

LAUSUNTO

Helsinki 25.8.2021

Valtioneuvosto

Viite: VN/22558/2020

Asia: Lausunto monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry on valtakunnallisten sosiaali- ja terveysjärjestöjen kattojärjestö. SOSTE on sosiaali- ja terveyspoliittinen vaikuttaja ja asiantuntijajärjestö, joka rakentaa sosiaalisen hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä yhteistyössä jäsenyhteisöjensä kanssa. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry:n varsinaisina jäseninä on yli 230 valtakunnallista sosiaali- ja terveysalan järjestöä ja yhteistyöjäsenenä yli 70 muuta sosiaali- ja terveysalan toimijaa.

Lisätietoja: erityisasiantuntija Alekski Kalenius, alksi.kalenius@soste.fi, +358 40 574 1618

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry



Vertti Kiukas
pääsihteeri

SOSTE

SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry
SOSTE Finlands social och hälsa rf
SOSTE Finnish Federation for Social Affairs and Health

www.soste.fi

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

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

Julkisen terveydenhuollon resursointi on Suomessa pitkään ollut riittämättömällä ja selvästi pohjoismaisia verrokkeja heikommalla tasolla. Osin kustannusten kasvun rajoittamiseksi terveystalouden tarjonta on ollut riittämätöntä ja niiden käyttöä on vähennetty hoitajajonoilla, jotka on voinut välttää käyttämällä yksityisen terveydenhuollon palveluja. Näin yksityiselle, vain osin julkisesti tuetulle terveydenhuollolle on muodostunut tärkeä rooli kansalaisten terveystalouden tuotannossa.

Se, miten tilanne on syntynyt, vaikuttaa myös siihen, miten se voidaan ja tulee ratkaista. On selvää, että monikanavarahoituksen purkaminen yksityisen sairaanhoidon korvausten poistamisella voisi vähentää yksityisten terveystalouden käyttöä ja siten lisätä julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvaa painetta.

SOSTE katsoo kuitenkin, että ydinongelma nykytilanteessa on julkisen terveydenhuollon riittämätön rahoitus, joka johtaa terveydenhuollon saatavuuden liian tiukkaan säännöstelyyn mm. jonoilla sekä asiakasmaksuilla. Terveydenhuollon julkinen rahoitus on Suomessa matala verrokkimain verrattuna. Pohjoismaisen terveydenhuollon julkisen rahoituksen saavuttaminen vaatisi meillä 4,5 mrd lisäpanostuksen, Saksan tason saavuttaminen 7 mrd lisäpanostuksen ja Ranskan 5,5 mrd panostuksen. Belgian ja Hollannin tasokin vaatisi 2,5 mrd euron lisäresurssit.¹ Verrattuna paitsi pohjoismaihin, myös kehittyneeseen keski-Eurooppaan, suomalainen julkinen terveydenhuolto on heikosti resursoitu.

Niukasti resursoidut palvelut vaativat terveydenhuollon saatavuuden tiukkaa säännöstelemistä. Erityisesti kiireettömään hoitoon pääsy on Suomen julkisessa terveydenhuollossa hyvin hidasta, mikä lisää tarvetta turvautua yksityisiin palveluntarjoajiin. Tämä tuo järjestelmään merkittävää eriarvoisuutta, koska vaikka tarve turvautua yksityisiin palveluntarjoajiin lisääntyy kaikilla, kaikilla ei ole siihen mahdollisuuksia. Korkeiden asiakasmaksujen ja maksukattojen sekä yksityisen terveydenhuollon piiriin kannustamisen seurauksena terveydenhuollon vapaaehtoiset out-of-pocket menot ovat Suomessa 30 % korkeammat suhteessa bruttokansantuotteeseen kuin muissa pohjoismaissa, mutta myös selvästi korkeammat kuin monissa kehittyneissä keski-Euroopan maissa kuten Saksassa ja Ranskassa.²

Eriarvoinen pääsy terveystalouden piiriin on ollut Suomessa pitkään ongelma ja suomalainen terveydenhuolto on ollut myös OECD-maiden vertailussa

¹ OECD Health at a Glance 2020

² OECD Health at a Glance 2020

poikkeuksellisen eriarvoinen jo 1990-luvulla³ ja tämän eriarvoisuuden vähentäminen on eri vaiheissa ollut yksi sote-uudistuksen keskeisiä tavoitteita. Erimielisyyttä on lähinnä ollut siitä, onko järjestelmää leimaavan eriarvoisuuden syitä etsittävä yksityisestä terveydenhoidosta ja työterveyshuollosta, joiden parempiosaiset käyttäjät saavat parempaa hoitoa, vai julkisen terveydenhuollon heikkoudesta.

Keskustelu on valitettavasti usein piilottanut sen seikan, että julkisen terveydenhuollon heikkous ja työterveydenhuollon sekä yksityisten terveystalvelujen vahvuus liittyvät tiukasti yhteen. Sosiaali- ja terveystalvelut muodostavat julkiselle sektorille merkittävän menoerän ja aina 1990-luvulta julkisten menojen kasvua on pyritty rajoittamaan palvelutarpeen kasvua hitaammaksi. Tämä on johtanut resurssipulaan ja toimiin, joilla resurssien käyttöä on priorisoitu yhä tiukemmin ja terveydenhuollon kapasiteettia rajoitettu⁴ niin, että mm. kiireettömään hoitoon pääsystä on tullut yhä vaikeampaa. Aktiivisilla ja usein hyväosaisilla kansalaisilla on mahdollisuus välttää jonot käyttämällä yksityistä, maksullista terveydenhuoltoa. Tällöin on myös kysyntää politiikalle, jossa yksityistä terveydenhuoltoa hyödyntävien kustannuksia alennetaan yksityisen sairaanhoidon korvauksilla.

