

HALIn lausunto monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Hyvinvointiala HALIn lausunto on laadittu [lausuntopalvelussa olevien kysymysten](#) pohjalta. HALIn lausunnossa keskitytään yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksiin, kuntoutukseen sekä ensihoitoon.

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Virkamiesselvityksen toimeksiannosta

STM antoi yksityisen terveydenhuollon hoito- ja tutkimuskorvausten valmisteluryhmän tehtäväksi selvittää ja laatia vaikutusarvio kahteen kysymykseen. Vaihtoehto A:ssa yksityisen terveydenhuollon korvaukset säilytettäisiin sairaanhoitovakuutuksessa siten, että hyvinvointialueet osallistuisivat niiden rahoitukseen; ja vaihtoehto B:ssä korvaukset lakkautettaisiin siirtymäajan jälkeen. Valmisteluryhmälle ei annettu selvitetäväksi vaihtoehtoa, jossa Kela-korvauksia olisi kasvatettu tai allokoitu uudelleen.

Toimeksiannon johdosta virkamiesselvitys on puutteellinen pohja terveydenhuollon monikanavarahoituksen muutoksista päättämiseksi. Näin ollen parlamentaarisen työryhmän tulisi oma-aloitteisesti selvittää myös vaihtoehtoja, joissa esimerkiksi Kela-korvauksia hyödynnettäisiin koronapandemian aiheuttaman hoitovelan purkuun suun terveydenhuollossa, tai mahdollistettaisiin ihmisten pääsy lääkärin digivastaanotolle terveyskeskusmaksua vastaavalla summalla. Kehittämisvaihtoehtoja esitetään myöhemmin HALIn lausunnossa.

Yksityisten terveystalvelujen käyttö ja selvityksen väitteiden arviointia

Yksityisen terveydenhuollon hoito- ja tutkimuskorvaukset eli tutummin Kela-korvaukset ovat toimiva ja laajasti kannatettu tukimuoto terveystalvelujen käyttäjille. Vuonna 2019 yli 1,5 miljoonaa suomalaista sai Kela-korvausta lääkärikäynnistä ja vastaavasti lähes miljoona hammashoitokäynnistä. Lisäksi yli miljoona henkilöä sai Kela-korvausta tutkimukseen tai hoitoon. Käyntejä, hoitoja ja tutkimuksia tehtiin kaikkiaan reilut 8,6 miljoonaa.

Kela-korvauksia maksettiin 142,6 miljoonaa euroa vuonna 2019, joten käyntikohtainen Kela-korvaus oli vain noin 16,5 euroa. Kun valtion rahoitusosuus sairaanhoitovakuutuksesta on 67 prosenttia, niin käyntikohtainen kustannus valtion budjetissa on reilut 11 euroa. Kela-korvattu terveydenhuolto on siis erittäin edullista julkiselle taloudelle.

Asiaa voidaan tarkastella myös kysymällä, mitä samalla rahalla saisi julkisessa terveydenhuollossa. Pelkästään lääkärikäyntejä tehtiin Kela-korvatussa terveydenhuollossa 3,344 miljoonaa ja niistä maksettiin 54,827 miljoonaa euroa korvauksia vuonna 2019. Valtion rahoitusosuus (67 prosenttia) oli noin 36,734 miljoonaa euroa. THL:n mukaan terveyskeskusten avosairaanhoidossa tehtiin 4,691 miljoonaa lääkärikäyntiä (lähde: <https://www.julkari.fi/handle/10024/140239>) ja sen kustannus oli noin 600 miljoonaa euroa (lähde: <https://www.julkari.fi/handle/10024/142578>). Noin 20 euron asiakasmaksun jälkeen käyntikohtainen kustannus julkistaloudelle oli siis noin 108 euroa. Valtion budjetista Kela-korvausten lääkäripalkkioihin käytetyllä rahoituksella saisi siis noin 34 000 uutta lääkärikäyntiä terveyskeskuksissa. Kela-korvauksia käyttämällä niitä saatiin yli 3,3 miljoonaa eli lähes sata kertaa enemmän.

Kela-korvaukset ovat julkistalouden näkökulmasta erittäin tehokkaita. Suurin tekijä on tietysti asiakkaan suuri omavastuuosuus (noin 86 prosenttia vuonna 2019) palvelujen rahoituksessa. Suuri omavastuu herättää kysymyksiä: onko Kela-korvauksilla merkitystä ja millaisia vaikutuksia olisi niiden leikkaamisella, kasvattamisella tai uudelleen allokoinnilla? Virkamiesselvityksessä todetaan, että ”--korvausten taso on matala, jolloin pienituloisten yksityisten terveyspalvelujen käyttö ja palvelutuottajan valinta ei ole tosiasiallisesti ollut mahdollista.” Virkamiesselvityksessä ei perustella tätä mitenkään – eikä ihme, sillä väite on väärä. Kelan mukaan lähes 350 000 alle 20 000 euroa vuodessa tienavaa ihmistä käytti yksityisiä lääkäripalveluja vuonna 2016 (lähde: <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/3995>). Luku sisältää vain yli 25-vuotiaat henkilöt, joten esimerkiksi pienituloisten perheiden lapset kasvattavat lukua entisestään.

Samaisesta Kelan tutkimuksesta voidaan havaita Kela-korvausten merkitys eri tuloluokille. Vuonna 2016 tehdyt Kela-korvausten leikkaukset vähensivät Kela-korvauksia saaneiden henkilöiden osuutta jokaisessa tuloluokassa. Yksityisen Kela-korvatun terveydenhuollon käyttö väheni sitä enemmän, mitä pienituloisemmasta tuloluokasta oli kyse. Kaksi faktaa ovat selviä: (1) keski- ja suurituloisten ohella myös sadat tuhannet pienituloiset käyttävät Kela-korvattuja terveyspalveluja ja (2) Kela-korvauksilla on merkitystä erityisesti pienituloisille.

