

Regeringens proposition till riksdagen med förslag till lag om ändring av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL

I denna proposition föreslås det att lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner ändras. Bestämmelserna om förutsättningarna för beviljande av medicinsk rehabilitering för gravt handikappade ändras enligt förslaget så att rehabiliteringen inte längre är bunden till handikappförmåner. Enligt förslaget är grunderna för beviljande av rehabilitering sjukdom eller kroppsskada, aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar som hänför sig till sjukdomen eller kroppsskadan, betydande svårigheter att klara av

vardagssysslor och vara delaktig samt ett motiverat rehabiliteringsbehov. Vid bedömningen av rehabiliteringsbehovet beaktas på ett övergripande sätt de faktorer som påverkar personens funktionsförmåga. I bestämmelserna om medicinska rehabiliteringstjänster för gravt handikappade föreslås ändringar i syfte att utveckla innehållet i rehabiliteringen. Enligt förslaget ändras namnet på medicinsk rehabilitering för gravt handikappade till krävande medicinsk rehabilitering.

Lagen avses träda i kraft den 1 januari 2016.

INNEHÅLL

PROPOSITIONENS HUVUDSAKLIGA INNEHÅLL	1
INNEHÅLL	2
ALLMÅN MOTIVERING	3
1 NULÄGE	3
1.1 Lagstiftning och praxis.....	3
1.2 Bedömning av nuläget	4
2 MÅLSÄTTNING OCH DE VIKTIGASTE FÖRSLAGEN	6
2.1 Målsättning.....	6
2.2 De viktigaste förslagen.....	7
3 PROPOSITIONENS KONSEKVENSER	7
3.1 Ekonomiska konsekvenser	7
3.2 Konsekvenser för myndigheterna	9
3.3 Samhälleliga konsekvenser	9
4 BEREDNING AV PROPOSITIONEN.....	9
DETALJMOTIVERING	11
1 LAGFÖRSLAG	11
2 IKRAFTTRÄDANDE	15
LAGFÖRSLAG	16
Lag om ändring av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	16
BILAGA	19
PARALLELLEXT	19
Lag om ändring av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner	19

ALLMÄN MOTIVERING

1 Nuläge

1.1 Lagstiftning och praxis

Folkpensionsanstalten ordnar medicinsk rehabilitering för gravt handikappade med stöd av 9 § i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (*rehabiliteringslagen*; 566/2005). Den medicinska rehabilitering som ordnas av den offentliga hälso- och sjukvården kompletteras av medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten.

Enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen (1326/2010) ska kommunen ordna medicinsk rehabilitering för sina invånare i anslutning till sjukvård av patienter. Medicinsk rehabilitering omfattar rådgivning och handledning som gäller rehabilitering, utredning av patientens funktions- och arbetsförmåga och rehabiliteringsbehov, rehabiliteringsundersökning genom vilken patientens rehabiliteringsmöjligheter utreds, terapier som ska förbättra och upprätthålla funktionsförmågan samt andra behövliga rehabiliteringsfrämjande åtgärder, hjälpmedelstjänster, anpassningsträning samt rehabiliteringsperioder inom sluten eller öppen vård som består av de ovannämnda behövliga åtgärderna.

Kommunen ansvarar för planeringen av patientens medicinska rehabilitering så att rehabiliteringen bildar en funktionell helhet tillsammans med den vård som behövs. Patientens behov av medicinsk rehabilitering samt rehabiliteringens mål och innehåll ska anges i en individuell, skriftlig rehabiliteringsplan. Kommunen ansvarar dessutom för styrning och övervakning av rehabiliteringstjänsten och utser vid behov en kontaktperson för patienten.

Enligt 29 § i hälso- och sjukvårdslagen är kommunen inte skyldig att ordna medicinsk rehabilitering om det med stöd av 9 § i rehabiliteringslagen är Folkpensionsanstalten som ska ordna rehabiliteringen. Kommunen ska emellertid ordna den medicinska rehabilitering som anges i rehabiliteringsplanen när

det inte tydligt går att påvisa vem som ansvarar för ordnandet av och kostnaderna för rehabiliteringen. Om det ändå hör till Folkpensionsanstalten att ordna och bekosta rehabiliteringen ska den ersätta kommunen för rehabiliteringskostnaderna.

I 9 § i rehabiliteringslagen föreskrivs om sådan medicinsk rehabilitering för gravt handikappade som Folkpensionsanstalten ordnar. En gravt handikappad person under 65 år som inte är i offentlig slutenvård har för tryggande eller förbättring av arbets- eller funktionsförmågan rätt till behövlig medicinsk rehabilitering. Då medicinsk rehabilitering ordnas anses personen vara gravt handikappad om han eller hon har ett allmänt medicinskt och funktionellt men som orsakas av en sjukdom, ett lyte eller en kroppsskada och som kräver rehabilitering i minst ett år och detta men är så stort att det medför betydande svårigheter eller ansträngningar för honom eller henne att klara sina dagliga funktioner i hemmet, skolan och arbetslivet samt i andra livssituationer utanför offentlig slutenvård.

Dessutom förutsätter den medicinska rehabiliteringen för gravt handikappade som ordnas av Folkpensionsanstalten att personen enligt 2 kap. i lagen om handikappförmåner (570/2007) får handikappbidrag med förhöjt eller högsta belopp för personer under 16 år, handikappbidrag med förhöjt eller högsta belopp för personer över 16 år, vårdbidrag med förhöjt eller högsta belopp för pensionstagare eller handikappbidrag med högsta belopp för personer över 16 år för den tid sjukpensionen är vilande.

Folkpensionsanstalten har inte i uppgift att ordna medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvård eller medicinsk rehabilitering för gravt handikappade för personer som får vård eller rehabilitering i form av offentlig slutenvård eller motsvarande vård.

Medicinsk rehabilitering ska basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan. Planen upprättas vid den offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som svarar för vården av rehabiliteringsklienten i samråd med klienten eller

dennes anhöriga eller någon annan närstående för minst ett och högst tre år och sänds till Folkpensionsanstalten.

Enligt 10 § i rehabiliteringslagen ska Folkpensionsanstalten som medicinsk rehabilitering för en gravt handikappad ordna perioder av rehabilitering och anpassningsträning som behövs för att trygga eller förbättra personens arbets- eller funktionsförmåga. Rehabiliteringsperioderna ska vara intensiva och individuellt planerade och genomföras i anstalter eller inom öppen vård. Rehabiliteringen ska vara förenlig med god rehabiliteringspraxis och vara baserad på särskild sakkunskap och specialkompetens.

En anhörig eller en annan närstående person till rehabiliteringsklienten kan delta i anpassningsträning eller familjerehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten, om detta behövs för att nå de mål som har ställts upp för rehabiliteringsklientens arbets- och funktionsförmåga. Dessutom kan Folkpensionsanstalten ordna handlednings- och stödbesök för en anhörig eller en annan närstående person som behövs i samband med rehabiliteringsperioder för barn i öppen vård. Behovet av att en anhörig eller en annan närstående person deltar ska motiveras i rehabiliteringsplanen.

En rehabiliteringsklient och en anhörig eller annan närstående som deltar i rehabilitering får ersättning för behövliga och skäligena resekostnader i samband med rehabiliteringen enligt vad som föreskrivs i 4 kap. i sjukförsäkringslagen (1224/2004). Resekostnader för besök hos en rehabiliteringsklient kan ersättas, om besöket är behövligt med tanke på klientens hälsotillstånd eller om det annars är oskäligt tungt för klienten att resa till serviceproducenten.

År 2013 fick 22 943 personer sådan medicinsk rehabilitering för gravt handikappade som ordnas av Folkpensionsanstalten. Av dessa personer var 13 325 män och 9 618 kvinnor. 10 333 personer var under 16 år och 12 610 personer mellan 16 och 64 år. År 2013 såg de olika sjukdomsgruppernas andelar ut på följande sätt: psykiska sjukdomar och syndrom samt beteendestörningar 39,6 %, sjukdomar i nervsystemet 26,7 %, medfödda missbildningar och kromosomavvikelser 11,4 %, cirkulationsorganens sjuk-

domar 7,3 %, sjukdomar i stöd- och rörelseorganen 4,7 %, samt andra sjukdomsgrupper 10,2 %.

Kostnaderna för rehabiliteringstjänsterna för medicinsk rehabilitering för gravt handikappade var år 2013 sammanlagt 148 260 021 euro och de genomsnittliga kostnaderna per rehabiliteringsklient var 6 462 euro. 34 396 rehabiliteringsåtgärder bekostades. Rehabiliteringsåtgärderna fördelades på följande sätt: 14 493 personer fick fysioterapi, 6 651 personer fick talterapi, 5 894 personer fick ergoterapi, 3 010 personer deltog i individuella rehabiliteringsperioder, 1 598 personer fick musikterapi, 1 399 personer deltog i kurser för en specifik sjukdomsgrupp, 786 personer fick psykoterapi, 375 personer fick neuropsykologisk rehabilitering, 158 personer fick multiprofessionell terapi och 23 personer deltog i andra åtgärder. En del av rehabiliteringsklienterna deltog i flera åtgärder.

