

2.10.2024

Statsrådets förordning om ändring av förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården

1 Bakgrund och bemyndiganden att utfärda förordning

Enligt programmet för statsminister Petteri Orpos regering genomförs en moderat höjning av klientavgifterna med betoning på den specialiserade sjukvården och så rättvist som möjligt utan att ojämlikheten ökar och så att avgifterna inte utgör ett hinder för tillgången till tjänster. Därtill förenhetligas klientavgifterna inom hälso- och sjukvården på riksnivå. Enligt regeringsprogrammet är målet med ändringarna att de offentliga finanserna anpassas med sammanlagt 50 miljoner euro från och med 2025.

I enlighet med vad som beslutades vid ramförhandlingarna den 15–16 april 2024 ändras dessutom lagen och förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården med betoning på avgifterna för den specialiserade sjukvården. I enlighet med beslutet vid ramförhandlingarna binds dessutom klientavgifterna till välfärdsområdesindex, och i fortsättningen görs årligen en indexjustering av avgifterna för att indexförändringen bättre ska motsvara den faktiska kostnadsutvecklingen. I överensstämmelse med vad som beslutades vid ramförhandlingarna ska välfärdsområdena dessutom uppmuntras att befria personer med de lägsta inkomsterna från klientavgifter. Effekterna på den offentliga ekonomin av de åtgärder som beslutades vid ramförhandlingarna beräknas vara 100 miljoner euro från och med 2025.

Enligt lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992), nedan *klientavgiftslagen*, kan för välfärdsområdets social- och hälsovårdstjänster en avgift tas ut hos den som använder servicen, om inte något annat föreskrivs genom lag. Enligt lagens 2 § 1 mom. får den avgift som tas ut för servicen vara högst lika stor som kostnaderna för serviceproduktionen. Enligt lagens 2 § 2 mom. kan det genom förordning av statsrådet föreskrivas om den högsta avgiften för service och att en avgift ska bestämmas enligt betalningsförmågan. Bestämmelser om avgifternas maximibelopp finns i statsrådets förordning om klientavgifter inom social- och hälsovården (912/1992), nedan *klientavgiftsförordningen*.

I 6 a § i klientavgiftslagen föreskrivs om ett avgiftstak för klientavgifter, som för närvarande är 762 euro per kalenderår för en klient. I avgiftstaket beaktas i regel jämnstora klientavgifter inom hälso- och sjukvården, det vill säga avgifter som är lika för alla, som nu föreslås bli höjda. Till dessa hör avgifter för besök vid hälsovårdscentraler, avgifter för besök och åtgärder inom mun- och tandvården, med undantag för tandtekniska kostnader, samt sjukhusens poliklinikavgifter och avgifter för kortvarig sluten vård (vård på avdelning). Sedan avgiftstaket har nåtts är de tjänster som taket gäller avgiftsfria för klienten till slutet av kalenderåret i fråga. För uppehälle för en klient som fyllt 18 år och som får kortvarig

2.10.2024

sluten vård får det emellertid tas ut högst 25,10 euro per dygn, även om avgiftstaket har nåtts.

Målet att anpassa de offentliga finanserna med sammanlagt 150 miljoner euro från ingången av 2025 uppnås genom att klientavgiftsförordningen ändras så att maximibeloppen för klientavgifterna enligt förordningen höjs, i huvudsak inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Det förenhetligande av avgifter som nämns i regeringsprogrammet och de ändringar i indexregleringen som man kom överens om vid ramförhandlingarna ingår inte i förslaget i detta sammanhang. Höjningarna av maximibeloppen ger välfärdsområdena möjlighet att ta ut uppskattningsvis 150 miljoner euro mer i klientavgifter per år. Välfärdsområdena beslutar dock självständigt om avgifternas storlek inom de ramar som föreskrivs i lagstiftningen om klientavgifter.

I en regeringsproposition (RP 70/2024 rd) har det föreslagits en ändring av lagen om välfärdsområdenas finansiering (617/2021) som gör det möjligt att på förhand dra av avgiftsinkomster som fås genom höjningar av klientavgifterna under moment 28.89.31 *Finansiering av social- och hälsovården och räddningsväsendet inom välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen*. Enligt den ändring som föreslås i finansieringslagen kan höjningen av klientavgifternas maximibelopp beaktas i finansieringen på förhand endast om ändringens inverkan på finansieringen kan beaktas på ett sätt som tryggar välfärdsområdenas finansiering. På de faktiska avgiftsinkomsterna inverkar dock bland annat huruvida ett enskilt område beslutar att ta ut avgifter enligt de höjda maximibeloppen. Avsikten är att vid beaktandet av konsekvenserna utgå från att välfärdsområdena gör den avgiftshöjning som bestämmelsen möjliggör, varvid det är möjligt att trygga finansieringen på detta sätt. Om ett välfärdsområde då beslutar att inte göra höjningen blir välfärdsområdets finansiering till denna del mindre, och välfärdsområdet måste täcka denna andel med hjälp av den övriga finansiering som det får eller anpassa sin verksamhet inom ramen för finansieringen. Välfärdsområdet har beslutanderätt i detta avseende. Ändringen av finansieringslagen avses i fråga om klientavgifterna träda i kraft den 1 januari 2025. Ytterligare information om projektet finns i den offentliga tjänsten på adressen <https://vm.fi/sv/projekt-och-lagberedning> med identifieringskoden VM091:00/2023.

2 Beredningen av förordningen

De föreslagna ändringarna har beretts som tjänsteuppdrag vid social- och hälsovårdsministeriet. Konsekvensbedömningen av förslagen baserar sig i huvudsak på en konsekvensbedömning som Institutet för hälsa och välfärd (THL) har gjort med simuleringsmodellen SOTE-SISU.¹ Förordningsutkastet var ute på remiss mellan den 24

¹ THL:s bedömning: [De föreslagna höjningarna av klientavgifterna höjer hälso- och sjukvårdsavgifterna för varannan finländare - THL \(på finska\)](#)

2.10.2024

juni och den 9 augusti 2024 (se avsnitt 5 Remissvar för närmare information). Beredningsunderlaget till förslaget till förordning finns tillgängliga i den offentliga tjänsten under adressen valtioneuvosto.fi/sv/projekt med identifieringskod STM061:00/2024.

3 De viktigaste förslagen

Det föreslås att avgifterna enligt klientavgiftsförordningen höjs så att ändringarna träder i kraft vid ingången av 2025. I enlighet med regeringsprogrammet görs höjningen av klientavgifterna med betoning på den specialiserade sjukvården, men det har ansetts ändamålsenligt att höjningen gäller alla de klientavgifter inom hälso- och sjukvården om vilkas maximibelopp det föreskrivs i klientavgiftsförordningen, så att höjningarna som helhet betraktat är så skäliga som möjligt både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Höjningarna gäller således utöver den specialiserade sjukvården samtliga avgifter inom primärvården, inbegripet avgifterna för mun- och tandvård. Maximibeloppen för avgifterna inom primärvården (läkarbesök vid hälsovårdscentraler, besök som gäller undersökning och vård, inbegripet åtgärder, av mun och tänder, tillfällig hemsjukvård samt rehabilitering som ges i form av slutenvård) höjs i regel med 22,5 procent och maximibeloppen för avgifterna inom den specialiserade sjukvården (besök vid sjukhuspolikliniker inbegripet specialiserad sjukvård som ges i hemmet, dagkirurgi) i regel med 45 procent. Även maximibeloppet för avgiften för individuell fysioterapi vid en hälsovårdscentral höjs med 45 procent.

För vissa tjänster är det maximibelopp för avgiften som föreskrivs i klientavgiftsförordningen detsamma både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Det föreslås att maximibeloppen för dessa avgifter höjs konsekvent med lika stora procentuella andelar. Till dessa avgifter hör avgiften för vård som ges i serie, vars maximibelopp föreslås bli höjt med 45 procent, samt avgifterna för kortvarig slutenvård och dag- och nattvård, vars maximibelopp föreslås bli höjda med 22,5 procent.

De nya beloppen av avgifterna har beräknats så att avgifterna har höjts med 22,5 respektive 45 procent i enlighet med den ovannämnda indelningen, varefter avgifterna har avrundats till närmaste 0,10 euro.

Bestämmelser om avgifter som tas ut för vård och uppehälle vid kortvarig slutenvård finns i 12 § i klientavgiftsförordningen. Paragrafen tillämpas också på slutenvård inom socialvården. Dessutom finns bestämmelser om avgifter för dag- och nattvård i 13 § i klientavgiftsförordningen, vilka enligt 1 mom. i paragrafen kan tas ut hos en person som vårdas vid en anstalt inom socialvården antingen endast om dagen eller endast om natten. Till dessa delar riktas höjningarna också mot maximibeloppen för avgifterna inom socialvården.

Förslaget innehåller emellertid inga höjningar av de avgifter för läkarintyg som avses i 23 § i klientavgiftsförordningen. I överensstämmelse med regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering och som ett led i det program för ett gott arbete som tillsatts

2.10.2024

av social- och hälsovårdsministeriet ska den yrkesutbildade personalens möjligheter att använda arbetstiden till kundarbete främjas. Volymen av skriftligt dokumentationsarbete, såsom lagstadgade utlåtanden och olika intyg, som krävs av den yrkesutbildade personalen ska minskas. Likaså bereds i enlighet med vad som beslutats vid ramförhandlingarna också en regeringsproposition om att utesluta körkortsutlåtanden från de hälso- och sjukvårdstjänster som tillhandahålls offentligt. De avgifter som tas ut för intyg och utlåtanden kommer att ses över som en separat del av denna helhet. Detta förutsätter ett kunskapsunderlag om de intyg och utlåtanden som utfärdas i välfärdsområdena, så att konsekvenserna av de ändringar som gäller dem för de avgiftsinkomster som fås genom höjningarna kan bedömas i tillräcklig utsträckning.

De föreslagna höjningarna gäller endast maximibeloppen för de jämnstora kundavgifter som det föreskrivs om i klientavgiftsförordningen. Höjningarna ska således inte gälla avgifter som det föreskrivs om i lag eller tjänster som enligt lagstiftningen är avgiftsfria, till exempel avgifter för tjänster som inte används och som inte annulleras eller klientavgifter som bestäms utifrån inkomster eller familjeförhållanden. Höjningarna ska inte heller gälla det avgiftstak för klientavgifter som begränsar den årliga avgiftsbördan för klienterna.

Inom den specialiserade sjukvården fördelas användningen av tjänster och avgifterna för dem i regel jämnare än inom primärvården när det gäller befolkningens inkomstfördelning, vilket innebär att också effekterna av höjningarna fördelas jämnare bland befolkningen. Baserat på tillgängliga uppgifter är priselasticiteten när det gäller efterfrågan på specialiserad sjukvård, det vill säga avgifternas inverkan på användningen av tjänsterna, dessutom mindre än inom primärvården. Också inom mun- och tandvården fördelas avgifterna jämnare när det gäller befolkningens inkomstfördelning. Däremot koncentreras avgifterna inom primärvården och avgifterna för sluten vård både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården framför allt till hushåll med låga inkomster. Dessa faktorer talar för att fokus när det gäller höjningarna ska ligga på den specialiserade sjukvården, dock så att vissa avgifter, såsom avgifterna för sluten vård, även när det gäller den specialiserade sjukvården höjs med den lägre procentuella andelen.

