltä palveluntuottajilta avoimella kilpailutuksella tai palvelusetelillä.

Kyselyssä hyvinvointialueille 2021 osa vastaajista näki mallin toimivana ja toivat esille kokonaisvaltaisen vastuun tärkeyttä. Osa koki, että tämä malli helpottaisi kuntoutusprosesseja ja poistaisi päällekkäisyyksiä. Hyvinvointialueiden paikallistuntemus nähtiin vahvuutena. Vastaajat toivat esille, että malli voisi tuoda kuntoutuksen näkyväksi ja vahvistaisi kuntoutuksen asemaa alueellisesti. Mallin vahvuuksina mainittiin, että asiakkaiden kuntoutuspäätöksiä voitaisiin tehdä ketterämmin samassa

⁴⁴ Näin psykoterapian kokonaiskustannusten voidaan arvioida olleen noin $96,9/(1-0,3) = 138,4$ miljoonaa euroa, josta noin 41,5 miljoonaa euroa olisi ollut asiakkaiden itse kattamaa osuutta.

organisaatiossa, joka myös järjestää kuntoutuksen. Vahvuuksina mainittiin myös se, että palveluntuottajat voisivat samalla sopimuksella tuottaa kuntoutusta sekä lääkinnällisen että vaativan kuntoutuksen tarpeisiin, mikä voisi ehkä parantaa saatavuutta pienillä paikkakunnilla. Asiakkaan näkökulmasta olisi yksi vastuutaho kuntoutukseen.

Toisaalta uhkina voidaan nähdä, ettei kuntoutukseen suunnattu rahoitusosuus olisi riittävä vastaamaan asiakaskohtaisen kuntoutuksen järjestämiseen eikä kuntoutuksen ohjaus toteutuisi asiakkaan tarpeen mukaisesti.

Osa näki tärkeänä, että hyvinvointialueiden välitön ensi linjan hoito pitäisi ensin saada toimimaan siten, että hoitoon pääsyn kynnykset madaltuu – ja ihmiset pääsevät maksutta suoraan hoidon piiriin. Hyvinvointialueen rakentaminen vie oman aikansa ja tämän uudistuksen toivottiin tapahtuvan aikaisintaan sitten, kun hyvinvointialueet on saatu toimiviksi. Erityisesti mielenterveyspalveluiden osalta nähtiin peruspalveluiden kehittämisen vaativan resursseja lähivuosina ja vastuun ottaminen Kelan kuntoutuspsykoterapiasta koettiin haasteellisena. Vastaajat toivat myös esille, että hyvinvointialueen että Kelan mielenterveyspalvelut täydentävät toisiaan. Vastauksissa nousi esille myös, että alueellinen koordinaatio olisi tärkeää, mikäli malliin siirrytään.

Lisäksi esiin nostettiin Kelan kuntoutuksen suunnittelijoiden ammattitaito, jota ovat voineet hyödyntää palveluiden tuottajat ja kunnat. Tämän osaamisen hankkiminen ja siirtymän varmistaminen toisaalle vaatisi aikaa.

Vaikutukset palveluntuottajiin ovat mahdollisia. Mikäli hyvinvointialueet tuottaisivat esimerkiksi osan palveluista omana tuotantonaan, on mahdollista, että tällä olisi vaikutuksia kuntoutuksen markkinoihin. Tällä voi olla myös välillisiä vaikutuksia yritysten hankkimiin palveluihin kuten siivous-, majoitus- ja ravintopalvelut. On myös mahdollista, että tapahtuu myös kuntoutuksen markkinoilla osaamisen ja palvelutarjonnan muutoksia pitkällä tähtäimellä. Vaihtoehdolla voi olla myös työllisyysvaikutuksia.

5.5.3.4. Vaikutukset kuntoutuspsykoterapia-asiakkaiden palveluihin

Muutos parantaisi asiakastasolla hoidon ja kuntoutuksen järjestämistä yhtenäisenä kokonaisuutena. Se kannustaisi siirtämään painopistettä lyhyisiin hoidollisiin psykoterapioihin ja parantaisi niiden saatavuutta ja hoidon oikea-aikaista aloitusta. Lyhyiden hoidollisten psykoterapioiden lisääntyminen saattaisi vähentää kuntoutuspsykoterapioiden tarvetta.

Alueellisen yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttäisi keskittämisasiasetuksen mukaisen toiminnan resurssien vahvistamista vastaamaan siirtyvää toimintaa. Keskittämisasiasetuksen 4 §:n mukaan yliopistollisten sairaaloiden sairaanhoitopiirien on huolehdittava alueellisen kokonaisuuden suunnittelua

ja yhteen sovittamista koskevista tehtävistä, kuten psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta alueillaan.

Jos rahoitus olisi yleiskatteellista, riittävien ja alueellisesti yhdenvertaisten palvelujen varmistaminen pitäisi varmistaa muilla keinoilla, kuten psykoterapiaan pääsyn kriteereillä ja niiden valvonnalla. Palvelujen järjestäjän kustannukset nousisivat, kun Kelan psykoterapioiden asiakkaan omavastuuosuus poistuisi (kuntien järjestämä psykoterapia on asiakkaalle maksutonta). Puuttuva rahoitusosuus olisi katettava, etteivät palvelut vähenisi.

Psykoterapeuttien riittävyys vaihtelisi edelleen alueittain. Lyhytinterventioihin koulutettavat työntekijät ja etäyhteyksin toteutettavat psykoterapiat korjaisivat tilannetta osittain, samoin hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuksien optimointi.

Hyvinvointialueen valmistelijoiden vastauksissa rahoituksen ja järjestämisvastuun siirtymisessä hyvinvointialueille nähtiin hyvinä puolina psykoterapiaprosessin muuttuminen potilaalle helpommaksi, kuntoutuspsykoterapian hyödyn arvioinnin paraneminen, asiakkaan hoitopolkujen, resurssien hallinnan ja työnjaon paraneminen sekä hallinnollisen työn paraneminen ja psykoterapiaan pääsyn viiveiden väheneminen. Riskeinä nähtiin hyvinvointialueiden osaamis- ja rahoitusresurssien varmistaminen sekä alueellisten erojen kasvaminen.

Vastauksissa pidettiin tärkeänä psykoterapioille osoitettua korvamerkittyä rahoitusta sekä osaamisen keskittämistä. Keskitetyn osaamisen tahoiksi nimettiin vastauksissa Kela, hyvinvointialueelle perustettava osaamiskeskus tai yhteistoiminta-alueen tasolle keskitetty osaaminen. Joissakin vastauksissa nousi esille siirtymäajan tarve, jos Kelan korvaamat kuntoutuspsykoterapiat siirrettäisiin hyvinvointialueiden vastuulle. Toimivan mallin luomiseen menee oma aikansa hyvinvointialuetta perustettaessa.

5.5.3.5. Vaikutukset lasten palveluihin

Hyvinvointialueen kokonaisvaltainen vastuu kuntoutuksen kokonaisuudesta voisi osin edesauttaa nykytilanteen säilyttämisen vaikutusten arvioinnissa kuvattujen lasten ja perheiden kokemien haasteiden vähentämistä. Hyödyt eivät kuitenkaan toteudu yksinomaan järjestämisvastuun siirtämisellä, vaan edellyttää myös kokonaisvaltaisen auttamisen ja yhteistyön käytäntöjen kehittämistä arjen työssä. Mikäli hyvinvointialue toteuttaisi kuntoutuksen sisällöltään standardoituina ostopalveluina, ei kaikkia joustavuuden hyötyjä saavutettaisi. Vaihtoehto voisi myös johtaa palveluiden saatavuuden alueellisten erojen muodostumiseen, joka ei vahvista eri alueilla asuvien lasten tasavertaista asemaa. Vaihtoehdon toteutusmallia tulee jatkotyöskentelyssä tarkentaa tarkempien lapsivaikutusten arvioimiseksi. Lapsen mielipiteiden kuulemisen mahdollisuuksia ja tuen räätälöintiä voidaan kehittää myös nykyisessä

palvelujärjestelmässä ja Kela voi vahvistaa yhteistyötä hyvinvointialueiden kanssa kuntoutuspalvelujen kehittämisessä.

