



2.10.2024

Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta

1 Asian tausta ja asetuksenantovaltuudet

Pääministeri Petteri Orpon hallituksen ohjelman mukaan toteutetaan erikoissairaanhoidon painottaen asiakasmaksujen maltillinen korottaminen mahdollisimman oikeudenmukaisesti lisäämättä eriarvoisuutta sekä siten, etteivät maksut muodostu esteeksi palveluiden saamiselle. Lisäksi yhtenäistetään terveydenhuollon asiakasmaksut kansallisesti. Hallitusohjelman mukaan muutoksilla tavoitellaan yhteensä 50 miljoonan euron sopeutusta julkiseen talouteen vuodesta 2025 alkaen.

Lisäksi kehysriihessä 15.-16.4.2024 päätetyn mukaisesti muutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua lakia ja asetusta painottaen erikoissairaanhoidon maksuja. Kehysriihen päätöksen mukaisesti sidotaan lisäksi asiakasmaksut hyvinvointialueindeksiin ja tehdään jatkossa maksujen indeksitarkistus vuosittain, jotta indeksimuutos vastaisi paremmin todellista kustannuskehitystä. Kehysriihessä päätetyn mukaisesti tulee lisäksi kannustaa hyvinvointialueita vapauttamaan pienituloisimmat asiakasmaksuista. Kehysriihessä päätettyjen toimenpiteiden vaikutus julkiseen talouteen on arvioitu olevan 100 miljoonaa euroa vuodesta 2025 lukien.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992), jäljempänä *asiakasmaksulaki*, 1 §:n mukaan hyvinvointialueen sosiaali- ja terveystaloudesta voidaan periä maksu palvelun käyttäjältä, jollei lailla toisin säädetä. Asiakasmaksulain 2 §:n 1 momentin mukaan palvelusta perittävä maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Saman pykälän 2 momentin mukaan valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismäärä ja maksu määräytyväksi maksukyvyn mukaan. Maksujen enimmäismäärästä säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (912/1992), jäljempänä *asiakasmaksuasetus*.

Asiakasmaksulain 6 a §:ssä säädetään asiakasmaksujen maksukatosta, joka tällä hetkellä on asiakkaalle 762 euroa kalenterivuodessa. Maksukattoa kerryttävät pääsääntöisesti nyt korotettaviksi ehdotetut niin sanotut tasasuuruiset terveydenhuollon asiakasmaksut, kuten terveyskeskusmaksut, suun terveydenhuollon käynti- ja toimenpidemaksut hammasteknisiä kuluja lukuun ottamatta sekä sairaalan poliklinikkamaksut ja lyhytaikaisen laitoshoidon (osastohoito) maksut. Maksukatosta ylittymisen jälkeen maksukattoon sisältyvät palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia asianomaisen kalenterivuoden loppuun. Lyhytaikaista laitoshoidon saavan 18 vuotta täyttäneen asiakkaan ylläpidosta saadaan kuitenkin periä enintään 25,10 euroa vuorokaudelta, vaikka maksukatosta olisi ylittynyt.



2.10.2024

Tavoite julkisen talouden sopeuttamisesta yhteensä 150 miljoonalla eurolla vuoden 2025 alusta toteutetaan asiakasmaksuasetusta muuttamalla, korottamalla asetuksessa säädettyjä, pääasiassa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon asiakasmaksujen enimmäismääriä. Hallitusohjelmassa mainittua maksujen yhtenäistämistä tai kehysriihessä sovittuja indeksisääntelyn muutoksia ei ehdoteta tässä yhteydessä. Enimmäismäärien korotukset antavat hyvinvointialueille mahdollisuuden periä vuodessa arviolta 150 miljoonaa euroa enemmän asiakasmaksuja. Hyvinvointialueet päättävät kuitenkin itse maksujen suuruudesta niissä rajoissa, jotka asiakasmaksulainsäädäntö asettaa.

Hyvinvointialueiden rahoituksesta annettuun lakiin (617/2021) on ehdotettu muutosta (HE 70/2024 vp), joka mahdollistaisi asiakasmaksukorotuksilla saatavan maksutulon vähentämisen etukäteen hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahoituksen momentilta 28.89.31. Rahoituslakiin ehdotetun muutoksen mukaan asiakasmaksujen enimmäismäärien korotus voitaisiin ottaa etukäteen huomioon rahoituksessa vain, jos muutoksen vaikutus rahoitukseen voidaan ottaa huomioon hyvinvointialueiden rahoituksen turvaavalla tavalla. Maksutulojen realisoitumiseen vaikuttaa kuitenkin muun muassa se, päättääkö yksittäinen alue periä korotetun enimmäismäärän mukaisen maksun. Lähtökohtana vaikutusten huomioon ottamisessa olisi tarkoitus pitää sitä, että säännöksen mahdollistama maksukorotus alueilla tehdään ja tällöin rahoitus olisi näin mahdollista turvata. Mikäli hyvinvointialue tällöin päättäisi jättää korotuksen tekemättä, jäisi alueen saama rahoitus tältä osin alemmaksi ja alueen pitäisi kattaa tämä osuus muusta saamastaan rahoituksesta tai sopeuttaa toimintaansa rahoituksen puitteissa. Päätösvalta olisi tältä osin hyvinvointialueella. Rahoituslain muutos tulisi asiakasmaksujen osalta voimaan 1.1.2025. Hankkeesta on saatavilla lisätietoa julkisessa palvelussa osoitteessa <https://vm.fi/hankkeet> tunnuksella VM091:00/2023.

2 Asian valmistelu

Ehdotetut muutokset on valmisteltu virkatyönä sosiaali- ja terveysministeriössä. Ehdotusten vaikutusten arviointi perustuu pääasiassa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) SOTE-SISU-simulointimallilla tekemään vaikutusarvioon.¹ Asetusluonnoksesta järjestettiin lausuntokierros 24.6.-9.8.2024 (ks. lisää kohdassa 5 Lausuntopalaute). Asetusehdotuksen valmisteluasiakirjat ovat saatavilla julkisessa palvelussa osoitteessa valtioneuvosto.fi/hankkeet tunnuksella STM061:00/2024.

¹ THL:n arvio: [Asiakasmaksujen korotukset nostaisivat joka toisen suomalaisen terveydenhuollon maksuja - THL](#)



2.10.2024

3 Keskeiset ehdotukset

Asiakasmaksuasetuksen mukaisia maksuja ehdotetaan korotettavaksi niin, että muutokset tulisivat voimaan vuoden 2025 alusta. Korotuksissa painotetaan hallitusohjelman mukaisesti erikoissairaanhoidon, mutta korotukset on kuitenkin katsottu tarkoituksenmukaiseksi kohdistaa kaikkiin niihin terveydenhuollon asiakasmaksuihin, joiden enimmäismääristä säädetään asiakasmaksuasetuksessa, jotta korotukset pysyisivät kokonaisuudessaan mahdollisimman kohtuullisina niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairanhoidossakin. Korotukset kohdistuisivat näin ollen erikoissairaanhoidon lisäksi kaikkiin perusterveydenhuollon maksuihin, mukaan lukien suun terveydenhuollon maksut. Perusterveydenhuollon (terveyskeskuksen lääkärikäynti, suun ja hampaiden tutkimusta ja hoitoa koskevat käynnit sekä toimenpiteet, tilapäinen kotisairaanhoidon, sekä laitoshoidon annettu kuntoutushoito) maksujen enimmäismääriä korotettaisiin pääsääntöisesti 22,5 prosentilla ja erikoissairaanhoidon (sairaalan poliklinikkakäynti, ml. kotona annettu erikoissairaanhoidon, päiväkirurgia) maksujen enimmäismääriä pääsääntöisesti 45 prosentilla. Myös terveyskeskuksessa annettavan yksilökohtaisen fysioterapian maksun enimmäismäärää korotettaisiin 45 prosentilla.

Eräissä palveluissa asiakasmaksuasetuksessa säädetty maksun enimmäismäärä on sama sekä perustasolla että erikoissairanhoidossa. Niitä ehdotetaan korotettavaksi yhdenmukaisesti saman suuruisilla prosenteilla. Näitä ovat sarjassa annettavan hoidon maksu, jonka enimmäismäärää ehdotetaan korotettavaksi 45 prosentilla, sekä lyhytaikaisen laitoshoidon ja päivä- ja yöhoidon maksut, joiden enimmäismääriä ehdotetaan korotettavaksi 22,5 prosentilla.

Maksujen uudet euromäärät on laskettu niin, että maksuihin on tehty em. jaottelun mukaisesti joko 22,5 prosentin tai 45 prosentin korotus, minkä jälkeen ne on jälleen pyöristetty lähimpään 0,10 euroon.

Asiakasmaksuasetuksen 12 §:ssä säädetään hoidosta ja ylläpidosta lyhytaikaisessa laitoshoidossa perittävästä maksusta. Pykälää sovelletaan myös sosiaalihuollon laitoshoidon. Lisäksi asiakasmaksuasetuksen 13 §:ssä säädetään päivä- ja yöhoidon maksusta, joka voidaan pykälän 1 momentin mukaan periä myös henkilöltä, joka on sosiaalihuollon laitoksessa hoidettavana vain joko päivällä tai yöllä. Näiltä osin korotukset kohdistuvat myös sosiaalihuollon maksujen enimmäismääriin.

Ehdotus ei kuitenkaan sisällä korotuksia asiakasmaksuasetuksen 23 §:ssä tarkoitettuihin maksuihin lääkärintodistuksista. Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaisesti osana sosiaali- ja terveysministeriön asettamaa Hyvän työn ohjelmaa edistetään ammattihenkilöstön mahdollisuuksia kohdentaa työaika asiakastyöhön ja vähennetään ammattihenkilöstöltä vaadittavan kirjallisen työn, kuten säädösperäisten lausuntojen ja erilaisten todistusten, määrää. Niin ikään kehysriihessä päätetyn mukaisesti valmistellaan hallituksen esitystä ajokorttilausuntojen rajaamiseksi pois julkisesti

2.10.2024

tarjottavista terveyspalveluista. Todistuksista ja lausunnoista perittäviä maksuja tarkastellaan erikseen osana tätä kokonaisuutta. Tämä edellyttää hyvinvointialueilla annettavista todistuksista ja lausunnoista tietopohjaa, jotta niihin kohdistuvien muutosten vaikutuksia korotuksilla saataviin maksutuloihin voidaan riittävästi arvioida.

Korotukset koskisivat ainoastaan asiakasmaksuasetuksessa säädettyjen tasasuuruisten maksujen enimmäismääriä. Siten korotukset eivät koskisi laissa säädettyjä maksuja tai maksuttomiksi säädettyjä palveluja, esimerkiksi käyttämättä ja peruuttamatta jätetystä palvelusta perittävää maksua taikka sellaisia asiakasmaksuja, jotka määräytyvät tulojen ja perhesuhteiden mukaan. Korotukset eivät myöskään koskisi asiakkaan vuotuista kokonaismaksurasitusta rajoittavaa asiakasmaksujen maksukattoa.

Erikoissairaanhoidossa palvelujen käyttö ja maksut jakautuvat pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoa tasaisemmin väestön tulojakaumassa eli myöskin korotusten vaikutukset kohdentuisivat tasaisemmin väestössä. Lisäksi erikoissairaanhoidossa kysynnän hintajousto eli maksujen vaikutus palvelujen käyttöön on käytettävissä olevaan tietoon perustuen perustasoa pienempi. Myös suun terveydenhuollossa maksut kohdentuvat tasaisemmin väestön tulojakaumassa. Sen sijaan erityisesti perusterveydenhuollon maksut sekä laitoshoidon maksut niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa painottuvat erityisesti pienituloisiin kotitalouksiin. Nämä tekijät puoltavat korotusten painottumista erikoissairaanhoitoon siten, että eräitä maksuja kuten laitoshoidon maksuja myös erikoissairaanhoidon osalta korotettaisiin kuitenkin alemmalla korotusprosentilla.

4 Pääasialliset vaikutukset

Taloudellisista vaikutuksista yleisesti

Laskelma ehdotetuilla korotuksilla saatavista asiakasmaksutuloista perustuu THL:n SOTE-SISU-simulointimalliin ja siinä on hyödynnetty THL:n hoitoilmoitusrekistereihin (HILMO) kirjattuja palvelujen käyntitietoja. Mallissa palvelujen käyttötiedot ovat vuodelta 2017. Vuoden 2017 jälkeen terveydenhuollon palvelukäytössä on tapahtunut muutoksia, joista osa on väliaikaisia koronapandemiasta johtuvia muutoksia ja osa pysyvämpiä pitempiaikaisista trendeistä johtuvia muutoksia (mm. ikääntyminen, etäpalvelujen yleistyminen). Näitä vaikutuksia on vaikea erottaa toisistaan. HILMO-tietojen perusteella erikoissairaanhoidon laitoshoitajaksot ovat vähentyneet 18 prosenttia ja avohoitokäynnit puolestaan yleistyneet 15 prosenttia vuosina 2017–2022. Perusterveydenhuollon fyysiset lääkärikäynnit ovat vähentyneet 28 prosenttia. Etäpalvelujen käyttö on lisääntynyt, mutta niistä ei ole toistaiseksi saatavilla vastaavaa tietopohjaa. Toisaalta asiakasmaksusääntely mahdollistaa asiakasmaksun perimisen myös etäpalveluna toteutetusta palvelusta. Vaikka vuoden 2017 käyttötiedot antavat osaltaan vanhentuneen kuvan palvelujen käytöstä, liittyy myös uudempiin tietoihin vääristyneisyyttä esimerkiksi koronapandemiasta johtuen.

