

Suomen Diabetesliitto ry:n lausunto valtioneuvoston asetuksesta sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta

Viite: VN/24836/2023

kirjaamo.stm@gov.fi

30.10.2023

Hallitus esittää terveydenhuollon asiakasmaksuihin 10 prosentin indeksikorotusta sekä osaan palveluista vielä tämän lisäksi 10 prosentin tasokorotusta. Suomen Diabetesliiton näkemys on, että korotuksia ei tule tehdä. Vähintään tulisi luopua 10 prosentin tasokorotuksista.

Asiakasmaksuihin tehtäisiin säännönmukaiset indeksitarkistukset, minkä lisäksi eräitä maksuja ehdotetaan hallitusohjelmaan perustuen korotettavaksi 10 prosentilla. Kymmenen prosentin tasokorotus indeksikorotuksen lisäksi tehtäisiin sarjahoidon ja fysioterapian maksuihin, poliklinikkamaksuihin, päiväkirurgian maksuihin, lyhytaikaisen laitoshoidon sekä päivä- ja yöhoidon maksuihin koskien erikoissairaanhoidon yksikköjä. Korotukset tulisivat voimaan vuoden 2024 alusta.

Pääministeri Orpon hallituksen hallitusohjelman mukaan asiakasmaksujen korottaminen toteutettaisiin mahdollisimman oikeudenmukaisesti lisäämättä eriarvoisuutta sekä siten, etteivät maksut muodostu esteeksi palveluiden saamiselle. Jopa 20 %:n maksukorotukset voivat vaikuttaa merkittävästi vähävaraisten ja sairaimpien ihmisten palvelujen käyttöön, terveyteen ja toimeentuloon. Ne voivat myös lisätä väestöryhmien välisiä terveyseroja, jotka jo nyt ovat suuria, ja kasvattaa eriarvoisuutta palvelujen saannissa. Väestöryhmittäiset erot terveydessä eivät ole merkittävästi kaventuneet 2000-luvulla ja joiltakin osin terveyserot ovat jopa kasvaneet (Majlander S ym. 2021).

Asiakasmaksuihin ehdotetut korotukset lisäisivät hyvinvointialueiden saamia maksutuottoja noin 26,9 miljoonalla eurolla vuodessa. Hallitusohjelman mukaisesti vastaava määrä vähennettäisiin sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen rahoituksesta. Näin ollen asiakasmaksujen nosto ei tuo alueille lisätuloja, mutta suoraan lisää palvelun käyttäjien kustannuksia. Korotus siis kasvattaa palvelujen käyttäjien suoraa rahoitusosuutta palveluista.

Asetusmuistion mukaan korotukset saattaisivat lisätä niiden pienituloisten asiakkaiden määrää, joille asiakasmaksut aiheuttavat merkittävää taloudellista kuormitusta. Tämän arvioidaan voivan yksittäisissä tapauksissa johtaa toimeentulotuen tarpeeseen tai maksujen ulosottoihin.

Huomioimme, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992) 11 §:n

mukaan asiakasmaksujen alentaminen tai perimättä jättäminen on ensisijainen toimeentulotukeen turvautumiseen nähden. Maksujen alentamista tai perimättä jättämistä ei yleisesti tasasuuruisten maksujen kohdalla käytetä, vaikka lain mukaan hyvinvointialue voi päättää muidenkin kuin tulosidonnaisten maksujen perimättä jättämisestä. Alentamisen tai perimättä jättämisen päätös tehdään hyvinvointialueella, ja alueilla voi olla eriäviä käytäntöjä asiassa. Myös ohjeistukset ja käytännöt palvelujen käyttäjille alentamisen ja perimättä jättämisen prosessista ja asiakkaalta edellytettävät selvitykset vaihtelevat, eivätkä palvelujen käyttäjät ole yhdenvertaisessa asemassa valtakunnallisesti.

Korotukset kohdistuisivat pääosin erikoissairaanhoidon, jossa muistion mukaan asiakkaiden tulojakauma on tasaisempi kuin perusterveydenhuollossa. Muistion mukaan esimerkiksi poliklinikkakäynnit eivät yleensä ole usein tarvittavia palveluja eivätkä maksujen korotukset siten muodostuisi kovin raskaaksi yksittäisen asiakkaan kannalta. Huomautamme, että useat pitkäaikaissairaudet hoidetaan pääosin erikoissairaanhoidossa, eikä erikoissairaanhoidon tarve ole sidoksissa asiakkaan tulotasoon. Esimerkiksi diabetesta sairastaviin suunniteltu erikoissairaanhoidon maksujen korotus kohdentuisi suoraan heidän perussairautensa vuoksi tarvittavien palvelujen osalta silloin, kun diabetes vaatii erikoissairaanhoidollista erityisosaamista (esim. tyypin 1 diabetes ja komplisoitunut tyypin 2 diabetes). Asiakas ei itse voi valita hoidon porrastusta, eikä perussairautta erikoissairaanhoidon puolella hoidettaessa erikoissairaanhoidon palveluja tarvita harvemmin, vaan perussairauden hoitosuhde seurantakäynteineen toteutetaan erikoissairaanhoidon palveluna. Pitkäaikaissairauksia sairastaviin kohdentuu myös paljon muita terveydenhuollon menoja, kuten lääkekuluja ja matkakuluja terveydenhoitoon. Nämä kulut kertyvät vuodesta toiseen.