Virkamiesselvityksen mukaan ”hyvätuloiset henkilöt käyttävät yksityisen terveydenhuollon palveluja pienituloisia enemmän. Siksi myös korvaukset kohdentuvat suurelta osin hyvätuloisille.” Hyvätuloiset ovat myös edellä mainitun Kelan tutkimuksen mukaan yliedustettuja yksityisten terveyspalvelujen käyttäjinä, mutta eivät erityisen radikaalisti. Kelan tutkimuksen toiseksi alin tuloluokka eli 10 000–19 999 euroa vuodessa tienavat henkilöt edustavat 24 prosenttia kaikista yli 25-vuotiaista henkilöistä vuonna 2016. He edustivat myös noin 23 prosenttia yksityistä terveydenhuoltoa käyttäneistä, eli lähes osuutensa mukaisesti. Tutkimuksen ylin tuloluokka (vähintään 40 000 euroa vuodessa tienavat) edustivat myös 24 prosenttia yli 25-vuotiaista, mutta 28 prosenttia yksityistä terveydenhuoltoa käyttäneistä. Yksityisten terveyspalvelujen käyttö painottuu siis maltillisesti hyvätuloisiin, mutta keskituloisilla (ja määritelmästä riippuen myös pienituloisilla) käyttö on myös runsasta.

Virkamiesselvitys tunnistaa, että *”toisaalta sairaanhoitomaksua maksavat suurituloiset pienituloisia enemmän.”* Tämä on totta. Mikäli sairausvakuutusjärjestelmä ajettaisiin alas, terveydenhuolto joutuisi kilpailemaan entistä enemmän valtion budjettirahoituksesta muiden julkisten menojen kanssa. Rahoitus muodostuisi vahvemmin esimerkiksi kulutusveroista, jotka eivät katso henkilön tuloja.

Terveydenhuollon rahoituksen näkökulmasta onkin erikoista, että virkamiesselvitys asettaa Kela-korvatun ja kuntien (jatkossa hyvinvointialueiden) järjestämän terveydenhuollon vastakkain. Selvityksessä todetaan, että *”toisaalta jos vaihtoehdossa B [Kela-korvausten alasajo] ohjattaisiin hyvinvointialueille riittävästi yleiskatteellista lisärahoitusta, julkisia terveydenhuollon palveluja voitaisiin kehittää ja parantaa hoitoon pääsyä, mikä edistäisi asiakkaiden yhdenvertaisuutta palvelujen saatavuudessa ja saavutettavuudessa.”* Esimerkiksi lääkäripalkkioiden Kela-korvausten valtionosuudella (36,7 miljoonaa euroa vuonna 2019) kasvatettaisiin terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkäriresursseja alle prosentilla. Tällaisella siirrolla ei ratkaista terveyskeskusten resurssipulaa. Vertailun vuoksi: tulevaisuuden sote-keskus –hankkeessa on jo jaettu 70 miljoonaa euroa eli paljon enemmän.

Virkamiesselvityksessä arvioidaan Kela-korvauksien alasajoa yhdenvertaisuuden näkökulmasta hyvin puutteellisesti ja jopa virheellisesti. Selvityksessä todetaan, että *”vaihtoehdossa B [Kela-korvausten alasajo] asiakkaat maksaisivat julkisista terveydenhuollon palveluista lakisääteisen asiakasmaksun, jolloin asiakkaiden omarahoitusosuus olisi alhaisempi kuin sairauskorvausjärjestelmässä ja kansalaisten yhdenvertaisuus paranisi tästä näkökulmasta katsottuna.”* Tämä on puhtaasti virheellinen väittämä. Julkisista terveydenhuollon palveluista maksetaan aina lakisääteinen asiakasmaksu, oli Kela-korvauksia tai ei. Mikäli Kela-korvaukset poistettaisiin, nousisi asiakkaiden omarahoitusosuus yksityisissä terveystaluuksissa, jolloin yhdenvertaisuus heikkenisi. Yllättäen asia myönnetään heti selvityksen seuraavassa kappaleessa: *”pienituloisimmilla yksityis palvelujen käyttö on vähäisintä ja laskenut selvimmin, kun korvaustaso on valtioneuvoston tekemien säästöjen johdosta madaltunut.”* Kela-korvaukset edistävät terveydenhuollon yhdenvertaisuutta.

Kela-korvausten alasajon aiheuttama siirtymä terveyskeskuksiin

Sekä julkisen talouden että terveydenhuollon näkökulmasta keskeinen kysymys on, millainen asiakassiirtymä tapahtuisi yksityisestä terveydenhuollosta terveyskeskuksiin, mikäli Kela-korvaukset ajettaisiin alas. Virkamiesselvityksessä ja sen liitteessä 4 esitetään erikoisella tavalla kaksi vaihtoehtoista laskelmaa asiakassiirtymistä, joissa kummassakin on useampi skenaario. Liitteen 4 ensimmäinen laskelma on Kelan ja toinen STM:n ja THL:n toimesta laadittu.

STM:n ja THL:n arvion mukaan terveyskeskuksiin siirtyisi vain 0–10 prosenttia asiakkaista, mikäli Kela-korvaukset lakkautettaisiin. Arvion mukaan tämä edellyttäisi 0–20 miljoonan euron lisärahoitusta julkiseen terveydenhuoltoon. On erikoista edes esittää nollan prosentin skenaariota lääkärikäyntien siirtymästä tilanteesta, jossa käynnin hinta kasvaisi keskimäärin 16 euroa eli noin 15 prosenttia. Aiemmista Kela-korvausten leikkauksista havaitaan, että siirtymä on ollut merkittävää.

Virkamiesselvityksessä esitetyn Nordic Healthcare Groupin (NHG) Taloustutkimuksella teettämän kyselyn mukaan 19 prosenttia käyttäisi enemmän terveyskeskuspalveluja, mikäli Kela-korvaukset lakkautettaisiin. Hyvinvointiala HALIn edeltäviin Kela-korvauksien leikkauksiin ja omavastuiden kasvuun perustuvan arvion mukaan noin 10 prosenttia lääkärikäynneistä siirtyisi terveyskeskuksiin. Tämä tarkoittaisi pelkästään lääkärin vastaanottojen osalta noin 300 000 käyntiä.

STM:n 0–10 prosentin arvio on selvästi pienempi, kuin ulkopuoliset arviot (10–19 prosenttia). STM:n arviossa keskeisin syy pienemmälle siirtymälle on se, ettei julkisella puolella kyetä joko resurssien tai rajatumman palveluvalikoiman vuoksi täyttämään yksityisessä terveydenhuollossa asioivien tarpeita. Tämä väite on esitetty yleislääketieteen, silmätautien, ortopedian ja traumatologian, gynekologian, fysioterapian ja laboratoriotutkimusten osalta. Väite pitää pitkälti myös paikkansa. Tämä kuitenkin tarkoittaa sitä, että STM ja THL tietoisesti ajavat mallia, jossa hoitoon pääsy kallistuu yksityisellä ja vaihtoehtoa ei ole julkisella. Lopputuloksena on lisääntyvä eriarvoisuus.