4 De huvudsakliga konsekvenserna

Allmänt om de ekonomiska konsekvenserna

Kalkylen över de inkomster av klientavgifter som fås genom de föreslagna höjningarna baserar sig på simuleringsmodellen SOTE-SISU som används av Institutet för hälsa och välfärd. I kalkylen har man utnyttjat de besöksuppgifter som förts in i institutets vårdanmälningssystem (Hilmo). Besöksuppgifterna i modellen är från 2017. Efter 2017 har det skett förändringar i användningen av hälso- och sjukvårdstjänster, av vilka en del är tillfälliga förändringar som beror på covid-19-pandemin och en del är mer permanenta förändringar som beror på långvarigare trender (bland annat åldrande, ökad användning av distanstjänster). Det är svårt att skilja dessa konsekvenser från varandra. På basis av

2.10.2024

uppgifterna i Hilmo har perioderna av slutenvård inom den specialiserade sjukvården minskat med 18 procent, medan öppenvårdsbesöken har ökat med 15 procent under åren 2017–2022. De fysiska läkarbesöken inom primärvården har minskat med 28 procent. Användningen av distanstjänster har ökat, men för tillfället finns det inget motsvarande kunskapsunderlag om dem. Samtidigt möjliggör bestämmelserna om klientavgifter att det tas ut klientavgifter även för service som tillhandahålls i form av distanstjänster. Även om användningsuppgifterna för 2017 ger en förlegad bild av användningen av tjänster, ingår i nyare uppgifter också en snedvridning till exempel på grund av covid-19-pandemin. Dessutom har det sedan 2021 i fråga om primärvården förekommit, och förekommer fortfarande, vissa brister i uppgifterna i Hilmo när det gäller huvudstadsregionen.

Enligt de senaste undersökningarna vet man att nivån på klientavgifterna kan inverka på användningen av tjänster, framför allt inom primärvården. På basis av priselasticiteter för efterfrågan som härletts från undersökningar² om saken leder en höjning på 10 procent av avgiften för att besöka en hälsocentralläkare till att användningen av tjänsten minskar med uppskattningsvis 2,6–2,7 procent. Den höjning på 22,5 procent som nu föreslås leder till att besöken hos hälsocentralläkare minskar med 5,9–6,1 procent. Forskningsdata visar dock inte närmare vilka konsekvenser vårdbesök som på grund av höjningarna inte görs skulle ha. Enligt en preliminär bedömning kan de dels medföra direkta besparingar i form av att det inte görs vårdbesök, dels kan de på längre sikt medföra ökade kostnader, om klienternas hälsoproblem förvärras på grund av att klienterna inte besöker vården. Eftersom det inte finns egentliga forskningsdata om saken är det inte möjligt att på ett tillförlitligt sätt bedöma de föreslagna höjningarnas så kallade beteendekonsekvenser, och därför har dessa inte beaktats i kalkylerna.

Avgiftstakets effekt på de inkomster som fås in har beaktats i de uppskattade konsekvenserna av höjningarna. Det bör dock noteras att klienten enligt klientavgiftslagen själv ska kontrollera när avgiftstaket har nåtts. För att möjliggöra kontrollen har välfärdsområdet en skyldighet att anteckna på fakturan huruvida den avgift som tas ut räknas in i avgiftstaket. Om avgiften räknas in i avgiftstaket ska det på fakturan dessutom finnas uppgift om att klienten själv måste kontrollera när avgiftstaket har nåtts. Om klienten under kalenderåret för tjänster som ingår i avgiftstaket har betalat avgifter till ett belopp som överskrider avgiftstaket, har han eller hon rätt att få tillbaka de avgifter som betalats till för högt belopp. Återbetalning av avgifter ska i regel sökas under kalenderåret efter det år då avgiftstaket överskreds, annars går klienten miste om sin rätt till återbetalning. Det är möjligt att en del av klienterna inte upptäcker att avgiftstaket har nåtts och inte ansöker om återbetalning av avgifter som betalats till för högt belopp, varvid de ekonomiska konsekvenserna av höjningarna kan bli större än beräknat. Dessa konsekvenser kan dock inte på förhand bedömas i sådan utsträckning att de i förväg skulle kunna beaktas som en

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

minskning i välfärdsområdenas finansiering, utan de inkomster som föranleds av dem och som överstiger det uppskattade beloppet på 150 miljoner kvarstår hos välfärdsområdena. Det bör dessutom noteras att även välfärdsområdena har rätt att samla in och få nödvändiga uppgifter för att följa hur avgiftstaket nås. Detta kan dock öka det administrativa arbetet inom välfärdsområdena.

Konsekvenser för den offentliga ekonomin

De föreslagna höjningarna av maximibeloppen för klientavgifter ger välfärdsområdena möjlighet att ta ut uppskattningsvis 150 miljoner euro mer i klientavgifter per år. I enlighet med regeringsprogrammet och de beslut som fattades vid ramförhandlingarna ska den offentliga ekonomin anpassas genom att ett motsvarande belopp dras av från moment 28.89.31 *Finansiering av social- och hälsovården och räddningsväsendet inom välfärdsområdena och HUS-sammanslutningen*. Åtgärden har bedömts minska kostnaderna inom den offentliga ekonomin med sammanlagt 150 miljoner euro, vilket har beaktats i planen för de offentliga finanserna från och med 2025 **och ingår i budgetförslaget för 2025**.

De slutliga konsekvenserna för statsfinanserna beror dock på om välfärdsområdena beslutar att ta ut avgifter i enlighet med maximibeloppen eller till ett lägre belopp. Om alla välfärdsområden inte höjer avgifterna i överensstämmelse med den förhandsminskning som görs i den statliga finansieringen, kan åtminstone en del av skillnaden öka de nettokostnader som ska beaktas vid den justering som görs i efterhand jämfört med den finansiering som staten betalar. Med en fördröjning på två år kan detta således öka beloppet av den statliga finansieringen. Avsikten är dock att välfärdsområdena i första hand ska anpassa sin verksamhet eller finansiera den på något annat sätt, om de inte genomför de föreslagna höjningarna.

Förslaget kan också bedömas ha indirekta konsekvenser för utkomststödet och utsökningen, vilka om de realiserar har en kostnadshöjande effekt på den offentliga ekonomin. De föreslagna höjningarna bedöms leda till ökning i förmånsutgifterna och i det administrativa arbetet i fråga om utkomststödet, särskilt på grund av att nya personer kommer att få utkomststöd. Förutsatt att alla välfärdsområden höjer sina avgifter i enlighet med de föreslagna maximibeloppen leder förslaget till en ökning på uppskattningsvis 5 miljoner euro i utgifterna för utkomststödet. **Konsekvenserna för utkomststödet beaktas i det kompletterande budgetförslaget för 2025**. År 2023 gick närmare 415 000 kundavgifter för social- och hälsovårdstjänster till utsökning, av vilka nästan 176 000 var avgifter för sjukhusvård och annan slutenvård, ungefär 78 000 var hälsocentralsavgifter och drygt 71 000 var tandvårdsavgifter.³ Det är svårt att bedöma hurdana ekonomiska konsekvenser

³ Uppgifterna har fåtts från Utsökningsverket. Se även <https://www.soste.fi/uutiset/soste-selvitti-ulosottoon-viime-vuonna-lahes-440-000-sosiaali-ja-terveyspalvelujen-seka-varhaiskasvatuksen-asiakasmaksua/> (på finska).

2.10.2024

höjningarna via utsökningen har för statsfinanserna. Den största effekten uppstår om det till utsökning kommer nya gäldenärer, vars ekonomiska situation inte har utretts tidigare. I fråga om gäldenärer vars utsökningsärenden redan är anhängiga är konsekvenserna mindre.

Samtidigt kan välfärdsområdena enligt klientavgiftslagen fatta beslut om att ta ut avgifter till ett lägre belopp än vad som föreskrivs i lag eller förordning eller besluta att även jämnstora avgifter inom hälso- och sjukvården kan nedsättas eller efterskänkas. Det senare noterades också vid ramförhandlingarna, och avsikten är att uppmuntra välfärdsområdena till detta. Om ett välfärdsområde beslutar att göra detta ska nedsättning och efterskänkning av avgiften ha företräde framför utkomststödet.

Konsekvenser för välfärdsområdenas finansiering

De föreslagna höjningarna ger välfärdsområdena möjlighet att ta ut uppskattningsvis 150 miljoner euro mer i klientavgifter per år. Uppskattningen baserar sig på lagstadgade maximibelopp och en ökning av avgiftsinkomsterna i en situation där välfärdsområdena har tagit ut maximala avgifter enligt den gällande klientavgiftsförordningen. Syftet med detta beräkningssätt är att beakta konsekvenserna av de ändrade bestämmelserna för välfärdsområdenas ekonomiska ställning, utan att ta ställning till områdenas självstyrande beslutsfattande. Utifrån de uppgifter som Institutet för hälsa och välfärd producerat avviker endast ett fåtal välfärdsområden från maximibeloppen. Att beakta avgiftsnivåerna i de olika välfärdsområdena ändrar därmed konsekvensbedömningen i ytterst liten utsträckning.

Den gällande regleringen av klientavgifterna baserar sig på principen att det genom lagstiftning föreskrivs om maximibelopp för avgifterna. Välfärdsområdena kan också besluta att inte ta ut avgifter eller att ta ut avgifter till ett lägre belopp än de maximibelopp som föreskrivs genom lag. Enligt en ändring som föreslagits i lagen om välfärdsområdenas finansiering ska ändringarna i bestämmelserna om klientavgifter beaktas i välfärdsområdenas finansiering, om ändringens inverkan på finansieringen kan beaktas på ett sätt som tryggar välfärdsområdenas finansiering. Avsikten är att vid beaktandet av konsekvenserna utgå från att välfärdsområdena gör den avgiftshöjning som bestämmelsen möjliggör. På så sätt är det möjligt att trygga finansieringen. Även om ett välfärdsområde beslutar att inte höja avgifterna, minskas välfärdsområdets finansiering med den kalkylmässiga effekten av de ändrade bestämmelserna om klientavgifter. Den finansiering som välfärdsområdet får blir då mindre och välfärdsområdet måste täcka den återstående andelen med annan finansiering som det får eller anpassa sin verksamhet inom ramen för finansieringen. Välfärdsområdet har beslutanderätt i detta avseende. Så som konstateras ovan, om alla välfärdsområden inte höjer avgifterna i överensstämmelse med den förhandsminskning som görs i den statliga finansieringen, kan åtminstone en del av skillnaden öka de nettokostnader som ska beaktas vid den justering som görs i efterhand jämfört med den finansiering som staten betalar. Med en fördröjning på två år kan detta således öka beloppet av den statliga finansieringen. Det tillägg eller avdrag i

2.10.2024

finansieringen som görs enligt efterhandsjusteringen tas dock in i den kalkylerade finansieringen för hela landet så att den fördelas till välfärdsområdena enligt bestämningsfaktorerna i finansieringslagen. Det innebär att höjningen av finansieringsnivån inte riktas till just de välfärdsområden som inte har höjt klientavgifterna, vilket för sin del kan uppmuntra välfärdsområdena att höja klientavgifterna.

Det verkliga inflödet av avgifter till välfärdsområdena kan också minskas av kreditförluster, vars belopp kan stiga till följd av höjningarna. Dessutom kan kostnaderna för välfärdsområdena öka på grund av åtgärder som har samband med indrivning och utsökning samt på grund av ökade utgifter för utkomststöd och administrativt arbete i samband med det. Välfärdsområdena kan också orsakas merkostnader av administrativt arbete som orsakas av att antalet beslut om avgiftstak och lindring av avgifter ökar. Dessa konsekvenser kan dock inte på förhand bedömas tillförlitligt och i euro i sådan utsträckning att de i förväg skulle kunna beaktas i den minskning som görs i välfärdsområdenas finansiering. Också till denna del justeras finansieringsbeloppet med två års fördröjning vid den justering av kostnaderna som görs i efterhand.