Merkittävä osa lasten ja nuorten lääkinällisen kuntoutukseen liittyvistä monialaisen yhteistyön kehittämistarpeista ei liity suoraan monikanavarahoituksen kysymyksiin. Esimerkiksi kuntoutuksen ja varhaiskasvatuksen ja koulun välisen yhteistyön kehittämisen tarve säilyy, oli kuntoutuksen järjestäjä Kela, kunta tai jatkossa hyvinvointialue. Nykytilanteessa kuntoutuksen palveluntuottajalla on hyvin rajalliset mahdollisuudet vaikuttaa esimerkiksi sivistystoimen käytäntöihin. Vaikuttamismahdollisuudet ovat rajalliset myös hallituksen esityksen mukaisilla hyvinvointialueilla, mutta laaja-alaisempina ja suurempina toimijana yhteistyökäytännöistä sopimiseen olisi paremmat edellytykset kuin yksittäisellä palveluntuottajalla.

5.5.3.6. Vaikutukset työikäisten vammaisten oikeuksiin ja palveluihin

Sairaanhoitopiireiltä selvitettiin vuonna 2018 terveydenhuoltolain muutostarpeita ja mitä etuja ja uhkia Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen siirtäminen hyvinvointialueille tuottaisi. Kyselyyn vastasi 13 sairaanhoitopiiriä 18:sta. Vastausten mukaan etuna nähtiin kuntoutusprosessin sujuvuuden parantuminen, kun järjestämistä ei ole jaettu. Lisäksi vastauksissa katsottiin mahdolliseksi eduksi palveluintegraation ja päätöksenteon sujuvampi toteuttaminen lähellä asiakasta. Toisaalta vastauksissa nähtiin myös uhkana asiakkaan aseman heikkeneminen, mahdollisuus yleiskatteellisen rahoituksen katoamisesta muihin terveyspalveluihin. Vastauksissa nähtiin mahdollisuus, että väliinpuotojia olisi vähemmän ja palvelut kehittyisivät pidemmällä aikajaksolla yhdenmukaisemmiksi. Uhkana nähtiin lisäksi Kelan osaamisen katoaminen ja kuntoutuksen tutkimukseen käytettyjen resurssien väheneminen.

Terveydenhuoltolakia uudistettaessa hallituksen esityksessä todettiin, että erityisesti kuntoutukseen ohjautumista ja varhaista kuntoutuksen käynnistymistä on tehostettava. Epätietoisuus kuntoutuksen kustantajatahosta ja henkilön siirtely toimijalta toiselle antaa aiheutta selkeyttää kuntoutuksen järjestämisvastuuta ja kuntoutuksen koordinaatiota⁴⁵.

Parannuksena vammaisten henkilöiden kuntoutusprosessiin voidaan pitää sitä, että yhden järjestäjän mallissa henkilön siirtely järjestäjältä toiselle poistuisi. On hyvin vaikea arvioida muutoksen todellista vaikutusta vammaisten henkilöiden saamaan kuntoutuksen määrään, laatuun tai palvelujen sisältöön, koska samaan aikaan niin Kelan kuin terveydenhuollon kuntoutuksen palvelut ja niiden sisällöt muokkautuvat ja muuttuvat kuntoutuksen paradigman muuttuessa ja teknologian kehittyessä.

⁴⁵ [Hallituksen esitys Eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi HE 90/2010 vp](#)

5.5.4. Vaikutukset Kelan ammatillisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen järjestämiseen ja korvaamiseen, matkoihin ja kuntoutusrahaetuuksiin

Ammatillinen kuntoutus ja harkinnanvarainen kuntoutus säilyisivät kaikissa vaihtoehdoissa Kelan järjestämisvastuulla. Myös kuntoutusrahaa voitaisiin myöntää nykyisenkaltaisena (ks. kappale 5.4.). Esimerkiksi kuntoutuksen matkakorvauksiin liittyvät mahdolliset säädösmuutostarpeet tulee huomioida valitun vaihtoehdon osalta mahdollisessa jatkotyöskentelyssä, kun valmistelutyöryhmien työn pohjalta tehtävät päätökset ovat selvillä.

6. Lääkekorvaukset

6.1. Lääkehoidon nykyinen rahoitus

Lääkehoitojen kokonaisuus koostuu julkisessa ja yksityisessä laitoshoidossa toteutetuista lääkehoidoista ja avoterveydenhuollossa käytetyistä lääkkeistä.

6.1.1. Lääkekorvausjärjestelmä

Lääkäriin, hammaslääkäriin ja lääkkeenmääräämiseen oikeutetun sairaanhoitajan avohoitoon reseptillä määräämien lääkkeiden kustannuksia korvataan sairausvakuutuksen lääkekorvausjärjestelmästä, kun lääke on määrätty sairauden hoitoon. Lääkekorvausjärjestelmästä korvataan myös erityislupavalmisteiden, perusvoiteiden ja kliinisten ravintovalmisteiden kustannuksia sekä yksityisessä laitoshoidossa käytettyjen lääkkeiden kustannuksia. Kansallinen lääkekorvausjärjestelmä on osa sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutusta. Sairaanhoitovakuutuksen menot rahoitetaan valtion rahoitusosuudella (67 prosenttia) ja vakuutettujen maksamalla sairaanhoitomaksulla (33 prosenttia).

Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivan lääkkeiden hintalautakunnan (jäljempänä Hila) tehtävänä on päättää lääkekorvausjärjestelmään kuuluvista lääkkeistä ja niiden korvaustasosta (peruskorvaus, alempi erityiskorvaus, ylempi erityiskorvaus), korvattavuuden laajuudesta sekä tukkuhinnasta. Päätökset perustuvat lähinnä lääkeyritysten hakemuksiin ja sairausvakuutuslaissa määriteltäviin arviointikriteereihin. Erityislupavalmisteissa hakijana voi olla myös potilas. Päätökset ovat voimassa määrääjän.

Kela vastaa sairausvakuutuksen ja Hilan päätösten toimeenpanosta sekä seuraa ja valvoo niiden toteutumista. Kela päättää tarvittavista selvityksistä ja niistä lääketieteellisistä edellytyksistä, joiden tulee täytyä, jotta lääkkeen korvaaminen vakuutetulle on perusteltua. Kela myöntää myös vakuutetulle oikeuden erityiskorvaukseen ja oikeuden korvaukseen rajoitetusti korvattavasta lääkkeestä. Asiakas maksaa omavastuun ja saa lääkekorvauksen suoraan apteekista, ja Kela maksaa lääkekorvauksen apteekille. Avohoidon apteekkitoiminnalla ei ole järjestämisvastuussa olevaa tahoa.

6.1.2. Julkisessa terveydenhuollossa annettavat lääkkeet

Julkisessa terveydenhuollossa eli julkisessa laitoshoidossa tai julkisen terveydenhuollon avovastaanotolla annettujen lääkkeiden rahoitusvastuu samoin kuin sairaala-apteekkitoiminnan järjestämisvastuu on kunnilla.

Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea tuottaa hoidollisen ja taloudellisen arvon arviointeja uusista sairaalalääkkeistä. Sairaalalääkkeellä tarkoitetaan tässä lääkettä, jota käytetään pääasiallisesti julkisen terveydenhuollon sairaaloissa ja jonka ostaja on yleensä sairaala. Sairaalalääkkeiden annostelu tai käyttökuntoon saattaminen edellyttää yleensä myös sairaalamaisia olosuhteita. Sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimiva terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (Palko) antaa suosituksia Fimean arvioimien lääkkeiden kuulumisesta terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Palkon suositukset eivät kuitenkaan ole sairaaloita sitovia. Muista kuin Fimean arvioimista lääkehoidoista mahdollisesti tehtäviä sairaalatason arviointeja koordinoi kansallinen koordinaatioyksikkö (FinCCHTA). Käytännöt, joilla sairaalat ja muut terveydenhuollon laitokset arvioivat lääkahoitoja ja päättävät lääkkeen käyttöönotosta, vaihtelevat.

Julkisen terveydenhuollon lääkehankinnat toteutetaan kilpailutusten avulla kahden tai kolmen vuoden hankintakausina. Vahvistaakseen neuvotteluvoimaansa sairaalat ovat muodostaneet hankintarenkaita. Uusien ja kalliiden sairaalalääkkeiden hankinnoista yliopistosairaalat neuvottelevat yhteisessä kansallisessa hankintarenkaassa ja lääkeneuvottelukunnassa. Lopulliset päätökset uusien lääkkeiden käyttöönotosta tehdään kuitenkin sairaanhoitopiireissä.

Sairaaloiden ja laitosten lääkejakelesta vastaavat sairaala-apteekit. Sairaalahoidon ja muun julkisen laitoshoidon aikana toteutunut lääkahoito kuuluu asiakasmaksuun eikä sairaalahoidossa tai terveyskeskuksen vastaanotolla toteutettavasta lääkehoidosta peritä erillistä maksua. Potilaalle maksuttomia ovat tartuntatautilaissa tarkoitetut rokotukset ja yleisvaarallisen tartuntataudin hoitoon määrätyt lääkkeet.

6.1.3. Lääkkeiden kustannukset

Lääkkeiden kokonaismyynti oli 3 460 miljoonaa euroa vuonna 2019. Avohoidon reseptilääkkeiden osuus kokonaismyynnistä oli 66 prosenttia (2 284 miljoonaa euroa), itsehoitolääkkeiden osuus 10 prosenttia (357 miljoonaa euroa) ja sairaaloihin myytyjen lääkkeiden osuus 24 prosenttia (818 miljoonaa euroa tukkuhinnoin). Vuonna 2020 sairausvakuutuksen lääkekorvauksia maksettiin 1 635 miljoonaa euroa noin 3 miljoonalle vakuutetulle. Lääkkeiden kustannukset ennen sairausvakuutuskorvauksen vähentämistä olivat 2 168 miljoonaa euroa. Yksityisessä terveydenhuollossa määrättyjen reseptien osuus kaikista määrättyistä resepteistä vaihteli maakunnittain 13–31 prosentin välillä vuonna 2020. Koko maan tasolla yksityisellä sektorilla määrättyjen lääkkeiden osuus sairausvakuutuksen lääkekustannuksista oli noin 20 prosenttia ja lääkekorvauksista 19 prosenttia.

6.2. Valmisteluryhmän toimeksianto

Pääministeri Marinin hallitusohjelman mukaan osana sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta valmistellaan erillisenä asiana parlamentaarisessa ryhmässä monikanavaisen rahoituksen purkamista. Osana kokonaisuutta tarkastellaan myös lääkekorvauksiin liittyvän monikanavaisen rahoituksen purkamista. Valmisteluryhmän tehtävänä on arvioida myöhemmin käynnistyvän parlamentaarisen työn tueksi ratkaisuvaihtoehtoja aiempien hallituskausien aikana tehtyjen työryhmätöiden ja muiden selvitysten pohjalta sekä selvittää vaihtoehtojen vaikutuksia.

Toimeksiannon mukaan lääkekorvauksien valmisteluryhmän tehtävänä on selvittää seuraavat vaihtoehdot ja esittää kunkin järjestämis- ja korvaamistavan osalta edellytykset, edut ja haitat mahdollisimman kattavasti:

1. lääkekorvausjärjestelmän säilyttäminen Kelan toimeenpanemana ja valtion rahoitusosuuden siirto maakuntien vastuulle
2. lääkekorvausjärjestelmän lakkauttaminen, järjestämisvastuun siirtäminen sote-maakuntien vastuulle.

Valmisteluryhmä on tarkastellut toimeksiannon mukaisia vaihtoehtoisia malleja monikanavaisen rahoituksen purkamiseksi. Työryhmä käyttää tässä raportissa termiä hyvinvointialue syksyllä 2020 annetussa toimeksiannossa käytettyjen maakunnan ja sote-maakunnan sijaan. Mallivaihtoehdossa A on arvioitu vaikutuksia tilanteessa, jossa valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueille ja muuten lääkekorvausjärjestelmä Kelan toimeenpanemana säilyisi ennallaan. Mallivaihtoehdoissa B ja C on tarkasteltu lääkekorvausjärjestelmän lakkauttamista ja avohuollon lääkkeiden järjestämisvastuun siirtämistä hyvinvointialueille. Mallivaihtoehtojen B ja C ero liittyy rahoitukseen eli mallissa B rahoitusvastuu olisi kokonaan hyvinvointialueilla ja mallissa C avohuollon lääkekustannukset rahoitettaisiin hyvinvointialueiden rahoitusosuudella ja vakuutettujen sairausvakuutusmaksuilla.

Monikanavarahoituksen purkua koskevassa valmistelutyössä tulee ottaa huomioon lainsäädännön perustavanlaatuiset erot sairaanhoitoetuuksien ja terveydenhuollon palvelujen välillä sekä monikanavarahoituksen purkamiseen liittyvät perustuslakikysymykset. Lääkekorvausten monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaikutusten yksityiskohtainen arviointi ei ole mahdollista ilman laajempaa erityislainsäädännön tarkastelua ottaen huomioon, että laitoshoidossa ja avohoidossa käytettäviä lääkkeitä koskeva sääntely eroaa merkittävästi toisistaan. Lääkkeillä on muun muassa erilaiset hankintamenettelyt, korvattavuus- ja hintasääntely, hinnoittelu, päätöksentekomenettelyt ja päätöksiä

tekevät viranomaiset⁴⁶, lääkkeen käyttäjän oikeus korvaukseen ja omavastuuosuudet sekä lääkkeiden vähittäisjakelu.

6.3. Lääkekorvausten monikanavaisen rahoituksen purkamisen vaihtoehtoisia malleja

Valmisteluryhmä on toimeksiannon mukaisesti tarkastellut eri malleja ja pyrkinyt arvioimaan niiden vaikutuksia sääntelyyn, rahoitusjärjestelmiin, ohjaukseen ja lääkkeiden käyttäjiin. Lisäksi on koottu arvioita muista mahdollisista vaikutuksista. Toimeksiannon mukaisesti valmistelutyön pohjana tuli olla aikaisemmat selvitykset. Lääkekorvausten monikanavaisen rahoituksen purkamisesta ei ole tehty aikaisemmin yksityiskohtaisempia selvityksiä, minkä vuoksi eri vaihtoehtojen vaikutusten tarkastelut ovat vielä hyvin yleisellä tasolla.

