

# Tjänstemannautredning för beredning av en avveckling av flerkanalsfinansiering

Tjänstemannautredning för beredning av avveckling av flerkanalsfinansiering.....	1
1. Inledning och nuläge.....	5
1.1. Bakgrund och uppdrag.....	5
1.2. Utgångspunkter för flerkanalsfinansieringen.....	6
1.2.1. Sjukförsäkringen.....	6
1.3. Valfärdsområdenas finansiering.....	8
1.4. Mål med lagstiftningen om valfärdsområdena.....	9
1.5 Valfärdsområdets organiseringsansvar.....	11
2. Centrala lagstiftningsaspekter i anknytning till avvecklingen av flerkanalsfinansieringen.....	15
2.1. Grundlagsrättsliga utgångspunkter.....	15
2.2. FPA:s förmånsbeslut och ändringssökande.....	16
2.3. Vårdbeslut inom hälso- och sjukvården.....	17
2.4. Förvaltningsklagan.....	18
2.5. FPA:s ställning som självständig offentligrättslig inrättning.....	18
3. Ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården.....	19
3.1. Uppdrag.....	19
3.2. Alternativ.....	19
3.3. Jämförelse av alternativen.....	20
3.3.1. Ekonomiska konsekvenser.....	20
3.3.2. Konsekvenser för valfärdsområdena.....	21
3.3.3. Konsekvenser för kunderna och tillgången till tjänster.....	22
3.3.4. Konsekvenser för de privata tjänsteproducenterna.....	24

**Postiosoite**  
**Postadress**  
**Postal Address**  
Sosiaali- ja terveysministeriö

**Käyntiosoite**  
**Besöksadress**  
**Office**

**Puhelin**  
**Telefon**  
**Telephone**

**Faksi**  
**Fax**  
**Fax**

**s-posti, internet**  
**e-post, internet**  
**e-mail, internet**

PL 33  
00023 Valtioneuvosto

Meritullinkatu 8  
Helsinki

29 516 001  
35 829 516 001

295 163 415  
358 295 163 415

kirjaamo@stm.fi  
stm.fi

3.3.5.	Konsekvenser för sjukkostnadsförsäkringarna .....	25
3.3.6.	Internationella situationer .....	25
4.	Reseersättningar .....	25
4.1.	Flerkanalsfinansieringen av prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter .....	25
4.1.1.	Bakgrundsuppgifter om den prehospitala akutsjukvården .....	25
4.1.2.	Finansieringsansvaret i nuläget .....	26
4.1.3.	Bedömning av finansieringsalternativ.....	28
4.2.	Övriga reseersättningar .....	29
4.2.1.	Nuläge .....	29
4.2.2.	Jämförelse av modellalternativ.....	32
4.2.2.1.	Bedömda modellalternativ och kravet på att bestämmelser ska utfärdas på lagnivå.....	32
4.2.2.2.	Konsekvenser för välfärdsområdena .....	34
4.2.2.3.	Frågan om organiseringsansvaret .....	35
4.2.2.4.	Ekonomiska konsekvenser .....	36
4.2.2.5.	Konsekvenser för kunderna.....	38
5.	Rehabilitering.....	39
5.1.	Inledning .....	39
5.2.	FPA:s rehabilitering .....	40
5.2.1.	Krävande medicinsk rehabilitering .....	41
5.2.2.	FPA:s rehabiliterande psykoterapi .....	43
5.2.3.	Organisering och produktion av tjänster.....	44
5.3.	Medicinsk rehabilitering inom hälso- och sjukvården .....	45
5.3.1.	Tjänster.....	46
5.3.2.	Organisering och produktion av tjänster.....	47
5.3.3.	Psykoterapeuternas tillräcklighet .....	48
5.4.	Utkomsten under rehabilitering.....	48
5.5.	Bedömning av konsekvenser.....	51
5.5.1.	Nuläget förblir oförändrat .....	51
5.5.1.1.	Författningsrättsliga synpunkter på alternativen .....	51
5.5.1.2.	Konsekvenser för finansieringen .....	52
5.5.1.3.	Konsekvenser för organisationen och produktionen av rehabiliteringstjänster.....	52
5.5.1.4.	Konsekvenser för tjänsterna inom rehabiliterande psykoterapi.....	53
5.5.1.5.	Konsekvenser för barnens tjänster .....	54
5.5.1.6.	Konsekvenser för rättigheter och tjänster för funktionshindrade i arbetsför ålder .....	55
5.5.2.	FPA ordnar och välfärdsområdena finansierar .....	57
5.5.2.1.	Författningsrättsliga synpunkter på alternativet .....	57
5.5.2.2.	Konsekvenser för finansieringen .....	57
5.5.2.3.	Konsekvenser för organisationen och produktionen av tjänster.....	59

5.5.2.4.	Konsekvenser för tjänsterna inom rehabiliterande psykoterapi.....	61
5.5.2.5.	Konsekvenser för barnens tjänster .....	61
5.5.2.6.	Konsekvenser för rättigheter och tjänster för funktionshindrade i arbetsför ålder .....	61
5.5.3.	Välfärdsområdena ordnar och finansierar .....	62
5.5.3.1.	Författningsrättsliga synpunkter på alternativet .....	62
5.5.3.2.	Konsekvenser för finansieringen .....	63
5.5.3.3.	Konsekvenser för organiseringen och produktionen av tjänster.....	64
5.5.3.4.	Konsekvenser för tjänsterna inom rehabiliterande psykoterapi.....	65
5.5.3.5.	Konsekvenser för barnens tjänster .....	66
5.5.3.6.	Konsekvenser för rättigheter och tjänster för funktionshindrade i arbetsför ålder .....	67
5.5.4.	Konsekvenser för organisering och ersättning, resor och rehabiliteringspenningförmåner i fråga om FPA:s yrkesinriktade rehabilitering och rehabilitering enligt prövning .....	68
6.	Läkemedelsersättningar.....	69
6.1.	Nuvarande finansiering av läkemedelsbehandlingar.....	69
6.1.1.	Systemet för läkemedelsersättning .....	69
6.1.2.	Läkemedel som ges inom den offentliga hälso- och sjukvården.....	70
6.1.3.	Kostnader för läkemedel .....	70
6.2.	Beredningsgruppens uppdrag .....	71
6.3.	Alternativa modeller för avveckling av flerkansalfinansieringen av läkemedelsersättningar .....	72
6.3.1.	Modell A. Organiseringsansvaret som i nuläget, välfärdsområdena har partiellt finansieringsansvar .....	73
6.3.1.1.	Konsekvenser för lagstiftningen.....	73
6.3.1.2.	Konsekvenser för finansieringssystemen .....	74
6.3.1.3.	Konsekvenser för styrningen .....	75
6.3.1.4.	Konsekvenser för användarna av läkemedel.....	75
6.3.1.5.	Andra konsekvenser.....	75
6.3.2.	Modell B. Välfärdsområdena har organiserings- och finansieringsansvar .....	76
6.3.2.1.	Konsekvenser för lagstiftningen.....	77
6.3.2.2.	Konsekvenser för finansieringssystemen .....	77
6.3.2.3.	Konsekvenser för styrningen .....	78
6.3.2.4.	Konsekvenser för användarna av läkemedel.....	78
6.3.2.5.	Andra konsekvenser.....	79
6.3.3.	Modell C. Välfärdsområdena har organiseringsansvar och partiellt finansieringsansvar .....	79
6.3.3.1.	Konsekvenser för lagstiftningen.....	80
6.3.3.2.	Konsekvenser för finansieringssystemen .....	81
6.3.3.3.	Konsekvenser för styrningen .....	82
6.3.3.4.	Konsekvenser för användarna av läkemedel.....	82
6.3.3.5.	Andra konsekvenser.....	83

6.4. Om tidsplanen för avveckling av flerkanalfinansieringen för läkemedelsfinansieringens del .....	83
7. Den fortsatta beredningen.....	85
Bilagor .....	85

# 1. Inledning och nuläge

## 1.1. Bakgrund och uppdrag

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Marins regering ska det i anslutning till reformen av social- och hälsovården beredas en avveckling av flerkanalsfinansiering som en separat fråga i en parlamentarisk kommitté. I regeringsprogrammet behandlas detta i punkt 3.6 som gäller ett rättvist, jämlikt och inkluderande Finland och i vilken ett mål är att utveckla servicesystemet och inleda reformer.

Den 12 november 2020 tillsatte social- och hälsovårdsministeriet beredningsgrupper med uppdrag att stödja en senare parlamentarisk beredning genom att samla lösningalternativ utifrån de arbetsgruppsarbeten och andra utredningar som gjorts under tidigare regeringsperioder (VN/22558/2020, STM148:00/2020). Beredningsgruppernas mandattid var 15 november 2020–31 maj 2021.

Fyra beredningsgrupper tillsattes: en för ersättningarna för vård och undersökningar inom privat sjukvård, en för reseersättningarna, en för rehabiliteringen och en för läkemedelsersättningarna. För beredningen tillsattes dessutom en samordningsgrupp.

Den 29 april 2021 presenterade social- och hälsovårdsministeriet beredningsgruppernas arbete vid ett samarbetsmöte för förvaltningsområdena, ett möte som ordnades tillsammans med representanter för Ålands landskapsförvaltning. Då konstaterades att Åland inte har några strukturer som motsvarar de ansvarsområden som föreslagits för välfärdsområdena<sup>1</sup>, och därför är de modeller som utretts som sådana inte lämpliga för Åland. I det fortsatta arbetet måste man ta hänsyn till Ålands särskilda ställning och tillsammans med representanter för landskapet utreda vilka lösningar som vore möjliga där för avveckling av flerkanalsfinansieringen. För utredningen av denna fråga föreslås att det tillsätts en separat arbetsgrupp så att resultaten av utredningen blir tillgängliga för den parlamentariska arbetsgruppen i ett så tidigt skede som möjligt.

Beredningsgrupperna har inte lagt fram några förslag, utan gjort utredningar om olika genomförandealternativ. Den parlamentariska arbetsgruppen, som ska tillsättas i ett senare skede, ska sitt arbete ta ställning till genomförandealternativen.

---

<sup>1</sup> När begreppen välfärdsområde och kommande välfärdsområde används i denna promemoria avses de i regeringens proposition 241/2020 rd definierade välfärdsområdena, Helsingfors stad och HUS-sammanslutningen, vilka enligt propositionen ska ha organiseringsansvaret.

Det bilagematerial som arbetsgruppen använt i sitt arbete finns tillgängligt på social- och hälsovårdsministeriets webbplats på adressen XX.

## 1.2. Utgångspunkter för flerkanalsfinansieringen

Finansieringen av social- och hälsovården kommer från flera olika källor. Varje finansieringssystem har sin egen historia och sitt eget syfte. Syftet med de olika finansieringskällorna inom flerkanalsfinansieringen av social- och hälsovården är att se till att rätten till social trygghet tillgodoses och att för sin del säkerställa en finansiering av de behövliga tjänsterna som är tillräcklig men samtidigt kostnadseffektiv för den offentliga ekonomin. Det nuvarande social- och hälsovårdssystemet som får medel från flera kanaler har utformats på basis av många beslut fattade vid olika tidpunkter genom separata reformer vars sammanlagda konsekvenser för systemet vid tidpunkten i fråga och för dess verksamhet knappt alls bedömts. Det har framförts många åsikter och ställningstaganden om ämnet.<sup>2</sup>

### 1.2.1. Sjukförsäkringen

För närvarande kompletterar sjukförsäkringen den hälso- och sjukvård som kommuner och samkommuner har organiseringsansvar för genom att ge befolkningen ersättning för en del av kostnaderna för läkemedel och resor inom öppenvården och genom att trygga befolkningens möjligheter att skaffa hälso- och sjukvårdstjänster från den privata sektorn till rimliga kostnader.

Sjukvårdersättningarna finansieras från sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring. Dessutom tryggar sjukförsäkringens arbetsinkomstförsäkring en tillräcklig utkomst genom ersättningen för kortvarigt inkomstbortfall till följd av sjukdom, rehabilitering och föräldraledigheter.

Sjukförsäkringens **sjukvårdsförsäkring** finansieras genom den sjukvårdspremie som bärs upp på basis av de i Finland sjukförsäkrades beskattningsbara inkomst i kommunalskatten samt med en statlig finansieringsandel. Statens finansieringsandel av sjukvårdsförsäkringens är 67 procent och de försäkrades 33 procent. Enligt nivån 2019 uppgick sjukvårdsförsäkringens förmåns- och

---

<sup>2</sup> [Utredning om alternativa sätt att avveckla finansieringen via flera kanaler inom social- och hälsovården. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2015:19 \(på finska\) s. 18; Selvityksiä: Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveys ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 4/2011; Utvecklingen av finansieringen av social- och hälsovården: Mot regionala aktörer med samlat ansvar för organisering och finansiering av tjänster. Institutet för hälsa och välfärd. Raportti 21/2012 \(på finska\); Sjukvårdsförsäkringens roll som ett led i social- och hälsovårdssystemet. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:34 \(på finska\)](#)

ersättningsutgifter till totalt cirka 2,4 miljarder euro, varav statens finansieringsandel var cirka 1,6 miljarder euro.<sup>3</sup>

Syftet med sjukförsäkringens finansiering är att säkerställa att finansieringen av de förmåner som beviljas på grund av sjukdom är tillräcklig. Därför betonas med finansieringen försäkringsprincipen sålunda att förändringar i förmånsutgifterna har en direkt inverkan på försäkringsavgifterna och statens finansieringsandel. I enlighet med försäkringsprincipen utjämnas genom försäkringspremierna risken på nationell nivå. Dessutom betalar även förmånstagare som bor utomlands försäkringspremier och deltar därmed i finansieringen av systemet. När det gäller försäkringspremierna är finansieringen bunden till ett ändamål och med finansieringen säkerställs att de försäkrade har tillgång till förmåner som beviljas på grund av sjukdom.

År 2019 betalades totalt 142,6 miljoner euro i ersättningar för privat vård. Det betalades 54,8 miljoner euro i ersättningar för läkararvoden. För tandvård betalades ersättningar på 48,3 miljoner euro, varav 43,6 miljoner euro för tandläkares arvoden och 4,7 miljoner euro för munhygienisters arvoden. För undersökningar och vård betalades 39,5 miljoner euro.

År 2020 betalades från sjukvårdsförsäkringen reseersättningar på cirka 284 miljoner euro för cirka 3,7 miljoner enkelresor gjorda av cirka 556 000 försäkrade. Ersättningsprocenten var 89,1. Mest reseersättningar betalades för resor med taxi (cirka 170 miljoner euro) och med ambulans (cirka 78 miljoner euro).

Rehabiliteringstjänsternas andel av de utgifter som finansieras från sjukförsäkringen var cirka 380,7 miljoner euro. Av dessa var den krävande medicinska rehabiliteringens andel 197,8 miljoner euro och psykoterapins 96,9 miljoner euro. Den yrkesinriktade rehabiliteringen stod för 38,2 miljoner euro och rehabiliteringen enligt prövning för 47,8 miljoner euro. Av rehabiliteringsutgifterna är rehabiliteringen enligt prövning för närvarande ett anslag som är beroende av prövning; de övriga posterna är förslagsanslag.

År 2019 uppgick den totala försäljningen av läkemedel till 3 460 miljoner euro. Inom öppenvården stod receptläkemedlen för 66 procent av den totala försäljningen (2 284 miljoner euro), egenvårdsläkemedlen för 10 procent (357 miljoner euro) och läkemedlen som sålts till sjukhus för 24 procent (818 miljoner euro enligt partipris). År 2020 betalades från sjukförsäkringen läkemedelsersättningar på 1 635 miljoner euro. Kostnaderna för läkemedlen före avdraget av sjukförsäkringsersättningen uppgick till 2 168 miljoner euro. År 2020 stod recepten föreskrivna inom den privata hälso- och sjukvården för 13–31 procent av alla utskrivna recept beroende på landskap. På nationell nivå stod läkemedlen föreskrivna inom den

---

<sup>3</sup> I denna promemoria har delvis använts statistikuppgifter för 2019 i stället för 2020 på grund av Covid-19-epidemin. På grund av epidemin är siffrorna inte till alla delar jämförbara.

privata sektorn för cirka 20 procent av sjukförsäkringens läkemedelskostnader och av läkemedelsersättningarna för 19 procent.

Från sjukförsäkringens **arbetsinkomstförsäkring** i sin tur finansieras dagpenningarna enligt sjukförsäkringslagen (1224/2004), rehabiliteringspenningarna enligt lagen om Folkpensionsanstaltens (nedan FPA) rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner, de dagpenningar som ingår i grundskyddet inom lantbruksföretagarnas olycksfallsförsäkring, ersättningarna för företagshälsovård samt ersättningarna för familjeledighets- och semesterkostnader. Utgifterna för arbetsinkomstförsäkringen finansieras med intäkterna av arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift och med intäkterna av den dagpenningsskatt som uppbärs av löntagare och företagare, med undantag av vissa utgifter som ska finansieras med statens andel och företagares tilläggsfinansieringsandel.<sup>4</sup> Utgifterna för sjukförsäkringens arbetsinkomstförsäkring var cirka 2,37 miljarder euro enligt nivån 2019.

### 1.3. Välfärdsområdenas finansiering

Regeringen överlämnade den 8 december 2020 en proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 241/2020 rd, nedan även regeringspropositionen om social- och hälsovårdsreformen). I propositionen föreslås att ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna överförs från kommunerna och samkommunerna till de nya välfärdsområden som ska inrättas.<sup>5</sup>

Välfärdsområdenas finansiering består huvudsakligen av statlig finansiering och delvis av kund- och användningsavgifter. Finansieringen är kalkylerad och har allmän täckning. Detta avviker från utgångspunkten för socialförsäkringens finansiering som är bunden till ett ändamål (så kallad öronmärkt finansiering). En eventuell överföring av finansieringsansvaret till välfärdsområdena kan i princip genomföras som en del av den kalkylerade finansieringen av social- och hälsovården.

Finansieringen av social- och hälsovården ska fördelas till välfärdsområdena utifrån servicebehov, invånarantal, omgivningsfaktorer som ger upphov till kostnader för tjänster samt koefficienter som

---

<sup>4</sup> Arbetsinkomstförsäkringen finansieras till 30 procent av arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift, till 59 procent av företagarnas dagpenningsskatt och till 10 procent av staten. Konkurrenskraftsavtalet minskade tillfälligt arbetsgivarnas finansieringsandel men ökade i stället löntagarnas och företagarnas finansieringsandel fram till slutet av 2019.

<sup>5</sup> När det i denna promemoria hänvisas till lagar som föreslås i regeringspropositionen om social- och hälsovårdsreformen avses lagarna sådana de lyder i regeringspropositionen till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 241/2020 rd), som för närvarande behandlas i riksdagen.



beskriver främjandet av hälsa och välfärd. Finansieringen av räddningsväsendet i sin tur ska bestämmas utifrån invånarantal, befolkningstäthet och riskfaktorer inom räddningsväsendet.

I finansieringslagen ska det också föreskrivas om en årlig revidering av nivån på finansieringen. När nivån på finansieringen bestäms ska man årligen på förhand beakta ökningen av servicebehovet inom social- och hälsovården, ökningen av kostnadsnivån samt välfärdsområdenas eventuella nya uppgifter. På basis av de bokslutsuppgifter som färdigställts varje år ska man i efterhand justera välfärdsområdenas faktiska kostnader för hela landet så att de motsvarar de kalkylerade kostnaderna för bokslutsåret i fråga.

I enlighet med lagens övergångsbestämmelser (36 §) ska emellertid den beräknade årliga ökningen av servicebehovet höjas med 0,2 procentenheter åren 2023–2029 med anledning av kostnaderna under övergångsperioden. Från och med 2025 ska en ökning av servicebehovet beaktas högst så att driftskostnadernas årliga ökning motsvarar 80 procent av den årliga ökningen (inklusive den höjning på 0,2 procentenheter som görs åren 2023–2029). Bestämmelsen innebär att välfärdsområdena får ett incitament att dämpa ökningen av social- och hälsovårdskostnaderna.

## 1.4. Mål med lagstiftningen om välfärdsområdena

I regeringens proposition om social- och hälsovårdsreformen föreslås att ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna överförs från kommunerna och samkommunerna till de nya välfärdsområden som ska inrättas. Genom överföringen av ansvaret för att ordna social- och hälsovårdstjänsterna i samband med reformen av social- och hälsovården eftersträvas inom social- och hälsovården en enhetlig servicestruktur som samlar resurserna på organiseringsansvariga besluts- och förvaltningsnivåer med ett större invånarantal och större ekonomisk bärkraft. Enligt förslaget säkerställer reformen att det finns tillräckligt starka tjänsteansvariga i en framtid där befolkningen åldras och befolkningen i arbetsför ålder koncentreras till de största städerna. Vidare anges i förslaget att den föreslagna koncentringen av organiseringsansvaret och finansieringen sporrar till att sörja för kundernas tjänster på ett behovsbaserat sätt, i rätt tid och kostnadsnyttoeffektivt. Enligt motiveringarna har den som ordnar tjänster möjlighet att genomföra betydande funktionella reformer av tjänsterna i en struktur där en aktör ansvarar för genomförandet av verksamheten och kanaliseringen av finansiering. Därmed har det i propositionen bedömts att möjligheterna kommer att bli bättre än för närvarande att åstadkomma tillgång till social- och hälsovård samt kvalitet, jämlikhet och kostnadsnyttoeffektivitet inom social- och hälsovården.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Se RP 241/2021 rd, s. 214–215.

Konsekvenserna av social- och hälsovårdsreformen har därför bedömts utifrån erfarenheter från tidigare reformer samt utifrån undersökningar och utredningar om reformen och olika experters åsikter.

Konsekvenserna för tjänsterna beror i väsentlig grad på hur välfärdsområdena genomför den social- och hälsovård som omfattas av deras organiserings- och produktionsansvar. Det konstateras i regeringens proposition att det inte kan ges några säkra uppgifter om hur målen enligt förslaget kommer att nås eller vilka reformens konsekvenser kommer att vara.<sup>7</sup> På samma sätt är det inte möjligt att ge säkra uppgifter om konsekvenserna av att bibehålla nuläget när det sker förändringar i omvärlden.

I regeringens utkast till proposition har det bedömts att social- och hälsovårdsreformen kan

- 1) främja integreringen av kundernas tjänster (så kallad serviceintegration på kundnivå, funktionell integration); Välfärdsområdet kommer i fortsättningen att ha utrustning och ansvar för att se till att tjänsterna samordnas, att kunder som behöver en stor mängd tjänster identifieras och att servicekedjorna och tjänstehelheterna definieras samt möjlighet att samordna social- och hälsovårdstjänsterna och tjänsterna inom den prehospitäl akutsjukvården inom räddningssvådet
- 2) förbättra tillgången till tjänster, tjänsternas kvalitet, tjänsternas jämlikhet och tjänsternas kostnadsnyttoeffektivitet genom reformer av verksamheten där tjänsterna omorganiseras med beaktande av olika servicebehov och hela personalen så att servicekedjorna och tjänstehelheterna möter kundernas behov på bästa sätt i rätt tid
- 3) förbättra basservicen och i synnerhet tillgången till tjänster för dem som behöver en stor mängd olika tjänster och för utsatta människor
- 4) kanalisera resurser och finansiering till olika funktioner i servicesystemet i enlighet med befolkningens behov av service
- 5) ta till vara kunnandet hos områdets social- och hälsovårdspersonal samt andra resurser på bred front och jämlikt inom alla tjänster som befolkningen behöver
- 6) undanröja suboptimeringen att överlåta ansvaret för en kund på en annan anordnare, exempelvis mellan primärvården och den specialiserade sjukvården.

---

<sup>7</sup>RP 241/2021 rd, s. 217.

## 1.5 Vårdsområdets organiseringsansvar

Enligt regeringens proposition om social- och hälsovårdsreformen ska vårdsområdets organiseringsansvar regleras i den kommande lagen om vårdsområden, och för social- och hälsovårdens del ska denna reglering kompletteras i lagen om ordnande av social- och hälsovård.

Enligt regeringens proposition ska det i lagen om vårdsområden föreskrivas om organiseringsansvaret för vårdsområdets uppgifter och finansieringsansvaret för ordnandet av uppgifterna delvis på motsvarande sätt som i kommunallagen. Dessutom ska det föreskrivas om vårdsområdets organiseringsansvar i speciallagstiftningen, till exempel i lagen om ordnande av social- och hälsovård, på ett sätt som delvis avviker från eller kompletterar bestämmelserna i lagen om vårdsområden.

Vårdsområdets uppgifter ska inte anges i lagen om vårdsområden, utan vårdsområdet ska organisera de uppgifter som särskilt åligger det enligt lag. Till vårdsområdets lagstadgade uppgifter hör i inledningsfasen uppgifter inom social- och hälsovården och räddningsväsendet.

Organiseringsansvaret anger för skötseln av vilka uppgifter det vårdsområde som har organiseringsansvaret ska ansvara.

Det vårdsområde som svarar för organisationen av uppgifterna ska svara för

- 1) skötseln av uppgiften och fullgörandet av skyldigheterna i samband med den
- 2) tillgodoseendet av invånarnas lagstadgade rättigheter<sup>8</sup>.
- 3) samordningen av tjänstehelheter för invånarna som en del av sitt organiseringsansvar<sup>9</sup>
- 4) för lika tillgång vad gäller de tjänster eller andra åtgärder som ordnandet av uppgiften förutsätter<sup>10</sup>
- 5) för fastställandet av behovet, mängden och kvaliteten vad gäller de tjänster eller andra åtgärder som organisationen av uppgiften förutsätter<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> Sådana är till exempel de grundläggande fri- och rättigheterna i Finlands grundlag (731/1999), såsom tillgodoseendet av tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster och de språkliga rättigheterna.

<sup>9</sup> Det ligger således alltid på vårdsområdets ansvar att till exempel kundernas servicekedjor fungerar även i de fall då en del av tjänsterna ordnas av något annat vårdsområde eller produceras av en privat tjänsteproducent.

<sup>10</sup> Lika tillgång innebär att alla som behöver tjänsten ska ha tillgång till den på samma objektiva grunder. Det innebär också icke-diskriminering: att ingen får diskrimineras på grund av ålder, kön, etniskt ursprung, språk eller av någon annan orsak.

<sup>11</sup> För att man ska kunna tillhandahålla tjänsterna enligt behoven hos dem som har rätt till tjänsterna, måste den som har organiseringsansvaret utreda vilka tjänster som behövs i vårdsområdet eller regionen och i vilken utsträckning. Dessutom bör faktorer som gäller vårdsområdets uppgifter och som påverkar servicebehovet,

- 6) för valet av sätt att producera de tjänster och övriga åtgärder som ordnandet av uppgiften förutsätter; Organiseringsansvaret i sig anger inte hur tjänsterna ska produceras<sup>12</sup>.
- 7) styrningen av och tillsynen över produktionen; Det organiseringsansvariga välfärdsområdet ska aktivt följa upp tjänsterna med avseende på kvalitet och kvantitet och om de tillhandahålls i enlighet med kraven och behoven<sup>13</sup>
- 8) det utövande av myndigheternas befogenheter som ordnandet av uppgiften förutsätter; Utövandet av myndighetsbefogenheter i välfärdsområdets tjänsteproduktion kan överföras genom lag eller på det sätt som bestäms i förvaltningsstadgan<sup>14</sup>.
- 9) finansieringen av sina uppgifter, även när organiseringsansvaret har överförts på ett annat välfärdsområde genom avtal eller med stöd av lagen.

### *Lag om ordnande av social- och hälsovård*

Lagen om ordnande av social- och hälsovård ska komplettera bestämmelserna om organiseringsansvaret i lagen om välfärdsområden. Välfärdsområdet ska ansvara för skötseln av lagstadgade social- och hälsovårdsuppgifter, det vill säga ansvara för ordnandet av social- och hälsovården inom sitt område och ha organiseringsansvar för sina invånares social- och hälsovård.

Om uppgifter som hör till välfärdsområdets organiseringsansvar för social- och hälsovården ska det föreskrivas inte bara i den föreslagna lagen utan också i flera andra speciallagar om social- och hälsovården. Välfärdsområdet får självt ordna och producera social- och hälsovårdstjänster i ett annat välfärdsområdes område endast när det handlar i samarbete eller samverkan med det andra välfärdsområdet. Samarbetet mellan välfärdsområdena ska regleras i flera olika lagar.

---

såsom faktorer som påverkar olika befolkningsgruppers välfärd och delaktighet, beaktas. Först sedan detta definierats kan man planera och tillhandahålla de tjänster som organiseringsansvaret gäller. Med kvaliteten på tjänsterna avses att en tjänst tillgodoser kundernas servicebehov på ett verksamt, lagenligt och kostnadseffektivt sätt. När servicebehovet fastställs ska man också beakta de finsk- och svenskspråkiga invånarnas möjligheter att få service på sitt eget språk enligt lika grunder på det sätt som föreskrivs i språklagen och någon annanstans i lag. På motsvarande sätt ska man vid fastställande av servicebehovet inom Lapplands välfärdsområde beakta de samiskspråkiga invånarnas möjligheter att få service på sitt eget språk. Tjänster för olika språkgrupper behöver dock inte alltid ordnas på samma sätt. Det finns till exempel inget som hindrar att välfärdsområdet organiserar sina tjänster på olika sätt för de svenskspråkiga än för den finskspråkiga befolkningen, om detta främjar att de språkliga rättigheterna tillgodoses.

