

Asia: VN/31199/2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi sairausvakuutuslain väliaikaisesta muuttamisesta (Kela-korvausten valinnanvapauskokeilu)

Lausunnonantajan lausunto

Lausuttavaa korvausmallin sisällöstä?

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää sosiaali- ja terveysministeriötä mahdollisuudesta lausua otsikon mukaisista asioista. THL pitää lakiesityksen tavoitetta parantaa perusterveydenhuollon saatavuutta erittäin tärkeänä ja kannatettavana, ja linjassa SOTE-uudistuksen alkuperäisten tavoitteiden kanssa. Laitos on useassa yhteydessä esittänyt perusterveydenhuollon selvää vahvistamista, jotta erikoissairaanhoidon kasvavia kustannuksia saataisiin hillittyä väestön ikääntyessä nopeasti tulevana vuosina. Tähän tarvittaneen mukaan kaikki Suomessa olevat voimavarat ja on hyvä, että hallitus etsii asiaan ratkaisuja. Laitos on kuitenkin tunnistanut esitetyn malliin hyvää tarkoittavien tavoitteiden ja reunaehtojen lisäksi siihen liittyviä selviä riskejä sekä arvioita myös negatiivisista vaikutuksista.

Valinnanvapauskokeilun tarkoituksena on kehittää yksityisen sairaanhoidon korvausjärjestelmää osana terveydenhuollon palvelujärjestelmän kokonaisuutta, vahvistaa asiakkaiden valinnanvapautta ja perusterveydenhuollon palveluiden saatavuutta sekä keventää julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa kuormitusta.

Lain lähtökohtana on suoraviivaisesti korottaa Kela-korvausta lääkärin vastaanottokäynneistä yksityisellä sektorilla. Korotusten tarkoituksena on parantaa terveydenhuoltopalveluiden saatavuutta 65 vuotta täyttäneiden joukossa tarjoamalla julkisen perusterveydenhuollon rinnalle saman hintainen vaihtoehto, tosin suppeammalla palveluvalikoimalla. Kokeilu ehdotetaan toteutettavaksi suppeana eli lääkäripalveluna, ja kokeilun ulkopuolelle jäävät muun muassa sairaan- ja terveydenhoitajien, fysioterapeuttien sekä psykiatristen sairaanhoitajien palvelut. Lisäksi kokeiluun kuuluvat laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ovat rajallisia ja puolet niiden kustannuksista tulee asiakkaan maksettavaksi.

THL pitää kokeiluun liittyvää ja jo nykyisellään raskasta monikanava-rahoituksen vahvistamista ongelmallisena. THL on useissa aiemmissa lausunnoissaan todennut, että monikanavarahoituksen vahvistaminen ei edistä koko palvelujärjestelmän toiminnan ja palvelujen oikeudenmukaista ja kustannusvaikuttavaa jakautumista.

Kokeilussa julkisen perusterveydenhuollon rinnalle kehitetään erillinen ja erilainen palvelumalli, jonka palveluvalikoima on suppeampi eikä palveluun pääsyn kriteereitä ole käytössä. Mallin kautta järjestelmän pirstaleisuus lisääntyy ja sen riskinä on myös, että kokeilu entisestään heikentää julkisia lääkäripalveluja eikä vähennä siihen kohdistuvaa kuormitusta. Lisäksi kokeilu on varsin kallis suhteessa todennäköisesti saavutettavaan melko vähäiseen terveyshyötyyn. Esitämme siksi huolestamme siitä, että ehdotettu korvausmalli ei tuota kustannusvaikuttavia palveluita. THL on esittänyt nämä samat huolet lain valmisteluryhmässä.

Yksityiskohtaiset perustelut

Lääkärikäynnit yksityisellä sektorilla

Lakiesityksessä on arvioitu kokeiluun odotettavissa olevia käyttäjämääriä hyvin karkeasti, koska käytössä oleva tieto oli vajavaista.