2.10.2024

Lisäksi HILMO-tiedoissa on perusterveydenhuollon osalta ollut, ja edelleen on, joitakin puutteita pääkaupunkiseudulla vuodesta 2021 lukien.

Viimeaikaisten tutkimusten perusteella tiedetään, että varsinkin perusterveydenhuollossa asiakasmaksutaso voi vaikuttaa palvelujen käyttöön. Asiaan liittyvistä tutkimuksista² johdettujen kysynnän hintajousten perusteella 10 prosentin maksunkorotus terveyskeskuslääkärin käyntimaksuun vähentäisi palvelun käyttöä arviolta 2,6–2,7 prosenttia ja nyt ehdotettava 22,5 prosentin maksunkorotus vähentäisi terveyskeskuslääkärikäyntejä 5,9– 6,1 prosenttia. Tutkimustieto ei kuitenkaan kerro tarkemmin, mitä vaikutuksia korotusten vuoksi käymättä jääneillä käynneillä olisi. Alustavan arvion mukaan ne voivat tuottaa yhtäältä suoraa säästöä toteutumattomien käyntien muodossa ja toisaalta pidemmällä aikavälillä kustannusten kasvua, mikäli asiakkaiden terveysongelmat niistä johtuen pahenisivat. Koska varsinaista tutkimustietoa asiasta ei ole, ei ehdotettujen korotusten ns. käyttäytymisvaikutuksia ole mahdollista luotettavasti arvioida eikä niitä ole siten otettu laskelmissa huomioon.

Maksukaton vaikutus maksuista saatavaan tulokertymään on otettu korotusten arvioiduissa vaikutuksissa huomioon. On kuitenkin hyvä huomata, että asiakkaan on asiakasmaksulain mukaan seurattava maksukattonsa ylittymistä itse. Hyvinvointialueella on seurannan toteuttamiseksi velvollisuus merkitä laskulle tieto siitä, kerryttääkö perittävä maksu maksukattoa. Jos maksu kerryttää maksukattoa, laskussa on lisäksi oltava tieto siitä, että asiakkaan on seurattava itse maksukattonsa ylittymistä. Jos asiakas on kalenterivuoden aikana suorittanut maksukattoon sisältyvistä palveluista asiakasmaksukattoa enemmän maksuja, hänellä on oikeus saada liikaa suoritettut maksut takaisin. Maksujen palauttamista on haettava pääsääntöisesti katon ylittymistä seuraavan kalenterivuoden aikana, tai asiakas menettää oikeutensa palautukseen. On mahdollista, että osa asiakkaista ei havaitse maksukaton täyttymistä eikä hae liikaa suoritettujen maksujen palautusta, jolloin korotusten taloudelliset vaikutukset voivat olla arvioitua suurempia. Niitä ei kuitenkaan voida etukäteen arvioida siinä määrin että ne voitaisiin ottaa etukäteen vähentävästi huomioon hyvinvointialueen rahoituksessa vaan niistä mahdollisesti johtuvat arvioitua 150 miljoonaa euroa ylittävät tulot jäisivät hyvinvointialueille. On lisäksi hyvä todeta, että myös hyvinvointialueilla on oikeus kerätä ja saada välttämättömiä tietoja maksukaton täyttymisen seuraamiseksi. Tämä voi kuitenkin lisätä hallinnollista työtä hyvinvointialueilla.

Vaikutukset julkiseen talouteen

² Haaga T, Böckerman P, Kortelainen M, Tukiainen J (2024). Does abolishing a copayment increase doctor visits? A comparative case study. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 24(1):187–204.
Haaga T, Böckerman P, Kortelainen M, Tukiainen, J (2023). Do Adolescents from Low-Income Families Respond More to Cost-Sharing in Primary Care? OSF working paper <https://osf.io/r83sg>.

2.10.2024

Asiakasmaksujen enimmäismääriin ehdotetut korotukset antaisivat hyvinvointialueille mahdollisuuden periä vuodessa arviolta 150 miljoonaa euroa enemmän asiakasmaksuja. Hallitusohjelman ja kehysriihen päätösten mukaisesti julkista taloutta sopeutettaisiin vähentämällä vastaavan suuruinen määrä hyvinvointialueiden ja HUS-yhtymän sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen valtion rahoituksen momentilta 28.89.31. Toimenpiteillä on arvioitu olevan julkiseen talouteen yhteensä 150 miljoonan euron kustannuksia vähentävä vaikutus, joka on huomioitu julkisen talouden suunnitelmassa vuodesta 2025 lukien ja sisältyy vuoden 2025 talousarvioehdotukseen.

Lopullinen vaikutus valtion talouteen jää kuitenkin riippumaan siitä, päättävätkö hyvinvointialueet periä maksuja enimmäismäärien mukaisesti tai niitä pienempinä. Mikäli kaikki alueet eivät korottaisi maksuja valtion rahoitukseen ennalta tehtyä vähennystä vastaavasti, voisi ainakin osa erotuksesta kasvattaa jälkikäteistarkistuksessa huomioitavia nettokustannuksia verrattuna valtion maksamaan rahoitukseen ja siten kahden vuoden viiveellä korottaa valtion rahoituksen määrää. Tarkoitus kuitenkin olisi, että alueet ensisijaisesti sopeuttaisivat toimintaansa tai rahoittaisivat sen muutoin, jos ne eivät toimeenpanisi ehdotettuja korotuksia.

Ehdotuksella voidaan myös arvioida olevan välillisiä vaikutuksia toimeentulotukeen ja ulosottoon, jotka toteutuessaan vaikuttaisivat julkiseen talouteen kustannuksia lisäävästi. Arvion mukaan ehdotetut korotukset lisäisivät sekä etuusmenoja että toimeentulotuen toimeenpanoon liittyvää hallinnollista työtä etenkin uusien toimeentulotuen saajien vuoksi. Olettaen, että kaikki hyvinvointialueet korottaisivat maksuja ehdotettujen enimmäismäärien mukaisesti, ehdotus aiheuttaisi arviolta noin 5 miljoonan euron lisäyksen toimeentulotukimenoihin. Vaikutukset toimeentulotukeen otetaan huomioon vuoden 2025 täydentävässä talousarvioehdotuksessa. Vuonna 2023 ulosottoon päätyi lähes 415 000 sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksua, joista lähes 176 000 oli sairaala- ja muita laitoshoitomaksuja, noin 78 000 terveyskeskusmaksua ja reilu 71 000 hammashoitomaksua.³ Korotusten taloudellisia vaikutuksia valtion talouteen ulosoton kautta on vaikea arvioida. Suurin vaikutus olisi sillä, jos ulosottoon korotusten seurauksena tulisi uusia velallisia, joiden taloudellista tilannetta ei olisi jo muuten aikaisemmin selvitetty. Jo vireillä olevien velallisten osalta vaikutukset olisivat vähäisempiä.

Toisaalta hyvinvointialue voi päättää periä maksuja laissa tai asetuksessa säädettyä pienempinä tai päättää, että myös tasasuuruisia terveydenhuollon maksuja voidaan alentaa tai jättää perimättä. Jälkimmäiseen myös kehysriihessä kiinnitettiin huomiota ja halutaan hyvinvointialueita kannustaa. Mikäli hyvinvointialue näin päättäisi tehdä, olisi maksun alentamisen ja perimättä jättämisen oltava ensisijaista toimeentulotukeen nähden.

Vaikutukset hyvinvointialueiden rahoitukseen

³ Tiedot on saatu Ulosottolaitokselta. Ks. myös <https://www.soste.fi/uutiset/soste-selvitti-ulosottoon-viime-vuonna-lahes-440-000-sosiaali-ja-terveyspalvelujen-seka-varhaiskasvatuksen-asiakasmaksua/>

2.10.2024

Ehdotetut korotukset antaisivat hyvinvointialueille mahdollisuuden periä vuodessa arviolta 150 miljoonaa euroa enemmän asiakasmaksuja. Arvio perustuu lakisääteisiin enimmäismääriin ja maksukertymän kasvuun tilanteessa, jossa hyvinvointialueet olisivat perineet voimassa olevan asiakasmaksuasetuksen mukaiset enimmäismaksut. Tällä laskentatavalla pyritään huomioimaan sääntelyn muuttamisen vaikutus hyvinvointialueiden taloudelliseen asemaan, ottamatta kantaa alueiden itsehallinnolliseen päätöksentekoon. THL:n tuottamaan tietoon perustuen tiedetään, että vain hyvin harva alue enää poikkeaa enimmäismääristä, joten aluetasojen ottaminen huomioon muuttaisi vaikutusarviota vain hyvin vähän.

Voimassa oleva asiakasmaksusääntely perustuu periaatteelle, jonka mukaan lainsäädännöllä säädetään maksujen enimmäismääristä. Hyvinvointialueet voivat myös päättää olla perimättä maksuja tai periä maksuja laissa säädettyjä enimmäismääriä pienempinä. Hyvinvointialueiden rahoituksesta annettuun lakiin ehdotetun muutoksen myötä asiakasmaksusääntelyn muutokset huomioitaisiin hyvinvointialueiden rahoituksessa, jos muutoksen vaikutus rahoitukseen voidaan ottaa huomioon hyvinvointialueiden rahoituksen turvaavalla tavalla. Lähtökohtana vaikutusten huomioon ottamisessa olisi tarkoitus pitää sitä, että säännöksen mahdollistama maksukorotus alueilla tehdään ja tällöin rahoitus olisi näin mahdollista turvata. Vaikka hyvinvointialue päättäisi olla korottamatta maksuja, vähennettäisiin asiakasmaksusääntelyn muutoksen laskennallinen vaikutus hyvinvointialueen rahoituksesta. Tällöin alueen saama rahoitus jäisi alemmaksi ja alueen pitäisi kattaa osuus muusta saamastaan rahoituksesta tai sopeuttaa toimintaansa rahoituksen puitteissa. Päätösvalta olisi tältä osin hyvinvointialueella. Kuten edellä on todettu, mikäli kaikki alueet eivät korottaisi maksuja valtion rahoitukseen ennalta tehtyä vähennystä vastaavasti, voisi ainakin osa erotuksesta kasvattaa jälkikäteistarkistuksessa huomioitavia nettokustannuksia verrattuna valtion maksamaan rahoitukseen ja siten kahden vuoden viiveellä korottaa valtion rahoituksen määrää. Jälkikäteistarkistuksen mukainen rahoituksen lisäys tai vähennys viedään kuitenkin osaksi koko maan laskennallista rahoitusta, jolloin se jakautuu hyvinvointialueille rahoituslain määräytymistekijöiden mukaisesti. Rahoituksen tason korotus ei siten kohdennu juuri niille hyvinvointialueille, jotka eivät ole nostaneet asiakasmaksuja ja voi osaltaan kannustaa maksujen korotuksiin.

Todellista maksukertymää hyvinvointialueilla voivat myös alentaa luottotappiot, joiden määrän voidaan arvioida korotusten myötä kasvavan. Lisäksi kustannusten kasvua hyvinvointialueilla voi aiheutua perintään ja ulosottoon liittyvistä toimenpiteistä, toimeentulotukimenojen kasvusta ja siihen liittyvästä hallinnollisesta työstä. Lisäkustannuksia hyvinvointialueilla voi myös aiheutua esimerkiksi lisääntyviin maksukattopäätöksiin ja maksujen huojentamiseen liittyvästä hallinnollisesta työstä. Mainittuja vaikutuksia ei kuitenkaan voida siinä määrin luotettavasti ja euromääräisesti arvioida, että ne voitaisiin ottaa etukäteen huomioon hyvinvointialueiden rahoitukseen tehtävässä vähennyksessä. Myös näiden osalta rahoituksen taso tulee korjatuksi kahden vuoden viiveellä tehtävässä kustannusten jälkikäteistarkistuksessa.