<sup>12</sup> Att besluta om produktionssättet innebär att man avgör om man ska producera en tjänst själv eller i samarbete med andra välfärdsområden, eller om man på basis av avtal ska skaffa den på något annat sätt.

<sup>13</sup> Övervakningen omfattar både den egna verksamheten och tillbörlig övervakning av de tjänster som produceras genom olika avtalsarrangemang.

<sup>14</sup> Hur befogenheter ska fördelas mellan välfärdsområdets myndigheter fastställs närmare i välfärdsområdets förvaltningsstadga.

Välfärdsområdet har utgående från sitt organiseringsansvar kostnadsansvaret för sina invånares social- och hälsovård också när en invånare får hälso- och sjukvårdstjänster som ordnas eller produceras av något annat välfärdsområde.

Vad gäller välfärdsområdets organiseringsansvar för social- och hälsovården ska välfärdsområdet självt å ena sidan bära allt ansvar för uppfyllandet av centrala organiseringsansvar och för alla de lagstadgade ansvar som i lagstiftningen om social- och hälsovården anges som uppgift för den som ordnar tjänsterna. Välfärdsområdet ska enligt grundlagen ansvara för tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster.

Välfärdsområdet ska sörja för den beslutanderätt och den ledning som hör till organiseringsansvaret, såsom likvärdig tillgång till social- och hälsovårdstjänster samt fastställande av behovet av, kvantiteten och kvaliteten på tjänsterna.

Välfärdsområdet ska oberoende av hur tjänsterna produceras i verkligheten kunna samordna tjänstehelheter samt följa, övervaka och bedöma hur tillgången till social- och hälsovårdstjänsterna tillgodoses såväl på befolkningsnivå som på individnivå. Välfärdsområdet ska även sörja för bedömningen av servicebehovet och beslutsfattandet på individnivå i samband med det.

Välfärdsområdet ska ha

- 1) ansvar för att de social- och hälsovårdstjänster som tillhandahålls kunderna samordnas till helheter
- 2) skyldighet att samordna social- och hälsovårdstjänsterna med välfärdsområdets övriga tjänster
- 3) skyldighet att för sin del samordna social- och hälsovårdstjänsterna med kommunens och statens övriga tjänster
- 4) skyldighet att främja samordningen av social- och hälsovårdstjänsterna med övriga aktörers tjänster.

Välfärdsområdet ska som en del av sitt organiseringsansvar sörja för många slags uppgifter som inbegriper utövande av offentlig makt, såsom till exempel att fatta förvaltningsbeslut, beslut om åtgärder som gäller vård och omvårdnad oberoende av kundens vilja och om att begära och ge handräckning.

Välfärdsområdet ska i anslutning till sitt organiseringsansvar till exempel sörja för främjandet av hälsa och välfärd, för uppgifter som gäller personalutbildning för personalen inom social- och hälsovården samt för beredskap och förberedelser.

Till organiseringsansvaret hör även att besluta om det sätt som tjänsterna produceras på. Välfärdsområdet ska ha möjlighet att skaffa social- och hälsovårdstjänster från privata tjänsteproducenter baserat på avtal.

Välfärdsområdet ska ha tillräcklig kompetens, funktionsförmåga och beredskap att ansvara för ordnandet av social- och hälsovård, och det ska se till att social- och hälsovårdstjänster finns tillgängliga enligt invånarnas behov i alla situationer. För att uppfylla sitt organiseringsansvar ska välfärdsområdet i sin tjänst ha sådan yrkesutbildad social- och hälsovårdspersonal och sådan administrativ och annan personal som verksamheten kräver samt förfoga över lämpliga lokaler, lämplig utrustning och ha andra behövliga förutsättningar för att sköta verksamheten.

Välfärdsområdet ska ha en tillräcklig egen tjänsteproduktion för att kunna uppfylla sitt organiseringsansvar. För att välfärdsområdet de facto ska kunna sörja för de ovan beskrivna uppgifterna som hör till dess organiseringsansvar krävs det i praktiken att välfärdsområdet också har tillräcklig egen tjänsteproduktion samt egen personal och kompetens för att klara av sina uppgifter. Också för att organisera de uppgifter som gäller utövande av offentlig makt korrekt och som hör till välfärdsområdet krävs det tillräcklig egen produktion och kompetens. Egen tjänsteproduktion är även en förutsättning för den beställarkompetens som välfärdsområdet behöver. Välfärdsområdena behöver ändamålsenliga verksamhetslokaler för att sköta sin organiseringsuppgift och för att producera de tjänster de själva sköter. Med personal som är i tjänst hos välfärdsområdet avses personal som är anställda i arbetsavtals- eller tjänsteförhållande av området. På motsvarande sätt avses med egen tjänsteproduktion inom välfärdsområdet tjänster som utförs av personal som är i tjänst hos välfärdsområdet. Antalet egna anställda hos välfärdsområdet ska dimensioneras så att den ledning, handledning och övervakning som sker under tjänsteansvar omfattar välfärdsområdets alla uppgiftsområden och även geografiskt sett de olika delarna av det område som välfärdsområdet omfattar. Eftersom välfärdsområdet ska ha tillräcklig egen tjänsteproduktion för att sköta sitt organiseringsansvar kan det inte skaffa så omfattande regionala eller funktionella helheter från privata tjänsteleverantörer att det inte de facto kan sköta sitt organiseringsansvar. Välfärdsområdet ska ha tillräcklig egen tjänsteproduktion såväl inom socialvården som inom hälso- och sjukvården på basnivå och inom den specialiserade sjukvården. Också inom dessa sektorer på högre nivå ska den egna tjänsteproduktionen vara tillräcklig och på ett övergripande sätt täcka uppgifterna i verksamhetsområdet så att inte vissa medicinska specialområden eller något annat tjänsteområde, till exempel all munvård på basnivå, alla tjänster för äldre, alla tjänster för personer med funktionsnedsättning, alla tjänster inom barnskyddet eller alla tjänster inom rehabilitering har lagts ut helt, utan att varje sektor också har tillräckligt eget kunnande inom välfärdsområdet. Det ska ändå vara möjligt att lägga ut till exempel enskilda hälsostationer inom ett välfärdsområde, och även inom varje servicesektor och medicinska specialområde ska olika tjänster kunna skaffas. Den egna tjänsteproduktionen ska utgöra kärnan i verksamheten så att personalens kompetens som behövs i den egna tjänsteproduktionen och verksamhetens stabilitet ska vara tryggad i de olika funktionerna och tjänsteproduktionen inte äventyras i störningssituationer.

Välfärdsområdet ska ha möjlighet att besluta om ändamålsenliga produktionssätt inom ramen för organiseringsansvaret, och tjänster ska också i omfattande utsträckning kunna skaffas från privata

tjänsteproducenter. Vårdsområdet kan utgående från en helhetsbedömning från privata tjänsteproducenter skaffa också en större andel av sådana tjänster som till sin karaktär speciellt lämpar sig bättre för att produceras av privata tjänsteproducenter eller som det annars är ändamålsenligt att producera genom att skaffa dem från privata tjänsteproducenter. Dessutom kan vårdsområdet ha behov av att skaffa vissa tjänster, till exempel vissa svenskspråkiga tjänster, för vilka det är svårt att hitta sakkunskap på andra håll än privata sektorn. Vårdsområdet behöver således inte ha egen produktion av varje enskild tjänst inom social- och hälsovården. Den egna produktionen ska på det sätt som konstaterats ovan vara tillräckligt omfattande och heltäckande vad gäller kompetens så att vårdsområdet genom att anpassa sin tjänsteproduktion och genom olika arrangemang i förväg förbereda sig på störningssituationer så att det kan sörja även för tjänster som äventyras i störningssituationer. Till exempel om en privat tjänsteproducent försätts i konkurs ska vårdsområdet kunna sörja för de aktuella tjänsterna genom egen tjänsteproduktion och sina arrangemang för riskhantering och beredskap. Vårdsområdets egen tjänsteproduktion bör också med tanke på olika servicebranscher och tjänsternas personal samt övriga resurser granskas som helhet, till exempel att något serviceområde (till exempel boendetjänster) i en störningssituation akut kan utnyttja personal och resurser även från andra serviceområden i vårdsområdet (till exempel hemservicen).

Man kan i förväg till exempel förbereda sig på olika slag av arrangemang i fall av störningssituationer, som till exempel att kunder i fall av verksamhetsstörningar eller avbrott hos en privat tjänsteproducent kan placeras inom tjänster som vårdsområdet självt producerar, i tjänster som fullgörs i samarbete med andra vårdsområden eller i tjänster som skaffas av andra privata tjänsteproducenter. Regleringen i den föreslagna paragrafen kräver inte att vårdsområdet anvisar mer resurser än nödvändigt, bara det på det ovan konstaterade sättet har sett till att det kan trygga tillgången till social- och hälsovårdstjänster enligt sina invånares servicebehov i alla situationer.

## **2. Centrala lagstiftningsaspekter i anknytning till avvecklingen av flerkanalsfinansieringen**

### **2.1. Grundlagsrättsliga utgångspunkter**

I 19 § 3 mom. i grundlagen tillförsäkras var och en, enligt vad som närmare bestäms genom lag, tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster. Enligt grundlagsutskottet (nedan också GrUU) är ersättningarna och förmånerna enligt sjukförsäkringslagen med beaktande av 19 § 2 mom. i grundlagen betydelsefulla i konstitutionellt hänseende och fullgör den skyldighet som det allmänna enligt 19 § 3

mom. i grundlagen har att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster.<sup>15</sup> Vidare anser grundlagsutskottet att finansieringen av social- och hälso-tjänsterna i tillräcklig grad måste motsvara servicebehovet och säkerställa att de kundavgifter som tas ut för social- och hälso-tjänster inte blir så höga att de som behöver tjänsterna inte kan utnyttja dem.<sup>16</sup>

Av formuleringen i 6 § 2 mom. i grundlagen framgår att ingen ”utan godtagbart skäl” får särbehandlas. Den allmänna jämlikhetsklausulen innebär förbud mot godtycklighet och krav på likabehandling i likartade fall.<sup>17</sup> Grundlagsutskottet har i sin praxis konstaterat att inga skarpa gränser för lagstiftarens prövning går att läsa ut ur den allmänna jämlikhetsprincipen i grundlagen när en reglering i överensstämmelse med den rådande samhällsutvecklingen eftersträvas.<sup>18</sup> Utskottet har i olika sammanhang från grundlagens jämlikhetsbestämmelser härlett krav på att särbehandlingar inte får vara godtyckliga eller bli oskäliga och att motiveringarna ska vara godtagbara. Enligt 6 § i grundlagen krävs likabehandling i likartade fall. Grundlagsutskottet har inte ansett att enbart ett geografiskt kriterium är godtagbart som urskiljningsgrund med tanke på 6 § 2 mom. i grundlagen.<sup>19</sup>

I regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 241/2020 rd), som för närvarande behandlas i riksdagen, föreslås att välfärdsområdena ska ha finansieringsansvar endast för sådan verksamhet som de också får organiseringsansvar för. I ett eventuellt fortsatt arbete bör man utreda välfärdsområdets möjlighet att finansiera även sådan verksamhet som den inte har organiseringsansvar för.

## 2.2. FPA:s förmånsbeslut och ändringssökande

Ett beslut av FPA eller en besvärinstans får genom besvär överklagas av parten, det vill säga den person vars rätt, fördel eller skyldighet ärendet gäller. Även en myndighet får genom besvär överklaga ett beslut av en besvärinstans. Ett beslut kan också rättas eller granskas av myndigheten.

De rehabiliteringstjänster som FPA ordnar och ersätter är, med undantag av rehabiliteringen enligt prövning, specificerade subjektiva rättigheter som tryggats i lag, och de beslut som fattas om dem är

---

<sup>15</sup> Se GrUU 338/2004 rd

<sup>16</sup> Se GrUU 15/2018 rd, s. 23.

<sup>17</sup>RP 309/1993 rd, s. 42.

<sup>18</sup> GrUU 11/2012, rd, s. 2, GrUU 1/2006, rd, s. 2, GrUU 15/2001, rd, s. 3.

<sup>19</sup> GrUU 59/2001, rd, s. 2.



skriftliga förvaltningsbeslut. Rätten att överklaga gäller endast tjänster som tryggats som specificerade subjektiva rättigheter. För rehabiliteringen enligt prövning finns ett i lag föreskrivet besvärstidsförbud.

Den som är missnöjd med ett beslut av FPA får genom besvär överklaga det hos besvärsnämnden för social trygghet och den som är missnöjd med ett beslut av besvärsnämnden för social trygghet får överklaga det genom besvär hos försäkringsdomstolen. Även FPA:s beslut om ersättningar för privat vård och undersökningar, om reseersättningar och om läkemedelsersättningar får överklagas.

Efter rättelseförfarandet är besvärsvägen för beslut som gäller förmåner överklagande hos besvärsnämnden för social trygghet (nedan SAMU), som fungerar som första besvärinstans inom den besvärstid som anges i besvärсанvisningen (30 dagar från delfåendet). Som andra besvärinstans fungerar försäkringsdomstolen, hos vilken parten eller FPA genom besvär kan överklaga ett beslut av SAMU.

### **2.3. Vårdbeslut inom hälso- och sjukvården**

Inom hälso- och sjukvården är läkarnas vårdbeslut enligt högsta förvaltningsdomstolens vedertagna beslutspraxis inte överklagbara förvaltningsbeslut. På dessa beslut tillämpas i stället anmärkningsförfarandet och förfarandet med förvaltningsklagan.

Bestämmelser om anmärkningar finns i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) och i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000). Enligt 10 § i lagen om patientens ställning och rättigheter har en patient som är missnöjd med den hälso- och sjukvård som han eller hon har fått vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller med bemötandet i samband med den rätt att framställa anmärkning till den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten. Verksamhetsenheten ska lämna sina patienter tillräcklig information om deras rätt att framställa anmärkning och göra det så enkelt för dem som möjligt att framställa anmärkning. Verksamhetsenheten ska behandla anmärkningen på behörigt sätt och besvara den skriftligen inom skälig tid från det att den framställdes. Svaret ska motiveras på det sätt som ärendet förutsätter. En anmärkning begränsar inte patientens rätt att anföra klagomål över vården eller bemötandet i samband med den hos de myndigheter som övervakar hälso- och sjukvården.

När det gäller formkraven utgår lagen från att anmärkningen i regel ska framställas skriftligen. Men den kan också framställas muntligen. För detta krävs dock ett särskilt skäl. I bestämmelsen betonas dessutom den skyldighet att ge råd och handledning i enlighet med förvaltningslagen (bland annat om patientskade-, skadestånds- och åtalsärenden, återkallande eller begränsning av rätten till yrkesutövning inom hälso- och sjukvården eller något annat disciplinärt förfarande).

För anmärkningsförfarandet finns ett i lag föreskrivet besvärstillsämrå. Enligt 15 § i lagen om patientens ställning och rättigheter får ändring inte sökas genom besvär i beslut genom vilket en anmärkning har avgjorts.

Motsvarande bestämmelser om socialvårdsklienter finns i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården.

För ändringssökandets del motsvarar den reglering av välfärdsområdena som föreslås i regeringens proposition 241/2020 rd den arbetsfördelning som planerades i landskapsreformen på så sätt att vårdbeslut fattade av läkare inte ska vara överklagbara förvaltningsbeslut utan förfarandet med förvaltningsklagan och anmärkningsförfarandet ska på samma sätt som nu vara de primära rättsmedlen. En liknande regleringslösning skulle för rehabiliteringsklienter innebära en försämring av rättssäkerheten vid beslut som gäller rehabiliteringens innehåll.

#### *Patientombudsmannen och patientskadeanmälningar*

Om patientombudsmannen finns bestämmelser i 11 § i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992). Vid alla verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård ska det utses en patientombudsman, både vid offentliga och privata enheter. Patientombudsmannens lagstadgade uppgift är att ge patienten råd och information om patientens ställning och rättigheter. Patientombudsmannen arbetar för att främja patientens rättigheter och för att de ska bli tillgodosedda. En patient som är missnöjd med den vård eller det bemötande som han eller hon fått kan kontakta patientombudsmannen vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård och få information om hur han eller hon kan få ärendet utrett.

## **2.4. Förvaltningsklagan**

Om förvaltningsklagan finns bestämmelser i 8 a kap. i förvaltningslagen (434/2003). En klagan enligt förvaltningslagen kan anföras över både hälso- och sjukvård och FPA:s myndighetsverksamhet. Enligt förvaltningslagen får var och en anföras förvaltningsklagan över att en myndighet, den som är anställd hos en myndighet eller någon annan som sköter en offentlig förvaltningsuppgift har förfarit lagstridigt eller underlåtit att fullgöra sin skyldighet. Förvaltningsklagan anföras hos den myndighet som övervakar verksamheten. En förvaltningsklagan som gäller en omständighet som ligger mer än två år tillbaka i tiden prövas inte, om det inte finns särskilda skäl till det.

## **2.5. FPA:s ställning som självständig offentligrättslig inrättning**

Enligt 36 § 1 mom. i grundlagen väljer riksdagen fullmäktige att övervaka FPA:s förvaltning och verksamhet enligt vad som närmare bestäms genom lag. På grund av FPA:s författningsrättsliga

särställning är FPA självständig gentemot ministerierna och statsrådet till exempel vid tolkning av lagstiftning och vid fastställande av ersättningspraxis. FPA:s författningsrättsliga särställning har ansetts förhindra staten från att administrativt styra FPA och från att utfärda bindande föreskrifter och anvisningar. En motsvarande begränsning ska också gälla välfärdsområdets möjligheter att ingripa i eller styra FPA:s verksamhet. Staten kan utöva styrningsrätt genom lagstiftning, men även då måste grundlagsenligheten beaktas i den föreslagna lagstiftningen.

## 3. Ersättningar för vård och undersökningar inom den privata sjukvården

### 3.1. Uppdrag

Beredningsgruppens uppdrag är att utreda följande frågor och ta fram förslag:

1. bevarande av ersättningarna inom sjukvårdsförsäkringen så att välfärdsområdena deltar i finansieringen av dem och bedömning av konsekvenserna av detta alternativ
2. avskaffande av sjukvårdsersättningarna för privat hälso- och sjukvård och bedömning av konsekvenserna av denna förändring.

Denna beredningsgrupps uppdrag var att stödja en senare parlamentarisk beredning genom att samla lösningsalternativ utifrån de arbetsgruppsarbeten och andra utredningar som gjorts under tidigare regeringsperioder samt att utreda alternativens konsekvenser. De övriga beredningsgrupperna som tillsattes för avvecklingen av flerkanalfinansieringen har inte lagt fram några förslag utan gjort utredningar om de olika genomförandealternativen. Den parlamentariska arbetsgrupp som ska tillsättas i ett senare skede ska i sitt arbete ta ställning till genomförandealternativen. Därför har inte heller beredningsgruppen för vård- och undersökningserättningarna i detta skede lagt fram några förslag.

### 3.2. Alternativ

**Alternativ A:** I detta alternativ betalas fortfarande ersättningar för privat sjukvård, men det finansieringsansvar som staten har för närvarande överförs till välfärdsområdena, vilket innebär att välfärdsområdena finansierar 67 procent av ersättningarna för läkararvoden, tandvård samt undersökning och vård.

Staten överför finansieringen till välfärdsområdena som finansiering med allmän täckning på grundval av finansieringskriterier för social- och hälsovården och FPA fakturerar välfärdsområdena enligt invånarnas användning av privata hälso- och sjukvårdstjänster.

De försäkrades finansieringsandel på 33 procent i sjukvårdsförsäkringen förblir oförändrad och befolkningen i välfärdsområdena finansierar sjukvårdsförsäkringens utgifter på nationell basis via försäkringspremier. De försäkrades och välfärdsområdenas finansieringsandelar av utgifterna kontrolleras årligen av FPA och eventuella över- eller underskott beaktas året därpå.

**Alternativ B:** I detta alternativ avskaffas sjukvårdsersättningarna för läkararvoden, tandvårdsarvoden samt undersökning och vård inom den privata hälso- och sjukvården. Statens finansieringsandel för sjukvårdsersättningar faller bort och med de försäkrades sjukvårdspremier finansieras inte längre sjukvårdsersättningar.

### 3.3. Jämförelse av alternativen

Ansvar för att ordna hälso- och sjukvård ligger hos den offentliga hälso- och sjukvården, som kompletteras av den privata hälso- och sjukvården och som en del av denna FPA:s offentligt finansierade sjukförsäkringssystem. I båda modellerna förblir ansvaret för att ordna hälso- och sjukvården oförändrat. I alternativ A bibehålls ersättningssystemet för sjukvården i sin nuvarande omfattning och verkställs fortfarande av FPA, men i alternativ B avskaffas ersättningssystemet.

I fråga om alternativ A har det också förekommit idéer om ett samarbete mellan FPA och välfärdsområdena baserat på lagstiftning och avtal, ett samarbete där man kommer överens om användningen av och inriktningen av de privata tjänster som behövs i välfärdsområdet. Dessa idéer har dock inte undersökts i samband med utredningsarbetet, eftersom de inte ingick i beredningsgruppens uppdrag.

#### 3.3.1. Ekonomiska konsekvenser

I alternativ A övergår finansieringsansvaret för sjukvårdsersättningarna för privat vård till välfärdsområdena, då statens finansieringsandel på 67 procent överförs till välfärdsområdena. Statens finansieringsandel var 95,5 miljoner euro 2019 och andelen bedöms minska till cirka 58 miljoner euro 2023 på grund av regeringens sparbeslut som inriktas på sjukvårdsersättningarna. I detta alternativ ökar flerkanalfinansieringen då den skattefinansierade finansieringen går via välfärdsområdena till FPA, som i sin tur fakturerar välfärdsområdena enligt invånarnas användning av privata hälso- och sjukvårdstjänster. I alternativ A sker inga förändringar i de försäkrades finansieringsandel. Det bedöms att de administrativa kostnaderna kommer att öka i och med att en aktör tillkommer.

I alternativ B avvecklas flerkanalsfinansieringen. Sjukvårdsersättningarna och FPA:s administrativa kostnader för sjukvårdsersättningarna faller bort. Även kostnaderna för behandling av ersättningar för sjukvård inom den privata sektorn och arvoden per betalningstillfälle som ersätter kostnaderna faller bort. År 2019 betalades sjukvårdsersättningar till ett belopp av 142,6 miljoner euro. Det bedöms att sjukvårdsersättningarna kommer att minska till cirka 86 miljoner euro 2023 på grund av sparbeslut som inriktas på ersättningarna. Det uppskattas att FPA:s administrativa kostnader för sjukvårdsersättningarna uppgår till 14 miljoner per år. Även reseersättningarna för resor till de privata verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård (5 miljoner euro) faller bort. Den finansieringsandel som krävs för sjukvårdsersättningarna och som kommer från de försäkrades sjukförsäkringspremie (0,03 procentenheter) liksom statens andel av finansieringen på 58 miljoner euro faller bort. I alternativ B måste finansiering styras till välfärdsområdena, eftersom kostnaderna för den offentliga hälso- och sjukvården kommer att öka till den del som klienterna övergår från privata tjänsteproducenter till den offentliga sektorn.

### 3.3.2. Konsekvenser för välfärdsområdena

Tjänsterna inom den privata hälso- och sjukvården med sina sjukvårdsersättningar kompletterar välfärdsområdenas hälso- och sjukvårdstjänster och stöder den offentliga hälso- och sjukvården så att denna kan bibehålla tillgången till vård och kontrollera kostnaderna, eftersom kundernas självfinansieringsandel är betydande. Den offentliga hälso- och sjukvårdens nuvarande utmaningar i tillhandahållandet av tjänster är relaterade till rekryteringssvårigheter och till brist på kompetens inom vissa specialområden. På många platser har den privata sektorn lyckats rekrytera personal bättre än den offentliga sektorn. I alternativ A förblir dessa element oförändrade. Dessutom ska välfärdsområdenas finansiering ha allmän täckning, alltså inte vara öronmärkt för finansiering av sjukvårdsersättningar. Det är dock frågan om en lagstadgad uppgift för välfärdsområdena, vilket binder dem vid beslut om hur finansiering ska fördelas. På grund av den särställning som FPA har baserat på grundlagen är FPA självständig till exempel vid tolkning av lagstiftning och vid fastställande av ersättningspraxis. Detta innebär att välfärdsområdena blir finansieringsansvariga för sjukvårdsersättningarna och att verkställandet av dem ska avtalas mellan FPA och välfärdsområdena så att de motsvarar kundernas behov.

I alternativ B skulle välfärdsområdena ha möjlighet att öka hälso- och sjukvårdstjänsterna i sitt område, om de pengar som använts för sjukvårdsersättningar skulle styras till välfärdsområdena. Finansieringen har dock allmän täckning och är således inte öronmärkt för hälso- och sjukvårdstjänster. När sjukvårdsersättningarna upphör ökar trycket på tillhandahållandet av tjänster inom den offentliga sektorn, då en del av kunderna övergår från den privata sektorn till den offentliga. Det kan bli svårt för den offentliga sektorn att rekrytera tillräckligt med yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, eftersom det även i dag är en utmaning att rekrytera flera yrkesgrupper (bland annat munhygienister,

sjukskötare, läkare, tandläkare och närvårdare). Den egna serviceproduktionen kan dock till många delar kompletteras med köpta tjänster.

Det bedöms att det i alternativen A och B blir möjligt att fördela statens nuvarande finansieringsandel till välfärdsområdena enligt de finansieringskriterier som föreslås i samband med social- och hälsovårdsreformen, eftersom inga betydande förändringar i fråga om hur finansieringen fördelas mellan områdena är att vänta. Enligt beräkningar blir den områdesvisa förändringen i alternativ A högst +/- 10 euro per invånare och i alternativ B högst +/- 14 euro per invånare. I båda alternativen förlorar de stora städernas områden och de avlägsna regionernas områden vinner ekonomiskt. Skillnaderna uppskattas dock bli små totalt sett, då den genomsnittliga finansieringen av social- och hälsovården blir 3 660 euro per invånare.

### 3.3.3. Konsekvenser för kunderna och tillgången till tjänster

Sjukvårdsersättningarna stöder möjligheten att få vård snabbt och även att direkt komma till en specialistläkare. På årsnivå använder 27 procent av befolkningen privata läkartjänster, 17 procent privat mun- och tandvård och 21 procent undersökning och vård inom den privata sektorn med ersättning av sjukförsäkringen. Ersättningarna ökar i viss mån medborgarnas valfrihet, då de får en partiell ersättning för vård hos en privat tjänsteproducent. Å andra sidan är ersättningsnivån låg, vilket inneburit att personer med låg inkomst i realiteten inte haft möjlighet att använda privata hälso- och sjukvårdstjänster och välja tjänsteproducent. Välavlönade personer använder mer privata hälso- och sjukvårdstjänster än låginkomsttagare. Därför är det till stor del höginkomsttagarna som får ersättningar. Å andra sidan betalar höginkomsttagarna mer sjukvårdspremier än låginkomsttagarna. Utbudet av privata hälso- och sjukvårdstjänster varierar från region till region och är koncentrerat till stadsområden och tillväxtcentra, även om verkställandet av ersättningarna nationellt är jämlikt och erhållandet av ersättning och ersättningsbeloppet inte beror på bostadsorten.

För vissa tjänstehelheters del har den offentliga sektorn problem med tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. Problemen beror till stor del på rekryteringssvårigheter och inom vissa specialområden på brist på kompetens. Dessutom begränsar strama budgetar utbudet av tjänster.

För företagshälsovårdens del har en ersättningsreform genomförts. Denna trädde i kraft vid ingången av 2020 och innebär att tyngdpunkten i ersättningarna för företagshälsovård och annan hälso- och sjukvård genom en ändring av sjukförsäkringslagen förskjutits i riktning mot förebyggande företagshälsovård. Det är oklart i hur hög grad arbetsgivarna är villiga att framöver betala kostnaderna för annan hälso- och sjukvård för sina anställda.

I alternativ A bibehålls kundens rätt till sjukvårdsersättning och snabb tillgång till vård inom den privata hälso- och sjukvården. Kunderna har fortfarande möjlighet att välja en privat tjänsteproducent och få partiell ersättning för det (den nuvarande ersättningsnivån är cirka 14 procent av priserna, men dessutom tas det vanligen ut en service- eller kontorsavgift). Inom den privata sektorn har ökningen av de avgifter som tas ut av kunderna varit mycket större än den hade varit om den följt prisindexet för de offentliga utgifterna inom social- och hälsovård. Om den nuvarande utvecklingen fortsätter, kommer ersättningarnas andel av kostnaderna att fortsätta att minska. De senaste åren har det också flera gånger skurits i sjukvårdsersättningarna genom beslut av statsrådet.

I alternativ B kvarstår möjligheten till snabb tillgång till vård inom den privata hälso- och sjukvården, men kunderna måste själva helt och hållet bekosta tjänsterna eller så bekostas de eventuellt av företagshälsovården eller via en privat sjukvårdsförsäkring. Kunden måste själv också stå för kostnaderna för resor till privata hälso- och sjukvårdstjänster.