THL:n mukaan on suuri riski, että merkittävä osa lisärahoituksesta ohjautuu niille 65-vuotta täyttäneille, jotka ovat tähänkin asti, nykyisellä Kela-korvaustasolla, käyttäneet yksityisiä lääkäripalveluita. Kelan korvaamia lääkärikäyntejä yli 65-vuotiailla oli 750 000 vuonna 2023. Näistä noin 200 000 oli yleislääkäreiden tai yleislääketieteen erikoislääkäreiden käyntejä. Loput 550 000 käyntiä oli siis muiden alojen erikoislääkäreiden käyntejä. Ei ole luotettavaa arviota siitä, kuinka moni näistä erikoislääkärien käynneistä olisi voinut hoitua yleislääkärillä. Kaikki erikoislääkärit voivat tarjota kokeilun mukaisia yleislääkärikäyntejä, mikä voi lisätä kokeilussa olevien käyntien määrää merkittävästi. Näin olleen kokeilu voi osoittautua aiottua lyhyemmäksi kokeiluun varattujen varojen loppuessa.

Kokeiluun käytettävien budjettivarojen kohdentuminen

THL pitää hintakattoja tärkeänä elementtinä mallin toteutuksessa ja tässä suhteessa esitetty malli on mielekäs ja sitä tulisikin jatkokehittää. Suomesta puuttuu mekanismi yksityisen sektorin terveystalveluiden hinnoittelusta sopimiseen, vaikka sellainen on käytännössä olemassa lähes kaikissa EU- ja Pohjoismaissa, joissa terveydenhuollon palveluita tarjotaan laajasti yksityisten toimijoiden kautta. Kun julkisia varoja käytetään yksityisten terveystalveluiden rahoittamiseen, kyseinen mekanismi erityisesti tarvitaan ja sitä tulisi siksi Suomessakin kehittää.

Tähän liittyen onkin huomattava, että laboratorio- ja kuvantamistutkimukset ovat julkisella sektorilla maksuttomia, jolloin käynnin kustannukset voivat olla asiakkaalle yksityisellä sektorilla korkeammat, kun tutkimuksista korvataan vain puolet. Lisäksi, koska malliin sisältyvät tutkimukset ja palveluvalikoima ovat varsin rajattuja, on kiinnitettävä erityistä huomiota viestintään ja asiakkaiden informoimiseen, jotta vältetään yllättäviltä tilanteilta, joissa asiakkaalle koituu ennakoimattomia lisäkustannuksia.

Erityinen haaste kokeilussa on, ettei se tue terveydenhuollon moniammatillista toimintaa. Kokeilussa ei pyritä missään muodossa hyödyntämään hoitajien osaamista niiltäkään osin kuin se työnjaollisesti olisi tarkoituksenmukaista ja kustannustehokasta. Suomessa julkisen sektorin avosairaanhoidon käynneistä kaksi kolmasosaa on hoitajakäyntejä, joita ovat esimerkiksi lääkärihoitaja -työparimallin ja tiimimallien hoitajavastaanotot. Näissä potilaan hoitoprosessi pyritään aloittamaan tai hoitamaan potilaan asia jo yhteydenoton ja hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä, tarvittaessa lääkäriä konsultoiden.

Terveydenhuoltolaissa on velvoite hoidontarpeen arviosta, mutta kokeilussa tämä lainsäädäntö ei päde. Siten, kokeilussa palveluun pääsyn kriteerit ovat erilaiset, mitä pidämme ongelmallisena.

Koska hoitajakäynnit ovat julkisella sektorilla suuressa roolissa, pidämme todennäköisenä, että Kela-kokeiluun tulee siirtymään asiakkaita erityisesti hoitajakäynneiltä, ei niinkään lääkärikäynneiltä. Tämä voi sekä heikentää terveysjärjestelmän kustannusvaikuttavuutta ja ajan mittaan pahentaa lääkäripulaa.

Asiakastyytyväisyys ja kustannusvaikuttavuus

THL tunnistaa asiakastyytyväisyyden näkökulman osana problematiikkaa, joka on ainakin osa kokeilun taustalla vaikuttavia tekijöitä. On selvää, että nykymuotoisessa julkisessa terveydenhuollossa osa asiakkaista kokee, etteivät he pääse omasta toiveestaan suoraan lääkärin puheille ja siksi osa maksukykyisestä väestöstä käyttää yksityisen puolen palveluita, jossa lääkärin voi valita itse.