Klientavgiftslagens 11 § förpliktar välfärdsområdet att efterskänka eller nedsätta en avgift som fastställts för socialvårdsservice och en sådan avgift för hälsovårdsservice som bestämts enligt en persons betalningsförmåga till den del förutsättningarna för personens eller familjens försörjning eller förverkligandet av personens lagstadgade försörjningsplikt äventyras av att avgiften tas ut. Eftergift av avgift eller nedsättning av avgift ska prioriteras i förhållande till utkomststöd. Den i klientavgiftslagen föreskrivna skyldigheten att efterskänka eller nedsätta klientavgifter gäller dock inte de maximibelopp för jämnstora avgifter inom hälso- och sjukvården som nu föreslås bli höjda. Det välfärdsområde som ansvarar för att ordna servicen kan dock besluta att även andra avgifter än de som förutsätts enligt lagen kan efterskänkas eller nedsättas på ovannämnda grunder eller om det är befogat med beaktande av vårdsynpunkter. Eftersom de jämnstora klientavgifter som enligt förslaget ska höjas kan nedsättas eller efterskänkas efter välfärdsområdets prövning, och det också är känt att välfärdsområdenas praxis varierar i fråga om detta, är det inte möjligt att bedöma hur stor andel av klientavgifterna som nedsätts eller efterskänks och beakta detta i det avdrag som görs i välfärdsområdenas finansiering. Ett avdrag i finansieringen på riksnivå, som baserar sig på en uppskattning av de inkomster av avgifter som fås in med maximibeloppen av de höjda klientavgifterna, kan således visa sig vara överdimensionerat i förhållande till inflödet av avgifter inom välfärdsområdena. Också i detta fall justeras finansieringsbeloppet med två års fördröjning vid den justering av kostnaderna som görs i efterhand.

Konsekvenser för hushåll och människor

Behovet av hälso- och sjukvårdstjänster har samband med socioekonomisk bakgrund. Allmänt taget är behovet av hälso- och sjukvårdstjänster större utanför arbetskraften (arbetslösa, arbetsoförmögna, personer med ålderspension) än bland arbetstagare.

2.10.2024

Dessutom omfattas arbetstagare allmänt av företagshälsovårdstjänster, för vilka det inte betalas klientavgifter. Innehållet i företagshälsovårdstjänsterna är dock varierande, och till exempel mun- och tandvård ingår i allmänhet inte i företagshälsovårdstjänsterna. Personer med goda inkomster anlitar oftare än andra privata tjänster. Av ovanstående orsaker berör klientavgifter för offentliga hälso- och sjukvårdstjänster och höjningar av dem oftare hushåll med låga inkomster än hushåll med höga inkomster. Det finns dock skillnader beroende på typ av tjänst. När det gäller jämnstora avgifter, som de nu föreslagna ändringarna gäller, koncentreras framför allt avgifterna inom primärvården och avgifterna inom den slutna vården, både när det gäller primärvården och den specialiserade sjukvården, till hushåll med låga inkomster. Däremot fördelas avgifterna för den specialiserade sjukvården och avgifterna för mun- och tandvård relativt jämnt över hushåll i samtliga inkomstdeciler. Delvis av denna orsak föreslås det att höjningarna ska gälla framför allt den specialiserade sjukvården. För detta talar också det faktum att klienten inom den specialiserade sjukvården redan ingår i undersöknings- och vårdkedjan och att eventuella beteendekonsekvenser (priselasticiteten för efterfrågan) på basis av tillgängliga uppgifter är mindre än inom primärvården. Det bör dock beaktas att även låginkomsttagare använder tjänster inom den specialiserade sjukvården och inom mun- och tandvården. Det kan också finnas stort och långvarigt behov av tjänster inom den specialiserade sjukvården, varvid också avgiftsbördan för kunden kan vara stor. I fråga om mun- och tandvård bör det också beaktas att avgifterna redan som utgångspunkt är högre än inom den övriga hälso- och sjukvården och att det i avgifterna utöver besöksavgift ingår avgifter för åtgärderna. Klienten betalar också eventuella tandtekniska kostnader för tandregleringsapparater och tandprotetisk behandling till fullt belopp. Av dessa orsaker föreslås en mindre höjning av avgifterna för primärvård inom mun- och tandvård (22,5 procent).

Den finansieringsandel som klientavgifterna utgör av kostnaderna för tjänsterna varierar från tjänst till tjänst. Inom primärvården har hushållens betalningsandel varit cirka 6 procent och inom den specialiserade sjukvården cirka 5 procent. Inom mun- och tandvården har den finansieringsandel som klientavgifterna utgör varit stor jämfört med primärvården och den specialiserade sjukvården. Inom mun- och tandvården har hushållen täckt cirka 30 procent av kostnaderna (inom tjänsterna för fullvuxna cirka 40 procent). Allmänt kan det konstateras att den andel av finansieringen av de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna som kunderna står för ökar till följd av höjningarna av klientavgifterna. Jämnstora klientavgifter är ett regressivt sätt att finansiera tjänster, vilket med andra ord innebär att låginkomsttagare betalar mer i förhållande till sina inkomster än höginkomsttagare.⁴

När man utesluter de minsta ändringarna (under 10 euro per år) berör höjningen av klientavgifterna 45 procent av Finlands befolkning, alltså cirka 2,5 miljoner personer. När

⁴ Maria Vaalavuo (red.): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus, s. 24. Statsrådets publikationsserie för utrednings- och forskningsverksamhet 30/2018 (på finska).

2.10.2024

det gäller personer vars klientavgifter ökar med minst 10 euro per år blir den genomsnittliga förändringen i avgiftsinkomsterna +59 euro per år (medianen +46 €/år).⁵ För majoriteten av dem vars avgifter ökar med mer än 10 euro blir avgiftsförändringen mindre än 50 euro per år. Till dessa personer hör cirka 24 procent av befolkningen (cirka 1 360 000 personer). Andelen personer vars avgifter ökar med 50–100 euro per år är cirka 13 procent av befolkningen (cirka 730 000 personer). För cirka åtta procent av befolkningen (cirka 450 000 personer) ökar avgifterna med mer än 100 euro per år. Det teoretiska maximibeloppet för avgiftshöjningen är 225 euro per år och person.⁶ För en mycket liten andel (0,4 procent av befolkningen) ökar avgifterna med mer än 200 euro per år. I vissa sällsynta fall kan en persons avgifter också minska (0,2 procent av befolkningen). Dessa situationer uppstår när en förälder och ett barn har samma avgiftstak och den ena personens ökade avgifter gör att avgiftstaket nås, varvid den andras avgifter minskar eller faller bort. På hushållsnivå minskar dock inte avgifterna för någon. De höjda avgifterna berör uppskattningsvis 67 procent av hushållen i Finland.

Konsekvenserna berör hushåll i olika ändrar av inkomstfördelningen relativt jämnt, men i något större utsträckning medlemmar av hushåll med låga inkomster än medlemmar av hushåll med höga inkomster. De största konsekvenserna berör den näst lägsta inkomstdecilen. Det bör noteras att förändringarna har analyserats i euro. I förhållande till hushållens betalningsförmåga (till exempel inkomster) berör förändringarna i större utsträckning den lägre änden av inkomstfördelningen. De föreslagna höjningarna av klientavgifterna kan alltså framför allt när det gäller klienter med låga inkomster innebära att antalet klienter som kan få svårigheter att klara av klientavgifterna ökar. Detta kan i enskilda fall också leda till behov av utkomststöd eller till utsökning av avgifter, om utkomststöd inte ansöks om eller beviljas. Delvis av denna orsak har man strävat efter att rikta höjningarna så att konsekvenserna för låginkomsttagare blir så små som möjligt. Det ökade behovet av ekonomiskt stöd kan i viss mån också leda till att mängden handledning och rådgivning och antalet bedömningar av servicebehovet samt behovet av tjänster inom socialvården ökar.

Äldre personer utnyttjar oftare hälso- och sjukvårdstjänster än personer i arbetsför ålder eller barn, eftersom hälsoproblemen ökar med tilltagande ålder. Ju äldre en person är, desto mer sannolikt är det att höjningarna av avgifterna kommer att påverka personen. Minderåriga är befriade från många avgifter, så ändringarna påverkar endast sju procent

⁵ Uppskattade avgiftsändringar i euro på personnivå under ett år. I bedömningen ingår förändringar som överskrider 10 euro per år. Till exempel om en person under ett år har endast ett läkarbesök vid en hälsovårdscentral är effekten av höjningarna endast 5,20 euro för personen i fråga. Sådana förändringar har inte tagits med i konsekvensbedömningen. Om man i bedömningen inkluderar personer för vilkas del förändringen är mindre än 10 euro per år, påverkar de föreslagna ändringarna cirka 53 procent av befolkningen, alltså cirka 2,9 miljoner personer. Andelen personer vars avgifter ökar med mindre än 10 euro per år är 8 procent av befolkningen (390 000 personer). På 47 procent av befolkningen inverkar förändringen inte alls.

⁶ Maximiförändringen är en avgiftshöjning på 45 procent, som gör att avgiftstaket 762 euro nås.

2.10.2024

av de minderåriga. Däremot berör ändringarna uppskattningsvis 74 procent av dem som är över 85 år.

När det gäller personer över 18 år i olika slags hushållstyper kommer höjningar på mer än 10 euro per år framför allt att gälla ensamförsörjare (61 procent), par utan barn (58 procent) och ensamboende (56 procent). I minst utsträckning påverkar ändringarna par med barn (51 procent). Skillnaderna torde återspegla skillnader i sjukfrekvens, inkomstnivå och ålder. Avgifterna ökar med 10–50 euro per år för 28 procent av ensamboende, 30 procent av par utan barn, 33 procent av ensamförsörjare och 29 procent av par med barn. Avgifterna ökar med 50–100 euro per år för 17 procent av ensamboende, par utan barn och ensamförsörjare och 13 procent av par med barn. Avgifterna ökar med mer än 100 euro per år för 11 procent av ensamboende och par utan barn, 10 procent av ensamförsörjare och 9 procent av par med barn.

Höjningar som innebär en ökning av de totala avgifterna på mer än 10 euro per år berör uppskattningsvis 60 procent av kvinnor över 18 år (i fråga om vilka avgifterna ökar med 10–50 euro per år för hälften och med mer än 50 euro per år för nästan hälften) och 49 procent av vuxna män (i fråga om vilka avgifterna ökar med 10–50 euro per år för drygt hälften och med mer än 50 euro per år för nästan hälften). Också stora höjningar är vanligare bland kvinnor: För 11 procent av kvinnor och åtta procent av män kommer förändringen på årsnivå att överstiga 100 euro. En orsak till att ändringarna i högre grad berör kvinnor är åldersfördelningen. Kvinnor arbetar också i högre grad i lågavlönade branscher.