STM:n ja THL:n arviossa esitetään myös erikoisempia väitteitä vähäisen siirtymän perustelemiseksi. Esimerkiksi nuorisopsykiatrian osalta arvioidaan, että vakuutusyhtiöt ryhtyvät käytännössä maksamaan poistuvan Kela-korvauksen asiakkaiden puolesta. Lastentautien osalta todetaan, että ”asiantuntija-arvioiden” mukaan noin 80 prosenttia käynneistä on terveydenhoitajatasoista neuvontaa. Tämän ”asiantuntija-arvion” tueksi ei kuitenkaan esitetä minkäänlaista tutkimusta tai edes perustelua.

Virkamiesselvityksessä todetaan, että *”jos merkittävä osa asiakkaista siirtyisi julkiselle sektorille, yksityisille palveluntuottajille tulisi paineita alentaa hintoja tai hintojen kasvuvauhtia, ja lisäksi osa työntekijöistä saataisi siirtymä töihin julkiselle sektorille.”* Tämä on erikoinen väittäjä. Kela-korvaukset vaikuttavat vain asiakkaan omavastuuseen, ei palvelujen hintoihin ennen korvausta. Palvelujen hinnat määräytyvät kustannusten ja markkinoilla tapahtuvan kilpailun mukaan.

STM:n ja THL:n asiakassiiirtymäärävion keskimmaisessä skenaariossa 69 000 yksityisten lääkäripalvelujen asiakasta eli noin 153 000 käyntiä siirtyisi terveyskeskuksiin. Tämä on noin 5 prosenttia asiakkaista ja käynneistä. Arvion mukaan hyvinvointialueille aiheutuisi tästä 7,4 miljoonan euron kustannus. Tämä tarkoittaa 48 euron käyntikohtaista kustannusta, mikä on epäilyttävän alhainen ottaen huomioon, että edellä esitetty lääkärikäynnin kustannus terveyskeskuksissa oli noin 108 euroa vuonna 2019. Taustalla käytetyt yksikkökustannukset ja niiden vertautuminen todellisuuteen olisi syytä tuoda esiin laskelmien uskottavuuden varmistamiseksi.

Suun terveydenhuollon osalta virkamiesselvityksessä arvioidaan, että siirtymä julkiselle sektorille olisi noin 10–20 prosenttia eli 100 000–190 000 asiakasta. Selvityksen mukaan julkiseen suun terveydenhuoltoon tulisi tällöin ohjata asiakasmaksut huomioiden noin 20–40 miljoonaa euroa lisää rahoitusta. Tämä arvio vastaa HALIn näkemystä.

Asiakassiirtymien aiheuttama julkistaloudellinen vaikutus ei saa olla ainoa, eikä edes keskeisin näkökulma, kun Kela-korvausten merkitystä ja tulevaisuutta arvioidaan. On tarkasteltava ennen kaikkea palvelujen saatavuutta, eri ihmisryhmien tarpeita sekä yhdenvertaista pääsyä terveystalouden palvelujen piiriin.

Kela-korvausten alasajon vaikutukset eri ihmisryhmiin

On poikkeuksellista, ettei virkamiesselvityksessä arvioida Kela-korvausten alasajon vaikutusta eri ihmisryhmiin. Tämän pitäisi olla valmistelun keskeisimpiä näkökulmia. Parlamentaarisen ryhmän on syytä perehtyä uudistusten vaikutuksiin tehtyä valmistelua tarkemmin.

Naiset, ikääntyneet ja lapsiperheet ovat yliedustettuina yksityisten terveystalouden palvelujen käyttäjinä. 1,5 miljoonasta yksityislääkärillä käyneestä naisista oli reilut 900 000 eli 61 prosenttia vuonna 2019. Gynekologia oli yksityisten lääkäripalvelujen suurin erikoisala silmätautien jälkeen. Reilut 315 000 naista teki vajaan 374 000 käyntiä gynekologilla vuonna 2019. Virkamiesselvityksessä todetaan, että julkisella sektorilla gynekologien saatavuus on heikko. Kun julkinen sektori ei pysty tarjoamaan riittävää vaihtoehtoa, Kela-korvausten alasoja olisi suora leikkaus satojen tuhansien naisten gynekologisista palveluista.

Myös ikääntyneet käyttävät runsaasti yksityisiä terveystalouden palveluja, kun työterveyshuolto ei ole enää vaihtoehto. Reilut 470 000 yli 65-vuotiasta käytti yksityisiä lääkäripalveluja ja teki niissä reilut 952 000 käyntiä vuonna 2019. Myös lapsiperheet ovat aktiivisia yksityisten terveystalouden palvelujen käyttäjiä. Lähes 204 000 alle 15-vuotiasta lasta kävi yksityisellä vuonna 2019. Käyntejä kertyi jopa lähes 558 000 kappaletta. Leikkaus Kela-korvauksista kohdistuisi siis erityisesti naisiin, lapsiperheisiin ja ikääntyneisiin.

Virkamiesselvityksessä annetaan ymmärtää, että yksityiset sairauskuluvakuutukset pelastavat ihmiset Kela-korvausten leikkaukselta. Vakuutukset toki poistavat suurten kustannusten riskiä, mutta ongelmana on, ettei niitä myönnetä kaikille. Esimerkiksi ikääntyneille tai vaikean diabeteksen omaaville henkilöille ei yleensä myönnetä vakuutusta. Lisäksi olemassa olevat sairaudet rajataan ulos vakuutusturvasta. Kela-korvauksen saavat sen sijaan kaikki. Tämä tarkoittaa, että Kela-korvausten alasoja kohdistuisi leikkauksena myös kroonisesti sairaisiin.

Potilasdirektiivistä

Kela-korvausten alasoja pahentaisi potilasdirektiivin heikon implementoinnin tilannetta. Suomi on implementoinut ns. potilasdirektiivin (direktiivi 2011/24/EU potilaiden oikeuksien soveltamisesta rajat ylittävässä terveydenhuollossa) siten, että ulkomaille hoitoon hakeutuneen hoito korvataan siten, kuin hän olisi hakeutunut hoitoon yksityiselle palveluntuottajalle Suomessa – eli Kela-korvauksin.