Jos merkittävä osa valinnanvapauskokeilussa korvattavista käynneistä tulee olemaan sellaisten asiakkaiden, jotka olisivat nykyiselläkin Kela-korvauksella käyttäneet yksityisiä palveluita, tai sellaisia, jotka siirtyisivät julkiselta hoitajavastaanotolta yksityiselle lääkärille, kokeilun tavoitteena oleva julkisen avosairaanhoidon jonojen lyhentäminen lääkäreille ei toteudu.

Kokeilusta voi muodostua lisäkorvaus nykyisille yksityisten terveyspalveluiden käyttäjille ja kustannusvaikuttavuuden kannalta kallis tapa tuottaa suppeaa palvelua ilman varsinaista kannustetta tuottaa palvelu tehokkaasti. Kokeilussa on kannustin tuottaa mahdollisimman paljon käyntejä, sillä Kela-korvaus maksetaan jokaisesta vastaanottokäynnistä erikseen. Lisäksi kokeilu voi houkutella entistäkin enemmän lääkäreitä yksityiselle sektorille, mikä saattaa vähentää entistään julkisen sektorin lääkäreitä ja vaikeuttaa hoitoon pääsyä.

THL pitäisi yllä olevista syistä hyvin tärkeänä, että julkisen puolen hoitoonohjauksessa ja palveluiden rajapinnassa voitaisiin kiinnittää entistäkin enemmän huomiota asiakastyytyväisyyden edistämiseen, jotta voitaisiin vähentää kokemusta siitä ettei hoitoon (siis nimenomaan lääkärille) pääse. Tällä on todennäköisesti suuri vaikutus väestön mielikuviin siitä, toimiiko järjestelmä ihmisten ehdoilla vai omilla ehdoillaan.

Asiakkaiden hoidontarpeiden soveltuvuus kokeiluun

Suppeamman palveluvalikoiman sekä rajattujen käyntimäärien vuoksi yksityisellä käytäisiin hoitamassa yksinkertaisia asioita ja julkisessa terveydenhuollossa potilaiden hoidettavat asiat olisivat entistä useammin monimutkaisia vyyhtejä, joiden selvittelyyn tarvitaan entistä enemmän aikaa ja ammattilaisia. Työn luonne julkisella sektorilla muuttuisi samalla raskaammaksi, ja työhyvinvointi kärsisi, mikä voisi lisätä ammattilaisten siirtymistä yksityissektorin palvelukseen.

THL katsoo, että monisairaiden iäkkäiden hyvä hoito ei mahdollistu rajoitetulla kolmella lääkärikäynnillä ja valitulla suppealla tutkimusvalikoimalla. Yleensä tarvitaan myös hoitajien työpanosta. Kokeilussa todennäköisesti tapahtuu hoidon jatkuvuuden rikkoutumista ja konsultaatiot julkiselle puolelle lisääntyvät. Ehdotettu malli on ongelmallinen myös pitkäaikaissairaiden hoidon kannalta, mikäli sairaus vaatii jatkuvaa seurantaa tai kokeiluun kuulumattomia laboratoriotutkimuksia.

Mikäli asiakkaat tarvitsevat enemmän kuin kolme lääkärikäyntiä vuodessa, niin julkisissa palveluissa pitäytyessään he maksavat enintään kolme asiakasmaksua vuodessa, ja tuolloin myös tutkimukset ovat maksuttomia. Jos he käyttävät yksityisiä palveluja yli kolme kertaa vuodessa he joutuvat maksamaan normaalin hinnan näistä vastaanotoista ja tutkimuksista. Jos he kolmen yksityiskäynnin

jälkeen siirtyvät julkiseen perusterveydenhuoltoon, niin he joutuvat maksamaan normaalit asiakasmaksut.

Aiemmin julkisia avosairaanhoidon palveluja käyttäneiden voi olla vaikea hahmottaa, mitä palveluja kokeiluun ei sisälly. Kun kokeiluun kuuluva palveluvalikoima sekä siihen kuuluvat tutkimukset ovat varsin suppeat, saattaa syntyä ylimääräisiä, turhia käyntejä, kun yksityinen sektori lähettää asiakkaan julkiselle sektorille jatkohoitoon tai tutkimuksiin. Epäselvää on, miten yksityispuolen lähetteisiin suhtaudutaan hyvinvointialueiden peruspalveluissa. Mahdollista on myös se, että asiakkaalle tarjotaan näitä palveluita yksityisellä sektorilla, huomattavan korkeilla kustannuksilla. Tarvitaan ohjeistusta siihen, miten tulee toimia, jos kokeiluun kuulumattomia palveluja tai tutkimuksia ehdotetaan potilaalle.