När man granskar de totala beloppen av jämnstora avgifter för hälso- och sjukvårdstjänster som räknas in i klienternas avgiftstak samt deras fördelning under året och den förändring som avgiftshöjningarna medför, kan man bedöma att det är vanligast med totala avgifter på mindre än 10 euro per år (46 procent). Storleken på denna grupp är i stor utsträckning oförändrad även efter avgiftshöjningarna. Om man inte beaktar den ovannämnda gruppen (totala avgifter på mindre än 10 euro) är det vanligast med totala avgifter på 100–300 euro per år (18 procent). Även storleken på denna grupp är relativt oförändrad även efter avgiftshöjningarna, men mellan övriga kategorier sker förändringar. Små totala avgifter på 10–50 euro per år blir på grund av avgiftshöjningarna allt mindre vanligt (tidigare cirka 13 procent, i fortsättningen cirka 8 procent). I fortsättningen har cirka 11 procent av befolkningen totala avgifter på 50–100 euro per år (tidigare cirka 10 procent), och på motsvarande sätt har cirka 12 procent av befolkningen totala avgifter på 300–761 euro per år (tidigare cirka 10 procent). Tidigare har uppskattningsvis 3,6 procent av befolkningen (5,0 procent av klienterna) gjort besök för vilka det inte tagits ut avgift eller för vilka det tagits ut lägre avgifter på grund av att avgiftstaket har nåtts. Efter höjningarna utgör dessa personer 5,8 procent av befolkningen (7,9 procent av klienterna). Totalt sett ökar antalet personer vars avgiftstak överskrider alltså med cirka 58 procent i och med höjningarna.

Avgifterna ökar mer ju större de totala avgifterna varit tidigare. Ett undantag utgör dock de vars avgiftstak har nåtts. Deras avgifter ökar typiskt sett mindre än för dem vars totala avgifter före ändringarna varit 300–761 euro per år. Detta beror på avgiftstaket, som

2.10.2024

skyddar klienterna mot den totala avgiftsbelastning som uppstår under kalenderåret. Jämnstora avgifter inom hälso- och sjukvården räknas in i avgiftstaket. När avgiftstaket har nåtts behöver klienten i regel inte betala någon klientavgift för de tjänster som räknas in i avgiftstaket fram till utgången av kalenderåret. I och med att klientavgifterna höjs nås avgiftstaket snabbare framöver och för flera personer i och med att nivån på avgiftstaket inte höjs, utan förblir oförändrad. En bedömning visar dock att inte ens avgiftstaket skyddar klienten mot avgiftshöjningar fullt ut, utan avgifterna bedöms öka även för 74 procent av dem som överskridit avgiftstaket. Detta beror på att majoriteten av dem som överskridit avgiftstaket har kortvariga perioder av sluten vård, för vilka det undantagsvis tas ut en så kallad avgift för uppehälle även efter att avgiftstaket nåtts. Syftet med avgiften för uppehälle är att täcka kostnader för uppehälle vid sluten vård, till exempel kostnader för användningen av lokaler och för mat. I och med höjningarna nås avgiftstaket tidigare, vilket innebär att det tas ut avgift för uppehälle för flera dagar av sluten vård efter att avgiftstaket nåtts. Det föreslås ingen höjning av avgiften för uppehälle i samband med den nu föreslagna ändringen av förordningen, utan nivån på avgiften är tills vidare oförändrad. De tandtekniska utgifter som inom mun- och tandvården tas ut för tandregleringsapparater och tandprotetisk behandling och som kan tas ut enligt de faktiska kostnaderna räknas inte heller in i avgiftstaket. Också dessa avgifter tas ut efter att avgiftstaket har nåtts.

Enligt en bedömning berör konsekvenserna invånarna i olika välfärdsområden relativt lika, men det finns vissa skillnader till exempel på grund av variationer i åldersstruktur. I praktiken kan skillnader också uppstå till följd av att välfärdsområdenas praxis varierar i fråga om lindring av jämnstora klientavgifter.

Konsekvenser för barn

Hälso- och sjukvården är i stor utsträckning avgiftsfri för personer under 18 år. De är befriade från avgifter såväl för läkartjänster inom öppenvården vid hälsovårdscentraler, jourmottagning vid hälsovårdscentraler och vård som ges på en poliklinik för specialiserad sjukvård som för mun- och tandvård och vård som ges i serie. Avgifter tas emellertid ut av personer som inte fyllt 18 år för de sju första vård dagarna inom kortvarig sluten vård, dag- och nattvård samt rehabilitering. Sammantaget har de ändringar som nu föreslås emellertid bedömts beröra endast sju procent av de minderåriga. I fråga om barn bör det också noteras att enligt klientavgiftslagen kan avgifter som tas ut av ett barn räknas in i avgiftstaket tillsammans med de avgifter som tas ut av barnets vårdnadshavare. Eftersom personer med funktionsnedsättning kan behöva social- och hälsovårdstjänster oftare än genomsnittet kan det anses möjligt att de föreslagna avgiftshöjningarna i högre grad riktar sig mot barn med funktionsnedsättning än barn utan funktionsnedsättning.

Föremålen för bedömningen av konsekvenser för barn är utöver barnens rättigheter också barnens välfärd, utveckling och uppväxtmiljö. Barn påverkas också indirekt av ändringar som gäller till exempel barnens föräldrar och vårdnadshavare. Det har bedömts att de föreslagna ändringarna särskilt berör låginkomsttagare, och att de särskilt i fråga om klienter som är låginkomsttagare leder till ökade svårigheter att klara av klientavgifterna. Bland olika slags hushållstyper har det bedömts att ändringen mest påverkar

2.10.2024

ensamförsörjare. Det har också bedömts att höjningarna kommer att påverka användningen av tjänsterna, vilket för sin del kan leda till att hälsoproblemen förvärras. Trots att höjningarnas direkta konsekvenser för barn är ringa, har det bedömts att höjningarna indirekt kan påverka barnens välfärd.

Konsekvenser för personer med funktionsnedsättning

Enligt FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning (FördrS 26–27/2016), nedan *funktionsrättskonventionen*, omfattar personer med funktionsnedsättning personer med långvariga fysiska, psykiska, intellektuella eller sensoriska funktionsnedsättningar som i samspel med olika hinder kan förhindra deras fulla och effektiva deltagande i samhället på lika villkor som andra. Enligt denna definition definieras funktionsnedsättning alltså inte utifrån en persons diagnos, utan i förhållande till omvärlden och hindren i den. I Finland finns det ingen enskild definition av person med funktionsnedsättning eller fastställd status som person med funktionsnedsättning. I Finland finns det heller inget register över och det förs ingen statistik över det totala antalet personer med funktionsnedsättning. Indikationer på antalet personer med funktionsnedsättning kan fås till exempel från antalet personer som använder funktionshinderservice eller antalet mottagare av handikappförmåner från Folkpensionsanstalten. Enligt en bedömning som Institutet för hälsa och välfärd publicerade 2024 finns det ungefär 130 000 personer som använder funktionshinderservice, vilket är ungefär 2,3 procent av Finlands befolkning. Vid utgången av 2023 uppgick antalet mottagare av Folkpensionsanstaltens handikappförmåner till sammanlagt 261 900, det vill säga 4,7 procent av hela befolkningen.

Indikationer på avgiftshöjningarnas konsekvenser för personer med funktionsnedsättning har sökts genom att åtskilja de personer som fyllt 18 år och får handikappbidrag av FPA ur materialet. Vid utgången av 2023 fanns det 13 188 sådana personer. Denna infallsvinkel avgränsar dock barn med funktionsnedsättning samt sådana personer med funktionsnedsättning som är pensionerade och således får vårdbidrag för pensionstagare, och å andra sidan inkluderas sådana personer som inte nödvändigtvis har rätt till exempelvis funktionshinderservice i gruppen. Det har bedömts att avgiftshöjningarna i högre grad berör mottagarna av handikappbidrag (69 procent) än andra personer (54 procent). Höjningarna verkar bli relativt jämnt fördelade oberoende av graden av handikappbidrag. Det är känt att mottagare av handikappförmåner, inklusive mottagare av vårdbidrag för pensionstagare, oftare får grundläggande utkomststöd än den övriga befolkningen. Stödbehovet är dock ofta kortvarigt. Enligt en bedömning får personer med funktionsnedsättning i stor utsträckning sina inkomster genom inkomstöverföringar.⁷ Det kan bedömas att personer med funktionsnedsättning behöver social- och

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

2.10.2024

hälsovårdstjänster oftare än genomsnittet, och eftersom personer med funktionsnedsättning i stor utsträckning får sina inkomster genom olika slags förmåner, kan man anta att de främst använder offentliga tjänster. Således kan man på ett allmänt plan bedöma att personer med funktionsnedsättning ingår i den grupp personer vars vardag påverkas av de föreslagna höjningarna. Efter de höjningar som nu föreslås kan särskilt de personer med funktionsnedsättning som använder hälso- och sjukvårdstjänster i stor utsträckning ha svårt att klara av klientavgifterna. Det bör dock noteras att personer med funktionsnedsättning inte är en homogen grupp, utan bland dem finns också personer med god försörjning, som inte har några svårigheter att klara av höjda klientavgifter. Det går således inte att göra generaliseringar som gäller alla personer med funktionsnedsättning om de föreslagna höjningarnas konsekvenser för personer med funktionsnedsättning.

Konsekvenser för äldre personer

I Finland har 1 300 000 personer fyllt 65 år. Sjukfrekvensen ökar bland de äldre åldersgrupperna och därför har de ett större behov och en större användning av social- och hälsovårdstjänster. Av denna orsak riktar sig också höjningarna av klientavgifterna i högre grad mot äldre personer än mot den övriga befolkningen. De föreslagna ändringarna berör uppskattningsvis 74 procent av dem som är över 85 år. Enligt undersökningar gör hälso- och sjukvårdskostnader särskilt dem som är över 75 år och personer som får invalid- eller sjukpension fattigare.⁸ Det är också känt att skuldsättningen ökar bland äldre personer.⁹

Undersökningar visar att en del äldre personer upplever att de inte får de social- och hälsovårdstjänster som de behöver och att klientavgifterna inverkar på äldre personers möjligheter att använda tjänsterna. Enligt THL:s befolkningsundersökning Hälsosamma Finland var det mer vanligt att höga avgifter förhindrar tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster ju äldre den som besvarade undersökningen var. Bland de personer som fyllt 75 år upplevde 4 av 10 att höga avgifter har försvårat tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster.¹⁰ Enligt samma undersökning uppgav var femte vuxen att de har blivit tvungna att ge avkall på mat, läkemedel eller läkarbesök på grund av brist på pengar. Andelen är dock mindre i de äldre åldersklasserna än i de yngre.¹¹

Det kan dock bedömas att höjningarna ökar betalningssvårigheterna bland äldre personer och påverkar i vilken utsträckning de söker sig till vård.

⁸ Tervola ym. Kotitalouksien terveystenonien vaikutukset köyhyyteen Suomessa. INVEST Working Papers 1/2020.

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

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

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

2.10.2024

Förslagets sammantagna konsekvenser med andra sparåtgärder som bereds

Social- och hälsovårdsministeriet har gjort en bedömning av de sammantagna konsekvenserna av de lagändringar som gäller social trygghet och social- och hälsovårdstjänster och som lämnas till riksdagen i form av budgetlagar i samband med budgetpropositionen för 2025 och de övriga förslag som hänför sig till statsbudgeten, inbegripet konsekvenserna för de grundläggande och mänskliga rättigheterna.