Valmisteluryhmän näkemyksen mukaan vaihtoehtoja arvioitaessa tulisi ottaa huomioon, että eräitä nykyiseen lääkekorvausjärjestelmään sisältyviä kokonaisuuksia tulisi jatkossakin säädellä ja toteuttaa yhdenmukaisesti kansallisella tasolla riippumatta mallista. Tällaisia asioita olisivat:

- korvausjärjestelmän rakenne mukaan lukien lääkkeiden käyttäjiltä lääkkeistä perittävät omavastuuosuudet
- lääkkeiden korvattavuuden ja hintasääntelyn periaatteet
- lääkkeiden hinnoitteluperiaatteet
- korvausjärjestelmän toimeenpano
- lääkkeiden suorakorvausmenettely
- lääkkeiden jakelu
- kansalliset tietojärjestelmät (mukaan lukien tietovarannot)

Lääkehoitojen rahoitusjärjestelmää uudistettaessa tulisi samanaikaisesti kehittää myös alueellista ja kansallista ohjausjärjestelmää ja siten edistää lääkkeiden järkevää käyttöä. Lääkehoito on kiinteä osa terveydenhuollon hoitokokonaisuutta ja hoitovaihtoehdon valintaa eivät saa ohjata rahoitusjärjestelmät. Nykyjärjestelmän haasteena on, että se luo kannusteita siirtää hoidosta aiheutuvia kustannuksia toisen rahoittajan maksettavaksi ja voi siten vaikuttaa hoitovaihtoehdon valintaan. Nykyisin lääkkeiden järkevää

⁴⁶ Esimerkiksi lääkkeiden sisällyttäminen korvausjärjestelmään ja lääkkeen kuuluminen julkiseen palveluvalikoimaan

käyttöä edistävä kansallinen ja alueellinen ohjaus on vähäistä ja avohoidossa lääkkeiden määräämistä ohjaa pääasiassa lääkekorvausjärjestelmä. Lisäksi laitos- ja avohoidon lääkkeiden erilaiset sääntelyjärjestelmät voivat johtaa rajapintaongelmiin ja siihen, että lääkkeiden käyttäjät eivät ole yhdenvertaisessa asemassa eri alueilla. Lääkehoitojen arviointitoimintaa ja lääkkeiden sisällyttämistä julkiseen palveluvalikoimaan tai kansalliseen lääkekorvausjärjestelmään tulee kehittää niin, että lääkettä tarvitseville turvataan tehokkaat, turvalliset ja kustannusvaikuttavat lääkehoidot.

6.3.1. Malli A. Järjestämisvastuu nykytilan mukainen, hyvinvointialueilla osittainen rahoitusvastuu

Mallissa hyvinvointialueille siirtyisi laitoshoidon ja osittainen avohoidon lääkehoitojen rahoitusvastuu. Lääkehoitojen järjestämisvastuusiin ei tulisi muutoksia. Hyvinvointialueilla olisi laitoksissa annettujen lääkehoitojen järjestämisvastuu. Avohoidossa lääkekorvausjärjestelmä säilyisi kattavuudeltaan nykyisen laajuisena ja Kelan toimeenpanemana.

Nykyisin sairaanhoitovakuutuksen menot rahoitetaan valtion rahoitusosuudella (67 prosenttia) ja vakuutettujen sairaanhoitomaksuilla (33 prosenttia). Mallissa avohoidon lääkkeiden valtion osuus siirrettäisiin hyvinvointialueille. Hyvinvointialueet vastaisivat järjestämässään terveydenhuollossa käytettyjen lääkkeiden ja asukkailleen avohoitoon määrättyjen lääkkeiden rahoituksesta. Rahoitus olisi yleiskatteellinen eikä se olisi siten korvamerkittynä lääkkeiden rahoitukseen. Koska kyseessä olisi kuitenkin hyvinvointialueiden lakisääteinen tehtävä, sitoisi tämä hyvinvointialueiden päätöksentekoa rahoituksen kohdentamisessa. Asiakkaan oikeus lääkekorvaukseen määräytyisi edelleen sairausvakuutuslaissa säädettyjen periaatteiden mukaisesti.

6.3.1.1. Vaikutukset sääntelyyn

Malli edellyttäisi muutoksia lääkekorvausjärjestelmän ja hyvinvointialueiden rahoitusta koskevaan sääntelyyn. Malli ei lähtökohtaisesti edellyttäisi muutoksia päätöksentekoon lääkkeiden sisällyttämisestä korvausjärjestelmään tai terveydenhuollon palveluvalikoimaan, lääkkeiden hinnoitteluun ja hankintaan, lääkekorvausjärjestelmän rakenteeseen ja toimeenpanoon eikä lääkkeiden jakeluun. Se ei lähtökohtaisesti vaikuttaisi myöskään toimintamalleihin ja säännöksiin, jotka koskevat julkisessa laitoshoidossa annettuja lääkkeitä. Avo- ja laitoshoidossa käytettyjen lääkkeiden sääntelyn ja toimintamallien erot säilyisivät.

Kansallisesti säänneltävät ja toteutettavat kokonaisuudet on määritelty edellä 6.3. kappaleessa.

6.3.1.2. Vaikutukset rahoitusjärjestelmiin

Mallissa hyvinvointialueet rahoittaisivat lähtökohtaisesti 67 prosenttia asukkaidensa avohoidon lääkekorvausmenoista ja vakuutettujen sairausvakuutusmaksuilla rahoitettaisiin 33 prosenttia. Malli kattaisi julkisen terveydenhuollon, mukaan lukien ulkoistetuissa palveluissa käytetyt ja määrätyt lääkehoidot, sekä yksityissairaaloissa ja yksityisessä terveydenhuollossa, YTHS:n palveluissa ja työterveyshuollossa käytetyt ja määrätyt lääkehoidot. Hyvinvointialueen rahoitusvastuu asukkaidensa avohoidon lääkehoitojen kustannuksista koskisi myös toisella hyvinvointialueella määrättyjä lääkkeitä.

Tulevien hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymiskriteerinä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvearviota, joka pohjautuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen. Malli edellyttäisi lääkekorvausten valtion rahoitusosuuden kohdentamisen määrittelyä, hyvinvointialueiden rahoituksen tarveperusteisen määräytymiskriteerin täydentämistä sekä rahoitusosuuksien jakautumisen uudelleenarviointia. Lisäksi malli edellyttäisi hyvinvointialueiden rahoituksen hallinnollisen toimintamallin kehittämistä. Toimintamallin tulisi olla sellainen, että hyvinvointialue pystyisi sen perusteella seuraamaan ja arvioimaan lääkehoidon kustannuksia sekä eri ohjaustoimien vaikutuksia. Viimekädessä valtio vastaisi rahoituksen riittävydestä samoin kuin muussakin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Mallissa lääkehoito olisi muiden hoitovaihtoehtojen tavoin osa hyvinvointialueiden rahoittamaa hoitokokonaisuutta, jolloin syntyisi vähemmän tilanteita, joissa osaoptimointi ohjaisi hoitovalintoja.

6.3.1.3. Vaikutukset ohjaukseen

Rahoitusvastuun osittainen siirto hyvinvointialueille kannustaisi hyvinvointialueita jossain määrin nykyistä vahvemmin ottamaan huomioon palveluja järjestäessään sekä lääkehoidon kustannusten että oman toimintansa vaikutukset julkiselle taloudelle aiheutuviin kokonaiskustannuksiin. Lisäksi se lisäisi tarvetta ohjata alueella lääkkeiden käyttöä ja määräämistä. Mallissa avohoidon lääkehoidon järjestämisvastuu ei kuitenkaan olisi hyvinvointialueella, mikä voisi rajoittaa hyvinvointialueen kiinnostusta ja mahdollisuuksia. Mallissa tulisi luoda alueellisen ohjauksen ja seurannan keinoja muun muassa lääkehoitoprosessien seuraamiseen ja kehittämiseen, lääkkeen määräämisen ohjaamiseen kansallisten linjausten mukaisesti sekä apteekkipalvelujen saavutettavuuden ja riittävyyden arvioimiseen. Alueellisen ohjauksen kehittäminen ei poista tarvetta kehittää myös kansallista ohjausta. Lääkekorvausjärjestelmän kautta ohjataan merkittäväällä tavalla lääkkeen määräämistä, ja ohjausjärjestelmää kehitettäessä tulisi myös arvioida erikseen lääkekorvausjärjestelmän roolia ja kehittämistarpeita osana ohjauskokonaisuutta.