Avosairaanhoidon kehittäminen

Lakiehdotuksessa määritelty suunnitteilla oleva kokeilu, eli Kela-korvauksin tuettu suora lääkärille pääsy kaikissa vaivoissa, vaikuttaa ennakkoon kustannusvaikuttavuutta arvioiden kalliilta ratkaisulta lisätä lääkärikäyntien saatavuutta. Nykymuodossaan kokeilu sivuuttaa julkisessa perusterveydenhuollossa määrätietoisesti tehdyn kehittämistyön avohoidon rajallisten lääkäriresurssien tarveperustaiseksi kohdentamiseksi. Tässä suhteessa kokeilu vie palvelujärjestelmää päinvastaiseen suuntaan ja haittaa julkisen sektorin kehittämistyötä. Hyvinvointialueilla kehitetään hoidon jatkuvuutta (omalääkärimalli) ja saatavuutta, mutta kokeilu muodostaa hyvinvointialueille ennemminkin kannusteen siirtää asiakkaat taloudellisista syistä tähän kokeiluun, kuin parantaa oman avosairaanhoidon saatavuutta. Hoitotakuun pidentäminen kolmeen kuukauteen 23 vuotta täyttäneillä ja sen perusteella pienennetty rahoitus hyvinvointialueille eivät myöskään kannustaneet julkisen avosairaanhoidon parantamiseen.

Palvelujen yhteensovittaminen

Kokeilussa ei ole kuvattu, miten palveluiden integraatio ja tiedonkulku yksityislääkärikäyntien ja mahdollisten julkiselle puolelle jäävien palveluiden välissä pystytään toteuttamaan. Jos asiakas saa esimerkiksi fysioterapia- tai mielenterveyspalveluita julkisella sektorilla, miten nämä koordinoidaan yksityislääkärikäyntien kanssa ja miten tieto palvelukäytöstä ja laboratoriotutkimusten tuloksista sekä muista hoitovalintoihin vaikuttavista tekijöistä saadaan liikkumaan yksityisen ja julkisen sektorin välillä. THL pitääkin tärkeänä, että kokeiluun osallistuvat tahot velvoitettaisiin huolehtimaan tietojen sähköisestä siirtymisestä jo heti kokeilun alkaessa tai viimeistään hyvin lyhyen siirtymäajan puitteissa.

Kokeilun seuranta ja tutkimus

Jotta kokeilun tuloksia voitaisiin arvioida objektiivisesti, kokeiluun osallistuvat palveluntuottajat tulisi velvoittaa toimittamaan tietonsa kansalliseen hoitoilmoitusrekisteriin joko ajantasaisina tai takautuvasti kokeilun kuluessa siten, että tiedot kattavat palvelun-tuottajien toiminnan heti 1.9.2025 tai kokeilun alusta alkaen (THL:n hallintopäätöksen mukaisesti yksityisesti lääkäripalveluja järjestävät ja tuottavat palvelunantajat luovuttavat hoitoilmoitustietonsa THL:lle viimeistään 1.1.2026 alkaen).

THL pitää erittäin tärkeänä valinnanvapauspilotin toteutuksen ja seurannan huolellista arviointia, potilaiden ja henkilöstön siirtymien mahdollisimman reaaliaikaista seuraamista valtakunnallisesti terveyspalvelukokonaisuutta tarkastelemalla. Tämä onnistuu vain, jos kokeiluun osoitetuista varoista tai erillisistä tutkimusvaroista ohjataan rahoitusta ja laki mahdollistaa teknisesti rekisteriseurannan ja tutkimuksen, kansallisten terveysrekisterien tietojen yhdistämisen THL:n ja Kelan rekistereistä ilman hidastavia lupakäytäntöjä.

Lakiluonnokseen on sisällytetty velvoite Kela-mallin toteutumisen seurannasta Kelan ja THL:n rekistereiden avulla. THL:n osalta ei rekisteriseurantaa pystytä toteuttamaan eli potilaiden ja henkilöstön siirtymiä ei pystytä tunnistamaan, jollei THL saa Kelalta yksilötasosta tietoa niistä käynneistä, jotka Kela on korvannut ja näin kuuluvat tämän kokeilun piiriin.