I den analys som gäller konsekvenserna för hushållens ställning har man bedömt de sammantagna konsekvenserna för hushållens inkomstbildning av de ändringar i utkomstskyddet som har genomförts eller kommer att genomföras 2024 och 2025. I analysen har dessutom beaktats konsekvenserna av de ändringar som har genomförts och föreslagits i inkomstbeskattningen samt konsekvenserna av ändringar som inverkar på hälsovårdsutgifterna. Med hälsovårdsutgifter avses i analysen klientavgifter inom den offentliga hälso- och sjukvården, samt de självriskandelar som tas ut av kunden vid köp av läkemedel som ersätts av sjukförsäkringen och när kunden får ersättning för användning av privat hälso- och sjukvård. I fråga om ändringarna i klientavgifterna har man i bedömningen beaktat de höjningar av klientavgifternas maximibelopp som nu föreslås från 2025. De sammantagna konsekvenserna av de ändringar som påverkar utkomstskyddet och hälsovårdsutgifterna 2024 och 2025, inklusive ändringarna i social- och hälsovårdstjänsterna, för tillgodoseendet av olika gruppers grundläggande och mänskliga rättigheter har bedömts särskilt.¹²

På grund av ändringarna i utkomstskyddet är det enpersonshushåll och ensamförsörjarhushåll som av familjetyperna drabbas starkast av minskningarna av de disponibla inkomsterna. De relativt sett största minskningarna av de disponibla inkomsterna drabbar studerande, arbetslösa som får förtjänstskydd och arbetslösa som får grundskydd. Också bland mottagare av handikappbidrag för vuxna och mottagare av invalid- eller sjukpension minskar de disponibla inkomsterna hos en stor andel av dem som får förmånen. Både minskningar och ökningar av de disponibla inkomsterna sker i alla åldersgrupper. Bland de olika åldersgrupperna minskar inkomsterna mest hos åldersgruppen 18–24-åringar och näst mest hos åldersgruppen 55–64 åringar. Åldersgruppen 55–64-åringar framträder sannolikt i resultaten eftersom arbetslöshet är vanligare i den åldersgruppen än i yngre åldersgrupper. Således finns det i åldersgruppen fler personer som får arbetslöshetsförmåner och fler långtidsarbetslösa än i yngre arbetsgrupper. Ändringarna i de disponibla inkomsterna för personer som fyllt 65 år är ringa.

Om man betraktar de sammantagna konsekvenserna av de ändringar i hälsovårdsutgifterna, det vill säga klientavgifterna och självriskandelarna inom hälso- och

¹² <https://stm.fi/sv/-/bedomning-av-de-sammantagna-konsekvenserna-av-andringarna-i-den-sociala-tryggheten-har-fardigstallts>

2.10.2024

sjukvården, som har genomförts 2024 och kommer att genomföras 2025, sker det ökning och minskningar av hälsovårdsutgifterna i alla inkomstklasser. Dock berör ökningen av utgifterna särskilt personer med lägre inkomster och minskningen av utgifterna personer med högre inkomster. I euro ökar hälsovårdsutgifterna mest i den näst lägsta inkomstdecilen och den tredje lägsta inkomstdecilen. I förhållande till inkomsterna är ändringarna i hälsovårdsutgifterna ännu större i de lägre inkomstdecilerna jämfört med de högre inkomstdecilerna. Ändringarna i klientavgifterna och självriskandelarna inom hälso- och sjukvården har en minskande effekt på de disponibla inkomsternas storlek efter hälsovårdsutgifter för alla utom den högsta inkomstdecilen. Konsekvenserna för inkomsterna är dock i genomsnitt ganska måttfulla (0,2 procentenheter eller mindre). Av ändringarna i hälsovårdsutgifterna har de ändringar som föreslås i klientavgifterna inom hälso- och sjukvården den största minskande effekten på de disponibla inkomsterna.

Höjningarna av klientavgifterna berör delvis samma grupper som berörs av ändringarna i utkomstskyddet, bortsett från åldersgruppen 18–24 år, som inte är en grupp som använder hälso- och sjukvårdstjänster i hög grad. Om ändringarna i utkomstskyddet och de ändringar som påverkar hälsovårdsutgifterna betraktas sammantaget per åldersgrupp, bedöms det att de största minskningarna av inkomsterna drabbar just åldersgruppen 18–24 år. Äldre personer har mest hälsovårdsutgifter, och trots att ändringarna i de disponibla inkomsterna till följd av ändringarna i utkomstskyddet är mindre för personer som fyllt 65 år, är andelen personer vars inkomster minskar också något större i de äldsta åldersgrupperna, om ändringarna i hälsovårdsutgifterna beaktas tillsammans med ändringarna i utkomstskyddet. Om man granskar endast de ändringar som planeras 2025 har hälsovårdsutgifterna, särskilt höjningarna av klientavgifterna, en större relativ effekt på minskningarna av inkomsterna än om man granskar båda åren.

Konsekvenserna av ändringarna i social- och hälsovårdstjänsterna har bedömts beröra delvis samma grupper av människor som också påverkas av höjningarna av klientavgifterna och till viss del också av ändringarna i utkomstskyddet. Exempelvis bedöms det att konsekvenserna av förlängningen av de längsta väntetiderna för att få vård särskilt drabbar dem vars enda eller huvudsakliga vårdplats är inom den offentliga primärvården, det vill säga exempelvis äldre personer, arbetslösa, arbetsoförmögna (till exempel personer som får invalid- eller sjukpension eller rehabiliteringsstöd), fångar samt en del av personerna med funktionsnedsättning och invandrarna. Det har bedömts att längre väntetider för att få vård bland annat kan leda till onödig efterfrågan, att jourmottagningarna överbelastas och att mängden specialiserad sjukvård ökar. Klientavgifterna inom den specialiserade sjukvården är högre än inom primärvården, och de höjs också med en högre procent. Avgifterna inom den specialiserade sjukvården är således mer belastande för kunderna. Det har också bedömts att höjningarna av avgifterna kan påverka uppsökandet av vård. Å andra sidan har förlängningen av den längsta väntetiden för att få vård också bedömts ha positiva effekter, vilka om de förverkligas riktar sig mot samma befolkningsgrupper.

2.10.2024

Konsekvenser för de grundläggande och mänskliga rättigheterna

Regleringen av klientavgifterna inom social- och hälsovården har ett nära samband med de grundläggande sociala rättigheter som tryggas i 19 § i grundlagen. Enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska det allmänna, enligt vad som närmare föreskrivs genom lag, tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt främja befolkningens hälsa. Grundlagsutskottet har i sin tolkningspraxis konstaterat att det faktum att det allmänna ska tillförsäkra var och en tillräckliga social- och hälsovårdstjänster har den viktiga dimensionen att klientavgifterna inte får vara så höga att de som behöver tjänsterna inte kan utnyttja dem (GrUU 8/1999 rd). Grundlagsutskottet har likaså konstaterat att de avgifter som tas ut för social- och hälsovården inte får leda till att de som behöver tjänsterna blir tvungna att tillgripa stöd för sin oundgängliga försörjning enligt 19 § 1 mom. i grundlagen (t.ex. GrUU 21/2016 rd).

Enligt 6 § 1 mom. i grundlagen är alla lika inför lagen. Bestämmelsen uttrycker inte bara ett krav på rättslig jämlikhet utan också tanken på faktisk jämställdhet. Den allmänna jämlikhetsbestämmelsen kompletteras av det diskrimineringsförbud som ingår i 6 § 2 mom. i grundlagen enligt vilket ingen utan godtagbart skäl får särbehandlas på grund av kön, ålder, ursprung, språk, religion, övertygelse, åsikt, hälsotillstånd eller handikapp eller av någon annan orsak som gäller hans eller hennes person. De grunder för åtskillnad som nämns i bestämmelsen kan anses utgöra kärnområdet i förbudet mot diskriminering. Avsikten är inte att förteckningen ska vara uttömmande, utan diskriminering ska vara förbjuden också på grund av någon annan omständighet som gäller den enskilde som person. Exempel på sådana omständigheter är samhällelig ställning, egendom, föreningsverksamhet, familjeförhållanden, graviditet, äktenskaplig börd, sexuell inriktning och boningsort (RP 309/1993 rd, s. 47, se också GrUU 31/2014 rd, s. 3/l). Grundlagens diskrimineringsförbud gäller också indirekt diskriminering, det vill säga åtgärder som till sina konsekvenser leder till ett diskriminerande slutresultat. Till denna del ska förekomsten av diskriminering bedömas mot de faktiska konsekvenserna av ett förfarande. (RP 309/1993 rd, s. 47).

Diskrimineringslagen (1325/2014) preciserar och konkretiserar bestämmelserna om likabehandling och icke-diskriminering i 6 § i grundlagen. Enligt 8 § i diskrimineringslagen får ingen diskrimineras på grund av ålder, ursprung, nationalitet, språk, religion, övertygelse, åsikt, politisk verksamhet, fackföreningsverksamhet, familjeförhållanden, hälsotillstånd, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller någon annan omständighet som gäller den enskilde som person. Det finns också bestämmelser om diskriminering och förbud mot diskriminering i flera internationella konventioner om mänskliga rättigheter som är bindande för Finland.

Enligt artikel 12 i den internationella konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (FördrS 6/1976, ESK-konventionen) erkänner konventionsstaterna rätten för var och en att åtnjuta högsta möjliga fysiska och psykiska hälsa. Genomförandet av konventionen övervakas av FN:s kommitté för ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (ESK-kommittén), som framför allmänna kommentarer om tolkningen av

2.10.2024

artiklarna i konventionen. Trots att de allmänna kommentarerna inte är rättsligt bindande, såsom själva bestämmelserna i konventionen, har de i egenskap av ställningstaganden till tolkningen från ett expertorgan som övervakar att konventionen följs en särskild tyngd när det bindande innehållet i konventionsbestämmelserna fastställs. ESK-kommittén har gett sin allmänna kommentar nr 14 till artikel 12, som gäller hälsa.¹³ Enligt kommittén ska hälso- och sjukvårdstjänster vara tillgängliga för alla personer som hör till konventionsstatens jurisdiktion, utan diskriminering. Enligt kommittén är ekonomisk tillgänglighet en del av tillgängligheten: hälso- och sjukvårdstjänsterna ska vara tillgängliga för alla till ett skäligt pris. De avgifter som tas ut för hälso- och sjukvårdstjänster ska baseras på principen om jämlikhet, för att säkerställa att tjänster som erbjuds privat eller offentligt är tillgängliga för alla till ett skäligt pris, också för grupper som är i en socialt svagare ställning. Jämlikheten förutsätter att fattigare hushåll inte belastas oskäligt av hälso- och sjukvårdskostnader jämfört med rikare hushåll. I sina slutsatser till Finland 2021 uttryckte ESK-kommittén sin oro över att det i Finland är svårare för vissa grupper av människor att få tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster som de behöver. Kommittén rekommenderade Finland att följa social- och hälsovårdsreformens konsekvenser för tillgången till social- och hälsotjänster, lika tillgänglighet, skäliga priser och kvalitet, samt att säkerställa jämlik tillgång till tjänster särskilt för grupper som är i en svagare ställning. I detta sammanhang ska Finland särskilt beakta de hinder som vissa grupper i utsatt ställning, såsom arbetslösa, äldre och papperslösa personer, möter när det gäller tillgången till tjänster.¹⁴

Vid tolkningen av bestämmelserna i ESK-konventionen ska hänsyn tas till förpliktelseerna enligt artikel 2.1 enligt vilken varje konventionsstat åtar sig att genom egna åtgärder och internationellt bistånd och samarbete, framför allt på det ekonomiska och det tekniska området, till fullo utnyttja sina tillgängliga resurser för att trygga att rättigheterna i konventionen gradvis förverkligas i sin helhet med alla lämpliga medel, i synnerhet genom lagstiftning (så kallade klausuler om gradvis förverkligande och till fullo utnyttjande). Med den nämnda skyldigheten följer som utgångspunkt ett förbud mot att försvaga rättigheterna.

Enligt artikel 11.1 i den reviderade Europeiska sociala stadgan (FördrS 78–80/2002) åtar sig parterna för att trygga den enskildes rätt att skydda sin hälsa, antingen direkt eller i samarbete med offentliga eller privata organisationer, att vidta de åtgärder som är nödvändiga bland annat för att så långt som möjligt undanröja orsakerna till ohälsa. Enligt kommittén för sociala rättigheter, som övervakar att stadgan följs, innebär artikel 11.1 i fråga om tillgången till vård bland annat att hela samhället åtminstone delvis ansvarar för kostnaderna för hälso- och sjukvård och att hälso- och sjukvårdskostnaderna inte får vara en för tung börda för den enskilde samt att klientavgifterna inte får vara den huvudsakliga

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, 30.3.2021, 41 och 42 punkten.

