

Lausuntoyhteenveto kuntoutuksesta

Yleistä

Kuntoutuksesta tuli yhteensä 70 lausuntoa. Kaikista vastaajista nykytilan säilyttämisen kannalla oli 36%, vaihtoehdon kaksi kannalla oli 14% ja vaihtoehdon 3 kannalla oli 14% vastaajista. Lisäksi 36% ei ottanut kantaa yksittäisen vaihtoehdon, vaan pohtivat eri vaihtoehtojen hyviä ja huonoja puolia sekä ehdottivat vaihtoehtojen tarkempaa selvittelyä.

Useat lausujat nostivat esille, että muutosten valmistelussa olisi edettävä kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotusten mukaisesti. Osa lausujista toivoi kuntoutuskomitean ehdotuksen mukaisesti muutoksien pilotointia ennen kuin Kelan nykyisiä kuntoutuspalveluja lähdetäisiin lainsäädännössä muuttamaan. Lausujat olivat huolissaan siitä, että valmistelua tehdään irrallaan kuntoutuksen uudistamisen kokonaisuudesta.

Useat lausujat toivat esille, että hyvinvointialueilla on haasteita ja kuormitusta terveystalouden organisoinnissa useiden samanaikaisten muutosten vuoksi. Myös he, jotka kannattivat vaihtoehtoa 3, pitivät tärkeänä, että mikäli muutos toteutetaan, se tehdään porrasteisesti ja hallitusti pitkällä aikavälillä. Lausujat totesivat, että sote-uudistuksen seurauksista ei ole vielä hetken tietoa ja uudistuksen tulokset nähdään vasta vuosien päästä kun hyvinvointialueet ovat saaneet toimintansa vakiinnutettua. Nähtiin tärkeänä, että hoitopolut luodaan optimaaliseksi, koska hoito ja kuntoutus kytkeytyvät toisiinsa.

Eräät lausujat esittivät, ettei järjestelmissä tunnistettujen ongelmien ratkaiseminen edellytä monikanavarahoituksen purkamista ja ettei mikään esitetystä kolmesta vaihtoehdosta poista kuntoutuksen nykyjärjestelmän ongelmakohtia. Vaihtoehtoisina toimintamalleina kuvattiin mm. sairaanhoitovakuutuksessa valtion rahoitusosuuden siirtäminen hyvinvointialueiden rahoitettavaksi.

Lausujat näkivät, että Kelalla on tärkeä rooli ammatillisen ja harkinnanvaraisen kuntoutuksen järjestäjänä myös jatkossa. Lausujat toivoivat, että Kela jatkaisi kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämistoimintaa osana harkinnanvaraista kuntoutusta.

Lausujat toivat esille, että erityisesti Itä- ja Pohjois-Suomessa on pula puhe- ja toimintaterapeuteista, psykoterapeuteista ja neuropsykologisen kuntoutuksen asiantuntijoista. Erään ehdotuksen mukaan psykoterapeuttipulaan voitaisiin vastata siirtämällä psykoterapiakoulutus yliopistojen tuottamaksi täydennyskoulutukseksi.

Yli 65 -vuotiaiden vammaisten henkilöiden kuntoutusta haluttiin kehittää, sillä kuntoutuspalveluiden saatavuudessa tapahtuu muutoksia 65-vuoden jälkeen niin Kelan kuin julkisen sektorin järjestämässä kuntoutuksessa.

Vaihtoehtojen arviointia

1. Nykytila, jossa Kela järjestää vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja korvaa kuntoutuspsykoterapian, säilyy ennallaan.

Nykytilan vahvuudet liittyivät usean vastaajan mukaan Kelan osaamiseen ja laatuun palveluiden järjestäjänä. Kelalla todettiin olevan hyvät järjestelmät, jotka mahdollistavat palveluiden toimeenpanon ja seurannan. Kelan vahvuuksina mainittiin myös palvelumuotoilu osaaminen ja palveluvalikko on valtakunnallisesti yhtenäinen, kuntoutuspalvelut hankitaan kustannustehokkaasti, kuntoutuksen tutkimusta kehitetään jatkuvasti ja palvelujen laatu varmistetaan yhdenmukaisesti. Tämän lisäksi Kelan järjestelmät mahdollistavat yksityiskohtaisen budjetoinnin ja tilastoinnin.

