

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN VASTAUKSET ASIAKASMAKSUJA KOSKEVIIN KYSYMYKSIIN

1. Taustaa

Asiakasmaksulakia on osittain uudistettu pääministeri Marinin hallituskaudella. Lakiin tehtiin kiireellisimmät ja olennaisimmat sisältömuutokset, kun esimerkiksi asumispalvelujen maksut saatettiin lain tasolle sekä lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden tavoitteiden mukaisesti palvelujen saatavuutta parannettiin maksuttomuutta lisäämällä ja maksukattoa koskevilla parannuksilla. Osittaisuudistuksen lisäksi asiakasmaksulakiin tehtiin useita muutoksia liitelakina, kun muuta sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöä uudistettiin.

Asiakasmaksuihin on edeltävillä hallituskausilla tehty tavanomaisten indeksitarkistusten lisäksi isoja tasokorotuksia. Vuoden 2015 alusta lukien tasasuuruisiin asiakasmaksuihin tehtiin 9,4 prosentin tasokorotus ja vuoden 2016 alusta tasasuuruisiin asiakasmaksuihin tehtiin toinen, 27,5 prosentin, erilliskorotus.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän, sekä tätä tukien myös asiakasmaksujen, uudistamisessa lähtökohtana tulisi olla se, että järjestelmä kokonaisuutena kaventaisi nykyistä paremmin hyvinvointi- ja terveyseroja väestössä ja että palvelujen saatavuus olisi mahdollisimman yhdenvertaista ja syrjimätöntä väestön kesken ja eri alueilla. Järjestelmän periaatteilla, sisällöllä ja tasolla tulisi varmistaa palvelujen yhdenvertainen saatavuus sekä ohjata niiden käytön painotuksia.

2. Paljonko asiakasmaksukertymä on yhteensä?

- Vuonna 2021 kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveydenhuollon maksutulot olivat yhteensä noin 1,34 miljardia euroa. Oletettavasti koronapandemia vaikutti vähentävästi tähän kertymään, sillä vuonna 2019 maksutulojen kertymä oli noin 1,52 miljardia euroa, ja on ollut myös aiempina vuosina vastaavaa tasoa.
- Hyvinvointialueiden maksukertymiin (verrattuna kuntien maksukertymiin) vaikuttavat maksujen ja palvelujen harmonisoituminen, mutta vaikutuksista tai edes niiden suunnasta ei ole toistaiseksi tarkempaa tietoa.

3. Olisiko lisätuloja saavutettavissa sillä, että hyvinvointialueiden olisi perittävä asiakasmaksulainsäädännön mukaiset maksimimaksut?

- Tämä olisi mahdollista, mutta kyse olisi merkittävästä muutoksesta voimassa olevan asiakasmaksulain peruseriaatteisiin. Asiakasmaksut ovat osa hyvinvointialueiden rahoitusta, ja hyvinvointialueet ovat saaneet päättää rahoituksen kohdentamisesta itse. Mahdollinen muutos kaventaisi hyvinvointialueiden rajattua itsehallintoa. Päätösvallan kaventuminen voisi haitata etenkin perustason palvelujen kehittämistä. Nykyinen mahdollisuus jättää maksuja perimättä tai periä maksuja laissa säädettyä pienempinä mahdollistavat alueiden oman päätöksenteon ja erityispiirteiden huomioimisen ja sen, että hyvinvointialueet voivat halutessaan ohjata palveluverkkoa ja palvelujen kehittämistä sekä

palvelujen käyttöä asiakasmaksujen avulla, esimerkiksi perimällä pienempiä maksuja uusista kehitettävistä palveluista.