On hyviä perusteita tukea yksityisten terveystalvelujen käyttöä, jos näin voidaan kustannustehokkaasti edistää kansalaisten terveyttä. Heikosti perusteltua taas on mitoittaa terveydenhuollon resurssit niin heikoiksi, että kansalaisille ei voida tuottaa riittäviä terveystalveluita ja sen jälkeen tukea niitä paremmassa asemassa olevia, joilla on mahdollisuus olla käyttämättä julkista terveydenhuoltoa. Se, että joillain kansalaisilla on mahdollisuus ratkaista ongelma omalta osaltaan käyttämällä yksityistä terveydenhuoltoa, tekee tilanteesta heidän osaltaan hieman siedettävämmän. Valitettavasti se ei auta niitä, joilla ei ole resursseja turvautua yksityisen terveydenhuollon palveluihin.

Siksi niin kauan, kun julkisen terveydenhuollon resursointi on riittämätöntä eikä kansalaisilla ole tosiasiallista pääsyä heille kuuluviin julkisiin palveluihin, yksityisen terveydenhuollon tukeminen on käytännössä keino hankkia parempiosaisen kansalaisten poliittista tukea terveystalvelujen liian niukalle resursoinnille.

Näin yksityisen sairaanhoidon korvaukset paikkaavat ongelmaa, jota toimivassa järjestelmässä ei tulisi olla. Korvausten olemassaolo osin viivästyttää tilanteen korjaamista, koska paremmassa asemassa olevilla, usein äänekkäämmillä ja oikeuksistaan tietoisemmilla kansalaisilla on mahdollisuus välttää julkisen terveydenhuollon riittämättömän saatavuuden todellisuus. Yksityisen

³ Osin tilanne on muuttunut 2000-luvulla, koska vaikka Suomen tilanne ei ole parantunut, OECD:n jäsenmaiksi on tullut monia vanhoja jäsenmaita kehittymättömämpiä maita Itä-Euroopasta ja Etelä-Amerikasta.

⁴ OECD Reviews of Health Systems: Finland 2005

terveydenhuollon korvausten poistamisen arvioitiin parantavan terveyspalveluihin pääsyä jo mm. OECD:n terveyspolitiikan maa-arvioinnissa 2005.⁵

SOSTE pitää kestävämmänä tilannetta, jossa julkisen terveydenhuollon resurssipulaa hoidetaan palvelujen säännöstelyllä niin, että kansalaisilla ei tosiasiallisesti ole yhdenvertaista pääsyä terveydenhuollon palveluihin. Siksi yksityisen sairaanhoidon korvauksista tulisi luopua, kunnes julkisen terveydenhuollon resursointi on riittävä turvaamaan oikeudenmukainen hoitoon pääsy. Jos yksityisen sairaanhoidon korvaukset poistetaan, vastaavat resurssit tulee siirtää hyvinvointialueiden käyttöön. Hyvinvointialueiden tulee arvioida omat palvelunsa ja valmistautua asianmukaisesti mahdollisen palvelujen kysynnän kasvuun. Erityistä huomiota on kiinnitettävä erityisaloihin, joilla yksityinen terveydenhuolto on nykyisin hyvin merkittävä palveluntarjoaja ja näin ollen kysynnän siirtyminen julkiselle sektorille voi aiheuttaa merkittävää palvelukysynnän kasvua.

Jos lääkekorvaukset järjestetään terveydenhuollon järjestäjän toimesta ja rahoitetaan siten hyvinvointialueiden, työterveyshuollon ja opiskelijaterveydenhuollon kautta niiden järjestämisvastuiden mukaan, voidaan yksityisessä terveydenhuollossa määrättyjen lääkkeiden korvattavuus säilyttää ja järjestää hyvinvointialueiden kautta. Tällöin hoito- ja tutkimuskorvaukset poistuisivat, mutta yksityisen sairaanhoidon määräämien lääkkeiden korvattavuus säilyisi.

SOSTE pitää myös yksityisen terveydenhuollon käyttömahdollisuuteen liittyvää asiakkaan valinnanvapautta kuitenkin periaatteellisesti arvokkaana ja katsoo, että terveydenhuollon saatavuus olisi saatava tasolle, jolla yksityisen terveydenhoidon käyttö olisi aitoa valinnanvapautta, ei vain pakoa yksityiselle, koska julkisella sektorilla ei palveluihin ole pääsyä. Yksityisellä terveydenhoidolla ja työterveyshuollolla voi olla tärkeä rooli myös nykyistä yhdenvertaisemman ja oikeudenmukaisemman terveydenhuollon luomisessa, ei vain eriarvoisuutta luovien rakenteiden ylläpitämisessä.

Samoin SOSTE katsoo, että yksityisillä palveluntarjoajilla on keskeinen merkitys suomalaiselle sosiaali- ja terveydenhuollolle. Julkisia resursseja tulee kuitenkin suunnata yksityisille palveluntuottajille tavoilla, jotka eivät kasvata kansalaisten välisiä sosioekonomisia terveyseroja.