Sjukvårdspremien minskar med 0,03 procentenheter. Om finansieringen till välfärdsområdena ökas på motsvarande sätt, skärps de försäkrades skattefinansiering i motsvarande mån.

Å andra sidan, om man i alternativ B skulle styra tillräckligt med tilläggsfinansiering med allmän täckning till välfärdsområdena skulle de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna kunna utveckla och förbättra tillgången till vård, vilket skulle främja kundernas likabehandling när det gäller tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet. Om avvecklingen av sjukvårdsersättningarna skulle leda till att ett stort antal kunder övergår till den offentliga sektorn, skulle det öka trycket för vårdgarantins del. För att den offentliga hälso- och sjukvården ska kunna tillhandahålla tillräckliga tjänster vid rätt tidpunkt kan det krävas fler köpta tjänster från den privata sektorn.

I alternativ B betalar kunderna en lagstadgad klientavgift för de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna, vilket leder till att kundernas självfinansieringsandel blir mindre än i sjukvårdsersättningssystemet och till att medborgarnas jämlikhet förbättras sett ur denna synvinkel.

I samband med detta utredningsarbete gjordes ett försök att bedöma kundövergångarna i anknäring till alternativ B. Bedömningen har varit problematisk, eftersom det inte finns några forskningsdata tillgängliga om hur många som på vilka sjukvårdsersättningsnivåer delvis eller helt skulle lämna de privata tjänsterna och till vilka delar dessa tjänster skulle ersättas med besök inom den offentliga sektorn. De som har de lägsta inkomsterna har använt privata tjänster minst och deras användning har minskat tydligast, när ersättningsnivån på grund av statsrådets sparbeslut har sjunkit. Beredningsgruppen presenterar olika scenarier, men det är inte möjligt att på förhand tillförlitligt uppskatta hur ett avskaffande av ersättningarna skulle inverka på användningen av tjänster.

När det gäller mun- och tandvården har det uppskattats att om ersättningarna för privat tandvård avskaffas kommer 100 000–190 000 kunder inom den privata mun- och tandvården att övergå till den

offentliga sektorn, vilket utgör cirka 10–20 procent av den privata sektorns kunder. Med beaktande av de nuvarande klientavgifterna måste man då rikta cirka 20–40 miljoner euro till den offentliga mun- och tandvården för att täcka kostnaderna för de kunder som övergår till den offentliga sektorn.

För att bedöma kundövergångarna i fråga om övrig privat sjukvård har man försökt ta fram scenarier som utgör exempel på eventuella förändringar. Enligt scenarierna 1–3, som baserar sig på att ersättningarna för den privata hälso- och sjukvården avskaffas, går 0–10 procent av de kunder som använder privata läkartjänster över till den offentliga sektorn. Med beaktande av klientavgifterna blir det då nödvändigt att styra 0–20 miljoner euro till den offentliga sektorns hälso- och sjukvård.

Utöver dessa har det också gjorts en bakgrundskalkyl där kostnadseffekterna av kundövergångar på 5 – 50 procent har beräknats. Enligt dessa scenarier blir det nödvändigt att styra 40–410 miljoner euro till den offentliga sektorns hälso- och sjukvård. I bakgrundskalkylen beaktades läkararvodena, tandvården samt kostnaderna för undersökning och vård inom den privata hälso- och sjukvården.

Bakgrundskalkylen utgår också från att den offentliga sektorns serviceutbud motsvarar det serviceutbud inom den privata sektorn som det betalats ersättning för från sjukvårdsförsäkringen och att kostnaderna för besöken är lika stora inom båda sektorerna. I kalkylen beaktas inte klientavgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården.

### **3.3.4. Konsekvenser för de privata tjänsteproducenterna**

De avgifter som de privata tjänsteproducenterna tar ut för hälso- och sjukvård har ökat i snabb takt medan antalet kunder har förblivit relativt oförändrat. I alternativ A kvarstår de privata tjänsteproducenternas möjlighet att dra nytta av FPA:s direkta ersättningssystem.

Alternativ B, där sjukvårdsersättningarna avskaffas, förväntas inte minska efterfrågan på de privata hälso- och sjukvårdstjänsterna i någon nämnvärd utsträckning, eftersom ersättningsnivån är låg och de privata tjänsteproducenternas avgifter har ökat kraftigt varje år. Att helt och hållet avskaffa ersättningarna kan emellertid ha en psykologisk effekt, som eventuellt skulle vara större än effekten av en minskning med motsvarande eurobelopp så att ersättning blir oanvänd. Om en betydande andel av kunderna skulle gå över till den offentliga sektorn skulle de privata tjänsteproducenterna få ett tryck på sig att sänka priserna eller inte höja dem i samma takt som förut, och dessutom kanske en del av de anställda skulle gå över till den offentliga sektorn. Den privata sektorns kundprofil skulle kunna förändras så att kunderna i allt högre grad skulle bestå av hushåll med högre inkomst. Detta skulle kunna leda till att utbudet koncentreras alltmer till stora städer och andra områden där det finns fler kunder med betalningsförmåga.



### 3.3.5. Konsekvenser för sjukkostnadsförsäkringarna

När det gäller ersättningarna inom de privata sjukkostnadsförsäkringarna följer försäkringsbolagen ofta FPA:s riktlinjer för erhållande av ersättning. Från försäkringen ersätts kostnader till den del som de överstiger ersättningen från FPA. Alternativ A har inga konsekvenser för sjukkostnadsersättningarna. Alternativ B kan eventuellt öka efterfrågan på privata sjukkostnadsförsäkringar och även inverka på försäkringsavtalens innehåll. Men alla har inte möjlighet att köpa privata sjukkostnadsförsäkringar, bland annat på grund av att de är dyra.

### 3.3.6. Internationella situationer

I internationella situationer har en person enligt lagen om gränsöverskridande hälso- och sjukvård rätt att få en ersättning enligt sjukförsäkringslagen om han eller hon reser till en annan EU-stat, ett EES-land eller Schweiz enkom för att få vård och inte har beviljats ett förhandstillstånd. I alternativ A är den nuvarande så kallade ersättningsmodellen för sökande av vård på eget initiativ fortfarande möjlig. De lösningar som ska göras avseende ersättningsmodellen har också en koppling till det lagstiftningsprojekt som social- och hälsovårdsministeriet inledde i oktober 2020 och som gäller reformering av gränslagen. I alternativ B är det nödvändigt att utveckla en ersättningsmodell för ersättningen av kostnader i samband med sökande av vård på eget initiativ, en modell som grundar sig på den hälso- och sjukvård som omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar och på de klientavgifter som används där. I den nya ersättningsmodellen blir kundens självrisk avsevärt mindre än i den nuvarande ersättningsmodellen.

## 4. Reseersättningar

### 4.1. Flerkanalsfinansieringen av prehospital akutsjukvård och ambulanstransporter

#### 4.1.1. Bakgrundsuppgifter om den prehospitala akutsjukvården

Hälso- och sjukvården (sjukvårdsdistrikten) har ansvar för att ordna prehospital akutsjukvård. Det finns bestämmelser om prehospital akutsjukvård i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) och i social- och hälsovårdsministeriets förordning om prehospital akutsjukvård (585/2017). År 2013 överfördes ansvaret för att ordna prehospital akutsjukvård från kommunerna till sjukvårdsdistrikten. Den prehospitala akutsjukvården är en viktig del av social- och hälsovårdens jourssystem. Den deltar också i det nära samarbetet i uppgifter som involverar flera myndigheter, bland annat polisen, räddningsväsendet och Gränsbevakningsväsendet. Räddningsväsendet sköter den huvudsakliga delen av den så kallade första

insatsen, som används som tillägg till och hjälp i den prehospitala akutsjukvården vid vård av kritiskt insjuknade patienter och vid olycksfall. Gränsbevakningsväsendet tillhandahåller sjukvårdsdistrikten en stödtjänst för den prehospitala akutsjukvården, särskilt i skärgårdsområdena. Det statsägda specialföretaget FinnHEMS Oy tillhandahåller sjukvårdsdistrikten med universitetssjukhus flygtjänster inom läkarhelikopterverksamheten för den lagstadgade akutläkarjouren.

Den prehospitala akutsjukvården består inte längre av enbart sjuktransporter utan har blivit en alltmer integrerad del av jourprocessen inom hälso- och sjukvården, där transport av patienten till en verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården inte står i centrum utan bedömning av patientens vårdbehov, inledande av akutvården eller hänvisning av patienten till social- och hälsovårdstjänster. Förändringarna har förbättrat produktiviteten, kvaliteten, patientsäkerheten och därmed effektiviteten i hela vårdkedjan. Förändringen har främjats av att förstavårdarnas kompetens, utrustningen vid enheterna för prehospital akutsjukvård och läkarnas möjligheter att ge distansanvisningar förbättrats.

Alla ambulanstransporter av patienter ingår inte i den prehospitala akutsjukvården. En del av de planerade transporterna av patienter till verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården måste utföras med ambulans på grund av patientens hälsotillstånd och funktionsförmåga, trots att det inte är frågan om en brådskande åtgärd eller verksamhet som utförs av den prehospitala akutsjukvården. Dessutom kan ambulanser användas för att transportera en patient som är inskriven vid en verksamhetsenhet till en annan verksamhetsenhet för vård.

Situationen och finansieringsansvaret för den prehospitala akutsjukvården och icke-brådskande flyttransporterna i landskapet Åland har inte granskats i denna beredningsgrupp.

#### **4.1.2. Finansieringsansvaret i nuläget**

I nuläget kommer finansieringen av den prehospitala akutsjukvården från flera kanaler. Kommunerna finansierar den via sjukvårdsdistrikten och dessutom ersätts den delvis av FPA på basis av sjukförsäkringslagen. Ersättningspraxis enligt sjukförsäkringslagen går tillbaka till en tid då verksamheten huvudsakligen gick ut på att transportera patienter till en jourenhet i stället för att ge vård på ort och ställe.

Det har varit svårt att få en uppfattning om de totala kostnaderna för den prehospitala akutsjukvården, särskilt på grund av de olika organisationsalternativen och bokföringslösningarna i servicesystemet. Detta har konstaterats i flera nationella utredningar om den (Kommunförbundet, social- och hälsovårdsministeriet). Enligt statens revisionsverks rapport 2019 bekostar sjukvårdsdistrikten cirka två tredjedelar av kostnaderna för den prehospitala akutsjukvården och en tredjedel består av

reseersättningar från FPA (tabell 1). Den totala kostnaden för den uppskattas vara 300 miljoner euro per år.

Sjukvårdsdistriktens finansieringsansvar för den prehospitla akutsjukvården omfattar i nuläget kostnaderna för ledning, styrning, samordning, planering och upprätthållande av beredskapen samt akutläkarverksamheten och dessutom av kostnaderna för vissa uppgifter som inte ersätts på basis av sjukförsäkringslagen.

På grundval av sjukförsäkringslagen ersätter FPA ambulanstransporter som hör till den prehospitla akutsjukvården och dessutom transporter med läkarhelikoptrar och skärgårdsbåtar enligt separata kriterier. Enligt lagen ersätts kostnader för transport av akutpatienter och även för vissa uppgifter som utförts på ort och ställe, även om patienten inte transporterats. Ersättningen betalas per kund och resa, och FPA betalar den vanligen som en direkt ersättning till tjänsteproducenten. För sjuktransporter med ett sjuktransportfordon kan man av kunden uppbära högst en avgift enligt den taxa som har fastställts i statsrådets förordning om ersättningstaxa för kostnader för sjuktransport (490/2018). För prehospitla akutsjukvård betalar kunden en självrisk på 25 euro enligt sjukförsäkringslagen.

FinnHEMS Oy:s verksamhet baserar sig på ett årligt statligt stöd, och kostnaden för den är för närvarande cirka 28 miljoner euro per år. Sjukvårdsdistrikt med universitetssjukhus finansierar prehospitla akutsjukvård som hör till läkarhelikopterverksamheten tillsammans med de övriga sjukvårdsdistrikten inom specialupptagningsområdet, och den uppskattade kostnaden för den är i dagsläget 7–8 miljoner euro per år. Om patienten transporteras till fortsatt vård med helikopter, ersätter FPA kostnaderna på grundval av sjukförsäkringslagen och den förordning som utfärdats med stöd av den<sup>20</sup>.

Kommunen eller sjukvårdsdistriktet svarar för och finansierar transporten av en kund som är inskriven vid dess verksamhetsenhet för vård i en annan verksamhetsenhet (73 § i hälso- och sjukvårdslagen). Resekostnader med ambulans till hälso- och sjukvårdstjänster ersätts via FPA på basis av sjukförsäkringslagen, om användning av ambulans är motiverad på grund av patientens hälsotillstånd, även om det inte är frågan om prehospitla akutsjukvård.

Tabell 1. Resor som hänförde sig till prehospitla akutsjukvård och till överflyttningar av patienter med ambulans 2020

Färdmedel/ersättningsgrund	Mottagare	Antal resor	Ersättningar (euro)
Ambulans	302 269	475 170	78 195 521
Prehospitla akutsjukvård (en person)	230	234	15 308

<sup>20</sup> Social- och hälsovårdsministeriets förordning om taxan enligt 4 kap. 5 § i sjukförsäkringslagen gällande ersättande av resekostnader för anlitande av specialfordon (1337/2004).

Inställd transport (X-8-situation)	38 711	46 750	5 195 707
Helikopter	522	560	1 553 050
Skärgårdsbåt	145	149	201 405
<b>Totalt antal resor inom den prehospitala akutsjukvården</b>	<b>341 877</b>	<b>522 863</b>	<b>85 160 992</b>
Överflyttningstransport med ambulans	<b>41 176</b>	<b>49 408</b>	<b>13 936 306</b>

#### 4.1.3. Bedömning av finansieringsalternativ

Som finansieringsalternativ för den prehospitala akutsjukvården har beredningsgruppen granskat nuläget och en överföring av hela finansieringsansvaret på den som har organiseringsansvaret, det vill säga de nuvarande sjukvårdsdistrikten och de kommande välfärdsområdena som håller på att bildas.

Åtminstone sedan 2012 har man försökt att reformera finansieringsmodellen för den prehospitala akutsjukvården, och många utredningar har utförts om saken<sup>21</sup>. De olika arbetsgrupperna och utredningarna har kommit fram till liknande lösningsförslag. Delfinansieringen via reseersättningsystemet styr de prehospitala akutsjukvårdsenheterna att sköta transporterna men innehåller inga incitament för att sköta patienterna på ort och ställe eller i stället för transport söka andra ändamålsenliga tjänster för patienten. Den nuvarande finansieringsmodellen stöder inte bästa möjliga verkningsfullhet för denna tjänst och servicesystemets resurser kan inte användas på det mest ändamålsenliga sättet. Om finansieringen av den prehospitala akutsjukvården skulle ändras så att tjänsternas helhet och innehåll samt beredskapen får större vikt i stället för transporten skulle det bättre än den nuvarande finansieringsmodellen främja en målinriktad och ändamålsenlig utveckling av den och antagligen också minska antalet oändamålsenliga transporter. I sin färskaste revisionsberättelse (2019) konstaterar Statens revisionsverk att reformen av systemet för reseersättningar inom sjukförsäkringen för prehospital akutsjukvård bör fortsätta. Lösningar för förändring av finansieringen av den prehospitala akutsjukvården har blivit fördröjda, då de övergripande reformerna av social- och hälsovården och flerkanalfinansieringen inte har blivit genomförda.

<sup>21</sup> [Social- och hälsovårdsministeriet \(2016\): Nationell utredning om verksamheten inom den prehospitala akutsjukvården. Slutrapport. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2016:67 \(på finska\); Valtiontalouden tarkastusvirasto: Ohjauksen vaikutus ensihoitopalvelun toimivuuteen. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 9/2019;](#) [Social- och hälsovårdsministeriet \(2012\): Promemorior av utvecklingsarbetsgruppen för finansiering av prehospital akutsjukvård. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2012:13;](#) [Kommunförbundet: Utredningen över sjukvårdsdistriktens prehospitala akutsjukvård 2016.](#)

**Under beredningsgruppens arbete har den uppfattningen förstärkts att det skulle vara motiverat att överföra hela ansvaret för finansieringen av den prehospitala akutsjukvården till de nuvarande sjukvårdsdistrikten och de kommande välfärdsområdena. Det skulle vara motiverat oavsett vilka lösningar man stannar för i fråga om de övriga reseersättningarna, hela flerkanalsfinansieringen och den övergripande reformen av social- och hälsovården.**

Transportersättningarna inom den prehospitala akutsjukvården som i nuläget kanaliseras via sjukförsäkringslagen och kundernas självrisk bör i sin helhet bli en del av den finansiering som välfärdsområdena (/kommunerna) får. Statens andel av finansieringen av dessa ersättningar, 67 procent, kan överföras till välfärdsområdena. Däremot kan de försäkrades finansieringsandel av sjukvårdsförsäkringen inte överföras till välfärdsområdena, så denna andel, 33 procent, av den nuvarande finansieringen av transportersättningarna inom den prehospitala akutsjukvården bör välfärdsområdena få på något annat sätt, exempelvis från statens medel. Kundernas självrisk bör genomföras i form av en klientavgift, och då kan den räknas in i avgiftstaket för hälso- och sjukvård. Ändringen skulle främja utvecklingen av den prehospitala akutsjukvården som en del av jourssystemet inom hälso- och sjukvården, stärka principen om att tillhandahålla tjänsterna där patienten befinner sig och säkerställa att resurserna används på ett ändamålsenligt sätt. När det gäller hälso- och sjukvårdsresor som sker med ambulans och som inte räknas till prehospital akutsjukvård bör man överväga att överföra ansvaret för genomförandet och finansieringen till samma aktör som får resurserna för prehospital akutsjukvård. Detta är nödvändigt för att säkerställa att medlen används på ett förnuftigt sätt.

## **4.2. Övriga reseersättningar**

### **4.2.1. Nuläge**

En försäkrad har enligt 4 kap. i sjukförsäkringslagen rätt att få ersättning för kostnader för nödvändiga resor i anslutning till sjukdom, graviditet eller förlossning. Ersättning betalas också för resor i anslutning till rehabilitering som ordnats eller ersatts av FPA. Resekostnader för klienter som är inskrivna vid en enhet inom offentlig institutionsvård ersätts inte.

Kostnaderna ersätts för resor till en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård som drivs av staten, en kommun eller en samkommun. Om kommunen eller samkommunen har ordnat sjukvård genom köpta tjänster eller genom att ge den försäkrade en betalningsförbindelse ersätts resekostnaderna till den plats där undersökningen har utförts eller vården getts. Om den försäkrade har valt vårdenhet på basis av 47 eller 48 § i hälso- och sjukvårdslagen ersätts resekostnaderna enligt det vad resan hade kostat till den närmaste undersöknings- och vårdenheten hos en statlig, en kommunal eller en samkommuns verksamhetsenhet inom hälso- och sjukvården. De resekostnader som orsakats en försäkrad som för

vård av en sjukdom besökt en verksamhetsenhet inom den privata hälso- och sjukvården eller en yrkesutövare ersätts endast om undersökningen eller vården ska ersättas enligt sjukförsäkringslagen.

Resekostnaderna ersätts i regel för en resa till närmaste undersöknings- och vårdenhet där den försäkrade kan få nödvändig undersökning och vård i enlighet med sjukförsäkringslagen utan att hans eller hennes hälsotillstånd äventyras. Enligt FPA:s ersättningspraxis ersätts en resa till primärvård högst enligt kostnaderna för en resa till den egna kommunens eller samkommunens huvudhälsocentral. Med huvudhälsocentral avses en sådan hälsovårdscentral som tillhandahåller kommunens eller samkommunens mest omfattande tjänster inom hälso- och sjukvården. En resa till specialiserad sjukvård ersätts högst enligt de kostnader som skulle uppkomma för en resa till närmaste universitetssjukhus. Även när det gäller ersättningar för privat hälso- och sjukvård fastställs närmaste ändamålsenliga vårdenhet enligt denna nivåstrukturering av vården inom den offentliga hälso- och sjukvården. Om den privata vården getts av till exempel en allmänläkare, tandläkare eller fysioterapeut ersätts resekostnaderna högst enligt de kostnader som uppkommer för en resa till den egna kommunens eller samkommunens huvudhälsocentral. Om den försäkrade har anlitat en privat specialistläkare eller en privat specialisttandläkare ersätts resekostnaderna högst enligt de kostnader som uppkommer för en resa till närmaste universitetssjukhus.

Kostnaderna för en försäkrads resa till en icke-brådskande undersökning eller till icke-brådskande vård ersätts högst enligt vad resan skulle ha kostat om den hade påbörjats vid den enligt lagen om hemkommun (201/1994) bestämda bostad i hemkommunen som antecknats i befolkningsdatasystemet. Om den försäkrade inte har hemkommun i Finland anses resan ha påbörjats på den adress där den försäkrade enligt egen uppgift huvudsakligen vistas.

På grundval av sjukförsäkringslagen ersätts resekostnader också för följeslagare och en försäkrads familjemedlem som deltar i vården av den försäkrade samt resekostnader för hembesök som läkare, tandläkare eller i sjukförsäkringslagen avsedda andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården har gjort hos den försäkrade.

Resekostnader ersätts enligt det belopp som resan skulle ha kostat med anlitande av det billigaste tillgängliga färd sättet. Med det billigaste färd sättet avses i första hand resor med anlitande av offentlig, för alla tillgänglig reguljär kollektivtrafik och sådana resor med anlitande av olika trafikmedel vilka kombinerats med kollektivtrafiken genom sammanlänkning, eller servicetrafik eller anropsstyrd kollektivtrafik. Om en försäkrads sjukdom, grava handikapp eller trafikförhållandena förutsätter att specialfordon anlitas ersätts den försäkrades resekostnader enligt kostnaderna för anlitande av specialfordon. Med specialfordon avses egen bil, taxi, fordon med handikapputrustning, minibuss, sjuktransportfordon, motorbåt, snöskoter, helikopter och något annat motsvarande fordon. Den försäkrades rätt att använda specialfordon framgår av ett intyg som utfärdas av hälso- och sjukvården.

Om ett specialfordon används på grund av bristfälliga trafikförbindelser måste den försäkrade själv motivera användningen av specialfordon i ersättningsansökan.

För reseersättningar är självriskandelen för en enkel resa 25 euro. Ersättning betalas dock högst för ett belopp som motsvarar den ersättningstaxa som fastställts som grund för ersättningen. Om resan har gjorts med ett fordon för vilket det inte finns någon fastställd ersättningstaxa, betalas till den försäkrade skäliga kostnader för resan. En försäkrads resekostnader för användning av taxi ersätts dock endast om taxiresan har beställts från en beställningscentral som har ingått avtal om direktersättningsförfarande med FPA. Detta krav tillämpas dock inte om taxiresan beställts på ett område där det inte finns någon sådan beställningscentral.

Om det sammanlagda beloppet av de självriskandelar för ersättningsgilla resor som uppstått under ett och samma kalenderår överstiger den årliga självriskandelen (det s.k. resetaket) på 300 euro, ersätts den överskjutande delen till fullt belopp, dock högst till ett belopp som motsvarar den fastställda ersättningstaxan. Efter att den årliga självriskandelen har uppnåtts skickar FPA till den försäkrade ett kort med uppgift om att självriskandelarna för resorna har uppnåtts. Detta kort ska den försäkrade visa upp för färdtjänstproducenten.

För taxiresor har FPA ett direktersättningsförfarande, vilket betyder att den försäkrade för sin hälso- eller sjukvårdsresa betalar taxin endast självriskandelen och FPA betalar ersättningsandelen i efterhand direkt till taxin. Genom att visa upp ett kort med uppgift om att den årliga självriskandelen uppnåtts för taxichauffören kan den försäkrade resa avgiftsfritt till hälso- eller sjukvård i de så kallade avtalstaxibilarna ända till kalenderårets slut.

I Fastlandsfinland har FPA genom konkurrensutsättning upphandlat de taxiresor som ersätts. På detta sätt har det för varje landskapsområde valts en tjänsteproducent med ansvar för en helhetsservice som omfattar beställningar, förmedling, samordning av resor, skickande av utbetalningsuppgifter elektroniskt till FPA och taxibilisterna. Avtalen mellan FPA och tjänsteproducenterna innehåller bland annat krav på hur snabbt taxin måste vara på den plats till vilken den försäkrade har beställt den. Inom avtalsområdena har FPA genom sina taxiupphandlingar i praktiken ordnat de taxitjänster som ersätts på grundval av sjukförsäkringslagen.

På Åland har FPA ingått fullmaktsavtal med enskilda taxibilister. I dessa fall redovisar bilisten resekostnaderna manuellt till FPA, som betalar bilisten ersättningarna. Att Åland och resten av Finland har avvikande ersättningsförfaranden för användning av taxi beror till stor del på att Åland har egen lagstiftning med bestämmelser om maximipriser för taxiresor, medan det i resten av Finland sedan den 1 juli 2018 inte längre finns några allmänna bestämmelser om maximipriser. Det har inte gjorts några undersökningar om hur skillnaden i ersättningssättet påverkat tillgången till hälso- och sjukvård. Beredningsgruppen känner inte till några särskilda problem med tillgången till vård på Åland.

Till en försäkrad, en följeslagare och en försäkrads familjemedlem som deltar i vården av den försäkrade betalas övernattningspenning, om han eller hon på grund av undersökning eller vård eller av skäl som hänför sig till trafikförhållandena har varit tvungen att övernatta under en resa som ska ersättas eller om den försäkrade på grund av en läkares bedömning av graviditeten har varit tvungen att övernatta i närheten av en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvården. Då förutsätts att övernattningen bevisligen har medfört kostnader för personen i fråga. Övernattningspenning betalas på grundval av kostnaderna, dock högst till ett belopp av 20,18 euro per person och dygn.

För största delen av resorna i samband med hälso- och sjukvård görs ingen ansökan om reseersättning. År 2015 gjordes i Finland cirka 40 miljoner resor i samband med hälso- och sjukvård. För knappt 5 miljoner av dessa resor betalades reseersättning, det vill säga för 13 procent av alla resor. I förhållande till genomförda resor ersattes flest resor i områden med långa avstånd. Den minsta andelen ersatta resor hade Nyland, där avståndet till vårdplatsen vanligen är kort och tillgången på kollektivtrafik är god.<sup>22</sup>

Två tredjedelar, cirka 67 procent, av de utbetalade reseersättningarna gäller resor till eller från specialiserad sjukvård. Enligt en registerstudie<sup>23</sup> utförd vid FPA som gällde ersatta resor 2012 betalades 38 procent av alla reseersättningar för resor till något av de fem universitetssjukhusen. De flesta resorna gjordes till Helsingfors universitetssjukhus. Under undersökningsåret betalades 11 procent av reseersättningarna för resor dit. De flesta av de sjukdomar som reseersättningarna hänförde sig till var tumörer, såsom cancersjukdomar. Reseersättningarna för resor med anknytning till rehabilitering som FPA ordnade under undersökningsåret utgjorde cirka 10 procent av alla reseersättningar. De flesta resorna i samband med rehabilitering hänförde sig till rehabilitering för gravt handikappade<sup>24</sup>, i synnerhet fysioterapi. Den privata sjukvårdens andel av de ersatta resorna var mycket liten, under två procent. Enligt undersökningen hänförde sig sannolikt resten av de ersatta resorna, cirka 20 procent, till primärvårdens öppenvård, det vill säga i praktiken närmast till besök på en hälsovårdscentral.

## 4.2.2. Jämförelse av modellalternativ

### 4.2.2.1. Bedömda modellalternativ och kravet på att bestämmelser ska utfärdas på lagnivå

---

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

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

<sup>24</sup> Med rehabilitering för gravt handikappade avses FPA:s krävande medicinska rehabilitering som regleras i nu gällande lagstiftning (se RP 332/2014 rd).



För ersättningarna för andra resor än överflyttningstransporter inom den prehospitla akutsjukvården och icke-brådskande överflyttningstransporter har beredningsgruppen bedömt två alternativ som skiljer sig från nuläget i fråga om finansieringen. Ett av alternativen är en finansieringsmodell där de försäkrades finansieringsandel i sjukförsäkringen bibehålls, men välfärdsområdet får ansvar för statens finansieringsandel (nedan kallat alternativ SV). Det andra alternativet är ett finansieringssätt där sjukvårdsförsäkringen upphör i fråga om reseersättningarna och finansieringsansvaret för reseersättningarna överförs helt på välfärdsområdena (nedan kallade alternativ HK, HH och HM). För det finansieringsansvar som helt överförs till välfärdsområdena har beredningsgruppen bedömt tre olika sätt att sköta utbetalningen av ersättningarna: i alternativ HK betalar FPA ersättningarna, i alternativ HH sköter välfärdsområdena själva utbetalningen och i alternativ HM betalas ersättningarna av en nationell resecentral som inrättas för ordnande och samordning av resorna och för betalning av ersättningarna<sup>25</sup>. För att ha ett hjälpmedel för bedömningen av alternativen tog beredningsgruppen fram en bedömningstabell för alternativen. Denna tabell har också bifogats denna utredning för att det ska vara lättare att jämföra dem.