Kuitenkin direktiivin 7 artiklan 4 kohdan mukaan jäsenvaltion on korvattava rajat ylittävän terveydenhuollon kustannukset enintään siihen määrään saakka, jonka kyseinen jäsenvaltio

30.8.2021

Lausunto



olisi korvannut, jos kyseinen terveydenhuolto olisi tarjottu sen alueella – komission mukaan kaikissa tilanteissa pitää käyttää rinnastusta potilaan kotikunnan julkisen terveydenhuollon kustannuksiin

Komissio käynnisti rikkomusmenettelyn Suomea vastaan direktiivin heikosta implementoinnista jo vuonna 2015. Kela-korvausten poistaminen tarkoittaisi sitä, ettei potilasdirektiiviä implementoitaisi lainkaan. Mikäli korvaavia ratkaisuja ei tehtäisi, johtaisi tilanne todennäköisesti EU-tuomioistuimen määräämään hyvitykseen ja/tai uhkasakkoon Suomelle.

Virkamiesselvityksessä todetaan aivan oikein, että Kela-korvausten alasajon myötä ulkomailla saatuun hoitoon olisi kehitettävä korvausmalli, joka pohjautuisi hyvinvointialueen järjestämisvastuun piirissä olevaan terveydenhuoltoon ja siellä käytössä oleviin asiakasmaksuihin. Kun potilasdirektiivi implementoidaan mainitulla tavalla oikein, muodostuu asiakkaille vahva kannuste hakeutua esimerkiksi Tallinnaan, Tukholmaan tai Haaparantaan hoitoon yksityiselle. Riittävät Kela-korvaukset kotimaassa poistaisivat tämän kannusteen.

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

Vaihtoehto A (rahoitusvastuun siirto hyvinvointialueille) toisi ylimääräistä monimutkaisuutta ja hallintoa sairausvakuutusjärjestelmän toimeenpanoon. Malli ei myöskään ratkaisisi väitettyä ”osaoptimoinnin ongelmaa”, koska tällaista ongelmaa ei todellisuudessa ole. Osaoptimoinnilla tarkoitetaan sitä, että kunnat tai jatkossa hyvinvointialueet jättäisivät tarjoamatta palveluja asukkailleen, koska yksityisestä terveydenhuollosta on mahdollisuus saada Kela-korvaus. Tämä on tietysti uskomaton väite, eikä osaoptimoinnista olekaan minkäänlaista tutkimusnäyttöä. Haittapuolien ja olemattomien hyötyjen takia vaihtoehto A ei ole kannatettava.

Vaihtoehto A on kuitenkin parempi kuin vaihtoehto B (Kela-korvausten alasajo). Vaihtoehto B olisi puhtas leikkaus terveydenhuollon rahoituksesta, palvelujen saatavuudesta ja suomalaisten hyvinvoinnista. Hyvinvointiala HALI ei voi mitenkään kannattaa tällaista ratkaisua. Nykytilaan verrattuna vaihtoehto A olisi siis pieni heikennys, ja vaihtoehto B merkittävä huononmus.

HALI esittää, että parlamentaarisen työryhmän tulisi selvittää mahdollisuus hyödyntää Kela-korvauksia koronapandemian aikana muodostuneen hoitovelan purkamisessa. Vaihtoehtoja on useita. Esimerkiksi suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevien palvelujen (hammaslääkärin tarkastukset ja suuhygienistikäynnit) Kela-korvausta korottamalla voitaisiin tehokkaasti kannustaa suomalaisia pitämään huolta suun terveydenhuollosta. Suun terveydenhuollosta puolet hoidetaan yksityisellä, joten olisi kansanterveyden kannalta vaarallista, mikäli Kela-

korvaukset ajettaisiin alas. Korvauksia valikoiden korottamalla voitaisiin sen sijaan välttää suurempia terveysongelmia tulevaisuudessa.

Parlamentaarisen työryhmän tulisi selvittää myös mahdollisuuksia hyödyntää verrattain uusia digivastaanottoja paremmin. Digivastaanottojen hinnat ovat tällä hetkellä reilut 40 euroa ja niihin myönnetään 8 tai 10 euron Kela-korvaus lääkäristä riippuen. Mikäli digivastaanottojen Kela-korvaus nostettaisiin esimerkiksi 20 euroon, saisimme 20 miljoonalla eurolla noin miljoona lääkärikäyntiä, jotka maksaisivat asiakkaalle saman verran kuin terveyskeskuskäynti. Saavuttaisimme kansainvälisesti ainutlaatuisen tilanteen, jossa lähes jokainen suomalainen saisi yhteyden lääkäriin ei seitsemässä päivässä, vaan minuuteissa.

Kela-korvauksia voitaisiin hyödyntää paremmin myös mielenterveyden palveluissa. Tällä hetkellä Kela-korvauksen saa lääkärin määräämistä psykologisista tutkimuksista ja Kela korvaa psykoterapiaa kuntoutuspsykoterapiana. Parlamentaarisen ryhmän tulisi selvittää, miten Kela-korvauksia voitaisiin hyödyntää myös matalan kynnyksen mielenterveyspalveluissa, esimerkiksi psykologin tai psykoterapeutin vastaanotoissa. Mielenterveyspalvelujen Kela-korvauksen kehittäminen olisi merkittävä apu laajasti kannatetun terapiatakuun toteutumisessa.

Matkakorvaukset

3. Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Virkamiesselvityksessä todet Virkamiesselvityksen mukaan ”ensihoidon rahoitusvastuu olisi perusteltua siirtää kokonaisuudessaan nykyisten sairaanhoitopiirien ja tulevien hyvinvointialueiden vastuulle”. Selvityksessä ehdotetaan, että sairausvakuutuslain kautta kanavoituvat ensihoidon kuljetuskorvaukset ja asiakkaiden omavastuut tulisi siirtää täysimääräisenä osaksi hyvinvointialueiden saamaa rahoitusta. Korvausten valtionosuus (67 prosenttia) siirrettäisiin hyvinvointialueille ja sairaanhoitovakuutuksen kautta tuleva rahoitus (33 prosenttia) jouduttaisiin jatkossa rahoittamaan valtion varoista hyvinvointialueille.

Ensihoidon korvausten lakkauttamisen merkittävimmät vaikutukset kohdistuisivat ensihoitopalvelualan yrityksiin ja niiden työntekijöihin. Kelan kautta tuleva tulo on erittäin merkittävä osuus ensihoitopalvelualan yritysten liikevaihdosta. Mikäli ensihoidon korvaukset päätettäisiin lakkauttaa, niin muutokselle olisi varattava vähintään kolmen vuoden siirtymäaika, jotta tilanteeseen voidaan sopeutua ilman kohtuuttomia ongelmia.