⁵ OECD Reviews of Health Systems: Finland 2005

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

SOSTE katsoo, että yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksia on perusteltua kehittää vaihtoehdon B mukaan siten, että niiden voimassaolo lakkaa siirtymäajan jälkeen.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

SOSTE yhtyy valmisteluryhmän käsitykseen, että ensihoidon rahoitusvastuu olisi perusteltua siirtää kokonaisuudessaan tulevien hyvinvointialueiden vastuulle riippumatta siitä, miten muiden matkakorvausten, koko monikanavarahoituksen tai sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksen ratkaisut etenevät. Vastaavasti sairausvakuutuslain kautta kanavoituneet ensihoidon kuljetuskorvaukset ja asiakkaiden omavastuut tulisi siirtää täysimääräisenä osaksi hyvinvointialueiden saamaa rahoitusta.

SOSTE pitää perusteltuna rahoitusvastuun monikanavaisuuden purkamista myös muuten matkakorvausten osalta. Matkojen korvauserusteita ei saa siirron yhteydessä asiakkaiden näkökulmasta heikentää ja korvauserusteiden tulee jatkossakin olla valtakunnallisesti yhdenmukaiset.

Monikanavaisuuden purkuun yhdistyy tarve yhdistää terveydenhuollon maksukatot. Nykyjärjestelmässä asiakasmaksujen, matkojen ja lääkkeiden maksukatot ovat osin erillisiä palvelun, matkojen ja lääkkeiden erilaisen rahoituksen seurauksena. Maksukattojen erillisyyys taas johtaa siihen, että kokonaisomavastuu voi nousta hyvinkin korkeaksi, jos yksilö saavuttaa maksukatton kaikilla kolmella osa-alueella. Toisaalta taloudellisesti ja terveydellisesti samassa asemassa olevien henkilöiden kohtelu vaihtelee sen mukaan, miten heidän hoitonsa edellyttää lääkkeitä, matkoja ja asiakaskäyntejä. Asiakkaalla, jonka menot jakautuvat tasaisemmin näihin kolmeen luokkaan, maksukatton saavuttaminen kestää kauemmin kuin jos vain yhden osa-alueen kustannukset olisivat korkeat. Rahoituksen monikanavaisuuden purkamisen yhteydessä monet tekniset esteet maksukattojen yhdistämiselle poistuvat, kun rahoitusvastuu palveluista, lääkkeistä ja matkoista keskitetään hyvinvointialueille.

SOSTE esittää valmistelun käynnistämistä asiakasmaksujen sekä lääke- ja matkakustannusten maksukattojen yhdistämiseksi. Asiakasmaksujen maksukatto, matkakatto ja lääkekatto tulisi yhdistää yhdeksi maksukatoksi, jonka taso tulisi kytkeä takuueläkkeen tasoon, joka vuonna 2021 on 837,59 euroa. Ehdotuksen mukaan erilliset maksukatot säilyisivät ja niitä seurattaisiin jatkossakin. Kunkin erillisen maksukatton täytyessä asiakas ei maksaisi kyseistä palvelu-, matka- tai lääkekohtaista maksua. Kun palveluista, matkoista ja lääkkeistä perityt maksut ylittävät maksukatton, ne olisivat tämän jälkeen maksuttomia.

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

SOSTE pitää perusteltuna siirtää mahdollisimman nopeasti hyvinvointialueille vastuu ensihoidon kustannuksista ja muiden matkakorvausten osalta toteuttaa vaihtoehto HK, jossa Kela hoitaa yhä matkakorvausten maksatuksen, mutta rahoitusvastuu on hyvinvointialueilla. Seuraavassa vaiheessa tulisi siirtyä vaihtoehtoon HM, jossa hyvinvointialueet myös järjestävät matkat yhteisen valtakunnallisen matkakeskuksen avulla.

Vaativa lääkinällinen kuntoutus ja psykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen asioita (luku 5)

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisessa SOSTEn keskeinen tavoite on yhdenvertaisten, asiakaslähtöisten ja laadukkaiden palvelujen turvaaminen sekä toisaalta tehokkuushyötyjen saavuttaminen vähentämällä järjestämismvastuun sekä rahoituksen pirstaleisuutta. Toisiinsa kiinteästi liittyvien palvelujen järjestämismvastuun keskittäminen yhdelle toimijalle helpottaa saumattomien ja asiakaslähtöisten palvelupolkujen luomista. Eri toimijoilla ei myöskään pitä olla kannusteita vähentää omia kustannuksiaan tavoilla, jotka aiheuttavat yhtä suuria tai suurempia kustannuksia muille toimijoille tai jotka johtavat kansalaisten pompottamiseen luukulta toiselle palvelujen perässä. SOSTE on yhtynyt kuntoutuskomitean käsitykseen, että kuntoutus on osa hyvinvointipalvelukokonaisuutta.

Vastuu kuntoutuksesta jakautuu eri organisaatioiden kesken, osin historiallisista syistä. Terveydenhuollosta vastaavat kunnat ja sairaanhoitopiirit ovat järjestäneet lääkinällisen kuntoutuksen palvelut terveydenhuoltolain perusteella ja tämä järjestämismvastuu on soteuudistuksessa siirtymässä hyvinvointialueille.

