

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Työryhmän arvioitavana on ollut vaihtoehdot A ja B:

A-vaihtoehdossa yksityisen hoidon ja tutkimuksen korvauksia maksettaisiin edelleen, mutta nykyinen valtion rahoitusvastuu siirrettäisiin valtiolta tuleville hyvinvointialueille, yleiskatteellisena rahoituksena.

B-vaihtoehdossa sairausvakuutuskorvaukset lakkautettaisiin. Valtion rahoitusosuus poistuisi.

Suomen Kuntoutusyritykset ry puolustaa yksityisen hoidon sairausvakuutuskorvauksia. Jatkovalmistelua tulee tehdä mallin A-pohjalta. Esitämme, että tulevaisuuden hyvinvointialueiden rahoituksessa käyttöön otetaan elementti, joka kannustaa hyvinvointialueita asukkaidensa omaehtoiseen terveyden edistämiseen.

Emme kannata vaihtoehtoa B, sillä se jättää täysin avoimeksi lakkautettavien hoitojen korvaavien hoitojen järjestämistavan. Tällöin kasvaa uhka, että osa sv-korvauksella siirretyistä varoista käytetään aivan muihin hyvinvointialueen menoihin. Osa varoista siirtyisi ehkä palvelustelien ja ostopalvelujen kautta takaisin yksityisen sektorin palvelutuotantoon, joka todennäköisesti auttaisi palveluiden saatavuudessa ja kansalaisten hoitoon pääsyssä, mutta korvaukset jäisivät myös kokonaan käyttämättä näihin hoitotarkoituksiin. Käytettävät summat ovat yksittäisten hyvinvointialueiden tasolla sen verran pienikokoisia, ettei niillä tehdä hyvinvointialueen järjestämisvastuulle kuuluviin palveluihin suurtakaan laajennusta. Tällöin on vaarana, ettei varoista saada lähellekään vastaavaa hyötyä, joka niistä saadaan nyt kun kansalaiset kustantavat korvatuiksi määrättyistä palveluista leijonanosan itse.

Korvausjärjestelmän säilyttämistä täysin sellaisenaankaan ei voitane pitää parhaana mahdollisena ratkaisuna. Muistiossa lyhyesti viitatulla tavalla yksityisiä sairaanhoitokorvauksia tulisi kehittää kasvattamalla korvausten määrää ja antamalla hyvinvointialueille mahdollisuuksia myös määrätä korvausten koosta ja tuotettavien palvelujen sisällöstä.

Esitämme, että Valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin vain esimerkiksi korvauksen minimitasosta, jonka hyvinvointialue voisi halutessaan ylittää. Hyvinvointialueille tulisi asettaa uusi kannustin korvausten oikeasuhtaiseen käyttöön: sv-korvauksen käyttö yli kansallisen keskiarvon tulisi palkita hyvinvointialueen kokonaisrahoituksessa. Tämä voitaisiin toteuttaa siten, että hyvinvointialueen valtiolta saamaa osuutta leikattaisiin jonkin verran, mikäli sv-korvausten määrä hyvinvointialueen alueella olisi alle kansallisen keskiarvon (kansalaisten sairastavuus ja hoidon tarve huomioiden). Kela voisi tästä huolimatta olla etuuksien toimeenpanijana jatkossakin. Hyvinvointialueet voisivat tällä tavoin kohdentaa sairaanhoidon korvauksia sellaisiin palveluihin, jotka hyvinvointialueella vaikuttavat korvauksesta parhaiten hyötyvän ja tarvittaessa hyvinvointialue voi tehdä myös muutoksia palvelun sisältöön itse.

Esittämäämme uutta sairausvakuutuslain mukaista korvaustyökälua tulee jatkossa kehittää sellaiseksi, että se on yhtenä itsenäisenä palvelujen järjestämistapana hyvinvointialueen omien palvelujen, hankintojen sekä palvelusetelien rinnalla. Kansalainen voisi siis aina valita jatkohoitonsa tapahtuvaksi myös sv-korvattavana hoitona. Kyse voisi silti olla julkisesta terveyspalvelusta siten, että hoidon yhteydessä syntyneet potilasasiakirjat kuuluisivat julkisen järjestäjän rekisterinpitoon ja vastuu hoidon lopullisesta toteutumisesta olisi julkisella toimijalla. Ehdotuksellamme helpotettaisiin hoitoon pääsyä, sillä se on aina alueen käytettävissä. Sv-korvattavien hoitojen valitsemisella olisi myös hyvinvointialueen taloutta tukeva vaikutus, koska valtaosan hoidosta kustantaisi asiakas itse. Noin ei ole asiakasmaksullisissa omissa palveluissa tai asiakasmaksun suuruiseen omavastuuseen sidotussa palvelusetelissä.