1.2 Bedömning av nuläget

År 1991 genomfördes en totalreform av rehabiliteringslagstiftningen (RP 259/1990 rd). I samband med totalreformen stiftades lagen om rehabilitering som ordnas av folkpensionsanstalten (610/1991) och utfärdades förordningen om rehabilitering som ordnas av folkpensionsanstalten (1161/1991). Ansvaret för att ordna sådan medicinsk rehabilitering för gravt handikappade som den försäkrade har en subjektiv rätt till då förutsättningarna för beviljande uppfylls lades på Folkpensionsanstalten. Det blev Folkpensionsanstaltens skyldighet att ordna sådana långvariga eller krävande rehabiliteringsperioder inom den slutna eller öppna vården som behövs för att trygga eller förbättra personens arbets- eller funktionsförmåga och som inte är i omedelbar anslutning till sjukvården. Denna ändring innebar att det fanns ett behov att på ett precist sätt i lagstiftningen fastställa förutsättningarna för beviljande av rehabilitering, och då föreskrevs det att en förutsättning för att medicinsk rehabilitering för gravt handikappade ska kunna beviljas är att personen får handikapp- eller vårdbidrag med mellersta eller högsta belopp.

År 2005 överfördes bestämmelserna om kopplingen till handikappförmåner till rehabiliteringslagen och enligt förarbetena till lagen (RP 3/2005 rd) motsvarar 9 § i lagen till sitt innehåll tidigare bestämmelser och tillämpningspraxis.

För att få medicinsk rehabilitering för gravt handikappade ska personen uppfylla kraven för beviljande av det förhöjda eller högsta beloppet av handikapp- eller vårdbidrag. Avsikten med, behovet av och målsättningarna för rehabiliteringen sammanfaller dock inte med behovet av handikappförmåner. Då beslut om rätt till handikappförmåner fattas, utreds inte personens rehabiliteringsbehov. Beslut om handikappförmåner och ändringar i dessa beslut påverkar beviljandet av rehabiliteringen av orsaker som inte fokuserar på rehabiliteringsbehovet. Den tid som går åt till att fatta beslut om handikappförmåner och eventuellt ändringssökande gör det svårare att genomföra rehabiliteringen i rätt tid, vilket leder till att den effekt som rehabiliteringen har minskar. En del av besluten om handikappförmåner fattas för viss tid, vilket innebär att besluten kan påverka ordnandet av rehabilitering.

Då en ung person fyller 16 år ändras dennes handikappförmån från handikappbidrag för personer under 16 år till handikappbidrag för personer över 16 år och då en person börjar få sjukpension blir dennes handikappförmån vårdbidrag för pensionstagare. Enligt lagen om handikappförmåner skiljer sig förutsättningarna för beviljande av de olika handikappförmånerna från varandra. Då förmånen blir en annan på grund av ålder eller förändringar i livssituation är det möjligt att förmånen sjunker till grundnivån, vilket leder till att rätten till medicinsk rehabilitering för gravt handikappade upphör fastän funktionsförmågan inte förbättrats. Även i fall då handikappförmånen sänks till grundnivån i samband med justering av förmånen eller om personen inte längre har rätt till handikappförmånen, upphör rätten till medicinsk rehabilitering för gravt handikappade.

I de ovannämnda situationerna övergår ansvaret för att ordna rehabilitering på den offentliga hälso- och sjukvården mitt i rehabiliteringsprocessen vilket äventyrar rehabiliteringens kontinuitet och leder till avbrott i re-

habiliteringen. Övergången av ansvaret att ordna rehabilitering kan i vissa fall leda till att tjänsterna är otillräckliga eller att rehabiliteringen upphör oberoende av personens funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov. Detta kan inte anses vara ändamålsenligt.

I synnerhet för unga som behöver krävande medicinsk rehabilitering uppstår det situationer där rehabiliteringsprocessen avbryts eller där rehabiliteringen upphör då personen fyller 16 år. Denna förändring sammanfaller i unga personers utveckling med självständighetsprocessen efter grundskolan och kan göra det svårare för den unga att klara av vardagen, studera och sysselsätta sig i framtiden, vilket ökar risken för utslagning.

Genom medicinsk rehabilitering stöds rehabiliteringsklientens möjligheter att självständigt klara av situationer i vardagslivet samt till fullvärdig aktivitet och delaktighet. Genom medicinsk rehabilitering kan man därmed också främja möjligheterna för en rehabiliteringsklient i arbetsför ålder att sysselsätta sig. Medicinsk rehabilitering för gravt handikappade gäller i huvudsak personer under 16 år och personer över 16 år som inte är i arbetslivet. Av rehabiliteringsklienterna arbetade 3 % och studerade 5 % år 2013. 36 % av klienterna fick sjukpension. På grund av att rehabiliteringen är bunden till handikappförmåner är det oftast inte möjligt att bevilja medicinsk rehabilitering för gravt handikappade i ett tillräckligt tidigt skede med tanke på tryggnad och förbättrande av personens arbets- och studieförmåga. Genom rehabilitering kan man därmed inte i tillräcklig utsträckning stödja sysselsättningen och fortsatt arbete för partiellt arbetsföra personer.

Med stöd av statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram tillsatte social- och hälsovårdsministeriet den 11 april 2012 en arbetsgrupp för att utvärdera behovet av ändringar i lagstiftning och tjänster för att främja sysselsättningen av partiellt arbetsföra (STM021:00/2012). Arbetsgruppen understödde förslaget att stryka bestämmelsen om att rehabiliteringen är bunden till handikappförmåner (Programmet Partiellt arbetsföra med i arbetslivet. Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:37, på finska). Arbetsgruppen konstaterade

rade att detta förutsätter att man i lagstiftningen fastställer en ersättande bedömningsgrund. Arbetsgruppen ansåg dessutom att det i samband med ändringen vore motiverat att precisera förutsättningarna för rehabiliteringen både i fråga om att inleda rehabiliteringen i ett tidigare skede och i fråga om de målsättningar som ställs upp för rehabiliteringsklientens arbets- och funktionsförmåga.

Under åren 2007—2013 genomfördes Folkpensionsanstaltens utvecklingsprojekt för rehabilitering för gravt handikappade (*Vake-projektet*) genom omfattande forskningssamarbete. Genom Vake-projektet undersöktes bland annat effekterna av rehabilitering för personer som lidit av störningar i hjärnans blodcirkulation, personer som insjuknat i ms och personer som har en cp-skada. Undersökningen visar att rehabiliteringen ska vara behövlig och rättidig för att vara effektiv. På grund av att rehabiliteringen är bunden till handikappförmåner är det inte möjligt att inleda rehabiliteringen för personer med svåra och progressiva sjukdomar i rätt tid, utan man är tvungen att vänta på att personens tillstånd försämrats så pass mycket att denne får rätt till en handikappförmån med minst ett förhöjt belopp. I detta skede har personen ofta redan blivit arbetsoförmögen.

Till exempel för personer som insjuknat i ms kan rehabilitering i allmänhet beviljas först då personens sjukdom är långt framskriden, vilket minskar den effekt som rehabiliteringen har. År 2010—2012 genomförde Folkpensionsanstalten ett utvecklingsprojekt om personer som insjuknat i ms. Genom projektet rehabiliterades också personer som inte uppfyllde kraven för beviljande av medicinsk rehabilitering för gravt handikappade. Undersökningen visade att dessa personer drog ännu mer nytta av en tidig rehabilitering än personer som är berättigade till medicinsk rehabilitering för gravt handikappade. Genom en tidigare rehabilitering kan man sannolikt skjuta upp tidpunkten då personer som insjuknat i ms börjar få sjukpension.

Till exempel barn med störningar i tal- och språkutvecklingen har ofta inte rätt till handikappbidrag till minst ett förhöjt belopp, vilket innebär att de inte får sådan medicinsk rehabilitering för gravt handikappade som

ordnas av Folkpensionsanstalten. Undersökningar visar att om rehabiliteringen inleds i ett tidigare skede vid störningar i tal- och språkutvecklingen hos barn, kan accessoriska sjukdomar som ångest och depression förebyggas. Om rehabiliteringen inleds i ett allt tidigare skede minskar därmed risken att barn och unga presterar sämre och att de blir utslagna.

Största delen av de unga som får sjukpension har diagnostiserats med någon psykisk störning eller beteendestörning såsom intellektuell funktionsnedsättning, störning av den mentala utvecklingen, affektiv störning eller psykosjukdom. Andra centrala sjukdomshuvudgrupper för personer som får sjukpension är medfödda missbildningar och kromosomavvikelser samt sjukdomar i nervsystemet. Svårighetsgraden för dessa sjukdomar varierar från lindrig till svår. Vake-projektet visar att identifieringen och utredningen av i synnerhet symtom som inte hänför sig till rörelseförmågan i enlighet med de gällande förutsättningarna för medicinsk rehabilitering för gravt handikappade har varit bristfälliga med tanke på ordnande av rättidig rehabilitering.

2 Målsättning och de viktigaste förslagen

2.1 Målsättning

Enligt statsminister Alexander Stubbs regeringsprogram ska förutsättningarna för unga, partiellt arbetsföra och personer med funktionsnedsättning som riskerar att bli utslagna förbättras och de unga som har det allra svårast ska stödjas genom rehabiliteringstjänster som riktas till unga. Statsminister Jyrki Katainens regeringsprogram för valperioden 2011—2015 och dess målsättningar är ännu i kraft. Enligt programmet kommer de partiellt arbetsföras och de svårssysselsattas möjligheter att få rehabilitering att förbättras. För att rehabiliteringen ska lyckas bättre säkerställs att den sätts in vid rätt tidpunkt och så fort som möjligt. Arbetsfördelningen inom den medicinska rehabiliteringen och samarbetet mellan den specialiserade sjukvården, primärvården och Folkpensionsanstalten görs tydligare.