Lainsäädännöllisesti kuntoutuksen työnjako on järjestetty siten, että kunnille on säädetty laaja-alainen vastuu sairaanhoitoon liittyvästä lääkinällisestä kuntoutuksesta ja Kelan järjestämismvastuulle kuuluva vaativa lääkinällinen kuntoutus muodostaa tätä velvollisuutta rajaavan poikkeuksen. Pääallekkäisyyksien ratkomisen tarvetta korostaa tarve erikseen säätää siitä, että jos järjestämismvastuu on epäselvä, järjestämismvastuu on kunnalla ja jos vastuu olisi kuitenkin ollut Kelalla, Kela on velvollinen korvaamaan kunnalle järjestämisestä aiheutuneet kustannukset. Kelan järjestämän vaativan lääkinällisen kuntoutuksen alaa taas rajaa Kuntoutuslain (KEKL/KKRL) 10 §, jonka mukaan vaativaa lääkinällistä kuntoutusta ei järjestetä, jos vakuutettu on hoidettavana tai kuntoutettavana julkisessa laitoshoidossa tai sitä vastaavassa hoidossa. Näiltä osin kyse on pitkälti kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämästä tai rahoittamasta toiminnasta. Tämä korostaa liukumaa TervHL 29 § mukaisen lääkinällisen kuntoutuksen ja KEKL 9 § mukaisen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen välillä. Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen tuominen tiiviimpään

yhteyteen terveydenhuoltolain mukaisen kuntoutuksen kanssa vähentäisi rajanvedosta liittyviä vaaroja palvelupolkujen katkeamiselle tai palvelujen järjestämiselle.

Eroa lääkinnällisen kuntoutuksen ja vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen välillä on luonut se, että pitkään oikeus vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen edellytti oikeutta vähintään korotettuun vammaisetuuteen, mikä korosti sen yhteyttä sosiaalihuoltoon, ei niinkään terveydenhuoltoon. Tämä edellytys poistui 2016 voimaan tullessa lainsäädännössä, mutta käytännössä vaativa lääkinnällinen kuntoutus kohdistuu yhä suurelta osin korotettua tai ylintä vammaisetuutta saaville.

SOSTE pitää välttämättömänä, että vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia turvataan subjektiivisina oikeuksina. SOSTE yhtyy valmisteluryhmän käsitykseen, että jos vaativaa lääkinnällistä kuntoutusta tai kuntoutuspsykoterapiaa ei jatkossa turvataisi vaativaa subjektiivisina oikeuksina, olisi välittömänä seurauksena kohderyhmiin kuuluvien henkilöiden vähäisempi jälkikäteisen oikeusturvan taso eikä heidän oikeutensa kuntoutukseen olisi vastaavalla tavalla turvattu kuin nykyisin.

SOSTE katsoo, että vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen palvelut ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisvastuu ja rahoitus tulee siirtää hyvinvointialueille vaihtoehdon 3 mukaisesti, säilyttäen päätökset muutoksenhakukelpoisina. Valmisteluryhmän arvio siitä, että tämä voi olla ongelmallista, jos julkisen terveydenhuollon palveluiden jälkikäteisiä oikeusturvakeinoja ei samalla vahvisteta, on perusteltu. Perustellusti voidaan kuitenkin katsoa, että ongelma syntyy ensisijaisesti julkisen terveydenhuollon palveluiden jälkikäteisten oikeusturvakeinojen heikkoudesta, ei niinkään sosiaalivakuutuksen muutoksenhakukelpoisten päätösten liiallisesta vahvuudesta.

SOSTE katsoo, että edellä vastauksessa yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvauksista esitetyn mukaisesti julkinen terveydenhuolto on ollut pitkään vakavasti aliresursoitua tavalla, joka on vaarantanut palvelujen saatavuuden ja kansalaisten pääsyn lainsäädännön heille turvaamiin palveluihin. Terveydenhuollon jälkikäteisten oikeusturvakeinojen heikkous on osaltaan edistänyt tilanteen syntymistä ja pitkittymistä. Se on mahdollistanut asiain tilan, jossa kansalaisille lainsäädännössä turvatut oikeudet ja kansalaisten käytännössä toteutuvat oikeudet ovat voineet erkaantua toisistaan ilman, että kansalaisilla on ollut kattavia mahdollisuuksia perätä oikeuksiensa toteutumista. SOSTE edellyttää, että jatkossakin turvataan vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia subjektiivisina oikeuksina nykyisessä laajuudessaan. SOSTE pitää tärkeänä, että terveydenhuollon asiakkaiden oikeusturvaa pitkäjänteisesti vahvistetaan palveluissa, joissa muutoksenhaun rajoittamiselle ei ole painavia perusteita. Muutoksenhaku on erityisen perusteltu palveluissa, jotka ovat pitkäaikaisia ja/tai toistuvia.

Vastaavasti SOSTE pitää tärkeänä, että siirron yhteydessä asiakasmaksukysymykset ratkaistaan tavalla, joka ei heikennä vaativaan lääkinnälliseen kuntoutukseen

oikeutettujen asemaa. Vaativa lääkinällinen kuntoutus on ollut maksutonta, kun taas kuntoutuspsykoterapiassa asiakkaalla on ollut omavastuu. SOSTE katsoo, että monikanavarahoituksen purun yhteydessä olisi perusteltua alentaa kuntoutuspsykoterapian omavastuuta tai mieluummin poistaa se kokonaan.

Pidemmällä aikavälillä SOSTE kannattaa avosairaanhoidon palvelujen tekemistä asteittain täysin maksuttomiksi. Asiakasmaksukäytäntöjä tulee yhdenmukaistaa mahdollisimman pitkälti ylöspäin tapahtuvalla harmonisaatiolla, jossa oikeus maksuttomiin tai hyvin matalan omavastuun palveluihin ulotetaan mahdollisimman kattavasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. SOSTE esittää valmistelun käynnistämistä asiakasmaksujen sekä lääke- ja matkakustannusten maksukattojen yhdistämiseksi. Asiakasmaksujen maksukatto, matkakatto ja lääkekatto tulisi yhdistää yhdeksi maksukatoksi, jonka taso tulisi kytkeä takuueläkkeen tasoon, joka vuonna 2021 on 837,59 euroa. Ehdotuksen mukaan erilliset maksukatot säilyisivät ja niitä seurattaisiin jatkossakin. Kunkin erillisen maksukaton täytyessä asiakas ei maksaisi kyseistä palvelu-, matka- tai lääkekohtaista maksua. Kun palveluista, matkoista ja lääkkeistä perityt maksut ylittävät maksukaton, ne olisivat tämän jälkeen maksuttomia.