THL:n ehdotus kustannustehokkaammaksi ja yhdenvertaisemmaksi vaihtoehtoiseksi malliksi

THL:n mielestä kokeilu tulisi kytkeä julkisen sektorin palveluihin ja noudattaa siellä käytettyjä hoitoon pääsyn kriteerejä ja kannusteita mahdollisimman kustannustehokkaaseen palveluiden tuottamiseen, kehittäen samanaikaisesti asiakastytyväisyyteen vaikuttavia toimintatapoja.

THL esittääkin, että vaihtoehtoisesti kokeiluun tarkoitetut varat voitaisiin antaa jonon purkamiseen hyvinvointialueille käytettäväksi palvelusetelijärjestelmän kautta. Näin yksityisiä palveluita voitaisiin tarjota kohdennetusti yli 65-vuotiaille ja osa rahoista käytettäisiin hoitajatyövoiman vahvistamiseen hoidon tarpeen arviointia varten. Tällöin toteutuisi hoidon tarpeen arviointi ja samalla arvio siitä soveltuuko potilas kokeiluun. Lisäksi tunnistettaisiin ensiapua vaativat hätätilanteet ja ohjattaisiin ne kiireellisyyden mukaiseen päivystyspisteeseen. Lisäksi se olisi hallitusohjelman mukaista: Ohjataan hyvinvointialueita tarvittaessa käyttämään ostopalvelua tai palveluseteliä.

Lausuttavaa vaikutustenarvioinnista?

Vaikutusten arviointia on tehty melko kattavasti. Valitettavasti ei kuitenkaan avata arvioissa sitä, kuinka paljon tällä hetkellä Kela-korvatuista yli 65-vuotiaiden käynneistä on yleislääkäreiden, yleislääketieteen erikoislääkäreiden ja kuinka moni muiden erikoisalojen erikoislääkäreiden käyntejä. Perusteluissa ei myöskään avata arviota siitä, kuinka suuri osa käynneistä siirtyisi julkiselta sektorilta ja kuinka suuri osa yksityiseltä ja erityisesti sitä, kuinka suuri muiden alojen erikoislääkärikäynneistä siirtyisi tälle korvaukselle.

Vaikutusten arvioinnissa kerrotaan, että siirtymiä uudelle Kela-korvaukselle ei voida tietää ja että kyse on arvioista. Pidämme ongelmallisena sitä, että arvioissa siitä, kuinka moni siirtyy julkiselta yksityiselle (30 % käynneistä), on nähdäksemme käytetty vain lääkärikäyntejä, eikä ole otettu huomioon suurta hoitajakäyntien määrää. Pidämme todennäköisenä, että merkittävä osa Kela-kokeiluun siirtyvistä on sellaisia asiakkaita, joiden vaiva olisi hoidettu sairaanhoitajien ja lääkärien toimesta. Jos myös hoitajakäynneistä 30% korvautuisi Kela-korvauksella toteutettuina lääkärikäynteinä, lääkärikäyntien määrä yli kaksinkertaistuisi.

Mikäli edellä oletettu pitäisi paikkansa, kustannukset nousisivat merkittävästi.

Pidämme myös epätodennäköisenä, että mallilla olisi juurikaan vaikutusta julkisen sektorin kustannuksiin. Todennäköisesti terveyskeskuslääkärien tarve ei vähene, vaan heidän työpaineensa hyvässä tapauksessa voisi vähentyä. On myös riski, että kun yksityisen sektorin lääkäreiden kysyntä lisääntyy, lääkäreitä siirtyy yksityiselle sektorille entistä enemmän.

Nähdäksemme vaikutusarviointit koskin julkista sektoria ovat liian myönteiset. Vaikutusarvioinnissa ei myöskään käsitellä riittävästi ongelmia, joita syntyy, kun asiakkaat käyttävät sekä julkista että yksityistä sektoria. Ongelmat keskittyvät palveluintegraatioon ja tiedon siirtymiseen. Jos asiakkaalla

on tarvetta useiden palveluiden käyttöön, onko hoidon koordinointi yksityisen sektorin ja julkisen sektorin välillä yksityislääkärin vastuulla, vai jääkö se asiakkaan vastuulle.