Kansalaisilla olisi myös oltava subjektiivinen oikeus käyttää sv-korvattavaa hoitoa, mikäli hoidon tarve vain on terveydenhuollon ammattihenkilön antaman arvion mukaan olemassa.

Paljonko säästettäisiin, jos Kelalta poistettaisiin sv-korvausten maksatus?

Kelan hallintokulujen nykyinen suhteellisen suuri 14 miljoonan osuus selittyy ainakin osittain tämänhetkisten leikattujen sv-korvausten pienillä arvoilla. Hallintokulut eivät juuri kutistu, vaikka hallinnossa olevat maksut kutistuisivatkin. Sama on totta myös toisinpäin: jos valtio ottaa suuremman vastuun kansalaisen sv-korvattavasta hoidosta korvaamalla siitä suuremman osuuden, paranee myös korvausten hallinnollinen hyötysuhde.

Terveyden- ja sairaanhoidon korvausten lopettamisesta saatu laskennallinen 4 euron hyöty olisi keskimääräiseen asukaskohtaiseen 3 660 euron sote-rahoitukseen nähden varsin vaatimaton, eikä sillä olisi todellista merkitystä. Korvauksia kannattaisi kehittää ja säilyttää olemassa olevat julkistaloudelle edulliset ja kansalaisten hoitoon pääsyä tukevat sv-korvauksen rakenteet.

Selvitys ei huomioi sv-korvausten poistamisen todennäköisintä seurausta, joka on, että palvelu jätetään kansalaisten toimesta kokonaan käyttämättä. Jos yksityisen sektorin sv-korvausta ei ole, eikä sv-korvauksen yksityiseen hoitoon ohjaavaa vaikutustakaan ole, jäävät kansalaiset todennäköisesti odottamaan joksikin aikaa julkisen terveydenhuollon hoitojonoihin. Hoitojonossa odottaminen on kallista, sillä vaivat yleensä pahentuvat sinä aikana. Vastaavasti on erittäin mahdollista, että kansalaiset eivät yksinkertaisesti jää odottamaan hoitojonoon, vaan toteavat palvelun saatavuuden estyneeksi, ja ostavat palvelun kokonaan yksityisesti, tai jättävät kokonaan hakeutumatta (jatko)hoitoon.

Jälkimmäinen ratkaisu, jossa kansalaisen hoito jää kokonaan saamatta, on yhteiskunnalle todennäköisesti myös kaikkein kallein, sillä silloin oireiden tai sairauksien pitkittyminen altistaa toiminta- ja työkyvyn ennenaikaiselle heikkenemiselle. Tästä seuraa kalliita kerrannaisvaikutuksia, jos henkilön hoitoisuusvaatimukset kasvavat tai kyky elättää itseään vähenee ja vastaavasti kyky maksaa veroja heikkenee.

Tällä hetkelläkään esimerkiksi yksityisen fysioterapeutin pahin kilpailija ei ole julkinen sektori julkisesti rahoitettuine palveluineen, vaan pahin kilpailija on kansalaisen oma kotisohva, jolle todennäköisesti jäädyään eikä hoitoon hakeuduta, varsinkaan riittävän varhaisessa vaiheessa. Tästä on kansantaloudelle huomattavaa haittaa, kansalaisten hyvinvoinnista ja inhimillisestä kärsimyksestä puhumattakaan.

Fysioterapian lisäksi hoitamattomuus on todellinen uhka myös kaikilla muilla terapia-aloilla. Useimmat terapiat ovat sitä tehokkaampia mitä aikaisemmassa vaiheessa kuntoutus voidaan aloittaa. Tilanne on sama riippumatta siitä, onko haitta tai uhka toimintakyvylle riippuvainen mielen, lihaksen, nivelten vai hermoston toiminnallisesta häiriöstä.