SOSTE ei pidä perusteltuna kuntoutuksen rahoituksen korvamerkitsemistä järjestämisvastuun siirtyessä hyvinvointialueille, mutta korostaa hyvinvointialueille siirtyvien kuntoutuspalvelujen resursoinnin riittävyttä niin rahoituksen kuin henkilöstö- ja osaamisresurssienkin osalta. Korvamerkityn rahoituksen puute tekee kuitenkin tarpeelliseksi yhdistää yleiskatteelliseen rahoitukseen hoitotakuuta vastaava kuntoutustakuu, jolla asetettaisiin kansalliset aikarajat ja muut kriteerit kuntoutukseen pääsulle. Kriteerien toteutumista voidaan seurata valtakunnallisten politiikkatoimien tarpeellisuuden arvioimiseksi, mutta ne antavat myös yksittäiselle kansalaiselle mahdollisuuden arvioida ja haastaa oman kohtelunsa oikeudenmukaisuus.

Hyvinvointialueille siirrettävä kokonaisvastuu vaativasta lääkinällisestä kuntoutuksesta ja psykoterapiasta avaa merkittäviä uusia mahdollisuuksia palvelupolkujen kehittämiseksi nykyistä tehokkaammiksi, joustavammiksi ja paremmin yksilöllisiin tarpeisiin vastaaviksi, koska se avaa uudella tavalla mahdollisuuksia kuntoutuksen ja terveydenhuollon monet rajapinnat ylittäviin palvelupolkuihin. Käytännössä on kuitenkin niin, että nykymuotoisen vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ja psykoterapian järjestäminen vaatii huomattavaa asiantuntemusta, jota Kela on kasannut pitkän ajan kuluessa. Järjestämisvastuuta ei voida suoraan siirtää hyvinvointialueille vaarantamatta palvelujen laatua ja toimivuutta.

Vaativan lääkinällisen kuntoutuksen ja psykoterapian siirtäminen hyvinvointialueiden rahoitus- ja järjestämisvastuulle tulee tehdä vaiheittain. Ensi vaiheessa on perusteltua siirtää hyvinvointialuille vastuu rahoituksesta, joka voidaan siirtää puuttumatta nykyisiin järjestämisen käytäntöihin. Tällöin voidaan poistaa ne kannustinvääristymät, jotka johtuvat rakenteesta, jossa kuntoutuksen kustannukset eivät kuulu hyvinvointialueille, mutta terveydenhuollon kustannukset kuuluvat,

samalla säilyttäen nykyiset, toimivat käytännöt kuntoutuksen korvaamisen ja järjestämisen osalta. Tällöin kuntoutuspalvelujen asiakkaiden tai palvelunjärjestäjien asema ei muuttuisi millään tavalla nykyisestä, mutta kuntoutuksen menot vaikuttaisivat hyvinvointialueiden talouteen.

Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyttyä tulee kokeilla vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja kuntoutuspsykoterapian järjestämisvastuun siirtoa hyvinvointialueille. Kokeiltavassa mallissa subjektiiviset oikeudet ja mahdollisuus muutoksenhakuun tulee säilyttää nykyisessä laajuudessaan. Kokeilulla tulee varmistaa, että hyvinvointialueilla on edellytykset suoriutua vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen järjestämisvastuusta sekä asiakkaiden oikeuksien toteutuminen voidaan varmistaa. Tarvittava kokeilulainsäädäntö on laadittava siten, että kokeiluasetelma mahdollistaa järjestämisvastuun siirron vaikutusten luotettavan arvioinnin ja kokeilun tulokset on yleistettävissä kokeilun ulkopuolelle jääviin hyvinvointialueisiin. Kelan roolin kehittämisen osalta keskeisiä kysymyksiä ovat mm. sen rooli palvelukuvausten laadinnassa, palvelujen viitehintojen määrittelyssä, palvelutuottajien validoinnissa ja valinnassa, kuntoutuksen tutkimuksessa ja tilastoinnissa sekä asiakasrajapinnassa. Osana valmisteltavaa kokeilulainsäädäntöä on myös ratkaistava, miten subjektiiviset oikeudet muutoksenhakukelpoisine hallintopäätöksineen sovitetaan osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännöllistä kehikkoa ja miten julkisen terveydenhuollon jälkikäteisiä oikeusturvakeinoja olisi syytä tässä yhteydessä vahvistaa. Tärkeä erityiskysymys koskee sitä, miten pieniä asiakasryhmiä koskeva osaaminen ja siten palvelujen saatavuus ja taso voidaan turvata koko maassa.