Avsikten med propositionen är att främja inledande av sådan medicinsk rehabilitering som Folkpensionsanstalten har ansvar att ordna i rätt tid och i ett tillräckligt tidigt skede med beaktande av personens rehabiliteringsbehov och målsättningarna för rehabiliteringen. Avsikten är att förebygga att ansvaret för att ordna medicinsk rehabilitering i onödan övergår från Folkpensionsanstalten till den offentliga hälso- och sjukvården och att trygga att rehabiliteringsprocessen är kontinuerlig och att den inte avbryts. Dessutom är avsikten att främja utvecklande av medicinska rehabiliteringstjänster och verksamhetsmodeller som är effektivare än tidigare och förenliga med god rehabiliteringspraxis samt främja den medicinska rehabiliteringens effektivitet som en helhet.

Avsikten med propositionen är att på ett allt effektivare sätt stödja och förbättra rehabiliteringsklientens arbets-, studie- och funktionsförmåga genom medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten och därmed främja möjligheterna för partiellt arbetsföra att sysselsätta sig och fortsätta arbeta i enlighet med programmet Partiellt arbetsföra med i arbetslivet samt stödja genomförandet av ungdomsgarantin.

2.2 De viktigaste förslagen

I propositionen föreslås det att förutsättningarna för beviljande av sådan medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten ändras i rehabiliteringslagen. Det föreslås att rehabiliteringen inte längre ska vara bunden till handikappförmåner. Rätten till medicinsk rehabilitering förutsätter inte längre att personen med stöd av lagen om handikappförmåner får en handikappförmån med minst ett förhöjt belopp.

Det föreslås att förutsättningarna för beviljande av medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten fastställs på nytt. Då personens rätt till medicinsk rehabilitering utreds ska man ta i beaktande personens sjukdom eller kroppsskada, aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar som hänför sig till sjukdomen eller kroppsskadan, hur personen klarar av och kan delta i arbete, studier eller andra vardagssysslor, betydande svårigheter i att klara av och delta

i dessa funktioner, ett motiverat rehabiliteringsbehov samt faktorer som påverkar personens funktionsförmåga som en helhet. Rehabiliteringen ska även i framtiden basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan som upprättas inom den offentliga hälso- och sjukvården och basera sig på ett rehabiliteringsbehov som varar i minst ett år.

I propositionen föreslås det att rehabiliteringslagens bestämmelser om medicinska rehabiliteringstjänster ändras. Medicinsk rehabilitering ska även i framtiden vara förenlig med god rehabiliteringspraxis och basera sig på särskild sakkunskap. I de föreslagna bestämmelserna föreskrivs det om medicinska rehabiliteringstjänster som är förenliga med god rehabiliteringspraxis, sådant samarbete och sådan handledning som behövs för att målen för rehabiliteringen ska uppfyllas och genomförande av rehabiliteringen i rehabiliteringsklientens vardagsmiljö.

Det föreslås att namnet på sådan medicinsk rehabilitering som Folkpensionsanstalten ansvarar för att ordna ändras från medicinsk rehabilitering för gravt handikappade till krävande medicinsk rehabilitering. Rätten till krävande medicinsk rehabilitering kan avgöras utan begreppet gravt handikappad.

Enligt propositionen kommer Folkpensionsanstalten inte heller i framtiden att ordna medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvård eller att som rehabilitering ordna sådan verksamhet som enbart har ett terapeutiskt syfte. Ansvaret för att ordna medicinsk rehabilitering för personer som fyllt 65 år och personer som vårdas i offentlig sluten vård eller får motsvarande vård kommer att kvarstå hos dem som ordnar offentlig hälso- och sjukvård.

3 Propositionens konsekvenser

3.1 Ekonomiska konsekvenser

Bestämmelser om finansiering av de utgifter som följer av rehabiliteringslagen finns i sjukförsäkringslagen. Utgifterna för rehabilitering finansieras genom den sjukvårdsförsäkring som ingår i sjukförsäkringen. Sjukvårdsförsäkringen finansieras med de medel som influtit från de försäkrade, d.v.s. lönta-

garna, företagen och förmånstagarna samt med statens andel.

Det uppskattas att de föreslagna lagändringarna under 2016 successivt kommer att öka antalet personer som får sådan medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten. Enligt uppskattningen kommer antalet rehabiliteringsklienter att öka med 3 850 personer under 2016. Det uppskattas att antalet nya rehabiliteringsklienter per år är 7 700 personer från och med 2017. Ökning i antalet rehabiliteringsklienter kommer att leda till att sjukvårdsförsäkringens utgifter för rehabilitering ökar.

Utvecklandet av allt mer effektiv rehabilitering som är förenlig med god rehabiliteringspraxis bromsar upp ökningen av rehabiliteringens utgifter. Rehabilitering som inleds i ett tidigare skede än för närvarande gör att rehabiliteringsklientens arbets- och funktionsförmåga kan förbättras med färre rehabiliteringstjänster, vilket sänker rehabiliteringsutgifterna per rehabiliteringsklient. Enligt propositionen kommer en del av de personer som för tillfället får medicinsk rehabilitering i form av rehabilitering enligt prövning med stöd av 12 § i rehabiliteringslagen att övergå till krävande medicinsk rehabilitering. Därmed kommer ökningen av rehabiliteringens utgifter också att bromsas upp genom att utgifterna för sådan rehabilitering enligt prövning som ordnas av Folkpensionsanstalten kommer att minska.

Det uppskattas att utgifterna för rehabilitering på årsnivå kommer att stiga med 10,5 miljoner euro år 2016 och 21,3 miljoner euro från 2017 som en följd av de föreslagna lagändringarna. Statens andel av detta belopp är 4,7 miljoner euro år 2016 och 9,6 miljoner euro från 2017, då statens andel av finansieringen av sjukvårdsförsäkring är 44,9 %.

Som en följd av ökningen av antalet rehabiliteringsklienter kommer sjukvårdsförsäkringens utgifter för reseersättningar att på årsnivå stiga med cirka 3 miljoner euro år 2016 och cirka 6 miljoner euro från 2017. Statens andel av detta belopp är 1,3 miljoner euro år 2016 och 2,7 miljoner euro från 2017, då statens andel av finansieringen av sjukvårdsförsäkring är 44,9 %.

Genom att det blir möjligt att samordna resor för personer som får krävande medicinsk

rehabilitering minskar sjukvårdsförsäkringens utgifter för reseersättningar med 1 miljoner euro per år. Statens andel av denna besparing är 0,4 miljoner euro då statens andel av finansieringen av sjukvårdsförsäkring är 44,9 %.

Utgifter för rehabilitering och reseersättningar finansieras delvis genom de försäkrades sjukvårdspremier, vilka enligt uppskattning kommer att stiga med cirka 0,01 procentenheter i och med reformen.

Utgifter för rehabiliteringspenning finansieras genom den arbetsinkomstförsäkring som ingår i sjukförsäkring. I arbetsinkomstförsäkring finansieras de inkomstrelaterade förmånerna genom arbetstagarnas sjukförsäkringspremier samt de försäkrades, d.v.s. löntagarnas och företagarnas dagpenningsskatt. Förmåner som betalas med minimibelopp finansieras med statliga medel med undantag av sådana inkomstrelaterade förmåner som betalas med minimibelopp på grund av samordning. Inkomstrelaterade rehabiliteringspenningförmåner finansieras genom sjukförsäkringspremier och dagpenningsskatt.

De föreslagna ändringarna ökar på årsnivå utgifterna för rehabiliteringspenning med cirka 300 000 euro år 2016 och cirka 600 000 euro från 2017. År 2012 var andelen personer som fick rehabiliteringspenning med minimibelopp cirka 5 % av de personer som på basis av att de fick medicinsk rehabilitering för gravt handikappade fick rehabiliteringspenning. Enligt uppskattningen kommer cirka 10 % av de nya personer som börjar få krävande medicinsk rehabilitering att få rehabiliteringspenning med minimibelopp, vilket innebär att statens andel av ökningen av utgifterna för rehabiliteringspenning kommer att vara liten. Det uppskattas även att konsekvenserna för arbetsgivarnas sjukförsäkringsavgift samt den dagpenningsskatt som betalas av löntagare och företagare kommer att vara liten. Förutsättningarna för beviljande av rehabiliteringspenning för unga utreds separat för varje sökande oberoende av rätten till medicinsk rehabilitering, vilket innebär att de föreslagna lagändringarna inte har konsekvenser för kostnaderna för rehabiliteringspenning för unga.

Genom de föreslagna lagändringarna kommer kommunens ansvar för att ordna medicinsk rehabilitering inte att utvidgas. Propositionen har inga konsekvenser för den statsandel som betalas till kommunerna för ordnande av basservice.

3.2 Konsekvenser för myndigheterna

De föreslagna lagändringarna kommer att öka antalet rehabiliteringsansökningar som lämnas till Folkpensionsanstalten. Enligt propositionen kommer krävande medicinsk rehabilitering att omfatta även sådana personer som för tillfället inte har rätt till medicinsk rehabilitering för gravt handikappade, men som ändå har ett behov av krävande medicinsk rehabilitering. Dessutom kommer det att bli mer krävande att handlägga enskilda rehabiliteringsansökningar.

Å andra sidan är Folkpensionsanstalten för tillfället på grund av bundenheten till handikappförmåner tvungen att ändra rehabiliteringsbeslut om det skett förändringar i handikappförmånerna samt fatta rehabiliteringsbeslut som endast är i kraft en kortare tid. Propositionen innebär att ändringar i personens handikappförmåner inte längre leder till ett behov att ändra rehabiliteringsbeslutet eller avbryta rehabiliteringen. Längden på rehabiliteringen kan därmed fastställas i rehabiliteringsbeslutet på ett individuellt och ändamålsenligt sätt.

Dessutom beräknas bedömningen av rehabiliteringsbehovet och uppgörandet av rehabiliteringsplaner inom den offentliga hälso- och sjukvården bli mer krävande än för närvarande.