SV-korvausten korvaamisen tietojärjestelmäkustannukset on huomioitava ennen muutoksista päättämistä

Vaadittujen Kelan ja hyvinvointialueiden tietojärjestelmämuutosten lisäksi on otettava huomioon, että vastaavat muutokset on tehtävä myös hoitoon osallistuvalla yksityissektorilla, ja että niistä aiheutuvat kulut kertyvät lopulta julkisen järjestäjän maksettaviksi palvelusta suoritettavien korvausten kautta. Tässä suhteessa olemassa olevien Kelan tietojärjestelmien hyödyntäminen on kustannustehokasta sekä Kelan, järjestäjien että yksityisten toimijoiden näkökulmasta, kun uusia tietojärjestelmiä ei tarvitse ottaa käyttöön, vaan vanhojen muutokset sekä rajapintojen päivitykset

ovat riittäviä. Kuluja aiheutuu joka tapauksessa, mutta todennäköisesti niiden suuruudet ovat uutta tietojärjestelmää ja niihin liittyvää tyhjistä aloitettavaa integraatiotyötä pienempiä.

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

Vaihtoehto A sillä varauksella, että sv-korvattavia hoitoja ja korvaustasoa kehitetään edelleen nykyisistä määristä. Nykytila ei saa sv-korvattavien hoitojen osalta ainakaan huonontua. Vaihtoehto B ei ole erityisesti valtiontalouden kestävyuden kannalta hyväksyttävissä.

Kyllä meillä on esittää muu vaihtoehto: SV-korvauksia tulisi kehittää siten, että hyvinvointialueiden kannattaa käyttää niitä osana sote-palveluiden järjestämistehtäväänsä.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

-

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

-

Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Kuntoutukseen tällä hetkellä korvamerkityn rahoituksen siirtäminen yleiskatteelliseksi rahoitukseksi vaarantaa kuntoutuksen toteutuksen. Kuntoutus on vaikuttavuudeltaan merkittävää ja yksittäisen kansalaisen näkökulmasta usein jopa korvaamatonta palvelua, mutta yleiskatteelliseen rahoitukseen siirtymisen jälkeen siitä kilpailevat monet muut sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeet ja toimialat.

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Sivulla 43 esitetty maininta ”Työllisyystavoitteiden saavuttamisen kannalta lakisäätöisen, valtakunnallisesti ohjatun kuntoutuspsykoterapian korvausjärjestelmän lakkauttaminen saattaisi olla ongelmallista.” on oikeasuuntainen. Vielä oikeammin olisi todeta, että korvausjärjestelmän lakkauttaminen olisi varmuudella ongelmallista. Hyvinvointialueilla tai kunnilla ei ole tällä hetkellä mitään korvaavaa järjestelmää, joka olisi yhtä kattava ja jolla kuntoutusta voitaisiin järjestää yhtä vaikuttavasti. Järjestelmän lakkauttaminen aiheuttaisi pysyvää vahinkoa.

Selvityksen sivulla 44 on todettu, ettei kuntien terveydenhuoltolain 29 §: nojalla järjestämästä ja terveydenhuoltolain 34 §:n nojalla sairaanhoitopiiritasolla yhteensovittamasta kuntoutuksesta, sen toteuttamisesta tai kustannuksista ole löytynyt luotettavia tilastoja. Kuntoutusyrittäjien havaintojen

mukaan kunnallisissa kuntoutuspalveluissa on huomattavasti enemmän hajontaa kuin Kelan järjestämässä kuntoutuspalveluissa, eikä esimerkiksi laajamittaista ja säännöllistä kilpailuttamista ole kuin suurimmilla sairaanhoitopiireillä. Kuntoutuksen siirtäminen viidelle hyvinvointialueelle ei todennäköisesti parantaisi tätä nykyistä tilannetta, tai ainakaan mitään erityistä syytä tilanteen parantumiselle ei voida osoittaa, mikäli kuntoutus päädyttäisiin siirtämään Kelalta kokonaan hyvinvointialueiden vastuulle.

Heikko tilastointi ja vähäinen tiedon saatavuus vaikeuttaa kannattavuusarviointien tekemistä. Kenties myös tästä syystä kunnallisessa terveydenhuollossa kuntoutuksella onkin suuret alueelliset erot: kuntoutukseen ei välttämättä osata kohdistaa resursseja, sillä sen vaikuttavuudesta ei ole tietoa. Tavanomaiseen kunnalliseen kuntoutukseen ei kuulu vertailukelpoista vaikuttavuusarviointia, eikä aiheesta ole tehty myöskään kattavia tutkimuksia, toisin kuin Kelan järjestämästä kuntoutuksesta. Tähän liittyen herää kysymys, onko jopa yksittäinen erityisvastuualue (erva) liian pieni toimija järjestämään kaikkea kansalaisten kuntoutusta.