Tuoreiden Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkistamien Terve Suomi -väestötutkimuksen tietojen mukaan joka viides aikuinen on joutunut tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi. Tämä vastaa noin 900 000:ta Suomessa asuvaa aikuista. Työikäisistä eli 20–64-vuotiaista jopa neljännes ilmoitti joutuneensa tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Toimeentulon vaikeudet ovat kaikista yleisimpiä nuoremmissa ikäryhmissä. Huomionarvoista on, että toimeentulon vaikeudet ovat lisääntyneet hieman kaikissa ikäryhmissä vuodesta 2020.

Tiedetään, että terveydenhuollon omavastuut sekä asiakasmaksut kohdistuvat ennen kaikkea pienituloisille ja ikääntyneille. Valtaosa terveystenonien köyhdyttävästä vaikutuksesta kohdistuu niille kotitalouksille, jotka ovat jo tulojen perusteella köyhiä. Tutkitusti eri terveystenonlajeista suurimmat köyhdyttävät vaikutukset on nimenomaan julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuilla. (Tervola ym. 2020.) Näitä maksuja ollaan nyt korottamassa.

Suomessa kotitalouksien maksurasitus terveydenhuollon asiakasmaksuina ja omavastuina on pohjoismaisittain suuri. Terveysmenot köyhdyttävät erityisesti ikääntyneitä ja katastrofaaliset terveysmenot (yli 40 % maksukyvyistä) ovat Suomessa yleisempiä kuin muissa Pohjoismaissa ja monissa Länsi-Euroopan maissa (3,8 % kotitalouksista). Katastrofaaliset terveysmenot painottuvat vahvasti alimpiin kulutusviidenneksiin ja ikääntyneisiin, pitkäaikaistyöttömiin ja työkyvyttömyyseläkeläisiin. (Tervola J ym. 2021.)

Alempien tulojen kotitalouksissa (alimmissa tulokymmenyksissä) kaikki terveydenhuollon maksukatot (lääke-, matka ja asiakasmaksukatot) ylittyvät todennäköisimmin. (Tervola ja Heino 2020). Omavastuut ja asiakasmaksut siis kohdentuvat pienituloisiin. Pienituloisilla on myös eniten tyydyttämättömiä terveydenhuollon palvelutarpeita – hoitoon ei hakeuduta tai sopivaa palvelua ei ole tarjolla. Suomessa tyydyttämättömiä palvelutarpeita on kaikissa tuloluokissa enemmän kuin EU:ssa keskimäärin. (Tervola ym. 2021.)

Vuonna 2022 ulosottoon meni 487 121 sosiaali- ja terveystalouksien sekä varhaiskasvatuksen asiakasmaksua. Maksuja syntyy esimerkiksi terveyskeskus- ja sairaalakäynneistä. Kymmenessä vuodessa ulosottoon päätyneiden asiakasmaksujen määrä on kaksinkertaistunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen osuus kaikista ulosottoon päätyneistä maksuista on kasvanut vuosi vuodelta.

Suuri osa asiakasmaksuista kasautuu hyvin pienelle osalle väestöstä. Selvityksen (2018) mukaan korkeimpia asiakasmaksuja maksanut kymmenes asiakkaista maksoi lähes puolet kaikista tasasuuruista maksuista. Toimeentulotukiasiakkaista huomattavasti suurempi osa (51,1 %) on maksanut sekä tasasuuruista että tulosidonnaisia asiakasmaksuja verrattuna koko väestöön. Tasasuuruiset asiakasmaksut ovat yleisempiä tulonjaon alapäässä. Myös vanhemmissa ikäluokissa tasasuuruista asiakasmaksuja maksetaan enemmän. (Vaalavuo, 2018.) Asiakasmaksuja maksavat enemmän paljon sairastavat ja heikkokuntoiset, jotka usein kuuluvat pienituloisiin.

Jos korkeat asiakasmaksut koituvat esteeksi hoitoon hakeutumiselle, jatkohoitoprosessille tai hoidon seurannalle, voi seurauksena olla kasvavia kustannuksia yhteiskunnalle terveysongelmien komplisoitumisen myötä. Tutkimusten perusteella voidaan lisäksi todeta, että korotukset kohdentuisivat erityisesti pienituloisiin ja sairaimpiin henkilöihin, koska he käyttävät eniten julkisen terveydenhuollon palveluja. Sosiaaliturvaetuksien muutosten, elinkustannusten nousun ja asiakasmaksujen korotusten yhteisvaikutukset erityisesti pienituloisten ja pitkäaikaissairaiden henkilöiden toimeentuloon ja terveyteen ovat merkittävät ja kielteiset.

Tampereella 30.10.2023

Juha Viertola
toiminnanjohtaja
Suomen Diabetesliitto ry

Lisätiedot:

Laura Tuominen-Lozić
sosiaali- ja terveystieteellinen asiantuntija
Suomen Diabetesliitto ry
p. 0400 723 655
laura.tuominen-lozic@diabetes.fi