I de alternativ där reseersättningarna inte längre finansieras från sjukförsäkringen, måste ersättningen för resor regleras någon annanstans än i sjukförsäkringslagen. Under Sipiläs regeringsperiod beredde social- och hälsovårdsministeriet en ny reselag för överföring av finansieringsansvaret för reseersättningarna på landskapen. Denna beredning avbröts dock, eftersom den då aktuella social- och hälsovårdsreformen och landskapsreformen inte blev av. Under beredningen förblev många frågor outredda, men det skulle vara möjligt att åtminstone delvis utnyttja detta beredningsarbete under den fortsatta beredningen när det gäller de alternativ där finansieringsansvaret överförs till välfärdsområdena.

Bestämmelserna om reseersättningarna i sjukförsäkringslagen uppfyller för sin del kravet på jämlikhet i 6 § i grundlagen genom att de säkerställer att de försäkrade har jämlik rätt att få undersökningar och vård oberoende av bostadsort. I värsta fall kan resekostnaderna vara så höga att de blir ett verkligt hinder för att anlita hälso- och sjukvård och kan därmed äventyra de grundläggande fri- och rättigheterna.<sup>26</sup> För att

---

<sup>25</sup> Beredningsgruppen anser att det i den fortsatta beredningen behöver utredas om den ovan nämnda nationella resecentralen även skulle kunna användas för ordnandet och ersättningen av resorna i samband med hälso- och sjukvård. Att alla offentligt understödda transporter med taxi ska utredas och utvecklas har också krävts av bland annat riksdagen. Riksdagen har i sitt svar (Rsv 34/2021 rd – RP 176/2020 rd) på regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagar om ändring av lagen om transportservice, 155 och 171 § i vägtrafiklagen samt fordonslagen förutsatt att statsrådet utan dröjsmål inleder och genomför ett lagstiftningsprojekt och andra behövliga åtgärder för att utveckla offentligt understödda transporter och lösa de nuvarande utmaningarna i samarbete med branschaktörerna. Beredningsgruppen konstaterar att dess uppdrag inte har innefattat att bedöma reseersättningarna för några andra offentligt understödda transporter än de som regleras i sjukförsäkringslagen. Beredningsgruppen anser dock att det är viktigt att man i den fortsatta beredningen utreder de offentligt understödda resorna och att man till den del det är ändamålsenligt också utvecklar dem på samma gång som i synnerhet taxiskjutsarna.

<sup>26</sup> GrUU 52/2017 rd

dessa krav i grundlagen ska vara uppfyllda även i fortsättningen, bör det även framöver i en lag bestämmas för vilken hälso- och sjukvård kunderna har rätt att få reseersättning och vilken kundens maximala avgiftsandel för dessa resor är. Med maximal avgiftsandel avses här både en maximal avgiftsandel som kunden betalar för en enkelresa och en årlig avgiftsandel, det vill säga det så kallade resetaket, som utgör en övre gräns för kundens avgiftsandel under ett år för ersättningsbara resor som han eller hon gör i samband med hälso- och sjukvård.

#### 4.2.2.2. Konsekvenser för välfärdsområdena

Beredningsgruppen anser det vara nödvändigt att man i den fortsatta beredningen utreder om välfärdsområdena också skulle kunna finansiera sådan verksamhet som de inte har organiseringsansvar för, och om de inte kan det, från vilket system skulle resor i samband med hälso- och välfärd som någon annan än välfärdsområdena ordnar då ersättas i alternativen HK, HH och HM, eller om det vore möjligt att inte alls ersätta dessa resor. I regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 241/2020 rd), som för närvarande behandlas i riksdagen, föreslås att välfärdsområdena ska ha finansieringsansvar endast för sådan verksamhet som de också får organiseringsansvar för. Avsikten är att överföra ansvaret för att ordna den kommunala social- och hälsovården och räddningsväsendet till välfärdsområdena. Välfärdsområdena ska dock inte få organiseringsansvar för till exempel den privata hälso- och sjukvården, högskolestuderandens studerandehälsovård, företagshälsovården och den rehabilitering som FPA ordnar. Om resorna i samband med dessa tjänster skulle finansieras från ett annat system och inte av välfärdsområdena, skulle inte finansieringskällorna för reseersättningarna minska. I alternativ SV finansieras reseersättningarna utöver av välfärdsområdena även med de försäkrades finansieringsandel inom sjukvårdsförsäkringen, så i detta alternativ kan man med de försäkrades finansieringsandel ersätta resor även till hälso- och sjukvård som välfärdsområdena inte ordnar.

I 36 § i grundlagen föreskrivs att FPA övervakas av riksdagen. På grund av FPA:s författningsrättsliga särställning är FPA självständig gentemot ministerierna och statsrådet till exempel vid tolkning av lagstiftning och vid fastställande av ersättningspraxis. I alternativen SV och HK betalas reseersättningarna till kunden av FPA. I dessa alternativ bör man i fråga om detta beakta att ett partiellt (i alternativ SV) eller fullständigt (i alternativ HK) finansieringsansvar för reseersättningarna dock inte skulle ge välfärdsområdena rätt att styra FPA i verkställandet av reseersättningarna. Trots att välfärdsområdena saknar egentlig styrningsrätt kan FPA och välfärdsområdena ingå ömsesidiga avtal om frågor som gäller verkställandet.

Av de ersatta resorna har drygt hälften varit resor i samband med specialiserad sjukvård; för dessa resor betalas cirka två tredjedelar av de utbetalade ersättningarna. Under en del av resorna i samband med specialiserad sjukvård överskrider de nuvarande landskapsgränserna och gränserna mellan de kommande välfärdsområdena, till exempel när resans destination eller startpunkt är ett central- eller universitetssjukhus i ett annat område. Därför är det mycket viktigt att man i den fortsatta beredningen för de alternativ där ersättningen för resor inte längre kommer från sjukförsäkringen och det krävs ny lagstiftning (alternativen HK, HH och HM) preciserar förutsättningarna för ett smidigt genomförande av resor som överskrider områdesgränser. I synnerhet när det gäller alternativ HH, där respektive välfärdsområde ersätter resorna, bör man bedöma till vilka delar genomförandet av reseersättningarna skulle kräva samarbete mellan välfärdsområdena eller till exempel om reseersättningarna borde koncentreras till ett av välfärdsområdena i varje samarbetsområde.

Enligt utkastet till lag om ordnande av social- och hälsovård<sup>27</sup> ska det bildas fem samarbetsområden för den regionala samordningen av social- och hälsovården, och i varje samarbetsområde ska det finnas ett universitetssjukhus. Varje välfärdsområde ska tillhöra ett samarbetsområde. Det är inte möjligt att genom lag tilldela samarbetsområdena uppgifter, eftersom de inte skulle vara självständiga juridiska personer. De välfärdsområden som hör till samma samarbetsområde ska dock genom lag åläggas att komma överens om arbetsfördelning, samarbete och samordning av vissa social- och hälsovårdstjänster och genomförandet av andra uppgifter. De uppgifter som omfattas av denna avtalsskyldighet är sådana där arbetsfördelning, samarbete och samordning inom välfärdsområdena anses vara nödvändiga för att de lagstadgade uppgifterna inom välfärdsområdena ska kunna fullgöras och social- och hälsovårdens kostnadsnyttoeffektivitet tryggas. Lagen om ordnande av social- och hälsovård ska också möjliggöra bestämmelser (till exempel i en lag där man i fortsättningen reglerar reseersättningarna) om att vissa uppgifter ska koncentreras till ett eller flera välfärdsområden, till exempel till ett välfärdsområde i varje samarbetsområde. Ett alternativ vore också att genomföra reseersättningarna så att välfärdsområdena sköter uppgiften genom frivilligt samarbete, antingen genom att frivilligt komma överens om det i samarbetsområdets samarbetsavtal eller genom andra frivilliga former av samarbete mellan välfärdsområdena.

#### 4.2.2.3. Frågan om organiseringsansvaret

Enligt gällande lagstiftning ersätter FPA resekostnader som orsakats försäkrade. Däremot har FPA ingen skyldighet att ordna den försäkrades resa. Enligt sjukförsäkringslagen kan FPA konkurrensutsätta

---

<sup>27</sup> I den lydelse som lagen om ordnande av social- och hälsovård har i regeringens proposition till riksdagen med förslag till lagstiftning om inrättande av välfärdsområden och om en reform av ordnandet av social- och hälsovården och räddningsväsendet samt till lämnande av underrättelse enligt artiklarna 12 och 13 i Europeiska stadgan om lokal självstyrelse (RP 241/2020 rd), som för närvarande behandlas i riksdagen.

dem som tillhandahåller tjänster för samordning av resor samt trafikidkare som idkar beställningstrafik. I 17 landskapsområden i Fastlandsfinland har FPA konkurrensutsatt de taxitjänster som ersätts. I dessa områden måste taxiresorna beställas från en beställningscentral, för att resorna ska kunna ersättas på grundval av sjukförsäkringslagen. I områden där det inte finns någon sådan beställningscentral ersätts i enlighet med sjukförsäkringslagen taxiresorna oberoende av varifrån de beställs. Det nuvarande regleringssättet har ansetts i någon mån vara oklart<sup>28</sup>, och det har diskuterats om det i lagstiftningen borde införas en bestämmelse om att FPA har ansvar för organiseringen av de taxiresor som den ersätter, i nuvarande situation eller i alternativen SV eller HK. Beredningsgruppen har inte ansett det vara ändamålsenligt att bedöma frågan om organiseringsansvar för andra fordon än taxibilar<sup>29</sup>.

Beredningsgruppen bedömer att det i framtiden eventuellt inte överallt i Finland finns marknadsberoende taxibilar tillgängliga, särskilt inte i glesbygden för korta resor i samband med hälso- och sjukvård. Om det då inte heller skulle finnas särskilda taxitjänster ordnade för resor i samband med hälso- och sjukvård, skulle kundens tillgång till hälso- och sjukvård kunna äventyras. Beredningsgruppen anser därför att det är av största vikt att man, oberoende av vem som ersätter dessa resor, i den fortsatta beredningen utreder hur kundens rätt till hälso- och sjukvård bäst kan säkerställas i samband med att det görs en mer omfattande bedömning av behoven att utveckla ersättningen för användning av taxi<sup>30</sup>.

#### 4.2.2.4. Ekonomiska konsekvenser

I alla alternativ som beredningsgruppen bedömde skulle finansieringsansvaret för ersättningarna delvis eller helt överföras till välfärdsområdena. Välfärdsområdena skulle då få ett ekonomiskt incitament att öka samordningen av resor och öka närservice- och distanstjänsterna eller mängden ambulerande tjänster eller åtminstone beakta kostnaderna för ordnandet av dessa tjänster i förhållande till kostnaderna för att ersätta kundernas resor och på detta sätt göra sitt bästa för att verksamheten totalekonomiskt ska vara så förmånlig som möjligt. Den statliga finansieringen för välfärdsområdena är kalkylerad och har allmän täckning, och därmed är det välfärdsområdet som beslutar hur finansieringen

<sup>28</sup> Se [Förbättring av konsument- och kundskyddet i fråga om tjänster som riktar sig till personer. Arbetsgruppens betänkande. Justitieministeriets publikationer, Betänkanden och utlåtanden 2020:3; s. 44-45 \(på finska\).](#)

<sup>29</sup> Till exempel för närvarande organiseras kollektivtrafiken av kommunerna med egen eller statlig finansiering och av företag som drivs på marknadsvillkor utan offentligt stöd. Att organisera öppen kollektivtrafik är emellertid inte en lagstadgad uppgift för kommunerna, och i social- och hälsovårdsreformen ingår inte heller några planer på att det ska bli en uppgift för välfärdsområdena.

<sup>30</sup> Att det finns ett mer omfattande behov av att utvärdera ersättningarna för användning av taxi visar till exempel skrivningarna i regeringsprogrammet för statsminister Sanna Marins regering om att en övergång till ett registreringsförfarande ska utredas och att det ska bedömas hur FPA:s och kommunernas färdtjänster fungerar med tanke på den nya taxilagen samt att behövliga ändringar ska göras. Även riksdagen har i sitt uttalande om en ändring av trafikservicelagstiftningen i ett svar på regeringens proposition förutsatt att statsrådet utan dröjsmål inleder och genomför ett lagstiftningsprojekt och andra behövliga åtgärder för att utveckla offentligt understödda transporter och lösa de nuvarande utmaningarna i samarbete med branschaktörerna (Rsv 34/2021 rd – RP 176/2020 rd). De nämnda skrivningarna och riksdagens uttalande kan anses avse uttryckligen taxitransporter.

ska fördelas. I princip ska detta gälla också de ansvarsområden som överförs genom avveckling av flerkansfinansieringen. Vilka faktorer som ska påverka välfärdsområdenas finansiering behöver bestämmas på nytt efter att det fattats beslut om den finansiering och det organiseringsansvar som ska överföras till välfärdsområdena. Cirka 80 procent av finansieringen baserar sig på det regionala servicebehovet, som Institutet för hälsa och välfärd (nedan också THL) har fastställt i en undersökning. Detta innebär att man i det fortsatta arbetet också bör bedöma om THL:s undersökningar till denna del behöver utvecklas.

Om FPA inte längre skulle delta i betalningen av ersättningar utan ersättningarna skulle betalas via välfärdsområdena eller en nationell resecentral (alternativen HH och HM), skulle nya informationssystem behövas för utbetalningen och administreringen av ersättningarna. I alternativ HM skulle det också uppstå kostnader för att inrätta den nationella resecentralen. Dessa skulle medföra kostnader vars storlek beredningsgruppen i detta skede inte kunnat uppskatta.

För att bygga upp det nuvarande systemet för direktersättningsförfarandet har det i FPA använts cirka 10 000 arbetstimmar. För ersättningen av taxiresor används elektronisk dataöverföring som utvecklades 2007–2010 tillsammans med Suomen taksiliitto. Förfarandet gör det möjligt att med alla system som används inom taxibranschen producera data via enhetliga definitioner av data och gränssnitt. Systemet ger tillgång till omfattande data om alla taxiresor oberoende av kund, landskap eller mätare som används i taxibilarna. För alla kunders resor erhålls detaljerad information, bland annat plats-, tids- och kostnadsuppgifter för resorna. Dessutom använde FPA för utveckling, definition och testning av reseersättningssystemet till exempel 2019–2020 cirka 4 000 arbetstimmar.

Vid ingången av 2022 tar FPA i bruk en teknisk anslutning mellan FPA och beställningscentralerna. Genom anslutningen förmedlas information om kunderna, såsom aktuell information om huruvida kunden uppnått den årliga självriskandelen och därmed inte längre behöver betala några ytterligare självriskandelar för resor. Dessutom förmedlas information om sådant som förbättrar säkerheten i samband med kundens servicebehov, såsom information om vilken assistans och vilka hjälpmedel kunden behöver. Uppgifterna om kunderna finns tillgängliga i samband med beställningen av resorna överallt där kunderna gör resor som FPA ersätter, oavsett område eller tidpunkt då kunderna reser. År 2021 ska FPA för utveckling av detta tekniska användargränssnitt använda cirka 5 000 arbetstimmar.

Det uppskattas att FPA:s administrativa kostnader för reseersättningarna uppgår till 5,7 miljoner per år.

När det gäller de alternativ som kräver planering och byggande av nya system vore det viktigt att avsätta tillräckligt med tid och resurser för en eventuell fortsatt beredning. Övergångstiden bör vara tillräckligt lång och under den bör det nuvarande reseersättningssystemet fungera fullständigt, eftersom kunderna måste ha tillgång till vård utan avbrott.

FPA:s beslut om reseersättningar får överklagas hos besvärsnämnden för social trygghet (SAMU) och vidare hos försäkringsdomstolen. I de alternativ där FPA skulle delta i ersättningen av resor (alternativen HH och HM) skulle överklaganden prövas hos en förvaltningsdomstol. Denna förändring skulle öka de administrativa kostnaderna, eftersom behandlingar av ärenden vid en förvaltningsdomstol och i högsta förvaltningsdomstolen har uppskattats vara dyrare än behandlingar hos SAMU och en förvaltningsdomstol.

#### **4.2.2.5. Konsekvenser för kunderna**

Vilka konsekvenser de olika alternativen har för kunderna beror till stor del på bland annat hur ersättandet och till exempel beställningen av en taxi kommer att gå till i praktiken. Enbart sättet att finansiera ersättningarna kan i sig inte förväntas orsaka några betydande förändringar för kunderna, så i alternativen SV och HK skulle reseersättningarna sannolikt se likadana ut som idag. I de alternativ där resorna ersätts av välfärdsområdena själva eller en nationell resecentral beror konsekvenserna för kunderna nästan helt på hur utbetalningen av ersättningarna och till exempel beställningen av taxitjänsterna ordnas.

## 5. Rehabilitering

### 5.1. Inledning

Syftet med medicinsk rehabilitering är att förbättra och upprätthålla en persons fysiska, psykiska och sociala funktionsförmåga och att stödja honom eller henne med att klara av sin livssituation och sina dagliga göromål.

I Finland finns det flera anordnare av medicinsk rehabilitering. Sjukvårdsdistrikten och kommunerna ordnar för sina invånare de nödvändiga medicinska rehabiliteringstjänsterna på grundval av hälso- och sjukvårdslagen. FPA i sin tur ordnar krävande medicinsk rehabilitering och ersätter rehabiliterande psykoterapi i enlighet med lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005).

Dessutom ersätts medicinsk rehabilitering av olycksfallsförsäkrings- och trafikförsäkringsanstalterna och Patientförsäkringscentralen. Statskontoret ordnar rehabilitering för frontveteraner. Även företagshälsovården och Studenternas hälsovårdsstiftelse tillhandahåller psykoterapi som en del av medicinsk rehabilitering.

Beredningsgruppen för rehabilitering behandlade tre alternativ för att ordna FPA:s medicinska rehabilitering och för att ersätta FPA:s rehabiliterande psykoterapi:

1. Nuläget, där FPA ordnar krävande medicinsk rehabilitering och ersätter rehabiliterande psykoterapi, förblir oförändrat.
2. Den krävande medicinska rehabiliteringen och/eller den rehabiliterande psykoterapin förblir hos FPA på så sätt att finansieringsansvaret överförs till välfärdsområdena, som beslutar om utbudet av tjänster, kriterier och utveckling av den krävande medicinska rehabiliteringen. Besluten om tjänsterna fattas som tidigare av FPA.
3. Ansvaret för att ordna krävande medicinsk rehabilitering och/eller rehabiliterande psykoterapi överförs i sin helhet till välfärdsområdena.

Som en del av beredningsgruppens arbete genomfördes våren 2021 två enkätundersökningar. Den första enkäten riktades till beredningsorganisationerna för de kommande välfärdsområdena (nedan Enkät riktad till välfärdsområdena 2021), och genom den tog man reda på vilka uppfattningar de som bereder social- och hälsovårdsfrågorna för de kommande välfärdsområdena har om de olika alternativ som finns för att ordna och producera de medicinska rehabiliteringstjänsterna i fortsättningen. Enkäten besvarades av 14 av de 21 välfärdsområdena. Den andra enkäten riktades till de nuvarande sjukvårdsdistrikten (nedan Enkät riktad till sjukvårdsdistrikten 2021). Enkäten besvarades av 15 av de 21

sjukvårdsdistrikten. Genom enkäten tog man reda på hur sjukvårdsdistrikten för närvarande ordnar den medicinska rehabiliteringen (fysio-, ergo-, psyko- och talterapitjänsterna) samt antalet klienter och kostnaderna. Dessutom tog man reda på vilka andra rehabiliteringstjänster som ordnats. Resultaten av enkäterna används i konsekvensbedömningen.

Beredningsgruppen för rehabilitering har beskrivit nuläget och bedömt konsekvenserna ur olika synvinklar. Detta är en sammanfattning av de tematiska bakgrundspromemorior som arbetsgruppen tog fram.

## 5.2. FPA:s rehabilitering

FPA ordnar och ersätter yrkesinriktad rehabilitering, krävande medicinsk rehabilitering, rehabiliterande psykoterapi och enligt prövning annan yrkesinriktad eller medicinsk rehabilitering enligt lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) (tabell 2). En person har rätt till rehabilitering som omfattas av FPA:s skyldighet att ordna rehabilitering, när villkoren i lagen är uppfyllda. Hur stora medel som ska användas för rehabilitering enligt prövning fastställs årligen i samband med att statsbudgeten godkänns. En del av medlen för denna rehabilitering används för forsknings- och utvecklingsverksamhet som gäller rehabilitering.

I denna rapport behandlas endast FPA:s krävande medicinska rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi.

Tabell 2. Mottagare av och kostnader för FPA:s rehabilitering 2019

Mottagare av och kostnader för FPA:s rehabilitering 2019		
Rättslig grund för rehabiliteringen	Mottagare	Kostnader för rehabiliteringstjänsten (euro)
Totalt	134 010	374 490 702
Yrkesinriktad rehabilitering	27 499	34 859 731
Krävande medicinsk rehabilitering	35 502	202 620 228
Rehabiliterande psykoterapi	50 392	87 349 132
Rehabilitering enligt prövning	26 752	49 780 225

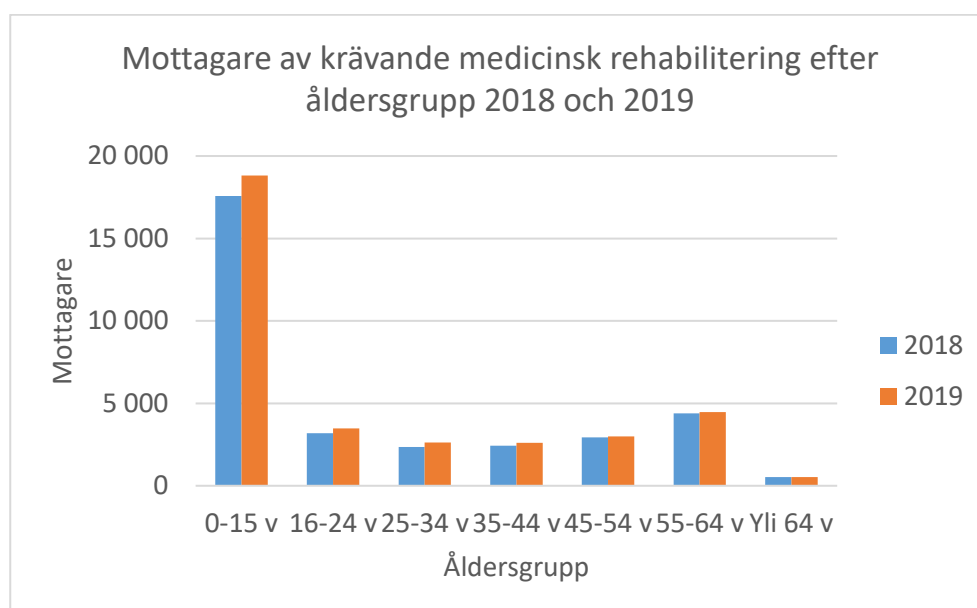


### 5.2.1. Krävande medicinsk rehabilitering

Som krävande medicinsk rehabilitering ordnar FPA både terapi och multiprofessionella, intensiva rehabiliteringstjänster på individbasis. Som terapier ordnas fysio-, bassäng-, ergo-, tal-, ridnings-, musik- och psykoterapi samt neuropsykologisk rehabilitering. Som multiprofessionell individuell rehabilitering ordnas individuell rehabilitering för personer som har syn- och hörselskador, neurologiska sjukdomar, ryggmärgsskador, sjukdomar i rörelseorganen, reumatiska sjukdomar och allmänna sjukdomar. Dessutom ordnas rehabiliterings- och anpassningsträningkurser. Kurser ordnas för både barn och vuxna. Terapierna ordnas som öppen rehabilitering, medan den multiprofessionella individuella rehabiliteringen och kurserna huvudsakligen ordnas som rehabiliteringsperioder vid en rehabiliteringsinrättning. Rehabilitering kan också ordnas som distansrehabilitering eller som en kombination av rehabilitering som kräver närvaro och distansrehabilitering.

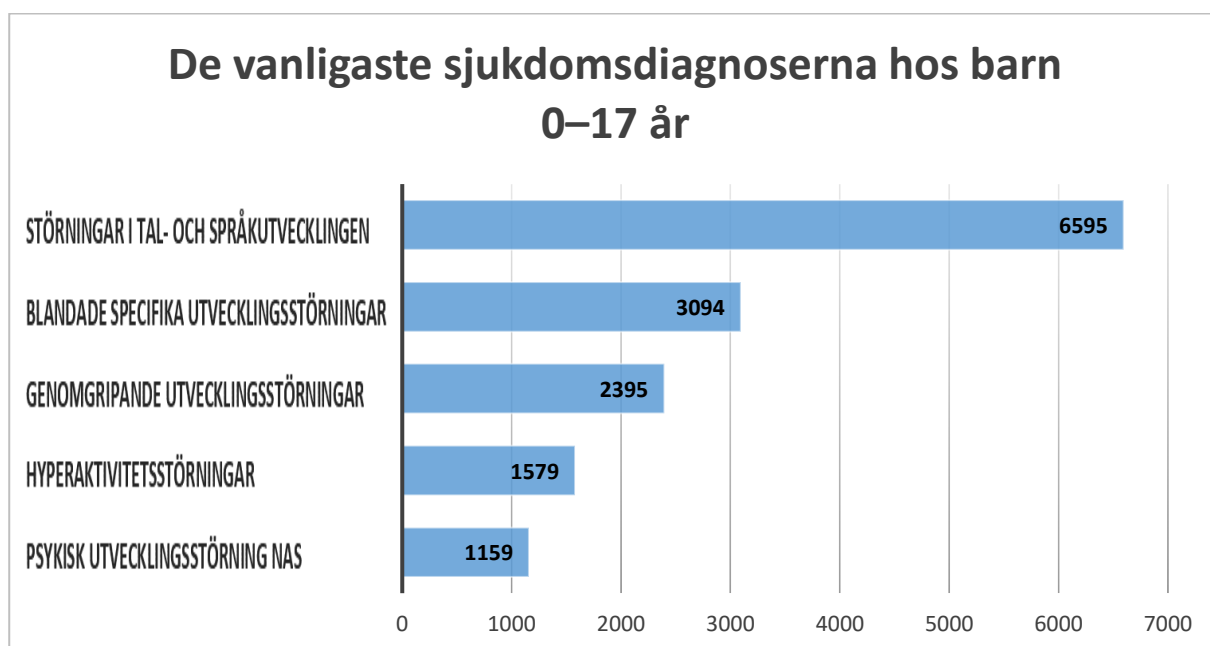
De flesta som får medicinsk rehabilitering är barn och unga under 16 år (figur 1).

Figur 1. Mottagare av FPA:s krävande medicinska rehabilitering 2018 och 2019

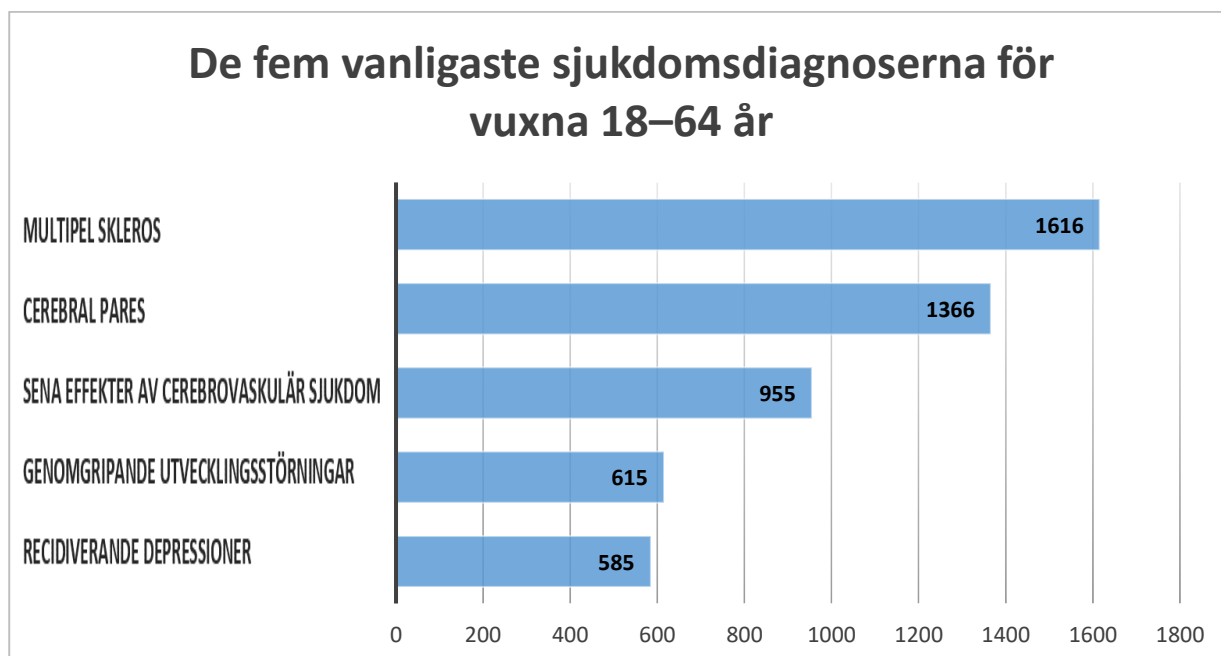


Den största enskilda mottagargruppen är barn som inleder sin skolgång och som har störningar i den psykiska utvecklingen. Barnen har olika störningar i tal- och språkutvecklingen och blandade specifika utvecklingsstörningar (figur 2 och 3). Den vanligaste terapin för barn är talterapi, men barn beviljas ofta två eller flera terapier samtidigt, till exempel fysio- och ergoterapi.