Nykymallin säilyttäminen

Selvityksen havainnot nykytilan säilyttämisen osalta ovat oikeita. Erityisesti hyvinvointialueiden negatiivinen kannustinvaikutus, joka voi johtaa osaoptimointiin tai liian vähäiseen tuen määrään sekä palveluketjujen katkeamiseen, on monin paikoin paikkaansa pitävä havainto jo nykyään. Erityisen hyvin tällainen tilanne ilmenee yksittäisen asiakkaan kohdalla silloin, kun tämä syystä tai toisesta putoaa Kelan järjestämän kuntoutuksen ulkopuolella, ja kuntoutuvastuu siirtyy kunnalle tai sairaanhoitopiirille. Tyypillisesti kuntoutuskerran romahtavat siirron yhteydessä, vaikka kuntoutustarpeessa ei sinänsä tapahtuisikaan välttämättä mitään muutosta. Riittävää on, että kuntoutuksen tavoite muuttuu esimerkiksi kuntoututtavasta hoidolliseksi.

On syytä tuoda tässä esille myös useamman eri ostajatahon olemassaolon merkitys. Jos kaikki julkisesti tuotettu kuntoutus jää yksittäisen julkisen ostajan toimien varaan, on vaarana ostajamonopolin syntyminen. Ostajamonopoli ei ole tyypillisesti välttämättä sen parempi kuin myyjämonopolikaan, sillä molemmissa tapauksissa kilpailu ja innovaatio jäävät helposti pois toiminnan kehittämisestä. Tällä hetkellä Kelan kuntoutuksen järjestämisen kehittämiseen on selkeästi vaikuttanut viimevuosina myös sote-uudistus ja sen taustalla kulkeva ajatus monikanavarahoituksen purkamisesta. Kela on siten parantanut omaa toimintaansa, koska se on ollut Kelan toiminnan jatkumisen edellytys. Tämä saattaa vaikuttaa poliittiselta toiminnalta, mutta yhtä lailla omaa paikkaansa yhteiskunnassa tapaavat puolustaa niin kunnalliset toimijat, yksityiset palveluntuottajat kuin itsenäiset julkishallinnolliset organisaatiot, kuten Kela. Parhaiten tämä tapahtuu erottautumalla muista vertailukelpoisista toimijoista.

Nykytilaa kuvaavat vahvuudet ovat selvityksessä myös oikeita ja hyviä havaintoja, erityisesti liittyen Kansaneläkelaitoksen valtakunnallisesti vertailukelpoiseen ja itseään kehittävään toimintamalliin.

Selvityksessä sivulla 51 viitatus julkinen terveydenhuollon suorat kuntoutuspäätökset (joita Kela täydentää omalla vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen päätöksellä myöhemmin) joilla vaativa lääkinnällisen kuntoutus voidaan aloittaa ilman aiheetonta viivytystä heti julkisella vastaanotolla, vaikuttaa hyvältä ja kannatettavalta esitykseltä nykyisen järjestelmän kehittämiseksi. Myös palveluntuottajien rekisteröitymismenettelyä tulee laajentaa vähintäänkin kokeiluna myös vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen.

Selvityksen sivulla 53 esitetty havainto lasten kuntoutukseen pääsyn eriarvoisuudesta on paikkaansa pitävä. Perheillä on hyvin erilaiset keinot hakeutua hoitoon tai kuntoutukseen, ja erityisesti Kelan kuntoutukseen liittyvien päätösten hakeminen, ymmärtäminen ja mahdollinen muutoksenhaku ovat kaikkein vaikeimpia juuri haavoittuvimmassa asemassa olevilla perheillä ja perheiden lapsille. Niin nykyisillä kunnilla kuin tulevilla hyvinvointialueilla olisi sinänsä mahdollisuus avustaa perheitä kuntoutushakemusten tekemisessä ja prosessin läpiviennissä, mutta syystä tai toisesta tämä ei kaikkien kohdalla ole aina onnistunut.