Monet ensihoitoalan yritykset joutuvat vaikeuksiin, mikäli Kela-korvaukset loppuvat ja tulevia hyvinvointialueita ei kannusteta hyödyntämään ostopalveluja laajasti. Yksityisille palveluntuottajille tulisi antaa parempi mahdollisuus kirittää hyvinvointialueen muuta tuotantoa. Virkamiesselvityksessä todettiin ensihoidon kustannusraportoinnin heikko tilanne. Hyvinvointialueet tulisi lainsäädännöllisesti velvoittaa raportoimaan ensihoidon kustannukset riittäväällä tasolla julkisesti. Tällöin ensihoitopalvelun yksityiset palveluntuottajat voisivat

30.8.2021

Lausunto



haastaa hyvinvointialueita ja saada oikeuden tuottaa palvelu esimerkiksi 5 tai 10 prosenttia hyvinvointialueen omaa tai pelastuslaitoksen tuotantoa tehokkaammin.

Parlamentaarisen työryhmän on edellä mainitun mukaisesti arvioitava esitettävien ratkaisujen muutokset ensihoitopalvelualan yrityksiin. Työryhmän on selvitettävä myös, millä keinoin yksityisten palveluntuottajien roolia tuetaan osana hyvinvointialueiden ensihoitopalvelua.

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

Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

5. Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

Aluksi

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän uudistamisessa yhtenä keskeisenä pyrkimyksenä on ollut kuntasektorin järjestämisen ja rahoituksen rakenteiden uudelleenorganisointi. Tämän valmistelun rinnalle on liitetty jo useamman hallituskauden aikana monikanavaisen rahoituksen tarkastelu. Marinin hallituksen ohjelmassa on kirjaus monikanavarahoituksen purkamisen valmistelusta parlamentaarisessa komiteassa vuoden 2020 loppuun mennessä.

Kuntoutuksen osalta tarkastelu monikanavaisen rahoituksen purkamiseksi on rajattu koskemaan Kelan järjestämisvastuulla olevia vaativaa lääkinällistä kuntoutusta sekä kuntoutuspsykoterapiaa. Kuntoutusjärjestelmän monikanavaisuuden näkökulmasta tarkastelu jää varsin suppeaksi. Selkeitä perusteluja sille, miksi monikanavaisen rahoituksen purkamisen tarkastelu on rajattu koskemaan vain Kelan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ja kuntoutuspsykoterapiaa, ei anneta virkamiestyöryhmän asettamispäätöksessä, eikä asiaa selvitetä myöskään virkamiesten raportissa.

Kuntoutuksen osalta huomionarvoista on ollut se, että useamman hallituskauden aikana toteutetusta valmistelusta huolimatta tieto ja ymmärrys kuntoutustoimialasta tai monikanavaisuuden hyvistä ja huonoista puolista ei ole juurikaan lisääntynyt. Käsillä oleva virkamiesselvitys ei tästä poikkea. Silmiinpistävät puutteet tietopohjassa säilyvät.

Aikaa virkamiesvalmistelulle annettiin noin neljä kuukautta. Valmistelu sai lisäaikaa, mutta kuntoutuksen kokonaisuus on näin kapeaksi rajattunakin niin moninainen, että tälläkään

kertaa ei ole ehditty toteuttaa riittävän monipuolista ja kriittisiä tietoaukkoja täydentävää valmistelua. Yhtä lailla selvänä voitaneen pitää jo nyt sitä, että parlamentaariselle työlle annettava ajanjakso ei tule riittämään edes keskeisten asioiden kattavaan läpikäyntiin, saatikka sitten tietoaukkojen täydentämiseen ja tietoon perustuvaan valmisteluun.

Lausunnon pääpaino on seuraavissa asioissa.

- **Puutteet tietopohjassa.** Monikanavarahoituksen purkamisen valmistelu tarvitsee tuekseen totuudenmukaisen sekä riittävän monipuolisen tilannekuvan kuntien ja kuntayhtymien järjestämis- ja rahoitusvastuulle kuuluvien lääkinällisen kuntoutuksen ja ylipäättään kuntoutuspalvelujen toteutumisesta. Niin kauan, kun meillä on selvästi puutteelliset tiedot kuntasektorin järjestämisvastuulla olevien kuntoutuspalvelujen toteutumisesta, ei ole kenenkään etu, että kuntasektorin järjestämis- ja rahoitusvastuuta lisätään tai laajennetaan.
- **Monikanavaisen rahoituksen väitetyt ongelmat.** Näyttää siltä, että monikanavaiseen rahoitukseen liitetyt ongelmat, joilla purkamista perustellaan, kohdistuvat heikosti tarkastelussa oleviin kuntoutuspalveluihin. Ennen kuin perustelemme muutoksia monikanavaisuuden aiheuttamilla epäsuotuisilla vaikutuksilla, tarvitsemme asioista riittävän monipuolisesti luotettavaa tietoa.
- **Kuntoutujien oikeudet ja oikeusturva.** Kelan vaativan lääkinällisen kuntoutuksen järjestämis- ja rahoitusvastuun sekä kuntoutuspsykoterapian rahoitusvastuun siirto Kelalta hyvinvointialueille tarkoittaisi selvää kuntoutujien oikeuksien ja oikeusturvan heikentämistä.
- **Vaikutusten arviointi.** Monikanavarahoituksen purkamiseen liittyvässä valmistelussa on kyse merkittävästä pysyvän institutionaalisen muutoksen valmistelusta. Erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin tulee olla monipuolista ja riittävän yksityiskohtaista. Myös ns. muiden yhteiskunnallisten vaikutusten arviointiin tulee panostaa.

Puutteet kuntoutustoimialan olennaisissa pohjatiedoissa tekevät järjestämis- ja rahoitusrakenteiden uudistamisesta arpapeliä

Kuntien ja sairaanhoitopiirien kuntoutustoiminta on merkittävä osa kuntoutusjärjestelmää. Samalla se on se osa kuntoutusjärjestelmässä, mistä on saatavilla heikoiten tietoja. Tämä on tullut selvästi esille aiempien monikanavarahoitukseen liittyvien valmistelujen yhteydessä, mutta yhtä lailla mm. kuntoutustoimialasta toteutettujen selvitysten yhteydessä. Myös nyt lausuttavassa selvityksessä asian tila tulee selvästi esille.