Figur 2. De vanligaste sjukdomsdiagnoserna för 0–17-åringar som FPA beviljade krävande medicinsk rehabilitering 2020



Figur 3. De vanligaste sjukdomsdiagnoserna för 18–64-åringar som FPA beviljade krävande medicinsk rehabilitering 2020



En annan stor mottagargrupp är vuxna som befinner sig i slutet av arbetslivet och som plötsligt har insjuknat eller fått en skada (figur 1). Till denna målgrupp hör dessutom vuxna klienter som har en svår funktionsnedsättning exempelvis på grund av en medfödd skada eller svår sjukdom. Vuxna klienter har

mest neurologiska sjukdomar, såsom MS och andra neurologiska sjukdomar (figur 2 och 3). Dessutom är cerebrovasculära sjukdomar en stor grupp. Vuxna beviljas oftast fysio- och ergoterapi samt intensiva multiprofessionella perioder på individbasis.

Krävande medicinsk rehabilitering ska basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan som är förenlig med god rehabiliteringspraxis. En person under 65 år som inte är i offentlig slutenvård har rätt att få med god rehabiliteringspraxis förenlig krävande medicinsk rehabilitering för att klara av arbete, studier eller andra vardagssysslor samt för att vara delaktig. Rehabiliteringsbehovet måste vara i minst ett år. Personen måste vara försäkrad i enlighet med sjukförsäkringslagen (1224/2004).

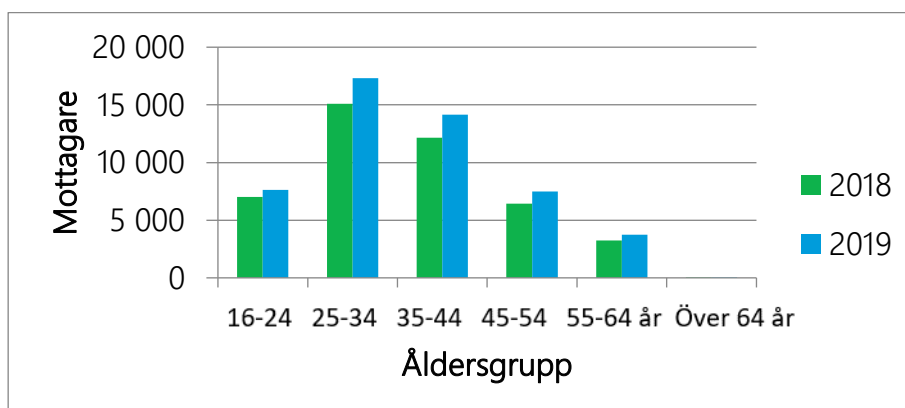
Ett villkor för beviljande av förmånen är att aktivitetsbegränsningen eller delaktighetsinskränkningen är så stor att den medför betydande svårigheter för personen att klara av vardagssysslor och vara delaktig i hemmet, i studier, i arbetslivet eller i andra livssituationer utanför den offentliga slutenvården. Vid bedömningen av behovet av rehabilitering ska övergripande hänsyn tas till faktorer som påverkar personens funktionsförmåga och som avser det medicinska hälsotillståndet, kroppsstruktur och kroppsfunktioner, aktiviteter, delaktighet samt personliga faktorer och omgivningsfaktorer.

FPA ordnar inte medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvård. FPA ordnar inte heller som rehabilitering sådan verksamhet som enbart har ett terapeutiskt syfte.

### 5.2.2. FPA:s rehabiliterande psykoterapi

FPA ersätter ändamålsenlig rehabiliterande psykoterapi i syfte att stödja eller förbättra 16–67-åriga försäkrades arbets- eller studieförmåga, om en mental störning som konstaterats och diagnostiserats på behörigt sätt hotar den försäkrades arbets- eller studieförmåga. Personen måste vara försäkrad i enlighet med sjukförsäkringslagen (1224/2004). Den största mottagargruppen är unga förvärvsarbetande eller studerande vuxna (figur 4). År 2019 beviljades rehabiliterande psykoterapi mest till personer med diagnosen depression.

Figur 4. Mottagare av rehabiliterande psykoterapi 2018 och 2019



Ett villkor för att rehabiliterande psykoterapi ska ersättas är att personen efter att den mentala störningen konstaterades har fått tillbörlig vård som varat minst tre månader. Rehabiliterande psykoterapi ska grunda sig på en individuell bedömning av behovet och lämpligheten av rehabilitering samt en skriftlig rehabiliteringsplan som upprättats vid den hälso- och sjukvårdsenhet som ansvarar för rehabiliteringsklientens vård och som innehåller ett utlåtande av en specialistläkare i psykiatri.

Ersättning för rehabiliterande psykoterapi betalas i högst tre år. Ersättning för rehabiliterande psykoterapi betalas för högst 80 besök under ett år och för högst 200 besök under tre år. Av särskilda skäl kan ersättning beviljas för en ny period på högst tre år tidigast fem år efter det att den föregående perioden upphörde.

Rehabiliterande psykoterapi ersätts som individuell terapi, gruppterapi, familjeterapi, parpsykoterapi, bildkonstterapi eller musikterapi. Rehabiliterande psykoterapi kan ges av terapeuter vars behörighet FPA har fastställt och vars uppgifter har införts i FPA:s register över tjänsteproducenter som tillhandahåller rehabilitering.

För närvarande har invalidpensioneringsfrekvenserna klart börjat öka efter att en lång tid ha utvecklats i rätt riktning. Förändringen gäller särskilt invalidpensioner som beviljats på grund av psykisk ohälsa. I fjol var mentala störningar och beteendestörningar orsak till fler invalidpensioner än sjukdomarna i rörelseorganen och är för närvarande den vanligaste grunden för invalidpension. Den största enskilda orsaken till invalidpension är depression. Hos unga har mentala störningar och beteendestörningar redan tidigare varit den främsta anledningen till invalidpension. Med tanke på sysselsättningsmålen kan det vara problematiskt att avskaffa det lagstadgade ersättningssystemet för den nationellt styrda rehabiliterande psykoterapin.

### **5.2.3. Organisering och produktion av tjänster**

Med undantag av rehabiliterande psykoterapi och neuropsykologisk rehabilitering enligt prövning anskaffar FPA de tjänster som den ordnar enligt lagen om offentlig upphandling och koncession (1397/2016) genom ett öppet förfarande. Rehabiliteringstjänsterna anskaffas vanligtvis genom ramavtal för perioden på fyra år.

Med avvikelse från FPA:s övriga rehabiliteringstjänster ordnar eller upphandlar FPA inte rehabiliterande psykoterapi. FPA ersätter rehabiliterande psykoterapi i enlighet med statsrådets förordning om ersättningsnivån för rehabiliterande psykoterapi (1469/2015). Upphandlingen av terapeuter som tillhandahåller rehabiliterande psykoterapi görs genom ett bekräftelseförfarande, varvid FPA kontrollerar terapeuternas behörighetsuppgifter och godkänner dem som serviceproducenter.

FPA genomför ett försök med registreringsförfarande 2021–2023<sup>31</sup>. I registreringsförfarandet fastställer FPA för produktionen av tjänsten villkoren för serviceproducenten och tjänsten samt den ersättning som ska betalas för tjänsten. Alla serviceproducenter som uppfyller FPA:s registreringsvillkor kan registrera sig i ett registreringssystem, varefter FPA godkänner serviceproducenterna för rehabiliteringstjänsten i fråga.

### **5.3. Medicinsk rehabilitering inom hälso- och sjukvården**

I 29 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) finns bestämmelser om medicinsk rehabilitering. Kommunen ska ordna medicinsk rehabilitering i anslutning till sjukvård av patienter. Kommunen ansvarar för planeringen av patientens medicinska rehabilitering så att rehabiliteringen bildar en funktionell helhet tillsammans med den vård som behövs. Behovet av medicinsk rehabilitering samt rehabiliteringens mål och innehåll ska anges i en individuell, skriftlig rehabiliteringsplan. Kommunen ansvarar dessutom för styrningen och övervakningen av rehabiliteringsservicen och utser vid behov en kontaktperson för patienten.

Kommunen är inte skyldig att ordna rehabilitering om det med stöd av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner är FPA som ska ordna rehabilitering. Kommunen ska emellertid ordna den medicinska rehabilitering som anges i rehabiliteringsplanen när det inte tydligt går att påvisa vem som ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för rehabiliteringen. Om det ändå hör till FPA att ordna och bekosta rehabiliteringen ska den ersätta kommunen för rehabiliteringskostnaderna.

Kommunerna inom samma samkommun för ett sjukvårdsdistrikt ska göra upp en plan för ordnande av hälso- och sjukvård, och i denna plan ska det överenskommas om samarbetet mellan kommunerna, om målen för verksamheten för främjande av hälsa och välbefinnande och vem som svarar för verksamheten, om ordnandet av hälso- och sjukvårdstjänster, om tjänster som gäller jour, bilddiagnostik och medicinsk rehabilitering och om det samarbete som behövs mellan aktörerna inom primärvården, den specialiserade sjukvården, socialvården, barndagvården, läkemedelsförsörjningen och andra områden (hälso- och sjukvårdslag 34 §). De fem sjukvårdsdistrikt som är huvudmän för ett universitetssjukhus ska ha hand om planeringen och samordningen av krävande medicinsk rehabilitering samt krävande rehabiliteringsundersökning (statsrådets förordning om arbetsfördelning och centralisering av vissa uppgifter inom den specialiserade sjukvården 582/2017).

---

<sup>31</sup> [Information om registreringsförfarandet på FPA:s webbplats \(på finska\)](#)

Sjukvårdsdistrikten och kommunerna har beskrivit sina medicinska rehabiliteringstjänster och regionala förfaranden i separata guider och i beskrivningar av vårdkedjor. Dessa finns tillgängliga på sjukvårdsdistriktens webbplats och på webbplatsen Terveysportti. I en enkät riktad till sjukvårdsdistrikten 2021 undersöktes omfattningen, mängden och kostnaderna för de rehabiliteringstjänster som sjukvårdsdistrikten och kommunerna ordnar. Sjukvårdsdistrikten kunde dock inte ta reda på dessa uppgifter inom den begärda tiden. Inte heller THL:s statistik om rehabiliteringen är heltäckande. Statistikföringen varierar från region till region, och det finns ingen tillförlitlig regional eller nationell statistik.

Vårdplaneringssystemet och dess strukturer stöder inte registreringen av uppgifter och det är inte möjligt att på ett enhetligt sätt få statistisk information från olika regioner. Rehabilitering ordnas ofta som en del av annan vård, och det är sällan möjligt att skilja rehabiliterande verksamhet från vård eller förebyggande verksamhet. På grund av den stora variationen i statistikföringen kan inga slutsatser dras om produktionen av rehabiliteringstjänster inom hälso- och sjukvården eller dess omfattning i olika regioner. Registerdata ger inte heller någon helhetsbild av hur rehabiliteringskedjan mellan primärvården och den specialiserade sjukvården fungerar, och inte heller av läget i fråga om de klienter som behöver sektorsövergripande rehabiliteringstjänster.

### 5.3.1. Tjänster

I hälso- och sjukvårdslagen ingår inga exakta bestämmelser om den medicinska rehabiliteringens innehåll eller genomförande. Enligt förarbetena till lagen ska den medicinska rehabiliteringen följa god rehabiliteringspraxis<sup>32</sup>.

Till medicinsk rehabilitering hör rådgivning och handledning som gäller rehabilitering, utredning av patientens funktions- och arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov och en rehabiliteringsundersökning genom vilken patientens rehabiliteringsmöjligheter utreds. Dessutom ordnas terapier som ska förbättra och upprätthålla funktionsförmågan, såsom fysio-, ergo-, psyko- och talterapi, samt andra behövliga rehabiliteringsfrämjande åtgärder, hjälpmedelstjänster och anpassningsträning. Vidare ordnas multiprofessionella rehabiliteringsperioder på en avdelning, i rehabiliteringscenter och som öppen rehabilitering. Medicinsk rehabilitering ansikte mot ansikte kompletteras med olika former av distansrehabilitering.

I en enkät riktad till sjukvårdsdistrikten 2021 utreddes de rehabiliteringstjänster som sjukvårdsdistrikten ordnar. Av sjukvårdsdistrikten hade 11 av 15 en avdelning för krävande medicinsk rehabilitering och 14 av 15 en rehabiliteringsundersökningspoliklinik. Baserat på resultaten i enkäten kan det konstateras att i

---

<sup>32</sup> Se RP 90/2010 rd, s. 129.

en stor del av sjukvårdsdistrikten ordnades en mängd olika terapier och andra rehabiliteringstjänster. På grund av ofullständig statistikföring finns ingen exakt statistik över antalet mottagare av dessa terapier. Av svaren att döma tillhandahåller sjukvårdsdistrikten mest fysioterapitjänster i alla åldersgrupper. Däremot verkar det som om ergoterapi- och talterapitjänsterna används främst i tjänster för barn. Svaren från de frivilliga samkommunerna för social- och hälsovård tyder på att dessa tillhandahåller rehabiliteringstjänster tillhandahålls jämnare för alla åldersgrupper.

Psykoteraپیbehandling och -rehabilitering överlappar delvis varandra till innehåll – båda syftar till att främja, bevara och förbättra klientens hälsa och funktionsförmåga. Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) har kommunerna skyldighet att ordna psykoteraپی som en del av sjukvård och rehabiliterande psykoteraپی till den del som den inte ankommer på FPA. Enligt hälso- och sjukvårdslagen omfattar mentalvårdsarbete 1) handledning och rådgivning inom hälso- och sjukvården i fråga om de faktorer som skyddar och hotar den psykiska hälsan och, vid behov, psykosocialt stöd till individen och familjen, 2) verksamhet för att samordna det psykosociala stödet till individen och samhället i akuta och traumatiska situationer, 3) mentalvårdstjänster, med vilket avses undersökning, behandling och medicinsk rehabilitering i samband med psykiska störningar. I 4 § i centraliseringsförordningen (planering och samordning av den regionala helheten) finns bestämmelser inte bara om krävande medicinsk rehabilitering och rehabiliteringsundersökning utan också om utvärdering av psykoteraپیutiska och psykosociala metoder och upprätthållande av kompetensen i fråga om dem.

### **5.3.2. Organisering och produktion av tjänster**

Sjukvårdsdistrikten/kommunerna anskaffar rehabiliteringstjänsterna både genom egen produktion och genom ett öppet förfarande eller direktupphandling enligt lagen om upphandling och koncession (1397/2016) eller med servicesedlar enligt lagen om servicesedlar inom social- och hälsovården 569/2009.

På sjukvårdsdistriktens område eller i specialupptagningsområdena har gemensamma inköpscentraler eller så har sjukvårdsdistrikten egna upphandlingsenheter tillsammans med vilka rehabiliteringsexperter fastställer innehållet i den rehabiliteringstjänst som upphandlas och övriga krav relaterade till rehabiliteringstjänsten. Rehabiliteringstjänster upphandlas vanligtvis genom ramavtal för flera år i taget. Sjukvårdsdistriktet och områdets kommuner upphandlar mycket ofta rehabiliteringstjänster tillsammans. Upphandlingar relaterade till medicinsk rehabilitering görs också i samarbete i inom specialupptagningsområdena.

För de medicinska rehabiliteringstjänsterna, till exempel terapier, har sjukvårdsdistrikten delvis övergått till servicesedlar. För servicesedlarna utarbetas en regelbok som beskriver serviceproducentens och servicebeställarens rättigheter och skyldigheter, klientens ställning och tjänstens innehåll.

Enligt enkäten riktad till sjukvårdsdistrikten (2021) producerade sjukvårdsdistrikten fysio- och ergoterapi huvudsakligen som en tjänst som tillhandahålls av dem själva eller av kommunen. Talterapijästerna ordnades som sjukvårdsdistriktets eller kommunens egen produktion, men jämfört med fysio- och ergoterapi var det en aning vanligare att de anskaffades genom köpta tjänster.

Psykoterapi ordnade kommunerna och sjukvårdsdistrikten själva eller så anskaffades de genom köpta tjänster. Knappt hälften anskaffades genom ett anbudsförfarande eller servicesedlar. De sjukvårdsdistrikt som besvarade enkäten ordnade knappt alls någon psykoterapi för personer över 65 år.

### 5.3.3. Psykoterapeuternas tillräcklighet

Psykoterapeut är en skyddad yrkesbeteckning inom hälso- och sjukvården. Yrkesbeteckningen får användas av personer som har avlagt den examen som krävs för att få använda den. Tillstånds- och tillsynsverket för social- och hälsovården (Valvira) inför på ansökan personer som har avlagt utbildningen i centralregistret över yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

I Valviras register finns mer än 8 000 psykoterapeuter<sup>33</sup>, av vilka 5 256 finns i FPA:s register över serviceproducenter. Det finns stora regionala skillnader i fördelningen av psykoterapeuterna och i deras inriktning på psykoterapiform, och utbudet av psykoterapeuter är koncentrerat till huvudstadsregionen, vilket innebär att klienterna inte har lika tillgång till tjänster. Det finns särskilt brist på svenskspråkiga psykoterapeuter. Distansrehabiliteringen i realtid har dock bidragit till att minska den regionala ojämlikheten.

Psykoterapeututbildning är en utbildning som deltagarna själva bekostar, vilket påverkar antalet psykoterapeuter, deras arvoden och deras benägenhet att arbeta främst som egenföretagare.

I alla specialupptagningsområden (framtida samsamarbetsområden) ges för närvarande dessutom kortare utbildningar i metoder som används vid kortvariga interventioner avsedda för förebyggande av mentala störningar och för tidig vård (psykosociala metoder).

Om det finns tillräckligt med psykoterapeuter bör bedömas senare i alla tre alternativ.

## 5.4. Utkomsten under rehabilitering

Försäkrade har rätt till rehabiliteringspenning om vissa villkor föreskrivna i lag uppfylls. Bestämmelser om den rehabiliteringspenning som FPA beviljar finns i lagen om Folkpensionsanstaltens

---

<sup>33</sup> Den 5 mars 2021 fanns totalt 8 489 psykoterapeuter.



rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner. Enligt denna lag beviljas rehabiliteringspenning för rehabilitering som FPA ordnar, för rehabilitering som ges med stöd av 29 § i hälso- och sjukvårdslagen och 12 och 14 § i lagen om företagshälsovård (1383/2001), för den anpassningsträning som avses i 8 § 1 mom. i lagen om service och stöd på grund av handikapp (380/1987) och för familjerehabilitering enligt barnskyddslagen (417/2007), lagen angående specialomsorger om utvecklingsstörda (519/1977) eller lagen om missbrukarvård (41/1986).

En person som deltar i rehabilitering som en kommun eller samkommun ordnar kan få rehabiliteringspenning, om det är frågan om en rehabilitering enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen och rehabiliteringen är nödvändig för att personen ska kunna hålla sig kvar i arbetslivet, återvända till arbetslivet eller komma ut i arbetslivet. Under akut rehabilitering kan en person få sjukdagpenning.

En 16–67-årig person som deltar i FPA:s rehabilitering har rätt till rehabiliteringspenning för sin försörjning, om rehabiliteringen varar minst fyra timmar med resor och de facto hindrar klienten från att arbeta eller få utkomst för hela eller en del av dagen. När det gäller rehabiliteringspenning för unga beaktas inte rehabiliteringens varaktighet, utan om personen är förhindrad att utföra sitt huvudsakliga arbete.

Bland dem som får krävande medicinsk rehabilitering finns det också många som är under 16 år som inte uppfyller ålderskravet för rehabiliteringspenning. En förälder till personen kan dock ha rätt till den rehabiliteringspenning som är avsedd för anhöriga eller till specialvårdspenning. De som får rehabiliteringspenningen för anhöriga under tiden barnet får krävande medicinsk rehabilitering ingår inte i ovanstående tabell.

År 2019 betalade FPA rehabiliteringspenning till sammanlagt 99 personer som deltog i krävande medicinsk rehabilitering (tabell 3). Största delen av dem deltog i multiprofessionell individuell rehabilitering. Åren 2018–2020 fick ingen av dem som deltog i krävande medicinsk rehabilitering rehabiliteringspenningen som partiell rehabiliteringspenning.

Tabell 3. Mottagare av rehabiliteringspenning för krävande medicinsk rehabilitering 2019

Mottagare av rehabiliteringspenning, betalade förmåner och dagliga kostnader under perioder med krävande medicinsk rehabilitering 2019				
Lag och åtgärd	Mottagare	Betalade förmåner (euro)	Ersatta dagar	Kostnader per åtgärd och dag (euro)
Krävande medicinsk rehabilitering	99	71 967	1 343	53,59
Multiprofessionell individuell rehabilitering	85	55 303	946	58,46
Kurser enligt sjukdomsgrupp	12	4 388	89	49,30
- rehabiliteringskurser	9	2 915	71	41,06
- anpassningsträning	3	1 472	18	81,80
- neuropsykologisk rehabilitering	1	4 575	146	31,33
- ingen information	7	7 702	162	47,54

År 2020 betalades rehabiliteringspenning till åtta personer på grundval av ett beslut som getts om krävande medicinsk rehabilitering och som gällt rehabiliterande psykoterapi.

FPA:s krävande medicinska rehabiliteringstjänster är avgiftsfria för mottagarna av tjänsterna. När det gäller hälso- och sjukvårdstjänster finns en självriskandel för somatiska tjänster riktade till vuxna (tabell 4). Avgiftstaket för klientavgifterna inom hälso- och sjukvården är 683 euro/år. Kommunen kan besluta att införa lägre avgifter än dessa eller tillhandahålla en tjänst avgiftsfritt. Mentalvårdstjänsterna och tjänsterna för personer under 18 år är gratis.

Tabell 4. Självriskandelar

Kostnader för klienter som får medicinsk rehabilitering per gång		
Rehabilitering	FPA:s rehabilitering (euro)	Sjukvårdsdistrikt/kommuner (euro)
Krävande medicinsk rehabilitering		
- barn	Ingen självrisk	Ingen självrisk
- vuxna	Ingen självrisk	Självrisk 11,40 e högst 45 gånger/år för serievård  Självrisk högst 16,90 e för rehabilitering vid inrättning/vård dag <sup>34</sup>
Psykoterapi	Ersättning 22,71–95,87 e/besök <sup>35</sup> , självrisk i medeltal 27,30 e	Ingen självrisk

## 5.5. Bedömning av konsekvenser

### 5.5.1. Nuläget förblir oförändrat

#### 5.5.1.1. Författningsrättsliga synpunkter på alternativen

Rehabiliteringstjänsterna uppfyller för sin del 19 § 3 mom. i grundlagen (731/1999) som kräver att tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster ska tillhandahållas. FPA:s krävande medicinska rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi är i egenskap av individuella subjektiva rättigheter tryggade i 21 § i grundlagen. 22 § i grundlagen begränsar det allmännas möjligheter att försäkra nivån på medborgarnas rättsskydd. Grundlagsutskottet har i sin tolkningspraxis ansett att beslut om specificerade subjektiva rättigheter omfattas av 21 § 1 mom. i grundlagen och att det ska vara möjligt att söka ändring i beslutet. I princip kräver dock inte 19 § i grundlagen att tjänster måste tryggas i lag som specificerade subjektiva rättigheter, utan överlåter detta till lagstiftarens prövning.

Om nuläget bibehålls krävs inte för tjänster som överförs något nytt övervägande med tanke på grundlagen. Det kan dock inverka negativt även på tillgången till tjänster. Att ansvaret för att ordna

<sup>34</sup> [Förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården 912/1992](#)

[Information om klientavgifterna inom social- och hälsovården på social- och hälsovårdsministeriets webbplats](#)

<sup>35</sup> Ersättningen varierar beroende på terapityp. [Mer information om ersättningarna på FPA:s webbplats \(på finska\).](#)

tjänsterna är uppdelat på flera aktörer kan innebära att en persons tillgång till en tjänst som han eller hon har rätt till kan försvåras eller fördröjas. Alternativet kräver därför aktiva åtgärder för att utveckla samarbetet mellan aktörerna, servicehandledningen och kartläggningen av klientens situation. Å andra sidan kan nuläget med mångfalden av aktörer, där ansvaret för serviceutbudet inte har koncentrerats till en aktör, säkerställa att de tillgängliga tjänsterna är mångsidiga, till gagn för klienten.

När det gäller subjektiv rätt har grundlagsutskottet ansett att även bestämmelserna om villkoren för rättigheter eller förmåner som i högre grad är beroende av prövning i sig kan utgöra ett tillräckligt exakt underlag för att det ska uppstå ett förhållande mellan individen och det allmänna som kan betraktas som en rättighet. Dessutom, även när 21 § 1 mom. i grundlagen inte kräver att det finns rätt att söka ändring, kan skyldigheterna i paragrafens 2 mom. om garantier för god förvaltning tala för att det bör finnas rätt att söka ändring.

För de tjänster som överförs bör man hellre överväga att införa mer omfattande rättsskyddsmedel för rehabiliteringstjänsterna inom den offentliga hälso- och sjukvården än begränsa det nuvarande rättsskyddet. Det bör dock beaktas att till exempel rehabilitering i direkt anslutning till sjukvård efter en operation kan kräva ett vårdbeslut för att trygga klientens tillgång till vård vid rätt tidpunkt.

#### **5.5.1.2. Konsekvenser för finansieringen**

Om nuläget bibehålls kvarstår risken för negativ inverkan på incitamenten, då välfärdsområdena inte skulle ha finansieringsansvar för den rehabilitering som FPA ordnar eller ersätter. Denna negativa inverkan på incitamenten kan till exempel leda till suboptimering, för lite tidigt stöd eller avbrott i servicekedjorna. Ett bevarat nuläge innebär också att tyngdpunkten i den samlade vården och rehabiliteringen förblir på FPA:s rehabiliteringar.

Alternativet innebär inte några väsentliga förändringar av självriskandelar och klientavgifter.

#### **5.5.1.3. Konsekvenser för organiseringen och produktionen av rehabiliteringstjänster**

Organiseringen och produktionen av rehabiliteringstjänsterna bedömdes med avseende på FPA:s och välfärdsområdets verksamhet och tjänsteproduktion.

Alternativet att bevara nuläget innebär inte några betydande förändringar i FPA:s eller välfärdsområdets verksamhet. För välfärdsområdena innebär alternativet inte att personalresurserna behöver ökas eller nya organisationer skapas. De privata tjänsteproducenterna fortsätter på samma rehabiliteringsmarknad och på motsvarande sätt som i nuläget.

Styrkorna i den nuvarande praxisen är att det för den rehabilitering som FPA har organiserings- och ersättningsansvar för finns ett enhetligt tjänsteutbud och enhetliga tjänstebeskrivningar samt upphandlingar som centraliserats på riksnivå. Finansieringen skulle vara så kallad öronmärkt för rehabilitering. Av svaren i enkäten riktad till välfärdsområdena 2021 framgick att välfärdsområdena anser att FPA har en betydande forskningsverksamhet och goda kvalitetssäkringsmetoder. Forskningen och utvecklingsarbetet visar vägen även för arbetet med att rikta in och utveckla de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. Det framfördes också att FPA har lång erfarenhet av produktifiering och kvalitetssäkring. I fråga om psykoterapin påpekades att FPA har en viktig nationell samordningsuppgift.

De som besvarade enkäten 2021 ansåg att åldersgränsen 65 år inom ordnandet av krävande medicinsk rehabilitering är en utmaning – under övergångsperioden bland annat i fråga om klientavgifterna. Respondenterna nämnde också den långsamma processen för ansökan om rehabilitering och att välfärdsområden inte kommer att få ett helhetsgrepp över tjänsterna. Även de olika anordnarnas tjänster med olika kriterier ansågs besvärliga med tanke på styrningen. De framtida välfärdsområdena angav som en utmaning att tjänsteproducenterna verkar på samma konkurrensutsatta rehabiliteringsmarknad. Respondenterna ansåg att detta eventuellt kan inverka på den regionala tillgången på tjänsteproducenter. Å andra sidan påpekade de också att det även i dagsläget finns regionala skillnader i tillgången på tjänster.

När det gäller detta alternativ bör man också beakta att nuläget inte är stabilt – även det nuvarande systemet och kunskapsunderlaget för rehabiliteringen kan utvecklas gemensamt. I detta alternativ skulle man kunna utveckla samarbetet mellan välfärdsområdena och FPA, till exempel genom att införa den direktbeslutsmodell som FPA håller på att utveckla. Ett direktbeslut innebär att klienten får rehabiliteringsbeslutet omedelbart vid hälsovårdsmottagningen, utan separat ansökan eller läkarutlåtande. Det officiella beslutet får klienten från FPA:s system senare. I denna modell fattas besluten snabbare och beslutsfattandet blir lättare. Även det registreringsförfarande som FPA utvecklat skulle kunna användas i större omfattning.

#### **5.5.1.4. Konsekvenser för tjänsterna inom rehabiliterande psykoterapi**

Det kan ske kvantitativa förändringar i den nuvarande psykoterapiverksamheten som FPA, sjukvårdsdistrikten och kommunerna ordnar, om användningen av terapeutiska psykoterapier inom primärvården ökar som ett resultat av utvecklingsarbetet i programmet Framtidens social- och hälsocentral.