Kun vammaisen henkilö täyttää 65 vuotta, kuntoutuksen saatavuus romahtaa

Vammaisten kuntoutukseen pääsyssä suurimmat ongelmat ovat selvityksen havaintojen mukaisesti varmasti avopalvelujen vähentyminen ja yli 65-vuotiaiden kuntoutus. Tämä tukee Kuntoutusyrityksien jäseniltä saatuja havaintoja. Kuntoutuksen perusteita on pyritty valtakunnallisesti yhtenäistämään erityisesti Kelan osalta, ja osalla kuntoutujista tämä on näyttäytynyt kuntoutuksen vähentymisenä. Varmuutta siitä ei ole, onko yhdenvertaisuus valtakunnallisella tasolla kuitenkin parantunut.

Yli 65-vuotiaiden kuntoutuksen sulkeminen pois Kelan järjestämisvastuulta on lainsäädännöllisesti varsin erikoinen ja eliniän pitenemisen vuoksi asiallisesti vanhentunut ratkaisu, eikä osaltaan edistä yhdenvertaisuutta eri ikäluokkien kesken. Erityisesti vammaisilla palveluiden tarve ei vähene 65 ikävuoden jälkeen, eikä palvelutarvekaan ikääntymisen myötä johdu automaattisesti ikääntymisestä, vaan vammaisen on vammaisen vielä 65 vuotta täytettyäänkin. 65 vuoden ikärajan poistamista palveluiden äärelle pääsemisen esteistä tulisi pohtia vakavasti, kuten selvityksessä onkin sivulla 55 esitetty.

Kela järjestää ja hyvinvointialueet rahoittavat

Kuntoutukseen tällä hetkellä varattujen varojen siirtäminen yleiskatteelliseksi rahoitukseksi vaarantaa kuntoutuksen toteutuksen. Kuntoutus on vaikuttavuudeltaan merkittävää ja yksittäisen kansalaisen näkökulmasta usein jopa korvaamatonta palvelua, mutta yleiskatteelliseen rahoitukseen siirtymisen jälkeen siitä kilpailevat monet muut sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeet ja toimialat. Tämä johtaa siihen, että tällä hetkellä hyvin toimiva kuntoutus voi lakata toimimasta, vaikka muut yleiskatteellisesti rahoitetut toimialat eivät välttämättä parannu lainkaan. Kuntoutuksen

vähentyminen heikentää kansalaisten toimintakykyä, mikä puolestaan lisää hoitoisuusastetta ja lopulta johtaa kustannusten moninkertaiseen kasvamiseen, kun ennaltaehkäisevän tai ylläpitävän kuntoutuksen sijasta joudutaan korjaamaan kalliisti kuntouttamatta jättämisen jälkiä, ja hieman kärjistäen toimimaan ihmisten käsinä ja jalkoina, kun näiden omat kädet ja jalat eivät ole näille riittäviä. Hyvinvointialueiden rahoitus perustuu asukkaiden sairastavuuteen, joten selvityksen sivulla 56 esitetyn kustannusvaikutuksen toteutuminen on epävarmaa. Pikemminkin vaikuttaa siltä, että hyvinvointialueen olisi kannattavampaa taloudellisesti laiminlyödä Kelalta tehtävät kuntoutusostot, sillä kuntoutusostojen vastineeksi hyvinvointialue saa vain pienemmän valtionosuuden, kun kansalaiset ovat paremmassa kunnossa. Tällaista kehitystä ei voida missään nimessä pitää toivottavana.

Hyvinvointialueet järjestävät ja rahoittavat

Kuntoutuksen tippuminen pois subjektiivisten lakisääteisten oikeuksien joukosta voi olla ongelmallista, sillä kuntoutus saatetaan tämän jälkeen laiminlyödä.

Kuntoutukseen kuuluu leimallisesti eräänlainen presumoitu eli oletettu hyöty, joka on tunnistettu niin lainsäädännön tasolla kuin tutkimuksessa. Kuntoutuksen hyötyjä ei kuitenkaan välttämättä enää tunnisteta hoitopäätöksiä tai edes hallintopäätöksiä tehtäessä, jollei päätösten tekijällä ole kuntoutuksen hyödyistä riittävää tietoa ja myös valtaa päättää kuntoutukseen käytettävistä resursseista. Näin ollen kuntoutuksen asema tämän päivän yhteiskunnassa subjektiivisena oikeutena ja korvamerkittynä rahana on perusteltu.