- Palvelut, joissa tällä hetkellä peritään alempia maksuja kuin asiakasmaksulainsäädäntö mahdollistaisi, ovat lähinnä kotihoito ja Helsingin osalta terveystieteiden lääkärikäynnit. (Tarkasteltaessa niitä asiakasmaksuja, joista on nimenomaisesti säädetty laissa/asetuksessa.)
- Tietopohja on osittain puutteellinen mutta näyttää siltä, että säännöllisessä kotihoidossa peritään lain mukaista maksutaulukkoa alempaa maksua vain pk-seudulla (Helsinki, Vantaa-Kerava, Länsi-Uusimaa). THL arvioi vuonna 2022, että jos koko maassa perittäisiin kotihoidosta lain sallimia enimmäismääriä, maksukertymä kasvaisi arviolta 10 miljoonaa euroa vuodessa (https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144460/URN_ISBN_978-952-343-888-0.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
- Terveystieteiden lääkärikäynnit ovat Helsingissä maksuttomia. Jos Helsinki perisi lääkärikäyntimaksua, vuoden 2017 palvelukäytön perusteella maksukertymä kasvaisi arviolta 8 miljoonaa euroa vuodessa.
- Jos siis asiakasmaksulakia muutettaisiin niin, että hyvinvointialueen olisi perittävä lain mukaiset enimmäismaksut, maksukertymä kasvaisi arviolta noin 20 miljoonalla eurolla vuodessa.
- Tietopohja on puutteellinen asumispalveluista, kuten pitkäaikaisesta ympärivuorokautisesta palveluasumisesta, perittävien maksujen osalta. Käsitys kuitenkin on, että jo nykytilanteessa hyvinvointialueet perivät asumispalveluista ainakin melkein lain mukaisia enimmäismaksuja.
- Asiakasmaksujen yhtenäistäminen kasvattaisi niiden hyvinvointialueiden maksukertymää, jotka ovat perineet säädetyn maksujen enimmäistason alittavia maksuja. Hyvinvointialueet voisivat käyttää kertyneet lisätulot haluamallaan tavalla. Asiakasmaksutulot vähennetään tarkasteltavista käyttökustannuksista valtion rahoituksen tasoa tarkistettaessa, joten kasvaneilla asiakasmaksutuloilla rahoitetut palvelut eivät vaikuttaisi suoraan valtion rahoituksen tasoon.
- Jos asiakasmaksujen yhtenäistämisen yhteydessä alennettaisiin valtion rahoituksen tasoa, tason alentaminen vähentäisi kaikkien hyvinvointialueiden valtiolta saamaa rahoitusta laissa säädettyjen rahoituksen painotustekijöiden suhteessa. Näin ollen palveluihin käytettävissä oleva rahoitus vähenisi niillä hyvinvointialueilla, jotka ovat jo perineet lähes säädetyn enimmäismäärän mukaisia maksuja.
- Mahdollinen lain enimmäismaksu-periaatteen muuttaminen hyvinvointialueita velvoittavaksi ei ota huomioon niitä maksuja, joista jo nykyisinkin saa periä maksuja hyvinvointialueen päätöksen mukaisesti (asiakasmaksulainsäädännön asettaman yleisen tuotantokustannusten rajoitteen raameissa) mutta joiden euro- tai prosenttimääräisestä suuruudesta ei säädetä nimenomaisesti laissa. Tällaisia maksuja ovat esimerkiksi tukipalvelujen maksut. Mahdollinen muutos edellyttäisikin samanaikaisesti myös laajemmin asiakasmaksulainsäädännön muiden peruseriaatteiden tarkastelua ja niistä linjaamista, olennaisimpana kysymyksenä sitä, saisiko maksuja jatkossakin periä myös niistä palveluista, joista ei nimenomaisesti ole säädetty laissa tai asetuksessa (jolloin hyvinvointialueet perivät maksuja omien päätöksensä mukaan tuotantokustannusten rajoissa), vai ainoastaan silloin, jos palvelu on säädetty maksulliseksi ja laissa olisi säädetty myös nimenomaiset euromäärät. Mikäli lainsäädännön olennaisia periaatteita muutettaisiin, olisi lainsäädäntöä päivitettävä selkeästi nykyistä useammin,

jotta se pysyisi ajantasaisena palvelujen kehittyessä. Eri palveluista perittäviä maksuja sekä maksutasojen ajantasaisuutta ja kohtuullisuutta olisi tarkasteltava mahdollisen muutoksen yhteydessä myös muutoin erityisen tarkasti, mikä vaatisi valmistelulta aikaa.

- Vuonna 2021 tehty asiakasmaksulain osittaisuudistus sekä vuoden 2023 alusta sote-uudistus ovat merkittävällä tavalla yhdenmukaistaneet kuntien ja hyvinvointialueiden maksuja. Kuten edellä on todettu, hyvinvointialueiden välillä voi kuitenkin edelleen olla jonkin verran eroja maksuissa, koska maksuista päättäminen asiakasmaksulainsäädännön raameissa kuuluu hyvinvointialueen päätösvaltaan. Tästä näkökulmasta mahdollinen muutos edelleen yhdenmukaistaisi maksuja eri hyvinvointialueiden välillä, ja sikäli lisäisi alueellista yhdenvertaisuutta (lähinnä kotihoito ja tk-maksu). Muutoksella olisi asiakkaiden maksurasitusta kasvattavia vaikutuksia tilanteissa, joissa mahdollisesti alle lain mahdollistaman rajan maksuja perivät alueet nostaisivat maksuja laissa säädetylle tasolle tai alkaisivat periä maksuja nykyisin täysin maksuttomista palveluista. Esimerkiksi Helsingissä ei ole peritty lainkaan maksuja terveyskeskusten lääkärikäynneistä, ja mahdollisen muutoksen myötä käynneistä tulisi maksullisia. Lisäksi joillakin alueilla hyvinvointialueet ovat esimerkiksi vapauttaneet tiettyjä, lähtökohtaisesti pienituloisia, ryhmiä asiakasmaksuista, ja heille muutoksesta seuraisi maksurasituksen kasvua. Kotihoidon maksujen korotukset ja terveyskeskuksen lääkärimaksujen käyttöönotto Helsingissä kohdistuisivat erityisesti pk-seudun pienituloiseen väestöön. Tutkimusten perusteella voidaan arvioida, että terveyskeskuksen lääkärikäyntimaksun käyttöönotto Helsingissä todennäköisesti vähentäisi lääkärikäyntejä hieman.