6.3.1.4. Vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin

Lääkekorvausjärjestelmän päätöksenteon ja toimeenpanon säilyessä kansallisena lääkekorvausjärjestelmän kattavuus ja korvausten taso olisivat samat eri hyvinvointialueilla. Malli ei myöskään aiheuttaisi muutoksia siihen, mistä lääkkeiden käyttäjät saavat lääkkeensä tai kuinka korvaukset heille maksetaan, koska Kela kohdentaisi kustannuksen oikealle rahoittajataholle. Laitoksissa käytettyjen lääkehoitojen alueellisiin eroihin malli ei lähtökohtaisesti vaikuttaisi. Malli mahdollisesti kannustaisi nykyistä vahvemmin ratkaisemaan nykyjärjestelmän rajapintaongelmia, joita syntyy esimerkiksi potilaiden siirtyessä laitoshoidosta avohoitoon tai päinvastoin, samoin kuin yksilöllisiin tilanteisiin liittyviä haasteita.⁴⁷

6.3.1.5. Muita vaikutuksia

Malli mahdollistaisi nykyistä paremmin avohoidossa ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämisen. Malli parantaisi mahdollisuutta yhdistää terveydenhuollon ja lääkekustannusten maksukatot.

6.3.2. Malli B. Hyvinvointialueilla järjestämis- ja rahoitusvastuu

Mallissa hyvinvointialue vastaisi avo- ja laitoshoidon lääkehoitojen järjestämisestä ja rahoituksesta. Nykyinen lääkekorvausjärjestelmä lakkautettaisiin ja tilalle tulisi hyvinvointialueiden järjestämis- ja rahoitusvastuulle kuuluvien lääkekustannusten korvausjärjestelmä, jonka toimeenpano järjestettäisiin kansallisesti.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun myötä hyvinvointialueet vastaisivat järjestämisvastuullaan olevien lääkehoitojen tarpeen, laadun ja määrän arvioinnista sekä toiminnan ohjauksesta, seuraamisesta ja valvonnasta. Hyvinvointialueet vastaisivat myös sairaala-apteekkien toiminnan järjestämisestä. Niiden vastuulle kuuluisivat myös palveluiden yhteensovittaminen ja lääkehoidon suunnittelu sen osana. Lisäksi nykyisin kuntien vastuulla olevat lääkehuollon tehtävät siirtyisivät hyvinvointialueille.

Nykyisin sairaanhoitovakuutuksen menot rahoitetaan valtion rahoitusosuudella (67 prosenttia) ja vakuutettujen sairaanhoitomaksuilla (33 prosenttia). Mallissa avohoidon lääkkeiden rahoitusvastuu siirtyisi kokonaisuudessaan hyvinvointialueille, jotka vastaisivat järjestämässään terveydenhuollossa

⁴⁷ Esimerkiksi yksilöllistytävä hoito, sairaalassa annettavista valmisteista ja avohoidossa käytettävistä valmisteista koostuvat yhdistelmähoitot, ultraharvinaisten sairauksien lääkehoidot, erityislupavalmisteet.

käytettyjen lääkkeiden ja järjestämässään terveydenhuollossa avohoitoon määrättyjen lääkkeiden rahoituksesta. Hyvinvointialueiden ulkoistamat palvelut kuuluisivat alueiden järjestämisvastuun piiriin ja siten ulkoistetuissa palveluissa käytetyt ja määrättyt lääkkeet kuuluisivat myös hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle. Rahoitus olisi yleiskatteellinen eikä se olisi siten korvamerkittynä lääkkeiden rahoitukseen. Koska kyseessä olisi kuitenkin hyvinvointialueiden lakisääteinen tehtävä, sitoisi tämä hyvinvointialueiden päätöksentekoa rahoituksen kohdentamisessa.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle eivät kuuluisi yksityiset terveydenhuoltopalvelut (lukuun ottamatta alueiden ulkoistamia palveluja), työterveyshuolto eivätkä YTHS:n palvelut ja siksi näissä käytettyjen ja määrättyjen lääkkeiden rahoitusvastuu tulisi selvittää erikseen.

Hyvinvointialueen rahoitusvastuu asukkaidensa järjestämisvastuun piiriin kuuluvien avohoidon lääkehoitojen kustannuksista koskisi myös toisella hyvinvointialueella määrättyjä lääkkeitä.

6.3.2.1. Vaikutukset sääntelyyn

Malli edellyttäisi muutoksia hyvinvointialueiden rahoitusta koskevaan sääntelyyn sekä mahdollisesti myös hyvinvointialueiden tehtäviä koskevaan sääntelyyn. Mallissa nykyinen lääkekorvausjärjestelmä lakkautettaisiin ja sen tilalle luotaisiin uusi avohoidon lääkkeiden lääkekustannusten korvausjärjestelmä, minkä vuoksi mallin käyttöönotto edellyttäisi laajasti muutoksia myös avohoidon lääkkeitä koskeviin säädöksiin. Muutos merkitsisi myös kansallisen lääkekorvauksien tieto- ja toimeenpanojärjestelmän luomista, jos nykyisiä Kelan tietojärjestelmiä ei hyödynnettäisi.

Malli ei lähtökohtaisesti vaikuttaisi toimintamalleihin ja säännöksiin, jotka koskevat julkisessa laitoshoidossa käytettyjä lääkkeitä. Käytännössä malli tarkoittaisi kuitenkin avohoidon ja laitoshoidon lääkkeitä koskevan sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämistä ja eri viranomaisten tehtävien uudelleen määrittelyä, sillä nykyjärjestelmässä avohoidossa ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden sääntely ja toimintamallit eroavat merkittävästi toisistaan. Tämän vuoksi mallissa tulisi arvioida mallin mahdolliset vaikutukset muun muassa lääkkeiden sisällyttämiseen julkisen korvattavuuden piiriin, hankintamenettelyihin, lääkkeiden hinnan muodostukseen ja hintasääntelyyn, lääkkeiden jakeluun sekä lääkekustannusten korvausperiaatteisiin (esimerkiksi korvaustasot ja korvausten periaatteet) ja korvausten kansalliseen toimeenpanoon.

Kansallisesti säänneltävät ja toteutettavat kokonaisuudet on määritelty edellä 6.3. kappaleessa.

6.3.2.2. Vaikutukset rahoitusjärjestelmiin

Mallissa hyvinvointialueet rahoittaisivat kokonaan järjestämistänsä piiriin kuuluvat asukkaidensa lääkekorvausmenot. Malli edellyttäisi lääkekustannusten korvaamisen rahoitusjärjestelmän uudistamista kokonaisuudessaan. Tulevien hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymiskriteerinä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvearviota, joka pohjautuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen. Mallissa tulisi määritellä hyvinvointialueiden vastuulla olevien lääkekustannusten rahoituksen kohdentaminen, täydentää alueiden rahoituksen tarveperusteista määräytymiskriteeriä sekä luoda hallinnollinen rahoitusmalli. Toimintamallin tulisi olla sellainen, että hyvinvointialue pystyisi sen perusteella seuraamaan ja arvioimaan lääkeshoidon kustannuksia sekä eri ohjaustoimien vaikutuksia. Viimekädessä valtio vastaisi rahoituksen riittävydestä samoin kuin muussakin hyvinvointialueiden järjestämistänsä vastuulla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Mallissa lääkekorvausjärjestelmän lakkauttamisen myötä vakuutettujen sairaanhoitomaksuista lääkekorvausten osalta luovuttaisiin. Sairaanhoitomaksusta luopumisesta aiheutuva rahoitusvaje tulisi lähtökohtaisesti valtion rahoitettavaksi. Jatkovalmistelussa tulisi erikseen selvittää rahoituksen toteuttaminen.