2.10.2024

Asiakasmaksulain 11 § velvoittaa hyvinvointialuetta jättämään perimättä tai alentamaan sosiaalihuollon palveluista määrätyn maksun ja terveydenhuollon palveluista henkilön maksukyvyn mukaan määrätyn maksun siltä osin kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteuttamista. Maksun perimättä jättäminen tai alentaminen on ensisijaista toimeentulotukeen nähden. Asiakasmaksulain mukainen velvoite jättää asiakasmaksu perimättä tai alentaa sitä ei kuitenkaan koske nyt korotettavaksi ehdotettavia tasasuuruisia terveydenhuollon maksujen enimmäismääriä. Palveluista järjestämisvastuussa oleva hyvinvointialue voi kuitenkin päättää, että myös muitakin kuin lain velvoittavuuden piirissä olevia maksuja voidaan jättää perimättä tai alentaa edellä mainituin perustein tai jos siihen on syytä huollolliset näkökohdat huomioon ottaen. Koska nyt korotettaviksi ehdottavien tasasuuruisten asiakasmaksujen alentaminen tai perimättä jättäminen on hyvinvointialueen harkinnassa ja on myös tiedossa, että hyvinvointialueiden käytännöt vaihtelevat tältä osin, ei osuutta ole mahdollista arvioida ja ottaa huomioon hyvinvointialueiden rahoitukseen tehtävässä vähennyksessä. Koko maan tasolla tehtävä rahoituksen vähennys, joka perustuu arvioon korotutuilla asiakasmaksujen enimmäismäärillä saatavista maksutuloista, voi siten osoittautua ylimitoitetuksi suhteessa alueilla toteutuvaan maksukertymään. Tässäkin tapauksessa rahoituksen taso tulee korjatuksi kahden vuoden viiveellä tehtävässä kustannusten jälkikäteistarkistuksessa.

Vaikutukset kotitalouksiin ja ihmisiin

Terveyspalvelujen tarve on yhteydessä sosioekonomiseen taustaan. Yleisesti terveyspalvelujen tarve on suurempi työvoiman ulkopuolella (työttömät, työkyvyttömät, vanhuuseläkeläiset) kuin työntekijöillä. Lisäksi työntekijät ovat yleisesti työterveyspalvelujen piirissä, joista ei makseta asiakasmaksuja. Toisaalta työterveyspalvelujen sisällöissä on eroja, ja esimerkiksi suun terveydenhuolto ei yleensä sisälly työterveyspalveluihin. Hyvätuloiset henkilöt käyttävät muita useammin yksityisiä palveluja. Edellä mainituista syistä johtuen julkisten terveyspalvelujen asiakasmaksut ja niihin tehdyt muutokset kohdistuvat yleisemmin pienituloisille kuin suurituloisille kotitalouksille. Kohdentumisessa on kuitenkin eroja palvelutyyppin mukaan. Tasasuuruissa maksuissa, joita nyt ehdotettavat muutokset koskevat, erityisesti perusterveydenhuollon maksut sekä laitoshoidon maksut niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa painottuvat pienituloisiin kotitalouksiin. Sen sijaan erikoissairaanhoidon ja suun terveydenhuollon maksut painottuvat melko tasaisesti kaikkien tulokymmenyksien kotitalouksiin. Osittain tästä syystä korotuksia ehdotetaan kohdistettavaksi erityisesti erikoissairaanhoidon. Kohdentamista erityisesti erikoissairaanhoidon puoltaa myös se, että erikoissairaanhoidon palveluissa asiakas on jo tutkimus- ja hoitopolulla, ja mahdolliset maksujen käyttäytymisvaikutukset (kysynnän hintajousto) ovat käytettävissä olevaan tietoon perustuen perusterveydenhuoltoa pienemmät. On kuitenkin otettava huomioon, että myös pienituloiset käyttävät erikoissairaanhoidon, kuten myös suun terveydenhuollon, palveluja. Erikoissairaanhoidon



2.10.2024

palveluille voi myös olla runsasta ja pidempiaikaista tarvetta jolloin maksurasituskin voi olla asiakkaalle merkittävä. Lisäksi suun terveydenhuollon osalta on otettava huomioon, että maksut ovat jo lähtökohtaisesti muuta terveydenhuoltoa korkeammat ja koostuvat käynnistä perittävän maksun lisäksi toimenpiteistä perittävistä maksuista. Asiakkaalle tulevat myös mahdolliset oikomislaitteista ja hammasproteettisista toimenpiteistä aiheutuvat hammastekniset kustannukset täysimääräisesti maksettavaksi. Suun terveydenhuoltoon ehdotetaan edellä mainitusta johtuen pienempää perusterveydenhuollon maksukorotusta (22,5%).

Asiakasmaksurahoituksen osuus palvelujen kustannuksista vaihtelee palveluittain. Perusterveydenhuollossa kotitalouksien maksuosuus on ollut noin 6 prosenttia ja erikoissairaanhoidossa alle 5 prosenttia. Suun terveydenhuollossa asiakasmaksurahoituksen osuus on ollut edellisiin verrattuna suuri, siellä kotitaloudet ovat kattaneet noin 30 prosenttia kustannuksista (täysi-ikäisten palveluissa noin 40 %). Yleisesti voidaan todeta, että asiakkaiden kattama osuus julkisten terveystalouksien rahoituksesta kasvaisi asiakasmaksujen korotuksen johdosta. Tasasuuruiset asiakasmaksut ovat regressiivinen tapa rahoittaa palveluja, toisin sanoen pienituloiset maksavat suhteessa tuloihinsa enemmän kuin suurituloiset.⁴

Kun rajataan kaikkein pienimmät muutokset pois (alle 10 euroa vuodessa), asiakasmaksujen korotukset koskettaisivat 45 prosenttia Suomen väestöstä eli noin 2,5 miljoonaa henkilöä. Henkilöillä, joilla asiakasmaksut kasvaisivat vähintään 10 euroa vuodessa, keskimääräinen maksukertymän muutos olisi + 59 euroa vuodessa (mediaani +46 €/v).⁵ Valtaosalla niistä, joilla maksut kasvaisivat yli 10 euroa, maksumuutos olisi alle 50 euroa vuodessa. Näitä henkilöitä olisi noin 24 prosenttia väestöstä (noin 1 360 000 henkilöä). Henkilöitä, joilla maksut kasvaisivat 50–100 euroa vuodessa, olisi noin 13 prosenttia väestöstä (noin 730 000 henkilöä). Noin kahdeksalla prosentilla väestöstä (noin 450 000 henkilöä) maksut kasvaisivat yli 100 euroa vuodessa. Teoreettinen maksimi maksukorotukselle olisi 225 euroa vuodessa henkilöä kohden.⁶ Hyvin pienellä joukolla (0,4 prosentilla väestöstä) muutos olisi yli 200 euroa vuodessa. Joissain harvinaisissa tapauksissa henkilön maksut voisivat myös pienentyä (0,2 prosentilla väestöstä). Nämä tilanteet syntyvät, kun vanhempi ja lapset kerryttävät samaa kattoa ja toisen maksujen kasvu täyttää katon, jolloin toisen maksut pienentyvät tai poistuvat. Kotitaloustasolla

⁴ Maria Vaalavuo (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus, s. 24. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018.

⁵ Arvioidut maksumuutokset henkilötasolla vuoden aikana euroissa mitattuna. Arviointiin on otettu mukaan muutokset, jotka ylittävät 10 euroa vuodessa. Esimerkiksi jos henkilöllä on vuoden aikana vain yksi lääkärikäynti terveyskeskuksessa, vaikuttaisivat korotukset häneen vain 5,20 euroa. Tällaisia muutoksia ei ole otettu vaikutusarvioinnissa mukaan. Mikäli arvioissa otetaan mukaan henkilöt, joilla muutos on alle 10 euroa vuodessa, ehdotetut muutokset vaikuttaisivat noin 53 prosenttiin väestöstä eli noin 2,9 miljoonaa henkilöä. Henkilöitä, joille korotus olisi alle 10 euroa vuodessa, on 8 prosenttia väestöstä (390 000 henkilöä). 47 prosenttiin väestöstä muutos ei vaikuttaisi lainkaan.

⁶ Maksimimuutos on 45 prosentin maksukorotus, jolla saavutetaan maksukaton taso eli 762 euroa.

2.10.2024

kenenkään maksut eivät kuitenkaan pieneneisi. Maksukorotukset koskettaisivat arviolta 67 prosenttia Suomen kotitalouksista.

Vaikutukset koskettaisivat kotitalouksia tulojakauman eri päissä melko tasaisesti, mutta hieman yleisemmin pienituloisten kuin suurituloisten kotitalouksien jäseniä. Eniten vaikutukset kohdistuisivat toiseksi alimpaan tulokymmenykseen. On hyvä huomioida, että tässä muutoksia on analysoitu euromääräisesti. Suhteessa kotitalouden maksukykyyn (esim. tuloihin) muutokset kohdentuisivat voimakkaammin tulojakauman alapäähän. Ehdotetut asiakasmaksujen korotukset saattavat siis erityisesti pienituloisten asiakkaiden kohdalla merkitä sitä, että niiden asiakkaiden määrä, joilla voisi seurata vaikeuksia selviytyä asiakasmaksuista, kasvaa. Tämä voisi yksittäisissä tapauksissa johtaa myös toimeentulotuen tarpeeseen tai maksujen ulosottoon, mikäli toimeentulotukea ei haettaisi tai myönnettäisi. Osittain tästä syystä korotuksia on pyritty kohdentamaan siten, että vaikutukset pienituloisiin olisivat mahdollisimman pienet. Lisääntynyt taloudellisen tuen tarve voi jossain määrin myös johtaa esimerkiksi sosiaalihuollon ohjauksen, neuvonnan ja palvelutarpeen arviointien sekä palveluiden tarpeen lisääntymiseen.

Ikääntyneet käyttävät terveystalouksia useammin kuin työikäiset tai lapset, koska iän myötä terveysongelmia ilmenee enemmän. Mitä vanhempi henkilö on, sitä todennäköisempää on, että maksujen korotukset myös vaikuttaisivat häneen. Alaikäiset ovat vapautettuja monista maksuista, joten muutokset vaikuttaisivat vain seitsemään prosenttiin alaikäisistä. Sen sijaan muutokset koskettaisivat arviolta 74 prosenttia yli 85-vuotiaista.

Eri kotitaloustyypeissä elävistä yli 18-vuotiaista yli 10 euron korotukset vuodessa kohdentuisivat erityisesti yksinhuoltajiin (61 prosenttia), lapsettomiin pariskuntiin (58 prosenttia) ja yksinasuviin (56 prosenttia). Vähiten muutokset kohdistuisivat pariskuntiin, joilla on lapsia (51 prosenttia). Erot heijastanevat kotitaloustyyppittäisiä eroja sairastavuudessa, tulotasossa ja iässä. Maksut kasvaisivat 10-50 euroa vuodessa 28 prosentilla yksinasuvista, 30 prosentilla lapsettomista pareista, 33 prosentilla yksinhuoltajista ja 29 prosentilla pareista, joilla on lapsia. Maksut kasvaisivat 50-100 euroa vuodessa 17 prosentilla yksinasuvista, lapsettomista pareista ja yksinhuoltajista, ja 13 prosentilla pareista, joilla on lapsia. Yli 100 euroa vuodessa maksut kasvaisivat 11 prosentilla yksinasuvista ja lapsettomista pareista, 10 prosentilla yksinhuoltajista, ja 9 prosentilla pareista, joilla on lapsia.

Yli 10 euron vuotuista kasvua maksukertymässä merkitsevät korotukset koskettaisivat arviolta 60 prosenttia yli 18-vuotiaista naisista (joista reilulla puolella maksut kasvaisivat 10-50 euroa vuodessa ja vajaalla puolella yli 50 euroa vuodessa) ja 49 prosenttia aikuisista miehistä (joista reilulla puolella näistä 10-50 euroa vuodessa ja vajaalla puolella yli 50 euroa vuodessa). Myös isot korotukset olisivat tyypillisempiä naisilla: 11 prosenttia naisista ja kahdeksan prosenttia miehistä kokisivat yli 100 euron vuosimuutoksen. Yksi syy sille, miksi muutokset kohdistuisivat enemmän naisiin, on ikäjakauma. Naiset myös työskentelevät useammin matalapalkkaisilla aloilla.

2.10.2024

Kun tarkastellaan asiakkaiden maksukattoa kerryttävien tasasuuruisten terveyspalvelujen maksujen maksukertymiä sekä niiden vuodenaikaista jakaumaa ja maksukorotusten aiheuttamaa muutosta, voidaan arvioida, että yleisin maksukertymä on alle 10 euroa vuodessa (46 prosenttia), ja tämän joukon koko pysyisi hyvin samana myös maksukorotusten jälkeen. Jos ei oteta huomioon edellä mainittua (alle 10 euron maksukertymän) joukkoa, yleisin maksukertymä vuoden aikana on 100–300 euroa (18 prosenttia). Tämänkin joukon koko pysyisi melko samana myös maksukorotusten jälkeen, mutta muiden maksukertymäluokkien välillä tapahtuisi muutoksia. Maksukorotusten takia pieniä 10–50 euron maksukertymiä olisi jatkossa enää vain harvalla (aiemmin noin 13 prosentilla, jatkossa noin 8 prosentilla). 50-100 euron maksukertymiä olisi jatkossa noin 11 prosentilla väestöstä (aiemmin noin 10 prosentilla), ja vastaavasti 300-761 euron maksukertymiä olisi noin 12 prosentilla väestöstä (aiemmin noin 10 prosentilla). Aiemmin arviolta 3,6 prosentilla väestöstä (5,0 prosenttia asiakkaista) on ollut käyntejä, joista ei ole peritty maksuja tai on peritty pienempiä maksuja maksukaton täyttymisen takia. Korotusten jälkeen näitä henkilöitä olisi 5,8 prosenttia väestöstä (7,9 prosenttia asiakkaista). Kaiken kaikkiaan katon ylittäneiden henkilöiden määrä kasvaisi korotusten myötä siis noin 58 prosenttia.