Muutoin vaarana on, että kuntoutuksen saatavuus heikkenee, koska sen hyödyn tunnistaminen vaatii tavallista suurempaa asiaan perehtymistä. Usein kuntoutuksen asiantuntemus ja päätöksentekovalta kuntoutukseen annettavista resursseista eivät ole samoissa käsissä. Kuntoutuksen subjektiivisen oikeuden poistaminen voisi olla mahdollista kompensoida kuntoutusmyönteisemmällä kulttuurilla ja kuntoutuksen hyötyjen tunnettuuden parantamisella, mutta tällainen menettely on epävarma ja kestämaton myös kansalaisten yhdenvertaisuuden ja perustuslaillista oikeuksien näkökulmasta.

Nykyisenkaltainen uhkasakkoihin ja aluehallintovirastojen ulkopuoliseen valvontaan perustuva terveyden- ja sairaanhoito on onnistunut huonosti edes terveydenhuoltolain 29 §:n mukaisten palvelujen takaamisessa kansalaisille. Tähän on voinut osaltaan vaikuttaa selvityksessäkin esitetty huomio siitä, että kansalaiset osaavat hakeutua kuntoutuspalveluiden äärelle varsin vaihtelevasti, ja myös palveluihin pääsyssä on esteitä, jotka edellyttävät yksittäiseltä kuntoutujalta mahdollisesti suuriakin henkilökohtaisia ponnisteluja, sillä kuntoutuspalveluita ei varsinaisesti tyrkytetä terveyskeskuksissa. Kuntoutujan tulee osata hakeutua kuntoutuksen järjestelmän hyvin tuntevan sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen tai muun palveluneuvojen äärelle, ja tällaisia on suomalaisessa järjestelmässä saatavilla yllättävän niukasti.

Selvityksen sivulla 62 esitetty huomio asiakkaiden omavastuuosuuksien poistumisesta ja asiakkaiden siirtymisestä asiakasmaksulainsäädännön piiriin ja siirtoa vastaavasta julkistalouden kustannuspaineesta on osittain oikea. Osa palveluista, kuten Kelan järjestämä vaativa lääkinällinen kuntoutus on kuntoutujille täysin maksutonta; kuntoutujille voi tulla maksettavaksi vain rajattu kuluja, jotka voivat liittyä esimerkiksi harrastekokeiluihin tai peruutusmaksuihin, mikäli kuntoutusta ei ole peruttu yhteisesti sovitussa määräajassa. Itse etuus eli kuntoutuspalvelu on kuntoutujalle aina maksuton. Sairausvakuutuslain mukaisesti korvattavissa etuuksissa samoin kuin Kelan kuntoutuspsykoterapiassa tilanne on luonnollisesti erilainen. Julkisen järjestäjän maksuosuudet näissä ovat huomattavasti asiakasmaksulainsäädännön piiriin kuuluvia palveluita pienemmät. Tästä syystä korkeamman omavastuuosuuden kustannuksista luopuminen lisää paitsi julkistalouden maksutaakkaa, myös heikentää osalla asiakkaista hoitoon pääsyä, jos julkisen terveystalouden järjestämistapaan ei tule merkittäviä muutoksia tulevaisuudessa.

Toisaalta suuri omavastuu toimivissa kuntoutuspalveluissa voi olla ja usein onkin merkittävä este hoitoon pääsulle. Jos ainoa saatavilla oleva hoitomuoto avautuu vasta toimeentulotukihakemusten täyttämisen kautta tai kunnallisen palvelun pitkän jonottamisen jälkeen, on todennäköistä ettei esimerkiksi kuntoutuja saa tai edes hakeudu kuntoutukseen lainkaan. Tällä on sekä taloudellisesta että inhimillisestä kestävästä hinta. Suuren omavastuuosuuden ja myös asiakasmaksun rinnalle onkin oltava aina tarjolla myös asiakkaalle maksuton vaihtoehto.

Jos sekä kuntoutuspalvelun rahoitus että järjestäminen siirretään kokonaan hyvinvointialueen järjestettäväksi, on helppo arvioida, että palvelun laatu ja saatavuus tulevat heikkenemään olennaisesti, ja julkisesti maksettavat kustannukset tulevat kasvamaan merkittävästi. Arvio perustuu kuntoutuksen ja terapian saatavuuteen tällä hetkellä nykyisten hyvinvointialueiden edeltäjien, eli kuntayhtymien järjestämänä. Niiden kilpailukyky erityisesti Kelan järjestämään kuntoutukseen on ollut sekä käyttäjän, maksajan että palveluntuottajan näkökulmasta tyypillisesti varsin heikko.