Kuntien ja kuntayhtymien kuntoutustoimintaa koskevia tietoja on pyritty selvittämään virkamiesvalmistelun yhteydessä sairaanhoitopiireille tehdyllä kyselyllä. Tulokset ovat valitettavan laihoja. Olennaisilta osin tietoja ei ole pystytty toimittamaan lainkaan. Valtioneuvoston julkaisusarjassa julkaistiin vuonna 2018 selvitys (7/2018) ”Kuntoutusjärjestelmän kokonaisuudistus – tieto muutostyön tukena”. Selvitys on kuluneilta vuosilta kenties kunnianhimoisin yritys saada riittävät pohjatiedot

kuntoutusjärjestelmästä uudistusten valmistelun ja päätöksenteon tueksi. Selvityksessä todetaan kuntien ja kuntayhtymien järjestämis- ja rahoitusvastuulla olevista lääkinnällisen kuntoutuksen palveluista mm. seuraavia, kahteen alla olevaan kappaleeseen kirjattuja asioita.

Tietopohja asiakkaista ja heidän kuntoutuksensa suoritteista, kustannuksista ja tuloksista on puutteellinen ja epäluotettava. Perustietopohjan puutteet asettavat laajoja rajoitteita järjestelmän uudistamiselle. Nykyisillä kirjauskäytännöillä ja kansallisella tilastoinnilla ei ole mahdollista tehdä tiedolla tuettua päätöksentekoa. Kuntasektorin tietopohjan todetaan olevan puutteellinen ja epäluotettava ainakin seuraavien asioiden osalta: asiakkaista, asiakkaiden kuntoutuksen suoritteista, kustannuksista ja tuloksista.

Samassa Valtioneuvoston julkaisussa kuntasektorin järjestämisvastuulla olevan lääkinnällisen kuntoutuksen osalta haasteita on tunnistettu hoitoon pääsyyssä, palveluiden sisällöissä, resurssien riittävydessä ja ammattitaidossa, integraatiossa sekä organisaatioiden johtamisessa.

Valtioneuvoston selvityksessä esiin nostetut, mutta myös tässä virkamiestarkastelussa näkyväksi tulevat kuntajärjestäjien haasteet tietopohjassa sekä palvelujen järjestämisessä ja tuotannossa antavat heikot lähtökohdat rakenteiden uudistamiselle. Tarvitsisimme riittävän ymmärryksen mm. siitä, mitä palveluja kuntasektori tuottaa, millaisille asiakasryhmille ja millä volyymin, miten nämä palvelut on resursoitu ja mikä on niiden saatavuus sekä mitä niiden tuottaminen maksaa.

On välttämätöntä, että komiteatyöskentelyssä on käytettävissä tarpeelliset tiedot ja riittävän monipuolinen tilannearvio. Kyse on merkittävästä, pysyvästä institutionaalisen muutoksen valmistelusta, joka koskee vuositasolla lähes 100 000 kuntoutujaa ja noin 300 miljoonaa euroa. Lisäksi muutoksella olisi moninaisia alueellisia, paikallisia ja palveluntuottajakohtaisia vaikutuksia.

Mitä tiedämme monikanavaisuudesta?

Monikanavarahoituksesta ei ole tehty kokonaisvaltaista tutkimusta. Ilmiöön liitetyt edut ja haitat ovat lähinnä koosteita useiden vuosien aikana kertyneiden selvitysten ja tutkimusten tuloksista ja johtopäätöksistä. Valitettavasti ilmiöön liitetyjä erityispiirteitä on toistettu selvityksissä ”arkikielisinä totuuksina”, joita ei perustella.

Tutkimustietoa monikanavarahoituksen vaikutuksista kuntoutuspalveluissa ei ole saatavilla. Monikanavaiseen rahoitukseen liitetyt ”totuudet” on yleistetty koskemaan myös kuntoutuspalveluja. Lausuttavana olevan virkamiesselvityksen monikanavarahoituksen lähtökohtia tarkastelevassa osuudessa on aivan oikein todettu, että arviointia ei ole juurikaan tehty. Sen sijaan on esitetty paljon mielipiteitä ja kannanottoja.

30.8.2021

Lausunto



Jos rakenteiden uudistamista perustellaan monikanavarahoitukseen liittyvillä ongelmilla, on syytä varmistaa, että näitä ongelmia on. Yksi monikanavaisuuteen liitetty ongelma on ns. osaoptimointi. Lyhyesti todettuna osaoptimointi on sitä, että esimerkiksi jokin organisaatio pyrkii maksimoimaan oman edun kokonaisuuden tai jonkin toisen organisaation kustannuksella. Osaoptimoinnin käsite tuodaan muutamia kertoja esille virkamiesselvityksen kuntoutusta käsittelevässä osuudessa. On toivottavaa, että jatkovalmistelussa tuodaan vielä selvemmin esille asioita, kuten mikä taho osaoptimoi, mitkä ovat osaoptimoinnin keskeiset seuraukset, kuinka merkittävästä ongelmasta on kyse jne. Lähtökohtana nykymallissa on kuitenkin se, että kuntien ja jatkossa hyvinvointialueiden (julkisen terveydenhuollon) hyödyntäessä Kelan kuntoutuspalveluja, kyse ei ole suinkaan osaoptimoinnista, vaan Kelalle lakisääteisesti säädettyjen palvelujen hyödyntämisestä kuntoutujien parhaaksi.

Tarkasteltavana olevissa palveluissa Kelalla ei ole kannusteita pyrkiä siirtämään kustannusvastuuta toiselle maksajalle, koska raha on kuntoutuspalveluihin korvamerkittyä, eikä Kelan vastuulla ole laajemmin sote-palveluiden järjestämisvastuita. Kun palvelun saamisen ehdot täyttyvät, Kela ei voi ohjata asiakasta toiselle maksajalle. Myöskään palvelun tuottajalla ei ole lähtökohtaisia intressejä osaoptimointiin.