Maksut kasvaisivat sitä enemmän mitä suurempi on ollut aiempi maksukertymä. Poikkeuksena on kuitenkin maksukaton täyttäneet, joilla maksut kasvaisivat tyypillisesti vähemmän kuin niillä, joiden maksukertymä ennen muutoksia on 300-761 euroa vuodessa. Tämä johtuu maksujen maksukatosta, joka osaltaan suojaisi asiakkaita kalenterivuoden aikana kertyvältä kokonaismaksurasisitukselta. Terveystenhuollon tasasuuruiset maksut kerryttävät maksukattoa, jonka täytyttyä asiakkaan ei pääsääntöisesti tarvitse maksaa maksukattoa kerryttävistä palveluista asiakasmaksua kalenterivuoden loppuun asti. Asiakasmaksujen korottamisen myötä maksukatto täytyisi jatkossa nopeammin ja useammalla henkilöllä, kun maksukaton tasoa ei kuitenkaan korotettaisi, vaan se säilyisi ennallaan. Arviointi kuitenkin osoittaa, että edes maksukatto ei täysin suojaisi asiakasta maksukorotuksilta, vaan maksut kasvaisivat arviolta myös 74 prosentilla maksukaton ylittäneistä. Tämä johtuu siitä, että valtaosalla maksukaton ylittäneistä on lyhytaikaisia laitoshoidojaksoja, joista poikkeuksellisesti peritään niin sanottu ylläpitomaksu vielä maksukaton täyttymisen jälkeen. Ylläpitomaksulla on nimensä mukaisesti tarkoitus kattaa laitoshoidosta aiheutuvia ylläpitokustannuksia, kuten esimerkiksi tilojen käytöstä ja ruoasta aiheutuvia kustannuksia. Korotusten myötä maksukatto täytyisi aiemmin, joten useammasta laitoshoitopäivästä perittäisiin maksu ylläpidosta maksukaton täyttymisen jälkeen. Ylläpitomaksuun ei ehdoteta korotusta nyt esittävän asetusmuutoksen yhteydessä, vaan sen taso säilyisi toistaiseksi ennallaan. Myöskään suun terveydenhuollossa oikomislaitteista ja hammasproteettisista toimenpiteistä perittävät hammastekniset kulut, jotka voidaan periä todellisten kustannusten mukaisina, eivät kerrytä maksukattoa. Myös ne peritään maksukaton täyttymisen jälkeen.

Vaikutukset kohdistuisivat arvion mukaan melko tasaisesti eri hyvinvointialueiden asukkaisiin, mutta eroja tulee jonkin verran esimerkiksi ikärakenteen vaihtelun takia. Eroja

2.10.2024

voisi käytännössä muodostua myös siitä, että alueiden käytännöt terveydenhuollon tasasuuruisten maksujen huojentamisen osalta vaihtelevat.

Vaikutukset lapsiin

Alle 18-vuotiaiden henkilöiden terveydenhuolto on laajalti maksutonta. Heidät on vapautettu niin terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluista, terveyskeskuspäivystyksen, erikoissairaanhoidon poliklinikalla annettavan hoidon kuin suunterveydenhuollon ja sarjassa annettavan hoidon maksuista. Alle 18-vuotiailta peritään kuitenkin maksuja esimerkiksi seitsemästä ensimmäisestä lyhytaikaisen laitoshoidon, päivä- ja yöhoidon sekä kuntoutushoidon hoitopäivästä. Kaiken kaikkiaan nyt ehdotettujen muutosten on kuitenkin arvioitu kohdistuvan vain seitsemään prosenttiin alaikäisistä. Lasten osalta on myös huomattava, että lapsen ja tämän huoltajan maksut voivat kerryttää asiakasmaksulain mukaisesti samaa maksukattoa. Koska vammaisten henkilöiden voidaan arvioida tarvitsevan keskimääräistä useammin sosiaali- ja terveystaloustyyppeissä maksukorotusten on arvioitu vaikuttavan eniten yksinhuoltajiin. Korotusten on myös arvioitu vaikuttavan palvelujen käyttöön, joka voi puolestaan johtaa terveysongelmien pahenemiseen. Vaikka korotusten suorat vaikutukset lapsiin on arvioitu olevan pienet, välillisesti korotusten on arvioitu voivan vaikuttaa myös lasten hyvinvointiin.

Lapsivaikutusten arvioinnin kohteena ovat paitsi lasten oikeudet, myös lasten hyvinvointi, kehitys ja kasvuympäristö. Lapsiin vaikuttaa välillisesti myös esimerkiksi lasten vanhempiin ja huoltajiin kohdistuvat muutokset. Ehdotettujen korotusten on arvioitu kohdentuvan erityisesti pienituloisiin, ja merkitsevän erityisesti pienituloisten asiakkaiden kohdalla lisääntyneitä hankaluuksia selvitä asiakasmaksuista. Eri kotitaloustyyppeissä maksukorotusten on arvioitu vaikuttavan eniten yksinhuoltajiin. Korotusten on myös arvioitu vaikuttavan palvelujen käyttöön, joka voi puolestaan johtaa terveysongelmien pahenemiseen. Vaikka korotusten suorat vaikutukset lapsiin on arvioitu olevan pienet, välillisesti korotusten on arvioitu voivan vaikuttaa myös lasten hyvinvointiin.

Vaikutukset vammaisiin henkilöihin

YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksista tehdyn yleissopimuksen (SopS 26-27/2016), jäljempänä *vammaisyleissopimus*, mukaan vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa. Määritelmän mukaan vammaisuus ei siis määrity henkilön diagnoosin kautta, vaan suhteessa ympäristöön ja sen esteisiin. Suomessa ei ole käytössä yhtä vammaisen henkilön määritelmää tai määritelyä vammaisstatusta. Suomessa ei myöskään rekisteröidä tai tilastoida vammaisten henkilöiden kokonaismäärää. Viitteitä vammaisten henkilöiden määrästä voi saada esimerkiksi vammaispalvelujen käyttäjien tai Kelan vammaisasetuuskien saajien määrästä. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2024 julkaiseman arvion mukaan vammaispalvelujen käyttäjiä on yhteensä noin 130 000 henkilöä, joka on noin 2,3 % Suomen väestöstä. Kelan myöntämiä vammaisasetuuskien saajia oli vuoden 2023 lopussa yhteensä 261 900 eli 4,7 % koko väestöstä.



2.10.2024

Maksukorotusten vaikutuksista vammaisiin henkilöihin on haettu viitteitä erottamalla aineistosta ne 18 vuotta täyttäneet henkilöt, jotka saavat Kelan vammaistukea. Näitä on ollut vuoden 2023 lopussa 13 188. Tämä tarkastelukulma rajaa toisaalta pois vammaiset lapset sekä sellaiset vammaiset henkilöt, jotka ovat eläkkeellä ja saavat tästä johtuen eläkkeensaajan hoitotukea ja toisaalta sisällyttää joukkoon sellaisia henkilöitä, jotka eivät välttämättä olisi oikeutettuja esimerkiksi vammaispalveluihin. Maksukorotusten on arvioitu kohdistuvan enemmän vammaistuen saajiin (69 %) kuin muihin henkilöihin (54 %). Korotukset vaikuttaisivat kohdentuvan melko tasaisesti riippumatta saadun vammaistuen asteesta. Vammaisetuksien saajista, mukaan lukien eläkettä saavan hoitotuen saajat, tiedetään, että he saavat perustoimeentulotukea useammin kuin muu väestö, tosin tuen tarve on usein lyhytaikaista. Vammaisten henkilöiden on myös arvioitu saavan tulonsa pitkälti tulonsiirroista.⁷ Vammaisten henkilöiden voidaan arvioida tarvitsevan keskimääräistä useammin sosiaali- ja terveyspalveluita, ja koska vammaiset saavat tulonsa pitkälti eri etuuksista, heidän voidaan arvioida käyttävän erityisesti julkisia palveluita. Siten vammaisten henkilöiden voidaan yleisellä tasolla arvioida kuuluvan siihen ryhmään, jonka arkipäivään nyt ehdotetuilla korotuksilla on vaikutuksia. Nyt ehdotettujen korotusten jälkeen asiakasmaksuista selviytyminen voi olla vaikeaa erityisesti niille vammaisille henkilöille, jotka joutuvat käyttämään paljon terveydenhuollon palveluita. On kuitenkin huomattava, että vammaiset henkilöt eivät ole homogeeninen joukko, vaan heissä on myös hyvin toimeentulevia henkilöitä, joille korotetuista asiakasmaksuista selviytyminen ei tuota vaikeuksia. Kaikkia vammaisia henkilöitä koskevia yleistyksiä ehdotettujen korotusten vaikutuksista vammaisiin henkilöihin ei siten voida tehdä.

Vaikutukset ikääntyneisiin henkilöihin

Suomessa 1 300 000 henkilöä on täyttänyt 65 vuotta. Sairastavuus kasvaa vanhemmissa väestöryhmissä ja siitä syystä heillä on muuta väestöä enemmän sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja käyttöä. Tämän vuoksi myös asiakasmaksujen korotukset kohdistuvat muuta väestöä yleisemmin ikääntyneisiin henkilöihin. Ehdotettujen korotusten on arvioitu koskevan arviolta 74 prosenttia yli 85-vuotiaista. Tutkimusten mukaan terveydenhoitoon liittyviä kulut köyhdyttävät erityisesti yli 75-vuotiaita ja työkyvyttömyyseläkeläisiä.⁸ Tiedetään myös, että ikääntyneiden velkaantuminen on lisääntynyt.⁹

Tutkimukset osoittavat, että osa iäkkäistä ei koe saavansa tarvitsemaan sosiaali- ja terveyspalveluja ja että asiakasmaksuilla on vaikutusta ikääntyneiden mahdollisuuksiin

⁷ <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721376/vammaisetuksien-saajat-saavat-selvasti-muuta-vaestoa-yleisemmin-perustoimeentulotukea>

⁸ Tervola ym. Kotitalouksien terveysmenojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa. INVEST Working papers 1/2020.

⁹ <https://www.sttinfo.fi/tiedote/69933888/nuorten-ja-vanhojen-ongelmavelkaantuminen-lisaantynyt-ja-maksukyky-heikentynyt-voimakkaasti?publisherId=3328>



2.10.2024

käyttää palveluja. THL:n Terve Suomi -väestötutkimuksen mukaan korkeat maksut haittasivat terveyspalvelujen saamista sitä yleisemmin mitä iäkkäämpi vastaaja oli. 75 vuotta täyttäneistä neljä kymmenestä koki, että korkeat maksut olivat vaikeuttaneet terveyspalvelujen saamista.¹⁰ Saman tutkimuksen mukaan joka viides aikuinen kertoi joutuneensa tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi. Osuudet kuitenkin pienenevät siirryttäessä nuoremmista ikäluokista vanhempiin.¹¹

Voidaan kuitenkin arvioida, että korotukset lisäisivät entuudestaan ikääntyneiden maksuvaikeuksia ja vaikuttaisivat hoitoon hakeutumiseen.

Ehdotuksen yhteisvaikutukset muiden valmisteltavien säästötoimien kanssa

Sosiaali- ja terveysministeriö on arvioinut vuoden 2025 talousarvioesityksen yhteydessä budjettilakiesityksinä esiteltävien sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien lakimuutosten sekä talousarvioon liittyvien muiden ehdotusten yhteisvaikutuksia, mukaan lukien perus- ja ihmisoikeusvaikutuksia.