Förslaget förutsätter att Folkpensionsanstalten och den offentliga hälso- och sjukvården intensifierar sitt samarbete för utvecklande av god rehabiliteringspraxis tillsammans med andra aktörer. Dessutom krävs ett gott samarbete mellan Folkpensionsanstalten och den offentliga hälso- och sjukvården vid genomförande av god rehabiliteringspraxis samt utvecklande av innehållet i och kvaliteten på rehabiliteringsplaner.

3.3 Samhälleliga konsekvenser

Som en följd av de föreslagna lagändringarna kommer allt fler personer att få rätt till sådan krävande medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten. Det uppskattas att 3 850 nya personer kommer att få rätt till rehabilitering år 2016. Av dem är cirka 1 300 personer under 16 år och cirka 2 550 personer i åldern 16—64 år. Det uppskattas att 7 700 nya personer kommer att få rätt till rehabilitering år 2017, varav cirka 2 600 personer är under 16 år och cirka 5 100 personer i åldern 16—64 år. De föreslagna ändringarna stärker genomförandet av krävande medicinsk rehabilitering på ett jämlikt sätt.

Som en följd av att den medicinska rehabiliteringen inleds i rätt tid, rehabiliteringsprocessens kontinuitet ökar och innehållet i rehabiliteringen utvecklas, kommer rehabiliteringen att vara effektivare och mer resultatrik än vad den för tillfället är. De föreslagna ändringarna i ordnandet av medicinsk rehabilitering främjar rehabiliteringsklientens möjligheter att självständigt klara av vardagslivet, bo hemma, verka i samhället samt delta i studier och arbetsliv. Ändringarna förbättrar situationen i synnerhet för barn och unga i behov av krävande medicinsk rehabilitering samt personer som insjuknat i svåra, progressiva sjukdomar.

Det bedöms att de föreslagna ändringarna kommer att skjuta upp och förebygga att människor övergår till sjukpension och därmed stödja målet att få människor att fortsätta i arbetslivet. På lång sikt kan det uppskattas att propositionen leder till att utgifterna för pensionssystemet och social- och hälsovården minskar.

4 Beredning av propositionen

Propositionen grundar sig på de förslag som lades fram av den arbetsgrupp som utvärderat behovet av ändringar i lagstiftning och tjänster för att främja sysselsättningen av partiellt arbetsföra (STM021:00/2012) (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:37, på finska). Propositionen har beretts vid social- och hälsovårdsministeriet i samarbete med Folkpensionsanstalten. Propositionen har behandlats

vid delegationen för kommunal ekonomi och kommunalförvaltning.

Under beredningen har propositionen sänts på remiss till följande instanser: finansministeriet, Ålands landskapsregering, Folkpensionsanstalten, Institutet för hälsa och välfärd, Finlands Kommunförbund, rehabiliteringsenheterna i de olika sjukvårdsdistrikten, riksomfattande handikapprådet VANE, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Handikappforum rf, Kuntoutuksen toimialayhdistys ry, Suomen Fysioterapia- ja kuntoutusyriyksen FYSI ry, Suomen Fysioterapeutit — Finlands Fysioterapeuter SF-FF ry, Finlands Läkareförbund ry, Neuropsykologiska föreningen i Finland r.y., Suomen Psykologiliitto ry, Finlands Talterapeutförbund rf, Suomen Ratsastusterapeutit ry, Finlands Ergoterapeutförbund rf, Finlands Fackförbunds Centralorganisation FFC rf, Tjänstemannacentralorganisationen STTK rf, Akava ry, Finlands näringsliv rf och Företagarna i Finland rf. Dessutom har följande remissinstanser gett sitt utlåtande om propositionen: Finlands Svenska Handikappförbund rf, Hengitysliitto ry, Invalidförbundet rf, Muskelhandikappförbundet rf, SAMS — Samarbetsförbundet kring funktionshinder rf, Ryggmargsskadades förening Akson rf, Föreningen Finlands Dövblinda rf, Finlands MS-förbund rf, Finlands Hjärtförbund rf och Suomen Neurologinen Yhdistys — Neurologiska Föreningen i Finland r.y. Det har gjorts ett sammandrag av utlåtandena.

Remissinstanserna understödde att förutläggningarna för beviljande av medicinsk rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten ändras och att bestämmelserna om att rehabiliteringen är bunden till handikappförmåner stryks. Det bedömdes att de föreslagna ändringarna främjar att rehabiliteringen inleds vid rätt tidpunkt och riktas på ett ändamålsenligt sätt och att de förbättrar effekten och resultatet av rehabiliteringen. Remissinstanserna ansåg att förslaget utvecklar rehabiliteringen så att den bättre uppfyller individuella rehabiliteringsbehov. Remissinstanserna understödde att medicinsk rehabilitering för gravt handikappade ändras till krävande medicinsk rehabilitering.

I utlåtandena bedömdes att förslaget minskar antalet sådana klienter vilkas medicinska rehabilitering kommunen ansvarar för att ordna, eftersom antalet klienter som har rätt till krävande medicinsk rehabilitering som Folkpensionsanstalten ordnar kommer att öka. En del av remissinstanserna ansåg att förslaget ökar antalet rehabiliteringsplaner som ska göras upp inom den offentliga hälso- och sjukvården och de krav som ställs på rehabiliteringsplanerna. I utlåtandena konstaterades det att det i det skede då lagen verkställs måste ordnas tillräcklig utbildning och ges tillräckliga anvisningar.

Flera remissinstanser föreslog att den övre åldersgränsen för krävande medicinsk rehabilitering som Folkpensionsanstalten ordnar höjs från 65 till 68 år.

DETALJMOTIVERING

1 Lagförslag

2 §. Lagens tillämpningsområde. Det föreslås att 2 mom. ändras så att man i stället för medicinsk rehabilitering för gravt handikappade använder benämningen krävande medicinsk rehabilitering. Denna ändring är teknisk.

3 §. Förmåner och ersättningar. I 1 mom. föreskrivs om rehabiliteringsförmåner som Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter i enlighet med rehabiliteringslagen. Det föreslås att orden "för handikappade" stryks från 1 mom. 1 punkten. Folkpensionsanstalten ordnar enligt 6 § i rehabiliteringslagen yrkesinriktad rehabilitering, och benämningen yrkesinriktad rehabilitering för handikappade används inte längre. Förutsättningarna för beviljande och ordnande av yrkesinriktad rehabilitering ändras inte, utan det är fråga om teknisk ändring. Dessutom föreslås det att 1 mom. 2 punkten ändras så att man istället för medicinsk rehabilitering för gravt handikappade använder benämningen krävande medicinsk rehabilitering. Ändringen är teknisk.

9 §. Ordnande av krävande medicinsk rehabilitering. Det föreslås att paragrafens rubrik ändras. I paragrafen föreskrivs det om förutsättningarna för beviljande av sådan medicinsk rehabilitering som Folkpensionsanstalten ansvarar för att ordna. Det föreslås att paragrafen ändras helt.

Det föreslås att benämningen på rehabiliteringen ändras från medicinsk rehabilitering för gravt handikappade till krävande medicinsk rehabilitering. Begreppet gravt handikappad anses vara onödigt stämplande för rehabiliteringsklienten och namnet krävande medicinsk rehabilitering beskriver bättre innehållet i den medicinska rehabilitering som

Folkpensionsanstalten ordnar. Dessutom föreslås det betydande ändringar i förutsättningarna för beviljande av rehabilitering, vilket innebär att det blir möjligt att fatta beslut om rätten till rehabilitering utan att begreppet gravt handikappad behöver användas.

Det föreslås att kravet på att rehabiliteringsklienten enligt 2 kap. i lagen om handikappförmåner ska få en handikappförmån med förhöjt eller högsta belopp för att kunna beviljas medicinsk rehabilitering slopas från förutsättningarna för beviljande av rehabiliteringen. Som en följd av att rehabiliteringen inte längre är bunden till handikappförmåner kommer den krävande medicinska rehabiliteringen att öka rehabiliteringens effektivitet i och med att rehabiliteringen inriktas på ett ändamålsenligt sätt och inleds i rätt tid.

Som referensram och terminologisk utgångspunkt för den föreslagna paragrafen används den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, International Classification of Functioning, Disability and Health (*ICF-klassifikationen*), som godkänts av Världshälsoorganisationen WHO:s generalförsamling. I ICF-klassifikationen är funktionstillstånd ett överbegrepp som omfattar alla kroppsfunktioner och kroppsstrukturer samt aktivitet och delaktighet. Individens funktionstillstånd definieras utifrån individens medicinska hälsotillstånd och kontextuella faktorer, dvs. som ett resultat av hur de personliga faktorerna och omgivningsfaktorerna påverkar varandra. Delområdena aktivitet och delaktighet omfattar bland annat lärande och tillämpning av kunskap, kommunikation, förflyttning, personlig vård samt mellanmänskliga relationer.

Enligt 1 mom. ska rehabiliteringen vara förenlig med god rehabiliteringspraxis. En

god rehabiliteringspraxis baserar sig på vetenskapliga bevis om rehabiliteringens effektivitet som kompletteras av allmänt godkänd, vedertagen praxis inom Folkpensionsanstaltens och den offentliga hälso- och sjukvårdens rehabilitering och som baserar sig på erfarenhet. Rehabilitering som är förenlig med god rehabiliteringspraxis är funktionell, aktiv och ordnas på klientens villkor, samt har som utgångspunkt rehabiliteringsklientens behov gällande vardagssysslor och deltagande i dessa. För att utveckla god rehabiliteringspraxis samarbetar Folkpensionsanstalten på nationell nivå med den offentliga hälso- och sjukvården, handikapporganisationer, producenter av rehabiliteringstjänster och andra experter samt forskare.