Kuntoutuskomitea arvioi 2017, että kuntoutusvastuun siirron edellytysten täyttymistä arvioidaan aikaisintaan 2025. Soteuudistuksen lykkäytyminen 2017 odotettavissa olevasta aikataulusta on SOSTEn käsityksen mukaan lykännyt aikaisinta ajankohtaa, jona siirron edellytysten voidaan odottaa täyttyvän. Siirron tarpeettoman pitkittymisen välttämiseksi tulisi siirron kokeilu käynnistää mahdollisimman pian. On kuitenkin erittäin tärkeää, että kokeilu ja kokeilulainsäädäntö valmistellaan huolellisesti niin, että kokeiltava malli on toteutettavissa koko maassa ja kokeilun vaikutuksia voidaan luotettavasti arvioida. Muutoin vaarana on, että jo pitkään keskustelussa ollut siirto lykkäytyy luotettavan tiedon puutteessa tai tulee toteutetuksi riittämättömällä tietopohjalla, mikä voi vaarantaa vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja sen asiakkaiden aseman. Myös varsinaisen siirron toteutumisen seuranta tulee järjestää siten, että siirron vaikutuksia asiakkaiden oikeuksien yhdenvertaiseen toteutumiseen koko maassa voidaan seurata ja mahdollisiin kokeilun valtavirtaistamiseen liittyviin ongelmiin tarvittaessa puuttua nopeasti. Seurannan vaatima tietojenkeruu tulee vakinaistaa, jotta palvelujen saatavuuden ja laadun kehittymistä eri alueilla voidaan seurata myös jatkossa ja siten parantaa käytettävissä olevaa tietopohjaa.

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

SOSTE kannattaa vaihtoehtoa 3, jossa vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja psykoterapia siirtyvät kokonaisuudessaan hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle. SOSTE edellyttää, että vaihtoehdossa 3 vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia tulee turvata subjektiivisina oikeuksina nykyisessä laajuudessaan samoin kuin niitä koskeva muutoksenhaun mahdollisuus. Samoin tulee säilyttää Kelan rooli kuntoutusta tutkivana ja kehittävänä organisaationa. Siirto on syytä toteuttaa vaiheittain, hyödyntäen alueellisia kokeiluja.

Ensi vaiheessa toteutettavissa olevana vaihtoehtona SOSTE pitää kevennettyä vaihtoehtoa 2, jossa rahoitusvastuu siirtyy hyvinvointialueille, mutta päätöksenteko palveluvalikosta, kriteereistä ja kehittämisestä säilyisi Kelalla. Tässä vaiheessa rahoitus käytännössä säilyy nykyisellä tavalla korvamerkittynä. Hyvinvointialueiden toiminnan käynnistyttyä tulisi käynnistää kokeilu järjestämisvastuun siirrosta hyvinvointialueille.

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

SOSTE katsoo, että lääkekorvausten osalta rahoituksen monikanavaisuuden purkamisen yhteydessä tulisi korjata yhdenvertaisuus- ja kannustinongelmia aiheuttavat erot avo- ja laitoshoidon korvauskäytäntöjen ja sääntelyn osalta.

SOSTE pitää perustelluimpana etenemistapana vaihtoehtoa B, jossa hyvinvointialueille tulisi sekä rahoitus- että järjestämisvastuu. Malli tulisi toteuttaa siten, että hyvinvointialueilla olisi kokonaisvastuu kaikista alueen asukkaiden lääkkeistä, myös muilla hyvinvointialueilla sekä työterveydenhuollossa ja yksityisissä terveydenhuoltopalveluissa määrättyjen lääkkeiden osalta. Erillisen rahoitusjärjestelmän luominen synnyttäisi uudenlaisia osaoptimointimahdollisuuksia ja rajapintakysymyksiä, minkä takia yksityisen terveydenhuollon, työterveydenhuollon jne. matkojen ja lääkkeiden korvaaminen tulisi järjestää osana samaa järjestelmää kuin julkisen terveydenhuollon matkojen ja lääkkeiden korvaaminen. Se, että korvauskäytännöt yhtenäistetään avo- ja laitoshoidossa käytettyjen lääkkeiden osalta, helpottaa yksityisissä terveydenhuoltopalveluissa sekä työterveyshuollossa käytettyjen lääkkeiden korvaamista samoilla periaatteilla kuin potilaille määrätyt lääkkeet korvataan.

Hyvinvointialueen rahoitusvastuulle ei voida siirtää sellaisten palvelujen kustannuksia, joita se ei järjestä. SOSTEn mielestä toimiva lähtökohta monikanavaisuuden purulle on sisäistää lääkkeiden ja matkojen korvaaminen osaksi terveystalouden rahoitusta siten, että palvelusta vastaava taho vastaa myös matkoista ja lääkkeistä. Tällöin matkojen ja lääkkeiden kustannukset perusterveydenhuollossa tulisivat hyvinvointialueiden katettaviksi, mutta työterveyden rahoituksen kautta katettaisiin

työterveydessä määrätty lääkkeet ja tarvittut matkat, opiskelijaterveydenhuollossa taas YTHS:n järjestämistä kuuluville ryhmien kustannukset.

Jos samaa periaatetta noudatettaisiin yksityisessä terveydenhuollossa, siinä määrättyjen lääkkeiden ja tarvittujen matkojen korvattavuus riippuisi tällöin siitä, onko yksityinen hoito korvattavaa vai ei. Jos yksityisen terveydenhuollon hoito- ja tutkimuskorvauksista luovuttaisiin, tämä tarkoittaisi tällä mallilla myös lääke- ja matkakorvauksista luopumista silloin kun henkilö käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja.