Muutosten vaikutuksia kotitalouksien asemaan koskevassa tarkastelussa on arvioitu vuosina 2024 ja 2025 tehtyjen ja tehtävien toimeentuloturvan muutosten yhteisvaikutuksia kotitalouksien tulonmuodostukseen. Tarkastelussa on lisäksi otettu huomioon tuloverotukseen tehtyjen ja esitettävien muutosten vaikutukset, sekä terveystalouteen vaikuttavia ehdotuksia. Terveystalouteen kyseisessä tarkastelussa tarkoitetaan julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja, sekä sairausvakuutuksesta korvattavien lääkkeiden ja yksityisen terveydenhuollon käytöstä korvauksen jälkeen käyttäjille maksettavaksi jääneitä omavastuita yhteensä. Asiakasmaksumuutosten osalta arvioinnissa on otettu huomioon nyt käsillä olevat ehdotukset asiakasmaksujen enimmäismäärien korotuksiksi vuodesta 2025 alkaen. Erikseen on arvioitu vuosien 2024 ja 2025 toimeentuloturvan ja terveystalouteen vaikuttavien muutosten, mukaan lukien sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien muutosten yhteisvaikutuksia eri ihmisryhmien perus- ja ihmisoikeuksien toteutumiseen.¹²

Toimeentuloturvan muutosten johdosta käytettävissä olevien tulojen pienentyminen kohdistuu perhetyypeistä voimakkaimmin arvion mukaan yksinasuviin sekä yksinhuoltajakotitalouksiin. Suhteellisesti suurimmat käytettävissä olevien tulojen pienemiset kohdistuisivat opiskelijoihin, työttömiin ansioturvan saajiin ja työttömiin perusturvan saajiin. Myös aikuisen vammaistuen ja työkyvyttömyyseläkkeen saajissa suurella osalla etuuden saajista käytettävissä olevat tulot laskevat. Käytettävissä olevien tulojen pienemistä ja kasvua kohdistuu kaikkiin ikäryhmiin. Ikäryhmistä eniten tulojen pienemistä havaitaan 18-24-vuotiaiden ikäryhmässä, toiseksi yleisimmin 55-64-vuotiaissa. 55-64 -vuotiaat erottuvat tuloksista todennäköisesti siksi, että työttömyys on

¹⁰ https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/palvelujen_saavutettavuus.html

¹¹ https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/toimeentulon_vaikeudet.html

¹² <https://stm.fi/-/sosiaaliturvamuutosten-yhteisvaikutusten-arviointi-on-valmistunut-1>



2.10.2024

tässä ikäryhmässä yleisempää kuin nuoremmissa ikäryhmissä ja näin ikäryhmässä on myös nuorempia ikäryhmiä enemmän työttömyysetuudensaajia sekä pitkäaikaistyöttömiä. Vähintään 65-vuotiaissa käytettävissä olevien tulojen muutokset ovat vähäisempiä.

Kun katsotaan terveystuloihin eli terveydenhuollon asiakasmaksuihin ja omavastuisiin vuonna 2024 tehtyjen ja vuonna 2025 tehtävien muutosten vaikutuksia yhdessä, arvioinnin perusteella terveystulojen kasvua sekä pienenemistä tapahtuisi läpi tulojakauman. Menojen kasvu kuitenkin painottuisi pienempituloisiin ja menojen pieneneminen suurempituloisiin. Eniten terveystulot kasvaisivat euromääräisesti toiseksi ja kolmanneksi alimmissa tulokymmenyksissä. Suhteessa tuloihin muutokset terveystuloissa olisivat suhteessa vielä suurempia alimmissa tulokymmenyksissä verrattuna ylimpiin tulokymmenyksiin. Terveydenhuollon asiakasmaksuihin ja omavastuisiin kohdistuvilla muutoksilla olisi ylintä tulokymmenystä lukuun ottamatta terveystulojen jälkeen käytettävissä olevia tuloja pienentävä vaikutus. Vaikutukset tuloihin olisivat kuitenkin keskimäärin varsin maltillisia (0,2 prosenttiyksikköä tai vähemmän). Terveystulojen muutoksista terveydenhuollon asiakasmaksuihin ehdotettavat korotukset vaikuttaisivat eniten käytettävissä olevia tuloja pienentävästi.

Asiakasmaksukorotukset kohdistuvat osittain samoihin ryhmiin, joihin toimeentuloturvan muutokset on arvioitu kohdentuvan, pois lukien 18-24 -vuotiaiden ikäryhmä, joka ei ole suuri terveystulojen käyttäjäryhmä. Kun tarkastellaan toimeentuloturvaan tehtyjä ja terveystuloihin vaikuttavia muutoksia yhdessä ikäryhmittäin, suurimmat tulomenetykset osuisivat arvion mukaan juurikin 18–24 vuotiaisiin. Ikääntyneillä on eniten terveystuloja, ja vaikka toimeentuloturvan muutosten johdosta käytettävissä olevien tulojen muutokset ovat vähäisempiä vähintään 65-vuotiaiden ikäryhmässä, terveystulojen muutosten huomioiminen toimeentuloturvan muutosten rinnalla kasvattaisi myös vanhimmissa ikäryhmissä hieman niiden osuutta, joiden tulot pienenevät. Kun tarkastellaan vain vuodelle 2025 suunniteltuja muutoksia, olisi terveystuloilla, erityisesti asiakasmaksukorotuksilla, suhteessa suurempi vaikutus tulomenetyksiin kuin molemmat vuodet huomioivassa tarkastelussa.

Myös sosiaali- ja terveystuloja koskevien muutosten vaikutusten on arvioitu kohdistuvan osittain samoihin ihmisryhmiin, joihin myös asiakasmaksukorotukset ja osin myös toimeentuloturvan muutokset kohdistuisivat. Esimerkiksi hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentämisen vaikutukset kohdistuisivat arvion mukaan erityisesti niihin, joiden ainoa tai pääasiallinen hoitopaikka on julkinen perusterveydenhuolto, eli esimerkiksi ikääntyneisiin, työttömiin, työkyvyttömiin (esim. työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella olevat), vankeihin sekä osaan vammaisista henkilöistä ja maahanmuuttajista. On arvioitu, että hoitoon pääsyajat voivat johtaa muun muassa häiriökäytönsäntään, päivystysten kuormittumiseen ja erikoissairaanhoidon kasvuun. Asiakasmaksut ovat korkeampia erikoissairaanhoidossa kuin perustasolla, ja niitä myös korotetaan suuremmalla prosentilla. Erikoissairaanhoidon maksut kuormittavat näin ollen asiakasta enemmän. Maksujen korotusten on myös arvioitu voivan vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen. Toisaalta hoitoon pääsyn enimmäisaikojen pidentämisellä on arvioitu

2.10.2024

olevan myös myönteisiä vaikutuksia, jotka toteutuessaan kohdistuisivat samoihin väestöryhmiin.

Vaikutukset perus- ja ihmisoikeuksiin

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sääntely kytkeytyy läheisesti perustuslain 19 §:ssä turvattuihin sosiaaliin perusoikeuksiin. Perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Perustuslakivaliokunta on tulkintakäytännössään todennut, että riittävien sosiaali- ja terveystalvelujen turvaamisessa jokaiselle on merkittävänä ulottuvuutena se, että asiakasmaksut eivät suuruutensa takia saa siirtää kyseisiä talveluja niitä tarvitsevien ulottumattomiin (PeVL 8/1999 vp). Perustuslakivaliokunta on lisäksi todennut, etteivät sosiaali- ja terveydenhuollosta perittävät maksut saa johtaa siihen, että niitä tarvitsevat joutuvat turvautumaan perustuslain 19 §:n momentissa tarkoitettuun viimesijaiseen toimeentuloturvaan (esim. PeVL 21/2016 vp).

Perustuslain 6 §:n 1 momentin mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä. Säännös ilmaisee paitsi vaatimuksen oikeudellisesta yhdenvertaisuudesta myös ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta. Yleistä yhdenvertaisuussäännöstä täydentää perustuslain 6 §:n 2 momentin sisältämä syrjintäkielto, jonka mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan sukupuolen, iän, alkuperän, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Säännöksessä lueteltuja erotteluperusteita voidaan pitää syrjintäkiellon ydinalueena. Luetteloa ei ole tarkoitettu tyhjentäväksi, vaan eri asemaan asettaminen on kielletty myös muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Tällainen syy voi olla esimerkiksi yhteiskunnallinen asema, varallisuus, yhdistystoimintaan osallistuminen, perhesuhteet, raskaus, aviollinen syntyperä, seksuaalinen suuntautuminen ja asuinpaikka (HE 309/1993 vp, s. 43—44, ks. myös PeVL 31/2014 vp, s. 3/l). Perustuslain syrjintäkielto koskee myös välillistä syrjintää eli toimenpiteitä, jotka vaikutuksiltaan johtavat syrjivään lopputulokseen. Tältä osin syrjinnän käsilläolo on arvioitava jonkin menettelyn tosiasiallisten seurausten kannalta. (HE 309/1993 vp, s. 44).

Yhdenvertaisuuslaki (1325/2014) täsmentää ja konkretisoi perustuslain 6 §:n yhdenvertaisuus- ja syrjintäkieltosääntelyä. Yhdenvertaisuuslain 8 §:n perusteella ketään ei saa syrjiä iän, alkuperän, kansalaisuuden, kielen, uskonnon, vakaumuksen, mielipiteen, poliittisen toiminnan, ammattiyhdistystoiminnan, perhesuhteiden, terveydentilan, vammaisuuden, seksuaalisen suuntautumisen tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella. Yhdenvertaisuudesta ja syrjinnän kiellosta määrätään myös useissa Suomea sitovissa kansainvälisissä ihmisoikeussopimuksissa.

Taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen (SopS 6/1976; TSS-sopimus) 12 artiklan mukaan yleissopimuksen sopimusvaltiot tunnustavat jokaiselle oikeuden nauttia korkeimmasta saavutettavissa



2.10.2024

olevasta ruumiin- ja mielenterveydestä. Yleissopimuksen toimeenpanoa valvoo YK:n taloudellisten, sosiaalisten ja sivistyksellisten oikeuksien komitea (TSS-komitea), joka antaa sopimuksen artiklojen tulkinnasta yleiskommentteja. Vaikka yleiskommentit eivät ole oikeudellisesti sitovia, on niillä sopimuksen noudattamista valvovan asiantuntijaelimen tulkintakannanottoina erityistä painoarvoa sopimusmääräysten sitovaa sisältöä määritettäessä. TSS-komitea on antanut terveyttä koskevasta 12 artiklasta yleiskommentin nro 14.¹³ Komitean mukaan terveyspalveluiden tulee olla saavutettavia kaikille sopimusvaltion lainkäyttövaltaan kuuluville ilman syrjintää. Komitean mukaan saavutettavuuteen sisältyy taloudellinen saavutettavuus: terveyspalvelujen tulee olla kaikille kohtuuhintaisia. Terveyspalveluista maksettavien maksujen on perustuttava tasapuolisuuden periaatteeseen, jolla varmistetaan, että yksityisesti tai julkisesti tarjottavat palvelut ovat kohtuuhintaisia kaikille, myös sosiaalisesti heikommassa asemassa oleville ryhmille. Tasapuolisuus edellyttää, että köyhempiä talouksia ei rasieta suhteettomasti terveydenhoitokuluilla verrattuna rikkaampiin talouksiin. Suomelle antamissaan loppupäätelmissä vuonna 2021 TSS-komitea ilmaisi huolensa siitä, että tietyillä ihmisryhmillä on Suomessa muita suurempia vaikeuksia saada tarvitsemiaan terveydenhuollon palveluita. Komitea suositteli, että Suomi seuraa sote-uudistuksen vaikutuksia sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuuteen, yhdenvertaiseen saavutettavuuteen, kohtuuhintaisuuteen ja laatuun, sekä varmistaa yhdenvertaisen palveluiden saannin erityisesti heikommassa asemassa oleville ryhmille. Tässä Suomen tulee huomioida erityisesti ne esteet, joita haavoittuvassa asemassa olevat ryhmät, kuten työttömät, vanhukset ja paperittomat henkilöt kohtaavat palvelujen saannissa.¹⁴

TSS-sopimuksen sopimusmääräysten tulkinnassa on otettava huomioon 2 artiklan 1 kohdan mukaiset velvoitteet, joiden mukaan sopimusvaltio sitoutuu sekä erikseen että varsinkin talouden ja tekniikan alalla kansainvälisen avun ja yhteistoiminnan kautta täysimääräisesti käytettävissä olevien voimavarojensa mukaan ryhtymään toimenpiteisiin kaikin soveltuvin keinoin ja varsinkin lainsäädäntötoimenpitein yleissopimuksessa tunnustettujen oikeuksiensa toteuttamiseksi asteittain kokonaisuudessaan (ns. progressiivisuus- ja maksimaalisuuslausekkeet). Mainitun velvoitteen kääntöpuolena on lähtökohtaisesti oikeuksien heikennyskielto.

Uudistetun Euroopan sosiaalisen peruskirjan (SopS 78-80/2002) 11 artiklan 1 kohdan mukaan varmistakseen, että oikeutta terveyden suojeluun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, sopimuspuolet sitoutuvat joko suoraan tai yhteistyössä julkisten tai yksityisten järjestöjen kanssa, ryhtymään asianmukaisiin toimiin, joiden tarkoituksena on muun muassa poistaa terveyttä heikentävät syyt mahdollisuuksien mukaan. Mainittu kohta tarkoittaa peruskirjan noudattamista valvovan sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan hoidon saatavuuden näkökulmasta muun muassa sitä, että terveydenhuollon

¹³ General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000.

¹⁴ E/C.12/FIN/CO/7: Concluding observations on the seventh periodic report of Finland, 30.2.2021, kohdat 41 ja 42.