Hyvinvointialueen rahoitusvastuulle ei voida siirtää sellaisten palvelujen kustannuksia, joita se ei järjestä. Tämän vuoksi tulisi erikseen selvittää, miten voitaisiin rahoittaa muissa kuin hyvinvointialueen järjestämistänsä vastuulla olevissa palveluissa eli yksityissairaaloissa ja yksityisessä terveydenhuollossa, YTHS:n palveluissa ja työterveyshuollossa käytetyt ja määrättyt lääkkeet. Mikäli malli edellyttäisi erillisen rahoitusjärjestelmän luomista, syntyisi uudenlaisia osaoptimointimahdollisuuksia ja rajapintakysymyksiä.

Mallissa lääkehoito olisi muiden hoitovaihtoehtojen tavoin osa hyvinvointialueiden järjestämää, rahoittamaa ja yhteen sovittamaa hoitokokonaisuutta. Mallissa rahoituskanava ei enää vaikuttaisi hoitovalintoihin, vaan malli kannustaisi nykyistä paremmin kokonaistaloudellisesti kustannusvaikuttavimpiin vaihtoehtoihin. Malli tarjoaisi myös nykyjärjestelmää paremmat mahdollisuudet ratkaista avo- ja laitoshoidon rajapintaongelmia.

6.3.2.3. Vaikutukset ohjaukseen

Avohoidossa käytettävien lääkehoitojen järjestämistänsä ja rahoitusvastuun siirto hyvinvointialueille tarkoittaisi sitä, että hyvinvointialueilla olisi kokonaisvastuu järjestämistänsä vastuun piiriin kuuluvista asukkaidensa sosiaali- ja terveyspalveluista. Tämä kannustaisi hyvinvointialueita ottamaan huomioon palveluja järjestämistänsä sekä lääkehoitojen kustannusten että oman toimintansa vaikutukset alueen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Malli lisäisi tarvetta ohjata ja valvoa alueella

lääkkeiden käyttöä ja määräämistä. Mallissa tulisi luoda alueellisen seurannan ja ohjauksen keinoja muun muassa lääkehoitoprosessien seuraamiseen ja kehittämiseen, lääkkeen määräämisen ohjaamiseen kansalliset linjaukset huomioiden sekä apteekkipalvelujen saavutettavuuden ja riittävyyden arvioimiseen. Malli edellyttäisi myös kansallisen ohjauksen vahvistamista. Kansallisen ohjauksen yhtenä tärkeänä tehtävänä olisi huolehtia lääkkeiden käyttäjien yhdenvertaisuudesta. Ohjauskokonaisuutta kehitettäessä tulisi arvioida myös lääkkeiden korvausjärjestelmän roolia lääkkeiden määräämisen ohjaamisessa.

6.3.2.4. Vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin

Nykyjärjestelmässä potilaan tarvitsema lääkehoito perustuu lääkemääräykseen ja oikeus korvaukseen muutoksenhakukelpoiseen päätökseen. Lääkekorvauksiin käytetty rahoitus on käyttötarkoitussidonnaista. Mikäli mallissa lääkehoito perustuisi julkisen terveydenhuollon rahoitusvastuulle kuuluvaan hoitopäätökseen, potilaalla ei olisi muutoksenhakuoikeutta hyvinvointialueen rahoittamaan lääkekustannukseen. Rahoituksen käyttötarkoitussidonnaisuus poistuisi. Jatkovalmistelussa tulisi selvittää, miten oikeus lääkekustannusten korvaukseen ratkaistaan tässä mallissa. Mallin vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin riippuvat merkittävästi valittavasta toimintamallista. Mallin edellyttämää kansallista korvausjärjestelmää kehitettäessä tulisi arvioida myös edellä mainittuja kysymyksiä.

Rajapintaongelmat, joita syntyy esimerkiksi potilaiden siirtyessä laitoshoidosta avohoitoon tai päinvastoin samoin kuin yksilöllisiin tilanteisiin liittyvät haasteet⁴⁸ olisivat mallissa todennäköisesti nykyjärjestelmää helpommin ratkaistavissa, koska sekä vastuu hoidon järjestämisestä että hoidon rahoitusvastuu ovat hyvinvointialueella.

6.3.2.5. Muita vaikutuksia

Malli edellyttäisi tietojärjestelmiä, jotka tukevat rahoituksen kohdentamista ja rahoitusvastuun määrittämistä sekä lääkehoitojen seuranta ja ohjausta sekä mahdollisten korvausten toimeenpanoa. Tämä edellyttää nykyisten kansallisten tietojärjestelmien uudistamista tai, mikäli ne eivät ole hyödynnettävissä, mittavaa uudelleenrakentamista.

⁴⁸ Esimerkiksi yksilöllistyvä hoito, sairaalassa annettavista valmisteista ja avohoidossa käytettävistä valmisteista koostuvat yhdistelmähoitot, ultraharvinaisten sairauksien lääkehoidot, erityislupavalmisteet

Jatkovalmistelussa tulisi tarkastella ja arvioida, missä laajuudessa ja millaisissa asioissa hyvinvointialueilla olisi harkintavaltaa alueellisille toimintamalleille. Esimerkiksi lääkkeen määräämisen ohjaamisessa alueellinen, alueen erityispiirteet huomioiva ohjaus olisi tärkeää.

Malli mahdollistaisi nykyistä paremmin avohoidossa ja laitoshoidossa käytettävien lääkkeiden sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämisen. Uutta korvausjärjestelmää luotaessa olisi mahdollista jo lähtötilanteessa huomioida hyvinvointialueen vastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen (terveydenhuollon asiakasmaksut ja lääkekustannukset) yhteisen maksukaton tarve.

6.3.3. Malli C. Hyvinvointialueilla järjestämisvastuu ja osittainen rahoitusvastuu

Mallissa hyvinvointialue vastaisi avo- ja laitoshoidon lääkehoitojen järjestämisestä ja osittaisesta rahoituksesta. Nykyinen lääkekorvausjärjestelmä lakkautettaisiin, mutta lääkekustannusten korvaamisen toimeenpano järjestettäisiin jatkossakin kansallisesti. Malli vastaisi B-vaihtoehtoa, mutta mallissa osa rahoituksesta tulisi edelleen vakuutettujen sairaanhoitomaksusta. Tämän perusteella hyvinvointialueen rahoitusvastuulle kuuluisivat myös sen asukkaille yksityisissä terveydenhuoltopalveluissa, työterveyshuollossa sekä YTHS:n palveluissa määrätty lääkehoidot.

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun myötä hyvinvointialueet vastaisivat järjestämisvastuullaan olevien lääkehoitojen tarpeen, laadun ja määrän arvioinnista sekä toiminnan ohjauksesta, seuraamisesta ja valvonnasta. Hyvinvointialueet vastaisivat myös sairaala-apteekkien toiminnan järjestämisestä. Niiden vastuulle kuuluisi myös palvelukokonaisuuksien yhteensovittaminen. Lisäksi kuntien vastuulla nykyisin olevat lääkehuollon tehtävät siirtyisivät hyvinvointialueille.

Nykyisin sairaanhoitovakuutuksen menot rahoitetaan valtion rahoitusosuudella (67 prosenttia) ja vakuutettujen sairaanhoitomaksuilla (33 prosenttia). Mallissa avohoidon lääkkeiden valtion osuus siirrettäisiin hyvinvointialueille ja vakuutettujen sairaanhoitovakuutusmaksut säilyisivät. Hyvinvointialueet vastaisivat järjestämässään terveydenhuollossa käytettyjen lääkkeiden ja asukkailleen avohoitoon määrättyjen lääkkeiden rahoituksesta. Hyvinvointialueiden ulkoistamat palvelut olisivat osa alueiden järjestämisvastuuta ja siten näissä palveluissa käytetyt ja määrätty lääkkeet kuuluisivat myös hyvinvointialueiden rahoitusvastuulle. Rahoitus olisi yleiskatteellinen eikä se olisi siten korvamerkittynä lääkkeiden rahoitukseen. Koska kyseessä olisi kuitenkin hyvinvointialueiden lakisääteinen tehtävä, sitoisi tämä hyvinvointialueiden päätöksentekoa rahoituksen kohdentamisessa.