Muut kommentit:

-

1. Näkemyksenne vastaanottotyyppejä koskevista velvoitteista palveluntuottajille?

Kannatan läsnävastaanottojen tarjoamista koskevan velvoitteen asettamista.

Avoin kenttä perusteluille:

Mikäli tarjotaan vain etävastaanottoja, käytäntö voi muodostua ongelmalliseksi asiakkaan kannalta. Kaikkia asiakkaiden vaivoja ei voida hoitaa etävastaanotolla ja käytännössä pelkkiä etävastaanottoja tarjoava yritys joutuu ohjaamaan hänet muualle (toiselle yksityiselle yritykselle tai julkiselle sektorille) mikäli vaiva vaatii fyysistä lääkärikäyntiä tapauksessa. Toisaalta, mikäli vaaditaan läsnävastaanottoja, osa yrityksistä jää kokeilun ulkopuolelle.

2. Näkemyksenne siitä, että kokeiluun osallistuvan palveluntuottajan olisi sitouduttava tarjoamaan myös toisella kokeiluun osallistuvalla palveluntuottajalla määrätyt tutkimukset kokeilun mukaisilla hinnoilla?

En osaa sanoa/muu, kirjoitan vastauksen alla olevaan kenttään.

Avoin kenttä perusteluille:

Yritystoiminnan kannalta hämmentävä ehdotus, että yrityksellä olisi velvoite tuottaa palvelua kilpailijalle.

3. Näkemyksenne siitä, että kokeilun mukaisia lääkärint vastaanottokäyntejä tarjoavan palveluntuottajan olisi sitouduttava tarjoamaan lääkärikäyntien lisäksi myös kokeilun piiriin kuuluvia tutkimuksia, mikäli palveluntuottajalla olisi laboratorio käytössään (oma tai alihankinta)?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Laboratorio- tai muut tutkimukset ovat olennainen osa hoitoa. Palveluja tulisi tarjota joko omana toimintana tai alihankintana. Mikäli yritys ei pysty tarjoamaan tätä palvelua, palveluprosessi jää kesken ja tuottaa ylimääräisiä käyntejä joko toisen yksityisen palveluntuottajan luona tai julkisella sektorilla.

4. Näkemyksenne siitä, että kokeiluun voisi osallistua vain sellainen palveluntuottaja, jolla ylipäänsä olisi käytettävissään laboratorio (omana tai alihankintana)? Tämä tarkoittaisi sitä, että lääkärikäyntejä ei voisi tarjota, mikäli palveluntuottajalla ei olisi käytettävissään laboratoriopalveluita.

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Laboratorio- ja kuvantamispalvelujen tarjoamista joko omana tuotantona tai alihankintana tulee edellyttää. Muuten voi syntyä tilanne, jossa potilaalla ei ole pääsyä tarvittaviin tutkimuksiin kokeilun mukaisilla korvatuilla edullisilla hinnoilla. Lisäksi jos diagnostiikka eriytyy vastaanottopalvelusta, tiedon kulku jää puutteelliseksi.

5. Näkemyksenne siitä, tulisiko kokeiluun voida osallistua myös pelkästään laboratoriotutkimuksia tuottavana palveluntuottajana?

En kannata tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Nähdäksemme kokeiluun osallistuminen edellyttää lääkäripalveluiden tarjoamista ja tutkimusten osalta kyse olisi lääkärin määräämistä tutkimuksista.

6. Näkemyksenne siitä, tulisiko palveluntuottajia edellyttää tekemään suorakorvaussopimus Kelan kanssa?

Kannatan tätä velvoitetta.

Avoin kenttä perusteluille:

Suorakorvaussopimus varmistaa, että asiakkaalla on mahdollisuus hankkia palveluita. Tämä on yhdenvertaisuuskysymys. Mikäli suorakorvaussopimusta ei ole, pitäisi asiakkaan maksaa hoito ensin itse, korvaus tulisi jälkikäteen. Tämä voi olla pienituloiselle asiakkaalle este käyttää palveluita.

Sinervo Timo
The Finnish Institute for Health and Welfare