Lausunnoissa todettiin, että kuntoutuspsykoterapian pilkkominen hyvinvointialueittain ei paranna palveluiden saatavuutta tai potilaiden yhdenvertaisuutta. Nykyjärjestelmää ei tulisi purkaa, vaan sitä on voitava edelleen kehittää paremmin toimivaksi ja tämän rinnalla joustavasti ja yhteistyössä panostaa perustason hoitojen kehittämiseen.

Lausunnoissa todettiin, että laajan kokonaisuuden järjestäminen hyvinvointialueiden toimesta vaatisi merkittäviä panostuksia tietojärjestelmiin ja lisähenkilöstöön kaikilla hyvinvointialueilla ja loisi päällekkäisiä hallinnointitapoja ja yksiköitä, jotka voitaisiin järjestää kansallisesti pienemmällä resurssoinnilla kuin maakuntiin hajauttaen. Hyvinvointialueille hajauttaen voisi syntyä erilaisia tapoja tuottaa palveluita ja palvelujen taso vaihtelisi alueiden välillä ajan kuluessa ja saavutettu kansallinen yhtenäisyys menetettäisiin.

Kehitettävää nykytilanteessa lausujat toivat esille kuntoutuksen järjestämisen vastuunjaon epäselvyyden ja kuntoutuspalveluiden pirstaleisuuden. Lausujat nostivat esille myös kuntoutuksen irrallisuuden hoidosta ja alueen palveluista. Kehitettävää nähtiin olevan myös Kelan asiakaspäätösten toimeenpanossa.

Lausujat näkivät, että nykytilanne saattaa mahdollistaa osaoptimoinnin ja että, julkisella sektorilla on insentiivi ohjata kuntoutusta KELA:n korvattavaksi. Toisaalta lausujat toivat esille, että osaoptimointia elementtejä voi esiintyä myös yksikanavaisesti rahoitetussa kuntoutuksessa ja ettei nykytilassa ei ole kyse päällekkäisistä palveluista, vaan lääkinnällisen kuntoutuksen osalta Kelalla ja julkisella sektorilla on omat toisistaan poikkeavat järjestämisvastuut.

Useat tahot toivat esille, että Kelassa kehitteillä oleva rekisteröitymismenettelyn ja ns. suorapäätösmallin laajempi käyttöönotto voisivat tuoda palveluihin pääsyyn joustoa ja jatkuvuutta.

2. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia säilyy Kelassa siten, et-tä rahoitusvastuu siirtyisi hyvinvointialueille, joka päättäisi vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluvalikosta, kriteereistä ja kehittämisestä. Päätöksenteko palveluista säilyisi Kelalla.

Mallin etuina lausunnoissa mainittiin, että vaihtoehto varmistaisi parhaiten riittävien ja tarkoituksenmukaisten palvelujen saatavuuden ja tukisi monikanavarahoituksen purkamisen tavoitteita.

Vaihtoehto mahdollistaisi sujuvien kuntoutusketjujen kehittämisen ja tuottaisi hyvinvointialueelle riittävät kannusteet ennakoivaan ja matalan kynnyksen palveluiden parantamiseen. Mallissa vastaajien mielestä myös Kelan osaaminen tulisi hyödynnettyä. Malli mahdollistaisi myös omien kuntoutuspalveluiden kehittämisen.

Mallin haasteina nähtiin mm. vaihtoehdon monimutkaisuuden, ja se edellyttäisi tiivistä yhteistyötä mm. ohjaamisen käytännöistä Kelan ja hyvinvointialueiden välillä. Vaihtoehto edellyttäisi yhtenäisiä valtakunnallisia saatavuuskriteerejä. Osa pohti myös hyvinvointialueiden insentiivejä toteuttaa mallia.

3. Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja/tai kuntoutuspsykoterapia siirtyisivät kokonaisuudessaan hyvinvointialueen järjestämistä vastuulle.

Mallin etuina lausijat arvioivat, että rahoitusvastuun siirto hyvinvointialueille kannustaa hyvinvointialueita tehostamaan kuntoutuksen kokonaisuutta. Mallin todettiin lisäävän hyvinvointialueen kokonaisvastuita kuntoutuksesta. Osa lausujista totesi, että pitkällä tähtäimellä voitaisiin saada aikaan kustannussäästöjä ja kuntoutuksen laadun ja vaikuttavuuden seuranta voisi helpottua.

Eräät lausijat totesivat mallin tukevan parhaiten resurssien oikeaa jakautumista, palveluiden saatavuutta ja toiminnan painopisteen siirtymistä ennaltaehkäisevien palveluiden suuntaan.

Vaihtoehtoa kannattaneet lausijat toivat esille, että hyvinvointialueet ovat riittävän vahvoja järjestämään vaativan kuntoutuksen palvelut ja kuntoutuspsykoterapian siinä vaiheessa, kun toiminta on muutosvaiheen jälkeen vakiintunut.

Vaihtoehdon haasteina mainittiin lausunnoissa alueellisen eriarvoisuuden lisääntymisen. Lausijat arvelivat hallinnon siirtäminen hyvinvointialueille vaativan lisärahoitusta. Vastuiden siirtäminen hyvinvointialueille voisi johtaa eriytymiseen alueiden välillä, jos vahvaa kansallista ohjaamista ei ole. Lausijat olivat huolissaan asiakkaiden subjektiivisten oikeuksien toteutumisesta jatkossa, mikäli monikanavarahoitus puretaan.

Osa lausujista oli huolissaan erityisryhmien kuntoutuksesta. Heidän mukaansa vaarana on erityisryhmien spesifiä osaamista vaativan kuntoutuksen pirstaloituminen usealle toimijalle. Vammaerityinen kuntoutus vaatii sen toteuttajilta pitkäaikaista kokemusta ja vahvaa näyttöä juuri siihen vammaan kehitetynt kuntoutuksen osalta. Vaikeiden sairauksien tai vammojen vuoksi vaativan lääkinällisen kuntoutuksen asiakkaiden sosioekonominen asema on usein heikko ja asiakkailta on pitkäaikainen kuntoutuksen tarve. Jos asiakkaalle aiheutuisi kuntoutuksesta kustannuksia (esim. omavastuu tai palvelusetelin käyttöön liittyviä kustannuksia), se voisi lausujien mukaan olla este kuntoutukseen hakeutumisessa.

Lausijat toivat esille, ettei hyvinvointialueilla ole tällä hetkellä järjestelmää, joka olisi yhtä kattava ja jolla kuntoutusta voitaisiin järjestää yhtä vaikuttavasti.

Keskeinen huoli liittyi vaihtoehdossa 3 siihen, että miten hyvinvointialueiden yleiskatteellinen rahoitus kohdistuu kuntoutukseen ja miten asiakkaiden oikeusturva ja subjektiivinen oikeus kuntoutukseen säilyy. Lausijat toivat esille myös, että koska yrittäjien ja tulonsaajien maksamien sairausvakuutusmaksujen osuus rahoituksesta on 33 %, eikä sitä ei ole mahdollista siirtää hyvinvointialueille, tulisi rahoitus pienenemään.

Eräät lausujat nostivat esille kuntoutus- tai terapiatakuun, jolloin asetettaisiin kansalliset aikarajat ja muut kriteerit kuntoutukseen pääsulle.

Eräs lausuja arvio Kelan tukeman kuntoutuspsykoterapian lakkauttamisen johtavan mielenterveydellisistä syistä johtuvien työkyvyttömyyseläkkeiden nousuun.