2.10.2024

finansieringskällan för hälso- och sjukvårdssystemet. Enligt kommittén bör den ekonomiska bördan för de patienter som har det sämst ställt minskas.¹⁵

Enligt artikel 13.1 i stadgan åtar sig konventionsstaterna för att trygga den enskildes rätt till social och medicinsk hjälp att se till att personer som saknar och som inte genom egna ansträngningar eller på annat sätt kan skaffa sig tillräckliga medel för sin försörjning och som inte heller kan få sådana medel från ett socialförsäkringssystem, får nödvändig hjälp samt, vid sjukdom, den vård deras tillstånd kräver. Enligt Europeiska kommittén för sociala rättigheter förutsätter artikeln avgiftsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård eller bidrag med hjälp av vilka personerna kan betala för den vård som deras hälsotillstånd kräver.¹⁶

Bestämmelser om hälsa finns dessutom bland annat i FN:s funktionsrättskonvention, FN:s konvention om barnets rättigheter (FördrS 59–60/1991) samt FN:s konvention om avskaffande av all slags diskriminering av kvinnor (FördrS 67–68/1986).

Enligt artikel 25 i funktionsrättskonventionen, som gäller hälsa, erkänner konventionsstaterna att personer med funktionsnedsättning har rätt att åtnjuta bästa möjliga hälsa utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning. Konventionsstaterna ska särskilt erbjuda personer med funktionsnedsättning samma utbud, kvalitet och standard avseende kostnadsfri eller subventionerad hälso- och sjukvård och behandlingsprogram som erbjuds andra personer, även när det gäller sexuell och reproduktiv hälsa samt befolkningsbaserade offentliga folkhälsoprogram. Enligt artikel 28 i funktionsrättskonventionen ska konventionsstaterna säkerställa rätten för personer med funktionsnedsättning till en tillfredsställande levnadsstandard för sig och sin familj samt bland annat till ständigt förbättrade levnadsvillkor. I artikel 28.2 förutsätts att konventionsstaterna erkänner rätten för personer med funktionsnedsättning att åtnjuta social trygghet utan diskriminering på grund av funktionsnedsättning samt att konventionsstaterna vidtar ändamålsenliga åtgärder för att trygga och främja att denna rätt förverkligas. FN:s kommitté för rättigheter för personer med funktionsnedsättning har dessutom i sin allmänna kommentar nr 5 om artikel 19 (rätt att leva självständigt och att delta i samhället) lyft fram bristen på tjänster till skäligt pris exempelvis inom hälso- och sjukvården som ett hinder för genomförandet av artikel 19.¹⁷

Enligt artikel 3.1 i FN:s konvention om barnets rättigheter ska barnets bästa komma i främsta rummet vid alla åtgärder som rör barn inom myndigheterna och lagstiftningsorganen. Utgångspunkten för barnets bästa är att barnets rättigheter ska tillgodoses så fullständigt som möjligt. Kommittén för barnets rättigheter, som övervakar konventionen om barnets rättigheter, har i sin allmänna kommentar om artikeln fastställt följande faktorer som är väsentliga med tanke på barnets bästa: barnets åsikter, barnets

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

¹⁶Europarådet, 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, punkt 15 h.

2.10.2024

välfärd och vardag, barnets identitet och bakgrund, barnets utsatta ställning, upprätthållandet av familjerelationer och andra människorelationer, barnets hälsa, omsorg om barnet och barnets skydd och säkerhet samt utbildning och småbarnspedagogik.¹⁸ Enligt artikel 24 i konventionen om barnets rättigheter erkänner konventionsstaterna barnets rätt till bästa möjliga hälsa och tillgång till hälso- och sjukvård och rehabilitering. Enligt samma artikel ska konventionsstaterna sträva efter att säkerställa att inget barn berövas sin rätt att ha tillgång till sådan hälso- och sjukvård. FN:s kommitté för barnets rättigheter har i sin allmänna kommentar om artikel 24 konstaterat att konventionen förutsätter att konventionsstaterna tar i bruk alla ändamålsenliga lagstiftningsåtgärder, administrativa åtgärder och övriga åtgärder för att tillgodose barnets rätt till hälsa utan diskriminering. Kommittén anser att konventionsstaterna genom lagstiftningsåtgärder ska säkerställa att barnets rätt till nödvändiga och barnvänliga hälso- och sjukvårdstjänster av hög kvalitet samt till tillhörande tjänster förverkligas oberoende av barnets betalningsförmåga. Enligt kommittén får lagstiftningen inte ha diskriminerande effekter eller leda till hinder för förverkligandet av barnets rätt till hälsa.¹⁹

Enligt artikel 27.1 i konventionen om barnets rättigheter erkänner konventionsstaterna varje barns rätt till den levnadsstandard som krävs för barnets fysiska, psykiska, andliga, moraliska och sociala utveckling. Föräldrar eller andra som är ansvariga för barnet är i första hand skyldiga att inom ramen för sin förmåga och sina ekonomiska resurser säkerställa de levnadsvillkor som är nödvändiga för barnets utveckling. Enligt samma artikel ska konventionsstaterna i enlighet med nationella förhållanden och inom ramen för sina resurser vidta lämpliga åtgärder för att bistå föräldrar och andra som är ansvariga för barnet att genomföra denna rätt och vid behov tillhandahålla materiellt bistånd. Barnets tillräckliga levnadsstandard har konkretiserats i en allmän kommentar av kommittén för barnets rättigheter bland annat som tillräckligt med mat, tillgång till hälsa och tillräckligt med kläder.²⁰

Enligt 22 § i grundlagen ska det allmänna se till att de grundläggande fri- och rättigheterna och de mänskliga rättigheterna tillgodoses. Det faktiska förverkligandet av de grundläggande fri- och rättigheterna förutsätter aktiva åtgärder från det allmänns sida, till exempel för att skydda individens grundläggande fri- och rättigheter mot kränkningar från utomstående sida eller för att skapa faktiska förutsättningar för utövning av de grundläggande fri- och rättigheterna. Till metoderna för att trygga dem hör dels lagstiftning som tryggar och preciserar de grundläggande fri- och rättigheterna, dels avsättande av ekonomiska resurser. (RP 309/1993 rd, s. 80). Utöver den allmänna bestämmelse i grundlagen som nämns ovan finns det mer exakta särskilda bestämmelser om att trygga och främja de grundläggande fri- och rättigheterna. Vissa av dessa bestämmelser, såsom

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, punkt 95.

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

2.10.2024

19 § 3 mom. i grundlagen, som gäller tillräckliga social- och hälsovårdstjänster, är uttryckligen skyldigheter för lagstiftaren. De utgör grundlagsenliga uppdrag för lagstiftaren, det vill säga positiva förpliktelser att vidta lagstiftningsåtgärder.

Grundlagsutskottet har konstaterat att statsfinansiella sparmål under en lågkonjunktur i och för sig kan vara en godtagbar grund för att i viss mån göra ingrepp också i nivån på de rättigheter som tryggas i grundlagen. Då gäller det dock att beakta att regleringen som helhet inte får äventyra den grundlagsfästa stödförpliktelsen (se t.ex. GrUU 32/2014 rd, s. 2, GrUU 44/2014 rd, s. 3 och GrUU 25/2012 rd, s. 3/I). Utskottet har i samband med detta påpekat att de så kallade grundlagsenliga uppdragen är viktiga i synnerhet i lagstiftarens verksamhet och att de måste beaktas också vid utövningen av budgetmakten. Det här bör beaktas när det bestäms var det ska sparas inom statsfinanserna (GrUU 44/2014 rd, s. 3, GrUU 32/2014 rd, s. 2/II, se även GrUB 25/1994 rd, s. 3/II och s. 6). Grundlagsutskottet har till exempel i fråga om indexfrysningar av barnbidragen (RP 116/2012 rd) ansett det vara oroväckande att bestämmelsernas konsekvenser slår hårdast mot familjer med låga inkomster. Grundlagsutskottet ansåg dock att detta uppvägdes delvis av att barnbidraget räknas som inkomst enligt 11 § i lagen om utkomststöd när utkomststöd beviljas, och därmed påverkade indexfrysningen i slutändan inte inkomstnivån i de mest sårbara hushållen som får utkomststöd (se GrUU 25/2012 rd, s. 3).

I sin allmänna kommentar om artikel 12 i ESK-konventionen konstaterar ESK-kommittén med hänvisning till de så kallade klausulerna om gradvis förverkligande och till fullt utnyttjande i artikel 2.1 att det, liksom i fråga om andra rättigheter enligt konventionen, finns ett starkt antagande om att åtgärder som försämrar hälsan inte är godtagbara. Staten har bevisbördan när det gäller att bevisa att sådana åtgärder tillämpas först när man noga avvägt alternativen och att åtgärderna är godtagbara i förhållande till rättigheterna enligt konventionen som helhet, med beaktande av statens totala tillgängliga resurser.²¹

Europeiska sociala stadgan innehåller inte någon allmän bestämmelse med klausuler om gradvis förverkligande och till fullt utnyttjande som motsvarar artikel 2 i ESK-konventionen. Enligt artikel G.1 i Europeiska sociala stadgan får de rättigheter som tryggas genom stadgan inte göras till föremål för andra inskränkningar eller begränsningar än de som anges [i del I och II] i stadgan, med undantag för sådana som anges i lag och som är nödvändiga i ett demokratiskt samhälle som garanti för andras fri- och rättigheter eller som skydd för samhällets intresse, den nationella säkerheten eller allmän hälsa eller moral. Europeiska kommittén för sociala rättigheter har särskilt konstaterat i fråga om social trygghet (artikel 12) att alla försämringar av den sociala tryggheten inte automatiskt innebär en kränkning av artikel 12.3. Kommittén har ansett att en balansering av de

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

2.10.2024

offentliga finanserna kan vara en godtagbar orsak till försämringar. Inte heller då får de försvaga den ”grundläggande ramen” för det sociala trygghetssystemet.

Det grundläggande syftet med de föreslagna höjningarna av klientavgifterna är att stärka den offentliga ekonomin. De sparåtgärder som är nödvändiga för att vända skuldsättningsutvecklingen och som genomförs under regeringsperioden är omfattande och berör i stor utsträckning olika samhällssektorer. Eftersom hälso- och sjukvården står för en så betydande del av statens totala utgifter, var det enligt regeringens uppfattning inte möjligt att helt och hållet lämna den utanför sparåtgärderna med beaktande av omfattningen av de sparåtgärder som behövs. Regeringen har dock strävat efter att välja de sparobjekt som är minst skadliga med tanke på helheten, även om det i det samhälleliga beslutsfattandet i sig alltid också är fråga om värderingar.

Genom att stärka den offentliga ekonomin stärks även välfärdsområdenas finansiella ställning som en helhet och på lång sikt. Att trygga en tillräcklig totalfinansiering inom olika tidsramar är en förutsättning för att det allmänna ska kunna fullgöra sin skyldighet enligt 19 § 3 mom. i grundlagen att tillförsäkra var och en tillräckliga tjänster. Att säkerställa en hållbar finansiering har således ett samband med tjänster som tillförsäkras var och en i form av en grundläggande rättighet. Syftet är att trygga tillgången till jämlika och tillräckliga tjänster för hela befolkningen. Det grundläggande syftet med förslagen bör därmed också anses verka för att trygga ett vidare tillgodoseende av de grundläggande fri- och rättigheterna. Å andra sidan bör det beaktas att grundlagsutskottet har ansett att skrivningen i 19 § 3 mom. i grundlagen att var och en har rätt till hälso- och sjukvård i sista hand förutsätter en individuell bedömning av om tjänsterna är tillräckliga eller inte (se GrUU 26/2017 rd, s. 32, GrUU 30/2013 rd, s. 3/I).