2.10.2024

kustannuksista vastaa ainakin osittain koko yhteisö ja sitä, että terveydenhuollon kustannukset eivät saa olla liian raskas rasite yksilölle eivätkä asiakasmaksut saisi olla terveysjärjestelmän pääasiallinen rahoituslähde. Heikoimmassa asemassa olevien potilaiden taloudellista taakkaa on komitean mukaan vähennettävä.¹⁵

Peruskirjan 13 artiklan 1 kohdan mukaan varmistaakseen, että oikeutta sosiaaliavustukseen ja lääkinnälliseen apuun voidaan käyttää tehokkaalla tavalla, sopimuspuolet sitoutuvat varmistamaan, että jokaiselle, jolla ei ole riittäviä tuloja tai varoja ja joka ei pysty hankkimaan tällaisia tuloja tai varoja joko omin avuin tai muista lähteistä, etenkin sosiaaliturvajärjestelmän tarjoamista etuuksista, annetaan riittävää apua ja sairastapauksissa kyseisen tilan vaatimaa hoitoa. Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitean mukaan artikla edellyttää joko maksutonta tai julkisin varoin tuettua terveydenhuoltoa tai maksuja, joiden avulla henkilö voi maksaa terveydentilansa edellyttämän hoidon.¹⁶

Terveyteen liittyviä sopimusmääräyksiä on lisäksi muun muassa YK:n vammaisyleissopimuksessa, YK:n yleissopimuksessa lapsen oikeuksista (SopS 59-60/1991) sekä YK:n kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevassa yleissopimuksessa (SopS 67-68/1986).

YK:n vammaisyleissopimuksen terveyttä koskevan 25 artiklan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus parhaaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää vammaisuuden perusteella. Sopimuspuolten tulee erityisesti järjestää vammaisille henkilöille samanlaajuiset, -laatuiset ja -tasoiset maksuttomat tai kohtuuhintaiset terveydenhuoltopalvelut ja -ohjelmat kuin muille, myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden sekä väestöpohjaisten kansanterveysohjelmien alalla. Vammaisyleissopimuksen 28 artiklan mukaan sopimuspuolten tulee varmistaa vammaisten henkilöiden oikeus riittävään omaan ja perheidensä elintasoon sekä muun ohella elinolojen jatkuvaan parantamiseen. Saman artiklan kohdassa 2 edellytetään, että sopimuspuolet tunnustavat vammaisten henkilöiden oikeuden sosiaaliturvaan ja tämän oikeuden nauttimiseen ilman syrjintää vammaisuuden perusteella sekä toteuttavat asianmukaiset toimet tämän oikeuden toteutumisen turvaamiseksi ja edistämiseksi. Lisäksi 19 artiklaa (eläminen itsenäisesti ja osallisuus yhteisössä) koskevassa yleiskommentissaan nro. 5 YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien komitea nostaa 19 artiklan täytäntöönpanon kannalta esteeksi muun muassa kohtuullisen hintaisten palveluiden puuttumisen esimerkiksi terveydenhuollosta.¹⁷

YK:n lapsen oikeuksien sopimuksen 3 artiklan 1 kohdan mukaan kaikissa viranomaisten ja lainsäädäntöelinten toimissa, jotka koskevat lapsia, on ensisijaisesti otettava huomioon

¹⁵ Euroopan neuvosto, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 113–115.

¹⁶ Euroopan neuvosto, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 126.

¹⁷ General comment No. 5 on living independently and being included in the community, 7.10.2017, kohta 15 h.



2.10.2024

lapsen etu. Lapsen edun sisällön lähtökohtana ovat lapsen oikeudet ja niiden mahdollisimman täysimääräinen toteuttaminen. Lapsen oikeuksien sopimusta valvova lapsen oikeuksien komitea on artiklaa koskevassa yleiskommentissaan määritellyt seuraavat lapsen edun kannalta olennaiset tekijät: lapsen näkemykset, lapsen hyvinvointi ja arki, identiteetti ja tausta, haavoittuva asema, perhesuhteiden ja muiden ihmissuhteiden vaaliminen, terveys, huolenpito, suojaaminen ja turvallisuus sekä koulutus ja varhaiskasvatus.¹⁸ Lapsen oikeuksien sopimuksen 24 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat, että lapsella on oikeus nauttia parhaasta mahdollisesta terveydentilasta sekä sairauksien hoitamiseen ja kuntoutukseen tarkoitetuista palveluista. Saman artiklan mukaan sopimusvaltiot pyrkivät varmistamaan, ettei yksikään lapsi joudu luopumaan oikeudestaan nauttia tällaisista terveyspalveluista. YK:n lapsen oikeuksien komitea on artiklaa 24 koskevassa yleiskommentissaan todennut, että yleissopimus edellyttää sopimusvaltioita ottamaan käyttöön kaikki tarkoituksenmukaiset lainsäädäntö-, hallinnolliset ja muut toimenpiteet lasten terveyttä koskevan oikeuden toteuttamiseksi ilman syrjintää. Komitea katsoo, että lainsäädännöllä tulisi varmistaa, että lasten oikeus välttämättömiin, lapsimyönteisiin ja laadukkaisiin terveyspalveluihin ja muihin liitännäispalveluihin toteutuu riippumatta heidän maksukyvyystään. Komitea mukaan lainsäädännöstä ei saa aiheutua syrjiviä vaikutuksia tai esteitä lasten terveyttä koskevan oikeuden toteutumiseksi.¹⁹

Lapsen oikeuksien sopimuksen 27 artiklan mukaan sopimusvaltiot tunnustavat jokaisen lapsen oikeuden hänen ruumiillisen, henkisen, hengellisen, moraalisen ja sosiaalisen kehityksensä kannalta riittävään elintason. Vanhemmilla tai muilla lapsen huollosta vastaavilla on ensisijainen velvollisuus kykyjensä ja taloudellisten mahdollisuuksiensa mukaisesti turvata lapsen kehityksen kannalta välttämättömät elinolosuhteet. Sopimusvaltiot puolestaan ryhtyvät kyseisen artiklan mukaan kansallisten olosuhteidensa ja varojensa mukaisesti tarpeellisiin toimiin tukeakseen vanhempia ja muita lapsesta vastuussa olevia tämän oikeuden toteuttamisessa sekä antavat tarvittaessa aineellista apua. Riittävää elintasoa on konkretisoitu lapsen oikeuksien komitean yleiskommentissa muun muassa viittauksilla riittävään ravintoon, terveyden saavutettavissa olemiseen sekä vaatetukseen.²⁰

Perustuslain 22 §:n mukaan julkisen vallan on turvattava perusoikeuksien ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Perusoikeuksien tosiasiallinen toteutuminen edellyttää julkisen vallan aktiivisia toimenpiteitä, esimerkiksi perusoikeuksien suojaamiseksi ulkopuolisilta loukkauksilta tai tosiasiallisten edellytysten luomiseksi perusoikeuksien käyttämiseksi. Turvaamiskeinoihin kuuluvat perusoikeuden käyttöä turvaavan ja täsmentävän lainsäädännön säätäminen sekä taloudellisten voimavarojen kohdentaminen

¹⁸ General comment No. 14 on the right of the child to have his or her best interests taken as a primary consideration (art. 3, para. 1), 29.5.2013.

¹⁹ General Comment No. 15 on the right of the child to the highest attainable standard of health, 17.4.2013, kohta 95.

²⁰ General Comment No. 9.:The rights of children with disabilities, 27.2.2007, kohta 3.



2.10.2024

(HE 309/1993 vp, s. 75). Edellä mainitun perustuslain yleissäännöksen lisäksi perusoikeuksien turvaamisesta tai edistämisestä on täsmällisempiä erityissäännöksiä. Joissakin niistä, kuten riittäviä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevassa 19 §:n 3 momentissa, veloitetaan nimenomaan lainsäätäjää, jolloin on kysymys lainsäätäjään kohdistuvasta perustuslaillisesta toimeksiannosta eli lainsäätäjän positiivisesta toimintavelvoitteesta.

Perustuslakivaliokunta on katsonut, että valtiontalouden säästötavoitteet taloudellisen laskusuhdanteen aikana voivat sinänsä muodostaa hyväksyttävän perusteen puuttua jossain määrin myös perustuslaissa turvattujen oikeuksien tasoon. Tällöin on kuitenkin otettava huomioon, että sääntely ei saa kokonaisuutena arvioiden vaarantaa perustuslaissa asetettua tukemiselvoitetta (ks. esim. PeVL 32/2014 vp, s. 2, PeVL 44/2014 vp, s.3 ja PeVL 25/2012 vp, s. 3/I). Valiokunta on huomauttanut samassa yhteydessä, että niin sanotut perustuslailliset toimeksiannot ovat merkityksellisiä erityisesti lainsäätäjän toiminnassa ja ne on otettava huomioon myös budjettivaltaa käytettäessä. Tähän tulisi kiinnittää huomiota valtiontalouden säästöjä kohdennettaessa (PeVL 44/2014 vp, s. 3, PeVL 32/2014 vp, s. 2/II, ks. myös PeVM 25/1994 vp, s. 3/II ja s. 6). Perustuslakivaliokunta on esimerkiksi lapsilisän indeksijäädysten (HE 116/2012 vp) osalta pitänyt huolestuttavana sitä, että sääntelyn vaikutukset kohdistuvat voimakkaimmin pienituloisiin perheisiin. Valiokunta kuitenkin katsoi, että osaltaan tätä kompensoi se, että lapsilisä otetaan toimeentulotuesta annetun lain 11 §:n mukaisesti tulona huomioon toimeentulotukea myönnettäessä, joten kaikkein heikoimmassa asemassa olevien, toimeentulotukea saavien kotitalouksien osalta indeksijääditys ei vaikuta lopulliseen tulotasoon (ks. PeV 25/2012 vp, s. 3).

TSS-sopimuksen 12 artiklaa koskevassa yleiskommentissa TSS-komitea toteaa artiklan 2 artiklan 1 kohdan ns. progressiivisuus- ja maksimaalisuuslausekkeisiin viitaten, että kuten muidenkin sopimuksen mukaisten oikeuksien kohdalla, on olemassa vahva oletus, että terveyttä koskevat heikentävät toimet eivät ole hyväksyttäviä. Valtiolla on todistustaakka todistaa, että ne otetaan käyttöön vasta, kun on tarkkaan harkittu vaihtoehtoja ja että toimet ovat hyväksyttäviä suhteessa sopimuksen annettuihin oikeuksiin kokonaisuutena valtion käytettävissä olevat kokonaisresurssit huomioiden.²¹

Euroopan sosiaalinen peruskirja ei sisällä TSS-sopimuksen 2 artiklaa vastaavaa progressiivisuus- ja maksimaalisuuslausekkeet sisältävää yleismääräystä. Euroopan sosiaalisen peruskirjan G artiklan 1 kohdassa säädetään kuitenkin, että peruskirjassa mainittuihin oikeuksiin ei saa kohdistaa muita kuin [peruskirjan I ja II] osissa määritettyjä rajoituksia, lukuun ottamatta sellaisia rajoituksia, joista on säädetty laissa ja jotka ovat välttämättömiä demokraattisessa yhteiskunnassa muiden henkilöiden oikeuksien ja vapauksien turvaamiseksi tai yleisen edun, kansallisen turvallisuuden, kansan terveyden

²¹ General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), 11.8.2000, kohta 32.

2.10.2024

tai moraalin suojelemiseksi. Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea on todennut erikseen sosiaaliturvaa (12 artikla) koskien, että kaikki sosiaaliturvaan tehtävät heikennykset eivät automaattisesti merkitse 12 artiklan 3 kohdan loukkausta. Komitea on katsonut, että julkisen talouden tasapainottaminen voi olla hyväksyttävä syy heikennyksille. Tällöinkään ne eivät saa heikentää sosiaaliturvajärjestelmän ”peruskehikkoa”.²²

Nyt ehdotettavien asiakasmaksukorotusten perimmäinen tarkoitus on vahvistaa julkista taloutta. Velkaantumiskehityksen taittamiseksi välttämättömät hallituskaudella toteutettavat säästötoimet ovat mittavat ja kohdistuvat laajasti yhteiskunnan eri sektoreille. Koska terveydenhuolto muodostaa niin merkittävän osan valtion kokonaismenoista, sitä ei hallituksen käsityksen mukaan ole tarvittavien säästötoimien mittakaava huomioiden ollut mahdollista jättää kokonaan säästötoimien ulkopuolelle. Hallitus on kuitenkin pyrkinyt valitsemaan kokonaisuuden kannalta vähiten haitalliset säästökohteet, vaikka yhteiskunnallisessa päätöksenteossa kyse sinällään aina on myös arvovalinnoista.