4. Kuinka paljon asiakasmaksuja menee nykyisin perintään ja onko tietoa, paljonko asiakasmaksuihin on haettu maksuvapautuksia?

- Soste ry:n ulosottolaitokselta keräämien tietojen mukaan vuonna 2022:

- o ulosottoon päätyi lähes puoli miljoonaa sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksua, mikä on noin 13 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2021 – silti ulosotossa on kaksi kertaa niin paljon asiakasmaksuja kuin 2010-luvun alussa.

- o terveyskeskusmaksuja ja kotipalvelumaksuja kuitenkin päätyi ulosottoon hieman enemmän kuin vuonna 2021 – nousua molemmissa maksuluokissa oli noin kolme prosenttia.

- o ulosottotilastojen mukaan sairaala- ja laitoshoitomaksut ovat olleet asiakasmaksuista suurin ryhmä ulosotossa.

- Sosiaali- ja terveysministeriöllä ei ole tietoa siitä, kuinka paljon kunnissa/hyvinvointialueilla on haettu vapautuksia asiakasmaksuihin.

5. Millainen kustannusvaikutus olisi sillä, jos erikoissairaanhoidon poliklinikkamaksua, päiväkirurgian maksua, sairaalan hoitopäivämaksua ja peruuttamattomista ajoista perittävää maksua korotettaisiin 10, 20 tai 30 prosentilla?

- Erikoissairaanhoidon maksujen korottaminen toisi maksukattovaikutus huomioiden lisää asiakasmaksutuloja seuraavasti (huom.: laskelmissa ei tietopohjan puutteellisuuden vuoksi ole voitu huomioida peruuttamatta jätetyistä ajoista perittäviä maksuja):

- o 10 prosentin korotus = 24 miljoonaa euroa (kasvua 7 prosenttia nykyiseen erikoissairaanhoidon asiakasmaksutuottoon verrattuna)
 - o 20 prosentin korotus = 46 miljoonaa euroa (kasvua 14 prosenttia nykyiseen erikoissairaanhoidon asiakasmaksutuottoon verrattuna)
 - o 30 prosentin korotus = 66 miljoonaa euroa (kasvua 20 prosenttia nykyiseen erikoissairaanhoidon asiakasmaksutuottoon verrattuna)
- Huom.: erityisesti lyhytaikaisen laitoshoidon maksujen korotuksissa maksukatto ”söisi” suuren osan korotusten vaikutuksista. Maksukaton vaikutuksen vuoksi esim. 10 prosentin korotus erikoissairaanhoidon maksuihin toisi vain 7 prosenttia lisää maksutuottoa.
 - Erikoissairaanhoidon maksut voivat olla jo nyt suuria pienituloisille ja monisairaille, ja ulosottotilastojen mukaan sairaala- ja laitoshoitomaksut ovat olleet asiakasmaksuista suurin ryhmä ulosotossa. Erikoissairaanhoidon maksut kerryttävät kuitenkin maksukattoa, mutta laitoshoidosta peritään ns. ylläpitomaksu myös maksukaton täyttymisen jälkeen.
 - Sosiaali- ja terveystalouden tavoitteena on tukea palvelujen saantia ja yleisesti asiakaspolitiikalla pyritään tukemaan tämän tavoitteen saavuttamista. Asiakasmaksujen nostaminen yhdistettynä hyvinvointialueiden rahoituksen tason alentamiseen ei lähtökohtaisesti tukisi em. tavoitteita. Erikoissairaanhoidossa kysynnän hintajousto on kuitenkin pienempi kuin perusterveydenhuollossa, ja lisäksi maksujen muutosten vaikutukset kohdentuvat perusterveydenhuoltoon tasaisemmin väestön tulojakaumassa.
 - Tasasuuruisten maksujen korottaminen näkyisi aina jossain määrin myös toimeentulotukimenojen kasvuna.