Lausujat toivat esille myös huolensa monikanavarahoituksen purun vaikutukset yritysten toimintaan heikentävästi. Lausujien mukaan yksityisten työpaikkojen häviäminen heikentäisi yritystoimintaa, mutta voisi vähentää myös näiden ammattien houkuttelevuutta ja voisi kärjistää terapeuttipulaa entisestään. Lausujat kaipasivat vaikutusarviointia pien- ja mikroyritysten näkökulmasta. Vaativa lääkinnällinen kuntoutus on erikoistumista vaativaa asiantuntijatyötä, jonka osaamista voi vain niukasti hyödyntää Kelan kuntoutuksen ulkopuolella. Heidän mukaansa muutokset Kelan kuntoutuksessa heijastuvat voimakkaasti kuntoutusalan yrityksiin ja kolmanteen sektoriin, johon on keskittynyt suurin osa suomalaisen kuntoutuksen osaamisesta.

Valmistelun kehittäminen

Lausunnon antaneet toivat esille julkisen sektorin puutteellisen tilastoinnin laadun kuntoutuksen osalta ja että tilastointia tulisi kehittää. Lausujat toteavat myös, että koska tilastotietoa on saatavilla rajoitetusti, sillä on vaikutuksia monikanavavalmisteluun.

Monikanavarahoituksen valmistelua haluttiin kehittää mm. lisäämällä tutkitun tiedon käyttöä vaikutusarvioineissa. Lausujat toivat tutkitun tiedon hyödyntämisen tärkeyttä ja laajempaa arviointia muutosten vaikutuksista asiakkaiden palveluiden saatavuuteen, palveluiden laatuun ja yhdenvertaisuuteen. Lausunnoissa todettiin, että vaikutusten arvioinnissa ei ole huomioitu sosiaalista kuntoutusta riittävästi.

Osa lausujista toivoivat myös perusteluja sille, miksi monikanavaisen rahoituksen purkamisen tarkastelu on rajattu koskemaan vain Kelan kuntoutusta. Lisäksi toivottiin, että sidosryhmät otetaan mukaan monikanavarahoitusta koskevaan jatkotyöhön. Järjestöjen roolia toivottiin arvioitavan laajemmin.

Lausunnon antajat arvioivat mahdollisen järjestämisvastuun siirto vaikuttavan myös siihen, millaista osaamista tarvitaan jatkossa. Lausunnoissa tuotiin esille myös, että jatkovalmistelussa on lisäksi syytä kiinnittää erityistä huomiota palveluiden asiakkaiden oikeusturvaan ja vaikutusten arviointiin erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten, kuten eri tavoin vammaisten ihmisten ja vammaisten lasten perheiden, osalta sekä osallistaa vammaisjärjestöt yhtenä keskeisenä intressitahona työhön YK:n vammaissopimuksen edellyttämällä tavalla.

Uudet ehdotukset

Lausunnoissa tuli myös uusia ehdotuksia kuntoutuksen kehittämiseen mm. asiakasmaksuihin ja koulutukseen liittyen. Ehdotuksina tuli mm. Kelan kuntoutuspsykoterapian kuntoutusetuuden nostamista reaalihinnan tasolle kaikissa psykoterapiamuodoissa. Lausujien mukaan myös alle 16-vuotiaat tulisi saada Kelan kuntoutuspsykoterapian piiriin. Ehdotettiin myös, että kuntoutuspsykoterapian omavastuun poistoa tai alentamista.

Lausunnoissa ehdotettiin myös valmistelun käynnistämistä asiakasmaksujen sekä lääke- ja matkakustannusten maksukattojen yhdistämiseksi yhdeksi maksukatoksi.

Jatkotyöskentelyssä muutosten vaikutusta määrällisiin ja laadullisiin koulutustarpeisiin ja koulutusmuotoihin olisi hyvä pystyä ennakoimaan.