Hyvinvointialueen asukkailla on kuitenkin täysi oikeus käyttää hyvinvointialueen järjestämiä perusterveydenhuollon palveluita myös silloin kun heillä on oikeus työterveyshuoltoon tai mahdollisuus käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Kun myös lääkehoito ja matkat tulisivat hyvinvointialueiden vastuulle, ei ole estettä säätää asiasta siten, että hyvinvointialueet korvaavat myös yksityisen terveydenhuollon matkat ja siinä määrätty lääkkeet. Tällöin hyvinvointialueella olisi kokonaisvastuu asukkaidensa terveydenhuollosta, ml. mahdollisuudesta käyttää liikennevälineitä terveydenhuoltoon pääsemiseksi sekä käyttää terveydenhuollossa määrättyjä lääkkeitä, eikä vastuu matkojen ja lääkkeiden osalta poistuisi sillä, että palveluun oikeutettu henkilö käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluja. Toisaalta hyvinvointialue ei olisi vastuussa lääkkeistä tai matkoista silloin kun vastuu julkisen palvelun järjestämisestä olisi työ- tai opiskelijaterveydenhuollolla.

Korvauskäytäntöjen yhtenäistäminen kytkeytyy paitsi rahoituksen monikanavaisuuden purkuun, myös siihen liittyvään tarpeeseen yhdistää terveydenhuollon maksukatot. Nykyjärjestelmässä asiakasmaksujen, matkojen ja lääkkeiden maksukatot ovat osin erillisiä palvelun, matkojen ja lääkkeiden erilaisen rahoituksen seurauksena. Maksukattojen erillisyyttä taas johtaa siihen, että kokonaisomavastuu voi nousta hyvinkin korkeaksi, jos yksilö saavuttaa maksukattona kaikilla kolmella osa-alueella. Toisaalta taloudellisesti ja terveydellisesti samassa asemassa olevien henkilöiden kohtelu vaihtelee sen mukaan, miten heidän hoitonsa edellyttää lääkkeitä, matkoja ja asiakaskäyntejä. Asiakkaalla, jonka menot jakautuvat tasaisemmin näihin kolmeen luokkaan, maksukattona saavuttaminen kestää kauemmin kuin jos vain yhden osa-alueen kustannukset olisivat korkeat. Rahoituksen monikanavaisuuden purkamisen yhteydessä monet tekniset esteet maksukattojen yhdistämiselle poistuvat, kun rahoitusvastuu palveluista, lääkkeistä ja matkoista keskitetään hyvinvointialueille. Maksukattojen yhdistäminen on erityisen perusteltua ja mahdollista kun puretaan esim. se nykyinen, lähinnä rahoitusjärjestelmästä kumpuava tilanne, että laitos- ja avohoidon lääkkeiden korvaukset eroavat toisistaan, jolloin potilaan taloudelliseen asemaan voi vaikuttaa olennaisesti sekin, määrätäänkö lääkitys hänelle kotiin vai annostellaanko se terveydenhuollon yksikössä.

SOSTE esittää valmistelun käynnistämistä asiakasmaksujen sekä lääke- ja matkakustannusten maksukattojen yhdistämiseksi. Asiakasmaksujen maksukatto,

matkakatto ja lääkekatto tulisi yhdistää yhdeksi maksukatoksi, jonka taso tulisi kytkeä takuueläkkeen tasoon, joka vuonna 2021 on 837,59 euroa. Ehdotuksen mukaan erilliset maksukatot säilyisivät ja niitä seurattaisiin jatkossakin. Kunkin erillisen maksukaton täytyessä asiakas ei maksaisi kyseistä palvelu-, matka- tai lääkekohtaista maksua. Kun palveluista, matkoista ja lääkkeistä perityt maksut ylittävät maksukaton, ne olisivat tämän jälkeen maksuttomia.

SOSTE yhtyy valmisteluryhmän käsitykseen, että nykyiseen lääkekorvausjärjestelmään sisältyviä kokonaisuuksia tulisi jatkossakin säädellä ja toteuttaa yhdenmukaisesti kansallisella tasolla riippumatta mallista. Tällaisia asioita olisivat: korvausjärjestelmän rakenne mukaan lukien lääkkeiden käyttäjiltä lääkkeistä perittävät omavastuuosuudet, lääkkeiden korvattavuuden ja hintasääntelyn periaatteet, lääkkeiden hinnoitteluperiaatteet, korvausjärjestelmän toimeenpano, lääkkeiden suorakorvausmenettely, lääkkeiden jakelu sekä kansalliset tietojärjestelmät (mukaan lukien tietovarannot). Tämä edellyttää Fimean, Palkon ja Hilan roolien säilymistä pitkälti nykyisen kaltaisina.

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

SOSTE pitää perustelluimpana vaihtoehtoa B, jossa hyvinvointialueille tulisi sekä rahoitus- että järjestämisvastuu. Tärkeää on myös varmistaa, että hyvinvointialueille tulee rahoitusvastuu kaikista lääkkeistä, ei vain julkisessa terveydenhuollossa käytetyistä ja määrätystä lääkkeistä.

Muuta

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

SOSTE katsoo, että monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä on tärkeää turvata keskeisten sidosryhmien asiantuntijaedustus parlamentaarisisessa työryhmässä sekä järjestöjen laaja kuuleminen.

SOSTE pitää tärkeänä, että purettaessa rahoituksen monikanavaisuus kaikkien po. korvausten osalta kansalaisten asema hyvinvointialueittain ei pääse eriytymään. Tämä edellyttää, että palveluihin pääsy sekä matkojen ja lääkkeiden korvaaminen tapahtuu yhtenäisin perustein ja käytännöin koko maassa. Se, miten tämä yhdenmukaisuus varmistetaan, riippuu hieman siitä, onko kyse kuntoutuksesta, lääkekorvauksista vai matkakorvauksista.