Kuntoutujien oikeuksista ja oikeusturvasta

Virkamiesvalmistelun asettamispäätöksessä annetuista noin kymmenestä vaikutusten arvioinnin näkökulmasta yksi liittyi perustuslaillisiin näkökohtiin (ml. oikeusturva) ja toinen yksilöityihin subjektiivisiin oikeuksiin. Näiden asioiden osalta virkamiesselvityksessä tuodaan hyvin esille kuntoutujan erilainen asema riippuen siitä, onko henkilö kuntien ja kuntayhtymien palvelujen piirissä vai Kelan palvelujen piirissä. Nykytilan arviointi onnistuu, koska arvioinnissa tarkastellaan olemassa olevaa lainsäädäntöä. Mahdollisten muutosten seurausten arviointi on tässäkin tapauksessa vaikeampaa ainakin siksi, että hyvinvointialueiden järjestämisen ratkaisuista ja palvelutuotannon toteutumisesta on vaikea sanoa vielä mitään varmaa.

Selvityksessä tarkastelluista kolmesta vaihtoehdosta (1, 2 ja 3) vaihtoehto 3 sisältää suurimman muutoksen. Siinä Kelalla olevat vastuut vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian osalta siirrettäisiin hyvinvointialueille. Vaihtoehto 3:n osalta kyse olisi selvästä kuntoutujien oikeuksien ja oikeusturvan heikentämisestä. Virkamiesselvityksessä arvioidaan, että oikeuksien lakkauttaminen sisältäisi korostuneen riskin siitä, että henkilöt jäisivät tosiasiansa vaille tarvitsemiaan palveluja.

Myös hyvinvointialueet nostivat niille kohdistetun kyselyn vastauksissa vaihtoehdon 3 sisältämiä epävarmuuksia ja uhkia. Näitä ovat ainakin kuntoutukseen suunnatun rahoitusosuuden riittävyys asiakaskohtaisen kuntoutuksen järjestämiseen, haasteet

30.8.2021

Lausunto



kuntoutuksen ohjauksen toteutumisessa asiakkaan tarpeiden mukaisesti sekä riittävien ja alueellisesti yhdenvertaisten palvelujen toteutuminen.

Virkamiesselvityksessä on nostettu esille myös muutamia kehitysehdotuksia, joiden avulla järjestämisvastuun siirrosta Kelalta hyvinvointialueille aiheutuvia heikennyksiä voisi olla mahdollista kompensoida. Yhtenä vaihtoehtona nostetaan esille ns. kuntoutustakuun (vrt. hoitotakuu) valmistelu hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla oleviin kuntoutuspalveluihin. Toinen pohdinta liittyy yleiskatteellisesta rahoituksesta seuraavaan epävarmuuteen. Palvelujen saatavuutta pitäisi varmistaa kuntoutukseen pääsyn kriteereillä ja niiden valvonnalla. Näiden molempien asioiden edistäminen on tärkeää joka tapauksessa kuntasektorilta hyvinvointialueiden vastuulle siirtyvissä kuntoutuspalveluissa.

Vaikutusten arviointi

Valmisteluryhmän tuli arvioida kaikkia kolmea toteutumisvaihtoehtoa useammasta, asettamispäätöksessä annetusta näkökulmasta. Joidenkin asioiden osalta valmisteluryhmä toteutti monipuolista arviointia. Monin paikoin arviot tarkasteltujen vaihtoehtojen sisältämien muutosten vaikutuksista jäivät valitettavan suppeiksi ja pintapuolisiksi – lähinnä maininnan tasolle. Myönteinen asia vaikutusten arvioinnin osalta on se, että kuntoutusta käsittelevä osuuden osalta arviot on maltillisesti kirjoitettu.

Vaikutusten arvioinnin vaikeus on ymmärrettävää ainakin seuraavista asioista johtuen. Sote-uudistuksen valmistelun yhteydessä toteutetut vaikutusten arviot ovat puutteellisia. Kokemuksia ja tietoja hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle siirtyvistä palveluista on käytettävissä aikaisintaan tämän vuosikymmenen loppupuolella. Toinen merkittävä vaikutusten arviointia hankaloittava asia ovat puutteet nykyisten kuntajärjestäjien tietopohjassa. Arvioinnissa tarvittavaa tietoa kuntien ja kuntayhtymien kuntoutustoiminnasta ei yksinkertaisesti ole ollut saatavilla. Vaikutusten arvioinnin osalta on syytä huomioida myös se, että sairaanhoitopiireille ja hyvinvointialueille tehdyt kyselyt osoittavat, että kuntasektorilla ei ole yhtä yhteistä käsitystä mahdollisten muutosten vaikutuksista. Selvitys sisältääkin useassa kohdassa maininnan jatkoselvitystarpeista.

Jos vaihtoehto 3 toteutuisi, hyvinvointialueille siirrettäisiin Kelalta sellainen kokonaisuus vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja, että niiden toteuttaminen nykyisellä tasolla vaatisi huomattavaa lisäresursointia ja panostuksia tarkoituksenmukaisen toteutumisen varmistamiseksi. Jos näin ei tehdä, toteutetaan kuntoutusjärjestelmässä mahdollisen muutoksen kautta selvä määrällinen ja laadullinen tason laskeminen.

Selvityksestä käy hyvin esille myös se, että mahdollisia muutoksia suunniteltaessa kuntoutuspsykoterapian palvelut vaativat huolellista lisäarviointia. Selvitys sisältää mm. seuraavat arviot ja tiedot: Työllisyystavoitteiden saavuttamisen kannalta lakisääteisen,

30.8.2021

Lausunto



valtakunnallisesti ohjatun kuntoutuspsykoterapian korvausjärjestelmän lakkauttaminen saattaisi olla ongelmallista, psykoterapeuttien riittävyys olisi arvioitava myöhemmin kaikissa kolmessa vaihtoehdossa ja sairaanhoitopiirit eivät järjestä psykoterapiaa juuri lainkaan yli 65-vuotiaille.

Olisi ollut välttämätöntä, että selvityksessä olisi esitetty luotettaviin analyyseihin perustuvat arviot siitä, miten tarkastellut rahoitusmallivaihtoehdot vaikuttaisivat kuntoutuspalvelujen saatavuuteen ja laatuun sekä mm. julkisen talouden kestävyysvajeeseen. Työryhmän olisi pitänyt tarkemmin arvioida, miten rahoituskanavien muuttaminen vaikuttaisi palvelujen kysynnän kohdentumiseen ja mikä vaikutus tällä olisi esimerkiksi kuntoutuksen eri asiakasryhmissä palvelujen saatavuuteen, laatuun ja ihmisten yhdenvertaisuuteen.

