

VN/14348/2024

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

VN/14348/2024

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 inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården höjs. 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 våren 2024. Det ordnades ett remissförfarande om utkastet till förordning... [kompletteras]

3 De viktigaste förslagen

Det föreslås att avgifterna enligt klientavgiftsförordningen höjs så att ändringarna träder i kraft vid ingången av 2025. Maximibeloppen för avgifterna inom primärvården (läkarbesök vid hälsovårdscentraler, undersökning och vård, inbegripet åtgärder, av mun och tänder, tillfällig hemsjukvård samt rehabilitering som ges i form av slutna vård) höjs i regel med

VN/14348/2024

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

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.

Det har ansetts ändamålsenligt att höjningen av klientavgifterna gäller alla de klientavgifter inom hälso- och sjukvården om vilkas maximibelopp det föreskrivs i klientavgiftsförordningen, så att höjningarna som helhet betraktat är så skäligena som möjligt både inom primärvården och inom den specialiserade sjukvården. Höjningarna gäller utöver den specialiserade sjukvården samtliga avgifter inom primärvården, inbegripet avgifterna för mun- och tandvård.

Förslaget innehåller ännu 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 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 minska. 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.

Höjningarna ska inte gälla tjänster som enligt lagstiftningen är avgiftsfria, avgifter för tjänster som inte används och som inte annulleras eller klientavgifter som bestäms utifrån inkomster eller familjeförhållanden. Höjningarna ska inte heller gälla avgiftstaket för klientavgifter.

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. Också inom mun- och tandvården fördelas avgifterna jämnare när det gäller befolkningens

VN/14348/2024

inkomstfördelning. 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. 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 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). Kalkylen baserar sig på besöksuppgifter 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 uppgifterna i Hilmo har perioderna av sluten vård 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 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. 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 har de föreslagna höjningarnas så kallade beteendekonsekvenser inte beaktats i kalkylerna.

Avgiftstaket har beaktats kalkylmässigt i de uppskattade konsekvenserna av höjningarna. Det bör dock noteras att klienten enligt klientavgiftslagen själv ska kontrollera när avgiftstaket har nåtts. Om klienten under kalenderåret för tjänster som ingår i avgiftstaket

VN/14348/2024

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 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.

Kalkylen över konsekvenserna av de föreslagna höjningarna innehåller inte de extra inkomster som fås genom de höjningar som föreslås i maximibeloppen för avgifter som tas ut för intyg och utlåtanden. Dessa höjningar bereds separat och kommer i den fortsatta beredningen att beaktas som en besparing som eventuellt överskrider det nu uppskattade beloppet på 150 miljoner euro.

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.

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.

Propositionen kan också bedömas ha indirekta konsekvenser för utkomststöd och utsökningen, vilka om de realiserats har en kostnadshöjande effekt på den offentliga ekonomin. Samtidigt kan välfärdsområdena enligt klientavgiftslagen besluta att även jämnstora avgifter inom hälso- och sjukvården kan nedsättas eller efterskänkas. Detta

VN/14348/2024

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.

Det bör också beaktas att avsikten enligt vad som beslutats vid ramförhandlingarna är att uppmuntra välfärdsområdena att befria dem som har de lägsta inkomsterna från klientavgifter. 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

VN/14348/2024

nedsättas på ovannämnda grunder eller om det är befogat med beaktande av vårdsynpunkter.

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. Dessutom omfattas arbetstagare allmänt av företagshälsovårdstjänster, för vilka det inte betalas klientavgifter. Personer med goda inkomster anlitar oftare än andra privata tjänster. Av ovannämnda 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 det också kan finnas stort och långvarigt behov av tjänster inom den specialiserade sjukvården, varvid också avgiftsbördan för kunden kan vara stor. 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. 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 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).¹ För majoriteten av dem vars

¹ 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

VN/14348/2024

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.² 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. Delvis av denna orsak har man strävat efter att rikta höjningarna så att konsekvenserna för låginkomsttagare blir så små som möjligt.

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 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

euro per år är 8 procent av befolkningen (390 000 personer). På 47 procent av befolkningen inverkar förändringen inte alls.

² Maximiförändringen är en avgiftshöjning på 45 procent, som gör att avgiftstaket 762 euro nås.

VN/14348/2024

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.

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 överskrids 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. Avgiftstaket 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. I och med höjningarna nås avgiftstaket

VN/14348/2024

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.

Höjningarna berör medborgarna utifrån deras behov av hälso- och sjukvårdstjänster. Höjningarna berör i högre grad mottagarna av handikappbidrag (69 procent av personerna) än andra (54 procent). Höjningarna verkar bli relativt jämnt fördelade oberoende av graden av handikappbidrag.

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 konsekvensbedömningen ovan har man inte beaktat de höjningar som bereds separat i fråga om maximibeloppen för de avgifter som tas ut för intyg och utlåtanden.

Konsekvenser för de grundläggande fri- och 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 bestäms 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).

Det grundläggande syftet med förslagen är att stärka den offentliga ekonomin och därmed 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 anses ha ett godtagbart mål med tanke på systemet med grundläggande fri- och rättigheter och verka för att trygga ett vidare tillgodoseende av de grundläggande fri- och rättigheterna.

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 är så skäligen som möjligt framför allt med tanke på

VN/14348/2024

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 är avgiftsfria. 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, och i och med höjningarna uppskattas fler personer nå avgiftstaket och nå det tidigare. Att avgiftstaket nås tidigare bedöms samtidigt leda till att det hos de klienter som får slutna vård i fortsättningen kommer att tas ut avgift för uppehälle för fler dagar av slutna vård. Trots att det inte föreslås någon ändring i avgiften för uppehälle, bedöms avgifterna öka för en majoritet av dem som överskridit avgiftstaket.

Antalet klienter som kan få svårigheter att klara av klientavgifterna har bedömts öka, framför allt när det gäller låginkomsttagare. Detta kan också leda till ökat behov av utkomststöd. Detta talar för att välfärdsområdena även med stöd av sina skyldigheter enligt 19 § 3 mom. i grundlagen kan utnyttja möjligheten 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 betonat att företräde för jämkning på grundval av allmänna förvaltningsrättsliga principer också kan gälla lika stora avgifter i en situation där kommunen inte har beslutat att utnyttja möjligheten att sänka avgifterna i fråga om lika stora avgifter. Detta skulle enligt utskottet exempelvis kunna vara fallet om 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).

Förslagets sammantagna konsekvenser med andra sparåtgärder som bereds

Regeringen bereder samtidigt flera andra sparåtgärder vars sammantagna konsekvenser med det aktuella förslaget det inte har varit möjligt att bedöma i detta skede av beredningen.

Social- och hälsovårdsministeriet bereder 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 fri- och rättigheterna. Bedömningen blir

VN/14348/2024

klar i höst och kompletterar de konsekvensbedömningar som ingått i regeringens propositioner och övriga förslag.

5 Remissvar

[Kompletteras efter remissbehandlingen]

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 %.

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.