6. Millaisia taloudellisia vaikutuksia maksukattojen yhdistämisellä olisi?

- Jos asiakasmaksukaton, lääkekaton ja matkakaton yhdistäminen toteutettaisiin kustannusneutraalisti, katon taso olisi THL:n selvityksen (<https://www.julkari.fi/handle/10024/139789>) mukaan noin 1 000 euroa, kun käyttäytymisvaikutuksia ei ole huomioitu. Arvion mukaan muutoksella olisi todennäköisesti myös käyttäytymisvaikutuksia, joten myöskään em. 1 000 euron kustannusneutraali katto ei tosiasiassa olisi kustannusneutraali. Vaikutukset kohdentuisivat eri tavoin väestössä, toisin sanoen yhdistetyllä katolla olisi voittajia ja häviäjiä. Kattojen yhdistäminen kustannusneutraalisti keventäisi terveydenhuollon suurkäyttäjien, iäkkäiden ja pääsääntöisesti myös pienituloisten kotitalouksien maksurasitetta. Vastaavasti kustannusneutraali kattojen yhdistäminen kasvattaisi muiden kotitalouksien maksuja. Selvityksen perusteella maksukattojen kustannusneutraali yhdistäminen siirtäisi lähes 40 miljoonaa euroa väestönosalta toiselle. Selvitys osoitti myös, että maksukattojen yhdistäminen olisi tehoton tapa ehkäistä alkuvuoden korkeaa maksurasitetta.
- Jos taas maksukattojen yhdistämistä ei toteutettaisi kustannusneutraalisti, muutos vaatisi rahoituksen kehyksiin ja kustannusvaikutukset olisivat vaihtoehdosta riippuen kymmeniä tai jopa satoja miljoonia euroja vuodessa (esim. 800 euron katto vähintään 70 milj. euroa, sitä alempi vähintään noin 100–200 milj. euroa, mahdollisesti jopa useita satoja miljoonia euroja). Kustannuksia lisäisivät myös mahdolliset käyttäytymisvaikutukset, joita ei ole huomioitu em. arvioissa. Väestön vanhetessa kustannusvaikutukset voimistuisivat entisestään.

- Eri kattojen yhdistämiseen liittyy lukuisa määrä vaikutuksia, jotka tulisi arvioida ja ottaa huomioon ennen mahdollisen linjauksen tekemistä sekä myöhemmin mahdollisessa laajassa ja useita vuosia voimavaroja sitovassa valmistelu- ja toimeenpanotyössä (selvitykset ja periaatteet, rahoitus, säädösvalmistelu, tietoarkkitehtuuri, toimeenpano). Yhdistämisen tarkoituksenmukaisuus ja vaikutukset riippuvat perustavalla tavalla siitä, mitä kattojen yhdistämisellä tavoitellaan ja millä reunaehdoilla yhdistämistä toteutettaisiin.
- Nykyisten kattojen säädöspohja on eri: sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksujen maksukastosta säädetään asiakasmaksulaissa, kun taas lääke- ja matkakorvauksista ja niiden omavastuuosuuksista säädetään sairausvakuutuslaissa. Asiakasmaksut ovat osa itsehallinnollisten hyvinvointialueiden rahoitusta ja lääke- ja matkakorvaukset puolestaan osa sairausvakuutuksen etuusjärjestelmää. Jo nämä lähtökohdat osaltaan kertovat siitä, että vaikutukset ulottuisivat erittäin laaja-alaisesti sote-palvelujen ja hyvinvointialueiden rahoituksen sekä etuusjärjestelmän yhdyspintaan, mikä edellyttäisi työhön laajan valmisteluresurssin varaamista useiksi vuosiksi.
- On myös huomioitava, että nykyisellään asiakasmaksu- ja sairausvakuutuksen kattojen periaatteet ja myös niiden tekniset järjestelmät ja hallinta ovat toisistaan poikkeavia, mitkä seikat jo sinällään merkitsisivät ajallisesti useiden vuosien mittaista suunnittelu-, valmistelu- ja toimeenpanotyötä yhteinäisen katon saavuttamiseksi. Ehdottomana edellytyksenä kattojen yhdistämiselle ovat eri kattojen tietojen ja seurannan digitalisointi ja yhteisten/yhteentoimivien tietojärjestelmien kehitys, eivätkä nämä edellytykset nykyisellään täyty. Kattojen yhdistäminen edellyttäisikin erittäin mittavaa tietojärjestelmäkehitystyötä.