Lopuksi

Aiemmin toteutettujen selvitysten sekä nyt lausuttavana olevan virkamiesselvityksen perusteella voidaan todeta, että kuntasektorin järjestämistä vastaavien kuntoutuspalvelujen (ml. lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut ja psykoterapia) toteutumisessa on siinä määrin puutteita ja haasteita, että kenenkään etua ei palvele kuntasektorin/hyvinvointialueiden järjestämistä vastuun lisääminen tai laajentaminen.

Sote-uudistuksen seurauksista ei ole vielä hetkeen tietoa. Kuten selvitykseen on kirjoitettu, uudistuksen tulokset nähdään vasta vuosien päästä, kun hyvinvointialueet ovat saaneet toimintansa vakiinnutettua. Toisen sellaisen rakenteellisen uudistuksen toteuttamiselle (vrt. sote-uudistus), jonka vaikutuksia ei riittävässä määrin tunneta, eikä pystytä arvioimaan, ei ole perusteita. Epävarmuus kuvastuu sairaanhoitopiirien ja hyvinvointialueiden antamista vastauksista. Niistä ei välity yhtenäistä näkemystä ja tahtotilaa. Yhtä lailla selvityksen toteuttanut kuntoutuksen valmisteluryhmä on tunnistanut lisäselvitysten tarvetta monin kohdin.

Hyvinvointialueet tulevat saamaan kunnilta ja kuntayhtymiltä järjestämistä vastuulleen kuntoutuspalvelujen kokonaisuuden, joka vaatii vuosien uudelleenorganisointia, lisäresursointia ja panostuksia tarkoituksenmukaisen toteutumisen varmistamiseksi. Tunnistettuja puutteita on esimerkiksi AVH-potilaiden kuntoutuksessa, psykoterapian palveluissa, ikääntyneiden kuntoutuspalveluissa ja sydänkuntoutuksessa. Myös muissa kuntasektorilta hyvinvointialueille järjestettäväksi siirtyvissä palveluissa tiedetään olevan puutteita. Panostuksia tarvittaisiin myös mm. lastensuojelun palveluihin, kotiin vietäviin palveluihin, suun terveydenhuollon palveluihin sekä laajasti perustasolla toteutuviin terveystieteisiin palveluihin.

Nykyinen kuntoutusjärjestelmä toimii siinä määrin hyvin, että isommille rakenteelliselle uudistuksille ei ole tarvetta eikä perusteita. Toteuttamalla kuntoutuksen uudistamiskomitean

ehdotuksia (pl. Kelan järjestämistä koskevat ehdotukset), pystytään vastamaan kuntoutusjärjestelmässä tunnistettuihin kehittämiskohteisiin. Jatkossa tulisi tarkastella purkamisen sijaan kehittämistä. Kelan kyvykkyys järjestää kuntoutuspalveluja (ml. vaativa lääkinällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia) on siten korkealla tasolla, että selvitystyön yhteydessä olisi tullut arvioida myös Kelan järjestämistä laajentamista kuntoutuspalveluissa.

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

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

Ehdotus jatkotoimenpiteiksi

Tilanne tulee rauhoittaa keskeyttämällä monikanavarahoituksen purkamisen selvittäminen. Huomio ja voimavarat tulee keskittää hyvinvointialueiden toiminnan käynnistämiseen ja niiden palvelujen järjestämisen varmistamiseen sote-uudistukselle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Alla on Hyvinvointiala HALI:n esitys etenemisestä monikanavaisen rahoituksen kysymyksessä:

- Lähivuodet keskitytään sote-uudistuksen valmisteluihin ja hyvinvointialueiden toiminnan käynnistämiseen
- Käynnistetään tarvittavat valmistelut myös sen osalta, että hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden mittarit ja seuranta on vähintään tyydyttävällä tasolla niiden järjestämistä koskevan osalta (ml. kuntoutuspalvelut)
- Kehitetään kuntoutustoimialaa toteuttamalla kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset (pl. monikanavarahoitukseen liittyvät ehdotukset)
- Varmistetaan kuntoutuspalvelujen tarpeenmukainen ja sujuva saatavuus hyvinvointialueiden järjestämistä koskevilla olevissa palveluissa valmistelemalla kuntoutustakuu
- Edistetään sähköistä tiedonhallintaa kuntoutuspalveluissa
- Varmistetaan, että hyvinvointialueet toimivat tavoitteiden mukaisesti
- Kun edellä kuvatut ja muut mahdolliset tarpeenmukaiset asiat on toteutettu, voidaan tarvittaessa tehdä arvio siitä, onko tarvetta käynnistää selvitystyö monikanavaisesta rahoituksesta

Lääkekorvaukset

7. Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

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

Muita kommentteja ja huomioita

- 9. Onko teillä muita kommentteja tai huomioita monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?**

Parlamentariselle ryhmälle on varattu liian lyhyt aika erittäin suurten ja moniulotteisten kokonaisuuksien linjaamiseen. Lisäksi virkamiesvalmistelussa vaihtoehtojen vaikutukset eri ihmisryhmiin on puutteellisesti arvioitu. Valmisteluaikaa on ehdottomasti pidennettävä. Parlamentarisen työryhmän on hyvä kuulla laajasti eri sidosryhmiä ja arvioida myös erilaisia vaihtoehtoja Kela-korvausten kehittämiseksi tai uudelleen allokoimiseksi.

Kuntoutuksen osuuden osalta Hyvinvointiala HALI:n esittää valmistelun keskeyttämistä ja seuraavaa etenemistä:

- Lähivuodet keskitytään sote-uudistuksen valmisteluihin ja hyvinvointialueiden toiminnan käynnistämiseen
- Käynnistetään tarvittavat valmistelut myös sen osalta, että hyvinvointialueiden toiminnan ja talouden mittarit ja seuranta on vähintään tyydyttävällä tasolla niiden järjestämisvastuun osalta (ml. kuntoutuspalvelut)
- Kehitetään kuntoutustoimialaa toteuttamalla kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset (pl. monikanavarahoitukseen liittyvät ehdotukset)
- Varmistetaan kuntoutuspalvelujen tarpeenmukainen ja sujuva saatavuus hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevissa palveluissa valmistelemalla kuntoutustakuu
- Edistetään sähköistä tiedonhallintaa kuntoutuspalveluissa
- Varmistetaan, että hyvinvointialueet toimivat tavoitteiden mukaisesti
- Kun edellä kuvatut ja muut mahdolliset tarpeenmukaiset asiat on toteutettu, voidaan tarvittaessa tehdä arvio siitä, onko tarvetta käynnistää selvitystyö monikanavaisesta rahoituksesta kuntoutuspalveluissa