För närvarande består psykoterapeuternas arbete huvudsakligen av FPA:s rehabiliteringsterapier, och tillgången till psykoterapier som genomförs inom områdenas offentliga servicesystem som egen tjänst eller genom upphandling är dålig. Dessutom uppmuntrar systemet kommunerna till suboptimering, där

den vård som kommunen har skyldighet att ordna inte utvecklas. En följd av detta är att vården fördröjs. En minskning av antalet specialistläkare i psykiatri skulle öka belastningen på servicesystemet särskilt på grund av arbetet med utlåtandena.<sup>36</sup> Å andra sidan är en diagnos av mentala störningar och sjukdomar alltid en förutsättning för vård- och rehabiliteringsåtgärder. Syftet med ett utlåtandearbete av nuvarande slag är att säkerställa ändamålsenliga vårdrelationer och rehabiliteringar.

I enkäten riktad till välfärdsområdena 2021 nämndes i fråga om bevarandet av nuläget som positiva faktorer den öronmärkta finansieringen och den enhetlighet som den nationella verksamheten garanterar. Som negativa faktorer ansågs bland annat följande: "outsourcing" av vården till FPA, felaktig styrning av de totala resurserna till långa psykoterapier, ett stelbent system för klienten och rehabiliteringens lösryckthet från vården och processerna för yrkesinriktad rehabilitering.

Klientens självriskandelar skulle dessutom i vissa fall kunna inverka på om klienten söker sig till rehabiliterande psykoterapi. Alla har inte samma möjlighet att komma i åtnjutande av FPA:s psykoterapi. Studerande, personer i låginkomststyrken, ensamförsörjare och föräldrar till många barn befinner sig oftast i en situation där självriskandelen är för stor, vilket kan leda till att man blir tvungen att ordna den rehabiliterande psykoterapin inom de offentliga mentalvårdstjänsterna. Om klienten har rätt till utkomststöd kan självriskandelen för FPA:s rehabiliterande psykoterapi beaktas vid beräkning av stödet.

#### **5.5.1.5. Konsekvenser för barnens tjänster**

När rehabiliteringen utvecklas är det med tanke på barnens rättigheter av stor vikt att man ser till att deras rätt att få behövlig rehabilitering tryggas och att alla barn i enlighet med Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter har lika tillgång till rehabiliteringstjänster vid rätt tidpunkt, oberoende av behovet av rehabilitering, barnets familjebakgrund, inkomstnivå eller bostadsort. Det är viktigt att samordna det sektorsövergripande samarbetet kring rehabilitering, och innehållet i rehabiliteringstjänsterna måste kunna skräddarsys så att de samlade tjänsterna motsvarar barnets och familjens individuella behov.

I lagstiftningen skyddas i dag barnens och ungdomarnas rätt till rehabilitering genom en subjektiv rättighet, som bidrar till att trygga barnets starka rätt till rehabilitering. Den nu gällande hälso- och sjukvårdslagen kräver att kommunen eller samkommunen ordnar de medicinska rehabiliteringstjänsterna så att de till innehåll och omfattning motsvarar behovet av rehabilitering i kommunen.

En utmaning i nuvarande situation är att ansökan om FPA:s rehabilitering kräver mycket tid och resurser av familjen, eftersom det finns mycket byråkrati kring ansökningarna. Byråkratin kan vara mycket

---

<sup>36</sup> En prognos visar att antalet psykiatriker kommer att minska från cirka 900 till cirka 600 personer år 2030.

belastande för föräldrarna. Å andra sidan ger rehabiliteringsplanen, som utarbetas tillsammans med barnet och föräldrarna samt en multiprofessionell arbetsgrupp, familjen möjlighet att påverka rehabiliteringen. Rehabiliteringsplanen ger också tjänsteproducenten viktig information för rehabiliteringen. Men en annan utmaning i nuläget är att det finns brister i samordningen av och samarbetet kring barnets och familjens servicehelhet, och det är inte möjligt att till alla delar skapa smidiga servicehelheter. Utmaningarna i den nuvarande praxisen kan hanteras bland annat genom att se över lagstiftningen och utveckla systemen och samarbetsrutinerna.

Barnets tillgång till social- och hälsovård och rehabiliteringstjänster beror i många avseenden på föräldrarnas förmåga att uppfatta behov av vård och rehabilitering relaterade till barnets tillväxt och utveckling liksom förmåga att föra serviceprocessen framåt. Kravet på jämlikhet i fråga om medicinsk rehabilitering förutsätter att även barn vars föräldrar inte aktivt orkar främja sina barns ärenden eller inte har förmåga till det har faktisk tillgång till rehabiliteringstjänster. Inte heller familjens ekonomiska frågor får utgöra hinder för att ett barn eller en ung person ska få rehabilitering. Klientavgifter eller självriskandelar för tjänster måste bedömas med hänsyn till att barn har en särskilt utsatt ställning.

När det gäller tidigt stöd och social- och hälsovårdstjänster för barn och familjer främjas tillgången och tillgängligheten under innevarande regeringsperiod bland annat genom statsunderstödsprojekt inom Programmet för utveckling av barn- och familjetjänster (LAPE-förändringsprogrammet) och i mentalvårdsstrategin. I det utvecklingsarbete inom LAPE-programmet som gäller familjecentraler stärks rutinerna för tidigt stöd, vård och rehabilitering inom social- och hälsovårdstjänsterna på basnivå. I de projekt som har koppling till mentalvårdsstrategin stärks ungdomarnas tillgång till psykosocialt stöd och stödets genomslagskraft, till exempel genom att införa evidensbaserade arbetsmetoder exempelvis inom elevhälsan. Utvecklingsåtgärderna kan också bidra till att behovet av intensiv vård och rehabilitering minskar. Även FPA har utvecklat tillgången till sina egna tjänster genom att utveckla bland annat en direktbeslutsmodell och sättet att fatta rehabiliteringsbesluten.

#### **5.5.1.6. Konsekvenser för rättigheter och tjänster för funktionshindrade i arbetsför ålder**

Rättigheterna för personer med funktionsnedsättning har definierats i konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 27/2016). Enligt konventionens artikel 26 om rehabilitering ska konventionsstaterna vidta effektiva och ändamålsenliga åtgärder, bl.a. genom kamratstöd, för att göra det möjligt för personer med funktionsnedsättning att uppnå och vidmakthålla största möjliga oberoende, full fysisk, mental, social och yrkesmässig förmåga samt fullt inkluderande och deltagande i livets alla aspekter. I det syftet ska konventionsstaterna organisera, förstärka och utsträcka heltäckande habiliterings- och rehabiliteringsstöd och habiliterings- och rehabiliteringsprogram, särskilt på områdena hälsa, sysselsättning, utbildning och social service.

För närvarande pågår många reformer som syftar till att förbättra tjänsterna och tillgången till dem. I handlingsplanen för 2020–2022 för reformering av rehabiliteringen<sup>37</sup> ingår bland annat fastställande av enhetliga grunder för tillgång till rehabilitering och reformering av grunderna för tillhandahållande av rehabiliteringshjälpmedel. Genom dessa åtgärder förenhetligas rehabiliteringsrutinerna i de befintliga rehabiliteringstjänsterna.

Delegationen för rättigheter för personer med funktionsnedsättning VANE (2017; nedan VANE)<sup>38</sup> och Handikappforum (2019)<sup>39</sup> har genomfört enkätundersökningar om rättigheterna för personer med funktionsnedsättning och överlag om rehabiliteringstjänsterna. I enkäterna specificerades inte rehabiliteringstjänsterna enligt anordnare.

De som besvarade Handikappforums enkät angav som problem i det nuvarande systemet särskilt minskningen av de öppna tjänsterna och den allt sämre tillgången till rehabilitering vid inrättningar. Det är särskilt svårt för personer med funktionsnedsättning som är äldre än 65 år att få rehabilitering. I svaren konstaterades också att det finns brister i kunskapen om rehabiliteringssystemet, både hos dem som använder tjänsten och inom hälso- och sjukvården. Respondenterna hade felaktiga uppfattningar, vilket kan tolkas som att myndigheternas handledning är bristfällig.

Enligt VANE:s rapport var tillgången till rehabiliteringstjänster sämre än till hälso- och sjukvårdstjänster. Respondenterna var särskilt oroliga på grund av sparmålen för rehabiliteringen, de otillräckliga resurserna och minskningen av mängden rehabilitering. Processen för ansökan om rehabilitering ansågs vara besvärlig, byråkratisk och frustrerande. Att ansökan om rehabilitering alltid måste göras på nytt trots att det inte skett några förändringar i funktionsförmågan och att ansökningsprocessen kräver mycket kunskap, färdigheter och energi nämndes av flera respondenter som missförhållanden. Man ansåg att det finns risk för att de som har den svåraste situationen av denna anledning blir utan tjänster.

I en registerstudie vid FPA (2020)<sup>40</sup> undersöktes hur den lagändring om krävande medicinsk rehabilitering som trädde i kraft vid ingången av 2016 har inverkat på inriktningen av rehabiliteringen. I samband med lagändringen slopades rehabiliteringens koppling till utbetalningen av en handikappförmån med minst förhöjt belopp, och den sökandes funktionsförmåga började bedömas ur ett övergripande perspektiv med beaktande av delområdena i ICF-klassifikationen. Resultaten visade att det

---

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

<sup>38</sup> [VANE:s enkät om förverkligandet av rättigheterna för personer med funktionsnedsättning 2017 \(på finska\).](#)

<sup>39</sup> [Handikappforums enkätresultat, arbetsgruppen tjänster 2019; Vammaisten ihmisoikeudet edellyttävät yksilöllistä palveluiden toteuttamista](#)

<sup>40</sup> [Inverkan av lagändringen gällande krävande medicinsk rehabilitering på inriktningen av rehabiliteringen. Registerstudie av rehabiliteringsbeslut åren 2014, 2016 och 2017. FPA, Social trygghet och hälsa: rapporter 23/2020 \(på finska\).](#)



blev lättare att få rehabilitering särskilt för personer med diagnosen psykisk sjukdom eller syndrom eller beteendestörning och som inte uppfyller kriterierna för en handikappförmån till förhöjt belopp eller högsta belopp. I synnerhet andelen barn och unga med en diagnos som hör till gruppen genomgripande utvecklingsstörningar ökade, medan ändringen ledde till en ökning av avslagen på ansökningar om särskilt handledningsbesök och rehabilitering vid inrättning. Detta förklarar delvis de erfarenheter som respondenterna nämnde i Handikappforums enkät om minskad rehabilitering vid inrättningar. Målgruppen för FPA:s krävande medicinska rehabilitering blev större, och samtidigt flyttades tyngdpunkten i denna rehabilitering till bland annat barn och unga. Om ett system av nuvarande slag bibehålls, kan det bli nödvändigt att bedöma om det behövs ändringar i lagstiftningen, bland annat i fråga om den grupp som anses behöva FPA:s krävande medicinska rehabilitering.

## **5.5.2. FPA ordnar och välfärdsområdena finansierar**

### **5.5.2.1.Författningsrättsliga synpunkter på alternativet**

I det alternativ där FPA ordnar rehabiliteringen, men finansieringsansvaret överförs till välfärdsområdena, måste hänsyn tas till FPA:s författningsrättsliga ställning. FPA är en självständig offentligrättslig inrättning vars verksamhet på grundval av 36 § 1 mom. i grundlagen övervakas av fullmäktige som riksdagen väljer. FPA:s genom grundlagen tryggade självständiga ställning kan ha en begränsande effekt på sätten att förverkliga detta alternativ. För närvarande finansierar staten i regel de förmåner som betalas av FPA. FPA:s författningsrättsliga särställning har ansetts förhindra staten från att administrativt styra FPA och från att utfärda bindande föreskrifter och anvisningar. Denna aspekt kommer följaktligen också att begränsa välfärdsområdets möjligheter att påverka FPA:s verksamhet. I detta hänseende kan styrning på något annat sätt än genom lagstiftning vara problematisk. I lagberedningen bör man också beakta bestämmelserna i grundlagen. För alternativet kan till exempel en delegation eller något annat samarbetsorgan övervägas.

### **5.5.2.2.Konsekvenser för finansieringen**

I detta alternativ har överföringen av finansieringsansvaret till välfärdsområdena beskrivits för både en begränsad överföring (a) och en omfattande överföring (b). I båda alternativen förblir organiseringsansvaret hos FPA och därmed även ersättningsandelen och klienternas självriskandel. FPA ansvarar fortfarande för utvecklingen av tjänsternas innehåll.

#### **a. Statens finansieringsandel överförs till välfärdsområdena**

Utgångspunkten i detta alternativ kan anses vara att statens andel av finansieringen av tjänsterna i fråga, 197,4 miljoner euro, blir en del av välfärdsområdenas finansiering med allmän täckning och de försäkrades finansieringsandel, 97,3 miljoner euro, förblir oförändrad och samlas in genom

sjukförsäkringspremier. Överföringen av statens finansieringsandel till välfärdsområdena är jämförelsevis okomplicerad, och finansieringsandelen skulle kunna allokeras som finansiering med allmän täckning till områdena via det finansieringssystem som föreslås i samband med social- och hälsovårdsreformen.

Att organiseringsansvaret förblir hos FPA betyder i praktiken att välfärdsområdet genom sin allmänna finansiering blir finansieringsansvarig för tjänster på vars organisering och utveckling den har begränsat inflytande, till exempel genom ett samarbetsorgan. FPA fakturerar välfärdsområdena enligt faktiska prestationer och därmed beror välfärdsområdenas möjligheter att påverka på vilka samarbetsstrukturer som genomförs.

Å andra sidan internaliserar finansieringsansvar effektivt kostnaderna för åtgärder. Välfärdsområdet får ett incitament att försöka använda även andra, eventuellt mer kostnadseffektiva metoder, såsom tjänster i ett tidigare skede, för att uppnå mål.

I detta alternativ bibehålls eller ökar flerkanalsfinansieringen, då finansieringen går en omväg via statsandelar och välfärdsområdena till FPA och de försäkrades finansieringsandel förblir oförändrad.

#### **b. Statens och de försäkrades finansieringsandel överförs i sin helhet**

Ett annat alternativ är att överföra hela finansieringsansvaret (294,7 miljoner euro) till välfärdsområdena. Detta motsvarar 11,6 procent av sjukvårdsförsäkringens utgifter<sup>41</sup>. Detta kräver att sjukförsäkringspremierna sänks och att motsvarande finansiering samlas in av staten eller välfärdsområdet på något annat sätt (till exempel genom beskattning). Detta påverkar fördelningen av avgifterna, med andra ord för vissa höjs skatten, för andra sänks den jämfört med nuläget.

Flerkanalsfinansieringen minskar och penningflödet blir tydligare när sjukförsäkringspremierna faller bort. Välfärdsområdenas inflytande på organiseringen av tjänsterna är dock lika begränsat som i det föregående alternativet, eftersom organiseringsansvaret förblir hos FPA.

Med tanke på välfärdsområdenas ekonomiska incitament är alternativ b tydligare och minskar suboptimeringen kraftigare än alternativ a. Detta beror på att sjukvårdsförsäkringens andel av kostnaderna kvarstår i alternativ a, vilket kan förvränga till exempel välfärdsområdenas incitament när de ska välja verksamhetssätt, till exempel när det gäller incitament för tidigt ingripande.

Själva överföringen av finansieringsansvaret skulle sannolikt inte föra med sig någon förändring som skulle kräva betydande kostnader under övergångsskedet eller betydande nya informationssystem. Ur denna synvinkel skulle de operativa, ekonomiska och juridiska processerna i samband med själva

---

<sup>41</sup> Med hänsyn till EU-ersättningarna.

organiseringen av verksamheten sannolikt utgöra en viktigare helhet. För det valda alternativets del bör dessa faktorer granskas mer detaljerat i det fortsatta arbetet.

### **5.5.2.3. Konsekvenser för organiseringen och produktionen av tjänster**

I detta alternativ är samarbetet mellan de kommande välfärdsområdena och FPA viktigt. Samarbetet kan stödjas exempelvis genom att grunda ett samarbetsorgan, såsom en delegation eller en nationell styrgrupp, som får i uppgift att planera tjänsteutbudet och prioriteringarna i utvecklingen av rehabiliteringen.

Genom ett samarbetsförfarande skulle man kunna bevara och utveckla de verksamhetsformer som i dagens läge är väletablerade och har konstaterats fungera väl, dela med sig av kunskap och smidigare komma överens om utvecklingsriktningar. Till exempel FPA:s beskrivningar av rehabiliteringstjänsterna och de kanaler som kan utnyttjas vid utveckling av verksamhet skulle kunna bibehållas. Dessutom bör man beakta att FPA:s forskning ger information om tjänster som utvecklats i utvecklingsprojekt, om god praxis, om forskningsresultat och framöver även om rehabiliteringens genomslag. I alternativet kan den allmänna tillgängligheten för FPA:s forskningsdata samt implementeringen av de resultat som erhålls i utvecklings- och forskningsarbete tryggas, eftersom forskningsdata kommer att finnas tillgängliga på samma sätt som i nuläget tack vare FPA:s organiseringsansvar.

I och med att samarbetet intensifieras kan välfärdsområdena påverka prioriteringarna i utvecklings- och forskningsarbetet via en delegation eller frivilliga avtalsförfaranden. I detta alternativ kan man effektivare än i nuläget bidra till att den samlade rehabiliteringen blir enhetlig, då välfärdsområdet kommer att ha ett starkare direkt ekonomiskt intresse av att påverka rehabiliteringen som helhet.

På riksnivå har FPA och hälso- och sjukvården samarbetat vid fastställande av ansvar för olika gemensamma vård- och rehabiliteringsvägar, till exempel för sällsynta sjukdomar, ryggmärgsskador och rehabilitering vid mental ohälsa.

De privata tjänsteproducenterna fortsätter med sin verksamhet på ovan beskrivna sätt, men välfärdsområdena finansierar tjänsterna. FPA kan centraliserat sköta konkurrensutsättningar och avtal som rör rehabiliteringstjänsterna, och ett registreringsförfarande kan användas i lämpliga tjänster. I detta alternativ kan man utveckla samarbetet mellan välfärdsområdena och FPA, till exempel genom att som i alternativ 1 införa den direktbeslutsmodell som FPA håller på att utveckla.

Tabell 5. Konsekvenser av de olika alternativen för organiseringen och produktionen av FPA:s krävande medicinska rehabiliteringstjänster<sup>42</sup>

Alternativ	Alternativ 1: Nuläget bibehålls	Alternativ 2: FPA ordnar och välfärdsområdena finansierar	Alternativ 3: Välfärdsområdena ordnar och finansierar
Klientbeslut	FPA	FPA	Välfärdsområdet
Tjänstebeskrivningar	FPA	FPA	Välfärdsområdet
Upphandling av tjänster och avtal	FPA	FPA	Välfärdsområdet
Tjänsteutbud, kriterier och utveckling	FPA	Samarbetsorgan för välfärdsområdena och FPA	Välfärdsområdet
Uppföljning	FPA	Samarbetsorgan för välfärdsområdena och FPA	Välfärdsområdet

De som besvarade enkäten riktad till välfärdsområdena 2021 påpekade att modellen kräver nationella grunder för tillgången. Social- och hälsovårdsministeriet har tillsatt en arbetsgrupp för att utarbeta grunder för hänvisning till medicinsk rehabilitering. Arbetsgruppen inledde sitt arbete våren 2021. Välfärdsområdena tog i sina svar upp att en gemensam finansieringsbas kan förenhetliga tillgången och utjämna utbudet av tjänsteproducenter, vilket kan ge välfärdsområdena incitament att förbättra sitt eget utbud, beroende på hur finansieringen styrs. En del av respondenterna resonerade också kring FPA:s möjlighet att vara den som i sista hand säkerställer kvaliteten. Å andra sidan upplevde en del att det finns en motsägelse i att den som har finansieringsansvaret inte har ansvar för organiseringen och att denna modell inte är möjlig.

I alternativ 2 bör man i ett eventuellt fortsatt arbete inte bara uppmärksamma de finansiella utgångspunkterna och uppföljningen av hur finansieringen används utan också bland annat definitionen av tjänsterna, fastställandet av ansvarsfördelningen samt planeringen och implementeringen av samarbetsförfarandet.

Med alternativet kan det vara möjligt att inverka positivt på utvecklingslösningarna för tjänsterna, eftersom klienten även framöver har rätt till FPA:s tjänster, men genom finansieringsansvaret kan välfärdsområdet få ett incitament att utveckla till exempel lågtröskeltjänsterna och tjänsterna för tidigt ingripande samt verksamhetsmodellerna för välfärdsområdet så att det blir möjligt att minska behovet av tyngre rehabiliteringstjänster.

<sup>42</sup> I ett eventuellt fortsatt arbete kan det bli nödvändigt att bedöma kartläggningen av ansvarsområden och skyldigheter i aktörernas samarbete och alternativa samordningsätt.

#### **5.5.2.4.Konsekvenser för tjänsterna inom rehabiliterande psykoterapi**

Enligt den enkätundersökning som utfördes våren 2021 ansåg man i en beredningsorganisation för ett välfärdsområde att en partiell överföring av finansieringen ökar möjligheten att öka skapa en gemensam helhetsresurs. Å andra sidan ansågs det sannolikt att enbart en ändring av finansieringsmodellen inte kommer att leda till att verksamhetsmodellerna utvecklas. Modellen kräver en mer detaljerad utredning. Den ansågs inte heller som sådan uppmuntra till att rikta rehabiliteringsresurser till snabb, planerad och kostnadsnyttoeffektiv rehabilitering. En negativ konsekvens som nämndes var att det finns risk för att man inom välfärdsområdet flyttar resurser till annat arbete.

Arbetsfördelningen mellan FPA och kommunerna förändras inte i alternativet. Det kan ske kvantitativa förändringar i den nuvarande psykoterapiverksamheten som FPA, sjukvårdsdistrikten och kommunerna ordnar, när användningen av terapeutiska psykoterapier inom primärvården ökar som ett resultat av utvecklingsarbetet i programmet Framtidens social- och hälsocentral.

Alternativet har delvis samma konsekvenser för tillgången till psykoterapeuter och organiseringen av tjänster som alternativ 1.

#### **5.5.2.5.Konsekvenser för barnens tjänster**

Om välfärdsområdet får fler möjligheter att påverka innehållet i FPA:s medicinska rehabiliteringstjänster, kan det utveckla tjänsterna till exempel så att dessa bättre motsvarar de regionala behoven och stöder ett helhetsinriktat angreppssätt i fråga om rehabilitering och stöd. Det kan finnas bättre möjligheter för en utveckling av tjänsterna som utgår från klienterna och som stöder en förflyttning av fokus till tidigt stöd, om finansieringsansvaret inte är fördelat på flera aktörer. Jämfört med nuläget kan dock denna på välfärdsområden baserade lösning leda till ojämlikhet, om barnens tillgång till behövlig rehabilitering skiljer sig mellan områdena. I det fortsatta arbetet bör modellen för genomförandet av alternativet preciseras så att konsekvenserna för barn kan bedömas mer ingående. Att barnens rättigheter tillgodoses bör säkerställas i alla genomförandealternativ.

#### **5.5.2.6.Konsekvenser för rättigheter och tjänster för funktionshindrade i arbetsför ålder**

Det arrangemang där FPA behåller en del av ansvaret för rehabiliteringen av personer som har en funktionsnedsättning, men finansieringen kommer från välfärdsområdet kan påverka smidigheten i rehabiliteringen. I detta alternativ är det möjligt att välfärdsområdena ökar och förbättrar de tidiga rehabiliteringstjänsterna och FPA:s roll minskar. Å andra sidan kommer det även framöver att finnas personer som behöver krävande medicinsk rehabilitering. Det är möjligt att denna modell möjliggör

bättre utveckling av tjänster och lika tillgång i landet, när tjänsterna organiseras i nära samarbete mellan FPA och välfärdsområdena. Det är också möjligt att byråkratin i ansökningsprocessen kan minskas med detta alternativ.

Personer med funktionsnedsättning bibehåller i detta alternativ sin rätt att få krävande medicinsk rehabilitering. I modellen kan välfärdsområdet och FPA bättre än för närvarande komma överens om rehabiliteringstjänsterna och deras innehåll och se till att tjänsterna stöder varandra bättre. Dessutom kan det vara nödvändigt att bedöma om det finns behov av ändringar i lagstiftningen om FPA:s krävande medicinska rehabilitering, bland annat avseende inriktningen av rehabiliteringen.

### **5.5.3. Välfärdsområdena ordnar och finansierar**

#### **5.5.3.1. Författningsrättsliga synpunkter på alternativet**

I detta kapitel behandlas överföringen i enlighet med uppdraget utifrån utgångspunkterna för en överföring. Arbetsgruppens uppdrag kan inte bedömas enbart med avseende på tjänsterna utan det är viktigt att beakta klientens lagstadgade rättigheter och konsekvenserna för dem när man överväger lagstiftningslösningar. Lagstiftaren har dock rätt att ändra lagstiftningen som den önskar, det vill säga en möjlig lagstiftningslösning är också att avskaffa de aktuella rehabiliteringstjänsterna.

Om man stannade för en lagstiftningslösning som inte längre skulle trygga rätten till krävande medicinsk rehabilitering eller rehabiliterande psykoterapi som subjektiva rättigheter, skulle den omedelbara följden vara att nivån på rättsskyddet i efterhand blir lägre för dem som hör till målgrupperna. Dessutom skulle deras rätt till rehabilitering inte längre på motsvarande sätt vara tryggad i lag. Propositionen om reformen av social- och hälsovården håller på att behandlas av riksdagen, och det finns inte ännu någon information om dess konsekvenser för kvaliteten på eller tillgången till tjänster. Enligt propositionen ska välfärdsområdet planera och genomföra social- och hälsovården så att den till innehåll, omfattning och kvalitet svarar mot kundernas behov. Tjänsterna ska tillhandahållas jämlikt, i form av samordnade tjänstehelheter och nära kunderna med beaktande av befolkningens behov i välfärdsområdet. Trots detta innebär avskaffandet av rättigheter en förhöjd risk för att personer de facto berövas den tjänst som de behöver. Denna risk kan eventuellt undvikas om välfärdsområdena före avskaffandet ordnar de nya medicinska rehabiliteringstjänsterna. Avskaffandet kan därefter genomföras på ett mer kontrollerat och informerat sätt. En övergång till behovsbaserad tillgång till tjänster kan krympa det tillgängliga tjänsteutbudet. Å andra sidan kan det förenkla och strömlinjeforma hanteringen av ärenden och göra det möjligt att producera och utveckla tjänsterna på ett mer kostnadseffektivt sätt.

22 § i grundlagen begränsar det allmännas möjligheter att försäkra nivån på individens rättsskydd. FPA:s beslut om rehabiliterande psykoterapi och krävande medicinsk rehabilitering är förvaltningsbeslut

som kan överklagas. Klagomåls- och anmärkningsförfarandena har inte ansetts vara rättsskyddsmedel av motsvarande nivå.

Om de nuvarande besluten som FPA fattar om ersättning för krävande medicinska rehabiliteringstjänster och rehabiliterande psykoterapi överfördes som överklagbara, skulle det leda till en situation där man på ett hållbart sätt måste kunna motivera skillnaderna i nivån på individernas rättsskydd i välfärdsområdets verksamhet, om man inte samtidigt stärker rättsskyddsmedlen i efterhand för de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna. Välfärdsområdets rehabiliteringsbeslut skulle i alternativet kunna vara överklagbara till de delar som det inte till någon del de facto skulle försämra tillgodoseendet av rättigheter (se t.ex. GrUU 15/2018).

Alternativet att inte stärka rättsskyddsmedlen för de nuvarande tjänsterna som regleras i hälso- och sjukvårdslagen skulle kräva ny lagstiftning som binder prövningen. För vissa tjänster skulle det fattas vårdbeslut, för vissa förvaltningsbeslut. Gränsdragningen mellan vårdbeslut och avgöranden bör basera sig på enhetliga omständigheter som kan bedömas objektivt. Gränsdragningen bör också kunna motiveras så att personen i fråga har faktisk möjlighet att hos en besvärsinstans överklaga det beslut som han eller hon fått. Detta innebär att ett vårdbeslut som en läkare fattat i sak kan vara sådant att det borde ha prövats som ett överklagbart beslut. Detta kräver en ny typ av avgöranden i lagstiftningen för de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna samt på lagstiftningen baserade kriterier för situationer där vårdbeslut och överklagbara beslut fattas, inte bara med tanke på kundens rättigheter utan också med tanke på beslutsfattarens tjänsteansvar och rättsskyddet.

Även aspekterna i fråga om tillgången till tjänster är kopplade till rättsskyddet. Om man överför ansvaret för FPA:s krävande medicinska rehabilitering och rehabiliterande psykoterapi till välfärdsområdena, måste välfärdsområdena se till att tillgången till tjänster är smidig. Även rehabiliteringskommittén konstaterade i anslutning till förslag 31 att man när ansvaret för rehabiliteringstjänsterna överförs till landskapen måste se till att tillgången till rehabiliteringstjänster tryggas i hela landet.<sup>43</sup>

De behövliga detaljerade lösningarna i fråga om författningar och bestämmelser för det valda alternativet måste bedömas i ett eventuellt senare skede av lagstiftningsprojektet.