Hyvinvointialueen järjestämisvastuulle eivät kuuluisi yksityiset terveydenhuoltopalvelut (lukuun ottamatta alueiden ulkoistamia palveluja), työterveyshuolto eivätkä YTHS:n palvelut. Näissä käytetyt ja määrätty avohoidon lääkkeet voisivat säilyä kansallisen lääkekustannusten korvausjärjestelmän piirissä jatkossakin, kun korvauksia rahoitettaisiin edelleen vakuutettujen sairaanhoitomaksulla.

Hyvinvointialueen rahoitusvastuu avohoidon lääkehoitojen kustannuksista koskisi myös toisella hyvinvointialueella määrättyjä lääkkeitä.

6.3.3.1. Vaikutukset sääntelyyn

Malli edellyttäisi muutoksia hyvinvointialueiden rahoitusta koskevaan sääntelyyn sekä mahdollisesti myös hyvinvointialueiden tehtäviä koskevaan sääntelyyn. Mallissa nykyinen lääkekorvausjärjestelmä lakkautettaisiin ja sen tilalle luotaisiin uusi avohoidon lääkkeiden lääkekustannusten korvausjärjestelmä, minkä vuoksi mallin käyttöönotto edellyttäisi laajasti muutoksia myös avohoidon lääkkeitä koskeviin säädöksiin. Muutos merkitsisi myös kansallisen lääkekorvauksien tieto- ja toimeenpanojärjestelmän luomista, jos nykyisiä Kelan tietojärjestelmiä ei hyödynnettäisi.

Malli ei lähtökohtaisesti vaikuttaisi toimintamalleihin ja säännöksiin, jotka koskevat julkisessa laitoshoidossa käytettyjä lääkkeitä. Käytännössä malli tarkoittaisi kuitenkin avo- ja laitoshoidon lääkkeitä koskevan sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämistä ja eri viranomaisten tehtävien uudelleen määrittelyä, sillä nykyjärjestelmässä avohoidossa ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden sääntely ja toimintamallit eroavat merkittävästi toisistaan. Tämän vuoksi tulisi arvioida mallin mahdolliset vaikutukset muun muassa lääkkeiden sisällyttämiseen julkisen korvattavuuden piiriin, hankintamenettelyihin, lääkkeiden hinnan muodostukseen ja hintasääntelyyn, lääkkeiden jakeluun sekä lääkekustannusten korvausperiaatteisiin (esim. korvaustasot ja korvausten periaatteet) ja korvausten kansalliseen toimeenpanoon.

Kansallisesti säänneltävät ja toteutettavat kokonaisuudet on määritelty edellä 6.3. kappaleessa.

6.3.3.2. Vaikutukset rahoitusjärjestelmiin

Tulevien hyvinvointialueiden rahoituksen määräytymiskriteerinä käytetään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvearviota, joka pohjautuu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimukseen. Malli edellyttäisi lääkekorvauksien valtion rahoitusosuuden kohdentamisen määrittelyä, hyvinvointialueiden rahoituksen tarveperusteisen määräytymiskriteerin täydentämistä sekä rahoitusosuuksien jakautumisen uudelleenarviointia. Lisäksi malli edellyttäisi hyvinvointialueiden rahoituksen hallinnollisen toimintamallin kehittämistä. Toimintamallin tulisi olla sellainen, että hyvinvointialue pystyisi sen perusteella seuraamaan ja arvioimaan lääkehoidon kustannuksia sekä eri ohjaustoimien vaikutuksia. Viimekädessä valtio vastaisi rahoituksen riittävydestä samoin kuin muussakin hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Mallissa muissa kuin hyvinvointialueen järjestämisvastuulla olevissa palveluissa eli yksityissairaaloissa ja muussa yksityisessä terveydenhuollossa, YTHS:n palveluissa ja työterveyshuollossa käytetyt ja määrättyt

lääkkeet kuuluisivat myös uuden julkisen lääkkeiden kustannusten korvausjärjestelmän piiriin. Uusi korvausjärjestelmä rahoitettaisiin mallin A tavoin hyvinvointialueen rahoituksella ja vakuutettujen sairausvakuutusmaksuilla. Rahoitusosuudet ja niiden määrätymisperusteet tulisi määrittellä.

Monikanavainen rahoitus ei vaikuttaisi nykyiseen tapaan hoitovalintoihin, vaan malli kannustaisi hyvinvointialueiden järjestämisvastuun vuoksi nykyistä paremmin kokonaistaloudellisesti kustannusvaikuttaviin vaihtoehtoihin. Malli tarjoaisi myös nykyjärjestelmää paremmat mahdollisuudet ratkaista avo- ja laitoshoidon rajapintaongelmia.

6.3.3.3. Vaikutukset ohjaukseen

Avohoidossa käytettävien lääkehoitojen järjestämis- ja rahoitusvastuun siirto hyvinvointialueille tarkoittaisi sitä, että hyvinvointialueilla olisi kokonaisvastuu järjestämisvastuunsa piiriin kuuluvista asukkaidensa sosiaali- ja terveyspalveluista. Tämä kannustaisi hyvinvointialueita ottamaan huomioon palveluja järjestäessään sekä lääkehoitojen kustannusten että oman toimintansa vaikutukset alueen sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Malli lisäisi tarvetta ohjata ja valvoa alueella lääkkeiden käyttöä ja määräämistä. Mallissa tulisi luoda alueellisen seurannan ja ohjauksen keinoja muun muassa lääkehoitoprosessien seuraamiseen ja kehittämiseen, lääkkeen määräämisen ohjaamiseen kansalliset linjaukset huomioiden sekä apteekkipalvelujen saavutettavuuden ja riittävyyden arvioimiseen. Malli edellyttäisi myös kansallisen ohjauksen vahvistamista. Kansallisen ohjauksen yhtenä tärkeänä tehtävänä olisi huolehtia lääkkeiden käyttäjien yhdenvertaisuudesta. Ohjaukokonaisuutta kehitettäessä tulisi arvioida myös lääkkeiden korvausjärjestelmän roolia lääkkeiden määräämisen ohjaamisessa.

6.3.3.4. Vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin

Nykyjärjestelmässä potilaan tarvitsema lääkehoito perustuu lääkemääräykseen ja oikeus korvaukseen muutoksenhakukelpoiseen päätökseen. Lääkekorvauksiin käytetty rahoitus on käyttötarkoitussidonnaista. Mallissa lääkehoito perustuisi julkisen terveydenhuollon rahoitusvastuulle kuuluvaan hoitopäätökseen, johon ei ole muutoksenhakuoikeutta. Rahoituksen käyttötarkoitussidonnaisuus poistuisi. Jatkovalmistelussa tulisi selvittää, miten oikeus lääkekustannusten korvaukseen ratkaistaan tässä mallissa. Mallin vaikutukset lääkkeiden käyttäjiin riippuvat merkittävästi valittavasta toimintamallista. Mallin edellyttämää kansallista korvausjärjestelmää kehitettäessä tulisi arvioida myös edellä mainittuja kysymyksiä.

Rajapintaongelmat, joita syntyy esimerkiksi potilaiden siirtyessä laitoshoidosta avohoitoon tai päinvastoin samoin kuin yksilöllisiin tilanteisiin liittyvät haasteet (esim. yksilöllistytävä hoito, sairaalassa annettavista valmisteista ja avohoidossa käytettävistä valmisteista koostuvat yhdistelmähoitot, ultraharvinaisten

sairauksien lääkehoidot, erityislupavalmisteet) olisivat mallissa todennäköisesti nykyjärjestelmää helpommin ratkaistavissa.