Trots att det i förslaget är fråga om betydande procentuella höjningar av maximibeloppen för klientavgifterna har man försökt rikta höjningarna så att höjningarna och de maximala avgiftsbeloppen som helhet betraktat också i fortsättningen är så skäliga som möjligt framför allt med tanke på låginkomsttagare och därmed inte försätter tjänsterna utom räckhåll för dem som behöver dem. Dessutom skyddas de som använder tjänsterna av det avgiftstak som föreskrivs i klientavgiftslagen samt av de bestämmelser som begränsar uttaget av avgifter för besök vid hälsovårdscentraler och för vård som ges i serie enligt antalet besök. Det bör också noteras att ett flertal tjänster enligt lagen och också enligt förordningen är avgiftsfria. Syftet med det avgiftstak som begränsar uttagandet av avgifter är att säkerställa en skälig avgiftsbörda för användare av social- och hälsovårdstjänster. Så har också grundlagsutskottet ansett att bestämmelserna om ett avgiftstak har samband med det allmännas skyldighet att tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster (GrUU 8/1999 rd). Det föreslås inte att nivån på avgiftstaket ändras. I och med höjningarna uppskattas fler personer nå avgiftstaket och nå det tidigare. Att avgiftstaket nås tidigare bedöms samtidigt också leda till att det hos de klienter som får sluten vård i fortsättningen kommer att tas ut avgift för uppehälle för fler dagar av sluten vård. Trots att det inte föreslås någon ändring i avgiften för uppehälle, bedöms avgifterna öka för en majoritet av dem som överskridit avgiftstaket.

2.10.2024

Antalet klienter som kan få svårigheter att klara av klientavgifterna har bedömts öka, framför allt när det gäller låginkomsttagare. Detta talar för att välfärdsområdena även med stöd av sina skyldigheter enligt 19 § 3 mom. i grundlagen ska utnyttja möjligheten enligt 11 § 2 mom. i klientavgiftslagen att efterskänka eller nedsätta även jämnstora avgifter inom hälso- och sjukvården. Detta möjliggör en individuell bedömning av avgifternas skälighet från fall till fall i en situation där välfärdsområdet i övrigt beslutar att ta ut avgifter enligt de höjda maximibeloppen. Efterskänkande eller nedsättning av avgiften har då företräde i förhållande till utkomststödet på det sätt som förutsätts i grundlagen. Social- och hälsovårdsutskottet har i samband med delreformen av klientavgiftslagen (RP 129/2020 rd) betonat att företräde för jämkning på grundval av allmänna förvaltningsrättsliga principer kan gälla jämnstora avgifter också exempelvis i en situation där uttaget av en avgift inte är proportionerligt eftersom kommunen eller samkommunen redan i förväg vet att klienten måste ta till utkomststöd för att kunna betala avgiften (ShUB 39/2020 rd).

I klientavgiftslagen har det uttryckligen skrivits in att nedsättning och eftergift av klientavgifter ska prioriteras i förhållande till utkomststöd. Syftet med bestämmelsen var att öka medvetenheten hos kommunerna, som då ansvarade för hälso- och sjukvårdstjänster, om skyldigheten att lindra klientavgifterna samt om grundlagsutskottets ståndpunkt.²² Till bestämmelsen fogades även en allmän informationsskyldighet som gäller nedsättning och efterskänkande av avgift. Utgångspunkten är att avgifterna inte ska överföras till utkomststödet för betalning, utan i första hand ska välfärdsområdet göra en bedömning av nedsättning eller efterskänkande av klientavgiften samt utifrån bedömningen fatta ett beslut om lindring av klientavgiften.

Välfärdsområdet gör ändå inte bedömningen av behovet av grundläggande utkomststöd, utan den görs av Folkpensionsanstalten med beaktande av kundens och familjens ekonomiska situation som en helhet. De så kallade jämnstora klientavgifterna inom hälso- och sjukvården, som enligt förslaget ska höjas, utgör hälso- och sjukvårdsutgifter som enligt 7 b § i lagen om utkomststöd (1412/1997) ska beaktas när utkomststöd beviljas. Enligt klientavgiftslagen och grundlagsutskottets ståndpunkt ska kunderna i första hand informeras om att de kan ansöka om lindring av jämnstora klientavgifter inom hälso- och sjukvården. Företrädet för lindring är ändå inget hinder för att utkomststöd beviljas för klientavgifter, inte heller i en situation där behandlingen av ett ärende som gäller nedsättning och efterskänkande av en klientavgift pågår.²³ På detta sätt tryggas minst den oundgängliga försörjning och omsorg som en person och familj behöver för ett människovärdigt liv i enlighet med grundlagen. Utkomststöd beviljas för sådana nödvändiga utgifter som fastställs i lagen om utkomststöd, som en person eller familj inte kan täcka med sina disponibla inkomster och tillgångar. En återbetalning av en klientavgift från välfärdsområdet kan senare beaktas som en inkomst som påverkar bedömningen av behovet för utkomststöd, om klientavgiften tidigare har beaktats som en utgift i det grundläggande utkomststödet. Om Folkpensionsanstalten inte beviljar grundläggande

²² RP 129/2020 rd, s. 94.

²³ RP 129/2020 rd, s. 94.

2.10.2024

utkomststöd för klientavgifterna och välfärdsområdet inte lindrar klientavgiften, kan kunden ansöka om kompletterande utkomststöd hos välfärdsområdet. I detta fall kan välfärdsområdet enligt prövning lösa kundens situation antingen genom att bevilja utkomststöd eller genom att lindra avgifterna.

I det aktuella förslaget föreslås i sig inga försämringar i social- och hälsovårdstjänsterna. I Finland kan en person oberoende av sin betalningsförmåga söka sig till vård, som det i efterhand tas ut en avgift för. Utöver olika betalningsarrangemang har kunden en möjlighet att ansöka om lindring av avgiften hos välfärdsområdet. I sista hand kan utkomststöd beviljas för klientavgifterna. Undersökning visar dock att höjningar av klientavgifter kan påverka uppsökandet av vård, särskilt inom primärvården. Enligt THL:s befolkningsundersökning Hälsosamma Finland upplevde en tredjedel av männen och något över en tredjedel av kvinnorna att höga avgifter har försvårat tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster åtminstone någon gång under de senaste 12 månaderna. Bland dem som deltog i enkätundersökningen var det mer vanligt att den som besvarade undersökningen upplevde att höga avgifter förhindrar tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster ju äldre personen var. Bland dem som fyllt 75 år upplevde 4 av 10 att höga avgifter har försvårat tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster.²⁴ Enligt samma undersökning uppgav var femte vuxen att de har blivit tvungna att ge avkall på mat, läkemedel eller läkarbesök på grund av brist på pengar.²⁵

Höjningarna av klientavgifterna har särskilt bedömts påverka låginkomsttagare, ensamförsörjare och ensamboende, personer med funktionsnedsättning samt äldre personer, vilka också använder offentliga hälso- och sjukvårdstjänster mer än den övriga befolkningen. Trots att höjningarnas direkta konsekvenser för barn är ringa, har det bedömts att höjningarna indirekt kan påverka barnens välfärd. Konsekvenserna av ändringarna i utkomstskyddet liksom även exempelvis förlängningen av den längsta väntetiden för icke-brådskande vård berör delvis samma grupper. Dessutom kan välfärdsområdenas eventuella olika praxis i fråga om nedsättning och efterskänkande av klientavgifter försämra den regionala jämlikheten. Andra propositioner som gäller servicesystemet har bedömts ha samma effekt.

Med beaktande av de konsekvenser som det har bedömts att de föreslagna höjningarna, också tillsammans med andra sparåtgärder som föreslås av regeringen, har för användningen av tjänsterna, kan det, trots de skyddsmekanismer som lagstiftningen erbjuder och som beskrivs ovan, uppstå situationer där höjningarna påverkar en individs övervägande om att söka sig till tjänster. I sådana situationer kan det uppstå en risk för att tjänster som kunden eller patienten behöver upplevs vara utom räckhåll. Sådana situationer kan inte anses vara oproblematiske med tanke på det faktiska tillgodoseendet

²⁴ https://www.thl.fi/terveysuomi_verkkoraportit/ilmioraportit_2023/palvelujen_saavutettavuus.html

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

2.10.2024

av de grundläggande och mänskliga rättigheterna, vilket framhäver betydelsen av lämplig och tillräcklig informationsstyrning i samband med att ändringen genomförs.

Statsrådets uppgift är att styra välfärdsområdena så att de utnyttjar de skyddsmekanismer som lagstiftningen erbjuder fullt ut när de behövs för att säkerställa att klientavgifterna inte i fråga om en enskild kund eller patient blir så höga att den som behöver tjänsterna inte kan utnyttja dem. Klienternas och patienternas medvetenhet om skyddsmekanismerna bör också ökas för att sänka tröskeln för att söka sig till tjänster. Statsrådet ska dessutom bedöma behovet av lagstiftande åtgärder för att utveckla skyddsmekanismerna. De faktiska konsekvenserna av de föreslagna ändringarna på till exempel användningen av tjänsterna bör följas upp, och åtgärder bör vidtas om människors faktiska och jämlika möjligheter att få tillgång till tjänster försämras genom ändringarna.²⁶

5 Remissvar

Utkastet till förordning var på remiss den 24 juni–9 augusti 2024. Sammanlagt 69 utlåtanden lämnades in. Utlåtanden lämnades av riksdagens justitieombudsmans kansli, Kyrkostyrelsen, barnombudsmannen, Institutet för hälsa och välfärd, finansministeriet, äldreombudsmannen, diskrimineringsombudsmannen, Södra Karelen välfärdsområde, Helsingfors stad, HUS-sammanslutningen, Egentliga Tavastlands välfärdsområde, Mellersta Österbottens välfärdsområde, Mellersta Finlands välfärdsområde, Mellersta Nylands välfärdsområde, Västra Nylands välfärdsområde, Birkalands välfärdsområde, Norra Karelen välfärdsområde, Norra Österbottens välfärdsområde, Norra Savolax välfärdsområde, Satakunta välfärdsområde, Vanda och Kervo välfärdsområde, Egentliga Finlands välfärdsområde, Allergi-, Hud- och Astmaförbundet rf, Amnesty International Finländska sektionen rf, Förebyggande rusmedelsarbete EHYT rf, Pensionärsförbundets intresseorganisation PIO rf, Epilepsiförbundet rf, FDUV, förbundet för personer med utvecklingsstörning eller annan intellektuell funktionsnedsättning rf, Gynekologinen potilasjärjestö Korento ry, Hengitysliitto ry, IBD ja muut suolistosairaudet ry, Ihmisoikeusliitto ry, Invalidförbundet rf, Kehitysvammaisten Tukiliitto ry, Kehitysvammaliitto ry, Konsumentförbundet rf, Finska Hörsel förbundet rf, Tröskeln rf, Lastensuojelun Keskusliitto ry - Centralförbundet för Barnskydd rf, Läkarföretagen rf, Mannerheims Barnskyddsförbund rf, Centralförbundet för Mental Hälsa rf, Mielenterveyspooli, Minnesförbundet rf, Njur- och leverförbundet rf, Finlands Neuroförbund rf, Synskadades förbund rf, Närståendevårdarnas förbund rf, Servicefacket PAM rf, Rädda Barnen rf, SOSTE Finlands social och hälsa rf, Diabetesförbundet i Finland rf, Suomen Hammaslääkäriliitto - Finlands Tandläkarförbund ry, Osteoporosförbundet i Finland rf, Finlands närvårdar- och primärskötarförbund SuPer rf, Suomen Lääkäriliitto - Finlands Läkarförbund ry, Ungdomssektorns takorganisation i Finland Allians rf, Finlands studerandekårens förbund - SAMOK rf, Reumaförbundet i Finland rf, Socialrättsliga

²⁶ Se exempelvis GrUU 44/2014 rd.