### 5.5.3.2. Konsekvenser för finansieringen

Finansieringen för de kommande välfärdsområden ska ha allmän täckning, vilket enligt nuvarande förslag innebär att det för vissa tjänster inte är möjligt att öronmärka finansiering. Om organiseringsansvaret för krävande medicinsk rehabilitering och/eller rehabiliterande psykoterapi

---

<sup>43</sup> [Se Förslag till reform av rehabiliteringssystemet från kommittén som dryftar rehabiliteringsreformen, Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2017:41, s. 63 \(på finska\).](#)

överförs till välfärdsområdena och klientens subjektiva rätt till dessa tjänster bibehålls, bör finansieringen tryggas både till dessa och till behovsbaserade tjänster så att man inte blir tvungen att minska tjänsteutbudet. Det behövs till exempel en ”rehabiliteringsgaranti” på samma sätt som det finns en vårdgaranti, det vill säga nationella kriterier och uppföljning av tillgången till rehabilitering.

I fråga om finansieringsarrangemangen motsvarar lösningen det ovan beskrivna alternativet där finansieringsansvaret i sin helhet övergår till välfärdsområdet. I detta alternativ kan välfärdsområdet dock tack vare organiseringsansvaret direkt påverka innehållet i den krävande medicinska rehabiliteringen och den rehabiliterande psykoterapin, utvecklingen och annat. Det är endast en aktör, välfärdsområdet, som har ansvar för hela servicesystemet och det totala beloppet för patienternas vård, vilket minskar suboptimeringen. Utöver de direkta kostnaderna bör man överväga lösningar för resurserna för ansvaret att utveckla tjänsterna, till exempel att minska dem hos FPA och i motsvarande mån allokera medel till välfärdsområdet.

Om klienternas så kallade självrisk avskaffas när finansierings- och organiseringsansvaret överförs, uppkommer sannolikt behov av mer finansiering, dels genom att efterfrågan på tjänsterna ökar, dels för att de direkta kostnaderna för den offentliga ekonomin ökar. Denna effekt skulle inte vara lika stor, om välfärdsområdet skulle ha möjlighet att ta ut klientavgifter för tjänsterna: ju närmare klientavgiftens belopp skulle vara de nuvarande självriskandelarna, desto mindre skulle effekten vara. I den ändring (1201/2020) till klientavgiftslagen (734/1992) som träder i kraft den 1 juli 2021 blir seriebesöken inom mentalvården avgiftsfria även inom primärvården. Dessa besök har förut varit avgiftsfria bara inom den specialiserade sjukvården. Enligt uppgifter från FPA är självriskandelen för rehabiliterande psykoterapi för närvarande i genomsnitt cirka 30 procent av priset för tjänsten, vilket är en relativt hög nivå jämfört med andra social- och hälsovårdstjänster.<sup>44</sup>

### 5.5.3.3. Konsekvenser för organisationen och produktionen av tjänster

De kommande välfärdsområdena kan ordna tjänsterna själva eller köpa tjänsterna av privata tjänsteproducenter genom öppet anbudsförfarande eller servicesedlar.

I enkäten riktad till välfärdsområdena 2021 ansåg en del av respondenterna att det är en fungerande modell och betonade vikten av ett övergripande ansvar. En del ansåg att denna modell skulle underlätta rehabiliteringsprocesserna och eliminera överlappningar. Att välfärdsområdena har lokalkännedom ansågs vara en styrka. Respondenterna påpekade att modellen skulle kunna göra rehabiliteringen synlig

---

<sup>44</sup> Utifrån detta kan man uppskatta att de totala kostnaderna för psykoterapi uppgått till cirka  $96,9/(1-0,3) = 138,4$  miljoner euro, varav klienterna själva betalat cirka 41,5 miljoner euro.



och stärka rehabiliteringens ställning regionalt. Som en styrka i modellen nämndes också att rehabiliteringsbesluten kan fattas smidigare då rehabiliteringen ordnas av samma organisation som fattar besluten. En annan styrka som nämndes var att tjänsteproducenterna med samma avtal skulle kunna tillhandahålla rehabilitering både för medicinsk och krävande rehabilitering, vilket kanske skulle förbättra tillgången på små orter. Ur klientens synvinkel skulle det finnas en enda ansvarig aktör för rehabiliteringen.

Å andra sidan kan det finnas risk för att den finansieringsandel som riktats till rehabilitering inte räcker till för att ordna en klientspecifik rehabilitering och för att handledning som gäller rehabilitering inte beaktar klientens behov.

Vissa ansåg det vara viktigt att man först får den omedelbara förstahandsvården i välfärdsområdena att fungera så att tröskeln till vård sänks – och människor får avgiftsfritt direkt tillgång till vård. Att bygga upp välfärdsområdet kommer att ta sin tid, och man hoppades att denna reform genomförs tidigast när välfärdsområdena har börjat fungera. I synnerhet för mentalvårdstjänsternas del ansågs att det under de närmaste åren behövs resurser för utveckling av bastjänsterna, och att ta ansvar för FPA:s rehabiliterande psykoterapi ansågs utmanande. Respondenterna nämnde också att välfärdsområdets och FPA:s mentalvårdstjänster kompletterar varandra. I svaren betonades också vikten av regional samordning, om denna modell införs.

Dessutom lyfte respondenterna fram kompetensen hos FPA:s rehabiliteringsplanerare, en kompetens som tjänsteproducenterna och kommunerna kunnat dra nytta av. Att förvärva denna kompetens och att säkerställa att kompetensen överförs till en annan aktör skulle ta tid.

Konsekvenser för tjänsteproducenterna är möjliga. Om välfärdsområdena skulle producera till exempel en del av tjänsterna själva, skulle det kunna ha konsekvenser för rehabiliteringsmarknaden. Det kan också ha indirekta konsekvenser för tjänster som företagen köper, såsom städ-, inkvarterings- och kostservice. Det är också möjligt att det på lång sikt sker förändringar i kompetens och serviceutbud på rehabiliteringsmarknaden. Alternativet kan också ha sysselsättningseffekter.

#### **5.5.3.4. Konsekvenser för tjänsterna inom rehabiliterande psykoterapi**

På klientnivå förbättrar förändringen möjligheten att ordna vård och rehabilitering på ett samlat sätt. Den uppmuntrar till en förskjutning av tyngdpunkten till korta terapeutiska psykoterapier. Dessutom förbättrar den tillgången till terapi och behandlingar kan inledas vid rätt tidpunkt. En ökning av de kortvariga terapeutiska psykoterapierna kan minska behovet av rehabiliterande psykoterapier.

För att regional jämlikhet ska förverkligas krävs att resurserna stärks för den verksamhet som regleras i centraliseringsförordningen så att de motsvarar resurserna för den verksamhet som överförs. Enligt 4 § i

centraliseringsförordningen ska de sjukvårdsdistrikt som är huvudmän för ett universitetssjukhus ha hand om planeringen och samordningen av den regionala helheten, såsom utvärderingen av psykoterapeutiska och psykosociala metoder och upprätthållandet av kompetensen i fråga om dem i sin region.

Om det bestäms att finansieringen ska ha allmän täckning, måste tillräckliga och regionalt jämlika tjänster säkerställas på andra sätt, till exempel med kriterier för tillgång till psykoterapi och övervakning av dem. Kostnaderna stiger för den som ordnar tjänsterna, då den självriskandel som FPA:s psykoterapiklienter betalar faller bort (psykoterapi som kommunerna ordnar är avgiftsfri för klienterna). Den finansieringsandel som saknas måste då täckas för att inte servicen ska minska.

Psykoterapeuternas tillräcklighet skulle fortfarande variera mellan regionerna. Anställda som utbildas för korta interventioner och psykoterapi på distans skulle delvis åtgärda problemet, likaså optimering av vård- och rehabiliteringshelheterna.

Välfärdsområdenas beredare nämnde i sina svar följande fördelar med att överföra finansieringen och organiseringsansvaret till välfärdsområdena: psykoterapiprocessen blir lättare för patienten, bedömningen av nyttan av den rehabiliterande psykoterapin förbättras, klientens vårdkedja, resurshanteringen, arbetsfördelningen och det administrativa arbetet förbättras och väntetiderna till psykoterapi förkortas. Risker ansågs finnas i fråga om säkerställandet av välfärdsområdenas kompetens- och finansieringsresurser och i fråga om ökade regionala skillnader.

I svaren betonades vikten av att det finns öronmärkt finansiering för psykoterapier och av att kompetensen centraliseras. I svaren nämndes att FPA, ett kompetenscentrum som inrättas i välfärdsområdet eller centraliserad kompetens på samarbetsområdesnivå skulle kunna tillhandahålla den centraliserade kompetensen. Vissa ansåg att det finns behov av en övergångstid, om ansvaret för de rehabiliterande psykoterapierna som FPA ersätter överförs till välfärdsområdena. Att skapa en fungerande modell tar sin egen tid när välfärdsområdet inrättas.

### **5.5.3.5. Konsekvenser för barnens tjänster**

Att välfärdsområdet får det övergripande ansvaret för rehabiliteringshelheten kan delvis bidra till att minska de utmaningar som barn och familjer upplever och som beskrivits i konsekvensbedömningen för alternativet med oförändrat nuläge. För att uppnå fördelarna räcker det emellertid inte med att enbart överföra organiseringsansvaret, utan det krävs också att man utvecklar de rutiner som används i det dagliga arbetet när det gäller att hjälpa klienterna på ett helhetsinriktat sätt och att samarbeta. Om välfärdsområdet genomför rehabilitering som en köpt tjänst med standardiserat innehåll, uppnås inte alla flexibilitetsfördelar. Alternativet kan också leda till regionala skillnader i tillgången till tjänster, vilket inte stärker jämlikheten för barn som bor i olika regioner. I det fortsatta arbetet bör modellen för

genomförandet av alternativet preciseras så att konsekvenserna för barn kan bedömas mer ingående. Man kan utveckla möjligheterna att ta reda på barnens åsikter och individualiseringen av stödet även i det nuvarande servicesystemet, och FPA kan stärka samarbetet med välfärdsområdena när det gäller att utveckla rehabiliteringstjänsterna.

En stor del av behovet att utveckla det sektorsövergripande samarbetet i samband med medicinsk rehabilitering för barn och unga har ingen direkt koppling till frågorna kring flerkanalfinansieringen. Till exempel behovet av att utveckla samarbetet mellan rehabiliteringen och småbarnspedagogiken och skolan kvarstår, oberoende av om det är FPA, kommunen eller framöver välfärdsområdet som ordnar rehabiliteringen. I den nuvarande situationen har producenten av rehabiliteringstjänster mycket begränsade möjligheter att inverka exempelvis på rutinerna inom bildningsväsendet. Även de välfärdsområden som föreslås i regeringens proposition har begränsade möjligheter att påverka, men eftersom välfärdsområdena har verksamhet inom fler sektorer och är större än enskilda tjänsteproducenter har de bättre förutsättningar att komma överens om samarbetsförfaranden.

#### **5.5.3.6. Konsekvenser för rättigheter och tjänster för funktionshindrade i arbetsför ålder**

År 2018 tillfrågades sjukvårdsdistrikten om vilka ändringar som behövs i hälso- och sjukvårdslagen och vilka fördelar och hot som en överföring av FPA:s krävande medicinska rehabilitering till välfärdsområdena skulle innebära för välfärdsområdena. Enkäten besvarades av 13 av de 18 sjukvårdsdistrikten. En fördel enligt svaren är att rehabiliteringsprocessen blir smidigare, då organiseringen inte är delad. En annan eventuell fördel ansågs vara att integrationen av tjänster och beslutsfattandet kan genomföras smidigare nära klienten. Å andra sidan såg man också som ett hot att klientens ställning kan försämrats och att finansieringen, som har allmän täckning, kan gå till andra hälso- och sjukvårdstjänster. Det ansågs finnas en chans för att antalet personer som faller mellan stolarna minskar och att tjänsterna på längre sikt utvecklas så att det blir enhetligare. Som ett hot såg man också att kompetensen hos FPA försvinner och att mindre resurser kommer att användas för rehabiliteringsforskning.

I den proposition som regeringen lämnade om stiftandet av en lag om hälso- och sjukvård konstaterades att i synnerhet möjligheterna att söka till rehabilitering och få en tidig rehabiliteringsstart bör effektiviseras. När det är ovisst vilken instans som betalar rehabiliteringen och rehabiliteringsklienten

slussas från en aktör till annan är det orsak att klargöra vem som ansvarar för att rehabiliteringen anordnas och koordinera rehabiliteringsverksamheten<sup>45</sup>.

I modellen med en anordnare slussas inte personer längre från en aktör till en annan, vilket kan anses vara en förbättring i rehabiliteringsprocessen för personer med funktionsnedsättning. Det är mycket svårt att bedöma förändringens faktiska inverkan på mängden rehabilitering som personer med funktionsnedsättning kommer att få, på kvaliteten på rehabiliteringen eller på tjänsternas innehåll, eftersom både FPA:s och hälso- och sjukvårdens rehabiliteringstjänster och innehållet i tjänsterna samtidigt omformas och förändras när rehabiliteringsparadigmet förändras och tekniken utvecklas.

#### **5.5.4. Konsekvenser för organisering och ersättning, resor och rehabiliteringspenningförmåner i fråga om FPA:s yrkesinriktade rehabilitering och rehabilitering enligt prövning**

I alla alternativ bibehålls FPA:s ansvar för organiseringen av den yrkesinriktade rehabiliteringen och rehabiliteringen enligt prövning. Även rehabiliteringspenningen kan beviljas i sin nuvarande form (se kapitel 6.4). När beslut fattats utifrån beredningsgruppernas arbete bör man i ett eventuellt fortsatt arbete för det valda alternativets del beakta till exempel eventuella behov av ändringar i lagstiftningen om reseersättningar för rehabilitering.

---

<sup>45</sup> [Regeringens proposition till Riksdagen med förslag till lag om hälso- och sjukvård samt lagar om ändring av folkhälsolagen, lagen om specialiserad sjukvård och lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården RP 90/2010 rd](#)

## 6. Läkemedelsersättningar

### 6.1. Nuvarande finansiering av läkemedelsbehandlingar

Läkemedelsbehandlingarna består i sin helhet av läkemedelsbehandlingarna inom den offentliga och den privata institutionsvården och av de läkemedel som används inom den öppna hälso- och sjukvården.

#### 6.1.1. Systemet för läkemedelsersättning

Kostnaderna för läkemedel som med recept ordinerats för öppen vård av läkare, tandläkare och sjukskötare med förskrivningsrätt ersätts från sjukförsäkringens system för läkemedelsersättning, om läkemedlet ordinerats för behandling av en sjukdom. Från systemet ersätts också kostnaderna för preparat som kräver specialtillstånd, salvbaser och kliniska näringspreparat och för läkemedel som används inom den privata institutionsvården. Det nationella systemet för läkemedelsersättning är en del av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring. Sjukvårdsförsäkringens utgifter finansieras genom statens finansieringsandel (67 procent) och genom sjukvårdspremier som tas ut av de försäkrade (33 procent).

Läkemedelsprismyndigheten (nedan Hila), som finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet, har i uppgift att bestämma vilka läkemedel som ska höra till systemet för läkemedelsersättning samt ersättningsnivåerna för läkemedlen (grundersättning, lägre specialersättning, högre specialersättning), omfattningen av ersättningen och partipriserna. Besluten baserar sig främst på ansökningar från läkemedelsföretag och på bedömningskriterier som fastställts i sjukförsäkringslagen. När det gäller preparat som kräver specialtillstånd kan även en patient vara sökande. Besluten gäller en viss tid.

FPA svarar för verkställigheten av sjukförsäkringen och Hilas beslut samt följer och övervakar att de genomförs. FPA beslutar om vilka utredningar som behövs och om de medicinska villkor som ska uppfyllas för att det ska vara motiverat att ge den försäkrade ersättning för ett läkemedel. FPA beviljar också försäkrade rätt till specialersättning och till ersättning för läkemedel som omfattas av begränsad ersättning. Klienten betalar en självrisk och får läkemedelsersättningen direkt från apoteket, och FPA betalar ersättningen till apoteket. För apoteksverksamheten inom öppenvården finns ingen aktör med organiseringsansvar.

### 6.1.2. Läkemedel som ges inom den offentliga hälso- och sjukvården

Kommunerna har finansieringsansvar för de läkemedel som ges inom den offentliga hälso- och sjukvården, det vill säga inom den offentliga institutionsvården och vid öppna mottagningar inom den offentliga hälso- och sjukvården, och organiseringsansvar för verksamheten i sjukhusapotek.

Säkerhets- och utvecklingscentret för läkemedelsområdet Fimea gör utvärderingar av det terapeutiska och ekonomiska värdet av nya sjukhusläkemedel. Med sjukhusläkemedel avses här läkemedel som huvudsakligen används i sjukhus inom den offentliga hälso- och sjukvården och vars köpare i allmänhet är sjukhus. Doseringen eller beredningen av sjukhusläkemedel kräver vanligen också förhållanden som motsvarar förhållandena i sjukhus. Tjänsteutbudsrådet för hälso- och sjukvården (Palko), som finns i anslutning till social- och hälsovårdsministeriet, lämnar rekommendationer om vilka av de läkemedel som Fimea utvärderat som ska höra till tjänsteutbudet inom hälso- och sjukvården. Palkos rekommendationer är dock inte bindande för sjukhusen. Eventuella utvärderingar på sjukhusnivå av andra läkemedelsbehandlingar än de som Fimea utvärderar samordnas av en nationell samordningsenhet (FinCCHTA). Det finns variation i fråga om den praxis som sjukhusen och andra hälso- och sjukvårdsinrättningar använder när de utvärderar läkemedelsbehandlingar och fattar beslut om vilka läkemedel som ska användas.

Den offentliga hälso- och sjukvården upphandlar läkemedel genom konkurrensutsättning för upphandlingsperioder på två eller tre år. För att stärka sin förhandlingsstyrka har sjukhus bildat upphandlingsringar. Vid upphandling av nya och dyra sjukhusläkemedel förhandlar universitetssjukhusen i en gemensam nationell upphandlingsring och läkemedelsdelegation. De slutliga besluten om huruvida ett nytt läkemedel ska börja användas fattas dock i sjukvårdsdistrikten.

För distributionen av läkemedlen i sjukhus och inrättningar ansvarar sjukhusapoteken. Läkemedelsbehandling i samband med sjukhusvård och annan offentlig institutionsvård omfattas av klientavgiften, och för läkemedelsbehandling vid sjukhusvård eller hälsocentralens mottagning tas inte ut någon separat avgift. De vaccinationer som avses i lagen om smittsamma sjukdomar och läkemedel som föreskrivs för behandling av allmänfarliga sjukdomar är avgiftsfria för patienten.

### 6.1.3. Kostnader för läkemedel

År 2019 uppgick den totala försäljningen av läkemedel till 3 460 miljoner euro. Inom öppenvården stod receptläkemedlen för 66 procent av den totala försäljningen (2 284 miljoner euro), egenvårdsläkemedlen för 10 procent (357 miljoner euro) och läkemedlen som sålts till sjukhus för 24 procent (818 miljoner euro enligt partipris). År 2020 betalades från sjukförsäkringen läkemedelsersättningar på 1 635 miljoner euro till cirka tre miljoner försäkrade. Kostnaderna för läkemedlen före avdraget av

sjukförsäkringsersättningen uppgick till 2 168 miljoner euro. År 2020 varierade andelen recept utskrivna inom den privata hälso- och sjukvården av alla utskrivna recept i landskapen mellan 13 procent och 31 procent. På hela landets nivå stod läkemedelsrecepten utskrivna inom den privata sektorn för cirka 20 procent av sjukförsäkringens läkemedelskostnader och för 19 procent av läkemedelsersättningarna.

## 6.2. Beredningsgruppens uppdrag

Enligt regeringsprogrammet för statsminister Marins regering ska man som en del av reformen av social- och hälsovården bereda en avveckling av flerkanalsfinansieringen som en separat fråga i en parlamentarisk grupp. Som en del av helheten granskas också en avveckling av flerkanalsfinansieringen när det gäller läkemedelsersättningar. Beredningsgruppens uppdrag är att stödja en senare parlamentarisk beredning genom att bedöma lösningsalternativ med utgångspunkt i de arbetsgruppsarbeten och andra utredningar som gjorts under tidigare regeringsperioder samt att utreda alternativens konsekvenser.

Enligt uppdraget ska beredningsgruppen för läkemedelsersättningar undersöka följande alternativ och för varje organiserings- och ersättningsätt presentera förutsättningar, fördelar och nackdelar så heltäckande som möjligt:

1. systemet för läkemedelsersättning bevaras med FPA som verkställande aktör och ansvaret för statens finansieringsandel överförs till landskapen
2. systemet för läkemedelsersättning avskaffas och organiseringsansvaret överförs till vårdlandskapen.

Beredningsgruppen har undersökt de alternativa modeller för avveckling av flerkanalsfinansieringen som anges i uppdraget. I denna rapport använder arbetsgruppen termen välfärdsområde i stället för landskap och vårdlandskap, vilka användes i uppdraget hösten 2020. I modellalternativ A har gruppen bedömt konsekvenserna i en situation där statens finansieringsandel övergår till välfärdsområdena, men systemet med läkemedelsersättning annars bibehålls med FPA som verkställande aktör. I modellalternativen B och C har gruppen granskat avskaffande av systemet för läkemedelsersättning och överföring av organiseringsansvaret för läkemedlen inom öppenvården till välfärdsområdena. Skillnaden mellan alternativ B och C har samband med finansieringen: i modell B har välfärdsområdena hela finansieringsansvaret, i modell C finansieras läkemedelskostnaderna inom öppenvården med välfärdsområdenas finansieringsandel och de försäkrades sjukförsäkringspremier.

I beredningen för avveckling av flerkanalsfinansieringen bör hänsyn tas till de grundläggande skillnaderna i lagstiftningen mellan sjukvårdsförmånerna och hälso- och sjukvårdstjänsterna samt

grundlagsfrågorna i samband med avveckling av flerkanalsfinansieringen. En detaljerad bedömning av vilka effekter en avveckling av flerkanalsfinansieringen av läkemedelsersättningarna skulle ha är inte möjlig utan en mer omfattande granskning av speciallagstiftningen, då det finns så stora skillnader mellan lagstiftningen om de läkemedel som används i institutionsvård och lagstiftningen om de läkemedel som används inom öppenvården. Det finns skillnader bland annat i fråga om upphandlingsförfaranden, bestämmelser om erhållande av ersättning och priser, prissättning, beslutsförfaranden och myndigheter som fattar beslut<sup>46</sup>, läkemedelsanvändarens rätt till ersättning och självriskandelar samt detaljhandeln med läkemedel.

### **6.3. Alternativa modeller för avveckling av flerkanalsfinansieringen av läkemedelsersättningar**

I enlighet med uppdraget har beredningsgruppen undersökt olika modeller och försökt bedöma deras konsekvenser för lagstiftningen, finansieringssystemen, styrningen och läkemedelsanvändarna. Dessutom har gruppen samlat in bedömningar av eventuella andra konsekvenser. Enligt uppdraget skulle beredningsarbetet baseras på tidigare utredningar. Det har inte tidigare genomförts några mer detaljerade utredningar om avveckling av flerkanalsfinansieringen av läkemedelsersättningarna, varför undersökningarna av vilka konsekvenser de olika alternativen skulle ha är på en mycket allmän nivå.

Beredningsgruppen anser att man vid bedömning av alternativ bör beakta att vissa helheter som ingår i det nuvarande systemet för läkemedelsersättning även framöver bör regleras och genomföras på ett enhetligt sätt på nationell nivå, oavsett modell. Till dessa helheter hör:

- ersättningssystemets struktur, inklusive de självriskandelar som tas ut för läkemedlen av dem som använder dem
- principerna för ersättningen för läkemedel och för prisregleringen
- principerna för prissättningen av läkemedel
- verkställandet av ersättningssystemet
- direktersättningsförfarandet för läkemedel
- distributionen av läkemedel

---

<sup>46</sup> Till exempel beslut om att inkludera läkemedel i ersättningssystemet och om att ett läkemedel ska höra till det offentliga tjänsteutbudet



- de nationella informationssystemen (inklusive datalager)

När finansieringssystemet för läkemedelsbehandlingar reformeras bör man samtidigt utveckla även det regionala och nationella styrsystemet och därmed främja en förnuftig användning av läkemedel. Läkemedelsbehandlingarna är en integrerad del av den samlade hälso- och sjukvården, och finansieringssystemen får inte styra valet av behandlingsalternativ. En utmaning i det nuvarande systemet är att det skapar incitament att överföra kostnader för behandlingar till en annan finansiär, vilket därmed kan påverka valet av behandlingsalternativ. I dagens läge finns inte mycket nationell och regional styrning som främjar en förnuftig användning av läkemedel, och inom öppenvården är det främst ersättningssystemet som styr ordinationen av läkemedel. Dessutom kan de olika regleringssystemen för läkemedlen inom institutionsvården och öppenvården leda till problem i kontaktytan och till att de som använder läkemedel inte behandlas lika i alla regioner. Utvärderingen av läkemedelsbehandlingar och införandet av läkemedel i det offentliga tjänsteutbudet eller det nationella systemet för läkemedelsersättning bör utvecklas så att de som behöver läkemedel garanteras effektiva, säkra och kostnadsnyttoeffektiva läkemedelsbehandlingar.

### **6.3.1. Modell A. Organiseringsansvaret som i nuläget, välfärdsområdena har partiellt finansieringsansvar**

I denna modell övergår finansieringsansvaret för läkemedelsbehandlingarna inom institutionsvården och det partiella finansieringsansvaret för läkemedelsbehandlingarna inom öppenvården till välfärdsområdena. Det blir inga förändringar i organiseringsansvaret för läkemedelsbehandlingarna. Välfärdsområdena har organiseringsansvaret för läkemedelsbehandlingarna på institutioner. Inom öppenvården förblir omfattningen av systemet för läkemedelsersättningar oförändrat och det verkställs som i dag av FPA.

För närvarande finansieras sjukvårdsförsäkringens utgifter genom statens finansieringsandel (67 procent) och genom sjukvårdspremier som tas ut av de försäkrade (33 procent). I modellen överförs statens andel för läkemedlen inom öppenvården till välfärdsområdena. Välfärdsområdena ansvarar för finansieringen av de läkemedel som används inom den hälso- och sjukvård som de ordnar och av de läkemedel som deras invånare ordinerar inom öppenvården. Finansieringen har allmän täckning, och är således inte öronmärkt för läkemedel. Det är dock frågan om en lagstadgad uppgift för välfärdsområdena, vilket binder dem vid beslut om hur finansiering ska fördelas. Kundens rätt till läkemedelsersättning baserar sig fortfarande på principerna i sjukförsäkringslagen.

#### **6.3.1.1. Konsekvenser för lagstiftningen**

Modellen kräver ändringar i lagstiftningen om läkemedelsersättningssystemet och om välfärdsområdenas finansiering. Modellen kräver i princip inga ändringar i beslutsfattandet om

inkludering av läkemedel i ersättningssystemet och inte heller i hälso- och sjukvårdens tjänsteutbud, prissättningen och upphandlingen av läkemedel, strukturen på och verkställandet av systemet för läkemedelsersättning eller distributionen av läkemedel. Den inverkar i princip inte heller på verksamhetsmodellerna och bestämmelserna om läkemedel som ges inom den offentliga institutionsvården. Skillnaderna i lagstiftningen om och förfarandena för läkemedel som används inom öppenvården och institutionsvården bibehålls.

De helheter som ska regleras och genomföras nationellt anges ovan i kapitel 6.3.

### 6.3.1.2. Konsekvenser för finansieringssystemen

I denna modell är utgångspunkten den att välfärdsområdena finansierar 67 procent av utgifterna för sina invånares läkemedelsersättningar inom öppenvården, och med de försäkrades sjukförsäkringspremier finansieras 33 procent. Modellen omfattar den offentliga hälso- och sjukvården, inklusive läkemedelsbehandlingar som används och ordinerar i tjänster som läggs ut, samt läkemedelsbehandlingar som används och ordinerar inom den privata hälso- och sjukvården, i Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster och inom företagshälsovården. Välfärdsområdets finansieringsansvar för sina invånares kostnader för läkemedelsbehandlingar inom öppenvården gäller också läkemedel som ordinerats i ett annat välfärdsområde.

Som bestämningskriterium för de kommande välfärdsområdenas finansiering används en bedömning av servicebehovet inom social- och hälsovården som grundar sig på en undersökning utförd vid Institutet för hälsa och välfärd. Modellen kräver att det fastställs hur statens finansieringsandel för läkemedelsersättningarna ska inriktas, att det behovsbaserade bestämningskriteriet för välfärdsområdenas finansiering kompletteras och att det görs en omvärdering av hur finansieringsandelarna ska fördelas. Dessutom kräver modellen att det tas fram en administrativ verksamhetsmodell för välfärdsområdenas finansiering. Verksamhetsmodellen bör vara sådan att välfärdsområdet med hjälp av den kan följa upp och bedöma kostnaderna för läkemedelsbehandlingarna och effekterna av olika styråtgärder. På samma sätt som inom den övriga social- och hälsovård som välfärdsområdena har organiseringsansvar för är det staten som i sista hand har ansvar för att finansieringen är tillräcklig.