Krävande medicinsk rehabilitering som är förenlig med god rehabiliteringspraxis ska grunda sig på specialkunskap och behövligt samarbete. I krävande medicinsk rehabilitering tas rehabiliteringsklientens fysiska, psykiska, sociala och kognitiva behov i beaktande. Avsikten med krävande medicinsk rehabilitering är att personens resurser kan tas i bruk så att rehabiliteringen möjliggör att personen kan klara av sitt arbete, sina studier eller andra vardagssysslor samt att vara delaktig. Avsikten med krävande medicinsk rehabilitering är att skapa förutsättningar för ett mer fullvärdigt liv för rehabiliteringsklienten. I krävande medicinsk rehabilitering ordnas enligt rehabiliteringsklientens behov multiprofessionellt samarbete med rehabiliteringsklientens närstående och andra aktörer som är av betydelse för klienten på så sätt att man i de dagliga funktionerna och vardagsmiljön kan agera på ett sätt som stöder rehabiliteringen. Krävande medicinsk rehabilitering ordnas på ett sätt som betonar rehabiliteringsklientens egen aktivitet samt handleder och förankrar de andra aktörerna i rehabiliteringen. Det samarbete som beskrivs ovan kan ordnas bland annat med daghemmet, skolan, arbetsplatsen och boendeservicen.

Enligt 1 mom. kommer den övre åldersgränsen på 65 år och begränsningen gällande personer i offentlig sluten vård att bevaras i förutsättningarna för beviljande av rehabilitering. Rehabilitering ordnas till utgången av den månad då den försäkrade fyller 65 år.

Det föreslås att förutsättningarna för beviljande av rehabilitering ändras i övrigt.

Enligt 1 mom. 1 punkten förutsätter rätten till krävande medicinsk rehabilitering att personen har en sjukdom eller kroppsskada som konstaterats på behörigt sätt samt en aktivitetsbegränsning eller delaktighetsinskränkning som orsakar ett rehabiliteringsbehov som varar i minst ett år. Vid utredningen av om förutsättningarna för krävande medicinsk rehabilitering uppfylls, ska man ur ett helhetsperspektiv undersöka rehabiliteringsklientens förmåga till aktivitet och delaktighet. Då sjukdomen eller kroppsskadan utreds, ska personens medicinska tillstånd tas i beaktande som en helhet. Detta motsvarar nuvarande tillämpningspraxis. I utredningen tas alltså i beaktande alla sjukdomar och kroppsskador som personen har samt de aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar som hänför sig till dessa.

I 1 mom. 2 punkten föreskrivs det enligt förslaget att den som ansöker om krävande medicinsk rehabilitering vid tiden för ansökan om rehabilitering ska ha en begränsning eller inskränkning som hänför sig till sjukdomen eller kroppsskadan och som medför betydande svårigheter i att klara av vardagssysslor och vara delaktig i hemmet, i studier, i arbetslivet eller i andra livssituationer utanför den offentliga slutna vården. Begränsningarna eller inskränkningarna kan gälla till exempel förflyttning, kommunikation, interaktion, psykiska funktioner, beteende, sinnesfunktioner, lärande och tillämpning av kunskap, eller personlig vård. Vid bedömningen av sjukdomen eller kroppsskadan och aktivitetsbegränsningen eller delaktighetsinskränkningarna i samband med den används kriterierna för bedömning av genomförande och kapacitetsbedömning enligt ICF-klassifikationen som vägledande referens. Kravet på betydande svårigheter som anges i förutsättningarna för beviljande kan ungefärligen jämföras med ett svårt problem enligt ICF:s bedömningsfaktorer. Begränsningar och inskränkningar av personens förmåga till aktivitet och delaktighet betraktas ur ett helhetsperspektiv. Ett enskilt, svårt problem som endast uppträder på ett begränsat område och som inte medför betydande svårigheter för personens förmåga till aktivitet och delaktig-

het, kan inte heller i framtiden utgöra ett tillräckligt skäl för krävande medicinsk rehabilitering. Till exempel en svår inskränkning av rörligheten i en led innebär inte nödvändigtvis att personen har betydande svårigheter att röra sig.

Enligt 1 mom. 3 punkten behövs rehabilitering om man på ett motiverat sätt kan förvänta sig att rehabiliteringen möjliggör att rehabiliteringsklienten kan klara av sitt arbete, sina studier eller sina andra vardagssysslor samt att vara delaktig.

I 2 mom. föreskrivs enligt förslaget om de faktorer som ska tas i beaktande vid utredningen av behovet av krävande medicinsk rehabilitering. Utöver det medicinska hälsotillståndet ska också kroppsstrukturer och kroppsfunktioner tas i beaktande, inklusive mentala funktioner, förmåga till aktivitet och delaktighet samt andra personliga faktorer och omgivningsfaktorer som hänför sig till rehabiliteringsklientens helhetssituation och som står i växelverkan med funktionsförmågan och funktionshindret, såsom utvecklingsfas, resurser, motivation samt familje- och boendeförhållanden. Därmed tas till exempel personens livsskede, ändringar i livssituationen och uppgifter som man med hjälp av rehabiliteringen kan klara av i beaktande vid utredningen av rehabiliteringsbehov. Vid utredningen beaktas tidigare rehabilitering och dess faktiska och förväntade effekter på personens förmåga till aktivitet och delaktighet.

Enligt 3 mom. ska Folkpensionsanstalten även i framtiden ordna sådan medicinsk rehabilitering som inte står i omedelbar anslutning till sjukvård. Rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten kan inledas när personens situation har stabiliserats genom omedelbar sjukvård och därtill anknyten rehabilitering så mycket att målsättningarna för och innehållet i rehabiliteringen kan planeras för minst ett år. Som för närvarande kommer Folkpensionsanstalten inte att som rehabilitering ordna verksamhet som enbart har ett terapeutiskt syfte. Till exempel enbart passiv rörelseterapi kan inte ersättas som krävande medicinsk rehabilitering. Om en rehabiliteringsklient som omfattas av krävande medicinsk rehabilitering har en sjukdom som framskrider till ett stadium där syftet med verksamheten enbart är att vårda klienten,

kan Folkpensionsanstalten fortsätta att ordna rehabilitering i tre månader efter att beslutet om att rehabiliteringen ska avbrytas fattats, så att ansvaret för att ordna rehabiliteringen på ett smidigt sätt kan övergå till den offentliga hälso- och sjukvården.

Enligt 4 mom. ska krävande medicinsk rehabilitering även i fortsättningen basera sig på en rehabiliteringsplan som upprättats i samråd med rehabiliteringsklienten vid den enhet som svarar för vården av klienten. Det föreslås att bestämmelsen preciseras på så sätt att rehabiliteringsklienten deltar i upprättandet av rehabiliteringsplanen även då planen upprättas i samråd med klientens anhöriga eller närstående. Rehabiliteringsplanen ska vara förenlig med god rehabiliteringspraxis.

Såsom för närvarande ska rehabiliteringsplanen göras upp av en multiprofessionell grupp till vilken hör en läkare. När det saknas en multiprofessionell grupp gör läkaren upp rehabiliteringsplanen. I rehabiliteringsplanen anges vilket slags rehabilitering som är motiverad med tanke på klientens förmåga till aktivitet och delaktighet. Rehabiliteringsplanen upprättas för minst ett år och högst tre år. Rehabiliteringsplanen förpliktar inte Folkpensionsanstalten att ordna medicinsk rehabilitering, utan den är en rekommendation som Folkpensionsanstalten kan använda vid sidan om andra tillgängliga uppgifter vid beslut om rehabilitering. Den enhet som svarar för vården är den offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som har ansvar för utredning av personens rehabiliteringsbehov, planering och uppföljning av rehabiliteringen samt för en kontinuerlig ändamålsenlig vård under rehabiliteringen. Om kommunen ordnar de tjänster som den ansvarar för att ordna genom att köpa tjänsterna av en privat tjänsteproducent, kan tjänsteproducenten upprätta rehabiliteringsplanen och be att kommunen godkänner planen. Kommunens godkännande krävs, eftersom kommunen enligt hälso- och sjukvårdslagen har en skyldighet att ordna medicinsk rehabilitering i enlighet med rehabiliteringsplanen om Folkpensionsanstalten inte ansvarar för ordnandet. En privat tjänsteproducent kan dock inte upprätta rehabiliteringsplanen i situationer då tjänsteproducenten både ansvarar för att upprätta reha-

biliteringsplanen och för att producera rehabiliteringstjänsterna inom ramen för rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten.

Rehabiliteringsplanens förenlighet med god rehabiliteringspraxis innebär att rehabiliteringsplanen baserar sig på det rehabiliteringsbehov och den uppföljning som rehabiliteringsklienten i samråd med den som ansvar för vården har gjort en utredning om samt sådana betydande, konkreta och uppnåbara mål som möjliggör att klienten har förmåga till aktivitet och delaktighet. Innehållet i rehabiliteringen bestäms genom rehabiliteringens målsättningar. Vid upprättande av rehabiliteringsplanen kan också de rekommendationer som anges i rekommendationerna för god medicinsk praxis tas i beaktande liksom riktlinjerna för god rehabiliteringspraxis inom de olika sjukdomsgrupperna.

10 §. Innehållet i krävande medicinsk rehabilitering. Det föreslås att paragrafens rubrik ändras. I paragrafen föreskrivs det om tjänster som Folkpensionsanstalten ordnar som medicinsk rehabilitering på basis av anstaltens skyldighet att ordna dessa tjänster. Det föreslås att paragrafens innehåll och terminologi ändras helt så att den utgår från den referensram som anges i den under 9 § beskrivna ICF-klassifikationen.