Julkisen talouden vahvistamisen myötä voidaan vahvistaa myös hyvinvointialueiden rahoituksellista asemaa kokonaisuutena sekä pitkällä aikajänteellä. Riittävän kokonaisrahoituksen turvaaminen eri aikajänteillä on edellytys sille, että julkinen valta voi täyttää perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisen velvollisuutensa turvata jokaiselle riittävät palvelut. Rahoituksen kestävyuden varmistamisella on siten yhteys yksilöllisesti perusoikeuksina turvattuihin palveluihin. Sillä pyritään varmistamaan koko väestön yhdenvertaisten ja riittävien palveluiden saatavuutta. Ehdotusten perustarkoituksella on siten katsottava olevan myös perusoikeuksien laajempaa toteutumista turvaava vaikutus. Toisaalta on otettava huomioon, että perustuslakivaliokunta on katsonut, että perustuslain 19 §:n 3 momentin viittaus jokaiseen terveyspalveluihin oikeutettuna edellyttää viime kädessä yksilökohtaista arviointia palvelujen riittävydestä (ks. PeVL 26/2017 vp., s. 32, PeVL 30/2013 vp, s. 3/I).

Vaikka ehdotuksessa on kyse merkittävästä prosentuaalisista korotuksista asiakasmaksujen enimmäismääriin, on korotukset pyritty kohdentamaan niin, että korotukset ja maksujen enimmäiseuromäärät pysyisivät jatkossakin kokonaisuudessaan mahdollisimman kohtuullisina erityisesti pienituloisten osalta, jotta ne eivät siirtäisi kyseisiä palveluja niitä tarvitsevien ulottumattomiin. Lisäksi palvelujen käyttäjää suojaa asiakasmaksulaissa säädetty maksukatto sekä terveyskeskusmaksujen ja sarjahoidon maksujen perimistä käyntimäärien mukaan rajoittavat säännökset. On myös huomattava, että laissa ja myös asetuksessa on säädetty lukuisia palveluja maksuttomiksi. Maksujen perimistä rajoittavan maksukaton tarkoituksena on osaltaan turvata kohtuullinen maksurasitus sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjälle. Perustuslakivaliokunta onkin katsonut maksukattoa koskevalla sääntelyllä olevan kytkentä julkisen vallan velvollisuuteen turvata jokaiselle oikeus riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin (PeVL

²² Euroopan neuvosto, Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights 2022, s. 121–122.

2.10.2024

8/1999 vp). Maksukatton tasoon ei ehdoteta muutosta. Ehdotettujen korotusten myötä maksukatto täytyisi arvion mukaan aiempaa useammalla ja aiemmin. Maksukatton täytyminen aiemmin johtaisi toisaalta arvion mukaan myös siihen, että niillä asiakkaila, joilla on laitoshoidoa, jatkossa useammasta laitoshoitopäivästä perittäisiin ns. ylläpitomaksu. Vaikka ylläpitomaksuun ei ehdoteta muutosta, maksut kasvaisivat arvion mukaan myös valtaosalla maksukatton ylittäneistä.

On arvioitu, että niiden asiakkaiden määrä erityisesti pienituloisten keskuudessa, joilla voisi seurata vaikeuksia selvitä asiakasmaksuista, kasvaisi. Tämä puoltaisi sitä, että hyvinvointialueet myös perustuslain 19 §:n 3 momentin mukaisesti velvollisuuksiinsa nojautuen ottaisivat asiakasmaksulain 11 §:n 2 momentin mukaisesti käyttöönsä mahdollisuuden jättää perimättä tai alentaa myös tasasuuruksia terveydenhuollon maksuja. Tämä mahdollistaisi maksujen kohtuullisuuden tapauskohtaisen ja yksilökohtaisen arvioinnin tilanteessa, jossa hyvinvointialue muuten päättäisi periä maksut korotettujen enimmäismäärien mukaisesti. Tällöin maksun perimättä jättäminen tai alentaminen olisi myös perustuslain edellyttämällä tavalla selkeästi ensisijaista suhteessa toimeentulotukeen. Sosiaali- ja terveysvaliokunta on painottanut asiakasmaksulain osittaisuudistuksen (HE 129/2020 vp) yhteydessä, että kohtuullistamisen ensisijaisuus voi yleisten hallinto-oikeudellisten periaatteiden nojalla koskea tasasuuruksia maksuja myös esimerkiksi silloin, jos maksun periminen ei olisi oikeasuhtaista sen vuoksi, että kunta tai kuntayhtymä tietää jo ennalta, että asiakas joutuu turvautumaan toimeentulotukeen maksusta selviytyäkseen (StVM 39/2020 vp).

Asiakasmaksulakiin on kirjattu nimenomaisesti asiakasmaksun alentamisen ja perimättä jättämisen ensisijaisuus suhteessa toimeentulotukeen. Säännöksellä on haluttu lisätä tuolloin terveystalouksista vastanneiden kuntien tietoisuutta huojentamista koskevasta velvoitteesta sekä perustuslakivaliokunnan kannasta.²³ Säännökseen lisättiin myös maksun alentamista tai perimättä jättämistä koskeva yleinen tiedonantovelvollisuus. Maksuja ei tule lähtökohtaisesti siirtää toimeentulotukeen maksettavaksi, vaan hyvinvointialueen on ensisijaisesti tehtävä asiakasmaksun alentamista tai perimättä jättämistä koskeva arviointi, sekä arvioinnin perusteella päätös maksun huojentamista koskien.

Hyvinvointialue ei kuitenkaan tee perustoimeentulotuen tarpeen arviointia vaan sen tekee Kela, ottaen huomioon asiakkaan ja perheen koko taloudellisen tilanteen. Nyt korotettaviksi ehdotetut niin sanotut tasasuuruksiset terveydenhuollon asiakasmaksut ovat terveydenhuoltomenoja, jotka otetaan toimeentulotukilain (1412/1997) 7 b §:n mukaisesti huomioon toimeentulotukea myönnettäessä. Terveydenhuollon tasasuuruksiin asiakasmaksuihin ohjataan hakemaan asiakasmaksulain ja perustuslakivaliokunnan kannan mukaisesti ensisijaisesti huojentamista. Huojentamisen ensisijaisuus ei kuitenkaan estä toimeentulotuen myöntämistä asiakasmaksuun, myöskään tilanteessa, jossa asiakasmaksun alentamista ja perimättä jättämistä koskevan asian käsittely on

²³ HE 129/2020 vp, s. 92.



2.10.2024

kesken.²⁴ Näin turvataan henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämätön toimeentulo ja huolenpito perustuslain mukaisesti. Toimeentulotukea myönnetään toimeentulotukilaissa määriteltyihin tarpeellisiin menoihin, joita henkilö tai perhe ei pysty kattamaan käytettävissä olevilla tuloillaan ja varoillaan. Hyvinvointialueelta saatu asiakasmaksun palautus voidaan myöhemmin huomioida toimeentulotuen tarpeen arvioon vaikuttavan tulona, jos kyseessä oleva asiakasmaksu on aiemmin huomioitu menona perustoimeentulotuessa. Mikäli Kela ei myöntäisi perustoimeentulotukea asiakasmaksuihin eikä hyvinvointialue ole huojentanut asiakasmaksua, voi asiakas vielä hakea täydentävää toimeentulotukea hyvinvointialueelta. Tällöin hyvinvointialue voi harkintansa mukaan ratkaista asiakkaan tilanteen joko myöntämällä toimeentulotukea tai huojentamalla maksuja.

Nyt käsillä olevassa ehdotuksessa ei sinänsä esitetä heikennyksiä sosiaali- ja terveyspalveluihin. Suomessa henkilö voi maksukyvystään riippumatta hakeutua hoitoon, josta peritään jälkikäteen maksu. Erilaisten maksujärjestelyiden lisäksi asiakkaalla on mahdollisuus hakea hyvinvointialueelta maksuun huojennusta. Asiakasmaksuihin voidaan myöntää viimekädessä toimeentulotukea. Tutkimus kuitenkin osoittaa, että asiakasmaksujen korotukset voivat vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen etenkin perusterveydenhuollossa. THL:n Terve Suomi -väestötutkimuksen mukaan miehistä kolmannes ja naisista hieman yli kolmannes koki, että korkeat maksut olivat vaikeuttaneet terveyspalvelujen saamista vähintään joskus viimeisimmän 12 kuukauden aikana. Kyselytutkimukseen osallistuneiden kokemuksen mukaan korkeat maksut haittasivat terveyspalvelujen saamista sitä yleisemmin, mitä iäkkäämpi vastaaja oli. 75 vuotta täyttäneistä neljä kymmenestä koki, että korkeat maksut olivat vaikeuttaneet terveyspalvelujen saamista.²⁵ Saman tutkimuksen mukaan joka viides aikuinen kertoi joutuneensa tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi.²⁶

Asiakasmaksukorotusten on arvioitu vaikuttavan erityisesti pienituloisiin, yksinhuoltajiin ja yksinasuviin, vammaisiin henkilöihin sekä ikääntyneisiin, jotka myös käyttävät julkisia terveyspalveluja muuta väestöä enemmän. Vaikka korotusten suorat vaikutukset lapsiin on arvioitu olevan pienet, välillisesti korotusten on arvioitu voivan vaikuttaa myös lasten hyvinvointiin. Toimeentuloturvaa koskevat muutokset, samoin kuin esimerkiksi kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajan pidentämisen vaikutukset, kohdistuvat osittain samoihin ryhmiin. Lisäksi hyvinvointialueiden mahdolliset erilaiset käytännöt asiakasmaksujen alentamisen ja perimättä jättämisen suhteen voivat heikentää alueellista yhdenvertaisuutta. Muilla palvelujärjestelmään kohdistuvilla esityksillä on arvioitu olevan sama vaikutus.

²⁴ HE 129/2020 vp, s. 92.

²⁵ https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/palvelujen_saavutettavuus.html

²⁶ https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/toimeentulon_vaikeudet.html



2.10.2024

Ottaen huomioon ne vaikutukset, joita ehdotetuilla korotuksilla, myös yhdessä muiden hallituksen esittämien säästötoimenpiteiden kanssa, on arvioitu olevan palvelujen käyttöön, edellä kuvatuista lainsäädännön tarjoamista suojakeinoista huolimatta voi muodostua tilanteita, joissa korotukset vaikuttavat yksilön harkintaan palveluihin hakeutumisesta. Tällaisissa tilanteissa voi syntyä riski siitä, että tarpeellisten palvelujen koetaan olevan asiakkaan tai potilaan ulottumattomissa. Tällaisia tilanteita ei voida pitää perus- ja ihmisoikeuksien tosiasiallisen toteutumisen kannalta ongelmattomina, mikä korostaa oikean ja riittävän informaatio-ohjauksen merkitystä muutoksia toimeenpantaessa.

Valtioneuvoston tehtävänä on ohjata hyvinvointialueita hyödyntämään täysimääräisesti lainsäädännön tarjoamia suojakeinoja silloin, kun ne ovat yksittäisen asiakkaan tai potilaan kannalta tarpeen sen varmistamiseksi, etteivät maksut siirrä palveluja niitä tarvitsevien ulottumattomiin. Myös asiakkaiden ja potilaiden tietoisuutta suojakeinoista tulisi lisätä madaltaakseen kynnystä palveluihin hakeutumiseen. Valtioneuvoston on lisäksi arvioitava lainsäädännöllisten toimenpiteiden tarvetta suojakeinojen kehittämiseksi. Ehdotettujen korotusten tosiasiallisia vaikutuksia esimerkiksi palvelujen käyttöön on seurattava ja ryhdyttävä toimenpiteisiin, mikäli ihmisten tosiasialliset ja yhdenvertaiset mahdollisuudet saada palveluja niiden myötä heikkenisivät.²⁷

5 Lausuntopalaute

Asetusluonnoksesta järjestettiin lausuntokierros 24.6.-9.8.2024. Lausuntoja saatiin yhteensä 69. Lausunnon antoivat eduskunnan oikeusasiamiehen kanslia, Kirkkohallitus, lapsiasiavaltuutettu, Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos, valtiovarainministeriö, vanhusasiavaltuutettu, yhdenvertaisuusvaltuutettu, Etelä-Karjalan hyvinvointialue, Helsingin kaupunki, HUS-yhtymä, Kanta-Hämeen hyvinvointialue, Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue, Keski-Suomen hyvinvointialue, Keski-Uudenmaan hyvinvointialue, Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue, Pirkanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Karjalan hyvinvointialue, Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue, Pohjois-Savon hyvinvointialue, Satakunnan hyvinvointialue, Vantaa-Keravan hyvinvointialue, Varsinais-Suomen hyvinvointialue, Allergia-, iho- ja astmaliitto ry, Amnesty International Suomen osasto, Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry, Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry, Epilepsialiitto ry, FDUV, Gynekologinen potilasjärjestö Korento ry, Hengitysliitto, IBD ja muut suolistosairaudet ry, Ihmisoikeusliitto, Invalidiliitto ry, Kehitysvammaisten Tukiliitto ry, Kehitysvammaliitto, Kuluttajaliitto ry, Kuuloliitto ry, Kynnys ry, Lastensuojelun Keskusliitto, Lääkäripalveluyritykset ry, Mannerheimin lastensuojeluliitto ry, Mielen terveyden keskusliitto ry, Mielen terveyspooli, Muistiliitto ry, Munuais- ja maksaliitto ry, Neuroliitto ry, Näkövammaisten liitto ry, Omaishoitajaliitto ry, Palvelualojen ammattiliitto PAM, Pelastakaa lapset ry, Soste Suomen sosiaali ja terveys ry, Suomen Diabetesliitto ry,

²⁷ Ks. esim. PeVL 44/2014 vp.