SOSTE katsoo, että soteuudistuksen ja monikanavarahoituksen keskeinen perusta on toimintojen kokoaminen yhdelle järjestäjälle ja toiminnan rahoittaminen

yleiskatteellisesti, jolloin hyvinvointialueella on mahdollisuus järjestää toimintansa omalla alueellaan tehokkaalla tavalla.

Koska tavoitteena on toiminnallinen tehokkuus, ei vain kustannusten pitäminen pieninä, on toimintavapauden rinnalla välttämätöntä säätää kattavasti siitä, miten pääsyn palveluihin tulee toteutua ja mitä oikeussuojakeinoja kansalaisella on käytettävissään. Mm. hoito-, terapia- ja kuntoutustakuulla sekä säätämällä subjektiivisista oikeuksista voidaan kansalaiselle antaa oikeudet, joihin pääsystä hyvinvointialueet ovat vastuussa. Riittävän vahvoilla oikeussuojakeinoilla turvatut oikeudet sosiaali- ja terveydenhuoltoon ovat välttämätön keino kansalaisten lainmukaisten ja tosiasiallisten oikeuksien eriytymisen estämiseksi.

Yleisesti terveydenhuollossa katsotaan olevan kyse tosiasiallisesta hallintotoiminnasta, jossa ei tehdä muutoksenhakukelpoisia hallintopäätöksiä. Terveydenhuollossa tehdään kuitenkin monenlaisia yksilön etuihin, oikeuksiin ja velvollisuuksiin vaikuttavia päätöksiä, kuten päätös sairaanhoidon antamisesta. (Mäenpää 2018 s. 509; Mäenpää 2017 s. 308). Perustuslakivaliokunta on perustellut muutoksenhakumahdollisuuden puuttumista sillä, että toimenpide on luonteeltaan sellainen, että se on pantava viivytyksettä täytäntöön tai, että sitä edeltänyttä oikeustilaa ei voida enää muutoksenhakuteitse palauttaa.⁶ PeV on kuitenkin myös todennut, että ”Valinnanvapauslain perusteluiden (s. 355) mukaan terveydenhuollon hoitopäätöksissä on katsottu olevan kyse tosiasiallisesta hallintotoiminnasta. Tällainen maininta on perustuslakivaliokunnan mielestä ehdottomuudessaan kaavamainen eikä anna aivan oikeaa kuvaa oikeuskäytännössä omaksutusta tulkinnasta.”⁷ Ei ole selvää, miltä osin näitä päätöksiä tulisi pitää hallintopäätöksinä, joilla päätetään yksikön oikeuksista tai velvollisuuksista. On myös huomattava, että vaikka edeltänyttä oikeustilaa ei voitaisi muutoksenhakuteitse palauttaa, voidaan jälkikäteisiä oikeussuojakeinoja käyttää kansalaisen kompensoimiseen mahdollisista oikeusloukkauksista.

Hyvinvointialueille siirrettävien toimintojen osalta vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja psykoterapia on säilytettävä subjektiivisina oikeuksina ja niiden saamiseen liittyvien oikeussuojakeinojen on säilyttävä nykyisellä tasolla. SOSTE katsoo, että vaativan lääkinnällisen kuntoutuksen ja psykoterapian siirto hyvinvointialueiden järjestämisvastuulle tekee paitsi mahdolliseksi, myös välttämättömäksi tarkastella kokonaisuutena terveydenhuollon oikeussuojakeinoihin liittyviä kysymyksiä ja vahvistaa mm. kansalaisten käytössä olevia jälkikäteisiä oikeussuojakeinoja. Pitkäaikaisesti liian niukka sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on johtanut hoitoon pääsyn säännöstelyyn tavalla, jossa kansaisilla ei ole tosiasiasiallista pääsyä heille kuuluviin palveluihin. Ilman kansalaisten oikeuksia koskevien säännösten tarkentamista ja oikeussuojakeinojen vahvistamista tilanteen voidaan odottaa pahenevan.

⁶ PeVL 5/2006 vp s. 7/II, PeVL 24/2001 vp s. 5/II

⁷ PeVL 15/2018 vp, s. 8.

SOSTE katsoo, että matkojen ja lääkkeiden korvaaminen tulisi järjestää osana hoidon kokonaisuutta ja niiden kuulua saman rahoitusjärjestelmän piiriin. Käytännössä tämä tarkoittaa matkojen ja lääkkeiden yhdistämistä järjestämisvastuuseen paitsi hyvinvointialueiden järjestämisvastuulla olevassa sosiaali- ja terveydenhuollossa, myös työ- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Yksityisen terveydenhuollon osalta ratkaisevaa on, mitä yksityisten terveystalvelujen korvattavuudesta päätetään.

Valtakunnallisen yhdenmukaisuuden edellytyksestä seuraa, että erityisesti asiakasrajapinnan kohtaavien korvausten osalta tarvitaan valtakunnallinen tietojärjestelmä ja käyttöliittymä, jottei jokainen hyvinvointialue joudu rakentamaan itselleen omaa järjestelmää. Käytännössä matkakorvausten maksatus on vastaisuudessakin perusteltua järjestää Kelan kautta. Kelalla on myös perusteltua olla vahva rooli kuntoutuksen palvelukuvausten laadinnassa, palvelujen viitehintojen määrittelyssä, palvelutuottajien validoinnissa ja valinnassa, kuntoutuksen tutkimuksessa ja tilastoinnissa sekä asiakasrajapinnassa. Vastaavasti lääkehuollon osalta tarvitaan yhä kattavaa valtakunnallista sääntelyä, mikä edellyttää Fimean, Palkon ja Hilan roolien säilymistä pitkälti nykyisen kaltaisina.