Enligt 1 mom. ska Folkpensionsanstalten ordna krävande medicinsk rehabilitering i form av terapi och multiprofessionella rehabiliteringstjänster. Terapin och de multiprofessionella rehabiliteringstjänsterna ska vara förenliga med god rehabiliteringspraxis samt basera sig på en rehabiliteringsplan som upprättats inom den offentliga hälso- och sjukvården. Sådan terapi som avses i bestämmelsen ordnas till exempel i form av fysioterapi, ergoterapi, neuropsykologisk rehabilitering, talterapi och psykoterapi. Terapi som genomförs som krävande medicinsk rehabilitering kan indelas i flera perioder, frekvensen av terapin kan variera, terapin kan alternera med någon annan terapi eller den kan bestå av handledande terapi som ordnas då och då i rehabiliteringsklientens vardagsomgivning. De multiprofessionella rehabiliteringstjänster som avses i bestämmelsen består av rehabilitering som genomförs inom den öppna eller slutna vården som intensiv rehabilitering som antingen ordnas individuellt eller i grupp-

form. Genomförandet av krävande medicinsk rehabilitering som är förenlig med god rehabiliteringspraxis förutsätter särskild sakkunskap och specialkompetens. Folkpensionsanstalten ansvarar endast för att ordna sådan rehabilitering som genomförs av utbildade personer som är förtrogna med rehabilitering.

Det är inte längre ändamålsenligt att i paragrafen ange hur länge rehabiliteringstjänsterna ska pågå. Utgångspunkten för rehabiliteringstjänsternas längd är en med god rehabiliteringspraxis förenlig individuell rehabiliteringsplan som upprättats för rehabiliteringsklienten och där det fastställs hurdan rehabiliteringen ska vara för att den ska räcka till för att uppnå de aktuella målsättningarna.

Avsikten är att i 2 mom. föreskriva om det samarbete som syftar till att målsättningarna för rehabiliteringen uppnås och att det ska ordnas med anhöriga och andra närstående till rehabiliteringsklienten samt med behövlig yrkespersonal och aktörer som är viktiga med tanke på klienten.

Bestämmelser om genomförande av terapi hemma hos rehabiliteringsklienten eller i klientens daghem, skola, arbetsplats eller någon annan vardagsmiljö som så kallade hembesök finns för närvarande i 15 § i rehabiliteringslagen, där det föreskrivs om resekostnader. Det föreslås att det föreskrivs om hembesök i 10 § 3 mom., eftersom hembesök är en väsentlig del av rehabiliteringen. Enligt 15 § 1 mom. i den gällande lagen är det möjligt att genomföra terapin som hembesök om det är motiverat med tanke på rehabiliteringsklientens hälsotillstånd eller för att resan är oskäligt tung för klienten. I praktiken har hembesök ordnats för att öka rehabiliteringens effektivitet och uppnå rehabiliteringens mål genom att rehabiliteringsklienten och aktörer som är av betydelse för klienten har getts handledning i rehabiliteringsklientens egen omgivning. På grund av detta föreslås det att det i 10 § 3 mom. också föreskrivs om hembesök som är behövliga för att målsättningarna för rehabiliteringen ska uppnås och för att rehabiliteringen ska vara effektiv. Hembesök ingår inte i all terapi.

Enligt 4 mom. ska rehabiliteringsklientens anhöriga och andra närstående samt behövliga yrkespersoner och aktörer delta i terapin i krävande medicinsk rehabilitering för att de

rutiner som övats vid rehabiliteringen ska kunna tillämpas i vardagen. Folkpensionsanstalten kan dessutom vid behov i samband med terapin ordna behövliga handledningsbesök för anhöriga eller andra närstående. Enligt 10 § 3 mom. i den gällande lagen ordnas handledningsbesök för närvarande för anhöriga och andra närstående till rehabiliteringsklienter som är under 18 år. Det föreslås att det i 10 § 4 mom. föreskrivs om att målgruppen utvidgas till rehabiliteringsklienter som är över 18 år. Handledningsbesök kan ordnas av särskilda skäl, om det behövs för att målen för rehabiliteringen ska uppnås. Ett särskilt skäl för att ordna handledningsbesök kan vara en situation där handledning av anhöriga eller andra närstående i samband med terapin inte är möjlig på grund av rehabiliteringsklientens sjukdom eller kroppsskada. Även andra aktörer som är av betydelse för rehabiliteringsklienten kan delta i ett handledningsbesök för anhöriga eller andra närstående. Behovet av handledningsbesök ska motiveras i rehabiliteringsplanen. Anhöriga eller andra närstående kan också delta i multiprofessionella rehabiliteringstjänster om det är motiverat med tanke på rehabiliteringsklientens rehabilitering och det ingår i rehabiliteringstjänsterna.

I paragrafen avses med anhöriga eller andra närstående nära anhöriga till rehabiliteringsklienten, till exempel klientens föräldrar, barn, syskon, make eller sambo. Med nära anhörig eller närstående till rehabiliteringsklienten avses endast en sådan person som de facto deltar i den dagliga omvårdnaden och vården av klienten. En personlig assistent kan inte delta som närstående till rehabiliteringsklienten i en multiprofessionell rehabiliteringstjänst, eftersom den multiprofessionella rehabiliteringstjänsten omfattar assistens enligt klientens behov.

11 §. Begränsning av rehabilitering i slutenvård. Det föreslås att 1 mom. ändras så att den motsvarar terminologin gällande krävande

de medicinsk rehabilitering. Denna ändring är teknisk.

15 §. Resekostnader. I paragrafen föreskrivs det om ersättning av resekostnader för rehabilitering enligt rehabiliteringslagen.

Det föreslås att 1 mom. ändras så att innehållet i grunderna för hembesök anges i 10 § i rehabiliteringslagen.

Det föreslås att 2 mom. förtydligas genom en hänvisning till utbildning som ordnas som sådan yrkesinriktad rehabilitering som avses i 7 § i rehabiliteringslagen, eftersom det i momentet föreskrivs om ersättning av resekostnader i samband med sådan utbildning. Denna ändring är teknisk.

Det föreslås att tillämpningsbegränsningen gällande samordningen av rehabiliteringsresor för gravt handikappade stryks i 3 mom. I fortsättningen har klienter inom krävande medicinsk rehabilitering möjlighet att av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården få ett intyg om behovet att resa ensam på samma sätt som de klienter som omfattas av samordning av resor för närvarande har rätt till. Intyget kan ges om personens situation är sådan att samtransport inte lämpar sig för honom eller henne. Rätt att resa ensam kan beviljas antingen för en enskild resa eller så att den är i kraft en viss tid eller tills vidare. Dessutom är det möjligt att i vissa situationer använda en utsedd chaufför.

16 §. Rehabilitering utomlands. Det föreslås att 1 och 2 mom. ändras så att de motsvarar terminologin gällande krävande medicinsk rehabilitering. Denna ändring är teknisk.

2 Ikraftträdande

Lagen föreslås träda i kraft den 1 januari 2016.

Med stöd av vad som anförts ovan föreläggs riksdagen följande lagförslag:

Lag

om ändring av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) 2 § 2 mom., 3 § 1 mom. 1 och 2 punkten, 9 och 10 §, 11 § 1 mom., 15 § och 16 § 1 och 2 mom.,
 av dem 3 § 1 mom. 1 och 2 punkten sådana de lyder i lag 874/2010, 9 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 579/2007 och 15 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 874/2010, som följer:

2 §

Lagens tillämpningsområde

Vad som i 11 § i denna lag föreskrivs om ordnande av krävande medicinsk rehabilitering och begränsningar av sådan rehabilitering inom vård eller rehabilitering som ordnas av staten, en kommun eller en samkommun gäller på motsvarande sätt för vård eller rehabilitering som ordnas av landskapet Åland.

3 §

Förmåner och ersättningar

Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter enligt denna lag

- 1) yrkesinriktad rehabilitering,

2) krävande medicinsk rehabilitering,

9 §

Ordnande av krävande medicinsk rehabilitering

En försäkrad under 65 år som inte är i offentlig sluten vård har rätt att få med god rehabiliteringspraxis förenlig krävande medicinsk rehabilitering för att klara av arbete, studier eller andra vardagssysslor samt för att vara delaktig, om

- 1) den försäkrade har en sjukdom eller en kroppsskada samt aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar som hänförs till sjukdomen eller kroppsskadan och som orsakar ett rehabiliteringsbehov som varar i minst ett år,

2) den begränsning eller inskränkning som avses i 1 punkten är så stor att den medför betydande svårigheter för den försäkrade att klara av vardagssysslor och vara delaktig i hemmet, i studier, i arbetslivet eller i andra livssituationer utanför den offentliga slutna vården, samt

3) den krävande medicinska rehabiliteringen är motiverad för att möjliggöra att den försäkrade klarar av vardagssysslor och är delaktig.

Vid bedömningen av behovet av krävande medicinsk rehabilitering ska övergripande hänsyn tas till faktorer som påverkar den försäkrades funktionsförmåga och som avser det medicinska hälsotillståndet, kroppsstrukturer och kroppsfunktioner, aktiviteter, delaktighet samt personliga faktorer och omgivningsfaktorer.

Folkpensionsanstalten ordnar inte medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvården. Inte heller ordnar Folkpensionsanstalten som rehabilitering sådan verksamhet som enbart har ett terapeutiskt syfte.