I modellen är läkemedelsbehandlingen liksom övriga behandlingsalternativ en del av den samlade vård som välfärdsområdena finansierar, vilket kommer att skapa färre situationer där suboptimering styr valet av behandling.

### 6.3.1.3. Konsekvenser för styrningen

Då finansieringsansvaret delvis överförs till välfärdsområdena ger det områdena i någon mån mer incitament att vid organisering av tjänster beakta både kostnaderna för läkemedelsbehandlingen och den egna verksamhetens effekter på totalkostnaderna inom den offentliga ekonomin. Dessutom ökar det behovet av att styra användningen och förskrivningen av läkemedel i området. Men i modellen har välfärdsområdet inte organiseringsansvar för läkemedelsbehandlingen inom öppenvården, vilket kan begränsa välfärdsområdets intresse och möjligheter. I modellen bör det skapas verktyg för regional styrning och uppföljning, bland annat för uppföljning och utveckling av läkemedelsbehandlingsprocesserna, för styrning av förskrivningen av läkemedel i enlighet med nationella riktlinjer och för bedömning av tillgången till apotekstjänster och tjänsternas tillräcklighet. Att den regionala styrningen utvecklas avlägsnar dock inte behovet av att utveckla även den nationella styrningen. Via läkemedelsersättningssystemet styrs på ett betydande sätt förskrivningen av läkemedel, och vid utveckling av styrsystemet bör man också separat bedöma läkemedelsersättningssystemets roll och utvecklingsbehov som en del av styrhelheten.

### 6.3.1.4. Konsekvenser för användarna av läkemedel

Då beslutsfattandet inom systemet för läkemedelsersättning och verkställandet av systemet förblir nationellt blir systemets omfattning och ersättningarnas nivå desamma i alla välfärdsområden. Modellen orsakar inte heller några förändringar i varifrån läkemedelsanvändarna får sina läkemedel eller hur ersättningarna betalas till dem, eftersom FPA sörjer för att rätt finansiär betalar kostnaden. Modellen inverkar i princip inte på de regionala skillnaderna i fråga om läkemedelsbehandlingarna på institutioner. Den kan eventuellt ge ett starkare incitament att lösa problem i kontaktytorna i det nuvarande systemet, problem som uppkommer exempelvis när en patient flyttas från institutionsvård till öppenvård eller tvärtom, samt utmaningar relaterade till individuella situationer.<sup>47</sup>

### 6.3.1.5. Andra konsekvenser

Modellen ger bättre möjligheter än för närvarande att förenhetliga regleringen av de läkemedel som används inom öppen- och institutionsvården samt verksamhetsmodellerna. Modellen förbättrar möjligheten att sammanslå avgiftstaken för hälso- och sjukvård och läkemedelskostnader.

---

<sup>47</sup> Till exempel individualiserad vård, kombinationsbehandlingar med preparat som används i sjukhus och inom öppenvården, läkemedelsbehandlingar av ultrasällsynta sjukdomar och preparat som kräver specialtillstånd.

### 6.3.2. Modell B. Välfärdsområdena har organiserings- och finansieringsansvar

I denna modell svarar välfärdsområdet för organisationen och finansieringen av läkemedelsbehandlingarna inom öppen- och institutionsvården. Det nuvarande systemet för läkemedelsersättningar avvecklas och ersätts av ett ersättningsystem för läkemedelskostnader som omfattas av välfärdsområdenas organiserings- och finansieringsansvar, ett system vars verkställande ordnas nationellt.

I och med att välfärdsområdena kommer att ha ansvar för ordnande av social- och hälsovården får de också ansvar för bedömningen av behov, kvalitet och mängd i fråga om de läkemedelsbehandlingar som de har organiseringsansvar för samt för styrningen, uppföljningen och övervakningen av verksamheten. Välfärdsområdena får också ansvar för organisationen av sjukhusapotekens verksamhet. Dessutom får de ansvar för samordningen av tjänster och som en del av detta för planeringen av läkemedelsbehandlingar. Till välfärdsområdena överförs dessutom de uppgifter som kommunerna har ansvar för när det gäller läkemedelsförsörjningen.

För närvarande finansieras sjukvårdsförsäkringens utgifter genom statens finansieringsandel (67 procent) och genom sjukvårdspremier som tas ut av de försäkrade (33 procent). I modellen övergår finansieringsansvaret för läkemedlen inom öppenvården i sin helhet till välfärdsområdena, som får ansvar för finansieringen av läkemedel som används i hälso- och sjukvård som de ordnar och för finansieringen av läkemedel som förskrivs för öppenvård inom hälso- och sjukvård som de ordnar. De tjänster som välfärdsområdena lägger ut kommer att omfattas av områdenas organiseringsansvar och därmed kommer också de läkemedel som används och föreskrivs i dessa tjänster att omfattas av välfärdsområdenas finansieringsansvar. Finansieringen har allmän täckning, och är således inte öronmärkt för finansiering av läkemedel. Det är dock frågan om en lagstadgad uppgift för välfärdsområdena, vilket binder dem vid beslut om hur finansiering ska fördelas.

De privata hälso- och sjukvårdstjänsterna (med undantag av tjänster som områdena lägger ut), företagshälsovården och Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster kommer inte att omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar och därför bör finansieringsansvaret för läkemedel som används och föreskrivs i dessa utredas separat.

Välfärdsområdets finansieringsansvar för sina invånares kostnader för läkemedelsbehandlingar som ges inom öppenvården och som området har organiseringsansvar för ska också gälla läkemedel som ordinerats i ett annat välfärdsområde.

### 6.3.2.1.Konsekvenser för lagstiftningen

Modellen kräver ändringar i lagstiftningen om välfärdsområdenas finansiering och eventuellt också i lagstiftningen om välfärdsområdenas uppgifter. I modellen avvecklas det nuvarande systemet för läkemedelsersättning och i dess ställe skapas ett nytt ersättningssystem för läkemedelskostnader i fråga om öppenvårdens läkemedel, varför ett införande av modellen kräver omfattande ändringar även i lagstiftningen om öppenvårdens läkemedel. Det blir också nödvändigt att skapa ett nationellt informations- och verkställighetssystem för läkemedelsersättningarna, om inte FPA:s nuvarande informationssystem ska användas.

Modellen inverkar i princip inte på verksamhetsmodellerna och bestämmelserna om läkemedel som används inom den offentliga institutionsvården. I praktiken innebär modellen dock att lagstiftningen om öppenvårdens och institutionsvårdens läkemedel och verksamhetsmodellerna måste förenhetligas och de olika myndigheternas uppgifter omdefinieras, eftersom lagstiftningen om de läkemedel som används inom öppen- och institutionsvård och verksamhetsmodellerna skiljer sig mycket från varandra. Därför bör man bedöma modellens eventuella konsekvenser bland annat för fastställandet av vilka läkemedel som ska ersättas med offentliga medel, för upphandlingsförfarandena, för prisbildningen och prisregleringen i fråga om läkemedel, för distributionen av läkemedel, för principerna för ersättning av läkemedelskostnader (exempelvis ersättningsnivåer och ersättningsprinciper) och för det nationella verkställandet av ersättningarna.

De helheter som ska regleras och genomföras nationellt anges ovan i kapitel 6.3.

### 6.3.2.2.Konsekvenser för finansieringssystemen

I modellen finansierar välfärdsområdena alla utgifter för de läkemedelsersättningar som deras invånare får och som omfattas av deras organiseringsansvar. Modellen kräver att hela finansieringssystemet för ersättandet av läkemedelskostnaderna ändras. Som bestämningskriterium för de kommande välfärdsområdenas finansiering används en bedömning av servicebehovet inom social- och hälsovården som grundar sig på en undersökning utförd vid Institutet för hälsa och välfärd. Modellen kräver att det fastställs hur finansieringen av de läkemedelskostnader som välfärdsområdena har ansvar för ska fördelas, att det behovsbaserade bestämningskriteriet för områdenas finansiering kompletteras och att det skapas en administrativ finansieringsmodell. Verksamhetsmodellen bör vara sådan att välfärdsområdet med hjälp av den kan följa upp och bedöma kostnaderna för läkemedelsbehandlingarna och effekterna av olika styråtgärder. På samma sätt som inom den övriga social- och hälsovård som välfärdsområdena har organiseringsansvar för är det staten som i sista hand har ansvar för att finansieringen är tillräcklig.

Att läkemedelsersättningssystemet avskaffas innebär att de försäkrade inte längre betalar några sjukvårdspremier för läkemedelsersättningar. Det finansieringsunderskott som detta medför ska i princip staten finansiera. I den fortsatta beredningen bör det separat utredas hur finansieringen ska genomföras.

Välfärdsområdena kan inte ges finansieringsansvar för kostnader för tjänster som de inte ordnar. Därför behövs en separat utredning om hur man kan finansiera läkemedel som används och föreskrivs i tjänster som inte omfattas av välfärdsområdets organiseringsansvar, det vill säga i privata sjukhus, privat hälso- och sjukvård, Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster och företagshälsovården. Om modellen skulle kräva ett separat finansieringssystem, skulle nya typer av suboptimeringsmöjligheter och problem som gäller kontaktytor uppstå.

I modellen är läkemedelsbehandlingen liksom övriga behandlingsalternativ en del av den samlade vården som välfärdsområdena ordnar, finansierar och samordnar. I modellen inverkar inte längre finansieringskanalen på valet av behandling, utan modellen ger bättre incitament än i dag för alternativ som är totalekonomiskt mest kostnadsnyttoeffektiva. Den ger också bättre möjligheter än det nuvarande systemet att lösa problem som gäller kontaktytorna mellan öppen- och institutionsvården.

### **6.3.2.3.Konsekvenser för styrningen**

Om organiserings- och finansieringsansvaret för de läkemedelsbehandlingar som används inom öppenvården överförs till välfärdsområdena innebär det att välfärdsområdena får helhetsansvaret för de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av deras organiseringsansvar. Detta ger välfärdsområdena incitament att vid organisering av tjänster beakta både kostnaderna för läkemedelsbehandlingen och den egna verksamhetens effekter på totalkostnaderna för områdets social- och hälsovård. Modellen ökar behovet av att styra och övervaka användningen och förskrivningen av läkemedel i området. I modellen bör det skapas verktyg för regional uppföljning och styrning, bland annat för uppföljning och utveckling av läkemedelsbehandlingsprocesserna, för styrning av förskrivningen av läkemedel i enlighet med nationella riktlinjer och för bedömning av tillgången till apotekstjänster och tjänsternas tillräcklighet. Modellen kräver också att den nationella styrningen stärks. En viktig uppgift för den nationella styrningen blir att säkerställa jämlikheten för läkemedelsanvändarna. Vid utveckling av styrhelheten bör också läkemedelsersättningssystemets roll i styrningen av förskrivningen av läkemedel bedömas.

### **6.3.2.4.Konsekvenser för användarna av läkemedel**

I det nuvarande systemet grundar sig den läkemedelsbehandling som en patient behöver på ett recept, och rätten till ersättning grundar sig på ett överklagbart beslut. Den finansiering som används för läkemedelsersättningarna är bunden till ett ändamål. Om läkemedelsbehandlingen skulle basera sig på ett vårdbeslut som omfattades av den offentliga hälso- och sjukvårdens finansieringsansvar, skulle

patienten inte ha rätt att söka ändring för läkemedelskostnader som finansieras av välfärdsområdet. Finansieringen skulle inte längre vara bunden till ett ändamål. I den fortsatta beredningen bör det utredas hur rätten till ersättning av läkemedelskostnader ska lösas i denna modell. Modellens konsekvenser för läkemedelsanvändarna beror i hög grad på vilken verksamhetsmodell som väljs. Vid utveckling av det nationella ersättningssystem som modellen kräver bör också ovan nämnda frågor avgöras.

Problem som gäller kontaktytor och som uppkommer till exempel när patienter flyttas från institutionsvård till öppenvård eller tvärtom liksom utmaningar relaterade till individuella situationer<sup>48</sup> skulle sannolikt kunna lösas lättare i denna modell än i det nuvarande systemet, eftersom välfärdsområdet får ansvaret för både ordnandet och finansieringen av vården.

### 6.3.2.5. Andra konsekvenser

Modellen kräver informationssystem som stöder fördelningen av finansieringen, fastställandet av finansieringsansvaret, uppföljningen och styrningen av läkemedelsbehandlingarna och verkställandet av eventuella ersättningar. Detta kräver att de nuvarande nationella informationssystemen uppdateras eller, om de inte kan användas, att det genomförs en omfattande rekonstruktion av dem.

I den fortsatta beredningen bör man granska och bedöma i vilken omfattning och i vilka frågor välfärdsområdena ska få utarbeta egna verksamhetsmodeller. Det skulle till exempel vara viktigt att styrningen av förskrivningen av läkemedel är regional och beaktar områdets särdrag.

Modellen ger bättre möjligheter än för närvarande att förenhetliga lagstiftningen om läkemedlen som används inom öppen- och institutionsvården och verksamhetsmodellerna. När det nya ersättningssystemet skapas skulle det vara möjligt att redan i utgångssituationen beakta behovet av ett gemensamt avgiftstak för de social- och hälsovårdsavgifter som omfattas av välfärdsområdets ansvar (klientavgifterna inom hälso- och sjukvården och läkemedelskostnaderna).

### 6.3.3. Modell C. Välfärdsområdena har organiseringsansvar och partiellt finansieringsansvar

I denna modell svarar välfärdsområdet för organisationen av läkemedelsbehandlingarna inom öppen- och institutionsvården och delvis för finansieringen av dem. Det nuvarande systemet för läkemedelsersättningar avskaffas, men verkställandet av ersättningen av läkemedelskostnader ordnas

---

<sup>48</sup> Till exempel individualiserad vård, kombinationsbehandlingar med preparat som används i sjukhus och inom öppenvården, läkemedelsbehandlingar av ultrasällsynta sjukdomar och preparat som kräver specialtillstånd

nationellt. Modellen motsvarar alternativ B, men en del av finansieringen kommer fortfarande från de försäkrades sjukvårdspremier. På grundval av detta omfattar välfärdsområdets finansieringsansvar också de läkemedelsbehandlingar som ordineras välfärdsområdets invånare i privata hälso- och sjukvårdstjänster, inom företagshälsovården och i Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster.

I och med att välfärdsområdena kommer att få ansvar för ordnande av social- och hälsovården får de också ansvar för bedömningen av behov, kvalitet och mängd i fråga om de läkemedelsbehandlingar som de har organiseringsansvar för samt för styrningen, uppföljningen och övervakningen av verksamheten. Välfärdsområdena får också ansvar för organiseringen av sjukhusapotekens verksamhet. Dessutom får de ansvar för samordningen av tjänstehelheterna. Till välfärdsområdena överförs dessutom de uppgifter som kommunerna för närvarande har ansvar för när det gäller livsmedelsförsörjningen.

För närvarande finansieras sjukvårdsförsäkringens utgifter genom statens finansieringsandel (67 procent) och genom sjukvårdspremier som tas ut av de försäkrade (33 procent). I modellen överförs statens andel för läkemedlen inom öppenvården till välfärdsområdena och de försäkrades sjukförsäkringspremier bibehålls. Välfärdsområdena ansvarar för finansieringen av de läkemedel som används inom den hälso- och sjukvård som de ordnar och av de läkemedel som deras invånare ordinerar inom öppenvården. De tjänster som välfärdsområdena lägger ut kommer att omfattas av områdenas organiseringsansvar och därmed kommer också de läkemedel som används och förskrivs i dessa tjänster att omfattas av välfärdsområdenas finansieringsansvar. Finansieringen har allmän täckning, och är således inte öronmärkt för finansiering av läkemedel. Det är dock frågan om en lagstadgad uppgift för välfärdsområdena, vilket binder dem vid beslut om hur finansiering ska fördelas.

Välfärdsområdets organiseringsansvar kommer inte att omfatta de privata hälso- och sjukvårdstjänsterna (med undantag av de tjänster som områdena lägger ut), företagshälsovården och Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster. De läkemedel som inom öppenvården används och föreskrivs i dessa tjänster kan även framöver omfattas av det nationella ersättningssystemet för läkemedelskostnader, då ersättningarna fortfarande ska finansieras med de försäkrades sjukvårdspremie.

Välfärdsområdets finansieringsansvar för kostnaderna för läkemedelsbehandlingar inom öppenvården gäller också läkemedel som ordinerats i ett annat välfärdsområde.

### **6.3.3.1. Konsekvenser för lagstiftningen**

Modellen kräver ändringar i lagstiftningen om välfärdsområdenas finansiering och eventuellt också i lagstiftningen om välfärdsområdenas uppgifter. I modellen avvecklas det nuvarande systemet för läkemedelsersättning och i dess ställe skapas ett nytt ersättningssystem för läkemedelskostnader i fråga om öppenvårdens läkemedel, varför ett införande av modellen kräver omfattande ändringar även i lagstiftningen om öppenvårdens läkemedel. Det blir också nödvändigt att skapa ett nationellt



informations- och verkställighetssystem för läkemedelsersättningarna, om inte FPA:s nuvarande informationssystem ska användas.

Modellen inverkar i princip inte på verksamhetsmodellerna och bestämmelserna om läkemedel som används inom den offentliga institutionsvården. I praktiken innebär modellen dock att lagstiftningen om öppen- och institutionsvårdens läkemedel och verksamhetsmodellerna måste förenhetligas och de olika myndigheternas uppgifter omdefinieras, eftersom lagstiftningen om de läkemedel som används inom öppen- och institutionsvård och verksamhetsmodellerna skiljer sig mycket från varandra. Därför bör man bedöma modellens eventuella konsekvenser bland annat för fastställandet av vilka läkemedel som ska ersättas med offentliga medel, för upphandlingsförfarandena, för prisbildningen och prisregleringen i fråga om läkemedel, för distributionen av läkemedel, för principerna för ersättning av läkemedelskostnader (exempelvis ersättningsnivåer och ersättningsprinciper) och för det nationella verkställandet av ersättningarna.

De helheter som ska regleras och genomföras nationellt anges ovan i kapitel 6.3.

### **6.3.3.2. Konsekvenser för finansieringssystemen**

Som bestämningskriterium för de kommande välfärdsområdenas finansiering används en bedömning av servicebehovet inom social- och hälsovården som grundar sig på en undersökning utförd vid Institutet för hälsa och välfärd. Modellen kräver att det fastställs hur statens finansieringsandel för läkemedelsersättningarna ska fördelas, att det behovsbaserade bestämningskriteriet för välfärdsområdenas finansiering kompletteras och att det görs en omvärdering av hur finansieringsandelarna ska fördelas. Dessutom kräver modellen att det utvecklas en administrativ verksamhetsmodell för välfärdsområdenas finansiering. Verksamhetsmodellen bör vara sådan att välfärdsområdet med hjälp av den kan följa upp och bedöma kostnaderna för läkemedelsbehandlingarna och effekterna av olika styråtgärder. På samma sätt som inom den övriga social- och hälsovård som välfärdsområdena har organiseringsansvar för är det staten som i sista hand har ansvar för att finansieringen är tillräcklig.

I modellen omfattar det nya offentliga ersättningssystemet för läkemedelskostnader även de läkemedel som används och föreskrivs i tjänster som välfärdsområdet inte har organiseringsansvar för, det vill säga i privata sjukhus och annan privat hälso- och sjukvård, i Studenternas hälsovårdsstiftelses tjänster och inom företagshälsovården. Liksom i modell A finansieras det nya ersättningssystemet genom välfärdsområdets finansiering och de försäkrades sjukförsäkringspremier. Finansieringsandelarna och bestämningsgrunderna för dem måste fastställas.

I modellen inverkar inte längre finansieringskanalen på valet av behandling, utan på grund av välfärdsområdenas organiseringsansvar ger modellen bättre incitament än i dag för alternativ som är

totalekonomiskt mest kostnadsnyttoeffektiva. Modellen ger också bättre möjligheter än det nuvarande systemet att lösa problem som gäller kontaktytorna mellan öppen- och institutionsvården.

### **6.3.3.3.Konsekvenser för styrningen**

Om organiserings- och finansieringsansvaret för de läkemedelsbehandlingar som används inom öppenvården överförs till välfärdsområdena innebär det att välfärdsområdena får helhetsansvaret för de social- och hälsovårdstjänster som omfattas av deras organiseringsansvar. Detta ger välfärdsområdena incitament att vid organisering av tjänster beakta både kostnaderna för läkemedelsbehandlingen och den egna verksamhetens effekter på totalkostnaderna för områdets social- och hälsovård. Modellen ökar behovet av att styra och övervaka användningen och förskrivningen av läkemedel i området. I modellen bör det skapas verktyg för regional uppföljning och styrning, bland annat för uppföljning och utveckling av läkemedelsbehandlingsprocesserna, för styrning av förskrivningen av läkemedel i enlighet med nationella riktlinjer och för bedömning av tillgången till apotekstjänster och tjänsternas tillräcklighet. Modellen kräver också att den nationella styrningen stärks. En viktig uppgift för den nationella styrningen blir att säkerställa jämlikheten för läkemedelsanvändarna. Vid utveckling av styrhelheten bör också läkemedelsersättningssystemets roll i styrningen av förskrivningen av läkemedel bedömas.

### **6.3.3.4.Konsekvenser för användarna av läkemedel**

I det nuvarande systemet grundar sig den läkemedelsbehandling som en patient behöver på ett recept, och rätten till ersättning grundar sig på ett överklagbart beslut. Den finansiering som används för läkemedelsersättningarna är bunden till ett ändamål. I modellen baserar sig läkemedelsbehandlingen på ett vårdbeslut som omfattas av den offentliga hälso- och sjukvårdens finansieringsansvar, ett beslut som inte kan överklagas. Finansieringen är inte längre bunden till ett ändamål. I den fortsatta beredningen bör det utredas hur rätten till ersättning av läkemedelskostnader ska lösas i denna modell. Modellens konsekvenser för läkemedelsanvändarna beror i hög grad på vilken verksamhetsmodell som väljs. Vid utveckling av det nationella ersättningssystem som modellen kräver bör också ovan nämnda frågor avgöras.

Problem som gäller kontaktytor och som uppkommer till exempel när patienter flyttas från institutionsvård till öppenvård eller tvärtom liksom utmaningar relaterade till individuella situationer (till exempel individualiserad vård, kombinationsbehandlingar med preparat som används i sjukhus och inom öppenvården, läkemedelsbehandlingar av ultrasällsynta sjukdomar och preparat som kräver specialtillstånd) skulle sannolikt kunna lösas lättare i denna modell än i det nuvarande systemet.

### 6.3.3.5. Andra konsekvenser

Modellen kräver informationssystem som stöder fördelningen av finansieringen, fastställandet av finansieringsansvaret, uppföljningen och styrningen av läkemedelsbehandlingarna och verkställandet av eventuella ersättningar. Detta kräver att de nuvarande nationella informationssystemen uppdateras eller, om de inte kan användas, att det genomförs en omfattande rekonstruktion av dem.

I den fortsatta beredningen bör man granska och bedöma i vilken omfattning och i vilka frågor välfärdsområdena regionalt ska få utarbeta regionala verksamhetsmodeller. Det skulle till exempel vara viktigt att styrningen av förskrivningen av läkemedel är regional och beaktar områdets särdrag.

Modellen ger bättre möjligheter än för närvarande att förenhetliga lagstiftningen om de läkemedel som används inom öppen- och institutionsvården och verksamhetsmodellerna. När det nya ersättningssystemet skapas skulle det vara möjligt att redan i utgångssituationen beakta behovet av ett gemensamt avgiftstak för de social- och hälsovårdsavgifter som omfattas av välfärdsområdets ansvar (klientavgifterna inom hälso- och sjukvården och läkemedelskostnaderna).

## 6.4. Om tidsplanen för avveckling av flerkanalsfinansieringen för läkemedelsfinansieringens del

Beredningsgruppen har granskat de alternativ för avveckling av flerkanalsfinansieringen som anges i uppdraget. Alla granskade alternativ kräver betydande ändringar av bestämmelser om sjukförsäkringens och välfärdsområdenas finansiering och av speciallagstiftning. För närvarande skiljer sig lagstiftningen om läkemedel som används inom öppenvården avsevärt från lagstiftningen om läkemedel som används på institutioner, och förändringar i finansieringssystemen har konsekvenser även för specialbestämmelser om dessa. Av de granskade modellerna baserar sig modell A tydligast på strukturerna i det nuvarande systemet för läkemedelsersättning, och de ändringar i lagstiftningen eller informationssystemen som denna modell kräver skulle inte vara så omfattande som i modellerna B och C. Det finns olika alternativ för ändringarna i lagstiftningen, och det skulle vara ändamålsenligt att granska dessa i samband med den fortsatta beredningen.

De totala årliga kostnaderna för de läkemedel som används inom öppen- och institutionsvården uppgår till cirka 3,5 miljarder euro. Årligen görs nästan 55 miljoner läkemedelsinköp som ersätts av sjukförsäkringens, och cirka 400 000 patientspecifika beslut fattas om rätt till ersättning för läkemedel som omfattas av specialersättning och av begränsad ersättning. På grund av att läkemedelsanvändningen är så omfattande och kostnaderna för läkemedlen så ansevära bör beredningen av ändringar i finansieringssystemet göras omsorgsfullt. I beredningen ska man också beakta den betydelse som

övriga aktörer inom läkemedelsområdet, såsom läkemedelsindustrin och apoteken, har i verksamheten på marknaden för läkemedel.

Av de skäl som nämns ovan kan flerkanalsfinansieringen av läkemedelsbehandlingar inte avvecklas på kort sikt.

**Tabell 6. Sammanfattning av de granskade modellernas viktigaste egenskaper**

	Läkemedel som används inom öppenvården			Läkemedel som används på institutioner	
	Organiseringsansvar	Verkställande av systemet för läkemedelsersättning	Finansieringsansvar	Organiseringsansvar	Finansieringsansvar
<b>Nuvarande system</b>	Ingen organiseringsansvarig	Nuvarande, verkställd av FPA	Sjukförsäkringen (staten 67 %, de försäkrades sf-premie* 33 %)	Kommunerna	Kommunerna
<b>Modell A</b>	Ingen organiseringsansvarig	Nuvarande, verkställd av FPA	Sjukförsäkringen (vårdsområdet 67 %, de försäkrades sf-premie* 33 %)	Vårdsområdena	Vårdsområdena
<b>Modell B</b>	Vårdsområdet	Ett nytt nationellt ersättningssystem	Vårdsområdet	Vårdsområdena	Vårdsområdena
<b>Modell C</b>	Vårdsområdet	Ett nytt nationellt ersättningssystem	Vårdsområdet 67 %, de försäkrades sf-premie* 33 %	Vårdsområdena	Vårdsområdena

\*De försäkrades sf-premie = de försäkrades sjukförsäkringspremie

## 7. Den fortsatta beredningen

Beredningsgrupperna för avveckling av flerkanalsfinansieringen har inte lagt fram några förslag utan gjort utredningar om olika genomförandealternativ, som presenteras ovan. Arbetet har bestått av grundläggande beredning inför arbetet i den parlamentariska arbetsgrupp som ska tillsättas efter att detta arbete är klart. Den parlamentariska arbetsgruppen ska ta ställning till genomförandealternativen.

Beredningsgrupperna har följt sitt uppdrag, och på grund av mångfalden av alternativ har inte uppdragens inbördes påverkan bedömts. I den fortsatta beredningen kan även de lösningar som man gör för respektive delområde skilja sig från varandra.

I det fortsatta arbetet måste man ta hänsyn till Ålands särskilda ställning och tillsammans med representanter för landskapet utreda vilka lösningar som vore möjliga där för avveckling av flerkanalsfinansieringen. För utredning av denna fråga föreslås att det tillsätts en separat arbetsgrupp som koncentrerar sig på frågorna som gäller Åland så att resultaten av utredningen blir tillgängliga för den parlamentariska arbetsgruppen i ett så tidigt skede som möjligt.

Beredningsgrupperna har utgått från tidigare utredningsarbeten i sitt arbete och har inte i samband med arbetet hört intressenter. Av denna anledning föreslås att en omfattande remissbehandling ordnas när arbetet är klart.

Oberoende av vilket lösningsalternativ som väljs krävs en noggrann lagberedning efter att lösningen valts. Hur lång tid verkställandet kräver beror på innehållet i de valda modellerna.

I synnerhet avvecklingen av flerkanalsfinansieringen av läkemedelsbehandlingarna kräver beroende på alternativ stora ändringar i lagstiftningen. För avvecklingen av flerkanalsfinansieringen av läkemedelsbehandlingarna har det inte gjorts lika omfattande beredning som för de övriga delområdena, och på grund av detta och frågans omfattning kräver avvecklingen av flerkanalsfinansieringen av läkemedelsbehandlingarna en längre beredningstid än de övriga delområdena.

### Bilagor

Bilaga 1 Uppdraget

Bilaga 2 Arbetsgruppernas uppdaterade sammansättningar 5\_2021

Bilaga 3 Provberäkningar för överföringen av finansiering till välfärdsområdena

Bilaga 4 Bedömning av kundövergångar utförd av arbetsgruppen för sjukförsäkringsersättningar

Bilaga 5 Bakgrundspromemoria utarbetad av arbetsgruppen för sjukförsäkringsersättningar

Bilaga 6 Researbetsgruppens konsekvensbedömningstabell