Kelan kuntoutuksen lakkauttamisen yritysvaikutukset olisivat todennäköisesti yritystoimintaa heikentävät. Selvityksessäkkin on todettu, että yksityiset työnantajat ovat onnistuneet julkisia paremmin rekrytoimaan mm. terapeutteja. Yksityisten työpaikkojen häviäminen heikentäisi paitsi yritystoimintaa myös vähentäisi näiden ammattien houkuttelevuutta ja voisi kärjistää terapeuttipulaa entisestään.

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

Nykytilan säilyminen siten, että Kela järjestää, on esitetyistä vaihtoehdoista kannatettavin (vaihtoehto A).

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

-

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

-

Muita kommentteja ja huomioita

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

Muutoksenhaku

Selvityksen kohdassa 2. on käsitelty lukuisia eri tapoja ratkaista potilaan hoitoa ja siihen liittyvien päätösten muutoksenhakukeinoja. Kohdassa ei ole huomioitu hallintoriitaa muutoksenhakukeinona hoidon korvaamiseksi. Muutoksenhaku hallintoriitana on mahdollista, kun kansalainen maksaa oman terveydenhoitopalvelunsa ensin itse, ja sen jälkeen vaatii asiaa viimekädessä hallintoriidan kautta korvattavaksi julkiselta palvelun järjestäjältä sillä perusteella, että julkinen järjestäjä oli laiminlyönyt terveydenhuollon palvelun järjestämisen kansalaiselle ja tämä on joutunut siksi hakeutumaan hoitoon omalla kustannuksellaan. Menettelyn käyttö Suomessa lienee kuitenkin verrattain harvinaista. Menettelyn käyttö saattaa kuitenkin lisääntyä, jos palveluiden saatavuus heikkenee nykyisestä ja lisäksi palvelusta saatava Kelan etuus tai sv-korvaus poistetaan

Potilasdirektiivi

Liite 5 sivu 9 liittyen: on huomioitava, että Euroopan komissio on potilasdirektiivin implementointiin liittyen antanut Suomelle virallisen huomautuksen ja perustellun lausunnon vuosina 2015 ja 2016. Komission näkemyksen mukaan Suomessa käyttöön otettu korvausmalli korvata omatoimisen hoitoon hakeutumisen kustannuksia on potilasdirektiivin vastainen. Komissio on kehottanut Suomea ryhtymään toimenpiteisiin sen varmistamiseksi, että potilaan maksettavaksi jäisi sama summa, jonka hän olisi maksanut kyseisestä hoidosta Suomen kunnallisen järjestämistä vastuun piiriin kuuluvassa terveydenhuollossa. Suomi on käydyissä keskusteluissa pitänyt kiinni kannastaan, että valittu malli vastaa Suomen terveydenhuoltojärjestelmän rakennetta. Keskustelut ovat vielä kesken. Omatoimisen hoitoon hakeutumisen korvausmallia voi täten olla tarpeen muuttaa, vaikka monikanavarahoituksen purkamiseen liittyen päädyttäisiin säilyttämään nykytila.

Palveluntuottajalaki pitää valmistella ja ottaa käyttöön

Julkisen ja yksityisen tuottaman terveydenhuoltopalvelu välissä on huima ero, kuinka terveydenhuollon toimintayksikkö saadaan perustaa, ja kuinka jo toimivaa palveluntuottajaa valvotaan. Esitämme, että asiakkaiden oikeuksien ja hoitoonpääsyn yhdenvertaiseksi toteutumiseksi säädetään n. palveluntuottajalaki. Se yhtenäistää lupa- ja valvontakäytännöt julkisen ja yksityisen välillä. Tämä melko laajaa konsensusta nauttinut ehdotus valmisteltiin edellisen vaalikauden toteutumatta jääneen sote-uudistuksen yhteydessä. Se on otettavissa käyttöön melko helposti, ja

luontevaa tehdä juuri nyt, kun valtion aluehallinnon tehtäviä muutenkin on ryhdytty juuri työryhmässä arvioimaan.

Grekin Satu
Suomen Kuntoutusyritykset ry