Den krävande medicinska rehabiliteringen ska basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan som är förenlig med god rehabiliteringspraxis. Planen upprättas vid den offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som svarar för vården av rehabiliteringsklienten, i samråd med klienten eller med klienten och dennes anhöriga eller någon annan närstående och för minst ett och högst tre år. Rehabiliteringsplanen sänds avgiftsfritt till Folkpensionsanstalten.

10 §

Innehållet i krävande medicinsk rehabilitering

Folkpensionsanstalten ordnar i 9 § avsedd krävande medicinsk rehabilitering som terapi och multiprofessionella rehabiliteringstjänster. Terapin och de multiprofessionella rehabiliteringstjänsterna ska vara förenliga med god rehabiliteringspraxis samt basera sig på särskild sakkunskap och behövtligt samarbete.

Ett i 1 mom. avsett samarbete som syftar till att målsättningarna för rehabiliteringen uppnås och att rehabiliteringen tryggas ska

ordnas med anhöriga och andra närstående till rehabiliteringsklienten samt med yrkesutbildade personer och aktörer som är behövliga med tanke på klienten.

Rehabiliteringen kan genomföras som hembesök i rehabiliteringsklientens vardagsomgivning, om det behövs för att målen för rehabiliteringen ska uppnås och för att rehabiliteringen ska vara effektiv eller för att rehabiliteringsklientens hälsotillstånd kräver detta eller om resan utgör en påfrestning för rehabiliteringsklienten.

Handledning för anhöriga och andra närstående samt för behövliga yrkesutbildade personer och andra aktörer ska ordnas i samband med terapin. Dessutom kan Folkpensionsanstalten av särskilda skäl ordna handledningsbesök för anhöriga eller andra närstående för att rehabiliteringens mål ska kunna uppnås. Folkpensionsanstalten kan också ordna så att anhöriga eller andra närstående kan delta i multiprofessionella rehabiliteringstjänster om det finns ett motiverat behov av detta för att rehabiliteringens mål ska kunna uppnås.

11 §

Begränsning av rehabilitering i slutenvård

Krävande medicinsk rehabilitering enligt 9 § ordnas inte, om den försäkrade får vård eller rehabilitering i form av offentlig slutenvård eller motsvarande vård.

15 §

Resekostnader

En rehabiliteringsklient samt en anhörig eller annan närstående person som deltar i rehabilitering enligt 9, 11 b och 12 § får ersättning för behövliga och skäligena resekostnader i samband med sådan rehabilitering enligt denna lag som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten. Bestämmelser om ersättning för kostnader finns i 4 kap. i sjukförsäkringslagen. Ersättningsgrunderna för ersättning som betalas till serviceproducenten för hembesök enligt 10 § 3 mom. bestäms enligt det avtal som ingår i samband med upphand-

ling av tjänsterna. Om ersättningsgrunderna inte har avtalats i samband med upphandlingen, ska ersättningen betalas som kilometerersättning så som föreskrivs i sjukförsäkringslagen.

Som resekostnader i samband med utbildning som ordnas som yrkesinriktad rehabilitering enligt 7 § ersätts rehabiliteringsklienten för kostnaderna för resor mellan hemorten och studieorten i början och slutet av terminen samt en tur- och returresa i månaden. Resekostnader kan också ersättas oftare, om detta är motiverat för att trygga umgänget med ett barn eller av studierelaterade skäl. Resekostnadsersättning betalas inte för studerandes dagliga skolresor och inte heller för dagliga resor i samband med utbildningsrelaterad praktik.

Rehabiliteringsresor kan samordnas enligt 4 kap. i sjukförsäkringslagen.

16 §

Rehabilitering utomlands

Den försäkrade har rätt till ersättning för kostnader för yrkesinriktad rehabilitering och krävande medicinsk rehabilitering som har

givits i en annan medlemsstat i Europeiska unionen. Förutsättningen för att medicinsk rehabilitering ska ersättas är att rehabiliteringen baserar sig på en rehabiliteringsplan som upprättats vid en enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården eller en motsvarande utländsk vårdenhet. Rehabilitering som ersätts ska vara sådan rehabilitering som avses i denna lag och den ska basera sig på ett beslut enligt 45 §.

Den försäkrade kan få ersättning för yrkesinriktad rehabilitering eller krävande medicinsk rehabilitering som har givits som terapi i någon annan stat än en medlemsstat i Europeiska unionen, om rehabiliteringen inte har kunnat ges i Finland eller om det finns något annat särskilt skäl att ge rehabiliteringen utomlands. Krävande medicinsk rehabilitering ska basera sig på en rehabiliteringsplan som upprättats vid en enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården eller en motsvarande utländsk vårdenhet. Rehabilitering som ersätts ska vara sådan rehabilitering som avses i denna lag och den ska basera sig på ett beslut enligt 45 §.

Denna lag träder i kraft den 20 .

Helsingfors den 4 december 2014

Statsminister

ALEXANDER STUBB

Social- och hälsovårdsminister *Laura Rätty*

*Bilaga
Parallelltext*

Lag

om ändring av lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner

I enlighet med riksdagens beslut
ändras i lagen om Folkpensionsanstaltens rehabiliteringsförmåner och rehabiliteringspenningförmåner (566/2005) 2 § 2 mom., 3 § 1 mom. 1 och 2 punkten, 9 och 10 §, 11 § 1 mom., 15 § och 16 § 1 och 2 mom.,
av dem 3 § 1 mom. 1 och 2 punkten sådana de lyder i lag 874/2010, 9 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 579/2007 och 15 § sådan den lyder delvis ändrad i lag 874/2010, som följer:

Gällande lydelse

2 §

Lagens tillämpningsområde

Vad som i 11 § i denna lag föreskrivs om ordnande av medicinsk rehabilitering för gravt handikappade och begränsningar av sådan rehabilitering inom vård eller rehabilitering som ordnas av staten, en kommun eller en samkommun gäller på motsvarande sätt vård eller rehabilitering som ordnas av landskapet Åland.

3 §

Förmåner och ersättningar

Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter enligt denna lag

- 1) yrkesinriktad rehabilitering för handikappade,
- 2) medicinsk rehabilitering för gravt handikappade,

Föreslagen lydelse

2 §

Lagens tillämpningsområde

Vad som i 11 § i denna lag föreskrivs om ordnande av *krävande* medicinsk rehabilitering och begränsningar av sådan rehabilitering inom vård eller rehabilitering som ordnas av staten, en kommun eller en samkommun gäller på motsvarande sätt för vård eller rehabilitering som ordnas av landskapet Åland.

3 §

Förmåner och ersättningar

Folkpensionsanstalten ordnar och ersätter enligt denna lag

- 1) yrkesinriktad rehabilitering,
- 2) *krävande* medicinsk rehabilitering,

9 §

*Ordnande av medicinsk rehabilitering för
gravt handikappade*

En gravt handikappad försäkrad som inte är i offentlig slutenvård har för tryggande eller förbättring av arbets- eller funktionsförmågan rätt till medicinsk rehabilitering om den handikappade innan han eller hon fyllt 65 år med stöd av 2 kap. i lagen om handikappförmåner (570/2007) får

- 1) handikappbidrag med förhöjt eller med högsta belopp för personer under 16 år,
- 2) handikappbidrag med förhöjt eller med högsta belopp för personer över 16 år,
- 3) vårdbidrag med förhöjt eller med högsta belopp för pensionstagare, eller
- 4) handikappbidrag med högsta belopp för personer över 16 år för den tid sjukpensionen är vilande.

Då medicinsk rehabilitering ordnas anses den försäkrade vara gravt handikappad om

- 1) han eller hon har ett allmänt medicinskt och funktionellt men som orsakas av en sjukdom, ett lyte eller en kroppsskada och som kräver rehabilitering i minst ett år,
- 2) det men som avses i 1 punkten är så stort att det medför betydande svårigheter eller ansträngningar för honom eller henne att klara sina dagliga funktioner i hemmet, skolan och arbetslivet samt i andra livssituationer utanför offentlig slutenvård.

Folkpensionsanstalten har inte i uppgift att ordna medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvård.

Den medicinska rehabiliteringen av en gravt handikappad skall basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan. Planen upprättas vid den offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som svarar för vården av rehabiliteringsklienten i samråd med klienten eller dennes anhöriga eller någon annan närstående för minst ett och högst tre år. Rehabiliteringsplanen sänds avgiftsfritt till Folkpensionsanstalten.

9 §

*Ordnande av **krävande** medicinsk rehabilitering*

En försäkrad *under 65 år* som inte är i offentlig slutenvård har rätt att få *med god rehabiliteringspraxis förenlig krävande* medicinsk rehabilitering *för att klara av arbete, studier eller andra vardagssysslor samt för att vara delaktig, om*

1) *den försäkrade har en sjukdom eller en kroppsskada samt aktivitetsbegränsningar eller delaktighetsinskränkningar* som hänför sig till sjukdomen eller kroppsskadan och som orsakar ett rehabiliteringsbehov som varar i minst ett år,

2) *den begränsning eller inskränkning* som avses i 1 punkten är så stor att den medför betydande svårigheter för den försäkrade att klara av vardagssysslor och vara delaktig i hemmet, i studier, i arbetslivet eller i andra livssituationer utanför den offentliga slutna vården, samt

3) *den krävande medicinska rehabiliteringen är motiverad för att möjliggöra att den försäkrade klarar av vardagssysslor och är delaktig.*

Vid bedömningen av behovet av krävande medicinsk rehabilitering ska övergripande hänsyn tas till faktorer som påverkar den försäkrades funktionsförmåga och som avser det medicinska hälsotillståndet, kroppsstrukturer och kroppsfunktioner, aktiviteter, delaktighet samt personliga faktorer och omgivningsfaktorer.