6.3.3.5. Muita vaikutuksia

Malli edellyttäisi tietojärjestelmiä, jotka tukevat rahoituksen kohdentamista ja rahoitusvastuun määrittämistä sekä lääkehoitojen seuranta ja ohjausta sekä mahdollisten korvausten toimeenpanoa. Tämä edellyttää nykyisten kansallisten tietojärjestelmien uudistamista tai, mikäli ne eivät ole hyödynnettävissä, mittavaa uudelleenrakentamista.

Jatkovalmistelussa tulisi tarkastella ja arvioida, missä laajuudessa ja millaisissa asioissa hyvinvointialueilla olisi alueellista harkintavaltaa alueellisille toimintamalleille. Esimerkiksi lääkkeen määräämisen ohjaamisessa alueellinen, alueen erityispiirteet huomioiva ohjaus olisi tärkeää.

Malli mahdollistaisi nykyistä paremmin avohoidossa ja laitoshoidossa käytettyjen lääkkeiden sääntelyn ja toimintamallien yhtenäistämisen. Uutta korvausjärjestelmää luotaessa olisi mahdollista jo lähtötilanteessa huomioida hyvinvointialueen vastuulle kuuluvien sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen (terveydenhuollon asiakasmaksut ja lääkekustannukset) yhteisen maksukaton tarve.

6.4. Lääkerahoituksen monikanavaisen rahoituksen purkamisen toteuttamisaikataulusta

Valmisteluryhmä on tarkastellut toimeksiannossa määriteltyjä vaihtoehtoja lääkehoitojen monikanavarahoituksen purkamiseksi. Kaikki tarkastellut vaihtoehdot edellyttävät merkittäviä muutoksia sairausvakuutuksen ja hyvinvointialueiden rahoitusta koskeviin säännöksiin sekä erityislainsäädäntöön. Nykyisin avohoidon lääkkeiden ja laitoksissa käytettyjen lääkkeiden sääntely eroaa merkittävästi toisistaan ja rahoitusjärjestelmien muuttamisella on vaikutuksia myös näitä koskeviin erityissäännöksiin. Tarkastelluista malleista malli A pohjautuu selkeimmin nykyisen lääkekorvausjärjestelmän rakenteisiin, ja mallin edellyttämät säädosmuutokset tai tietojärjestelmämuutokset eivät olisi niin laajamittaisia kuin malleissa B ja C. Sääntelyn toteuttamiseen on erilaisia vaihtoehtoja ja niitä olisi tarkoituksenmukaista tarkastella jatkovalmistelun yhteydessä.

Avo- ja laitoshoidossa käytettyjen lääkkeiden vuosittaiset kokonaiskustannukset ovat noin 3,5 miljardia euroa. Sairausvakuutuksen korvaamia lääkeostoja tehdään vuosittain lähes 55 miljoonaa ja potilaskohtaisia korvausoikeuspäätöksiä erityiskorvattaviin ja rajoitetusti korvattaviin lääkkeisiin noin 400 000. Lääkkeiden käytön yleisyyden ja lääkkeistä koituvien huomattavien kustannusten vuoksi muutokset rahoitusjärjestelmään tulee tehdä huolellisesti valmistellen. Valmistelussa tulee ottaa

huomioon myös lääkealan muiden toimijoiden, kuten lääketeollisuuden ja apteekkien, merkitys lääke-markkinoiden toiminnassa.

Edellä mainituista syistä lääkehoitojen monikanavarahoituksen purkaminen ei ole toteutettavissa lyhyellä aikavälillä.

Taulukko 6. Tarkasteltujen mallien keskeiset ominaisuudet tiivistetysti

	Avohoidossa käytetyt lääkkeet			Laitoksissa käytetyt lääkkeet	
	Järjestämisvastuu	Lääkekorvausjärjestelmän toimeenpano	Rahoitusvastuu	Järjestämisvastuu	Rahoitusvastuu
Nykyjärjestelmä	Ei järjestämisvastuulista	Nykyinen, Kelan toimeenpanemana	Sairausvakuutus (valtio 67 %, vakuutettujen sv-maksu* 33 %)	Kunnat	Kunnat
Malli A	Ei järjestämisvastuulista	Nykyinen, Kelan toimeenpanemana	Sairausvakuutus (hyvinvointialue 67 %, vakuutettujen sv-maksu* 33 %)	Hyvinvointialueet	Hyvinvointialueet
Malli B	Hyvinvointialue	Uusi kansallinen korvausjärjestelmä	Hyvinvointialue	Hyvinvointialueet	Hyvinvointialueet
Malli C	Hyvinvointialue	Uusi kansallinen korvausjärjestelmä	Hyvinvointialue 67 %, vakuutettujen sv-maksu* 33 %	Hyvinvointialueet	Hyvinvointialueet

*Vakuutettujen sv-maksu=vakuutettujen sairausvakuutusmaksu.

7. Asian jatkovalmistelu

Monikanavarahoituksen purkamisen valmisteluryhmät eivät ole tehneet ehdotuksia, vaan ne ovat tehneet selvityksiä eri toteuttamisvaihtoehdoista, jotka on esitelty edellä. Tehty työ on pohjavalmistelua parlamentaariseen työryhmälle, joka on tarkoitus asettaa tämän työn valmistuttua. Parlamentaarinen työryhmä ottaa kantaa eri toteuttamisvaihtoehtoihin.

Valmisteluryhmät ovat toimineet kukin oman toimeksiantonsa mukaisesti, eikä toimeksiantojen keskinäisvaikutuksia ole vaihtoehtojen moninaisuuksien vuoksi arvioitu. Jatkovalmistelussa tehtävät ratkaisut voivat kunkin osa-alueen osalta niin ikään olla toisistaan poikkeavia.

Jatkotyössä tulee ottaa huomioon Ahvenanmaan erityisasema ja selvittävä yhdessä Ahvenanmaan maakunnan edustajien kanssa monikanavarahoituksen purkamisen ratkaisuja, jotka olisi mahdollista toteuttaa Ahvenanmaan maakunnan osalta. Tämän kysymyksen selvittämiseksi ehdotetaan erillisen Ahvenanmaan kysymykseen keskittyvän työryhmän perustamista siten, että selvityksen tulokset ovat mahdollisimman aikaisessa vaiheessa parlamentaarisen työryhmän käytettävissä.

Valmisteluryhmät ovat tehneet valmistelua aiempien selvitystöiden pohjalta, eikä tämän työn yhteydessä ole kuultu sidosryhmiä. Tästä syystä ehdotetaan laajan kuulemiskierroksen järjestämistä työn tultua valmiiksi.

Kaikkien ratkaisuvaihtoehtojen toteuttamien vaatii ratkaisunteen jälkeen vielä huolellisen lainvalmistelun. Toimeenpanoon toteuttamiseen tarvittava aika riippuu valittavien mallien sisällöstä.

Erityisesti lääkehoitojen monikanavarahoituksen purkaminen edellyttää vaihtoehdosta riippuen suuria muutoksia sääntelyyn. Lääkehoitojen monikanavarahoituksen purkamisen osalta ei ole yhtä laajaa aiempaa valmistelua kuin muiden osa-alueiden osalta ja tästä sekä asian laajuudesta johtuen lääkehoitojen monikanavarahoituksen purkaminen vaatii pidemmän valmisteluajan kuin muissa osa-alueissa eteneminen.

Liitteet

Liite 1 Asettamispäätös

Liite 2 Työryhmien ajantasaiset kokoonpanot 5_2021

Liite 3 Koelaskelmat rahoituksen siirrosta hyvinvointialueille

Liite 4 Sv-korvausten työryhmän asiakassiirtymien arviointi

Liite 5 Sv-korvausten työryhmän taustamuistio

Liite 6 Matkatyöryhmän vaikutustenarviointitaulukko