2.10.2024

sällskapet i Finland rf, Finlands Hjärtförbund rf, Suomen Syöpäpotilaat - Cancerpatienterna i Finland ry, Syöpäjärjestöt, Garantistiftelsen sr, Tehy rf, Työttömien Keskusjärjestö ry, Handikappforum rf, Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto VALLI ry samt en privatperson.

Förslaget fick inte understöd bland remissinstanserna, med undantag av en enskild remissinstans. I en stor del av utlåtandena ansågs höjningarna vara oskäligen. I en del utlåtanden påpekades det att höjningarna inte motsvarar målet i regeringsprogrammet för statsminister Orpos regering att "genomföra en moderat höjning av klientavgifterna så rättvist som möjligt utan att ojämlikheten ökar och så att avgifterna inte utgör ett hinder för tillgången till tjänster". Förslagets mål att balansera de offentliga finanserna ansågs i vissa utlåtanden vara värt att understöda. I en del av utlåtandena ansågs det också vara värt att understöda att höjningarna riktas till den specialiserade sjukvården, men det konstaterades att även låginkomsttagare och personer i utsatt ställning använder den specialiserade sjukvården. För dem som använder många tjänster kan avgiftsbelastningen vara betydande. I vissa utlåtanden fästes också uppmärksamhet vid att klientavgifterna redan är relativt höga internationellt sett i Finland och att de föreslagna höjningarna höjer hushållens och i synnerhet låginkomsttagarnas redan höga finansieringsandel av hälso- och sjukvården.

I en del utlåtanden ansågs det att inga höjningar bör riktas till mun- och tandvården eller att höjningarna bör vara lägre än för andra tjänster, bland annat eftersom avgifterna för mun- och tandvård och avgiftsfinansieringens andel av kostnaderna redan nu är klart högre än inom annan hälso- och sjukvård. I utlåtandena ansågs det också att munhälsan har ett samband med andra sjukdomar och med människans övergripande hälsa, och att avgifterna för mun- och tandvård inte får äventyra möjligheterna att söka sig till vård. I vissa utlåtanden ansågs det att redan de nuvarande avgifterna har lett till att en del klienter låter bli att uppsöka vård. I remissvaren lyftes också fram det forskningsarbete om munsjukdomar som visar att munsjukdomar är vanligare uttryckligen i de lägre inkomstklasserna, och det ansågs att förslagen ytterligare ökar ojämlikheten bland befolkningen. I en del utlåtanden lyftes det också fram bland annat hur avgifterna för fysioterapi och vård i serie koncentreras till dem som behöver många tjänster och till multisjuka. Det ansågs inte ändamålsenligt att rikta högre höjningar till dessa avgifter för att undvika att äventyra möjligheterna att söka sig till vård. Höjningarna ansågs inte heller stödja möjligheterna att bo hemma eller upprätthållandet av funktionsförmågan hos en sjuk person eller en person med funktionsnedsättning. I vissa utlåtanden uttrycktes också oro över höjningen av avgiften för slutna vård, i synnerhet eftersom man blir tvungen att betala avgift för uppehälle för slutna vård ännu efter det att avgiftstaket har nåtts. I utlåtandena framfördes dessutom flera andra anmärkningar om enskilda avgifter.

I de flesta utlåtandena ansågs det att förslagets konsekvenser särskilt berör utsatta personer (i synnerhet låginkomsttagare, personer som använder många tjänster, långtidssjuka, personer med funktionsnedsättningar, äldre, barnfamiljer, arbetslösa och arbetsoförmögna) och att förslaget ökar behovet av utkomststöd, skuldsättningen,



2.10.2024

utsökning och indrivning samt ojämlikheten mellan medborgarna. I många utlåtanden framfördes det att redan för närvarande överförs många klientavgifter till utsökning. I flera utlåtanden ansågs det att förslaget kan leda till att användningen av tjänsterna minskar, vilket kan öka kostnaderna på längre sikt. I ett utlåtande lyftes också fram fördröjningar i tillgången till service och vård som situationer som äventyrar klient- och patientsäkerheten. I flera utlåtanden efterlystes en noggrannare bedömning av förslagets konsekvenser för beteendet.

I en stor del av utlåtandena nämndes de sammantagna konsekvenserna av de samtidiga sparåtgärderna, som i stor utsträckning riktar sig till samma grupper av människor. Enligt remissinstanserna borde bedömningen av de sammantagna konsekvenserna ha varit tillgänglig redan vid beredningen av förslagen och under remissbehandlingen. I vissa utlåtanden hänvisades det också till de indexhöjningar av klientavgifterna (10 %) som just trädde i kraft i början av året och det lyftes fram en obalans i anslutning till samtidiga tilläggssatsningar på sjukvårdsersättningar som ytterligare ökar ojämlikheten mellan medborgarna.

I flera utlåtanden, bland annat i välfärdsområdenas utlåtanden, ansågs det att höjningarna inte ger välfärdsområdena sådana inkomster som uppskattats i förslaget och som ska dras av från finansieringen och att förslaget således försvagar välfärdsområdenas ekonomiska läge från tidigare. Som faktorer som minskar de faktiska avgiftsinkomsterna nämndes bland annat kreditförluster, indrivning och utsökning, ökning av utkomststödet och finansiering av det samt ökning av det administrativa arbetet och kostnaderna till exempel på grund av fler beslut om avgiftstak och utredningar av klienternas inkomster och utgifter i samband med lindringar av avgifter. I en del utlåtanden ansågs det att det kunskapsunderlag som använts vid konsekvensbedömningen av förslaget och som baserar sig på användningen av tjänster 2017 inte ger någon aktuell bild av användningen av tjänsterna och således inte heller en realistisk bild av avgiftsförändringarnas ekonomiska konsekvenser. Dessutom ansågs det att kopplingen till finansieringslagen i praktiken tvingar välfärdsområdena att ta i bruk klientavgifter på maximal nivå och på så sätt försvagar välfärdsområdenas prövningsrätt och självstyrelse.

I flera utlåtanden konstaterades det att även om avgiftstaket och välfärdsområdenas möjlighet att sänka eller efterskänka avgifter i sig är positiva, följer kunderna inte nödvändigtvis upp hur avgiftstaket kommer emot och är inte medvetna om de möjligheter och förfaranden som hänför sig till efterskänkande eller nedsättning av avgifter. Inte heller rådgivningen är alltid tillräcklig. Dessutom varierar verksamhetssätten, kriterierna och praxisen i välfärdsområdena, vilket kan leda till regional ojämlikhet. I utlåtandena föreslogs det att medvetenheten ska ökas och att skyddsåtgärderna för klienten utvecklas, bland annat att ansvaret för uppföljningen av avgiftstaket överförs till myndigheterna och att skyldigheten att lindra avgifter utvidgas till att omfatta jämnstora avgifter. I flera utlåtanden påpekades det att det incitament som vid regeringens ramförhandlingar lades fram för välfärdsområdena att befria låginkomsttagare från klientavgifter och som i sig är värt att understöda inte skulle finnas om förhöjningarna drogs av från finansieringen till fullt belopp.

2.10.2024

Eftersom sänkningen av klientavgifterna blir beroende av välfärdsområdenas prövning är det inte möjligt att bedöma och beakta denna andel i det avdrag i välfärdsområdenas finansiering som görs till följd av den föreslagna ändringen av klientavgifterna och således kan det avdrag i finansieringen som görs på riksnivå visa sig vara överdimensionerat i förhållande till avgiftsinkomsterna i välfärdsområdena.

I vissa utlåtanden ansågs det att de föreslagna höjningarna är så stora att det är möjligt att de de facto gör tjänsterna oåtkomliga för dem som behöver dem och man föreslog att mekanismer för att skydda klienten utvecklas. I en del utlåtanden framfördes det också att även om höjningarna inte direkt riktar sig till barn, kan höjningarna av föräldrarnas avgifter inverka på föräldrarnas försörjningsförmåga och förmåga att ta hand om sina barn och därmed berör höjningarna också barnen. I utlåtandena lyftes också fram särskilda synpunkter och konsekvenser för äldre och personer med funktionsnedsättning som befinner sig i en utsatt ställning.

I samband med remissbehandlingen ombads välfärdsområdena sammanställa uppgifter om antalet avgiftsbelagda intyg och inkomsterna av klientavgifterna samt en uppskattning av avgifternas kostnadsmotsvarighet. Uppgifterna begärdes för revideringen av intyg och utlåtanden samt för den fortsatta beredningen av eventuella ändringar i avgifterna för intyg och utlåtanden. Nio välfärdsområden och Helsingfors stad sände in uppgifter. Utlåtandena gav en ganska bra överblick över antalet utlåtanden och de avgifter som tagits ut för dem. Man fick inte täckande information om kostnadsmotsvarigheten, men åtminstone inom vissa välfärdsområden motsvarar en del av avgifterna i fråga redan kostnaderna.

Utifrån remissvaren har bedömningen av konsekvenserna av de föreslagna höjningarna preciserats och kompletterats. Även fördelningen av höjningarna har omvärderats i samarbete med Institutet för hälsa och välfärd. På basis av den bedömning som gjorts i det fortsatta arbetet har det dock inte gjorts några ändringar i fördelningen av höjningarna. En omfördelning av höjningarna har konsekvenser i olika riktningar och av olika storlek. Eftersom sparmålet förblir detsamma, har vissa i och för sig små förbättringar av vissa avgifter oundvikligen effekter som höjer avgifterna och därmed försämrar kundens situation på annat håll, och de har således inte ansetts ha någon betydande inverkan på helheten.

6 Specialmotivering

3 §. Service i hemmet. Beloppen i 5 mom. höjs enligt förslaget med 22,5 %.

7 §. Avgifter för öppenvård vid hälsovårdscentral. Beloppen i 1 och 2 mom. höjs enligt förslaget med 22,5 %. Beloppet i 3 mom. höjs enligt förslaget med 45 %.

8 §. Sjukhusens poliklinikavgifter. Beloppet i 1 mom. höjs enligt förslaget med 45 %.

8 a §. Dagkirurgi. Beloppet i 1 mom. höjs enligt förslaget med 45 %.



2.10.2024

9 §. *Undersökning och vård av mun och tänder.* Beloppen i 1 och 2 mom. höjs enligt förslaget med 22,5 %.

11 §. *Vård i serie.* Beloppet i 1 mom. höjs enligt förslaget med 45 %.

12 §. *Kortvarig anstaltsvård.* Beloppen i 1 mom. höjs enligt förslaget med 22,5 %.

13 §. *Avgifter för dag- och nattvård.* Beloppet i 1 mom. höjs enligt förslaget med 22,5 %.

14 §. *Avgifter för rehabilitering.* Beloppet i 1 mom. höjs enligt förslaget med 22,5 %.

7 Ikraftträdande

De föreslagna ändringarna avses träda i kraft den 1 januari 2025.

Det föreslås att statsrådet utfärdar en förordning om ändring av förordningen om klientavgifter inom social- och hälsovården.