Folkpensionsanstalten ordnar inte medicinsk rehabilitering i omedelbar anslutning till sjukvården. Inte heller ordnar Folkpensionsanstalten som rehabilitering sådan verksamhet som enbart har ett terapeutiskt syfte.

Den *krävande* medicinska rehabiliteringen ska basera sig på en skriftlig rehabiliteringsplan som är *förenlig med god rehabiliteringspraxis*. Planen upprättas vid den offentliga hälso- och sjukvårdsenhet som svarar för vården av rehabiliteringsklienten, *i samråd med klienten eller med klienten och dennes anhöriga eller någon annan närstående och för minst ett och högst tre år*. Rehabiliter-

ingsplanen sänds avgiftsfritt till Folkpensionsanstalten.

10 §

Medicinska rehabiliteringstjänster för gravt handikappade

Folkpensionsanstalten skall för en gravt handikappad som avses i 9 § ordna perioder av rehabilitering och anpassningsträning som behövs för att trygga eller förbättra hans eller hennes arbets- eller funktionsförmåga. Rehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten skall vara förenlig med god rehabiliteringspraxis och vara baserad på särskild sakkunskap och specialkompetens.

De rehabiliteringsperioder som avses i 1 mom. skall vara intensiva, individuellt planerade

1) i slutenvård genomförda helheter vilka pågår i minst 18 vardagar och omfattar en eller flera perioder och består av flera än en verksamhetsform, eller vilkas längd med beaktande av målet för rehabiliteringen och rehabiliteringsklientens individuella behov kan fastställas till en kortare tid än den ovan nämnda, eller

2) rehabiliteringsperioder i öppenvård som ordnas under den tid som anges i rehabiliteringsplanen.

En anhörig eller en annan närstående person kan delta i anpassningsträning eller familjerehabilitering som ordnas av Folkpensionsanstalten, om detta behövs för att nå de mål som har ställts upp för rehabiliteringsklientens arbets- och funktionsförmåga. Dessutom kan Folkpensionsanstalten ordna handlednings- och stödbesök för en anhörig eller en annan närstående person som behövs i samband med rehabiliteringsperioder för gravt handikappade barn i öppenvård. Behovet av att en anhörig eller en annan närstående person deltar skall motiveras i rehabiliteringsplanen.

10 §

Innehållet i krävande medicinsk rehabilitering

Folkpensionsanstalten ordnar i 9 § avsedd krävande medicinsk rehabilitering som terapi och multiprofessionella rehabiliteringstjänster. Terapin och de multiprofessionella rehabiliteringstjänsterna ska vara förenliga med god rehabiliteringspraxis samt basera sig på särskild sakkunskap och behövligt samarbete.

Ett i 1 mom. avsett samarbete som syftar till att målsättningarna för rehabiliteringen uppnås och att rehabiliteringen tryggas ska ordnas med anhöriga och andra närstående till rehabiliteringsklienten samt med yrkesutbildade personer och aktörer som är behövliga med tanke på klienten.

Rehabiliteringen kan genomföras som hembesök i rehabiliteringsklientens vardagsomgivning, om det behövs för att målen för rehabiliteringen ska uppnås och för att rehabiliteringen ska vara effektiv eller för att rehabiliteringsklientens hälsotillstånd kräver detta eller om resan utgör en påfrestning för rehabiliteringsklienten.

Handledning för anhöriga och andra närstående samt för behövliga yrkesutbildade personer och andra aktörer ska ordnas i samband med terapin. Dessutom kan Folkpensionsanstalten av särskilda skäl ordna handledningsbesök för anhöriga eller andra närstående för att rehabiliteringens mål ska kunna uppnås. Folkpensionsanstalten kan också ordna så att anhöriga eller andra närstående kan delta i multiprofessionella rehabiliteringstjänster om det finns ett motiverat behov av detta för att rehabiliteringens mål ska kunna uppnås.

11 §

Begränsning av rehabilitering i slutenvård

Rehabilitering enligt 9 § ordnas inte om den gravt handikappade får vård eller rehabilitering i form av offentlig slutenvård eller motsvarande vård.

11 §

Begränsning av rehabilitering i slutenvård

Krävande medicinsk rehabilitering enligt 9 § ordnas inte, om den *försäkrade* får vård eller rehabilitering i form av offentlig slutenvård eller motsvarande vård.

15 §

Resekostnader

En rehabiliteringsklient och en anhörig eller annan närstående person som deltar i rehabilitering enligt 9, 11 b och 12 § får ersättning för behövliga och skäligena resekostnader i samband med sådan rehabilitering enligt denna lag som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten enligt vad som föreskrivs i 4 kap. i sjukförsäkringslagen. *Resekostnader för besök hos en gravt handikappad rehabiliteringsklient kan ersättas, om besöket är behövligt med tanke på klientens hälsotillstånd eller om det annars blir oskäligt tungt för klienten att resa till serviceproducenten.* Ersättningsgrunderna för hembesök bestäms enligt avtal i samband med upphandlingen av tjänsterna. Om ersättningsgrunderna inte har avtalats i samband med upphandlingen, ska ersättningen betalas som kilometerersättning enligt vad som föreskrivs i sjukförsäkringslagen.

Som resekostnader i samband med rehabilitering ersätts kostnaderna för resor mellan hemorten och studieorten i början och slutet av terminen samt en tur- och returresa i månaden. Resekostnader kan ersättas också oftare om detta är motiverat för att trygga umgänget med ett barn eller av studierelaterade skäl. Resekostnadsersättning betalas inte för studerandes dagliga skolresor och inte heller för dagliga resor i samband med utbildningsrelaterad praktik.

Rehabiliteringsresor kan samordnas enligt 4 kap. i sjukförsäkringslagen. *Bestämmelserna om samordning av resor tillämpas emel-*

15 §

Resekostnader

En rehabiliteringsklient samt en anhörig eller annan närstående person som deltar i rehabilitering enligt 9, 11 b och 12 § får ersättning för behövliga och skäligena resekostnader i samband med sådan rehabilitering enligt denna lag som ordnas eller ersätts av Folkpensionsanstalten. Bestämmelser om ersättning för kostnader finns i 4 kap. i sjukförsäkringslagen. Ersättningsgrunderna för ersättning som betalas till *serviceproducenten för hembesök enligt 10 § 3 mom.* bestäms enligt det avtal som ingår i samband med upphandlingen av tjänsterna. Om ersättningsgrunderna inte har avtalats i samband med upphandlingen, ska ersättningen betalas som kilometerersättning så som föreskrivs i sjukförsäkringslagen.

Som resekostnader i samband med *utbildning som ordnas som yrkesinriktad rehabilitering enligt 7 §* ersätts *rehabiliteringsklienten* för kostnaderna för resor mellan hemorten och studieorten i början och slutet av terminen samt en tur- och returresa i månaden. Resekostnader kan också ersättas oftare om detta är motiverat för att trygga umgänget med ett barn eller av studierelaterade skäl. Resekostnadsersättning betalas inte för studerandes dagliga skolresor och inte heller för dagliga resor i samband med utbildningsrelaterad praktik.

Rehabiliteringsresor kan samordnas enligt 4 kap. i sjukförsäkringslagen.

lertid inte på resor i samband med medicinsk rehabilitering för gravt handikappade.

16 §

Rehabilitering utomlands

Den försäkrade har rätt till ersättning för kostnader för yrkesinriktad rehabilitering och medicinsk rehabilitering för gravt handikappade som har givits i en annan medlemsstat i Europeiska unionen. Förutsättningen för att medicinsk rehabilitering skall ersättas är att rehabiliteringen baserar sig på en rehabiliteringsplan som upprättats vid en enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården eller en motsvarande utländsk vårdenhet. Rehabilitering som ersätts skall vara sådan rehabilitering som avses i denna lag och den skall basera sig på ett beslut enligt 45 §.

Den försäkrade kan få ersättning för yrkesinriktad rehabilitering eller medicinsk rehabilitering för gravt handikappade som har givits inom öppenvården i någon annan stat än en medlemsstat i Europeiska unionen, om rehabiliteringen inte har kunnat ges i Finland eller om det finns något annat särskilt skäl att ge rehabiliteringen utomlands. Medicinsk rehabilitering för gravt handikappade skall basera sig på en rehabiliteringsplan som upprättats vid en enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården eller en motsvarande utländsk vårdenhet. Rehabilitering som ersätts skall vara sådan rehabilitering som avses i denna lag och den skall basera sig på ett beslut enligt 45 §.

16 §

Rehabilitering utomlands

Den försäkrade har rätt till ersättning för kostnader för yrkesinriktad rehabilitering och *krävande* medicinsk rehabilitering som har givits i en annan medlemsstat i Europeiska unionen. Förutsättningen för att medicinsk rehabilitering ska ersättas är att rehabiliteringen baserar sig på en rehabiliteringsplan som upprättats vid en enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården eller en motsvarande utländsk vårdenhet. Rehabilitering som ersätts ska vara sådan rehabilitering som avses i denna lag och den ska basera sig på ett beslut enligt 45 §.

Den försäkrade kan få ersättning för yrkesinriktad rehabilitering eller *krävande* medicinsk rehabilitering som har givits *som terapi* i någon annan stat än en medlemsstat i Europeiska unionen, om rehabiliteringen inte har kunnat ges i Finland eller om det finns något annat särskilt skäl att ge rehabiliteringen utomlands. *Krävande* medicinsk rehabilitering ska basera sig på en rehabiliteringsplan som upprättats vid en enhet inom den offentliga hälso- och sjukvården eller en motsvarande utländsk vårdenhet. Rehabilitering som ersätts ska vara sådan rehabilitering som avses i denna lag och den ska basera sig på ett beslut enligt 45 §.