2.10.2024

Suomen Hammaslääkäriliitto ry, Suomen Luustoliitto ry, Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry, Suomen lääkäriiliitto, Suomen nuorisolan kattojärjestö Allianssi ry, Suomen opiskelijakuntien liitto SAMOK ry, Suomen Reumaliitto ry, Suomen sosiaalioikeudellinen seura ry, Suomen Sydänliitto ry, Suomen Syöpäpotilaat ry, Syöpäjärjestöt, Takuusäätiö sr., Tehy ry, Työttömien Keskusjärjestö ry, Vammaisfoorumi ry, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto Valli ry sekä yksi yksityishenkilö.

Ehdotus ei saanut lausunnonantajien keskuudessa kannatusta, pl. yksittäinen lausunnonantaja. Korotukset nähtiin suuressa osassa lausuntoja kohtuuttomiksi. Osassa lausuntoja huomautettiin, etteivät korotukset vastaa pääministeri Orpon hallitusohjelman tavoitetta toteuttaa asiakasmaksujen ”maltillinen korottaminen mahdollisimman oikeudenmukaisesti lisäämättä eriarvoisuutta sekä siten, etteivät maksut muodostu esteeksi palveluiden saamiselle”. Ehdotuksen tavoitetta tasapainottaa julkista taloutta pidettiin joissain lausunnoissa sinänsä kannatettavana. Osassa myös korotusten kohdentamista erikoissairaanhoidon pidettiin sinänsä kannatettavana mutta todettiin, että myös pienituloiset ja haavoittuvassa asemassa olevat käyttävät erikoissairaanhoidon. Paljon palveluja käyttäville maksurasite voi olla huomattava. Joissain lausunnoissa myös kiinnitettiin huomiota siihen, että asiakasmaksut ovat jo ennestään Suomessa kansainvälisesti verraten varsin korkeat, ja että esitetyt korotukset nostavat jo valmiiksi korkeaa kotitalouksien ja erityisesti pienituloisten rahoitusosuutta terveydenhuollosta.

Osassa lausuntoja katsottiin, että suun terveydenhuoltoon ei tulisi kohdentaa korotuksia tai että korotusten tulisi olla pienempiä kuin muissa palveluissa, muun muassa koska suun terveydenhuollon maksut ja maksurahoituksen osuus kustannuksista ovat jo nykyisin selvästi suuremmat kuin muussa terveydenhuollossa. Lausunnoissa katsottiin myös, että suun terveydellä on yhteys muihin sairauksiin sekä ihmisen kokonaisterveyteen, eivätkä suun terveydenhuollon maksut saisi vaarantaa palveluihin hakeutumista. Joissakin lausunnoissa katsottiin, että jo nykyiset maksut ovat johtaneet siihen, että osa asiakkaista jättää hakeutumatta hoitoon. Lausuntopalautteessa tuotiin myös esille suun sairauksista tehty tutkimustyö, joka osoittaa suun sairaudet nimenomaan alemmissa tuloluokissa yleisemmiksi, ja katsottiin ehdotusten lisäävän entisestään väestön eriarvoisuutta. Osassa lausuntoja nostettiin esille myös muun muassa fysioterapian ja sarjahoidon maksujen kohdentuminen paljon palveluja tarvitseviin ja monisairaisiin. Korkeampia korotuksia ei katsottu tarkoituksenmukaiseksi kohdentaa näihin maksuihin, jottei palveluihin hakeutuminen vaarantuisi. Korotusten ei myöskään katsottu tukevan kotona asumista tai sairaan taikka vammaisen henkilön toimintakyvyn ylläpitämistä. Myös laitoshoidon maksun korottamisesta esitettiin joissakin lausunnoissa huolta, etenkin kun laitoshoidosta joudutaan maksamaan ylläpitomaksu vielä maksukaton täytyttyä. Lisäksi lausunnoissa esitettiin useita muita yksittäisiä maksuja koskevia huomioita.

Valtaosassa lausuntoja katsottiin, että ehdotuksen vaikutukset kohdistuvat erityisesti haavoittuvassa asemassa oleviin (erityisesti pienituloiset, paljon palveluja käyttävät, pitkäaikaissairaat, vammaiset, ikääntyneet, lapsiperheet, työttömät ja työkyvyttömät) ja että ehdotus lisää toimeentulotuen tarvetta, velkaantumista, ulosottoa ja perintää sekä



2.10.2024

kansalaisten eriarvoisuutta. Monessa lausunnossa tuotiin esille, että jo nykyisin asiakasmaksuja päätyy paljon ulosottoon. Useissa lausunnoissa katsottiin, että ehdotuksella voi olla vähentäviä vaikutuksia palvelujen käyttöön, joka voi lisätä kustannuksia pidemmällä aikavälillä. Eräässä lausunnossa tuotiin myös esille palveluun ja hoitoon pääsyn viiveet asiakas- ja potilasturvallisuutta vaarantavina tilanteina. Useassa lausunnossa peräänkuulutettiin ehdotuksen käyttäytymisvaikutusten tarkempaa arviointia.

Suuressa osassa lausuntoja viitattiin samanaikaisten säästötoimenpiteiden yhteisvaikutuksiin, jotka kohdentuvat pitkälti samoihin ihmisryhmiin. Yhteisvaikutusten arviointi olisi tullut lausunnonantajien mukaan olla käytettävissä jo ehdotuksia valmisteltaessa sekä lausuntokierroksella. Joissakin lausunnoissa myös viitattiin juuri vuoden alussa voimaan tulleisiin asiakasmaksujen indeksikorotuksiin (10 %) ja nostettiin esille epäsuhta liittyen samanaikaisiin lisäpanostuksiin sairausvakuutuskorvauksiin, jotka entisestään lisääisi kansalaisten eriarvoisuutta.

Useassa lausunnossa, muun muassa hyvinvointialueiden lausunnoissa, katsottiin, että korotukset eivät tuo hyvinvointialueille ehdotuksessa arvioitua ja rahoituksesta vähennettävää tulokertymää ja ehdotus heikentää siten entuudestaan alueiden taloudellista tilannetta. Todellista maksukertymää alentavina tekijöinä mainittiin mm. luottotappiot, perintä ja ulosotto, toimeentulotuen kasvu ja rahoitus sekä hallinnollisen työn ja kustannusten kasvu esimerkiksi lisääntyvien maksukattopäätösten ja huojentamiseen liittyvän asiakkaiden tulo- ja menotietojen selvittämisen vuoksi. Osassa lausuntoja katsottiin, että ehdotuksen vaikutusarvioinneissa käytetty vuoden 2017 palvelujen käyttöön perustuva tietopohja ei anna ajantasaista kuvaa palvelujen käytöstä, eikä siten myöskään realistista kuvaa maksumuutosten taloudellisista vaikutuksista. Lisäksi katsottiin, että rahoituslain kytkös käytännössä pakottaisi alueita ottamaan käyttöön enimmäistason mukaiset asiakasmaksut ja heikentäisi siten hyvinvointialueiden harkintavaltaa ja itsehallintoa.

Useassa lausunnossa todettiin, että vaikka maksukatto ja hyvinvointialueiden mahdollisuus alentaa tai jättää perimättä maksuja ovat sinänsä myönteisiä, asiakkaat eivät välttämättä seuraa katon täyttymistä eivätkä ole perillä maksujen perimättä jättämiseen tai alentamiseen liittyvistä mahdollisuuksista ja menettelytavoista. Myöskään neuvonta ei aina ole riittävää. Lisäksi toimintatavat, kriteerit ja käytännöt hyvinvointialueilla ovat vaihtelevia, mikä voi aiheuttaa alueellista epäyhdenvertaisuutta. Lausunnoissa esitettiin tietoisuuden lisäämistä ja asiakkaan suojakeinojen kehittämistä, mm. maksukaton seurantavastuun siirtämistä viranomaiselle ja huojentamisvelvollisuuden laajentamisesta tasasuuruisiin maksuihin. Useassa lausunnossa huomautettiin, että sinänsä kannatettavaa kehysriihen mukaista kannustinta hyvinvointialueille vapauttaa pienituloiset asiakasmaksuista ei olisi, kun korotukset vähennettäisiin rahoituksesta täysimääräisesti. Asiakasmaksujen alentamisen jäädessä hyvinvointialueiden harkintaan, ei tätä osuutta ole mahdollista arvioida ja ottaa huomioon säädettävän asiakasmaksumuutoksen johdosta hyvinvointialueiden rahoitukseen tehtävässä vähennyksessä ja koko maan tasolla tehtävä



2.10.2024

rahoituksen vähennys voi siten osoittautua ylimitoitetuksi suhteessa alueilla toteutuvaan maksukertymään.

Joissain lausunnoissa katsottiin, että ehdotetut korotukset ovat siinä määrin suuria, että on mahdollista, että ne tosiasiansa siirtävät palveluja niitä tarvitsevien ulottumattomiin ja esitettiin asiakasta suojaavien mekanismien kehittämistä. Osassa lausuntoja myös tuotiin esille, että vaikka korotukset eivät suoraan kohdistu lapsiin, voi vanhempien maksujen korotuksilla olla vaikutusta vanhempien elatuskykyyn ja kykyyn huolehtia lapsistaan ja siten vaikutukset kohdistuvat myös heidän lapsiinsa. Lausunnoissa tuotiin myös esille haavoittuvassa asemassa oleviin ikääntyneisiin ja vammaisiin henkilöihin liittyviä erityisiä näkökohtia ja vaikutuksia.

Lausuntokierroksen yhteydessä hyvinvointialueita pyydettiin tuottamaan tietoa maksullisten todistusten määrästä ja asiakasmaksutuloista sekä arviota maksujen kustannusvastaavuudesta. Tietoja pyydettiin todistuksia ja lausuntoja koskevaa uudistamistyötä sekä mahdollisten todistuksia ja lausuntoja koskevien maksumuutosten jatkovalmistelua varten. Tietoja saatiin yhdeksältä hyvinvointialueelta ja Helsingin kaupungilta. Lausuntojen määrästä ja niistä perityistä maksuista saatiin lausunnoista melko hyvä yleiskuva. Kustannusvastaavuudesta ei saatu kattavasti tietoa, mutta saatujen tietojen mukaan ainakin joillakin hyvinvointialueilla osa kyseessä olevista maksuista on jo kustannusvastaavia.

Lausuntopalautteen perusteella ehdotettujen korotusten vaikutusten arviointia on tarkennettu ja täydennetty. Myös korotusten kohdentamista on uudelleen arvioitu yhteistyössä THL:n kanssa. Jatkotyössä tehdyn arvioinnin perusteella kohdennuksiin ei kuitenkaan ole tehty muutoksia. Korotusten uudelleen kohdentamisella olisi erisuuntaisia ja erisuuruisia vaikutuksia. Säästötavoitteen pysyessä samana, sinänsä pienillä parannuksilla joihinkin maksuihin olisi väistämättä maksuja korottavia ja siten asiakkaan tilannetta heikentäviä vaikutuksia toisaalla, eikä niillä ole siten katsottu olevan merkittävää vaikutusta kokonaisuuteen.

6 Säännöskohtaiset perustelut

3 §. Kotona annettava palvelu. Pykälän 5 momentissa säädettyjä euromääriä korotettaisiin 22,5 %:lla.

7 §. Terveyskeskuksen avohoidon maksut. Pykälän 1 ja 2 momentissa säädettyjä euromääriä korotettaisiin 22,5 %:lla. Pykälän 3 momentissa säädettyä euromäärää korotettaisiin 45 %:lla.

8 §. Sairaalan poliklinikkamaksu. Pykälän 1 momentissa säädettyä euromäärää korotettaisiin 45 %:lla.



2.10.2024

8 a §. Päiväkirurgia. Pykälän 1 momentissa säädettyä euromäärää korotettaisiin 45 %:lla.

9 §. Suun ja hampaiden tutkimus ja hoito. Pykälän 1 ja 2 momentissa säädettyjä euromääriä korotettaisiin 22,5 %:lla.

11 §. Sarjassa annettava hoito. Pykälän 1 momentissa säädettyä euromäärää korotettaisiin 45 %:lla.

12 §. Lyhytaikainen laitoshoido. Pykälän 1 momentissa säädettyjä euromääriä korotettaisiin 22,5 %:lla.

13 §. Päivä- ja yöhoidon maksu. Pykälän 1 momentissa säädettyä euromäärää korotettaisiin 22,5 %:lla.

14 §. Kuntoutushoidon maksut. Pykälän 1 momentissa säädettyä euromäärää korotettaisiin 22,5 %:lla.

7 Voimaantulo

Ehdotetut muutokset on tarkoitettu tulemaan voimaan 1.1.2025.

Esitetään, että valtioneuvosto antaa asetuksen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta.