

Sosiaali- ja terveydenhuollon
maksupolitiikan toimivuus

Selvitysmiesraportti

KUVAILULEHTI

Julkaisija Sosiaali- ja terveysministeriö	Julkaisun päivämäärä 26.3.2002		
Tekijät (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja sihteeri) Raimo Jämsén, selvitysmies	Julkaisun laji Selvitysmiesraportti		
	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö		
	Toimielimen asettamispäivä 7.10.2002		
Julkaisun nimi Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus. Selvitysmiesraportti.			
Julkaisun osat			
Tiivistelmä Selvitysmiestyössä arvioitiin maksupolitiikan tilannetta, maksusäädösten toimivuutta, maksukattoja sekä maksujen hallinnointia. Työ painottui kuntien järjestämien sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuihin. Työ on osa kansallisen terveys-hankkeen toimeenpanovaihetta. Kymmenen viime vuoden aikana asiakasmaksuihin ja sairausvakuutuksen omavastuisiin on tehty lukuisia muutoksia. Tuloksena on ollut valtakunnallisen maksupolitiikan hämärtyminen. Kuntien maksupolitiikka on painottunut maksutu- lojen maksimointiin. Asiakasmaksusäädöksiä pidetään liian monimutkaisina ja tulkintatilanteita aiheuttavina. Säädösten horjuva ja kirjava tulkinta aiheuttaa asiakkaiden eriarvoista kohtelua sekä kunnan sisällä että kuntien kesken. On syytä selvittää, mihin maksuilla pyritään. Asian mittavuuden ja sosiaali- ja terveyspoliittisen merkittävyyden takia maksupolitiikkaa koskeva laaja-alainen työ tulisi aloittaa mahdollisimman pian ja taata sille vahva poliittinen tuki. Uu- den hallituksen hallitusohjelmaan tulisi ottaa sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan (ml. sairausvakuutuksen omavastuut) ja asiakasmaksusäätöjen uudistaminen sekä maininta sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiittisen toimikunnan asettamisesta laatimaan vuoden 2004 loppuun mennessä ehdotukset maksupolitiikan kokonaisuudistukses- ta. Kuntasektorin maksukaton toteutus ja seuranta on hyvin voimakkaan arvostelun kohteena. Huomattavalta osin käsipeli- nä tapahtuva maksukattotyö vaatii paljon henkilötyöpanosta eikä motivoi työntekijöitä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä. Kuntasektorin asiakasmaksujen ja sairausvakuutuksen omavastuiden yhteistä maksukattoa varten tarvitaan rekisteri, jo- hon maksuja ja omavastuita koskevat tiedot kerättäisiin ja jossa ne säilytettäisiin. Tulisi selvittää Kansaneläkelaitoksen mahdollisuutta toimia yhteisen maksukaton hallinnoijana ja sen edellyttämänä rekisterin hoitajana. Uuden tulevan halli- tuksen hallitusohjelmassa tulisi ottaa tavoitteeksi yhteisen maksukaton toteuttaminen vuoden 2007 alussa. Selvitysmiehelle annettujen tietojen perusteella terveydenhuollon laskuista hieman yli 90 prosentilta saatiin maksu. Ulosottoon menee lukumääräisesti paljon laskuja. Niiden keskimääräinen suuruus näyttää olevan varsin pieni. Maksu- jen hallinnoinnin ongelmat ja kustannukset on alettu tiedostaa vasta aivan viime vuosina. On huomattavaa tarvetta las- kutuskäytäntöjen uudistamiseen monella tapaa.			
Avainsanat: (asiasanat) asiakasmaksut, omavastuut, sairausvakuutus, sosiaali- ja terveyspalvelut			
Muut tiedot www.stm.fi			
Sarjan nimi ja numero Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:12		ISSN 1237-0606	ISBN ISBN 952-00-1321-0
Kokonaissivumäärä 79	Kieli Suomi	Hinta 14,80 €	Luottamuksellisuus Julkinen
Jakaja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisumyynti PL 536, 33101 Tampere, puh. (03) 260 8158 ja (03) 260 8535, fax (03) 2608150, sähköposti: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Kustantaja Sosiaali- ja terveysministeriö	

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare Social- och hälsovårdsministeriet	Utgivningsdatum 26.3.2003		
Författare (uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Jämsén Raimo	Typ av publikation Utredningspersonens rapport		
	Uppdragsgivare Social- och hälsovårdsministeriet		
	Datum för tillsättandet av organet 7.10.2002		
Publikation (även den finska titeln) Hur social- och hälsovårdens avgiftspolitik fungerar. Utredningsmannens rapport			
Publikationens delar			
Referat <p>I samband med utredningsmannens arbete utvärderades situationen vad gäller den avgiftspolitiska situationen, betalningsbestämmelsernas funktionsduglighet, avgiftstak samt förvaltningen av betalningar. Arbetet koncentrerades till avgifter för social- och hälsovårdstjänster som ordnas av kommunerna. Arbetet utgör en del av verkställigheten av det nationella hälsoprojektet.</p> <p>Under de senaste tio åren har åtskilliga ändringar gjorts i klientavgifterna och sjukförsäkringens självriskandelar. Resultatet har varit en fördunkling av den riksomfattande avgiftspolitiken. Kommunernas avgiftspolitik har betonat maximeringen av inkomster som inflyter genom avgifter. Klientavgiftsbestämmelserna anses vara för komplicerade och resultera i för många tolkningsmöjligheter. Den vacklande och brokiga tolkningen av bestämmelserna orsakar ojämlig behandling av klienter både inom och mellan kommunerna.</p> <p>Det finns skäl att klargöra vad man strävar efter med avgifterna. På grund av ärendets omfattning och social- och hälsovårdspolitiska betydelse borde man med det snaraste starta det vittomfattande arbetet gällande avgiftspolitiken samt garantera ett starkt politiskt stöd för det. I regeringsprogrammet för den nya regeringens borde man inkludera reformen av social- och hälsovårdens avgiftspolitik (inkl. sjukförsäkringens självrisk) och klientavgiftsbestämmelser samt ett omnämmande om tillsättandet av en avgiftspolitisk kommitté för social- och hälsovårdspolitiken med uppgift att göra upp förslag till en totalreform av avgiftspolitiken före utgången av år 2004.</p> <p>Förverkligandet och uppföljningen av den kommunala sektorns avgiftstak är föremål för mycket stark kritik. Arbetet med avgiftstak som till stor del görs för hand kräver en stor arbetsinsats av personalen och motiverar inte arbetstagare inom social- och hälsovårdsservicens verksamhetsställen.</p> <p>För att kunna skapa ett gemensamt avgiftstak för den kommunala sektorns klientavgifter och sjukförsäkringens självrisk behövs ett register, i vilket uppgifter om avgifter och självrisker samlas och förvaras. Man bör utreda om folkpensionsanstaltens möjlighet att fungera som en gemensam förvaltare för avgiftstaket samt sköta registret som detta arbete förutsätter. I det nya regeringsprogrammet för den kommande regeringen borde ett mål vara att förverkliga ett gemensamt avgiftstak vid ingången av år 2007.</p> <p>På basis av de uppgifter som utredningsmannen fick betalades litet över 90 procent av hälso- och sjukvårdens fakturor. Ett stort antal fakturor går till utmätning. Deras genomsnittliga storlek verkar vara mycket liten. Först under de allra senaste åren har man börjat förnimma problemen och kostnaderna i samband med förvaltningen av avgifter. Det finns ett avsevärt behov av förnyad praxis i samband med fakturering.</p>			
Nyckelord Klientavgifter, självrisk, sjukförsäkring, social- och hälsovårdsservice			
Övriga uppgifter www.stm.fi			
Seriens namn och nummer Social- och hälsovårdsministeriets promemorior 2003:12		ISSN 1237-0606	ISBN ISBN 952-00-1321-0
Sidoantal 79	Språk Finska	Pris 14,80 €	Sekretessgrad Public
Distribution Social- och hälsovårdsministeriets publikationsförsäljning PB 536, 33101 Tammerfors tfn (03) 260 8158 och (03) 260 8535 fax (03) 260 8150, e-post: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Förlag Social- och hälsovårdsministeriet	

DOCUMENTATION PAGE

Publisher Ministry of Social Affairs and Health		Date 26 March 2003	
Authors Raimo Jämsén, Rapporteur ad int.		Type of publication Rapporteur ad int.	
		Commissioned by Ministry of Social Affairs and Health	
		Date of appointing the organ 7 October 2002	
Title publication Payment policy in social welfare and health care in Finland. Report by Rapporteur ad int.			
Summary <p>The Rapporteur ad int. has assessed the state of payment policy, the effectiveness of the statutes regulating payments, payment ceilings and the administration of payments. The focus is on the fees for social and health services provided by the local authorities. The work is a part of the implementation phase of the National Health Project.</p> <p>In the recent decade numerous changes have been made in client fees and deductibles under health insurance. The result has been that the national payment policy has been blurred. The local authorities' payment policy aims to maximise the income from payments. The statutes on client fees are considered too complex and open to interpretation. The vacillating and miscellaneous interpretation of the statutes results in an inequitable treatment of clients both inside a municipality and between municipalities.</p> <p>It is necessary to clarify what is the aim of the fees collected. In view of the large scope of the issue and its importance from the social and health policy perspective, an extensive reform of the payment policy should be started as soon as possible, and it should be guaranteed broad political support. A reform of the payment policy in social and health care (inc. patient deductibles under health insurance) and the provisions on client fees, as well as a mention about setting up a committee on payment policy to prepare proposals for a total reform of the payment policy until the end of 2004, should be incorporated in the programme of the new government.</p> <p>The implementation of a payment ceiling in the municipal sector and its monitoring has been criticised strongly. The tasks regarding payment ceilings demand a lot of work as they are mainly done 'manually'; neither does this work motivate the staff at social and health care units.</p> <p>A common payment ceiling for municipal client fees and deductibles under health insurance presupposes a specific register in which the information concerning payments and deductibles would be collected and stored. It is necessary to investigate if the Social Insurance Institution could administer the common payment ceiling and keep the related register. One objective in the programme of the new government should be to implement a common payment ceiling by the beginning of 2007.</p> <p>Judging from the information furnished to the Rapporteur slightly over 90 per cent of health care bills have been paid. Numerically, a great number of bills have to be recovered through debt recovery proceedings. The average size of those bills appears to be fairly small though. Awareness of the problems and costs of the administration of payments has crucially increased in recent years. There is a considerable need for revision of the invoicing practices in many ways.</p>			
Key words client fees, patient deductibles, health insurance, social welfare and health care services			
Other information Internet: www.stm.fi			
Title and number of series Working Group Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2003:12		ISSN 1237-0606	ISBN ISBN 952-00-1321-0
Number of pages 79	Language Finnish	Price €14.80	Publicity Public
Distributor/Orders Ministry of Social Affairs and Health, Publications Sale, P.O.Box 535, FIN-33101 Tampere, Finland, tel. +358 3 260 8158 and +358 3 260 8535, fax +358 3 260 8150, e-mail: julkaisumyynti@stm.vn.fi		Financier Ministry of Social Affairs and Health	

Sosiaali- ja terveysministeriölle

Sosiaali- ja terveysministeriö nimitti ministeriön neuvotteleva virkamies Raimo Jämsénin selvitysmieheksi 7.10.2002 - 15.3.2003 väliseksi ajaksi selvittämään sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkaa. Selvitystyön tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksusäännösten uudistamistarpeiden sekä kunnallisen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen maksukattojen kehittämismahdollisuuksien selvittäminen. Työssä selvitetään maksujen merkitystä eri osapuolille, maksupolitiikan asemaa sosiaali- ja terveystalouden tukena, maksusäännösten selkeyttämistarpeita, maksukattomenettelyjen yksinkertaistamismahdollisuuksia ja maksujen hallinnoinnin järjeistämistä.

Valtioneuvosto teki huhtikuussa 2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Päätöksessä todetaan, että asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevat säännökset uudistetaan. Nyt tehty selvitysmiestyö on avaus tähän uudistamistyöhön ja on osa kansallisen terveyshankkeen toimeenpanovaihetta.

Selvitysmiestyön toteutus keskittyi maksupolitiikan selkeyteen käytännössä, maksusäännösten toimivuuteen, maksukattojen käytäntöön sekä maksujen hallinnointikysymyksiin. Työ painottui kuntien järjestämien sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuihin. Siten sairausvakuutuksen omavastuiden käsittely jäi vähemmälle huomiolle. Omavastuut ja yleisemmin sairausvakuutuksen rahoitus ovat esillä sosiaali- ja terveysministeriön asettamissa työryhmissä, joista toisessa selvitetään lääkekorvausjärjestelmän uudistamista ja toisessa sairausvakuutuksen ja kansaneläkkeiden rahoituksen turvaamista kestäväällä tavalla.

Käytettävissä olevan ajan niukkuuden takia selvitystyötä jouduttiin rajaamaan. Selvitystyöraportissa ei esitetä tilastollista katsausta maksujen tuottomääriin ja niiden jakaumiin. Raportissa ei myöskään kuvata muiden maiden sosiaali- ja terveyspalvelujen maksupolitiikkaa eikä kerrota tietoja maksujen suuruuksista muissa maissa. Selvitysmiestyö osoitti, että näitä asioita koskevan selvityksen laadinta on tarpeellinen.

Työssä kiinnitettiin huomiota maksujen rooliin tulojen kerryttäjänä sekä palvelujen käytön ohjaajana. Selvästi vähemmän huomiota kiinnitettiin maksujen tulonjako- ja kohtaanvaikutuksiin.

Työssä sivuttiin pitkäaikaisen laitoshoidon maksukysymyksiä, mutta niiden syvällisempään tarkasteluun ei ollut mahdollisuuksia. Tarkastelun ulkopuolelle jäi eräitä maksuja kuten erikoismaksuluokan maksut ja työterveyshuollon maksut.

Vaikka asiakasmaksuilla ja omavastuilla on usein kytkentöjä esimerkiksi verotukseen tai työelämään hakeutumishalukkuuteen, tässä selvitystyössä on keskitytty maksuihin ja omavastuisiin eikä lähdetty tekemään täydellistä gosplania. Monet selvitysmiehen kuulemat henkilöt katsoivat, että lähtökohtaisesti maksu- ja omavastuuasioita tulisi käsitellä omana asiana eikä kytkeä käsittelyyn kaikkia mahdollisia asioita.

Kirjalliseen aineistoon perehtymisen lisäksi selvitysmies kävi yksittäisissä kunnissa ja kuntayhtymissä perehtymässä maksupolitiikan toimivuuteen ja käytännön arkeen. Selvitysmies tapasi lähemmäs 80 kuntia ja kuntayhtymiä edustavaa henkilöä. Selvitysmies haastatteli myös virkamiehiä sosiaali- ja terveysministeriöstä, valtiovarainministeriöstä, sisäasiainministeriöstä, Valtion taloudellisesta tutkimuskeskuksesta, Kansaneläkelaitoksesta, tietosuojavaltuutetun toimistosta ja Suomen Kuntaliitosta. Kuultujen asiantuntijoiden luettelo on liitteessä 1 ja kirjallisuusluettelo liitteessä 2. Edellä kerrotun lisäksi selvitysmies kävi toimeksiantoonsa liittyviä keskusteluja monen muunkin henkilön kanssa eri yhteyksissä sekä sai muutamia spontaaneja kirjallisia lausuntoja yksittäisiltä tahoilta.

Selvitysmiehen taustaryhmään kuuluivat hallitusneuvos Pekka Järvinen ja hallitusneuvos Anja Kairisalo sosiaali- ja terveysministeriöstä, varatoimitusjohtaja Pekka Alanen Suomen Kuntaliitosta ja sosiaali- ja terveysjohtaja Paavo Kaitokari Kuopion kaupungista.

Yli sadan henkilön panosta on hyödynnetty työssä. Selvitysmies valittaa, että aikataulun sekä rajallisten resurssien takia tästä raportista on jäänyt varmaan monta selvitysmiehelle esitettyä ja toimitettua kommenttia pois. Selvitysmies haluaa kiittää lämpimästi kaikkia niitä henkilöitä, jotka ovat myötävaikuttaneet tämän selvitystyön valmistumiseen.

Jätän kunnioittaen selvitysmiesraporttini sosiaali- ja terveysministeriölle.

Järvenpäässä 16.3.2003

Raimo Jämsén

Sisällysluettelo

1. Selvitystyön lähtökohtia.....	13
1.1. Asiakasmaksut ja omavastuut palvelujen rahoituksessa.....	13
Maksutulot kunnallisten palvelujen rahoituksessa.....	13
Sairausvakuutuksen omavastuut.....	14
Kotitaloudet terveydenhuollon kokonaismenojen rahoittajina.....	15
Asiakasmaksujen ja omavastuiden kokonaisuus.....	16
1.2. Asiakasmaksujen ja omavastuiden muutosten runsaus.....	17
1.3. Esityksiä maksupolitiikan tarkistamisesta.....	18
2. Maksupolitiikan selkeys käytännössä.....	19
2.1. Maksupolitiikkatoimikunnan esitykset ja niiden toteutuminen.....	19
2.2. Kuntien maksupolitiikka.....	21
Päähuomio maksutulojen maksimoinnissa.....	22
Avohoito vs. laitoshoido.....	22
Suhtautuminen maksuvaikeuksiin.....	22
Maksut vs. toimeentulotuki.....	23
2.3. Maksupolitiikan tilanearvio.....	24
Pallo hukassa.....	24
Maksut vs. tulojen hankinta.....	24
Maksut vs. palvelujen käytön ohjaaminen.....	25
Maksut vs. sosiaalinen oikeudenmukaisuus.....	25
Maksut vs. arvostus.....	26
Maksut vs. valinnanmahdollisuus.....	26
Maksut vs. arvoilmasto.....	27
Kansalaisten hyväksyntä maksupolitiikalle tarpeen.....	27
Maksupolitiikan paikan osoittaminen.....	27
Maksupolitiikan tavoitteet ja keinot selvitettäväksi.....	27
3. Maksusäädösten toimivuus.....	28
Yleisarviot.....	28
Muutosnäkömyksiä: sosiaali- ja terveydenhuolto.....	28
Muutosnäkömyksiä: sosiaalihuolto.....	29
Muutosnäkömyksiä: terveydenhuolto.....	31
Säädökset vs. asiakkaat.....	32
Valittaminen maksuasioissa.....	32
Median kiinnostus.....	33
Säädösten muutostarpeet työstettäväksi.....	33
Lisää koulutusta.....	34
4. Maksukattojen toimivuus.....	35
4.1. Maksukattojen kuvaus.....	35
4.1.1. Kuntasektorin maksukatot.....	35
4.1.2. Sairausvakuutuksen maksukatot.....	35
Matkakatto.....	36
Lääkekatto.....	36
4.2. Kuntasektorin maksukattojen toimivuus.....	36
Yleinen arviointi.....	36
Maksukattohallinnoinnin työläys.....	38
4.3. Sairausvakuutuksen maksukattojen toimivuus.....	39

Yleinen arviointi	39
Matkakattohallinnointi	40
Lääkekattohallinnointi ja sen työläys	40
4.4. Mahdollisuudet maksukattojen yhdistämiseen.....	42
Halu yhteiseen maksukattoon	42
Lisätiedon tarve yhteisen maksukaton valmistelun taustaksi	42
Yhteisen maksukaton toteutuksen ongelmia	43
Reaaliaikaisten tietojärjestelmien välttämättömyys	44
Korttivaihtoehdot.....	45
Yhteisen rekisterin tarve	46
Yhteisen rekisterin hoitajakysymys.....	46
Kansaneläkelaitos yhteisen rekisterin hoitajana: suuntaviivoja	47
5. Maksujen hallinnointi.....	49
5.1. Kuntasektori	49
Tietojen saanti laskun määrittelyyn	50
Maksujen hallinnoinnin arkea	50
Suurin osa maksetaan mutta saamattakin jää	51
Maksuvaikeuksissa olevat	52
Laskutus ei ole kustannuksetonta	53
Laskutusta ulkoistetaan	53
Laskutuskäytännöt modernisoitava	54
5.2. Sairausvakuutus.....	54
5.3. Tietosuojaan vetoaminen.....	55
6. Muita huomioita maksupolitiikasta.....	56
Kuntayhtymille maksetut maksut	56
Yksilö- vai perhekohtaisuus	57
Itse maksava kuntalainen.....	57
Yksilöllisestä palvelusta ekstramaksu	57
Asiakkaalle tieto palvelun kustannuksista.....	58
Työeläkeläisten määrän kasvun vaikutus maksukertymiin	58
Omaisuuksien huomioonottamiskysymys.....	58
Näkemyksiä omaisuuden huomioon ottamisen puolesta.....	59
Näkemyksiä omaisuuden huomioon ottamista vastaan	59
Lasten päivähoidon ylin maksu	60
Hammashuollon maksuista näkemyksiä.....	60
Lääkkeiden omavastuu kustannusvaikuttavuuden mukaan.....	61
Ulkomailla asuvat suomalaiset	61
Uudenmuotoinen toiminta vs. maksut ja omavastuut.....	61
Maksujen hallinnointi verottajan kautta	61
Uudet rahoitusmallit	62
Muita huomioita	63
7. Esitykset	64
Kirjallisuutta.....	70
LIITTEET	
Liite 1. Kuullut asiantuntijat	71
Liite 2. Otteita Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietinnöstä.....	75

1. Selvitystyön lähtökohtia

1.1. Asiakasmaksut ja omavastuut palvelujen rahoituksessa

Maksutulot kunnallisten palvelujen rahoituksessa

Asiakasmaksujen osuus sosiaali- ja terveystalvelujen rahoituksessa vaihtelee kunnittain ja palvelumuodoittain. Vuonna 2001 maksutulot olivat sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannuksista kahdeksan prosenttia. Osuus oli laskusuunnassa. Vanhusten laitospalveluissa, kotipalveluissa ja lasten päivähoitossa maksujen rahoitusosuudet olivat suurimmat (19 %, 14 % ja 12 %).

Maksutuotosta rahamääräisesti suurimmat summat kertyvät perusterveydenhuollossa, lasten päivähoitossa ja erikoissairaanhoidossa. Kussakin näissä kertymä oli yli 200 miljoonaa euroa ja yhteensä lähemmäs 70 prosenttia koko maksukertymästä. Eräässä sairaanhoitopiirissä maksutuoton sisällä näyttää tapahtuneen viime vuosina muutosta siten, että avohoidon maksujen osuus on kasvanut noin prosenttiyksiköllä vuotta kohden ja lähestyy vuodeosastohoidosta kerättävien maksujen tuottoa.

Toisella tapaa tarkasteltuna voidaan todeta, että noin 70 prosenttia maksutuotosta tulee tulosidonnaisista maksuista (lasten päivähoito, pitkäaikainen laitoshoido ja säännöllinen kotipalvelu).

Yksittäisissä kunnissa ja kuntayhtymissä maksujen osuus tuloista sekä eri palvelumuotojen maksujen osuus menoista vaihtelevat. Asiakasmaksujen osuus bruttomenoista oli vuonna 2001 suurehkoissa kaupungeissa lasten päivähoitossa noin 17 prosenttia, lastensuojelussa 3 prosenttia, tukipalveluissa 94 prosenttia, kotipalvelussa 12 prosenttia, vanhusten päivätoiminnassa 27 prosenttia, vanhusten palvelukeskuksissa 55 prosenttia ja vanhainkotihoitossa 21 prosenttia.

Kunnallisessa hammashoidossa maksujen merkitys on suurehko: koko maan tasolla lähemmäs 25 prosenttia menoista rahoitetaan maksuilla. Selvitysmiehelle esitettiin arvioita, että aikuispotilailta voitaisiin saada yli 40 prosenttia hoidon kustannuksista.

Lasten päivähoitosen osalta arvioitiin maksutuoton rahoitusmäärän laskeneen maksuttoman esikouluopetuksen alettua vuonna 2000. Lisäksi selvitysmiehelle esitettiin eräästä selvästi keskikokoa suuremmasta kunnasta lukuja, joiden mukaan lasten päivähoitosen maksutuotto oli vähentynyt vuodesta 2000 vuoteen 2002 noin seitsemän prosenttia, vaikka lasten määrä päivähoitossa oli kasvanut samanaikaisesti neljä prosenttia. Syyksi kerrottiin tähän lievän muuttovoittokunnan ko. palvelujen tarvitsijoiden huomattava velkaisuus.

Taulukko 1. Sosiaali- ja terveystoimen käyttökustannukset sekä maksutulot ¹

	1993	1997	2001
Sosiaali- ja terveystoimi yhteensä			
Maksutulot, milj. euroa	832	903	1 002
Maksutulot käyttökustannuksista, %	8,9	8,7	8,0
Siitä			
Erikoissairaanhoito			
Maksutulot, milj. euroa	199	189	204
Maksutulot käyttökustannuksista, %	6,7	6,1	5,4
Perusterveydenhuolto			
Maksutulot, milj. euroa	210	236	261
Maksutulot käyttökustannuksista, %	11,1	11,5	10,6
Lasten päivähoido			
Maksutulot, milj. euroa	157	211	225
Maksutulot käyttökustannuksista, %	9,3	12,0	12,0
Vanhusten laitospalvelut			
Maksutulot, milj. euroa	115	121	130
Maksutulot käyttökustannuksista, %	19,2	19,7	18,7
Kotipalvelu			
Maksutulot, milj. euroa	39	54	69
Maksutulot käyttökustannuksista, %	11,9	13,7	13,7
Muut vanhusten ja vammaisten palvelut			
Maksutulot, milj. euroa	35	53	77
Maksutulot käyttökustannuksista, %	10,4	9,6	8,8
Muu sosiaali- ja terveystoimi			
Maksutulot, milj. euroa	77	38	36
Maksutulot käyttökustannuksista, %	5,0	2,0	1,5

Lähde: Tilastokeskus, Kuntien talous- ja toimintatilasto/Perusturva 1/2003. Suomen Kuntaliitto

Sairausvakuutuksen omavastuut

Sairausvakuutus korvaa yksityisen sairaanhoidon kustannuksia. Sairausvakuutus korvaa tarpeellisen hoidon kustannuksia. Korvattavien kustannusten tulee johtua sairaudesta, raskaudesta tai synnytyksestä. Sairaanhoitokorvausta voi hakea yksityislääkäripalkkioista, yksityislääkäriin määräämistä tutkimus- ja hoitokuluista, lääkekuluista ja matkakuluista. Vuonna 2002 maksettiin sairaanhoitokorvauksia vajaa 1,2 miljardia euroa. Tästä lääkkeiden osuus oli 73,6 prosenttia, matkojen 10,5 prosenttia sekä tutkimuksen ja hoidon 9,7 prosenttia

¹ Vuoden 1993 tiedot eivät ole täysin vertailukelpoisia vuosien 1997 ja 2001 tietojen kanssa, koska vuodesta 1997 alkaen on käytetty käyttökustannus -käsitettä aiemman bruttokäyttömeno -käsitteen sijasta.

Koska vakuutetun omavastuuosuus eri etuuksissa määräytyy erilaisin perustein, eri tekijät vaikuttavat sen suuruuteen ja kehitykseen. Lääkäripalkkioissa, hammashoidossa sekä tutkimuksessa ja hoidossa korvaus määritellään taksasta. Kun taksoja ei ole korotettu ja hinnat ovat samaan aikaan nousseet, asiakkaan omavastuuosuudet ovat kasvaneet. Matkoissa kiinteä omavastuuosuus ja vuosikatto määrittelevät omavastuuosuuden. Lääkkeissä omavastuuosuus muodostuu kiinteästä omavastuuosuudesta ja sen ylittävää hinnasta lasketusta korvauslajikohtaisesta prosenttiosuudesta. Koska kiinteä omavastuu on ostokertakohtainen, myös ostokerran kokoonpano vaikuttaa lopulliseen omavastuuosuuteen. Prosenttikorvauksen takia lääkkeiden hinnan muutokset vaikuttavat omavastuuosuuksiin lukuun ottamatta sataprosenttisesti korvattavia lääkkeitä. Vuosikatto kuitenkin rajaa suurimpien kustannusten enimmäismäärän.

Kotitaloudet terveydenhuollon kokonaismenojen rahoittajina

Suomessa kotitalouksien rahoitusosuus (asiakasmaksuina ja omavastuina) terveydenhuollon kokonaismenoista nousi 1990-luvulla noin viisi prosenttiyksikköä. Vuonna 2001 osuus oli 20,2 prosenttia. EU:n maissa vastaava osuus on yleensä 10 – 20 prosentin välillä, USA:ssa noin 15 prosenttia, Kanadassa 16 prosenttia, Japanissa 17 prosenttia ja Australiassa 18 prosenttia.

Taulukko 2. Terveydenhuollon kokonaismenoista kotitalouksien rahoitusosuus

	1960	1970	1980	1990	2000	2001
Kotitalouksien rahoitusosuus yhteensä						
- mmk (käyvin hinnoin)	245	574	2 216	6 411	10 555	11343
- osuus kokonaisrahoituksesta, %	38,5	22,0	17,8	15,6	20,4	20,2
Kotitalouksien rahoituksesta, %						
- lääkekulut	37,5	31,8	27,8	27,1	31,8	31,6
- vuodeosastohoidon maksut (julkisen sektori)	24,8	22,4	21,7	17,8	16,5	16,5
- avohoidon maksut, yksityissektori (pois lukien hammashuolto)	12,8	11,3	9,2	16,0	12,4	12,8
- silmälasit	7,1	6,2	11,4	12,9	12,2	12,3
- yksityishammaslääkärimaksut	10,2	17,2	15,8	15,3	11,1	11,6
- avohoidon maksut, terveyskeskukset ja sairaalat (mukaan lukien terveyskeskushammashuolto)	2,5	3,6	6,3	4,9	10,5	10,2
- muut erät	5,0	7,3	7,5	6,0	5,5	5,0
Arvio kuntasektorin saamien maksujen osuudesta kotitalouksien kokonaisrahoituksesta, % (sairaalat sekä terveyskeskukset ml. hammashuolto)	27,3	26,0	28,0	22,7	27,0	26,7

Lähteet: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960 – 1999. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:58. Helsinki 2001 sekä Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustietokanta, Kela/Stakes.

Siitä määrästä, mitä kotitaloudet vuonna 2001 käyttivät rahaa erilaisina maksuina palvelujen käytön yhteydessä terveydenhuoltoon, peräti 32 prosenttia meni lääkkeisiin. Vuodeosastohoidon osuus jäi tähän nähden puolta pienemmäksi (16,5 %). Silmiinpistävää on kotitalouksien suuri menoerä silmälaseihin (12 %).

Kuntasektorin osuus kotitalouksien terveydenhuoltoon käyttämistä rahoista oli 27 prosenttia vuonna 2001.

Asiakasmaksujen ja omavastuiden kokonaisuus

Tilannetta on osaltaan monimutkaistanut se, että erityisesti terveystalvakuu palveluja käyttävä asiakas voi joutua maksamaan sairautensa aikana useita erillisiä, lähinnä suoriteperusteisia maksuja useille tahoille. Näin palvelujen käyttäjälle muodostuva kokonaisuus voi nousta varsin suureksi. Osa maksuista tulee suoraan hänen kotikunnalleen, osa perusterveydenhuollon kuntayhtymälle, osa erikoissairaanhoidon kuntayhtymälle. Lisäksi asiakkaille syntyy kustannuksia matkoista sairaalaan tai terveyskeskukseen sekä avohoidon lääkkeitä, joihin suoritetaan sairausvakuutuksen korvausta säädetyin perustein kustannusten jäädessä osin tai kokonaan asiakkaan vastuulle. Siten sairausvakuutuksen omavastuut kytkeytyvät erityisesti palvelujen käyttäjien näkökulmasta kuntien järjestämien palvelujen maksuihin.

Eri maksujen muodostamaa kokonaisuutta kuvaa oheinen laskelma esimerkkihenkilön yhden hoitopisodin kuluista, joka koostuu sairausvakuutuksen omavastuista, Kansaneläkelaitoksen korvauksista sekä suoritetuista asiakasmaksuista kunnalliseen sairaalaan ja terveyskeskukseen. Jos henkilö olisi käyttänyt työterveyshuollon palveluja, hänelle tulleiden maksujen määrä poikkeaisi liitteessä esitetystä.

Taulukko 3. Yhden asiakkaan yhden hoitoperiodin aikaiset sairausvakuutuksen omavastuut ja asiakasmaksut (luvut vuodelta 2001)

	Maksut, mk					Kansaneläkelaitoksen maksama korvaus
	Taksi/ Bussi	Kunta/terveys- keskus tai terveyskeskus- kuntayhtymä	Sairaa- la	Ap- teek- ki	Kunta/ sosiaa- litoimi	
Matka terveyskeskukseen	150					95
Tk-lääkäri		120				
Apteekki				250		100
Matka kotiin	150					95
Matka sairaalaan	120					65
Poliklinikka			120			
Matka kotiin	120					65
Matka sairaalaan	120					65
Vuodeosastohoito (6 vrk)			825*			
Matka terveyskeskukseen						
Vuodeosastohoito (14 vrk)		1 890**				
Apteekki				400		175
Matka kotiin	150					95
Kotipalvelu (14 vrk)					525	
Matka terveyskeskukseen	150					95
Tk-lääkäri						
Apteekki				300		125
Matka kotiin	150					95
Kotipalvelu (14 vrk)					525	
Maksut, brutto	1 110	2 010	945	950	1 050	
Korvaukset yhteensä	670	-	-	400	-	
Maksut, netto	440	2 010	945	550	1 050	
Maksut yhteensä bruttona	6 065					
Korvaukset yhteensä	1 070					
Maksut yhteensä nettona	4 995					

* ei maksua lähtöpäivältä koska välitön siirto terveyskeskukseen eikä poliklinikkamaksua koska välitön sisäänkirjoitus

** ei perusmaksua, koska välitön siirto sairaalasta

1.2. Asiakasmaksujen ja omavastuiden muutosten runsaus

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkaa on kartoitettu useaan kertaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksutoimikunta teki ehdotuksensa vuonna 1983. Seuraava laaja-alainen tarkastelu tehtiin sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan toimesta vuonna 1993. Samana vuonna uudistettiin sosiaali- ja terveydenhuollon maksusäännökset osana valtiosuusjärjestelmän uudistusta. Tällöin erilliset sosiaalihuollon ja terveydenhuollon maksusäännökset otettiin yhteiseen lakiin ja asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Uudistuksella annettiin kunnille liikkumavapautta maksujen määräämisessä säädettyjen enimmäismäärien ja muiden säädettyjen perusteiden rajoissa. Uudistuksen jälkeen kuntien ja kuntayhtymien keräämät maksutulot eivät enää vaikuta valtiosuuden määrään.

Sittemmin maksuja on käsitelty muun muassa ns. tuloloukkutyössä, vammaistyöryhmässä, lasten päivähoidon maksujärjestelyissä sekä työryhmässä, jossa selvitettiin varallisuuden ja pääomatulojen huomioon ottamista sosiaaliturvassa. Vuoden 1993 jälkeen on tehty lukuisia yksittäisiä lain ja asetuksen tarkistuksia. Muutosten taustalla on ollut yleensä lisätulojen kerääminen julkiseen talouteen. Esimerkiksi 1990-luvun puolivälissä maksujen korotusten perusteella leikattiin kuntien valtionosuuksia valtiontalouden tasapainottamiseksi. Terveys- ja huollon maksukatto otettiin käyttöön vuonna 2000.

Asiakasmaksulain ja -asetuksen muutokset on vuosien mittaan toteutettu eri aikoina ja useinkin heikosti koordinoitujen muihin maksuihin, palvelurakennemuutoksiin sekä sosiaalipoliittisiin ja taloudellisiin ratkaisuihin. Maksuja koskevissa päätöstilanteissa on ilmeisesti liian vähän kiinnitetty huomiota siihen, miten maksut vaikuttavat eri osapuolten kuten asiakkaan, hänen omaistensa ja palvelujen tuottajien käyttäytymiseen. Lisäksi liian vähälle huomiolle on jäänyt sen arviointi, mikä on maksujen nettotuotto.

Myös sairausvakuutuksen omavastuuosuuksia on käsitelty useissa eri työryhmissä vuosien mittaan kuten muun muassa sairausvakuutuksen kehittämistoimikunnassa vuonna 1987, sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmässä vuonna 1989, sairausku- luvähennyksen korvaamista selvittävässä toimikunnassa vuonna 1989 ja sairaanhoito- korvaustoimikunnassa vuonna 1993. Lisäksi voidaan mainita lääkekorvaustyöryhmä vuodelta 1993, lääkekustannustyöryhmä vuodelta 1997 ja lääkekorvaustyöryhmä vuodelta 2001.

Vakuutettujen omavastuuihin on tehty runsaan kymmenen vuoden aikana runsaasti muutoksia. Monet säädosmuutokset on tehty työmarkkinaratkaisuihin liittyvinä tai rahoitus- näkökulmaa korostaen. Harvemmin muutoksissa on korostettu sosiaali- ja terveyspoliittisia tekijöitä. Laajemmin omavastuita on pohdittu lähinnä kokonaisuudistusten yhteydessä. Kiinteiden omavastuiden korotuksilla on pyritty säilyttämään omavastuun reaaliarvo. Omavastuuosuuksia on yleensä käsitelty korvauslajeittain tai -ryhmittäin. Usein on tarkasteltu lääkäripalkkioita ja tutkimusta ja hoitoa yhdessä sekä matkoja ja lääkkeitä erillisinä.

Lukuisat yksittäiset, monesti koordinoimattomat asiakasmaksuja ja omavastuita koskevien säästöjen muutokset ovat hämähäyttäneet maksupolitiikan roolia huomattavasti

1.3. Esityksiä maksupolitiikan tarkistamisesta

Valtioneuvosto teki huhtikuussa 2002 periaatepäätöksen terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Päätöksessä todetaan, että asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevat säännökset uudistetaan.

Eduskunta edellytti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muutosesitykseen antamassaan vastauksessa (EV 211/2001, HE 187/2001), että hallitus selvittää terveydenhuollon asiakasmaksujen ja maksukaton samoin kuin sairausvakuutuslain mukaisten omavastuiden vaikutuksia palvelujen käyttäjien ja kuntien taloudelliseen asemaan sekä selvittää erilaiset vaihtoehdot yhtenäisen, kaikki terveydenhoidon menot kattavan, asiakkaan maksukyvyyn huomioon ottavan maksukaton aikaansaamiseksi.

Lisäksi eduskunta on edellyttänyt, että sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annettua asetusta muutetaan siten, että maksukaton määräytymiseen ei vaikuta se, onko maksun suorittamiseen myönnetty toimeentulotukea (HE134/2000 vp. sosiaali- ja terveysvaliokunta).

Valtiovarainministeriön keskustelualoitteessa ”Parempaa halvemmalla?” sekä ”Kestävä talous ja hyvinvoinnin pohja” -raportissa esitettiin kesäkuussa 2002, että tulisi selkeyttää asiakasmaksujen perusteita ja tavoitteita palvelujen rahoituslähteenä ja palvelujen käytön ohjauskeinona ja että tulisi säätää asiakasmaksujen perusteista yleislailla läpinäkyvyyden, tasa-arvon ja kokonaistaloudellisuuden varmistamiseksi.

Mainittakoon, että Suomen Kuntaliitto valmisteli vuonna 1997 oman luonnoksensa kuntien maksuperustelaiksi. Luonnos koski kaikkia kunnallisia maksuja ja siinä korostettiin kuntien päätösvalan lisäämistä maksujen määräämisessä. Luonnoksen mukaan sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaan maksuttomat palvelut tulisi määrittää laissa sekä kumota asiakasmaksuasetus. Sosiaalisen oikeudenmukaisuuden varmistamiseksi esitettiin harkittavaksi vuosimaksuille kattoa. Lisäksi esitettiin valmisteltavan tasamaksujen nykyistä laajempaa käyttöönottoa.

Näiden lisäksi monet muut tahot ovat esittäneet esimerkiksi mediassa toiveitaan asiakasmaksupolitiikan muutoksista.

2. Maksupolitiikan selkeys käytännössä

Tässä luvussa tarkastellaan ensin, mitä vuoden 1993 maksupolitiikkatoimikunta esitti ja miten esityksiä on toteutettu. Tämän jälkeen tehdään paljolti selvitysmiestyön kunta- ja kuntayhtymäkäynnillä tehtyjen havaintojen ja käytyjen keskustelujen perusteella arvioita kuntien maksupolitiikasta. Luvun lopussa arvioidaan, miltä maksupolitiikan tilanne näyttää valtakunnantason näkökulmasta.

2.1. Maksupolitiikkatoimikunnan esitykset ja niiden toteuttaminen

Viimeksi maksupolitiikkaa on linjattu laaja-alaisemmin noin kymmenen vuotta sitten sosiaali- ja maksupolitiikkatoimikunnan mietinnössä (komiteamietintö 1993:17). Toimikunnan ehdotusten pääkohdat ovat liitteenä 3.

Toimikunta ehdotti sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan suuntalinjoiksi seuraavia periaatteita:

- a. Maksupolitiikkaa kehitettäessä tulee lähtökohtana olla palvelujen rahoittaminen pääosin verovaroin, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, palvelujen käyttäjien tasa-arvo, sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden toteuttaminen sekä kuntien vapauden ja vastuun lisääminen maksuja määrättäessä.

Toimikunta katsoi, että vuoden 1993 alusta voimaan tullut asiakasmaksulaki on keskeisiltä osiltaan näiden periaatteiden mukainen.

- b. Kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista voidaan periä kunnan päättämä maksu. Perittävä maksu ei saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia.
- c. Maksuttomat palvelut säädetään jatkossakin lailla.
- d. Palvelusta perittävän maksun enimmäismäärää voidaan rajoittaa silloin, kun
 - palvelujen käyttöön liittyy merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita tai palvelua tarjoamalla yhteiskunta toteuttaa liitännäistavoitetta (esim. tulonsiirto),
 - palvelujen käyttäjien näkökulmasta korkea maksu voi estää tarpeellisen palvelun käytön ja
 - jos väestön tasa-arvo edellyttää, että palvelusta perittävät maksut eivät poikkea olennaisesti eri puolilla maata.

Ohjausta tulee kuitenkin väljentää siirtymällä asteittain asetukseen perustuvas- ta sääntelystä maksuja koskeviin suosituksiin. Väljentäminen aloitetaan, kun siihen arvioidaan olevan riittävät edellytykset.

- e. Palvelun käyttäjällä tulee olla oikeus saada asianomaisen palvelun mukainen kaikki tarpeellinen hoito, huolto ja ylläpito ilman säädetyn maksun lisäksi suoritettavia erillisiä lisämaksuja. Myös kunnalliset laitokset voisivat järjestää varsinaiseen palveluun liittymättömiä palveluja (esim. potilashuoneeseen erityisiä mukavuuksia) ja periä niistä erillisen, enintään omakustannushintaa vastaavan maksun.
- f. Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa otettaisiin käyttöön tulosidonnainen katto maksujen vuotuiselle yhteismäärälle. Kustannuskaton ylittyessä palveluista perittävät maksut alenisivat asteittain. Kustannuskaton ulottaminen koskemaan myös yksityisten palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia tulisi selvittää erikseen esimerkiksi sairausvakuutusjärjestelmän kehittämisen yhteydessä.
- g. Omaisuus on tarpeellista huomioon ottaa asiakasmaksua määriteltäessä. Käytännön mahdollisuudet ja toteuttamistavat omaisuuden huomioon ottamiseksi pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittäviä maksuja määriteltäessä tulisi selvittää erikseen.
- h. Maksuja määrättäessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilla tulisi olla mahdollisuus saada kaikki tarvittavat tiedot muilta valtion ja kunnallisilta viranomaisilta, pankeilta, vakuutusyhtiöiltä ja muilta tahoilta sen estämättä, mitä muualla on salassapidosta säädetty. Asian käytännön toteutus tulisi selvittää erikseen samalla kun selvitetään edellytykset omaisuuden huomioon ottamiseen maksuja määrättäessä.
- i. Lasten päivähoiton maksujärjestelmän uudistamiseksi käynnistettäisiin kokeilu, jonka mukaan maksu olisi asetuksella säädettävä prosenttimäärä perheen tuloista. Kokeilun tulosten perusteella tulisi ratkaista, voidaanko lasten päivähoitossa siirtyä pysyvästi tällaiseen järjestelmään.

- j. Mahdollisuudet maksukertymien merkittäviin lisäyksiin yksittäisiä maksuja korottamalla ovat rajoitetut. Tulosidonnaisten maksujen kertymään vaikuttavat itsestään tulotasossa tapahtuvat muutokset. Lisäksi tulomäärittelyn perusteisiin ja maksuihin mahdollisesti tehtävillä muutoksilla voidaan tulokertymää kasvattaa. Toimikunta ei kuitenkaan ottanut yksityiskohtaisemmin kantaa mahdollisten maksukorotusten kohdentamiseen eikä määrään.

Edellä oleva maksupolitiikkatoimikunnan ehdotusten tiivistelmä osoittaa, että osassa ehdotuksia on edetty ehdotusten suuntaisesti ja osassa ei ole tapahtunut mitään.

Maksupolitiikan lähtökohtia koskevan ehdotuksen (kohta a) osalta voidaan todeta muun muassa sosiaalisen oikeudenmukaisuuden ja palvelujen käyttäjien tasa-arvon olleen kovinkin taka-alalla maksuratkaisuissa. Tämä tuli ilmi usein myös selvitysmiehen käymisissä keskusteluissa. Erillisten lisämaksujen merkitys (kohta e) on jäänyt vähäiselle huomiolle.

Ajatus tulosidonnaisesta maksukatosta (kohta f) oli esillä vuonna 1994 sosiaali- ja terveysministeriössä tehdyssä selvitystyössä. Työssä ei nähty mahdolliseksi toteuttaa tulosidonnaista kattoa. Kuten edellä luvussa 1.3. mainittiin, eduskunta on sittemmin edellyttänyt selvittettävään vaihtoehtot yhtenäisen, kaikki terveydenhoidon menot kattavan, asiakkaan maksukykyyn huomioon ottavan maksukatosta aikaansaamiseksi.

Viranomaisten tietojen saannin edistämistä koskevan esityksen (kohta h) osalta voidaan todeta, että vuoden 1999 alusta tuli voimaan asiakasmaksulain muutos (14a §), jossa mahdollistettiin viranomaisten tiedonsaantioikeus asiakasmaksun määräämistä varten 2.

Lasten päivähoiton maksukokeilua koskeva esitys ei ole ollut esillä (kohta i). Kohdan g osalta on todettavissa, että varallisuuden huomioon ottamista selvitettiin työryhmässä 1990-luvun lopulla. Viimeisen ehdotuskohdan osalta toteamus on, että maksuja on korotettu usean kerran lähinnä lisätulojen keräämiseksi julkiseen talouteen.

2.2. Kuntien maksupolitiikka

Kuntien ja kuntayhtymien maksupolitiikan arkea leimaa bruttomääräisten maksutulojen saamishalu. Tämä on tavallaan ymmärrettävää 1990-luvun suurten valtionosuusleikkausten, epävakaa kuntatalouden kehityksen sekä runsaiden, monesti linjattomina koettujen maksumuutosten takia. Kaksi ensin mainittua tekijää ovat vaikuttaneet siihen, että monissa kunnissa ja kuntayhtymissä ”on jäänyt päälle” dominoivana kunkin yksittäisen tulosityksikön tuloista huolehtiminen.

² Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 14 a §. *Viranomaisten tiedonsaantioikeus*. Valtion ja kunnan viranomaisen sekä muu julkisoikeudellinen yhteisö, kansaneläkelaitos, eläketurvakeskus, eläkesäätiö ja muu eläkelaitos, vakuutuslaitos, rahalaitos, työnantaja, työttömyyskassa sekä huoltotoimintaa tai terveyden- ja sairaudenhoitotoimintaa harjoittava yhteisö tai toimintayksikkö ovat velvollisia sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisen pyynnöstä antamaan maksutta ja salassapitosäännösten estämättä kaikki hallussaan olevat asiakkaan taloudellista asemaa koskevat asiakasmaksun suuruuden määräämistä varten tarpeelliset tiedot ja selvitykset, jos maksun määräävä kunta tai kuntayhtymä ei ole saanut asiakkaalta tai hänen lailliselta edustajaltaan riittäviä ja luotettavia tietoja maksun määräämistä varten.

Lisäksi silmiinpistävää on kuntien ja kuntayhtymien väliset erot monissa maksupoliittikan ja -käytäntöjen ratkaisuisa (käyttövarojen varmistamisessa avohoidossa olevalle, joustojen antamisessa maksuvaikeustilanteissa, maksujen maksamisessa toimeentulotukena, maksujen hallinnoinnissa, maksukattolaskelmien yksityiskohtaisuudessa, jne.).

Päähuomio maksutulojen maksimoinnissa

Käytyjen keskustelujen perusteella kuntien ja kuntayhtymien maksupoliittinen linjaus, jos linjauksesta voi puhua, näyttäisi useimmiten olevan maksujen kerääminen lain ja asetuksen sallimissa ylärajoissa ja ajoittain näiden rajojen ylittämisen kokeileminen. Oma ongelmansa näyttää olevan se, että eräät kunnat eivät kunnioita hallinto-oikeuden linjauksia, vaan saattavat jatkaa säädösten vastaista menettelyä jopa saman tapauksen osalta. Tämä herättää kysymyksen kunnallisen päätäntävällän rajoista. Toisaalta eräiden kuntaedustajien mielestä nykyinen maksusäädöstö ei anna paljonkaan tilaa kuntien omille ratkaisuille.

Useat haastatellut korostivat maksujen merkitystä sosiaali- ja terveystalouden rahoituksessa (esim. lasten päivähoitossa ja vanhusten laitospalveluissa sekä erikoissairaanhoidossa). Lisäksi huomio näyttää painottuneen maksutulojen bruttomäärään. Tosin parina viime vuonna huomiota on liennyt maksujen hallinnoinnin asioihin kuten maksamattomien maksujen taloudellisempaan perintään.

Jos maksimaalisten maksutulojen keräystavoite jätetään huomiotta, kunnilla ja kuntayhtymillä ei näytä olevan selkeitä maksupoliittisia linjauksia. Talousarvioiden laadinnan yhteydessä maksukysymyksiä on usein käsitelty, useimmiten kuitenkin pinnallisin huomioinnein.

Avohoito vs. laitoshoido

Ikääntyvän väestön määrän kasvaessa avohoito- ja kodinomaistyyppistä palvelujen käyttöön kannustaminen korostuu. Tämä näkyy eräissä kunnissa, joissa on pitkäaikaisen avohoidon maksujen osalta pyritty siihen, että asiakkaalta ei kerättäisi maksuja enempää kuin pitkäaikaisessa laitoshoidossa (jossa maksuasetus määrittää hoidettavan henkilökohtaiseen käyttöön jäävän vähimmäiskäyttövaran ja rajaa maksun enintään 80 prosenttiin hoidettavan kuukausituloista). Haastattelujen yhteydessä tuli esille myös kunta, jossa on määritetty sadan euron minimiraha käteiseksi avohoidossa olevalle. Laitosmaisten ratkaisujen karttaminen on useimmiten sekä asiakkaiden että palvelujen järjestämisvastuussa olevien kannalta tarkoituksenmukaista.

Keskusteluissa tuotiin esiin edelliseen liittyen usein hankalana koettu kysymys siitä, miten tulisi tehdä palvelutaloissa/palveluasumisessa olevan asiakkaan käyttövaran määrittäminen.

Suhtautuminen maksuvaikeuksiin

Haastatteluissa todettiin usein se, että kun asiakas pyytää lisää maksuaikaa, niin pääsääntöisesti joustetaan antamalla aikaa maksaa ja tarvittaessa osasuorituksina. Eräissä kunnissa kerrottiin tehtävän myös maksuvaikeustilanteessa asiakkaan kanssa maksusuunnitelma. Maksun tai sen osamaksunkin saamista ylipäätään moni piti karhuamista parempana ja halvempaa vaihtoehtona. Lisäksi selvitysmiehelle kerrottiin, että maksu-

aikojen antaminen pidemmälle aikavälille erityisesti hammashoidossa olisi yleistymässä.

Maksut vs. toimeentulotuki

Toimeentulotukena voidaan maksaa terveydenhuollon asiakasmaksuja. Käytännöt näyttävät olevan kuntakohtaisia. Tämän sanottiin luovan epätasa-arvoa eri kuntien asukkaiden kesken.

Asiakasmaksulain 11 §:n 1 momentin mukaan sosiaalihuollon palveluista peritty maksu ja terveydenhuollon palveluista henkilön maksukyvyyn mukaan määrätty maksu voidaan jättää perimättä tai sitä voidaan alentaa, jos henkilön elatusvelvollisuus, toimeentuloedellytykset tai huollolliset näkökohdat huomioon ottaen siihen on syytä. Saman pykälän 2 momentin mukaan palvelun tuottava kunta tai kuntayhtymä voi päättää, että 1 momenttia sovelletaan myös muihin maksuihin. Osassa kuntia näytetään haluttavan alentaa tai poistaa asiakasmaksuja, jotta asiakkaan ei tarvitsisi lähteä anomaan toimeentulotukea ja jotta voitaisiin välttää tarpeettomia kuluja ja mahdollistaa asiallinen palvelujen käyttö. Moni sanoikin, että asioita pitäisi enemmän hoitaa suoraan sosiaalitoimiston ja palveluja tarjoavien yksiköiden kesken ja sopia maksualennus- ja maksujen pois-tamismenettelyistä etukäteen.

Jos maksuvaikeuksien takia halutaan toimeentulotukea, niin kunta voi vaatia omaisuuden huomioon ottamista. Tätä kautta syntyy linkki maksujen ja omaisuuden välille. Lääninhallitustaso on kuullut omaisuuden realisointivaatimuksista. Aika moni haastateltu katsoi, että myös omaisuus tulisi ottaa huomioon maksujen määrittelyissä etenkin pitkäaikaishoidossa.

Maksuasetuksen 26 a §:n mukaan maksukattoa määritettäessä ei oteta huomioon maksuja, joiden suorittamiseen palvelun käyttäjälle on myönnetty toimeentulotukea. Selvitysmiehen tietoon tuli, eräiden sairaanhoitopiirien kokemaa vaikeus tietää, onko toimeentulotukea myönnetty sairaalalaskun maksamiseen ja kuinka paljon. Toisaalta ilmeni piirejä, jotka eivät seuraa, onko toimeentulotukea myönnetty.

Asiakkaan hakiessa toimeentulotukea hänellä voi olla esimerkiksi kolme maksamatonta laskua yhteensä 490 euroa, josta sairaalalasku on 300 euroa. Hän voi saada toimeentulotukea 60 euroa. Säännöksiin ei ole kuitenkaan säädetty sitä, mihin menoerään (laskuun) myönnettävä toimeentulotuki on kohdennettava.

Eduskunta on edellyttänyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetusta muuttamista siten, että maksukaton määräytymiseen ei vaikuttaisi se, onko maksun suorittamiseen myönnetty toimeentulotukea (HE134/2000 vp, sosiaali- ja terveysvaliokunta). Edellä kerrottu näyttäisi tukevan eduskunnan näkemystä.

Lisäksi sanottiin kunnan antaneen rahat lähellä maksukattoa olevalle sairaalapalveluja käyttäneelle asiakkaalle ja kehottaneen häntä maksamaan omatoimisesti laskunsa, jotta maksukatto ylittyy, jolloin tämän jälkeen hänen loppuvuoden sairaalalaskunsa menevät koko sairaanhoitopiirin kuntien piikkiin.

2.3. Maksupolitiikan tilannearvio

Pallo hukassa

Vuoden 1993 maksupolitiikkatoimikunnan mukaan maksupolitiikkaa kehitettäessä tulee lähtökohtana olla palvelujen rahoittaminen pääosin verovaroin, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, palvelujen käyttäjien tasa-arvo, sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden toteuttaminen sekä kuntien vapauden ja vastuun lisääminen maksuja määrätessä. Toimikunta katsoi, että vuoden 1993 alusta voimaan tullut asiakasmaksulaki on keskeisiltä osiltaan näiden periaatteiden mukainen. Uudella asiakasmaksulailla annettiin kunnille liikkumavapautta maksujen määräämisessä säädettyjen enimmäismäärien ja muiden säädettyjen perusteiden rajoissa.

Kuten luvussa 1.2. todettiin, vuoden 1993 jälkeen asiakasmaksuihin samoin kuin sairausvakuutuksen omavastuisiin on tehty vuosien mittaan lukuisia muutoksia. Muutosten taustalla on viimeisten kymmenen vuoden aikana ollut yleensä lisätulojen kerääminen julkiseen talouteen.

Oikeastaan ei ole ihme, että lukuisten yksittäisten maksu- ja omavastuumuutosten kordinoimattomat ja eräissä tapauksissa satunnaiset ja kiireiset muutokset ovat johtaneet valtakunnallisen maksupolitiikan selvään hämärtymiseen. Tämä näkemys oli myös monilla selvitysmiehen tapaamilla henkilöillä sekä keskushallinnossa että kunnissa ja kuntayhtymissä. Tilannetta kuvasi eräs haastateltu sanomalla, että ”latu on umpeutunut”. Useimmat haastatellut eivät nähneet erityistä linjaa maksupolitiikassa. Vastaus ”Onko sellaista olemassakaan” ei ollut harvinainen vastaus. Monilla etenkin kunta- ja paikallistason henkilöillä on käsitys, että maksuja kerätään ja niitä muutetaan ”vanhalla automaatiikalla” pysähtymättä miettimään, miksi niitä kerätään ja muutetaan ja mihin niillä halutaan vaikuttaa. Toisaalta on ymmärrettävää, että valtakunnallinen maksupolitiikka ei helposti näy asiakasmaksuja asiakkaalle kirjoittavan toimihenkilön työssä.

Yhtäläillä ei ole ihme, että kuntien maksupolitiikka on painottunut lukuisten maksumuutosten, valtionosuussupistusten ja poukkoilevan kuntatalouden tilassa ylikorostuneesti maksutulojen maksimointiin.

Maksut vs. tulojen hankinta

Sosiaali- ja terveystaloudessa kysyntä on useimmiten kysyntäjoustamatonta eli maksujen korotuksiin palvelujen käyttö reagoi heikosti tai ei lainkaan. Siten yleisesti ottaen pätee, että maksujen keräämisellä voidaan saada lisää tuloja bruttomääräisesti.

Kuten luvussa 2.2. mainittiin, monet haastatellut korostivat maksujen merkitystä sosiaali- ja terveystalouden rahoituksessa. Usein mielenkiinto näyttää painottuneen maksutulojen bruttomäärään. Maksujen hallinnoinnin kustannukset ja siten nettotulojen kertymä ovat liian usein jääneet taka-alalle. Tietoteknologian hyväksikäytöllä ja monilla muillakin toimilla maksujen keräämisen ja hallinnoinnin kuluja voidaan vähentää. Vähentämismahdollisuudet riippuvat monista tekijöistä (palvelun muodosta, asiakaskunnan koosta ja sijainnista jne.).

Tulevina vuosina näyttää olevan tarvetta selvittää ja terävöittää maksujen tulojen hankinta -roolia ja samalla muuttaa painotus maksujen nettotuottoon.

Maksut vs. palvelujen käytön ohjaaminen

Kun haastatelluilta kysyttiin näkemyksiä siitä, missä määrin maksuilla ja omavastuilla voidaan ohjata palvelujen käyttöä, useimmat katsoivat vaikutusmahdollisuuden etenkin terveyspalveluissa jäävän pieneksi. Vuodeosastohoidossa maksut eivät vaikuta hoitopäätöksiin. Niissä avohoitokäynneissä, joissa käytön aloitteellisuus ja käyttöä koskeva päätösvalta on asiakkaalla, maksun katsottiin vaikuttavan päätöksiin hakea palveluja. Samalla todettiin, että hakeutumispäätökseen vaikuttavat monet muutkin tekijät kuten palvelun saatavuus, odotusaika ja matkan pituus. Haastateltujen näkemykset maksujen kysyntävaikutuksista olivat siten yhdensuuntaisia maksuja koskevien tutkimusten kanssa.

Hammashoidossa tilanne on erilainen. Sen palvelujen käyttöpäätöksissä asiakkaan suvereniteetti on usein selvä, ja siten palvelusta perittävän maksun suuruus vaikuttaa palvelujen käyttöön. Tämä näkyy myös siinä, että asiakkaat hakeutuvat herkemmin kunnallisten palvelujen käyttäjiksi koska palvelut ovat asiakkaalle halvempia kuin yksityissektorilla. Koska maksut vaikuttavat hammashoidon palvelujen käyttöön, tämä johtaa pohtimaan, missä määrin maksuilla olisi koetettava edistää näiden palvelujen käyttöä terveyspoliittisesti tarkoituksenmukaiseen suuntaan.

Terveyspalveluissa profession edustajan kannanotot ja näkemykset tarvittavasta hoidosta ja toimenpiteistä vaikuttavat usein paljon. Palkkausperusteet vaikuttavat lääkäreiden ja hammaslääkäreiden käyttäytymiseen paljon etenkin jos heidän tulonmuodostukseensa toimenpidepalkkioiden osuus on huomattava.

Lääkkeiden osalta esitettiin arvioita, että omavastuilla voitaisiin jossain määrin ohjata lääkkeiden käyttöä. Näiden näkemysten esittäjät esittivät kantansa hieman eri tavoin kuten ”vähemmän tärkeissä lääkkeissä omavastuu voisi olla selvästi suurempi” ja ”omavastuu tulisi porrastaa lääkkeen vaikuttavuuden tai kustannusvaikuttavuuden mukaan”.

Haastatellut olivat sitä mieltä, että on perusteltua huolehtia siitä, että maksupolitiikka ja -käytännöt tukevat vanhusten kotona ja kodinomaisissa oloissa asumista.

Maksut vs. sosiaalinen oikeudenmukaisuus

Useimpien maiden terveydenhuollossa enemmän tai vähemmän voimakkaana periaatteena on, että terveet ja varakkaat tukevat köyhien ja sairaiden terveydenhoitoa. Tämä on yleisesti hyväksytty periaate.

Asiakasmaksuilla ja omavastuilla on aina jakautumavaikutuksia, olivatpa maksut minkä tyyppisiä tahansa. Jakaumavaikutusten suuruus voi vaihdella sen mukaan, mikä asiakasmaksujen tarkka muoto on, miten terveyspalvelujen käyttö jakautuu väestön keskuudessa ja miten verotettavat tulot jakautuvat.

Verorahoitteisissa järjestelmissä asiakasmaksujen käyttöönotto tai asiakasmaksujen määrän korottaminen siirtävät vastuuta kustannuksista veroja maksavilta niille, jotka käyttävät terveyspalveluita. Koska maksukykyisemmät maksavat enemmän veroa ja palveluiden käytön määrään vaikuttaa sairaus, seuraa tästä, että terveet ja varakkaat hyötyvät asiakasmaksujen korotuksista.

Vuoden 1993 maksupolitiikkatoimikunnan mukaan maksupolitiikan keskeisiin lähtökohtiin kuuluvat sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja palvelujen käyttäjien tasa-arvo. Nämä tekijät tulivat varsin vaisusti esille selvitysmiehen haastatteluissa. Esimerkkeinä voi mainita sen, että jotkut viittasivat oikeudenmukaisuuden tulevan huomioonotetuksi tulosidonnaisissa maksuissa ja/tai maksukatoissa. Toisaalta maksukattokäytännöissä todettiin heikompien, heikosti puoltaan pitävien jäävän maksukattojen ulkopuolelle. Myös erilaiset käytännöt toimeentulotuen myöntämisessä asiakasmaksujen takia sekä yleisemminkin erilaiset maksusäädösten tulkinnat huolettivat eräitä haastateltuja.

Maksut vs. arvostus

Osa haastatelluista katsoi, että maksun periminen lisää palvelun arvostusta. Toisaalta selvästi useampi epäili tällaisen suhteen olemassaoloa: arvostus riippuu heidän mukaansa palvelun saatavuudesta ylipäätään, palvelun saannin nopeudesta (esim. odotusajasta vastaanotolla), palvelun ystävällisyydestä, hoidon lopputuloksesta jne. Esimerkiksi työterveyshuolto koetaan yleensä hyvänä puhumattakaan neuvolatoiminnasta niiden maksuttomuudesta huolimatta. Näitä pidetään niin tärkeinä kaikille, että ne halutaan tarjota maksutta.

Moni korosti sitä, että arvostusta tärkeämpää on se, että palveluja on ylipäätään saatavilla ja että niihin jonotus- ja odotusajat ovat vähintään kohtuullisia.

Aikuisten hammashoidossa sanottiin olevan yleinen näkemys, että ”ilmainen ei ole hyvää”. Arvostusteemaan liittyvänä voidaan todeta myös, että monien mielestä jokin maksu tulisi periä muistutuksena siitä, ettei ilmaisia palveluja ole.

Esitettiin näkemys, että asiakasmaksukuitissa tai vastaavassa tulisi kertoa, mitä kaikkia tekijöitä maksettava palvelu sisältää (esim. kotipalveluissa lääkkeiden toimitus, käyntien frekvenssi sekä mitä palvelumuotoja ja niiden toteutuksen frekvenssi). Tämän arveltiin samalla lisäävän arvostusta saatua palvelua kohtaan.

Maksut vs. valinnanmahdollisuus

Esitettiin, että etenkin lasten päivähoidossa ja palveluasumisessa maksuja tärkeämpää on mahdollisuus hoitopaikan valintaan. Sanottiin, että moni asiakas kokee joutuvansa maksamaan kallista maksua palvelusta, jota ei halua (esim. joutuu viemään lapsensa etäälle päivähoidon, vaikka lähempänä olisi naapurikunnan puolella päiväkotipaikkoja vapaana).

Valinnanvapaushalun arvioitiin yhä kasvavan muun muassa lasten päivähoidossa ja palveluasumisessa. Valinnanvapautta painottaneet arvioivat, että asiakasmaksujen vastustus olisi pienempää suuremman valinnanvapauden vallitessa.

Eräät haastatellut katsoivat, että valinnanvapautteen liittyy myös palvelujen tuottajien välinen kilpailu. Heidän mukaansa suurempi valinnanvapaus lisäisi kilpailua ja toisi kustannuksia alentavan ja/tai palvelujen laatua korottavan vaikutuksen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa asiakkaan mahdollisuus kilpailuttamiseen on kuitenkin rajallinen, ja monilla paikkakunnilla väestönmäärän pienuuden takia palveluntuottajien määrä pysyy minimaalisena eikä kilpailuasetelmaa synny.

Maksut vs. arvoilmasto

Asiakasmaksupolitiikka kytkeytyy tietenkin siihen, mikä on maamme sosiaali- ja terveydenhuollon strategia jatkossa ja millainen on yhteiskunnan arvoilmasto. Jos esimerkiksi halutaan korostaa yksityisen sektorin asemaa, lisätä tulosidonnaisuutta maksupolitiikassa sekä korottaa asiakasmaksuja, sitä enemmän arvioitiin tulevan siirtymää yksityisiin palveluihin, kunnallisen palvelujärjestelmän muuntuvan vähemmän arvostetuksi ja mahdollisesti ”alaluokan” järjestelmäksi sekä tulonjakovaikutusten olevan vauraita ja terveitä painottavia.

Kansalaisten hyväksyntä maksupolitiikalle tarpeen

Kun asiantuntijat liki yksimielisesti arvioivat maksupolitiikan linjausten sumentuneen tai jopa kadonneen, niin myös väestön on asiakkaina ja maksajina vaikeampi nähdä punaista lankaa maksujen ja omavastuiden maksattamisessa. Maksujen ja omavastuiden hyväksyttävyyden ja läpinäkyvyyden olisi parempi, jos väestö kokisi palveluista perittävistä maksuista ja omavastuista sovittujen yhteiskunnallisten ja sosiaalipoliittisten linjausten mukaisiksi.

Maksupolitiikan paikan osoittaminen

Lähtökohtana voi pitää, myös vastaisuudessa sosiaali- ja terveyspalveluita käyttävät asiakkaat maksavat palvelujen käyttämisestä ja että asiakkaiden maksuilla ja omavastuilla on yläraja/ylärajoja. Siten myös maksupolitiikalla on käyttöä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen maksujen perusfunktioiksi katsotaan useimmiten tulojen hankinta palvelujen järjestämistä varten olevalle ja/tai palveluntuottajille sekä palvelujen käytön ohjaaminen niissä palveluissa, joiden käyttöön maksuilla voidaan vaikuttaa ja joissa se on sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden mukaista. Lisäksi sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vaatimus asettaa selkeitä reunaehtoja näiden perusfunktioiden toteuttamiselle. Myös muita tavoitteita ja näkökulmia on liitetty maksuihin kuten maksujen kytkentä palvelujen arvostukseen ja suurempaan valinnanvapauteen palvelujen tuottajan ja palvelujen suhteen. Maksujen em. tavoitteiden keskinäinen painotus vaihtelee eri palveluissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan tulisi tukea vallitsevan sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden toteuttamista. Oma kysymyksensä on kuitenkin se, missä määrin maksupolitiikalla voidaan yleensäkin vaikuttaa erilaisten tavoitteiden edistämiseen. Maksujen ja maksupolitiikan vaikutusmahdollisuudet nähdään usein ylioptimistisesti. Mutta maksut eivät ole yleislääke sosiaali- ja terveydenhuollon moninaisten ongelmien poistamiseen. Maksuilla voidaan toki saada lisätuloja (etenkin bruttomääräisesti), ohjata kysyntää ja palvelujen käyttöä ja edistää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista. Kuitenkin näitä kolme tavoitetta voidaan toteuttaa vain rajoitetusti. Lisäksi voidaan todeta, että maksuilla ei ole roolia palvelutuotannon tuottavuuden kohentamisessa ja että asiakkaan antama arvostus saamalleen palvelulle riippuu useimmiten paljosta muusta kuin palvelusta perittävästä maksusta.

Maksupolitiikan tavoitteet ja keinot selvitettäväksi

Vahvaksi vaikutelmaksi asiantuntijoiden kanssa käydyistä keskusteluista tulee se, että sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan (ml. omavastuut) tavoitteet ja keinot on

syitä selkeyttää. Nykyisellään tilanne ei vastaa tarkoituksenmukaisen toiminnan periaatteita. Siksi on helppo korostaa valtioneuvoston 11.4.2002 tekemän terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista koskevan periaatepäätöksen kohtaa, jossa todetaan, että asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevat säännökset uudistetaan. Tämä selvitysmiestyö on avaus tähän uudistamistyöhön. Selvitysmies pitää tarpeellisena tämän työ jatkamista. Jatkotyössä keskeistä sisältöä tulisi olla se, että osoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan paikka yhteiskuntapoliittisessa keinovalikoimassa ja selvennetään, mihin maksujen asettamisella ja keräämisellä pyritään ja miten.

Asian mittavuuden ja sosiaali- ja terveystieteellisen merkittävyyden takia maksupolitiikkaa koskeva selvitystyö tulisi aloittaa mahdollisimman pian sekä taata sille vahva poliittinen tuki. Tätä koskeva näkemys on perusteltua saada tulevan hallituksen hallitusohjelmaan.

3. Maksusäädösten toimivuus

Yleisarviot

Usea haastateltu piti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulakia ja -asetusta liian monimutkaisena ja tulkintatilanteita ja poikkeuksia ja poikkeuksien poikkeuksia aiheuttavana. Valituksia tuli säädösten vaikeaselkoisuudesta. Sanottiin, että maksujen asian tuntijoillakin on vaikeuksia ymmärtää säädöksiä.

Moni haasteltu kunta- ja kuntayhtymätason edustaja, varsinkin jos hän on säädösten kanssa säännöllisesti tekemisissä, totesi, että asiakasmaksusäädännön toteutus on nippa nappa hallinnassa tai ajoittain ei ole hallinnassa. Eräs haastateltu kuvasi tilannetta, että olo on samanlainen kuin jos yrittää 20 asteen pakkasessa tehdä hyviä heiteltäviä lumipalloja: muutama pallo onnistuu mutta useimmat eivät.

Eräät haastatellut olivat huolissaan siitä, että säädösten horjuva ja kirjava tulkinta aiheuttaa asiakkaiden eriarvoista kohtelua sekä kunnan sisällä että kuntien kesken. Kuntien sisäiseen kirjavaan tulkintaan osaltaan vaikuttaa se, että monissa kunnissa esimerkiksi lasten päivähoitomaksujen määrääminen on delegoitu päiväkodeille.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaki määrittelee maksuttomat palvelut. Tähän säädöskohtaan ei esitetty selvitysmiehelle varsinaisia muutostarpeita.

Muutosnäkemys: sosiaali- ja terveydenhuolto

Haastattelujen perusteella näyttää siis siltä, että tilanne ei ole oikein hallinnassa. Säädöksissä on tarkistamisen ja selkiyttämisen sijaa sekä lakiteknisesti että muutenkin.

Jokavuotisten maksumuutosten osalta selvitysmies sai esityksiä siitä, että lähtökohtaisesti maksuja korotettaisiin jollain indeksillä vuosittain ja vain politiikkamuutosten takia maksuja muutettaisiin muulla tapaa. Kunnallisten palvelujen osalta esitettiin ns. valtionosuusindeksiä (palkat 2/3, hinnat 1/3).

Säädäntö ei tunne kaikkia uusia toimintamuotoja ja tästä aiheutuu päänvaivaa ja erilaisia tulkintoja. Esimerkkinä mainittiin muun muassa kotisairaaloiminta. Tältä osin maksu-

asetus tunnistaa asian siinä mielessä, että sen 3 §:ssä mainitaan kotona annetusta erikoissairaanhoidosta ja siitä perittävästä maksusta.

Ostopalveluissa epäselvyyttä on ollut siitä, maksaako asiakas asiakasmaksun palvelun järjestämistä vastuuksella olevalla kunnalla vai ostopalvelun tuottavalla yrityksellä. Tätä asiaa on pyritty selkiyttämään parantamalla ostopalvelusopimusten tasoa.

Asiakasmaksulaissa on lasten päivähoiton maksuille euromääräisiä rajoja. Muiden palvelujen osalta euromääräisiä rajoja esitetään asiakasmaksuasetuksessa. Tätä pidettiin ristiriitaisena. Jotkut esittivät, että myös lasten päivähoiton maksujen eurorajat tulisi määrätä asetuksella.

Asiakasmaksulain 2 §:n mukaan palvelusta perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Tämän tarkka noudattaminen on monissa tilanteissa mahdoton kustannuslaskennan epätarkkuuden takia. Lisäksi säädöksen noudattamista on hyvin vaikea valvoa. Yleisperiaatteena ko. pykälää harva haastateltu kuitenkaan protestoi.

Asiakasmaksuasetuksen 8 b §:n mukaan yksityislääkärin läheteellä tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista, joihin ei liity muita tutkimuksia tai hoitotoimenpiteitä, voidaan periä enintään palvelun tuottamiskustannuksia vastaava maksu. Tältä osin todettiin, että laskutuksessa on noudatettu usein sairausvakuutuksen taksoja, jotka ovat monin osin ylimitoitettuja tuotantokustannuksiin nähden.

Yleisenä periaatteena voidaan asiakasmaksuissa pitää sitä, että vältetään toimenpidekohtaisia maksuja. Tähän liittyen haastatteluissa esitettiin, että tulisi vähentää yksityiskohtaisuutta asiakasmaksuasetuksen 9 §:ssä, joka koskee suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta perittäviä maksuja.

Muutamia on maksujen määrittelyssä askarruttanut se, mitä asiakasmaksulain 10 §:ssä ja asiakasmaksuasetuksen 30 §:ssä tarkoitetaan ”tosiasiallisilla perhesuhteilla”.

Asiakasmaksua määrättäessä ei säädösten mukaan oteta huomioon opintojen johdosta suoritettavia avustuksia (asiakasmaksulaki 10 § ja 10 a § sekä asiakasmaksuasetus 29 §). Hankala asiana pidettiin sitä, miten suhtautua joskus huomattavan suuriin stipendeihin, jotka eivät oikeastaan liity enää suoranaisesti opintoihin.

Asiakasmaksuasetuksen 13 §:n mukaan terveydenhuollon tai sosiaalihuollon toimintayksikössä annetusta päivä- ja yöhoidosta voidaan periä 12 euroa vuorokaudessa. Jos kyseessä on sosiaalitoimen järjestämä päivähoito, se voidaan järjestää tukipalveluna. Silloin siitä voidaan periä kunnan päättämä, enintään tuotantokustannusten suuruinen maksu, joka ei kerrytä maksukattoon luettavia maksuja toisin kuin muuten järjestetystä päivä- ja yöhoidosta perityt maksut. Tätä pidettiin ristiriitaisena tilanteena.

Muutosnäköyksiä: sosiaalihuolto

Useassa haastattelussa todettiin, että lasten päivähoiton maksuja koskeva asiakasmaksulain 7 a § on vaikeasti ymmärrettävä viranomaisille puhumattakaan lasten vanhemmista, joille asiaa täytyy usein selittää. Lasten päivähoitoon liittyvänä voi todeta myös, että yrittäjien tulotietojen saamisessa ja määrittelyssä moni sanoi olevan ongelmia.

Kehitysvammaisten koululaisten iltapäivähoidon maksujen määrittelyyn liittyy epäselvyyttä. Osa kunnista määrittelee iltapäivähoidon erityishuolloksi, osa kunnista pitää iltapäivähoitoa tavanomaisena päivähoidona ja määrittelee hoidosta päivähoidon maksun.

Vammaisten henkilöiden asumispalveluja voidaan järjestää sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammalain nojalla. Asiakasmaksut eroavat sen mukaan, mikä lain perusteella asiakas saa palvelut. Palvelujen järjestämistä ja asiakasmaksuja koskevat ongelmat liittyvät eri lakien keskinäisen suhteen epäselvyyksiin. Epäkohta tuli esille hyvin useassa haastattelutilanteessa. Kanteluja tuntuu tulevan lääninhallitukseen enenevästi samoin kuin oikeustapauksia. On tarvetta on selvittää lainsäädännöllä näiden lakien keskinäistä suhdetta mahdollisimman pian.

Vammaispalvelulain mukaisista kuljetuksista ja maksuista on säädetty pitävästi. Niiden määrittelyssä ei ole ollut sellaisia pulmia, jotka edellyttäisivät säädösmuutoksia. Tosin käytännössä esimerkiksi matkojen yhdistelykeskuksiin tulevista puheluista peritty palvelumaksu on aiheuttanut debatointia. Eräs lääninhallitus on tulkinnut lääninsä alueella toimivan kunnallisen keskuksen osalta puhelumaksun vammaispalvelulain vastaiseksi. Erään toisen läänin alueella tällaista maksua peritään yksityisen keskuksen palveluista.

Vammaispalvelulain mukaisten maksujen osalta selvitysmiehelle esitettiin olevan keskustelun ja arvioinnin tarvetta siitä, mikä tulisi olla vammaispalvelulain suhde Kansaneläkelaitoksen hoitotukietuuksiin (hoitotuki, vammaistuki, eläkkeensaajan hoitotuki). Esimerkiksi vammaispalvelulain mukaan asumispalveluja saava asiakas saa monesti korotetun hoitotuen tai erityishoitotuen. Kunta kuitenkin maksaa asumispalveluna kaiken asiakkaan tarvitseman hoivan ja huolenpidon. Samasta syystä Kansaneläkelaitos maksaa asiakkaalle hoitotuen. Eräät kuntasektorin edustajat katsoivat, että kunnan tulisi voida periä asiakkaan Kansaneläkelaitoksen maksaman etuutta itselleen silloin, kun kunta järjestää asiakkaalle hoivaa ja palveluja.

Sosiaalihuoltolain mukaisissa kuljetuspalveluissa sanottiin olevan kaksikin säädännöllistä pulmaa, joista toinen koskee asiakasmaksuja. Sosiaalihuoltolain tukipalveluna kuljetuspalvelua ei tarkoitettu nykyisenlaiseksi palveluksi lain säätämisvaiheessa. Tällä palvelulla voitaisiin ehkäistä vammaispalvelulain mukaista kalliimpaa palvelua. Toinen on lainsäädännön kohdennuspulma suhteessa universaaliin palveluihin ja koskee myös asiakasmaksuja. Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua myönnetään kunnissa tarpeen ja varallisuusharkinnan perustella, vaikka universalisuusperiaatteen mukaisesti palvelun tarpeen tulisi ratkaista ja varallisuusharkinnan tulisi näkyä maksuja määrättäessä. Kun kysymyksessä on matkustaminen, josta yleensä maksetaan tietyltä matkalta tietty maksu, yksilöllisen omavastuuosuuden määrittely istuisi huonosti tähän palveluun. Varakkailta siis evätään kunnan osin maksama kuljetuspalvelu ja vähävaraisiin kohdennetaan niukka palvelu yhtenäisen omavastuun periaatteella.

Asiakasmaksulain 4 §:ssä todetaan, että sosiaalipalveluista ovat maksuttomia muun muassa kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa tarkoitettu erityishuolto ja lain 39 §:ssä tarkoitettu kuljetus ja että kehitysvammaisen ylläpidosta voidaan kuitenkin periä maksu lukuun ottamatta alle 16-vuotiaalle annettavaa osittaista ylläpitoa ja lain 28 §:ssä tarkoitettua opetusta saavan lapsen osittaista ylläpitoa sen lukuvuoden loppuun, jonka aikana hän täyttää 16 vuotta. Eräät haastatellut totesivat, että edellä mainitussa

lain kohdassa olevan osittaisen ylläpidon käsite on aiheuttanut hankalia tulkintaongelmia.

Saman pykälän osalta esitettiin toinenkin epäselvänä pidetty kohta eli mitä ovat pykälässä mainitut palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut.

Muutosnäköyksiä: terveydenhuolto

Syksyllä 2002 terveyskeskuksiin tehty kysely osoitti opiskelijaterveydenhuollon maksuttomuuden ja maksullisuuden kysymysten olevan kunnille ja kuntayhtymille epäselviä. Kysely tehtiin terveyskeskuksille, joiden toimialueella on ammattikorkeakouluja, ammatillisia oppilaitoksia ja lukioita.

Haastatteluissa tuli muutaman kerran esille mielenterveyskuntoutujilta perittävät maksut. Näiden maksujen oikeutusta jotkut epäilivät ja jotkut valittivat näissä maksuissa meneteltävän eri kunnissa kovin eri tavoin.

Asiakasmaksulain 5 §:n mukaan terveydenhuollon palveluista ovat maksuttomia hengityshalvauspotilaalle annettava hoito ja ylläpito sekä hoitoon liittyvät kuljetukset kuin asetuksella tarkemmin säädetään. Asiakasmaksuasetuksen 22 §:n mukaan hengityshalvauspotilaalle järjestetty kunnallinen hoito ja hoitoon liittyvät kuljetukset ovat maksuttomia. Hoito tulee järjestää sairaalassa tai sairaalan kirjoista poistamatta kotihoidossa. Hengityshalvauspotilaaksi katsotaan henkilö, joka tarvitsee hengityshalvauksen johdosta pitkäaikaista hoitoa hengityshalvauslaitteessa tai lyhytaikaisempaa hoitoa hengityshalvauslaitteessa edellyttävä hengityshalvaus, milloin se on aiheutunut poliosta tai sellaisesta muusta tartuntataudista, jonka sosiaali- ja terveysministeriö katsoo polioon verrattavaksi. Muutamit haastatellut pitivät kyseenalaisena, että yksi potilasryhmä on tällä tapaa saatettu erityisasemaan.

Hammashoidon osalta esitettiin muutama muukin näkemys kuin edellä mainittu asiakasmaksuasetuksen 9 §:n yksityiskohtaisuuden vähentämishalu. Toinen hammashoidon maksuihin liittyvä huomio oli se, että asiakasmaksuasetuksen 9 a § koetaan edelleen ongelmallisena, vaikka sitä korjattiin jokunen vuosi sitten. Pykälä koskee suun ja leukojen erikoissairaanhoitosta perittäviä maksuja. Asiaa sinällään pidetään oikeana, mutta siitä halutaan selkeämpää linjausta. Kolmantena hammashoitoa koskevana huomiona voidaan todeta, että hammashoidon maksuttomuutta lapsille ei kritisoi. Esitettiin myös, että voitaisiin ryhmittää perittävät maksut kolmeen ryhmään: ”terveet potilaat” (tarkastus yms.), ”normaalipotilaat” (muutama paikka yms.) ja erikoishoitoa vaativat potilaat (oikomiskojeet, purentakiskot, jne.). Lisäksi erikoishoitoryhmäläisiltä voitaisiin esityksen mukaan periä materiaalikulut.

Sarjassa annettavan hoidon maksut askarruttavat. Sanottiin, että maksuasetuksen sarjahoitoa koskevaa kohtaa (11 §) sovelletaan eri tavoin. Eräät toivoivat sarjahoitoa koskevan tekstin rationointia.

Yhteispäivystyksen ajalta määrättävät asiakasmaksut (asiakasmaksuasetuksen 7§ ja 8 §) ovat tulleet vaikeaselkoisiksi, koska erilaista päivystystoimintaa järjestetään samoissa toimitiloissa eivätkä maksuja määräävät henkilöt aina tiedä, onko kyse terveyskeskuspäivystyksestä, erikoislääkärijohtoisen terveyskeskuksen päivystyksestä vai erikoissairaanhoidon järjestämästä päivystyksestä. Lisäksi saman yhteispäivystysalueen sisällä on

erilaista maksujen perimistä. Tilanteet ovat tosin paikallisia ja ohjeistus tulisi tehdä paikallisesti. Asetuksella asiaa saattaa olla vaikea korjata muun muassa siksi, että päivystysjärjestelyt voivat muuttua lyhyelläkin aikavälillä.

Kansaneläkelaitos korvaa sairauden ja Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen vuoksi tehtyjen matkojen kuluja. Sairaudesta aiheutuneissa matkakuluissa on 9,25 euron omavastuun (vuonna 2003) yhteen suuntaan tehdyltä matkalta sekä vuosiomavastuuna on 157,26 euroa. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksessa vastaavat määrät on 7,57 euroa ja 151,37 euroa. Eräät henkilöt esittivät näiden omavastuiden yhdenmukaistamista.

Säädökset vs. asiakkaat

Asiakkaat kysyvät usein saamiensa laskujen perusteita ja myös valittavat niistä suullisesti. Esimerkiksi lasten päivähoidossa, jossa maksu on kuukausimaksu, poissaolopäivistä laskuttaminen aiheuttaa usein närää. Usein lasten vanhemmat haluaisivat maksaa käytön, ei varauksen mukaan. Kunnat taas katsovat, että kun on sovittu lasten vanhempien kanssa kokopäiväisestä hoidosta kunta on varautunut tietyn kapasiteetin ylläpitoon. Tällöin yksilöllinen joustaminen asiakkaiden näkemysten mukaan on hyvin hankalaa. Toinen toistuva valituksen kohde on se, että asiakkaalta peritään kahden vuorokauden maksu, vaikka hän olisi tullut illalla sairaalaan ja päässyt pois seuraavana päivänä. Tämän moni tarkkailuosastolla ollut kokee vääränä.

Sairausvakuutuksessa kiinteän omavastuun, korvausprosentin ja taksan yhdistelmä on useille asiakkaille vaikea ymmärtää. Tämä koskee lähinnä tutkimuksen ja hoidon kuluja. Pelkkä prosenttiperusteinen järjestelmä olisi asiakkaan kannalta selkeämpi. Tosin se lisäisi pienten korvausten määrää. Taksan poistaminen puolestaan toisi kustannusten hillinnän erityiseksi ongelmaksi.

Asiakkaat tuntevat sairausvakuutuksen maksukatot ja niiden perusteet ainakin suhteellisen hyvin, osin siksi että niillä on pitkä perinne ja osin siksi että esimerkiksi apteekit informoivat lääkkeiden maksukatoista.

Nyky-yhteiskunnassa kansalaiset ovat vaativia ja odottavat läpinäkyvyyttä. Siksi on tärkeätä huolehtia siitä, että palveluista perittävät maksut ja omavastuut ovat sovittujen yhteiskunnallisten ja sosiaalipoliittisten linjausten mukaisia. Tällä tapaa voidaan saada väestö sekä nykyisinä asiakkaina että rahoittajina ymmärtämään ja hyväksymään maksut ja omavastuut.

On perusteltua kiinnittää enemmän huomiota siihen, miten nykyisille asiakkaille, heidän omaisilleen ja yleensä väestölle kerrotaan selkokielisesti asiakasmaksuista ja omavastuista (niiden määristä sekä niiden perusteista ja linjauksista, oikaisuista jne.). Paikallislehdistö tarjoaa yhden foorumin samoin kuin perinteisten kirjasten ja esitteiden jakaminen sekä asiakaskäyntien yhteydessä että muillakin tavoin. Näiden lisäksi olisi selvitetävää sitä, miten Internetin avulla voidaan jakaa maksuja ja omavastuita koskevaa informaatiota.

Valittaminen maksuasioissa

Haastatteluissa tuli hyvin selvästi ilmi se, että asiakkaat tekevät kirjallisen kantelun tai valituksen huomattavan harvoin.

Lääninhallitukseen tulee kysymyksiä maksuista jonkin verran. Tavallisimpia syitä yhteydenottoon lääninhallitukseen on se, että asiakkaalta on estetty palveluihin pääsy maksamattoman laskun takia. Tällaisen palvelun epäämisen osalta lääninhallitustaso on katsonut, ettei menettely vastaa kansanterveyslakia.

Aiemmin lääninhallitukset seurasivat maksupolitiikan toimivuutta sekä järjestivät koulutustilaisuuksia. Nykyään lääninhallitukset eivät seuraa maksuja systemaattisesti. Joitakin työkokouksia (esim. vammaispalvelujen maksuista) on järjestetty.

Hallinto-oikeuksiin tulee muutamia maksukiistoja ratkaistavaksi. Muun muassa palveluasumiseen liittyvät maksuasiat näyttävät olevan huolena. Hallinto-oikeuksien maksuja koskevista päätöksistä ei näyttänyt olevan yhtenäistä kuvaa.

Hallinto-oikeuksien päätöksistä ei voi valittaa korkeimpaan hallinto-oikeuteen. Tämä vaikeuttaa yhtenäisen linjan saamista koko maahan.

Hallinto-oikeuksien maksuja koskevista päätöksistä on perusteltua laatia yhteenvetoreportti mahdollisimman pian. Tällaisen raportin laadinta selkeyttäisi maksulinjauksia ja toisi esille mahdolliset erilaisuudet eri hallinto-oikeuksien painotuksissa.

Lisäksi tulisi selvittää, missä määrin hallinto-oikeuksien (ja ylemmän oikeusasteen) maksuja ja omavastuita koskevia päätöksiä voitaisiin saada Internetiin, olkoonkin että yksittäistapauksista on usein vaikea tehdä yleistäviä päätelmiä muihin maksutilanteisiin.

Edellä (luku 2.2.) jo todettiin se, että jotkut kunnat eivät kunnioita hallinto-oikeuden linjauksia, vaan saattavat jatkaa säädösten vastaista menettelyä jopa saman tapauksen osalta.

Median kiinnostus

Paikallislehdissä on käyty hyvin vähän kuntasektorin maksuihin ja sairausvakuutuksen omavastuisiin sekä yleensä maksupolitiikkaan liittyvää debattia. Poikkeuksena tästä yleislinjasta näyttäisi olevan hammashuolto sekä lääkkeet. Yksityisen sektorin hammashoidon maksuista on aina silloin tällöin kirjoituksia lehdissä lähinnä kuluttajanäkökulmasta. Tällaisissa kirjoituksissa on kiinnitetty huomiota usein hoidon kalleuteen ja eri palvelujen tuottajien perimien hintojen suureen vaihteluun. Lääkkeiden osalta on paljon kyselyjä siitä, miksi Kansaneläkelaitos ei korvaa jotain lääkettä. Tästä kirjoittelusta osan sanottiin olevan lääketeollisuusvetoista ja osa asiakaskentästä lähtevää. Lisäksi lääkkeiden maksukattokorvauksiin vaadittavat kuitit ovat aiheuttaneet kirjoittelua.

Säädösten muutostarpeet työstettäväksi

Tässä luvussa edellä esitetyt asiakasmaksusäädösten muutostarpeet osoittavat selvästi, että on tarvetta asettaa mahdollisimman pian erillinen työryhmä täsmentämään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulain ja -asetuksen säädöksiä. Tämä työ on tarpeen riippumatta edellä mainitun maksupolitiikan tavoitteita ja keinoja koskevan työn etene- misestä.

Säädöksiä muutettaessa toimitaan kahden ääri- ja välin linjan välissä. Jos pyritään ottamaan huomioon yksilöllisiä tarpeita, säädöstö tulee helposti vaikeasti hallittavaksi. Jos taas paino-

tetaan voimakkaasti yleisiä periaatteita, tulkinnanvaraisuus kasvaa ja väliinpuotoajia tulee.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on aloitettu syksyllä 2001 Kansaneläkelaitoksen hoitamaa toimeentuloturva koskevan lainsäädännön selkeyttämishanke selvitysmies Pentti Arajärven ehdotusten pohjalta. Hankkeessa keskitytään lainsäädännön rakenteen selkiyttämiseen, täsmentämiseen sekä kielelliseen ja lakitekhniseen modernisointiin. Eduskunta käsitteli ja hyväksyi työttömyysturvalainsäädännön kokonaisuudistuksen syys-tuntokaudella 2002. Parhailtaan valmisteltavana on kansaneläkelainsäädännön ja sairausvakuutuslainsäädännön uudistaminen. Hankkeen määräaika päättyy elokuun lopussa 2003.

Lisää koulutusta

Myös koulutustilaisuuksien järjestämiseen on tarvetta. Suomen Kuntaliitto on yhdessä Kuntakoulutuksen kanssa järjestänyt viimeisen neljän vuoden aikana yli 2 500 koulutuspäivää sosiaali- ja terveydenhuollon maksuasioista. Lisäksi maksuasioita on sivuttu muissa koulutustilaisuuksissa. Selvitysmiehen vaikutelmaksi jäi kuitenkin, että tämä koulutus ei riitä.

Säädöksin ei kyetä riittävästi ohjaamaan ja yhdenmukaistamaan maksukäytäntöjä. Siksi maksupolitiikkaa koskevalla erillisellä koulutuksella voitaisiin vähentää säädösten hallinta- ja tulkintaongelmia ja saada yhdenmukaisempia käytäntöjä. Sen toteutuksesta voisivat vastata esimerkiksi lääninhallitukset ja Suomen Kuntaliiton alainen Kuntakoulu-tus. Lääninhallitusten osalta asia voitaisiin kytkeä tulosohjaukseen.

Kun Suomen Kuntaliiton tai sosiaali- ja terveysministeriön asiantuntija antaa näkemyksensä sähköpostina jossain asiakasmaksuasiassa yksittäisen kunnan viranhaltijalle, niin vastaus on usein pian monen muunkin kunnan viranhaltijoiden tiedossa jatkolähetykse-nä. Tämä on johtanut esittämään, että olisi tarkoituksenmukaisempaa laittaa asiantun-tijan näkemys Suomen Kuntaliiton Internet-sivuille vapaasti luettavaksi ja hyödynnettä-väksi varsinkin jos vastauksella on yleistettävyyttä. Tällainen menettely voisi osaltaan yhdenmukaistaa maksupoliittisia käytäntöjä kunnissa ja kuntayhtymissä sekä täydentää perinteisempää maksuihin liittyvää koulutusta. Internetiin sijoittavien tapausesimerkki-en yhteydessä on luonnollisesti korostettava tapausen yksittäisyyttä sekä huolehdittava, että tapausesimerkki on Internetissä vain rajoitetun ajan.

Kansaneläkelaitoksen omilla Intranet-sivuilla on jonkin verran lisätietoja ja esimerkkejä sairausvakuutuskorvausten ratkaisemisesta.

Selvitysmies pitää tarkoituksenmukaisena sen selvittämistä, missä määrin koulutuspai-neisiin ja tiedonjanoon voidaan vastata Intranet- ja Internet-tyyppisin ratkaisuin.

4. Maksukattojen toimivuus

Maksukattojärjestelmät merkitsevät, että maksukaton täytyessä maksukaton ulkopuolella olevat vastaavat katon ylittävien kustannusten rahoittamisesta. Siten maksukatot lieventävät maksujen ja omavastuiden regressiivisiä vaikutuksia.

4.1. Maksukattojen kuvaus

4.1.1. Kuntasektorin maksukatot

Asiakasmaksulain 6 a §:n mukaan kohtuuttoman korkeaksi nousevan maksurasituksen estämiseksi on asiakasmaksuista palvelujen käyttäjälle kalenterivuoden aikana aiheutuville kustannuksilla 590 euron enimmäismäärä (maksukatto). Maksukaton ylittymisen jälkeen ovat maksukattoon sisältyvät palvelut maksuttomia asianomaisen kalenterivuoden loppuun. Laitoshoidosta voidaan kuitenkin periä maksu palvelun käyttäjän ylläpidosta maksukaton ylittymisen jälkeenkin. Maksukatto tuli käyttöön vuonna 2000.

Maksukattoa määritettäessä otetaan huomioon kalenterivuoden aikana perityt maksut terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkärintalvasta, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, poliklinikkakäynnistä, päiväkirurgisesta hoidosta, sarjahoidosta, yö- ja päivähoidosta, kuntoutushoidosta sekä lyhytaikaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta. Alle 18-vuotiaan lapsen käyttämistä palveluista perityt maksut otetaan huomioon yhdessä hänen vanhempansa tai muun huoltajansa maksujen kanssa. Tällöin palvelut ovat maksuttomia kaikille henkilöille, joiden maksut otetaan yhdessä huomioon. Alle 18-vuotiaalta ei saa periä ylläpitomaksuakaan.

Maksujen seurantaan voidaan käyttää asiakasmaksukorttia. Sen saa terveyskeskuksista ja sairaaloista. Kun asiakas on maksanut maksuja maksukaton ylittävän määrän, hän saa vapaakortin. Sen myöntää se laitos, jossa maksukatto täyttyy.

Suomen Kuntaliitto arvioi vuonna 2000 myönnetyn noin 72 000 vapaakorttia maksukaton ylittäneille. Vapaakorttien saajamäärän on arvioitu sittemmin kasvaneen. Vuoden 2002 vapaakorttimäärää koskeva Suomen Kuntaliiton selvitys valmistuneeksi toukokuussa 2003.

Varsinaisen maksukaton lisäksi on olemassa yksittäisten maksujen katot (välikatot) terveyskeskusmaksussa, sarjahoidon maksussa sekä alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa. Välikattojen täytyminen vaatii erillisseurantaa varsinaisen maksukaton täyttymisen seurannan ohella.

4.1.2. Sairausvakuutuksen maksukatot

Sairausvakuutuksen puolella vuosikatto (ns. lisäkorvaus) on käytössä matka- ja lääkekustannuksissa. Kummallakin katolla on periaatteessa erilliset tavoitteet ja ne ovat yksilökohtaisia. Lisäksi kuntoutusmatkoissa on vuosikatto. Vuonna 2001 vuosiomavastuun ylittäneiden määrä oli noin 131 000 ja 143 000 vuonna 2002 lääkekaton osalta ja 36 000 matkakaton osalta.

Matkakustannusten korvaamisella on haluttu turvata tasavertaiset mahdollisuudet hoidon saantiin asuinpaikasta riippumatta ja omavastuukaton asettamisella helpottaa erityisesti usein hoitoa tarvitsevien tilannetta. Lääkekustannusten katon käyttöönoton taustana on, että ei ole tarkoituksenmukaista eikä käytännössä mahdollistakaan sisällyttää erityiskorvattaviin kaikkia eikä varsinkaan harvinaisia sairauksia, joista voi aiheutua toistuvia kustannuksia.

Matkakatto

Matkojen vuotuinen omavastuuosuus (matkakatto) tuli voimaan vuoden 1988 alussa (500 mk). Sitä on sittemmin lainmuutoksella nostettu 1992 (700 mk), 1993 (900 mk) ja 2001 (935 mk). Vuonna 2003 katto on 157,26 euroa. Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksen vuoksi tehtyjen matkojen kulujen osalta kattomäärä on tällä erää hieman pienempi eli 151,37 euroa.

Matkakorvausten vuosiomavastuuosuuteen lasketaan mukaan kyseisen kalenterivuoden aikana tehtyjen, sairausvakuutuslain mukaan korvattavien matkojen omavastuuosuudet. Käytännössä mukaan otetaan niiden matkojen kiinteät omavastuuosuudet, joista on maksettu sairausvakuutuskorvausta sekä kustannuksiltaan alle omavastuun jäävien, muut korvaamisen edellytykset täyttävien matkojen kustannukset.

Lääkekatto

Lääkkeiden vuosiomavastuu (lääkekatto) tuli voimaan vuonna 1986 (2 228 mk). Lääkekattoraja korotetaan vuosittain indeksillä. Kattoraja oli 3 449,74 markkaa (580,20 euroa) vuonna 2001 ja 601,15 euroa vuonna 2003. Katto on sidottu elinkustannusindeksiin siten, että sitä muutetaan samassa suhteessa kuin kansaneläkkeitä. Kattokorvausta maksetaan vasta kun korvaus ylittää säädetyn maksurajan (16,82 euroa). Tämä raja on ollut on sama vuodesta 1994 lähtien.

Lääkkeitten vuosiomavastuuosuuteen lasketaan mukaan kyseisen kalenterivuoden aikana ostettujen, sairausvakuutuslain mukaan korvattujen lääkkeiden omavastuuosuudet. Alle omavastuun jääneitä tai muuten korvaamatta jääneitä lääkekustannuksia ei oteta omavastuukertymässä huomioon.

4.2. Kuntasektorin maksukattojen toimivuus

Yleinen arviointi

Asiakkaiden kannalta on perusteltua asettaa ylärajoja sille, kuinka paljon heiltä peritään maksuja tiettyinä ajanjaksona. Haastatelluista ei juuri kukaan esittänyt kyseenalaiseksi sitä, että asiakkaiden tai kotitalouden maksuille on yläraja. Jotkut olivat huolissaan siitä, että maksukaton ylitys johtaisi tarpeettoman runsaaseen palvelujen käyttöön.

Vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunta ehdotti, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa otettaisiin käyttöön tulosidonnainen katto maksujen vuotuiselle yhteismäärälle ja että katon ylittyessä palveluista perittävät maksut alenisivat asteittain. Maksukaton tulosidonnaisuus tuli esille vain harvoissa haastatteluissa. Jokunen päätyi siihen, että ”tulosidonnainen katto ei ole pois suljettu mahdollisuus”.

Eri organisaatioiden välillä tuntuu olevan erilaisia menettelytapoja ja käytäntöjä maksukattoon liittyvien asioiden hoidossa. Tämä herättää myös kysymyksen asiakkaiden tasa-arvoisesta kohtelusta, minkä usea haastateltu toi esille.

Monet haastatellut eivät pitäneet hyvänä sitä, että maksuasetuksen 26 b §:n mukaan palvelujen käyttäjän tulee osoittaa maksukaton ylittyminen ja tarvittaessa esittää alkuperäiset tositteet. Sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjistä melkoinen osa on henkisesti tai fyysisesti niin heikkoja, että he eivät pysty etujaan ajamaan. Tästä syystä tällaisen menettelyn katsottiin luovan epätasa-arvoisen lähtökohta-asetelman. Usea haastateltu sanoi, että sairaaloissa ja terveyskeskuksissa maksukattoasioita hoitavat tekevät ”hirveän paljon työtä potilaan hyväksi”.

Säädösten mukaan palvelun käyttäjän kotikunnan terveyskeskus voi kerätä maksukaton toteuttamiseksi tietoja suoritetuista asiakasmaksuista ja pitää rekisteriä palvelun käyttäjän suorittamista asiakasmaksuista maksukaton saavuttamisen seuraamiseksi. Rekisteriin saa merkitä vain palvelun käyttäjän tunnistetiedot, hoitopaikat sekä määrätty ja maksetut maksut.

Säädökset eivät mainitse muiden kuin terveyskeskusten oikeudesta kerätä maksukaton seurantatietoja. Toisaalta asiakasmaksuasetuksen mukaan sekä kuntayhtymän että kunnan toimintayksikkö voi antaa maksukaton ylittämistodistuksen. Tiukasti ottaen esimerkiksi sairaanhoitopiiri ei siis saisi kerätä tietoja mutta saa antaa todistuksen maksukaton täyttymisestä asiakkaan sille luovuttamien alkuperäisten maksukuittien perusteella.

Maksuja koskevien tietojen luovuttaminen muista terveydenhuollon toimintayksiköistä terveyskeskukselle edellyttää palvelun käyttäjän suostumusta. Jos asiakas antaa maksukuittinsa, tiliotteensa, sairaalaan kutsukirjeensä yms. henkilölle, joka selvittää maksukaton täyttymistä, Suomen Kuntaliitto on neuvonut kysymään asiakkaalta, voidaanko hänen maksutietojaan tiedustella muista toimintayksiköistä. Käytännössä maksukattoasioihin liittyvissä, terveydenhuollon ja sosiaalitoimen eri yksiköiden välisissä puhelin- ja muissa kyselyissä saattaa tietosuojaja olla loukattuna.

Eräs haastateltu pohti sitä, miten maksukaton saavuttaminen muuttaa asiakkaan kannalta eri palvelumuotojen keskinäisiä suhteita. Hän arveli laitoshoitovaihtoehdon tulevan katon jälkeen suhteellisesti parempaan asemaan avohoitotarkkailuihin nähden, mutta toisaalta myönsi tilanteen voivan palautua heti vuodenvaihteen jälkeen entiseksi ja vaihtoehtojen vaikuttavan monen muunkin tekijän. Siten hypoteettinen hintasuhteiden muutosvaikutus jää ainakin tässä vaiheessa hypoteettiseksi.

Näkemykset siitä, lisääkö maksukaton saavuttaminen palvelujen käyttöä, olivat varovaisia. Jotkut arvelivat sen lisäävän alttiutta käyttää palveluja enemmän. Eräät kokivat tarkoituksenmukaiseksi sen, että maksukaton ylittymisen jälkeen iäkkäät henkilöt voivat käydä maksutta syömässä hoivakodissa. Toisaalta tähän on todettava, että laki ei tähän velvoita, vaan kyse on asianomaisten kuntien omista käytännöistä.

Muutama arvioi maksukaton vähentäneen sairaalan maksutuloja samoin kuin kuntien maksutuloja (jopa kahdeksan prosenttia kahdessa vuodessa). Toisaalta esitettiin, että vaikutus on vähäinen tai olematon sekä kunnissa että kuntayhtymissä.

Maksukattohallinnon työläys

Vaikka maksukaton oikeutusta ei siis juuri kyseenalaisteta, maksukaton toteutus ja seuranta kaikkine moninaisuuksineen ovat hyvin voimakkaan arvostelun kohteena. Käytännöt koetaan hyvin työläinä.

Maksukattotyö on melkoista käsipelin tapahtuvaa lippusten ja lappusten katsomista, joskus myös yhdessä asiakkaan ja hänen omaisensa kanssa.³ Lisäksi sairaalat, terveyskeskukset ja sosiaalitoimen laitokset kyselevät toisiltaan tietoja maksukattojen määrittelymiseksi. Erityisen vilkasta tietojen vaihtaminen on terveydenhuollon yksiköiden välillä. Kaikki tämä työ synnyttää hallinnollisia kuluja.

Maksukaton täytyttyä maksutapahtumia ja tiliyksiköiden kirjauksia korjataan ja liikaa perittyjä yritetään palauttaa. Lisäksi asiakkailta ei ole useinkaan maksamistaan maksuisista kuitteja. Moni asiakas on maksanut maksun maksuautomaatilta tai kotipääteeltään. Osa asiakkaista on hukannut maksukuittinsa.

Asiakasmaksuasetuksen 26 a §:n mukaan maksukattoa laskettaessa ei oteta huomioon maksuja, jotka korvataan tapaturmavakuutuslain, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslain, sotilasvammalain, liikennevakuutuslain, potilasvahinkolain tai näitä vastaavan aikaisemman lain mukaan korvattavasta hoidosta. Tämän huomioon ottaminen lisää maksukattohallinnon työtä.

Yksittäinen haastateltu kiinnitti voimakkaasti huomiota siihen, että kolmannen sektorin yhdistykset ja yhteisöt avustavat jossain määrin taloudellisesti esimerkiksi yksinhuoltajan vanhemman lapsen pitkäaikais- tai sarjahoidon maksuja, ja nosti esille tällaisen rahoituksen huomioon ottamisen maksukattoa laskettaessa.

Haastatellut antoivat erilaisia arvioita siitä, missä määrin asiakkaat tuntevat maksukaton ja siihen luettavat erät. Eräissä kunnissa tietämys näyttäisi olevan ainakin tyydyttävällä tasolla, eräissä ei lähelläkään tätä tasoa. Ymmärrettävästi monien iäkkäämpien asiakkaiden kanssa kuluu aikaa asian selittämisessä useinkin kerran. Toisaalta moni sanoi omaisten seuraavan aika hyvin iäkkäämpien maksukaton kertymistä.

Mutta maksukattojärjestelmä ei ole vain vanhusten ongelma: kun palvelun käyttäjä on kovin sairas, hänen mielenkiintonsa ei kohdistu maksuihin tai vastaaviin vaan omaan vointiin ja sen kehittymiseen. Vasta toipumisen myötä ajatukset voivat siirtyä ”maksupalautusten” saamismahdollisuuteen.

Maksujen seuranta varten laadittu asiakasmaksukortti on monen haastatellun mukaan osoittautunut tarpeettomaksi, koska asiakkailta se puuttuu usein. Lisäksi asiakkaat eivät aina halua merkitä siihen kaikkia palvelun käyttötietoja kuten esimerkiksi saamiaan psykiatrian palveluja. Siten kortti ei paljoa auta maksukattoselvittelyissä. Sen sijaan maksukaton ylittämisen jälkeen annettun vapaakortin kerrottiin pysyvän paremmin asiakkaan mukana, joskin senkin sanottiin usein unohtuneen tai kadonneen.

³ Haastattelut osoittivat selvästi, että jotkut yksiköt hoitavat maksukattoasioita suuripiirteisemmin kuin eräät toiset yksiköt. Mutta suuripiirteisemmin maksukattoasioita hoitavissa yksiköissä valitus maksukattoasioiden työllistävyydestä oli pääosin samaa kuin tarkemmin kattoasioita hoitavissa yksiköissä.

Pienehköissä terveystaloksissa maksukaton työllistävyyttä on pyritty vähentämään siten, että osastoavustaja seuraa tilannetta ja nähdessään hoidon pitkittyvän ja maksukattoasian mahdollisesti nousevan esille, omatoimisesti pyytää mahdolliset laskut esimerkiksi sairaalasta.

Maksukattomenettelyn työläydestä kuvaa antanee seuraava esimerkki. Keskiuudessa sairaanhoitopiirissä 3 - 4 henkilön työpanos menee pelkästään maksukattoasioiden käsittelyyn. Koko maan mittakaavassa tämä merkitsisi, että sairaanhoitopiireissä asiakasmaksukattoasioita hoitaa kokopäiväisesti 70 - 80 henkilöä. Maksukaton seuranta ei motivoi maksuasioita hoitavia työntekijöitä sosiaali- ja terveydenhuollon toimipisteissä.

Kun edellä mainitussa sairaanhoitopiirissä myönnettiin vuonna 2002 arviolta tuhat vapaakorttia maksukaton ylittäneille, niin vapaakortin käsittelykustannus pelkästään palkkauskustannukset huomioon ottaen nousee reilusti yli sadan euron. Muista käyntikohteista (sekä kunnista että sairaanhoitopiireistä) saadun informaation perusteella tämä euronäärä oli tyypillinen. Joillakin po. kustannus näyttäisi olevan selvästi tätä suurempi. Maksukattohallinnoinnin rutinoitumisen myötä voi olettaa hallinnoinnin kulujen pienentyvän.

4.3. Sairausvakuutuksen maksukattojen toimivuus

Yleinen arviointi

Asiakkaat tuntevat sairausvakuutuksen maksukatot ja niiden perusteet ainakin suhteellisen hyvin, osin siksi että niillä on pitkä perinne ja osin siksi että esimerkiksi apteekit informoivat lääkkeiden maksukatoista.

Maksukattoasioita varten tarvittavien kuittien saamisessa on ongelmia. Kun veroilmoituksen liitteeksi kerättiin kuitit, kuittien saatavuus oli parempi myös maksukattoasioiden käsittelyssä.

Kansaneläkelaitoksen valtuutetut esittivät vuonna 2002, että Kansaneläkelaitoksen asiakkaiden kannalta hankalasta alkuperäisten kuittien vaatimisesta maksukaton ylittämistä aiheutuviissa lisäkorvausasioissa tulisi pyrkiä luopumaan ja hoitaa asia nykyaikaisella tietotekniikalla eri toimijoiden kuten Kansaneläkelaitoksen, apteekkien ja vakuutusyhtiöiden välistä tietojen siirtoa kehittämällä. Alkuperäiskuittien vaatiminen on valtuutettujen mielestä asiakaspalvelun kannalta epätyytyttävä, sitä arvostellaan ja se saattaa aiheuttaa etujen menetyksiä. Toisaalta kuittien esittämisvaade on ratkaisujen lainmukaisuuden kannalta välttämätön siihen asti, kunnes tietoliikenneyhteydet ovat sillä tasolla, että voidaan muulla tavoin varmistua siitä, ettei julkisin varoin suoriteta perusteettomia korvauksia. (Sosiaalivakuutus 6/2002).

Lääkkeiden korvausjärjestelmän laajuutta ja sisältöä selvittänyt selvitysmies Pauli Ylitalon raporttia koskenut lausuntokierros osoitti, että lausunnon antaneista potilasjärjestöt liki kaikki haluaisivat perhekohtaisen (vuotuisen) katon. Lisäksi eräs potilasjärjestöihin kuulumaton taho esitti lausunnossaan lasten lääkeostojen sijoittamista jommankumman vanhemman vuotuisen kattoon. Nämä kannanotot ovat merkityksellisiä myös siitä näkökulmasta, jos sairausvakuutuksen omavastuille ja kuntasektorin maksuille asetetaan yhteinen maksukatto, jota mahdollisuutta eduskunta on edellyttänyt selvitetävän (ks. luku 1.3.).

Monet haastatellut katsoivat, että asiakkaan tulisi maksaa ”jonkin verran” nykytasaisen vuosikaton täytyttyä. Eräät sanoivat nykymenettelyn antavan myös apteekkeille taloudellisen kannusteen tarjota enemmän lääkkeitä eli taloustieteen tuttu moral hazard -ilmiö (moraalikato) koskee sekä kuluttajia että tarjoajatahoja. Tälle antaa tiettyä tukea havainto, että kattosumman ylityksistä maksettavista sairausvakuutuskorvauksista noin 60 prosenttia on apteekkien asiakkaiden valtakirjalla hakemia.

Selvitysmies Ylitalo ehdotti, että vuosikaton täytyttyä tulisi olla kiinteä ostokertakohtainen omavastuuosuus. Hänen arvionsa mukaan ”se todennäköisesti jossakin määrin hillitsisi muuten kokonaan maksuttomien lääkkeiden perusteetonta hankkimista”. Ylitalon esityksistä annetuissa lausunnoissa tämä ehdotus sai sekä voimakasta tukea että tiukkasanaista kritiikkiä.

Matkakattohallinnointi

Matkakorvaushakemusten käsittelyn yhteydessä tallentuu Kansaneläkelaitoksen tietokantaan tiedot kustannuksista ja korvauksista. Jos asiakas hakee korvausta alle omavastuuosuuden jäävistä kustannuksista, ne tallennetaan vastaavasti kerryttämään vuosiomavastuuta. Vuosiomavastuukertymät tarkistetaan kerran viikossa tietokoneajolla, joka poimii kaikki uudet kattosumman ylittävät vakuutetut sekä tuottaa ilmoituskirjeet ja esitetyt hakemuslomakkeet asiakkaita varten. Selvittämistä edellyttävät tapaukset siirretään toimistojen tarkistettaviksi ja ilmoitettaviksi. Ensimmäisessä matkakattokorvaushakemuksessa asiakas ilmoittaa onko saanut vuosiomavastuuseen sisältyvistä kustannuksista korvausta muun lain perusteella.

Kun Kansaneläkelaitoksen toimisto on hakemuksen perusteella todennut kustannusten tarpeellisuuden ja vuosiomavastuun täyttymisen, tieto katon täyttymisestä kirjataan tietojärjestelmään ja sen perusteella loppuvuoden matkakustannukset voidaan korvata kokonaan. Vastaavasti Kansaneläkelaitoksen kanssa kuljetuspalvelusopimuksen tehnyt palveluntuottaja voi antaa matkan maksutta asiakkaan Kansaneläkelaitoksesta saaman todistuksen perusteella. Menettelytavasta johtuen takautuvia suorituksia, joissa matkasta maksetun korvauksen lisäksi myöhemmin maksetaan erikseen kattokorvausosuus, esiintyy vähän. Korvauksen saaminen edellyttää kuitenkin esittämistä kustannuksista lukuun ottamatta yleisellä kulkuneuvolla tehtyjen matkojen kustannuksia.

Lääkekattohallinnointi ja sen työläys

Apteekit ilmoittavat suorakorvatuista lääkekustannuksista ja -korvauksista Kansaneläkelaitokseen vähintään kerran viikossa. Tiedot saadaan koneellisessa muodossa ja tallennetaan Kansaneläkelaitoksen tietokantaan. Asiakkaan hakiessa korvausta Kansaneläkelaitoksen toimistosta vastaavat tiedot tallentuvat hakemuksen käsittelyn yhteydessä. Vuosiomavastuukertymään ei vaikuta missä järjestyksessä tiedot ostoista saadaan Kansaneläkelaitokseen. Lääkekustannusten vuosiomavastuukertymät tarkistetaan viikoittain tietokoneajolla, joka poimii kaikki uudet kattosumman ja korvauksen maksurajan ylittävät vakuutetut sekä tuottaa ilmoituskirjeet ja esitetyt hakemuslomakkeet asiakasta varten. Selvittämistä vaativat tapaukset siirretään toimistojen tarkistettaviksi ja ilmoitettaviksi (esim. sosiaalilautakunnan maksamat omavastuuosuudet).

Kun Kansaneläkelaitoksen tietojärjestelmästä nähdään, että maksukatto olisi saavutettu, asiakkaalle ilmoitetaan tästä ja pyydetään tuomaan Kansaneläkelaitoksen toimistoon kuitit. Useat asiakkaat ovat ymmärtäneet pyynnön tarkoittavan myös kattorajan saavuttamista edeltäneiden ostojen kuitteja, vaikka kuitit tarvitaan vain niistä ostoista, joista kattokorvausta haetaan.

Ensimmäisen kattokorvaushakemuksen yhteydessä asiakas ilmoittaa, onko saanut vuosiomavastuuseen sisältyvistä kustannuksista korvausta muun lain perusteella. Toisin kuin julkisuudessa usein esitetään, vuosiomavastuukertymään sisältyvistä omavastuuosuuksista asiakkaan ei tarvitse esittää kuitteja. Sen sijaan kustannuksista, joista kattokorvausta haetaan, pitää kuitit esittää. Omavastuukuittien vaatiminen on käytännössä ainoa toimiva keino ehkäistä kaksinkertainen korvaaminen muiden mahdollisten maksajien (vakuutusyhtiöt, kunnat, avustuskassat yms.) kanssa. Kansaneläkelaitoksen toimisto selvittää ensimmäisen hakemuksen yhteydessä koko vuoden lääkekustannusten tarpeellisuuden ennen korvauksen ratkaisemista. Vastaavasti tarpeellisuus, muun lain nojalla saadut korvaukset ja onko henkilö ollut hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa selvitetään myöhempien ostojen osalta aina kunkin hakemuksen käsittelyn yhteydessä. Kunkin korvaussuorituksen yhteydessä lähetetään asiakkaalle uusi, esitänetty hakemus. Koska valtaosa lääkekorvaustiedoista saadaan viikon sisällä lääkeostosta, kattomenettely toimii niin nopeasti, että esimerkiksi kuitteja ehtii tänä väliaikana kadota hyvin vähän.

Lääkekattokorvausten kattokorvauksen käsittely vaatii uuden käsittelykerran Kansaneläkelaitoksessa. Kattorajan ylittävien lääkeostojen maksuttomuus korostaa kustannusten tarpeellisuuden varmistamistarvetta, myös kattosummaan sisältyvien ostojen osalta. Siitä huolimatta, että tietotekniikkaa käytetään hyväksi, tämä yksilölliseen käsittelyyn perustuva osuus muodostaa kokonaisuudessaan suuren työmäärän. Kattokäsittelyille on tunnusomaista yleensä kaksivaiheinen käsittely, mikä sinänsä jo aiheuttaa työtä normaalia enemmän. Mahdolliset muutokset yksilöllisempien tai tulkinnanvaraisuutta sisältävien sääntöjen suuntaan ovat omiaan lisäämään työmäärää huomattavasti. Samalla ymmärrettävyys ja ennakoitavuus asiakkaan kannalta vaikeutuvat.

Osa apteekeista antaa henkilöille, joiden kattokorvausraja on ylittynyt, lääkkeitä maksutta ja hakee kattokorvauksen asiakkaan valtakirjalla Kansaneläkelaitokselta. Käytännössä jo yli puolet kattokorvauksista maksetaan tällä tavalla.

Lisäksi vuosikaton indeksikorotus ei ole vastannut lääkkeiden kustannuskehitystä, vaan omavastuukaton saavuttaa yhä useampi vakuutettu, aikaisempaa nopeammin ja vähemmällä ostoilla (lääkekatosta on tullut neljäs maksuluokka). Tämä on lisännyt kattokäsittelyjen määrää.

Vuosiomavastuun ylittäneiden määrä oli noin 131 000 vuonna 2001 ja 143 000 vuonna 2002, ja määrä kasvaa yhä. Tämä ei vastaa alkuperäistä 1980-luvun puolivälissä ajateltua tarkoitusta, jonka mukaan vuosikaton ylittäneiden määrä järjestelmän toimivuuden kannalta voisi olla noin 40 000 tapausta. Toisaalta noin 15 vuotta sitten lääkkeiden tarjonta oli erilainen kuin nyt. Esimerkiksi huippukalliiden lääkkeiden määrä oli pienempi.

Vuonna 2001 kattorajan ylittäneistä 103 000 (78,5 %) haki lisäkorvausta kattorajan ylittäneistä kustannuksista. Lisäkorvaus jäi liki 29 900:lla alle 600 markan (100 euron).

Merkittävien ja kalliiden lääkkeiden saajilla lisäkorvaus on usein huomattava (vuonna 2002 keskimäärin 1 211 euroa).

Selvitysmiehelle esitettiin, että lääkekattoon pääsevien määrä tulisi saada nykyistä selvästi pienemmäksi ja että tämän kattorajan korotuksen yhteydessä tulisi sopia katon euronäärän sitomisesta johonkin indeksiin, jota kattotapausten määrän kasvu pysyisi paremmin hallinnassa. Vuonna 2001 lääkekaton jälkeinen lisäkorvaus jäi alle 600 markan (100 euron) liki 29 900:lla. Tämä kertoo siitä, että nykyistä kattorajaa tulisi nostaa huomattavasti, jos vuosittaisten kattotapausten määrä halutaan saada em. noin 40 000 tapaukseen.

Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n työssä keskusteltiin lääkekaton porrastamisesta erillisharkinnan perusteella vakuutetun tulojen mukaan. Työryhmä katsoi tuloihin sidotun lääkekaton lisäävän hallinnollista työtä sekä edellyttävän lääkekorvausten ja toimeentulotuen yhteensovittamista tuloloukkutilanteiden välttämiseksi. Lisäksi tarveharkinta olisi kokonaan uusi menettelytapa sairausvakuutuksessa. Harkinnanvarainen tuloporrastus sai työryhmässä vain vähäistä kannatusta.

Varovastikin arvioiden noin 150 000 lääkekattotapauksen määrä aiheuttaa huomattavat miljoonamääräiset hallintokulut, kun – kuten edellä todettiin – Kansaneläkelaitoksen toimistoissa tehdään yksilöllinen tarkistus maksukaton ylittämistilanteissa.

4.4. Mahdollisuudet maksukattojen yhdistämiseen

Halu yhteiseen maksukattoon

Eduskunta edellytti sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muutosesitykseen antamassaan vastauksessa (EV 211/2001, HE 187/2001) muun muassa, että hallitus selvittää erilaiset vaihtoehdot yhtenäisen, kaikki terveydenhoidon menot kattavan asiakkaan maksukyvyyn huomioon ottavan maksukaton aikaansaamiseksi. Tämä antaa tukea arviolle, että asiakkaan maksamilla maksuilla on vuotuinen yläraja myös vastaisuudessa.

Lääkekustannusten, matkakustannusten ja kunnallisten asiakasmaksujen kattojen yhdistäminen on asiakkaan näkökulmasta perusteltua.

Siirtyminen yhteiseen kattoon edellyttänee omaa maksukattolakia.

Lisätiedon tarve yhteisen maksukaton valmistelun taustaksi

Selvitysmiestyössä ei ollut mahdollista tehdä tilastollista analyysiä erilaisten maksukattojen kohtaannosta sosiaali- ja tuloryhmittäin eikä myöskään siitä, kuinka paljon maksukatto ylittyi eri tyyppisissä asiakasryhmissä. Tällaisen erillisselvityksen laadintaan on tarvetta sekä kuntasektorissa että sairausvakuutuksen puolella. Selvitys voisi olla otospohjainen. Tarkastelun kohteena olisi muun muassa, millaiset asiakkaat ovat tulleet maksukaton piiriin, kuinka suurin summin ja millaisten palvelujen aiheuttamien kustannusten vuoksi. Selvitys antaisi maksujen tulonjako- ja muista jakaumavaikutustietojen lisäksi näkemystä kuntasektorin ja sairausvakuutuksen yhteisen maksukaton suuruuden määrittämiseen ja maksukattoratkaisun muotoilemiseen.

Yhteisen maksukaton toteutuksen ongelmia

Yhteisen maksukaton toteuttaminen vaatii periaatteellisten kysymysten sekä monen käytännön ongelman ratkaisemista. Näyttää siltä, että asiakkaan maksamien kuntasektorin maksujen ja asiakkaalle kertyvien omavastuiden seuraaminen sen selvittämiseksi, onko maksukatto täyttynyt, ei ole ainakaan lähivuosina helppo toteuttaa.

Periaatteellisia kysymyksiä tulee ensinnäkin siitä, että yhteisen maksukaton toteutuksessa olisi kyse kahden erilaisen toimijan eli kuntasektorin ja Kansaneläkelaitoksen tietojen yhdistämisestä. Lisäksi omat vaikeutensa aiheutuisi siitä, että nykyisin kuntasektorin katto on osin perhekohtainen ja sairausvakuutuksen katot henkilökohtaisia. Tältä osin tarvittaneen kannanottoja, tulisiko yhteisen maksukaton olla perhekohtainen vai henkilökohtainen.

Asiakkaalle jäävä rahoitusmäärä riippuu sairausvakuutuksen puolella säädellyistä taksoista, omavastuumääristä ja -osuuksista ja kuntapuolella pääosin lailla ja asetuksilla säädellyistä asiakasmaksuista sekä palvelujen kustannuksista.

Käytännön kysymyksistä ensimmäisiä on, mikä taho hallinnoisi maksukaton seurannan ja vapaakorttien jakelun maksukaton täyttymisten jälkeen. Kuten edellä luvussa 4.2. on kerrottu, kuntasektorin sisällä maksukattojen hallinnointi tehdään suurelta osin käsipelin käsittelemällä huomattava määrä erilaisia kuitteja ja lappusia sekä hankkimalla puhelinsoitoin ja muilla tavoilla tietoja maksukaton täyttymisen todentamiseksi. Jos tähän lisätäisiin omavastuita koskevat tiedot, niin miten se tehtäisiin?

Jos asiakkaat toisivat omavastuita koskevat tietonsa kuntasektorin toimipisteisiin (lähinnä terveyskeskuksiin ja sairaaloihin), niin tilanne ajautuisi kaaokseen. Tilannetta ei juuri helpottaisi juuri se, että omavastuita koskevia tietoja saataisiin Kansaneläkelaitokselta. Kuntien, kuntayhtymien ja Kansaneläkelaitoksen välillä ei ole suoria tietoliikenneyhteyksiä.

Haastatelluista pari henkilöä esitti, että Kansaneläkelaitos ottaisi hoitaakseen kunnallisista asiakasmaksuista ja sairausvakuutuksen omavastuista muodostuvan maksukattohallinnoinnin tehtäväkseen. Heidän ajattelunsa lähtee siitä, että koska asiakas jättää lääkemenojaan ja matkakulujaan koskevan informaation Kansaneläkelaitoksen paikalliskonttorille saadakseen osan menoistaan korvatuksi, niin vastaavasti asiakas voisi jättää tositteet maksamistaan kunnallisista maksuista ko. konttoriin yhteisen maksukaton seurantaan varten. Kuten todettu, kuntasektorin ja Kansaneläkelaitoksen välillä ei ole suoria tietoliikenneyhteyksiä, joten informaatiota alkaisi liikkua menneiden vuosikymmenten tyyliin. Tosin ajan myötä mainitut yhteydet voidaan saada aikaan.

Muitakin ongelmatilanteita löytyy. Eräs keskeinen liittyy tietosuojaan eri toimijoiden kesken ja toinen keskeinen asia siihen, miten yhteisen katon ylittävät kustannukset jaetaan eri osapuolten kesken.

Ilmeisesti hyvin vaikeasti ratkaistava ongelma olisi se, minkä osapuolen (lähinnä Kansaneläkelaitoksen, kuntayhtymän vai kunnan) rahoitettavaksi jäisi yhteisen maksukaton ylittävät asiakkaan kulut. Kunnat saattaisivat kokea yhteisen maksukattomenettelyn helposti johtavan siihen, että maksukaton tultua ylitetyksi kunnat joutuvat rahoittamaan maksuvapautukset, vaikka lääke- ja matkakustannukset olisivat pääasiallisin syy niiden

syntyy. Yhtäläilla Kansaneläkelaitos saattaisi olla huolissaan, että maksukaton täytyttyä kuntapuolen palvelujen käytön takia se loisi kasvupaineen sairausvakuutuskorvausmenoihin.

Lisäksi tehtyjä maksukattopäätöksiä jouduttaisiin usein muuttamaan ja korjaamaan kuten tähän asti noudatetuissa maksukattoratkaisuissa. Tarkistustilanteissa voisi olla epäselvää se, kenellä on oikeus tehdä muutoksia aiemmin päätettyihin maksukattopäätöksiin ja niiden perusteena oleviin omavastuu- ja maksutietoihin. Tilanne voi olla esimerkiksi se, että Kansaneläkelaitos on korvannut asiakkaan lääkemenoja. Pian tämän jälkeen asiakas maksaa sairaala- ja terveystieteiden hoitojen asiakasmaksuja lääkeostojen aikaisemmalla ajalla niin paljon, että yhteinen kattoraja ylittyy. Se johtaisi helposti siihen, että Kansaneläkelaitoksen aiempia korvauspäätöksiä pitäisi muuttaa. Hallintokulujen voi olettaa kasvavan kohtuuttoman suuriksi. Vaihtoehtona voisi olla, että maksukattopäätöksiä tehtäisiin siinä järjestyksessä kuin tieto asiakkaalle asetetuista maksuista on tullut päättäjän tietoon eikä sen mukaan missä aikajärjestyksessä asiakkaalle on asetettu maksuja.

Hallinnollisia kuluja voisi lisätä todennäköisesti se, että yhteisen katon tilanteessa vuosikatot täytyisivät todennäköisesti aiempaa aiemmin kalenterivuoden aikana (riippuen tietenkin yhteisen maksukaton suuruudesta).

Yhtäkaikki asiakkaalle koituvien maksujen ja omavastuiden seuranta nykyisen erityisesti kuntasektorilla käytössä olevien tietoteknisten ratkaisujen vallitessa olisi hyvin hankalaa ja aiheuttaisi huomattavia hallintokuluja. Ainakin ensi vaiheessa perustellumpaa olisi sen selvittäminen, missä määrin erillisiä maksukattoja voitaisiin selkeyttää ja yhdistää erikseen kuntasektorin maksuissa ja erikseen sairausvakuutuskorvauksissa.

Tämän selvittelyn rinnalla tulisi kuntasektorilla lähteä rakentamaan tietotekniset ratkaisut reaaliaikaiseen tietojen siirtoon kunnallisten toimijoiden kesken sekä Kansaneläkelaitokseen. Kuntasektorin tietoteknologiaan panostaminen on välttämätöntä jo pelkäämään nykyisen kuntasektorin maksukaton kohtuuttoman hallinnointityön ja sekavuuden vähentämiseksi.

Reaaliaikaisten tietojärjestelmien välttämättömyys

Niin kauan kuin maksujen ja omavastuiden yhteisiä maksukattotietoja ei voida hoitaa liki sataprosenttisesti paperittomasti ja eri toimijoiden yhteensopivilla reaaliaikaisilla tietojärjestelmillä, ei ole tarkoituksenmukaista määrittää yhteistä maksukattoa kuntasektorin asiakasmaksuille ja sairausvakuutuksen omavastuille. Reaaliaikaisten ratkaisujen käyttöönoton jälkeen olisivat edellä kuvatut ongelmat pienempiä ja helpommin hallittavia.

Kehittyvä tietotekniikka ja tietoliikenneyhteydet mahdollistavat nykyisin aikaisempaa paremmin ja myös taloudellisemmin palvelujen käytön ja niistä perittävien maksujen hallinnoinnin. Reaaliaikainen tietojensiirto eri toimijoiden kesken vaatii aluksi panostusta ja ratkaisujen rahoittamista, mutta tekee mahdolliseksi hallinnointikulujen selvän pienentymisen ja maksujen nettotuoton kasvamisen sekä antaa eri tason päättäjille sekä asiakkaille selvästi nykyistä ajantasaisempaa, kokonaisvaltaisempaa ja parempaa kuvaa maksujen ja omavastuiden kohtaannosta ja kertymistä. Lisäksi menettely mahdollistaisi, jos niin haluttaisiin, käytöstä perittävien asiakasmaksujen määrittelyn yksittäisiä suori-

tekohtaisia maksuja suurempina kokonaisuuksina. Nokia-Suomessa kuntasektorin on kyettävä vihdoin uuden vuosituhannen ratkaisuihin.

Korttivaihtoehdot

Eräiden haastateltujen mukaan asiakasmaksukortti voitaisiin rakentaa esimerkiksi kauppojen bonuskorttien mallien mukaan. Maksujen ja maksukaton seuranta varten asiakkaalle voitaisiin antaa kortti. Korttiin voitaisiin liittää asiakaskohtainen tunnusluku pankkikortin tavoin. Kortti olisi avain tietopankkiin. Kortista perittäisiin kertamaksu.

Asiakkaalta kysyttäisiin lupa siihen, että kortilla voidaan seurata hänen maksujensa tilannetta ja maksukaton kertymistä. Asiakkaalla tulee olla oikeus peruttaa suostumuksensa milloin vain halutessaan sekä oikeus ilmoittaa yksittäisen palvelun käyttötilanteesta, että kyseisestä palvelusta perittävää maksua ei merkitä kortilla seurattaviin tietoihin. Jos asiakas ei halua siirtyä kortin käyttäjäksi, hänen tulisi sitoutua itse esittämään maksukuitit maksukaton seuraamiseen.

Kortin avulla asiakas voisi katsoa hänelle kertyneet maksuvelvoitteet suunnilleen samalla tapaa kuin pankkikortin omaava voi tarkastella tilinsä tapahtumia pankkiautomaatin välityksellä. Tämä edellyttäisi investointeja (esim. kortin lukulaitteiden laittamista Kansaneläkelaitoksen ja kunnallisten palvelun tuottajien yksiköihin sekä korttien toimittamista ja jakelua).

Erillisen asiakasmaksukortin sijasta on ajateltavissa se, että mahdollisesti tulevaan yhteiseen asiointikorttiin sisällytetään myös ”asiakasmaksusiivu”. Asiointikorttia on tarkoitus voida käyttää kaikissa viranomaisten sähköisissä palveluissa. Uuden sähköisen asiointikortin omakustannushinnaksi on arvioitu noin 40 euroa.

Palvelujärjestelmän eri toimipaikoilla olisi erilaiset oikeudet siihen, mitä kukin toimipaikka tai sen edustaja voisi kortista katsoa, oli kortti pelkkä asiakasmaksukortti tai asiointikortti. Lisäksi toimipaikalla tulisi voida ajantasaistaa kortin tietoja esimerkiksi silloin, kun maksukaton kattavuudessa tehdään muutoksia. Toimipaikoille tarvittaisiin sekä lukija- että syöttölaitteet.

Kortti on huono ainoana maksujen seurantavälineenä muun muassa siksi, että se ei ole maksutilanteessa aina käytettävissä jälkikäteisen laskutusmenettelyn, kortin unohtamisen tai katoamisen vuoksi. Katon seurantavastuun jättäminen kortin ja usein muutenkin asioidensa hoitamisessa apua tarvitsevan asiakkaan varaan olisi asiakkaan kannalta kohutonta.

Tietotekniikkaan perustuva kortti, johon asiakkaan maksamat maksut ja asiakkaalle jäävät omavastuut merkittäisiin, olisi asiakkaiden rahoitusosuuksien seurannassa vähämerkityksellinen sekä yksittäisten asiakkaiden että kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kannalta.

Useat haastatellut kallistuivat lähinnä käytännön toimivuus -argumentin perusteella kortittoman vaihtoehdon puolelle. Lisäksi he katsoivat, että asiakkaan henkilötunnus riittäisi asiakasmaksukertymätiedon katsomiseen.

Yhteisen rekisterin tarve

Yhteisen maksukaton seuranta ja toteutusta varten tarvittaisiin joka tapauksessa rekisteri, johon maksuja ja omavastuita koskevat tiedot kerättäisiin ja jossa ne säilytettäisiin. Moni haastateltu arvioi, että keskitetty rekisteri riittäisi ja että erillistä maksukorttia ei tarvittaisi. Haluttaessa voitaisiin selvittää kortin käyttämistä maksukattoasioissa. Kortti ei kuitenkaan poista yhteisen rekisterin tarvetta.

Haastattelujen yhteydessä pohdittiin sitä, olisiko rekisteri sairaanhoitopiiritasoinen vai koko maata koskeva. Halvin ja palveluiltaan kustannustehokkain maksukaton tietokanta on valtakunnallisesti keskitetty. Hajauttaminen asiakkaiden kotisairaanhoitopiireihin tai jopa kotikuntaan turvaisi keskitettyä paremmin yksityisyyden suojaa, mutta aiheuttaisi esimerkiksi sairaanhoitopiirin rajat ylittävään tiedon kulkuun tarpeetonta monimutkaisuutta.

On syytä korostaa, että yhteisen rekisterin tekninen laadinta ei ratkaise niitä monia periaatteellisia ja muita haasteita, joita käsiteltiin edellä Yhteisen maksukaton toteutuksen ongelmia -otsakkeen alla.

Yhteisen rekisterin hoitajakysymys

Usea henkilö esitti, että Kansaneläkelaitos voisi hoitaa yhteisen maksukaton toteutukseen kuuluvan yhteisen rekisterin. Tämän rekisterin tulisi perustua uuteen tietoteknologian hyödyntämiseen mahdollisimman paljon ja toimia lähtökohtaisesti reaaliaikaisesti.

Tosin muutama kuntasektorin edustaja katsoi, että asiakkaiden tulisi voida viedä Kansaneläkelaitoksen konttoriin myös kunnallisen järjestelmän maksuja koskevat kuittinsa. Tällaista menettelyä ei voida nykyoloissa pitää asianmukaisena. Tietoteknologiaa hyödyntämätön yhteisen maksukaton hallinnointi pahentaisi kohtuuttomasti maksukattojen hallinnoinnin nykyistä tuskaa.

Keskusteluissa pohdittiin myös sitä, mikä muu kuin Kansaneläkelaitos voisi hoitaa keskitetyn rekisterin. Eräät toivat esille Verohallituksen. Asiakasmaksujen ja omavastuiden maksukaton kytkentä verotukseen koettiin kuitenkin liki poikkeuksetta negatiivisena. Verottajalla ei ole mahdollisuuksia korjata virheellisiä maksukattoratkaisuja. Lisäksi sanottiin verottajakytkennän johtavan helposti verovähennyskeskusteluun sekä haluan katsoa käytetty palvelu ”saavutetuksi etuudeksi”, jota voitaisiin verottaa.

Esille nousi sekin, että yhteisen maksukaton hoitaminen annettaisiin jollekin yritykselle. Tätä vaihtoehtoa vastaan tuotiin esille muutamia argumentteja. Maksukattohallinnointi on paitsi teknistä työtä myös viranomaistoimintaa. Tällaisen yrityksen olisi hyvin vaikea oikoa virheellisiä maksukattoratkaisuja (substanssietämysten kapeus, juridisen vastuun ongelma, jne.). Lisäksi maksukattoasioihin liittyy siinä määrin yhteiskunnallisia ja muita intressejä, että täytyy olla erityisen huomattava varmuus asioiden hoidon jatkuvuudesta.

Selvityshenkilö katsoo, että tulisi lähteä selvittämään sitä, että Kansaneläkelaitos voisi toimia kuntasektorin ja sairausvakuutuksen osalta yhteisen maksukaton hallinnoijana ja sen edellyttämän rekisterin hoitajana.

Kansaneläkelaitos yhteisen rekisterin hoitajana: suuntaviivoja

Keskitettyyn rekisteriin tulisi ottaa sairausvakuutuksen omavastuut sekä kuntasektorin maksutiedot sellaisina kuin ne asetettu maksettaviksi. Rekisteriin ei ole tarkoituksenmukaista saada maksuista niiden maksamistietoja. Palvelujen tuottajien ja kuntien asia on erikseen seurata ja huolehtia siitä, missä määrin asiakkaat maksavat heille asetettuja maksuja.

Sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimipisteet tallentaisivat tiedot asiakkaiden maksettaviksi asetetuista maksuista yhteiseen ajantasarekisteriin. Asioiden toimivuuden takia on perusteltua määrittää, missä ajassa laskun antamisen jälkeen toimipisteiden on tallennettava tieto maksusta (esim. yhden viikon kuluessa).

Sairausvakuutuksen omavastuiden osalta tiedot tuottaisi Kansaneläkelaitos. Nykyisen lainsäädännön mukaan asiakas voi toimittaa sairausvakuutuksen korvaushakemuksen Kansaneläkelaitoksen toimistoon puolen vuoden kuluessa siitä kun oikeus mainittuun korvaukseen on syntynyt. Tosin käytännössä hyvin harva jättää hakemuksensa vasta tämän määräajan lopulla. Valtaosa korvaushakemuksista tulee toimistoihin muutamassa viikossa.

Jotta maksukattohallinnoinnissa takautuvien päätösten määrä voitaisiin pitää pienenä, tätä puolen vuoden aikaa tulisi voida lyhentää. Jos tiedot maksuista saadaan hitaasti yhteiseen rekisteriin, niin saatetaan ehtiä tehdä maksukattopäätös, jota uuden informaation takia jouduttaisiin korjaamaan (ajallisesti aientamaan) ja pyytämään esimerkiksi kunnallisia tuottajia palauttamaan jo perittyjä maksuja asiakkaalle.

Tietokannan päivittämisen tulisi olla mahdollista erilaisin ratkaisuin web-lomakkeesta aina sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden sekä Kansaneläkelaitoksen omien järjestelmien suorasta liitännästä tietokantaan.

Siirryttäessä reaaliaikaiseen malliin tulee huolehtia tietosuojasta riittävästi. Lähtökohdaksi voi ottaa sen, että asiakas on itseään koskevien tietojen haltija.

Kun asiakas kontaktoi palvelujärjestelmää ensimmäisen kerran uuden järjestelmän käynnistyttyä häneltä pyydettäisiin lupa häntä koskevien maksutietojen yhdistelyyn eri tuottajien kesken. Hänellä olisi oikeus perua antamansa lupa. Tällöin häntä velotettaisiin saaduista palveluista paperilaskutuksena ja maksukaton seurannasta voitaisiin periä erillinen maksu. Lisäksi tulisi mahdollistaa se, että asiakas voisi, vaikka hän olisi antanut luvan tietojen yhdistelyyn, ilmoittaa yksittäisen toimenpiteen tai hoidon osalta, että hänen maksamaansa maksua ei merkitä maksukattoa koskevaan tietojärjestelmään. Tällaisessa menettelyssä saattaisi käytännön toimivuuden kannalta olla perusteltua rajata asiakkaan luparatkaisun muuttamismahdollisuus esimerkiksi enintään yhdeksi kerraksi vuoden aikana.

Vaihtoehtoisesti voitaisiin lähteä siitä, että lainsäädäntö mahdollistaisi maksukattomäärittelyyn ja seurantaan tarvittavien tietojen yhdistelyn. Erikseen voitaisiin selvittää, missä tilanteissa asiakas voisi ilmoittaa, että hänen maksutietojaan ei rekisteröidä maksukattoasioita varten.

Nykyaikaisessa avoimuuteen ja asiakaslähtöisyyteen pyrkivässä sosiaali- ja terveydenhuollossa tulisi mahdollistaa se, että asiakas voisi tarkistaa itsekin, paljonko hänelle on jonain ajankohtana kertynyt asiakasmaksuja ja omavastuita. Tähän on rakennettavissa erilaisia ratkaisuja. Yksi vaihtoehto olisi kirjoittaa laskuun näkyviin, paljonko ao. vuonna on maksuja ja omavastuita maksettu ennen ko. laskua.

Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön oikeudeksi käyttää yhteisen rekisterin tietoja riittänee mahdollisuus saada tieto siitä, onko jollakin henkilöllä maksukatto ylittynyt vai ei.

Tietokannasta tulisi lähettää automaattisesti päätös asiakkaalle maksukaton täyttymisestä. Tämä voisi tapahtua esimerkiksi kirjeenä, sähköpostina tai tekstiviestinä. Päätöksen voisi lähettää Kansaneläkelaitos. Toimivuuden kannalta on tärkeitä, että maksukattopäätöksiä ei tehdä luotavan järjestelmän ulkopuolella.

Tietokantaa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon muut tähän liittyvät tietoteknologiahankkeet ja varmistaa tarpeellinen koordinaatio. Suunnittelussa voidaan ottaa huomioon ja hyödyntää myös sähköisen lääkemääräyksen kehittämishankkeen periaatteet ja kokemukset. Sähköisellä lääkemääräyksellä tarkoitetaan lääkärin tietojärjestelmästä apteekin tietojärjestelmään sähköisessä muodossa välitettävää lääkemääräystä.

Erikseen joudutaan selvittämään, kuinka kauan tietokannan tietoja joudutaan säilyttämään kalenterivuoden jälkeen. Yksi huomioon otettava tekijä on asiakkaiden valitusoikeyden turvaaminen maksukattopäätöksistä.

Tietokannan toteuttamisen kustannukset tulisi jakaa valtion, Kansaneläkelaitoksen sekä kuntien kesken. Tietokannan ylläpidosta aiheutuvat kustannukset tulisi puolestaan jakaa kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kesken.

Yhteiseen maksukattoon siirryttäessä tulee sopia etukäteen selkeät pelisäännöt siitä, miten maksukaton ylittävien kustannuserien rahoitusvastuu jaetaan hallinnollisesti halvalla ja eri osapuolten (Kansaneläkelaitoksen ja kunnallisten toimijoiden) kannalta tasapuolisesti.

Selvitysmies ei saanut juurikaan esityksiä siitä, minkä suuruinen yhteisen maksukaton tulisi olla. Sen suuruutta ei näytetä erityisemmin pohditun millään taholla. Kun laskeaan yhteen tämän vuoden tiedoin kuntapuolen asiakasmaksukatto (590 euroa), matkojen katto (157,26 euroa) ja lääkkeiden katto (601,15 euroa), päädytään noin 1 368,41 euroon. Hyvin harvat ovat kuitenkin ”jokaisessa katossa”. Yhteisen katon euromäärän määrittelyyn vaikuttaa (ja ilmeisesti samalla määrittelyä vaikeuttaa) se, että maassamme kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuollon kokonaismenoista on OECD-maiden suurimpia.

Samalla kun käydään kiinni yhteisen maksukaton toteutuksen teknisiin haasteisiin ja aiemmin mainittuihin muihin maksukaton toteutuksen ongelmiin, tulisi ottaa keskusteluun yhteisen maksukaton suuruus. Selvitettäviin asioihin kuuluu myös periaatekannanoton muodostaminen siitä, miten yhteisen maksukaton reaaliarvoa seurataan ja muutetaan vuosittain. Toimivuuden ja selkeyden kannalta olisi tarkoituksenmukaisempaa sopia vuosittaisen tarkistuksen periaatteista kuin jättää maksukaton arvo useiksi vuosiksi ennalleen, jonka jälkeen ollaan helposti patoutuneessa ja vaikeasti hallittavassa tilanteessa.

Lisäksi selvittäessä yhteisen maksukaton suuruutta on perusteltua ottaa huomioon, että maksukatoilla saattaa olla heijastusvaikutuksia eläkkeensaajien hoitotukeen, lapsen hoitotukeen ja vammaistukeen, joilla korvataan jatkuvia sairaanhoidon erityiskustannuksia.

Edellä hahmoteltu yhteisen reaaliaikaisen maksukattorekisterin laadinta ei onnistu kädenkäänteessä. Sen toteuttamiseen liittyy monia haasteita ja ongelmia, joista osa on jo edellä käsitelty. Niiden ratkaiseminen sinällään, tarvittavien tietoteknologiaratkaisujen aikaansaaminen ja muiden rekisterin laadintaan liittyvien asioiden selvittäminen ja hoitaminen vievät aikaa. Keskustelujen perusteella voi kuitenkin arvioida, että ratkaisu voitaisiin toteuttaa aikaisintaan vuoden 2007 alussa. Häätäistä kiirehtimistä tärkeämpää on saada toimiva järjestelmä.

Jos asiassa halutaan edetä kaksivaiheisesti, niin mahdollista voisi olla, että aiemmin esimerkiksi vuodesta 2005 lähtien kunnalliset tuottajat velvoitettaisiin säännöllisin, suhteellisen lyhyin väliajoin toimittamaan sähköisessä muodossa tiedot maksettaviksi asetetuista asiakasmaksuista Kansaneläkelaitoksen toimistoihin, josta ne siirrettäisiin Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään rekisteriin. Tällainen järjestelmä ei olisi reaaliaikainen, mutta vaatimukset kuntien tietoteknologiainvestoinneille olisivat pienemmät kuin edellä hahmotellussa reaaliaikaisessa mallissa. Reaaliaikaiseen malliin tulisi pyrkiä vuoden 2007 alusta lukien.

Aikataulu, jolla uusi tietoteknologia asiakasmaksujen hallinnassa voidaan ottaa käyttöön, riippuu huomattavasti terveydenhuollon alueellisten tietojärjestelmien kehityksestä ja yleensä tietoturvallisen sähköisen asioinnin kehittymisnopeudesta julkishallinnossa. Mikäli tämän kehityksen ongelmakohdat saadaan lähiaikoina ratkaistua, yhteisen tietokannan pystyttämiseksi ei ole esteitä edellä mainitussa aikataulussa.

5. Maksujen hallinnointi

Maksujen hallinnointikulut voivat vähentää maksujen nettotuottoa oleellisesti. Mitä enemmän maksut räätälöidään asiakkaiden erityistarpeiden, olosuhteiden ja maksukykyyn mukaan, sitä suuremmiksi tulevat hallinnointikulut.

Maksujen hallinnointi on muodostunut selvästi suuremmaksi ongelmaksi kuin mitä nähtiin esimerkiksi vuoden 1993 maksutoimikunnassa tai sen jälkeisissä maksuratkaisuissa. Hallinnoinnin ongelmat ja kustannukset on alettu tiedostaa vasta aivan viime vuosina.

Maksukattoihin liittyviä hallinnointikysymyksiä on tarkasteltu erikseen luvussa 4.

5.1. Kuntasektori

Asiakasmaksujen hallinnoinnin kuluja syntyy monista eri syistä. Aluksi syntyy kuluja maksujen määräämisestä ja siihen tarvittavien tietojen hankinnasta. Laskujen laadinnan ja niiden asiakkaille antamisen tai toimittamisen lisäksi kuluja aiheuttavat laskujen maksamisen seuranta, maksukehotukset ja joustaminen maksuvaikeuksissa sekä maksusaatavien hallinnointi. On myös muita maksujen hallinnoinnin kulutekijöitä kuten esimerkiksi asiakkaiden tiedustelut ja valitukset maksuista.

Tietojen saanti laskun määrittelyyn

Tietojen hankinta tuloperusteisten maksujen määrittelyä varten nostaa hallintokuluja. Toisaalta tuloperusteiset maksut tuottavat yleensä eniten maksutuloja kuten luvussa 1.1. todettiin. Moni sanoi yrittäjien tulojen saamisessa olevan ongelmia ja tulojen määrittelyvaikeuksia. Lisäksi lyhytkestoisten määräaikaisten työsuhteiden runsaus aiheuttaa lisäselvittelyä laskutuksessa sekä hoitopaikan järjestelyissä.

Tiedot tuloperusteisten maksujen määrittämiseen saadaan usein tipoittain ja hankalasti. Noin 260 kunnalla ja kuntayhtymällä on sopimus Kansaneläkelaitoksen kanssa. Sopimuksen tehneet saavat Kansaneläkelaitokselta kansaneläkkeitä koskevat tiedot. Työeläkkeitä koskevia tietoja on kysytty erikseen asianomaisista työeläkelaitoksista, mikä on koettu työllistävänä. Lisäksi korkotuloista sanottiin olevan vaikea saada tietoa.

Lokakuun 2002 alussa voimaan tulleet uudet tietosuojasäännökset mahdollistavat periaatteessa sen, että Kansaneläkelaitos voisi luovuttaa kunnille ja kuntayhtymille myös työeläketietoja, mitä useat kunnat ovat toivoneet. Asian toteuttamisesta ei oltu tehty varsinaisia päätöksiä helmikuun 2003 loppuun mennessä.

Sinällään tietojen saannissa ei pitäisi olla juridisia ongelmia, koska – kuten luvussa 2.1. todettiin – vuoden 1999 alusta tuli voimaan asiakasmaksulain muutos (14a §), jossa mahdollistettiin viranomaisten tiedonsaantioikeus asiakasmaksun määrittämistä varten. Tietojen saantivaikeudet ovat siten lähinnä teknologia- ja muista syistä aiheutuvia.

Maksujen hallinnoinnin arkea

Maksujen määrittämisen perusteeksi tarvittavien tietojen hankintavaikeuksien lisäksi on koko joukko maksujen hallintointiin liittyviä asioita, joka voivat aiheuttaa ajoittain melkoisiaakin kustannuksia ja hankaluuksia. Maksujen hallinnointikuluja nostavat asiakkaiden tai heidän omaistensa kyselyt soittoina ja muina kontakteina: maksujen perusteita tiedustellaan ja niiden kertomiseen kuluu aikaa. Hallinnointikuluja aiheuttavat myös maksupäätöksiin eri syistä tehtävät oikaisut.

Parissa käyntikohteessa ongelmia sanottiin syntyvän siitä, että joudutaan selvittämään kuka on maksuvelvollinen (vakuutusyhtiö, kunta, valtio, jne.).

Jossain määrin yllättävää on se monellakin paikkakunnalla esille tullut asia, että osa asiakkaiden kyselyistä aiheutuu pelkästään laskujen vaikeasta luettavuudesta. Moni haastateltu totesi, että laskutuslomakkeiden ulkoasua ja selkeyttä lisäämällä voitaisiin epäselvyyksiä välttää. Asian korjaamisen esteenä ovat ainakin eräissä työpisteissä vanhat laskentaohjelmat.

Maksujen hallinnoinnin ongelmia tuntuu syntyvän myös organisaatioiden sisäisistä tietokatkoista. Esimerkiksi sairaalassa asiakkaan kulkeminen eri pisteissä (poliklinikka, laboratorio jne.) johtaa jonkin verran tarpeettomiin laskutuksiin tai laskuttamattomuuteen. Näitä ratkaisuja korjaillaan sitten, useinkin asiakkaiden valitusten perusteella. Lisäksi selvitysmiehelle valitettiin, että laskutusyhteistyön toteutuminen on vaikeaa perusterveydenhuollon eri osien kesken.

Lasten päivähoidon osalta eräät valittivat sitä, että on vanhempia, jotka ottavat pitkien kesälomiensa alkaessa lapsensa pois kunnallisesta päivähoidosta ja siirtyvät kunnallisen

kotihoidon tuen käyttäjiksi. Perheen tulojen kannalta menettelyä ymmärrettiin jossain määrin, mutta ei kunnan näkökulmasta. Kunta menettää maksutuloja, maksaa lasten kotihoidon tukea aiempaa enemmän ja lisäksi muutokset aiheuttavat hallintokuluja.

Kotihoidossa maksujen perusteena oleva palvelusuunnitelmaa joudutaan vuoden mittaan useinkin muuttamaan, koska yhä heikompiuntoisia on avohoidossa. Toistuvat muutokset työllistävät, joskin eräät muistuttivat, että palvelusuunnitelman tehtävä on määrittää annettava hoito ja että maksutuoton kehitys on tässä yhteydessä toissijainen.

Myös hammashoidon maksujen hallinnoinnin työllistävyys tuotiin esille.

Palvelusetelien sanottiin tuottavan paljon työtä maksatuksesta vastaaville ja nostavan hallinnollisia kuluja. Lisäksi mainittiin setelien käytön painottuvan loppuvuoteen, mistä aiheutuu omia ongelmia.

Suurin osa maksetaan mutta saamattakin jää

Alle 100 000 asukkaan väestöpohjan sairaalassa suurin osa maksamattomista laskuista koskee 22 euron poliklinikkamaksuja. Kappalemääräisesti saatavia on paljon. Keväällä 2002 kerättyjen tietojen mukaan laskuja lähti kuukaudessa noin 3 000 kappaletta. Hieman yli 80 prosenttia maksoi laskunsa viiveettä. Muistutuskirjeitä jouduttiin laittamaan noin 520 (17 %), ja perintätoimistolle siirtyi noin 180 (6 %) laskua. Niistä ulosottoon päätyi runsas 80.

Väestöpohjaltaan edellistä sairaalaa kaksi kertaa suuremmissa keskussairaalassa vuoden 2002 kahden eri kuukauden tiedoista voi päätellä noin 80 prosentin maksaneen laskunsa normaalisti (78 % maksujen euromäärästä). Maksukehotuksia saaneista maksun maksoi noin 60 prosenttia (52 % kehotusten euromäärästä). Maksukehotusten määrä oli reilu 650 kuukautta kohden, keskimäärin 44 euroa. Ulosottoon päätyi laskutetuista tapauksista kuusi prosenttia (keskimääräinen lasku 47 euroa).

Tätä sairaalaa jonkin verran suuremmissa sairaalassa vuonna 2001 laskuista (noin 111 000 laskua) maksettiin karhuamatta 82 prosenttia. Kahden karhuamiskerran jälkeen maksaneita oli noin 90 prosenttia (maksutuloista 91 %). Ulosottoon laitettiin laskuista 2,3 prosenttia ja niistä vajaaseen puoleen saatiin maksu. Laskujen suuruus oli keskimäärin 60 euroa, ulosottoon lähteneissä laskuissa 57 euroa ja ulosoton avulla saaduissa laskuissa 44 euroa.

Syyskuussa 2002 terveyskeskuslaskujen yhteismäärä alle 10 000 asukkaan väestöpohjalla toimivassa terveyskeskuksessa oli vajaa 1 400 laskua. Käteisellä tai 14 vuorokauden kuluessa valtaosa (78 %) maksoi laskun. Maksua jouduttiin karhuamaan 22 prosentissa laskujen yhteismäärästä. Karhutuista kaksikolmasosaa maksoi maksun. Perintätoimistolle jouduttiin lähettämään hieman yli seitsemän prosenttia laskujen yhteismäärästä.

Näiden terveydenhuollosta otettujen esimerkkien mukaan hieman yli 90 prosentilta saatiin maksu. Lasten päivähoidossa kerrottiin alemmista osuuksista.

Asiakasmaksulain mukaan määrätyt maksut saadaan ulosottaa ilman tuomiota tai päätöstä siinä järjestyksessä kuin verojen ja maksujen perimisestä ulosottotoimiin säädetään. Ulosottoon menee lukumääräisesti paljon laskuja. Niiden keskimääräinen suuruus

näyttää olevan varsin pieni. Ulosoton avulla saadaan vain osa, useimmiten pieni osa maksuista. Lisäksi ulosotot koskevat monesti perheitä ja yksinasuvia, joilla jo muutenkin on runsaasti sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista jää maksusaatavia melkoisen paljon. Tästä esimerkkinä voi mainita sairaanhoitopiirin, jossa viime vuonna maksusaatavien määrä oli 11 prosenttia suhteessa samana vuonna saatujen maksutulojen määrään. Maksusaatavia ”kerätään” jokunen vuosi ja välillä niitä poistetaan hallinnollisin päätöksin.

Muutamat haastatellut totesivat iäkkäiden henkilöiden pyrkivän yleensä sääntillisesti maksamaan maksunsa. Lisäksi eräät mainitsivat aivan viime aikoina nuorten maksuhäiriöiden nousseen. Syyksi tähän arveltiin sitä, että lukuvuodesta 2002-2003 lukien opintolainan valtioneuvoston päätöksestä ei myönnetä, jos opiskelijalla on luottotietorekisteriin merkitty maksuhäiriö. Lainatakaus voidaan kuitenkin myöntää, jos velka on maksettu tai jos takauksen myöntämiselle on muuten erityisiä syitä.

Maksuvaikeuksissa olevat

Haastatteluissa todettiin usein se, että kun asiakas pyytää lisää maksuaikaa, niin pääsääntöisesti sitä annetaan. Lisäksi yleistä tuntui olevan se, että pyydettyä maksun voi maksaa myös osasuorituksina. Näiden joustojen sanottiin olevan halvempaa kuin ryhtyä heti maksukehotus- ja muihin menettelyihin. Hammashuollossa sanottiin olevan yleisimmässä pidemmän maksuajan myöntäminen (esim. proteesien hankinta).

Kuten luvussa 2.2. todettiin, asiakasmaksulain 11 § mahdollistaa palveluista perittävän maksun alentamisen tai poistamisen, jos henkilön elatusvelvollisuus, toimeentuloedellytykset tai huollolliset näkökohdat huomioon ottaen siihen on syytä. Osassa kuntia näin on menetelty.

Vuoden 2003 alussa tuli voimaan laki sosiaalisesta luototuksesta (1133/2002). Sosiaalinen luototus on sosiaalihuoltoon kuuluvaa luotonantoa, jonka tarkoituksena on ehkäistä taloudellista syrjäytymistä ja ylivelkaantumista sekä edistää henkilön ja perheen itsenäistä suoriutumista. Sosiaalinen luototus on kunnalle laissa säädetty vapaaehtoinen tehtävä. Kunta voi järjestää sosiaalista luototusta siinä laajuudessa, mitä paikalliset tarpeet edellyttävät. Sosiaalinen luotto voidaan myöntää perustellusta syystä henkilölle, jolla ei pienituloisuutensa ja vähävaraisuutensa vuoksi ole muulla tavalla mahdollisuutta saada kohtuuehtoista luottoa ja jolla on kyky suoriutua luoton takaisinmaksusta. Ennen sosiaalisen luoton myöntämistä tulee selvittää hakijan oikeus saada toimeentulotukea. Henkilön oikeutta saada toimeentulotukea tai tuen määrää ei voi pienentää sen vuoksi, että hänellä olisi mahdollisuus saada sosiaalinen luotto.

Sosiaalista luottoa voidaan myöntää esimerkiksi talouden hallintaan saattamiseen, velkakierroksen katkaisemiseen, kodinhankintoihin, kuntoutumisen ja työllistymisen edistämiseen, asumisen turvaamiseen, sosiaalisen kriisin ylittämiseen tai muuhun hakijan itsenäiseen selviytymiseen vaikuttavaan asiaan. Kunta voi myöntää sosiaalisen luoton henkilölle tai perheelle myös ulosottomenojen hoitamiseen, jolloin takaisinmaksun kohtuullistamisella luotonsaajan taloudelliset ongelmat voidaan saada hallintaan. Näin kunta voi saada takaisin myös kunnallisia maksuja tai muita saataviaan, jotka ovat ulosotossa luotonsaajan velkoina. Kunnan tulee ottaa huomioon asiakasmaksulain (7347/1999)

11 §:n säädös maksun perimättä jättämisestä tai alentamisesta ennen, kun se myöntää sosiaalisen luoton kunnallisten maksujen saneeraamiseen.

Laskutus ei ole kustannuksetonta

Eräät haastatellut esittivät osin tehtyihin selvityksiin perustuvia arvioita siitä, paljonko ”tavanomaisen” laskun hallinnointi kuntasektorilla maksaa. Arviot olivat useimmiten 8 - 12 euroa.⁴ Sosiaali- ja terveystalveissa monet laskut eivät ole tavanomaisia.

Maksujen hallinnoinnin kuluja aiheuttavat muun muassa maksujen postittamiset, maksujen maksamisen seuranta, maksujen karhuamiset sekä luvussa 4.2. kuvatut maksukat-tokäytäntöön liittyvät selvittelyt ja käytännöt. Osassa tapauksia mennään ulosottoon as-ti.

Haastatelluilta tuli arvioita siitä, että etenkin terveyskeskusten lääkäriissäkäyntimaksun tuotto voi jäädä negatiiviseksi, kun otetaan huomioon maksujen hallinnoinnin kulut. Hallinnollisesti halvempaa on periä 22 euron vuosimaksu kuin yksittäisten maksujen periminen.

Laskutusta ulkoistetaan

Keskustelut viittaavat siihen, että kuntasektorissa on parin viime vuoden aikana siirretty eräntyneiden maksujen karhuaminen yksityisille perintätoimistoille. Lisäksi monissa yksiköissä on pohdittu koko maksuliikenteen ulkoistamista.

Haastatteluissa sanottiin, että perintätoimisto ei peri esimerkiksi sairaanhoitopiiriltä mitään korvausta. Eräät kertoivat perinnän ulkoistamisen parantaneen maksujen saantia. Muutama haasteltu halusi periaatteellisempaa keskustelua siitä, miten tulisi suhtautua julkisoikeudellisten maksujen siirtämiseen yksityisille perintätoimistoille. Lisäksi oli niitä, jotka katsoivat, että usein ”turhan pienten summien annetaan mennä perintätoimis-tolle”.

Lohjan sairaala antoi perintätehtävät vuonna 1997 ulkopuoliselle perintätoimistolle. Jos asiakas ei maksanut laskuaan kahden viikon aikana, sairaala lähetti yhden muistutuskir-jeen. Tämän jälkeen saatava siirtyi perintätoimiston hoidettavaksi. (Sairaalalehti, no. 9/2002)

Käytäntöä on nyt muutettu siten, että perintätoimisto hoitaa ensimmäisen muistutuksen, jollei maksua ole maksettu eräpäivään mennessä. Laskussa on maininta, että saatava siirtyy perintätoimiston perittäväksi, mikäli laskua ei ole eräpäivään mennessä maksettu. Perintätoimisto karhuu tämän jälkeen sairaalan nimissä. Perintätoimiston ja sairaalan välillä otetaan käyttöön suora on line -yhteys. Tiedot siirtyvät reaaliaikaisesti kumpaan-kin suuntaan. Tietosuoja-asioiden sanotaan olevan kunnossa. Tarkoitus on, että uusi jär-jestelmä tulee myös muihin HUS:n sairaaloihin.

Perintätoimiston käyttö on sairaalalle maksutonta. Perintätoimisto perii omat kulunsa ja palkkionsa asiakkailta. Myös ulosottoon menevissä saatavissa luottotietojen tarkastami-nen on sairaalalle maksutonta.

⁴ Selvitysmiehelle esitettiin jopa, että alle 40 euron laskua ei kannattaisi käsitellä lainkaan. Arvion sanot-tiin perustuvan verkkolaskua markkinoivan pankin edustajalta saatuun arvioon.

Laskutuskäytännöt modernisoitava

Kaiken kaikkiaan on huomattavaa tarvetta laskutuskäytäntöjen uudistamiseen monella tapaa. On hämmästyttävää, että tietoteknologian nimeen vannovassa maassa tietoteknologian todellinen hyödyntäminen yhteiskunnan eräällä keskeisimmistä sektoreista on haparoivaa, suunnittelematonta.

Laskentaohjelmien modernisointi, maksumäärittelyihin tarvittavien tulotietojen saanti paperittomasti sekä laskutus- ja karhuamisrutiinien automatisointi ovat uudistuslistan perustekijöitä. Lisäksi asiakasmaksujen ja omavastuiden perusteet ja niiden tasoa koskevat tiedot tulisi olla nähtävillä paperitulosteina palveluja tarjoavissa laitoksissa sekä laitosten ja kuntien verkkosivuilla.

5.2. Sairausvakuutus

Sairausvakuutuksen hallintokulujen merkitys on ajoittain merkittävä. Tilasto- ja muiden tietojen saanti on yhden organisaation puitteissa reaaliaikaisempi ja helpommin järjestettävissä kuin kunnallisissa palveluissa, joissa on monia toimijoita ja toimintatapoja.

Sairausvakuutuskorvausten käsittelyssä käytetään tietojärjestelmiä niiltä osin kuin se nykyoloissa on mahdollista. Tiedot saadaan pääosin lomakkeilla, joten kirjaustyön vähentämiseksi Kansaneläkelaitoksessa tallennetaan vain korvauksen laskemisen kannalta keskeiset tiedot. Lääkekorvauksista valtaosa maksetaan suorakorvauksina apteekkien kautta, joista tiedot saadaan koneellisessa muodossa. Myös lääkäri- ja hammaslääkäriasemien ja tutkimuslaitosten kanssa on tehty suorakorvausmenettelyä vastaavia ns. valtakirjasopimuksia, jotka mahdollistavat asiakkaalle korvauksen saamisen palvelun maksun yhteydessä. Myös tällä puolen ollaan siirtymässä koneelliseen tiedonvälitykseen palveluntuottajilta Kansaneläkelaitokselle.

Asiakas voi jättää korvaushakemuksensa mihin tahansa Kansaneläkelaitoksen toimistoon. Vuoden 2002 loppupuolella Kansaneläkelaitos alkoi siirtää tietoteknologiaa hyödyntäen ruuhkautuneiden toimistojensa asioiden käsittelyä toimistoille, joilla on enemmän aikaa päätösten valmisteluun ja tekemiseen.

Kansaneläkelaitoksen korvaustiedostoista on saatavissa tiedot asiakkaiden omavastuista ja niiden jakautumisesta. Tämä koskee sekä korvauslajeittaisia että sairausvakuutusetuksien yhdistelmiä. Sen sijaan yhdistely korvausten ulkopuolelle jäävien kustannusten samoin kuin julkisen sektorin maksujen kanssa ei ole yleensä mahdollista. Kaikki tieto ei välttämättä löydy säännönmukaisista tilastoista vaan edellyttää erillispoimintoja.

Sairausvakuutuksen hallintokulut on pitkälle viedyn automatisoinnin avulla saatu kokonaisuudessaan pysymään kohtuullisina. Aika ajoin on kiinnitetty huomiota siihen, että sairaanhoitokorvauksista on paljon rahamäärältään pieniä korvauksia. Esimerkiksi sairaanhoitovakuutustoimikunta katsoi, että taloudellisesti vähämerkitykselliset korvaukset voitaisiin jättää pois ja pyrkiä korvaamaan asiakkaiden suuria kustannuksia enemmän.

Hallintokulujen merkitys on suurimmillaan lääkekattokorvauksissa. Näissä asiakas saa perus- tai erityiskorvauksen suorakorvauksena apteekista. Kattokorvauksen käsittely vaatii uuden käsittelykerran Kansaneläkelaitoksessa. Kattorajan ylittävien lääkeostojen maksuttomuus korostaa kustannusten tarpeellisuuden varmistamistarvetta, myös kat-

tosummaan sisältyvien ostojen osalta. Siitä huolimatta, että tietotekniikkaa käytetään hyväksi, tämä yksilölliseen käsittelyyn perustuva osuus muodostaa kokonaisuudessaan suuren työmäärän kuten edellä luvussa 4.3. on kerrottu.

Maksukattoasioiden lisäksi hallintokuluja syntyy asiakkaiden hakiessa saamisoikeutta erityiskorvattaviin lääkkeisiin (ratkaisun käsittely sekä uuden kortin myöntäminen). Lisäksi asiakkaat valittavat jonkin verran näistä ratkaisuista.

Kansaneläkelaitoksen toimistoihin tulee paljon kyselyjä korvausten määristä sekä ihmettelyä niiden pienuudesta. Valituksia ja kanteluita sairaanhoitokorvauksista on kuitenkin lukumääräisesti vähän ja ne kohdistuvat hajanaisesti hyvin erilaisiin asioihin. Matkoissa valitukset useimmiten kohdistuvat siihen, että korvaus maksetaan vain lähimpään hoitopaikkaan ja toisaalta erityiskulkuneuvon kustannusten hylkääminen, kun erityiskulkuneuvoa ei ole pidetty tarpeellisena. Lääkärin- ja hammaslääkärin palkkioiden ja tutkimus- ja hoitokorvausten osalta valituksissa ja kanteluissa ei erityinen aihe korostu.

Takaisinperinnän merkitys sairaanhoitokorvauksissa on maksettuihin korvausten määrään nähden erittäin pieni.

5.3. Tietosuojan vetoaminen

Tietosuojakysymys tuli keskusteluissa esille usein. Tietosuojan vedoten kunnallisen palvelujärjestelmän sisällä maksuja koskevia tietoja ei näytetä voitavan/haluttavan siirtää esimerkiksi sairaalasta terveyskeskukseen. Toisaalta monissa tilanteissa tieto kulkee ja on avointa kuten seuraavat esimerkit osoittavat.

Asiakasmaksukaton määrittelemiseksi eri yksiköt kyselevät tietoja toisiltaan puhelimitse (ks. luku 4.2.). Lohjan sairaalan ja yksityisen perintätoimiston välillä tieto kulkee reaaliajassa ja tietosuojaa-ongelmia ei sanota olevan (ks. luku 5.1.). Kun asiakas lähetettiin tämän vuoden alkupuolella taksilla kiireisesti hoitoon keskussairaalaan, taksinkuljettaja sai mukaansa täytetyn Kansaneläkelaitoksen lomakkeen, jossa on asiakkaan nimen ja vastaavien tietojen lisäksi selkokielellä kuvaus asiakkaan sairaudesta. Hankkiessaan yksityisen vakuutukseen henkilö antaa vakuutusyhtiölle valtuuden hänen terveystietojensa selvittämiseen. Lääkärin osastokierron aikana sanottiin usein muiden potilaiden kuulevan tahtoen tai tahtomattomattaan toisia potilaita koskevia yksityisluonteisia tietoja. Lisäksi sanottiin, että terveyskeskusten vastaanottotiloissa tietosuojaa ei ole aina erityisen hoidettua, kun asiakkaalta kysytään muiden asiakkaiden usein helposti kuullen tietoja tai kun häntä ohjailtaan lääkärin luo tai tutkimuksiin.

Lisäksi voidaan mainita, että hallinto-oikeuksien diaariot ovat avoimet, ja kuka tahansa voi käydä niitä lukemassa myös asiakasmaksua koskevien asiakirjojen osalta. Tässä toivottiin tiukempaa tietosuojaa.

Monien haastateltujen mielestä kunnallisissa sosiaali- ja terveyspalveluissa tulisi noudattaa edellä mainittua vakuutusyhtiöiden menettelyä eli vakuutusturvaa haluavan tulisi antaa automaattisesti valtuutus häntä koskevien tietojen selvittämiseen niin hoidon kuin maksujen osalta.

Kun monet toimijat sosiaali- ja terveydenhuollon maksu- ja omavastuuasioissa soveltavat tietosuojasäädöksiä muita vapaammin kuitenkin joutumatta tästä ”vapaamielisyydestään” oikeuteen, niin tämä herättää kysymyksen, miksi nämä monet muut toimijat ovat asiakkaidenkin kannalta turhan jäykkiä. Moni haastateltu valittikin, että tietosuojan taakse mennään liian herkästi ja estetään asiakkaankin kannalta järkevä toiminta. Selvitysmiehelle todettiin, että ”jos ollaan oikein tietosuojajihmisiä mitään ei voi tehdä”.

Vaikutelma on, että tietosuojan toteutusta tulisi tarkentaa käytännössä. Vaikka tietosuojasta on annettu paljon koulutusta, niin tietosuojan käytännön kysymysten osalta tarvittaisiin lisää koulutusta kunnissa ja kuntayhtymissä. Tätä toivoivat myös eräät haastatellut. Lisäksi kerrottiin, että on yksiköitä, joista kukaan ei ole osallistunut tietosuojasioiden koulutukseen.

6. Muita huomioita maksupolitiikasta

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkaan kuuluu sen laajuuden ja merkittävyyden takia monia muitakin näkökohtia kuin mitä edellisissä luvuissa on käyty läpi. Tämä tuli ilmi myös selvitysmiestyön haastatteluissa, joissa esillä olivat voittopuolisesti tämän hetken ja viime vuosien maksukysymykset. Haastatellut eivät esittäneet paljoakaan tulevaisuusarvioita ja visioita maksupolitiikan osalta. Useimmat esitetyt näkemykset liittyivät siihen, että tulevina vuosina vanhusväestöstä yhä useammat ovat työeläkeläisiä, parempituloisia ja vauraampia. Haastateltujen mukaan tämä kehitys antaisi mahdollisuuksia maksujen korotuksiin jatkossa. Toinen usein esitetty näkemys oli, että lasten päivähoidon maksujen ylärajaa tulisi vastaisuudessa nostaa.

Tässä luvussa käsitellään koko joukko selvitysmiestyön yhteydessä esille tulleita, edellisissä luvuissa käsittelemättä jääneitä näkökohtia maksupolitiikkaan.

Kuntayhtymille maksetut maksut

Silloin kun kunnallisen palvelun tuottaa kuntayhtymä, se myös perii käyttäjämaksut. Näin on erityisesti erikoissairaanhoidossa, jossa sairaanhoitopiirin kuntayhtymät vastaavat pääosasta palveluja. Sama tilanne on myös terveyskeskuskuntayhtymissä ja sosiaalihuollon kuntayhtymissä. Tilanne merkitsee sitä, että viimekätisessä rahoitusvastuussa olevilla kunnilla ei välttämättä ole selvää kuvaa maksuista ja niiden merkityksestä.

Ratkaisuksi on esitetty yhtenä vaihtoehtona mallia, jossa palvelun käyttäjä maksaisi käyttämistään palveluista omalle kunnalleen eikä palvelun tuottajalle kuten sairaalalle. Samalla on myös katsottu, että tällainen menettely selkeyttäisi palvelujen tuottajien asemaa. Toisena vaihtoehtona on mainittu, että palvelujen käyttäjät maksaisivat hoitolaskunsa kuten nytkin sairaaloille ja että sairaalat tulouttaisivat saadut maksutulot esimerkiksi kaksi kertaa vuodessa täysimääräisesti ilman asiakaserittelyä kullekin kunnalle sen mukaan kuin ao. kunnan asukkaat ovat maksuja maksaneet. Kolmantena mahdollisuutena olisi se, että palvelujen käyttäjä maksaisi sairaalasta ja muusta hoitopaikasta saamansa laskun valtakunnalliselle organisaatiolle, joka sitten esimerkiksi puolivuositain ilman henkilötasolle menevää erittelyä maksaisi maksutulot kunnille kuntakohtaisten kertymätietojen perusteella. Kaikkiin näihin kolmeen vaihtoehtoon liittyy monia varamia ja ongelmia. Lisäksi mallit merkitsisivät sitä, että kuntayhtymille syntyvä tulo-

vaje tulisi kattaa muulla tavoin, esimerkiksi korkeammilla kuntien maksuosuuksilla tai säästöillä.

Haastatteluissa kysymys siitä, tulisiko asiakasmaksut ohjata peruskunnille asiakkaiden käyttäessä kuntayhtymien palveluja, ei tullut juuri esille. Tosin eräät kannattivat asiakasmaksujen maksamista suoraan kunnille myös silloin kun asiakas käyttää kuntayhtymän palveluja.

Yksilö- vai perhekohtaisuus

Jonkin verran tuli esille keskusteluissa se, tulisiko maksujen olla yksilö- vai perhekohtaisia.⁵ Peruslinjauksena esitettiin sitä, että lasten päivähoidon ja pitkäaikaispalvelujen maksut olisivat perhekohtaisia ja muut yksilökohtaisia. Tosin pitkäaikaispalveluissa kotisairaanhoidon tulisi olla yksilökohtaisesti veloittettua.

Selviä kannanottoja siihen, tulisiko mahdollisesti tulevan kuntasektorin maksujen ja sairausvakuutuksen omavastuiden yhteisen katon olla yksilö- vai perhekohtainen, ei oikein ilmennyt.

Itse maksava kuntalainen

Yksittäisissä mielipiteissä esitettiin, että palvelua tarvitsevalle kuntalaiselle tulisi antaa mahdollisuus tulla kunnallisen palvelun tuottajan asiakkaaksi kun hän haluaa maksaa koko hoitokulun itse. Innokkaimpia mielipiteitä oli ”Voimme tehdä vaikka bisnestä uudella päiväkirurgialla”.

Näiden näkemysten vastapainoksi sanottiin painokkaasti, että kuntasektori tuottakoon tällaisia ”itsemaksava-palveluja” vasta sitten, jos jonojen poistamisen jälkeen on vielä vajaakapasiteettia. Palvelujen saatavuuden varmistaminen on tällä hetkellä sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisimpiä haasteita. Yhteisesti rahoitettavien ja järjestettävien palvelujen kannalta ensisijaista on varmistaa ensin palvelujen saatavuus. Jos kuntasektori on varmistanut palvelutarjontansa ensin riittävälle, jonottomalle tasolle, niin palvelut tulee myydä itse maksavalle täyteen tuotantokustannushintaan. Tämän hinnan ei arveltu välttämättä olevan pienempi kuin yksityisen tuottajan perimä hinta.

Yksilöllisestä palvelusta ekstramaksu

Vuoden 1993 maksupolitiikkatoimikunta katsoi, että asiakkaalla tulee olla oikeus saada asianomaisen palvelun mukainen kaikki tarpeellinen hoito, huolto ja ylläpito ilman säädetyn maksun lisäksi suoritettavia erillisiä lisämaksuja. Lisäksi toimikunta katsoi, että myös kunnalliset laitokset voisivat järjestää varsinaiseen palveluun liittymättömiä palveluja (esim. potilashuoneeseen erityisiä mukavuuksia) ja periä niistä erillisen, enintään omakustannushintaa vastaavan maksun. Ekstraservice -maksu tuli esille vain pari kertaa selvitysmiehen työssä. Toisaalta tällaisten palvelujen tarjoaminen maksusta kiinnosti asian esille ottaneita, joskin samalla he aprikoivat mahdollisia rajankäyntivaikeuksia.

⁵ Osin yksilö- vai perhekeskeisyys -kysymyksen esille tuloon haastatteluissa vaikutti haastattelujen aikana julkisuudessa esillä ollut hallituksen esitys, jonka mukaan puolisoitten yhteen lasketuista tuloista hoitomaksua saisi periä enintään 40 prosenttia, jos kotiin jäävällä puolisoilla on hoitoon tullutta pienemmät tulot. Eduskunta hyväksyi esityksen helmikuussa 2003.

Asiakkaalle tieto palvelun kustannuksista

Yksittäiset haastatellut toivoivat, että asiakkaan tuli nähdä tieto käyttämiensä palvelujen todellisista kustannuksista joko keskimääräistietona tai mahdollisimman tarkkaan hänen käyttämiensä palvelujen osalta. Tämä tieto voitaisiin heidän mielestään laittaa näkyviin asiakasmaksulaskuun. Menettely olisi samanlainen kuin apteekkilaskussa, josta ilmenee lääkkeen hinta ja omavastuu.

Toisaalta arveltiin, että monet asiakkaat todennäköisesti tuntisivat loukkaavana palvelusta aiheutuneiden kustannustietojen antamisen asiakasmaksulaskun yhteydessä. Moni suhtautuikin jyrkän kielteisesti siihen, että hoidon kustannuksista kerrottaisiin nimenomaan asiakaslaskussa.

Näistä usea piti sinällään hyvänä, jopa suotavana, että hoidon kustannuksista ja rahoituksesta kerrottaisiin enemmän väestölle mutta se tulisi tehdä muuten kuin maksukuitin yhteydessä.

Työeläkeläisten määrän kasvun vaikutus maksukertymiin

Eräät haastatellut esittivät, että olisi tarkoituksenmukaista arvioida tarkemmin sitä, kuinka paljon pitkäaikaislaitoshoidon maksukertymä kasvaa 5 - 10 vuoden aikavälillä pelkästään siksi, että hoidettavista yhä useammalla on työeläke ja tulotaso muutenkin parempi kuin nykyisillä hoidettavilla keskimäärin. Hajatiedot kertovat yksittäisissä kunnissa muutoksen olleen huomattava hoidettavien eläkerakenteen muututtua.

Kehitykseen vaikuttanee kuitenkin huomattavasti se, missä määrin yksityistä palvelutarjontaa on ikääntyneiden palvelutarpeiden tyydyttämiseksi. Taajemmin asutuilla alueilla oletettavasti tällaista tarjontaa on. Kasvavista työeläketuloista osa voikin mennä erilaisiin yksityisen sektorin laitos-, asumis-, hoiva- ja avopalveluihin eikä kunnallisten palvelujen rahoittamiseen. Maaseutualueilla tilanne kehittynee eri tavalla.

Selvitysmies arvioi, että on perusteltua tehdä erillisselvitys kasvavien työeläketulojen ja yleisemmin vanhusväestön kasvavan tulotason ja varallisuuden merkityksestä maksutulokertymiin.

Omaisuuuden huomioonottamiskysymys

Vuoden 1993 maksupoliittinen toimikunta piti tarpeellisena omaisuuden huomioon ottamisen asiakasmaksua määriteltäessä. Toimikunta ehdotti, että käytännön mahdollisuudet ja toteuttamistavat omaisuuden huomioon ottamiseksi pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittäviä maksuja määriteltäessä tulisi selvittää erikseen. Asiaa selvitettiin 1990-luvun lopulla työryhmätyönä.

Omaisuuuden huomioon ottaminen tuli haastatteluissa esille monta kertaa. Mielipiteet ja näkemykset asian tiimoilta olivat aika ajoin voimakkaita. Seuraavassa on näkökohtia, joita esitettiin omaisuuden huomioon ottamisen puolesta ja vastaan. Esitetyt näkökohdat osoittanevat, että omaisuuden huomioon ottamiseen maksujen perusteena liittyy muitakin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon substanssikysymyksiä.

Näkemyksiä omaisuuden huomioon ottamisen puolesta

Moni haastateltu piti väistämättömänä, että vastaisuudessa omaisuuden huomioon ottaminen joudutaan ottamaan tavalla tai toisella esille. Tältä osin heidän käsityksensä olivat yhdenmukaisia vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan ehdotuksen kanssa.

Arvioitiin eläketulojen kasvun johtavan siihen, että asiakkaat vaativat avo- ja asumispalveluja ja että hyvätuloisimmilla on entistä paremmat mahdollisuudet sekä taloudellisesti että tietojensa takia asua kotonaan (oma asunto jota voidaan remontoida, kyky ottaa selville asioita, jne.). Yhä useamman vanhuksen arvioitiin haluavan välttää perinteistä laitoshoidtoa. Lisäksi monen hyvän eläketulon saajan arvioitiin olevan haluton käyttämään tulojaan ”kunnan sosiaalitoimen vahvistamiseen”. Sen mukaisesti kasvavista eläketuloista ainakin taajemmin asutuilla seuduilla melkoinen osa menisi yksityisten tarjomiin palveluihin.

Omaisuuden huomioon ottamisen moni arvioi sopivan lähinnä pitkäaikaispalvelujen maksuihin ja muutama arvioi sen sopivan myös lasten päivähoidon maksuihin.

Omaisuuden huomioon ottamista eräät perustelivat voimakkaasti eettisillä syillä. He katsoivat, että ei ole hyväksyttävää, että esimerkiksi isän runsasta asunto-omistusta siirtyy perillisille sn sijaan, että siitä saatavia varoja käytettäisiin hänen hoitoonsa ja hoivaansa (ts. ei ole oikein, että omaisuudeltaan vaurasta hoidetaan verovaroin ja siten tällaisella verovarojen käytöllä mahdollistetaan hänen omaisuutensa siirtyminen lapsille, jotka eivät osallistu hoitoon ja hoivaan millään tapaa). Heidän mukaansa ei ole moraalisesti kestävää yhteiskunnallista perustetta omaisuuden huomiotta jättämiselle asiakasmaksuissa.

Moni korosti, että omaisuuden huomioon ottamisessa ei olisi kyse omaisuuden täydellisestä takavarikoinnista tai muusta sellaisesta, vaan että omaisuuden arvo tulisi ottaa huomioon laskennallisesti (kuten esim. Kansaneläkelaitoksen myöntämässä eläkkeensaajan asumistuissa).

Yksityisessä palveluasunnossa asuvat voivat joutua käyttämään myös omaisuuttaan asumis- ja palvelukulujensa rahoittamiseen. Jos/kun omaisuus otettaisiin huomioon kunnallisten palvelujen maksuissa, se toisi eräiden haastateltujen mielestä tasapainoisemman ja oikeudenmukaisemman tilanteen yksityisten ja kunnallisten palveluyksiköiden palveluja käyttävien kesken.

Suomen Kuntaliiton varatoimitusjohtaja Pekka Alanen esitti tammikuussa 2003 puheessaan Pohjois-Savon maakuntapäivillä eräitä linjauksia maksupolitiikalle. Eräs linjauksista oli, että kuntien palvelumaksuja voitaisiin uudistaa siten, että etenkin vanhusväestön kasvavaa tulotasoa ja varallisuutta voitaisiin suunnata heidän tarvitsemiensa palveluiden rahoittamiseen, jotta aktiiviväestön rasitus ei kasvaisi kohtuuttomaksi.

Näkemyksiä omaisuuden huomioon ottamista vastaan

Omaisuuden huomioon ottaminen voisi usean haastatellun mukaan johtaa siihen, että omaisuutta omaavat pyrkivät hankkimaan palveluja yksityiseltä sektorilta, jolloin yksityinen palvelutuotanto laajenisi ja todennäköisesti myös yksityisvakuutusten kysyntä

kasvaksi ja samalla verorahoitteinen palvelupuoli jäisi köyhempien ja myös harvaan asuttujen alueiden asukkaiden järjestelmäksi. Tuloksena voisi näiden arvioijien mukaan olla kahden kerroksen järjestelmien syntyminen, mitä useimmat heistä eivät halua.

Moni otaksui, että omaisuuden huomioon ottaminen johtaisi omaisuusjärjestelyihin eli lähinnä siihen, että eläkeikäiset siirtäisivät omaisuuttaan lastensa nimiin (joskin todennäköisesti pitäen kuitenkin oman asuntonsa). Tosin usea oli empivä sen suhteen, missä määrin eläkeikäinen omaisuusjärjestelyjä tekevä voi luottaa siihen, että hänen lapsensa näin menetellen pitäisi aikanaan hänestä tarvittaessa parempaa huolta.

Keskustelujen perusteella näyttäisi olevan niin, että pääsääntöisesti kammotaan sitä mahdollisuutta, että asiakas joutuisi antamaan omaisuutensa tai osia siitä kuntien järjestämän hoivan ja hoidon vastikkeeksi. Sen sijaan selvästi hyväksyttävämpänä pidetään sitä, että asiakas saa itse päättää omaisuutensa tai sen osan antamisesta saadakseen yksityisen sektorin tuottamia palveluja, vaikka näin ”luovutettu” omaisuusmäärä olisi suurempi kuin kunnallisen palvelun vaihtoehdossa. Suurempaan alttiuteen suostua omaisuuden siirtymisiin omasta halusta yksityisen sektorin puolelle liittyy usein halu tai oletama suuremmasta mahdollisuudesta valita palvelujen tuottaja ja vaikuttaa palvelujen sisältöön. Täten kytkettiin vapaus päättää vapautteen valita.

Esitettiin näkemys, että ”niin kauan kuin oma pää on tallella” ikääntynyt pitää kiinni omaisuudestaan. Tällä tapaa haluttiin korosta edellä mainittua halua itse päättää omaisuuden tai sen osan antamisesta.

Omaisuuden realisoinnin osalta todettiin lisäksi, että usein omaisuutta on vaikeata realisoida hoitomaksujen suorittamiseksi osina (esim. metsäpalstoja).

Lasten päivähoidon ylin maksu

Usea haastateltu haluaisi nostaa lasten päivähoidon ylintä maksua selvästi. Tätä perusteltiin sekä maksutulojen kasvattamistarpeella, oikeudenmukaisuussyillä (”vauraat saavat liian halvalla ko. palvelun”) sekä tarkoituksenmukaisuusperusteella (”ei ole järkeä, että puolet päivähoidon maksajista on ylimmässä luokassa”). Kysymykseen, mihin summaan yläraja tulisi nostaa, vastaus oli usein 300 euron tienoilla eli 50 prosentin korostus nykyiseen ylärajaan.

Hammashuollon maksuista näkemyksiä

Eräitä esityksiä tuli siitä, että hammashuoltajan tekemien vuositarkastusten ja ehkäisevien toimenpiteiden tulisi olla asiakkaalle maksuttomat yksilöllisen tarkastussuunnitelman mukaisesti kuten ehkäisevässä terveydenhuollossa yleisesti toimitaan. Lisäksi esitettiin, että niille, jotka tarkistuttavat hampaansa säännöllisesti ja joille ei tule tällöin paljon korjattavaa, maksu voisi olla puolitettu. Myös juurihoidon maksulle esitettiin ylärajaa (”selkeätä maksukattoa”).

Periaatteellisesti edellä olevia merkittävämpi oli esitys, jonka mukaan asiakkaalle tuleva rahoitusosuus olisi yhtä iso, käyttipä hän kunnallisen tai yksityisen sektorin hammashoidon palveluja. Osa tämän esittäjistä haluaisi tähän suuntaan edettävän lähinnä sairausvakuutuksen omavastuita alentamalla ja osa suosisi kuntamaksujen korotuslinjan kautta etenemistä. Näitä näkemyksiä perusteltiin useimmiten sillä, että nykykäytäntö

mahdollistaa yksityissektorille asiakkaiden valikoinnin (”saa poimia kypsät marjat, jolloin raa’at ja pilaantuneet jäävät kuntasektorille”). Toisaalta eräät toivat esille näkemyksensä, että vaikka asiakkaan rahoitusosuudet olisivat samat kunnallisessa ja yksityisessä hammashoidossa, se ei poista yksityissektorin mahdollisuutta valikoida asiakaskuntaansa.

Lääkkeiden omavastuu kustannusvaikuttavuuden mukaan

Esitettiin, että lääketieteellisesti vähemmän merkittävien lääkkeiden omavastuita tulisi korottaa. Tämän näkemyksen osan esitti siten, että omavastuu tulisi porrastaa lääkkeen vaikuttavuuden tai kustannusvaikuttavuuden mukaan. Ajatus ei ole kuitenkaan uusi. Puuttumatta esityksen käytännön toteutuksen mahdollisiin vaikeuksiin on todettava, että esitys nostaa esille maksajan aktiivisemmän roolin.

Ulkomailla asuvat suomalaiset

Erällä paikkakunnilla sanottiin olevan lisääntyvästi ongelmia ulkomailla asuvien suomalaisten osalta. Heidän käyttämiensä palvelujen laskutuksessa syntyy usein riitoja ja tulkintaongelmia. Kun vastaisuudessa tällaisia henkilöitä on enemmän, on ilmeistä tarvetta pyrkiä selventämään käytäntöjä informaatiolla ja tarvittaessa säädöstarkennuksin. EU:n laajentuminen tekee asian nopeasti ajankohtaisemmaksi.

Uudenmuotoinen toiminta vs. maksut ja omavastuut

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä koskien terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista todetaan, että jos sairaala täyttää periaatepäätöksessä kerrotut hoitoon pääsyn kriteerit, ”sairaanhoitopiiri voi ostaa lisätyönä omalta henkilöstöltään varsinaisen työajan jälkeen myös sellaisia polikliinisiä ja päiväkirurgisia palveluita, joiden maksajana ovat muut kuin potilaiden asuinkunnat, esimerkiksi työnantajat, vakuutusyhtiöt ja potilaat itse”. Jos tai kun tässä edetään, sen merkitys asiakasmaksuihin, sairausvakuutuskorvauksiin sekä maksukattoihin joudutaan selvittämään.

Selvittelytarvetta syntyy myös, mikäli syntyy lisää tekonivelsairaala Coxan tyyllisiä useamistajapohjaisia tuottajaorganisaatioita.

Maksujen hallinnointi verottajan kautta

Yhtenä vaihtoehtona maksujen hallinnoinnin keventämiseen tuotiin esille malli, jossa palvelujen tuottajien velvollisuus olisi saattaa verottajalle tiedoksi, paljonko kullekin asiakkaalle on kertynyt ”asiakasmaksua”. Vastaava velvollisuus koskisi myös Kansaneläkelaitosta, joka maksaisi esimerkiksi lääkkeet ja matkat kokonaisuudessaan ja ilmoittaisi verottajalle, mikä olisi ollut kunkin asiakkaan ”omavastuu”. Verottajalle ilmoittaminen voisi tapahtua muutaman kerran vuoden mittaan tai vasta vuoden päätyttyä tammiukuussa.

Verottaja lisäisi näin kertyneet maksu- ja omavastuumäärät siihen summaan, joka kertoo asiakkaalle kertyvien verojen määrän. Asiakas ei maksaisi palvelujen käyttöhetkellä mitään palveluista. Verottaja ei ottaisi kantaa tietojen oikeellisuuteen, vaan toimisi vain teknisenä yhdistäjänä. Jos palvelujen käyttöä olisi runsaasti, niin verottaja laittaisi ennakkomaksun ennakkoveron luonteisesti asiakkaalle jo verovuoden aikana. Tämä edel-

lyttäisi, että verottaja saa maksu- ja omavastuumäärätiedot useamman kerran vuoden mittaan.

Menettely mahdollistaisi nykyisten hallintokulujen vähentämisen. Menettelyn sopivuus ja toimivuus vaihtelisi todennäköisesti palvelumuodoittain.

Oleelliseksi kysymykseksi voisi tulla, kuinka verottaja jakaisi kertyneet maksutulot valtion, kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kesken. Teknisesti tällainen clearing voisi toimia kaavamaisesti toteutettuna helposti, mutta käytännön politiikka olisi ilmeisesti oleellisesti hankalampi asia.

Useimmissa tilanteissa palvelun käytön ja siitä maksamisen yhteys pidentyisi huomattavasti. Lisäksi palvelujen tuottajien saama ”asiakasmaksutulo” verottajan kautta viivästyisi huomattavasti samoin kuin Kansaneläkelaitoksen saamat ”omavastuut”. Jos verottaja maksaa kertyvät ”maksutulot” asiakkaiden kotikunnille, kuntien rahoituksen määrä kuntalaisten käyttämistä palveluista suurenisi nykytilanteeseen nähden.

Jotkut arvioivat esitetystä ”verottajamallissa” asiakasmaksujen ja omavastuiden luonteen muuttuvan rinnasteisiksi veronluonteisten maksujen kanssa. Lisäksi arveltiin, että ”verottajamallissa” on houkutus laittaa asiakasmaksut ja omavastuut verovähennyksiksi tai arvioida niiden avulla käytettyjen palvelujen arvo ja merkitä saavutetuksi etuudeksi, jota verotetaan.

Ne haastatellut, joiden kanssa pohdittiin edellä kuvattua ”verottajamallia” suhtautuivat siihen kielteisesti, eräät jyrkän kielteisesti. Kielteistä suhtautumista perusteltiin lähinnä kahdessa edellisessä kappaleessa kerrotuin perustein.

Uudet rahoitusmallit

Uudenlaisten rahoitusmallien tarpeeseen viitattiin yksittäisissä puheenvuoroissa. Konkreettisimmin viitattiin palveluseteleihin. Niiden arvioitiin toimivan lähinnä tilanteissa, joissa on yksityistä palvelutarjontaa tai jota voisi syntyä.

Palveluseteliä pidetään yleisesti asiakkaan valintaa lisäävänä rahoitusmuotona. Palvelusetelien luonteeseen kuuluu, että asiakas saa valita eri palveluntuottajien välillä ja käyttää seteli haluamiensa palveluiden rahoittamiseen. Tavallisesti seteli kattaa vain osan kustannuksista, joten asiakkaan on rahoitettava loppuosa omin varoin. Ostopalvelusopimuksessa sekä tilaaja-tuottaja -malleissa ja vastaavissa malleissa sopimusosapuolina ovat palvelujen järjestämistä vastaava taho (Suomessa kunta) ja palveluntuottaja, setelimalleissa osapuolina ovat asiakas ja palveluntuottaja.

Palveluseteliä on käytetty Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon alueella lasten päivähoidossa ja lisäksi jonkin verran omaishoidossa hoitajan vapaan järjestämisessä, maatalouslomituksessa, kotihoidossa ja vammaisten kuljetuspalveluissa.

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti huhtikuussa 2002 kaksi selvitysmiestä laatimaan ehdotukset niistä toimenpiteistä, joilla palvelusetelin käyttöönottoa voidaan tehostaa kunnan järjestämässä kotipalvelussa. Tavoitteena oli arvioida ne toimenpiteet, joita tarvitaan palvelusetelin käyttöönoton tehostamiseksi siten, että yksityiset palvelun tuottajat

voisivat tarjota kunnan kotipalvelun asiakkaille palveluvaihtoehdon. Selvityshenkilöt luovuttivat muistionsa kesäkuussa 2002. Asian jatkovalmistelu on menossa.

Palvelusetelien käytöstä eräissä muissa maissa vuonna 1996 tehty selvitys osoitti palveluseteleitä käytetyn vain vähän ja lähinnä eräissä sosiaalipalveluissa. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta maaliskuussa 2003 valmistunut selvitys osoittaa tilanteen olevan pääosin sama kuin mitä vuoden 1996 selvityksessä todettiin. Uutena palvelusetelien käyttöalueena selvityksessä mainitaan setelien käyttö hammashuollossa.

Palvelusetelien lisäksi sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksen uusina malleina pidetään muun muassa yksityisen rahoituksen käyttämistä julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyönä toimitettavissa toiminnoissa (ns. kumppanuusmallit) ja henkilökohtaista tili-mallia. Lisäksi eräissä yhteyksissä on ollut esillä hoivarahastot sekä vaihtoehtoisia vanhusten pitkäaikaishoidon ja -hoivan rahoitusmalleja. Uusia rahoitustapoja on esitelty tarkemmin muun muassa Somera-toimikunnan taustaraportissa vuonna 2002.

Muita huomioita

Yksittäiset henkilöt pohtivat sitä mallia, että terveydenhuollossa lähinnä maksujen hallinnoinnin kulujen vähentämiseksi palvelut olisivat maksuttomia tiettyyn euromäärään asti, jonka jälkeen olisivat maksullisia tulosidonnaiseen kattorajaan asti.

Eräs haastateltu halusi, että maksupolitiikassa saataisiin enemmän vakuutusperiaatetta esille. Ratkaisumallia hän ei kuitenkaan osannut esittää. Sama henkilö katsoi myös, että omaisuuden huomioon ottaminen ”on periaatteena kestämätön”.

Yhtenä linjauksena esitettiin, että omalääkärimallissa ja omalääkäri/omahoitaja -mallissa ”perusserveeraus” (perustutkimus, puhelinneuvonta, nettikeskustelu yms.) voisi olla asiakkaalle maksuton. Muunnelma tästä näkemyksestä oli, että asiakas voisi pienellä vuosimaksulla valita omalääkäri- /omahoitaja -tiiminsä ja maksaisi muista käyttämistään palveluista selvän maksun (eli nykyisiä maksuja enemmän).

Jokunen suositti sitä, että terveydenhuollossa avohoidon lääkärikäyntien tulisi olla maksuttomia. Perusteiksi esitettiin paitsi näiden maksujen nettotuoton vähäisyyttä myös sitä, että työterveyshuollon palvelut (joissa on paljon myös erikoislääkäripalveluja) ovat maksuttomat.

Muutama sairaalapuolen näkemys tuli siitä, että päiväkirurgiasta tulisi voida veloittaa asiakasta nykyistä enemmän. Tosin vastakkainenkin näkemys kerrottiin.

Moni katsoi tulosidonnaisuuden sopivan pitkäaikaispalvelujen sekä lasten päivähoidon maksuihin. Pari näkemystä oli siitä, että tuloperusteiset maksut tulisi pääsääntöisesti määrittellä nettotulojen mukaan. Tällä hetkellä pitkäaikaisessa laitoshoidossa tuloperusteena on nettotulo ja muissa tulosidonnaisissa maksuissa bruttotulo.

Vuonna 2002 käyttöön otetun päivystysmaksun vaikutuksesta esitettiin varovaisia arvioita. Useimpien mielestä maksu ei ole vaikuttanut palvelujen käyttöön.

Selvitysmiehelle kerrottiin, että apteekeissa aika ajoin ihmetellään sitä, että kunnat eivät lääketojoja koskevia maksusitoumuksia antaessaan arvioi tarvittavia lääkkeitä millään

muotoa. Kertojien mielestä jotenkin tätä pahimmillaan blanco shekki -ilmiöön johtavaa asiaa tulisi kuntapäässä arvioida, joskin ymmärrettiin tietotaidon heikkous sitoumuspäättöksen tekijän osalta.

Suomen Kuntaliiton varatoimitusjohtaja Pekka Alanen esitti em. maksupolitiikkalinjaukspuheessaan myös, että subjektiivista oikeutta maksuttomaan palveluun tulisi rajoittaa sallimalla tarveharkintaa ja antamalla mahdollisuus maksun perintään ainakin ravinnosta ja muusta ylläpidosta. Opiskelijoiden kohdalla järjestelmän tulisi kannustaa myös työntekoon osana opiskelua. Alanen esitti myös, että kuntien suuri vastuu palvelujen järjestämisestä ja toiminnallisista ratkaisuihin edellyttää myös maksupoliittista liikkumaa maksurasituksen oikeaksi kohdentamiseksi erilaisiin palveluihin ja maksukyvyltään erilaisiin kuntalaisiin. Valtion vastuulle voisi jäädä yleisten maksupoliittisten perusteiden asettaminen.

7. Esitykset

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan (ml. omavastuut) tavoitteet ja keinot on syytä määrittellä uudelleen, koska – kuten raportin aiemmissa osissa on kerrottu – maksupolitiikan linjaukset ovat valtaosin liiaksi hämärtyneet ja osin kadonneet. Lisäksi uudelleen määrittelyn tarvetta tulee siitä, että kansalaiset sekä asiakkaina että muutenkin ovat yhä vaativampia ja läpinäkyvyyttä haluavia. Siksi on tärkeitä huolehtia siitä, että palveluista perittävät maksut ja omavastuut ovat sovittujen yhteiskunnallisten sekä sosiaali- ja terveystaloudellisten linjausten mukaisia.

1. Uuden maksupolitiikan (ml. sairausvakuutuksen omavastuut) linjaukset

Selvitysmies esittää, että uuden maksupolitiikan (ml. sairausvakuutuksen omavastuut) ja nykyistä toimivamman maksukäytännön linjoina tulevana 8 - 10 vuotena tulisi olla seuraavat

- A. Lähtökohtana on, että myös tämän vuosikymmenen lopulla ja siitä eteenpäinkin asiakkaat maksavat palvelujen käyttämisestä ja että asiakkaiden maksuilla ja omavastuilla on yläraja / ylärajoja.
- B. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikka tukee vallitsevan sosiaali- ja terveystaloudellisen tavoitteiden toteuttamista.
- C. Maksuilla on kaksi perusfunktiota, joiden keskinäinen painotus vaihtelee eri palveluissa:
 - maksutulosten hankinta osana palvelujen rahoittamista
 - palvelujen käytön ohjaaminen niissä palveluissa, joiden käyttöön maksuilla voidaan vaikuttaa ja joissa se on sosiaali- ja terveystaloudellisen tavoitteiden mukaista

Lisäksi sosiaalisen oikeudenmukaisuuden vaatimus asettaa selkeitä reunaehtoja edellä mainittujen perusfunktioiden toteuttamiselle. Reunaehtoja voidaan toteuttaa jossain määrin tulosidonnaisesti maksuin sekä asettamalla yläraja sille, paljonko enintään asiakkaan tulee maksaa maksuja esimerkiksi kalenterivuoden aikana.

- D. Tiedostetaan ja tunnustetaan se, että asiakasmaksut ja omavastuut eivät ole yleislääke moninaisten sosiaali- ja terveydenhuollon ongelmien ratkaisemiseksi. Maksuilla voidaan saada lisätuloja, ohjata kysyntää ja palvelujen käyttöä ja edistää sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumista. Kuitenkin näitä kolme tavoitetta voidaan toteuttaa vain rajoitetusti, ja näiden rajojen hakeminen on tarpeen. Maksuilla ei ole roolia palvelutuotannon tuottavuuden kohentamisessa.
- E. Maksupolitiikan ja maksusäädösten uudistamisessa näyttäisi olevan tarkoituksenmukaista käsitellä sosiaali- ja terveydenhuollon laajaa maksu- ja omavastuukokonaisuutta kolmena eri ryhmänä eli lasten päivähoito, pitkäaikaispalvelut sekä akuuttipalvelut.
- F. Palvelujen käytön ohjaamisessa päähuomio keskitetään siihen, että maksuilla osataan tuetaa avohoito- ja kodinomaistyyppisten palvelujen käyttöä. Tämän merkitys kasvaa ikääntyvän väestön määrän kasvaessa, ja se on sekä asiakkaiden että palvelujen järjestämistä vastaavien kannalta tarkoituksenmukaista.

Sekä laitoksessa, avohoidossa että kodinomaisissa palveluissa olevalle taataan hänen tuloistaan tietty osa tai tietty euromäärä kuukautta kohden henkilökohtaiseen käyttöön. Erikseen selvitetään, tulisiko tällainen minimimäärä olla porrastettu hoitomuodon mukaan eli pienentyä kohti laitoshoidtoa siirryttäessä.

Lisäksi maksuilla on palvelujen käytön ohjausmahdollisuuksia muussakin kuin ikääntyvän väestön tarvitsemisissä palveluissa.

- G. Hyväksytään, ettei pitkillä ja yksityiskohtaisillakaan maksusäädöksillä voida kaikkea elävän elämän tilanteita ottaa huomioon. Maksusäädökset ovat selkeitä ja selvät. Pyritään yhdenmukaisiin, mutta ei identtisiin maksukäytäntöihin. Yhdenmukaisuuden asteen nostamisessa ollaan tarkoituksenmukaisia.
- H. Maksujärjestelmä on hallinnollisesti toimiva ja hallinnointikuluiltaan kevyt. Lisäksi se on läpinäkyvä ja avoin: sen periaatteet, sisältö ja toiminta ovat sekä valtakunnallisten että paikallisten päättäjien mutta myös kansalaisten seurattavissa ja arvioitavissa.
- I. Asiakasmaksupolitiikka asiakasmaksuineen ja omavastuineen on väestön tuntema ja hyväksymä.

2. Hallitusohjelmaan maksupolitiikan uudistaminen

Selvitysmies pitää tärkeänä, että tulevan hallituksen hallitusohjelmaan otetaan sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan (ml. sairausvakuutuksen omavastuut) ja asiakasmaksusäännösten uudistaminen ja maininta sosiaali- ja terveydenhuollon maksupoliittisen toimikunnan asettamisesta laatimaan vuoden 2004 loppuun mennessä ehdotukset maksupolitiikan kokonaisuudistuksesta ja kunnallisten maksujen ja sairausvakuutuksen maksukattojen yhdistämisestä vuoteen 2007 mennessä.

3. Maksupoliittisen toimikunnan asettaminen

Selvitysmies on päätenyt siihen, että on perusteltua asettaa toimikunta mahdollisimman pian. Asian mittavuuden ja sosiaali- ja terveystoliittisen merkittävyyden takia toimikunnalle tulee taata vahva poliittinen tuki sekä riittävät voimavarat.

Toimikuntaan tulisi saada sosiaali- ja terveystministeriön edustajien lisäksi edustus valtiovarainministeriöstä, Kansaneläkelaitokselta sekä kuntasektorilta. Tämä olisi tärkeää muun muassa, jotta maksupolitiikan keskeisten toimijoiden näkemykset voidaan ottaa huomioon ja yhteen sovittaa.

Toimikunnan tulisi edellä kerrottujen maksupolitiikka- ja maksukäytäntölinjausten puitteissa määrittää maksupolitiikan linjat ja maksupolitiikan asema sosiaali- ja terveystpalveluiden rahoituksessa ja kuntataloudessa noin kymmenen vuoden ajanjaksolle. Linjauksiin kuuluu

- määrittely siitä, mitä sosiaali- ja/tai terveystoliittisiä tavoitteita maksuilla halutaan edistää
- mikä on maksujen rooli palvelujen käytön ohjaamisessa etenkin avohoito- ja kodin omaispainotteisissa palveluissa
- mikä on tasa-arvotavoitteiden asema maksupolitiikassa
- mikä tulisi olla maksutuoton osuus palvelujen kokonaisrahoituksesta koko maan tasolla
- mitkä ovat maksujen vuosittaisten tarkistusten periaatteet (esim. missä määrin tarkistusten tulisi olla indeksisidonnaisia).

Linjauksia tehtäessä tulisi käsitellä myös sitä, miten väestön kasvava tulotaso ja varallisuus tulisi ottaa huomioon maksuja asettaessa. Lisäksi tulisi ottaa kantaa siihen, mikälaisten maksujen tulisi olla yksilökohtaisia ja millaisten maksujen perhekohtaisia.

Ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon laajuuden ja sen eri lohkojen erilaisuuden tarkoituksenmukaista on se, että toimikunnan työ hajautetaan kolmeen eri jaostoon eli lasten päivähoitoon, pitkäaikaishoitoon ja -hoivaan, sekä akuuttipalveluihin. Lasten päivähoiton maksuihin kytkeytyy paljon nimenomaan tähän sektoriin liittyviä pyrkimyksiä kuten muun muassa yhteiskunnan halu väestön työssäkäyntiasteen korottamiseen. Yhtälailla pitkäaikaishoitoon ja akuuttipalveluihin liittyy omia näkökulmia siinä määrin, että myös niitä on aiheellista käsitellä omilla alaryhmissä.

Toimikunta tulisi asettaa ennen kesäkuun 2003 loppua. Toimikunnan työn tulisi olla valmis vuoden 2004 lopussa.

Toimikunnan esitysten pohjalta tulee valmistella tarvittavat säädösmuutosesitykset.

4. Maksusäännösten uudistamistyötä toimikuntatyön rinnalla

Selvitysmies katsoo, että asiakasmaksuja ja maksukattoa koskevia säännöksiä tulee joka tapauksessa uudistaa. Tämä työ on tarpeen riippumatta siitä, miten edellä mainittu toimikuntatyö etenee.

Tämän työn asioihin kuuluisivat lakitekniisten korjausten lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuasetuksen muuttaminen siten, että maksukaton määräytymiseen ei

vaikuttaisi se, onko maksun suorittamiseen myönnetty toimeentulotukea. Samoin on tarvetta selvittää lainsäädännöllä sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammalain suhteita vammaisten henkilöiden asumispalvelujen järjestämisessä. Lisäksi on ilmeistä tarvetta pyrkiä selvittämään käytäntöjä informaatiolla ja tarvittaessa säädöstarkennuksin siitä, miten ulkomailla asuvia suomalaisia laskutetaan heidän Suomesa käyttämistään sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista.

Maksusäädösten tarkistamisen ja muutosten osalta säädösten yksinkertaistaminen tulisi olla lähtökohta. Kaikkea maksuihin liittyviä näkökohtia ei voida lailla ja asetuksella säädellä ja ohjata, vaikka säädökset laadittaisiin erittäin yksityiskohtaisiksi.

5. Maksupolitiikka koskevan koulutuksen ja informoinnin parantaminen

Selvitysmiehen arvio on, että on tarpeen järjestää erillisiä koulutustilaisuuksia sosiaali- ja terveystieteiden maksusäädösten soveltamisesta kunnille ja kuntayhtymille. Myös tietosuojan käytännön kysymysten osalta tarvittaisiin lisää koulutusta. Koulutuksella voitaisiin säädösten hallinta- ja tulkintaongelmia vähentää ja saada aikaan yhdenmukaisempia käytäntöjä. Sen toteutuksesta voisivat vastata esimerkiksi lääninhallitukset ja Suomen Kuntaliiton alainen Kuntakoulutus. Lääninhallitusten osalta asia voidaan kytkeä tulosoikeuksiin. Lääninhallitusten osalta asia voidaan kytkeä tulosoikeuksiin.

Lisäksi tulisi toteuttaa Intranet- ja Internet-pohjaisia menettelyjä vastattaessa asiakasmaksuja, omavastuita ja yleensä asiakasmaksupolitiikkaa koskeviin koulutusaineisiin ja tiedonjanoon. Osa näistä ponnisteluista tulisi suunnata väestölle tarjottavan sähköisen informaation lisäämiseen.

6. Maksupoliittisten erillisselvitysten laadinta

Selvitysmies katsoo, että maksupolitiikan, maksujen ja omavastuiden osalta tulisi laatia seuraavassa mainitut selvitykset. Niiden laadinta tukisi osaltaan esityskohdassa 3 mainittu toimikunnan työ.

- A. Selvitys kasvavien työeläketulojen ja yleisemmin vanhusväestön kasvavan tulotason ja varallisuuden merkityksestä. Selvitys tulisi olla valmis lokakuun 2003 loppuun mennessä.
- B. Selvitys maksupolitiikan tilanteesta muissa maissa ja erityisesti EU-maissa. Tässä selvityksessä tulisi kertoa maksupolitiikan käyttämisestä ja merkityksestä sekä esittää numerotietoina, paljonko asiakas ja/tai kotitalous maksaa eräiden tyyppillisten palvelujen käytöstä (esim. yleislääkärillä käynnistä ja sairaalan hoitopäivästä). Selvitys tulisi tehdä vuoden 2003 loppuun mennessä.
- C. Yhteenvedonraportti hallinto-oikeuksien maksuja koskevista päätöksistä. Raportti tulisi olla valmis vuoden 2004 maaliskuun loppuun mennessä. Tällaisen raportin laadinta selkeyttäisi maksulinjauksia ja toisi esille mahdolliset erilaisuudet eri hallinto-oikeuksien painotuksissa.
- D. Selvitys maksukattojen kohtaannosta sekä kuntasektorissa että sairausvakuutuksen puolella. Tällöin selvitettäviä asioita olisivat muun muassa, millaiset asiakkaat ovat tulleet maksukaton piiriin, kuinka suurin summin ja millaisten palvelujen ai-

heuttamien kustannusten vuoksi. Selvitys antaisi osaltaan informaatiota maksujen tulonjako- ja muista jakaumavaikutuksista sekä antaisi maksupoliittiselle toimikunnalle näkemystä kuntasektorin ja sairausvakuutuksen yhteisen maksukaton suuruuden määrittämiseen ja maksukattoratkaisun muotoilemiseen. Selvitys tulisi olla valmis maaliskuun 2004 lopussa. Tarvittaessa selvitystä voidaan täydentää vuonna 2005 uusimmilla maksukattotiedoilla.

7. Uudenmuotoisten toimintojen suhde maksuihin selvitettävä

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä koskien terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamista todetaan, että jos sairaala täyttää periaatepäätöksessä kerrotut hoitoon pääsyn kriteerit, ”sairaanhoitopiiri voi ostaa lisätyönä omalta henkilöstöltään varsinaisen työajan jälkeen myös sellaisia polikliinisia ja päiväkirurgisia palveluita, joiden maksajana ovat muut kuin potilaiden asuinkunnat, esimerkiksi työnantajat, vakuutusyhtiöt ja potilaat itse”. Jos tai kun tässä edetään, sen merkitys asiakasmaksuihin, sairausvakuutuskorvauksiin sekä maksukattoihin joudutaan selvittämään.

Selvittelytarvetta syntyy myös, mikäli syntyy lisää tekonivelsairaala Coxan tyylisiä useaomistajapohjaisia tuottajaorganisaatioita.

Selvitysmies toteaa, että erikseen tulisi arvioida, tulisiko ja milloin selvittää mahdollisten uudenmuotoisten toimintojen kuten sairaaloiden omalta henkilöstöltään lisätyönä ostamien palvelujen sekä useaomistajapohjaisten organisaatioiden vaikutusta asiakasmaksuihin ja omavastuihin sekä yleisemmin maksupolitiikkaan.

8. Maksukattojen yhdistäminen ajan kanssa

Selvitysmies katsoo, että kuntasektorin ja sairausvakuutuksen yhteisen maksukaton seuranta ja toteutusta varten tarvittaisiin rekisteri, johon maksuja ja omavastuita koskevat tiedot kerättäisiin ja jossa ne säilytettäisiin. Yhteisen rekisterin suunnittelu- ja valmistelytyö tulisi käynnistää samanaikaisesti kun kuntasektorin erillisiä kattoja yhdistetään. Selvitysmies esittää, että selvitetään Kansaneläkelaitoksen mahdollisuudet hoitaa em. valtakunnallinen rekisteri ja toimia yhteisen maksukaton hallinnoijana.

Keskitettyyn rekisteriin tulisi ottaa sairausvakuutuksen omavastuut sekä kuntasektorin maksutiedot sellaisina kuin ne asetettu maksettaviksi. Asiakkaiden palvelujen käytöstä maksettaviksi asetetuista maksuista tallennettaisiin sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimipisteistä yhteiseen ajantasarekisteriin. Sairausvakuutuksen omavastuiden osalta tiedot tuottaisi Kansaneläkelaitos.

Siirryttäessä uudenaikaiseen malliin tulee huolehtia tietosuojasta riittävästi. Lähtökohdaksi voi ottaa sen, että asiakas on itseään koskevien tietojen haltija. Asiakkaiden tulisi voida laatuvarmenteella tarkastaa omat tietonsa. Tietokannasta tulisi lähettää automaattisesti ilmoitus asiakkaalle maksukaton täyttymisestä.

Tietokantaa suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon muut tähän työhön liittyvät tietoteknologiahankkeet ja varmistaa tarpeellinen koordinaatio. Suunnittelussa voidaan ottaa huomioon sekä hyödyntää myös sähköisen lääkemääräyksen kehittämishankkeen periaatteet ja kokemukset.

Tietokannan toteuttamisen kustannukset tulisi jakaa valtion, Kansaneläkelaitoksen sekä kuntien kesken. Tietokannan ylläpidosta aiheutuvat kustannukset tulisi puolestaan jakaa kuntien ja Kansaneläkelaitoksen kesken.

Edellä hahmoteltu yhteisen reaaliaikaisen maksukattorekisterin laadinta ei onnistu kändenkäänteessä. Tavoitteena voi pitää, että ratkaisu voidaan toteuttaa vuoden 2007 alussa.

Jos asiassa halutaan edetä kaksivaiheisesti, niin mahdollista voisi olla se, että aiemmin esimerkiksi vuodesta 2005 lähtien kunnalliset tuottajat velvoitettaisiin säännöllisin suhteellisen lyhyin väliajoin toimittamaan sähköisessä muodossa tiedot maksettaviksi asetetuista maksuista Kansaneläkelaitoksen toimistoihin, josta ne siirrettäisiin Kansaneläkelaitoksen ylläpitämään rekisteriin. Reaaliaikaiseen malliin tulisi pyrkiä vuoden 2007 alusta lukien.

Yhteiseen maksukattokattoon siirryttäessä täytyy ratkaista usea periaatteellinen ja muu ongelma. Näihin asioihin kuuluu muun muassa sopiminen etukäteen selkeistä pelisäännöistä siitä, miten maksukaton ylittävien kustannuserien rahoitusvastuu jaetaan hallinnollisesti halvalla ja eri osapuolten (Kansaneläkelaitoksen ja kunnallisten toimijoiden) kannalta tasapuolisesti. Lisäksi etukäteen on päästävä yhteiseen näkemykseen siitä, minkä suuruinen yhteisen maksukaton tulisi olla. Selvittäviä asioita on myös periaatekannanoton muodostaminen siitä, miten yhteisen maksukaton reaaliarvoa seurataan ja muutetaan vuosittain.

9. Maksujen hallinnoinnin rationalisointi

Maksujen hallinnointi on muodostunut suureksi ongelmaksi ja kustannustekijäksi kuten tämän raportin luvuissa 4 ja 5 kerrottiin. Selvitysmiehen arvio on, että on huomattavaa tarvetta rationalisoida maksujen keräämisen menettelyjä ml. maksukattoihin liittyvät asiat. Maksukattoratkaisuista riippumatta on erittäin suurta tarvetta nopeuttaa tietoteknologian hyödyntämistä maksujen hallinnoinnissa. Tämä on sekä asiakkaiden että kuntien etujen mukaista. Lähtökohtaisesti tämä on paljolti kuntasektorin toimijoiden välinen asia. Valtion roolina voi olla asian vauhdittaminen esimerkiksi erilaisilla kehittämishankerahoilla.

Kirjallisuutta

Alanen Pekka, Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen osuus kustannuksista laskenut. Suomen Kuntaliiton tiedote 23.1.2003.

Health at a Glance. OECD. 2001.

Huhtala Sinikka, Maksukattokokemuksia. Sairaala, 9/2001.

Jämsén Raimo ja Järvinen Pekka, Sosiaali- ja terveystalouden maksupolitiikan linjausten ja toimivuuden selkiyttäminen. Sosiaali- ja terveysministeriö, muistio 29.8.2002.

Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi -työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistioita 2002:3.

Kelan valtuutettujen mielestä lääkkeitä tulisi siirtää tietoteknisesti. Sosiaalivaikuttaminen 6/2002.

Kestävä talous, hyvinvoinnin perusta. Valtiovarainministeriö, Taloudelliset ja poliittiset katsaukset 3/2002.

Kohti tehokkaampaa ja laadukkaampaa julkista taloutta. Valtiovarainministeriön työryhmä VM128:00/2001. Valtiovarainministeriö, Kansantalouselämykset, Keskustelualoitteita No. 70. Kesäkuu 2002.

Lääkekorvaustyöryhmä 2000:n loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2001:15.

Lääkkeiden korvausjärjestelmän laajuus ja sisältö. Sosiaali- ja terveysministeriö, työryhmämuistioita 2002:16.

Mikkola Hennamari, Kansainväliset kokemukset palvelusetelien käytöstä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Ilmestyy sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä -sarjassa maaliskuussa 2003.

Niemelä Jutta, Palvelusetelien käyttö muiden maiden sosiaali- ja terveystalouksissa sekä niistä saadut kokemukset, Sosiaali- ja terveysministeriö 1996.

Opiskelijaterveydenhuollon tila. Muistio 19.2.2003, sosiaali- ja terveysministeriö, terveysosasto.

Palvelut kotiin setelillä? Sosiaali- ja terveysministeriö, Työryhmämuistio 10/2002.

Parempaa halvemmalla? Valtiovarainministeriö, Kansantalouselämykset, Keskustelualoitteita No. 68. Kesäkuu 2002.

Raassina Anne, Nykyisen maksujärjestelmän ongelmia ja haasteita, muistio 13.11.2001, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Raassina Anne, Pitkäaikaisen avo- ja laitoshoidon etuuksien ja asiakasmaksujen yhtenäistämismahdollisuudet. Muistio 13.7.2002. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Robinson Ray, User charges for health care teoksessa Funding health care: options for Europe edited by Mossialos Elias, Dixon Anna, Figueras Josep and Kutzin Joe. Buckingham. Open University Press. 2002.

Sairaanhoitovakuutustoimikunnan mietintö. Komiteanmietintö 1993:29.

Sosiaalimenojen kehitys pitkällä aikavälillä. Somera-toimikunnan taustaraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 2002:21.

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietintö (komiteanmietintö 1993:17).

Suomen Kuntaliiton hallituksen kokouksen pöytäkirjat 30.10.1997 ja 13.11.1997 sekä kokouksen 30.10.1997 liite 1 ”Kuntien maksupolitiikka” (päivätty 2.9.1997).

Taskula Tuula, Hartikainen Sirkka ja Jämsén Raimo, Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjiltä perittävät maksut sekä sairausvakuutuksen omavastuut. Muistio 5.12.2001.

Terveydenhuollon asiakasmaksut. Sosiaali- ja terveysministeriö, Selvityksiä 1999:2.

Terveydenhuollon kustannus- ja rahoitustietokanta, Kela/Stakes.

Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960 – 1999. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9:58. Helsinki 2001.

Tietoja koko kuntasektorin sosiaali- ja terveystoimen käyttömenoista/käyttökustannuksista ja maksutuloista. Perusturva 1/ 2003. Suomen Kuntaliitto.

Valtioneuvoston periaatepäätös terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. 11.4.2002.

Yhteistyöllä ja kilpailen. Peruspalvelut 2000-tutkimusraportti. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, Julkaisuja 31, Helsinki 2001.

Kuullut asiantuntijat

Seuraavassa luettelossa mainittujen henkilöiden lisäksi selvitysmies kävi toimeksiantoonsa liittyviä keskusteluja monen muunkin henkilön kanssa eri yhteyksissä sekä sai muutamia kirjallisia lausuntoja yksittäisiltä tahoilta.

Etelä-Suomen lääninhallitus

Ellala Esa, sosiaalineuvos
Haataja Topi, läänin sosiaalitarkastaja

Hämeenkyrön kunta

Hietanen Hannele, vanhainkodin johtaja
Hiltunen Sirpa, kotipalvelun ohjaaja
Ilomäki Irma, perhepäivähoidon ohjaaja
Koivunen Marja, perhepäivähoidon kanslisti
Koskinen Leila, toimistonhoitaja, terveyskeskus
Laaksonen Eeva-Liisa, kanslisti, sosiaalipalvelukeskus
Lassila Sirpa, perhepäivähoidon ohjaaja
Luomahaara Jaakko, sosiaalijohtaja
Mäkelä Anna-Maija, ohjaaja, mielenterveyspalvelut
Renko Riitta, kanslisti, vanhainkoti
Salonen Arja, kotipalvelun ohjaaja
Utriainen Virpi, vastaava ohjaaja, mielenterveyspalvelut
Viitaniemi Helena, kanslisti, sosiaalipalvelukeskus

Hämeenlinnan kaupunki

Harjula Leena, vammaispalvelujen koordinaattori, sosiaalitoimi
Hietala Marjatta, kotipalveluohjaaja, sosiaalitoimi
Karimaa Ulla-Maija, kotihoidon koordinaattori, sosiaalitoimi
Karlsson Päivi, toimistos sihteeri, sosiaalitoimi/vanhustyö
Kämäräinen Hannu, hallinto- ja talousjohtaja, sosiaalitoimi
Tamminen Arja, päivähoidon johtaja, sosiaalitoimi
Vento-Jokinen Eija, sosiaalityöntekijä, sosiaalitoimi/vanhustyö

Hämeenlinnan seudun kansanterveystyön kuntayhtymä

Karsio Timo, talousjohtaja
Lehtikallio Terhi, toimistos sihteeri

Härkätien kuntayhtymä

Aho Marja-Leena, talousjohtaja
Saloranta Tuula, taloussihteeri

Kansaneläkelaitos

Hartikainen Sirkka, järjestelmäpäällikkö, terveys- ja toimeentuloturvaosasto
Morri Pekka, johtaja
Rajaniemi Sinikka, yliproviisori, terveys- ja toimeentuloturvaosasto

Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri

Alanko Raija, toimistos sihteeri
 Lehtimäki Terhi, laskentasihteeri
 Karhu Seppo, talousjohtaja
 Väänänen Jarmo, sairaanhoitopiirin johtaja

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Häyrynen Matti, talousjohtaja
 Malin Marja-Leena, toimistonhoitaja
 Rytönen Asko, kehittämisspällikkö

Kuopion kaupunki

Airaksinen Merja, kanslisti, avohoidon maksut
 Helminen Anneli, vastuualuejohtaja, psykososiaalityö
 Iivanainen Paula, kanslisti, kotihoitomaksut
 Kaitokari Paavo, sosiaali- ja terveysjohtaja, hallinto
 Kallio Tiina, kotipalvelun ohjaaja/tulosityksikön päällikkö, kotihoito ja vanhustyö
 Kauhanen Mervi, kanslisti, päivähoito
 Kauppinen Leena, va. päivähoidontarkastaja, päivähoito
 Keski-Karhu Ulla, talouspäällikkö, hallinto
 Kuosmanen Anja, kotipalvelun ohjaaja, kotihoito
 Lindell Pekka, vastuualuejohtaja, päivähoito
 Paljärvi Soili, vastuualuejohtaja, kotihoito ja vanhustyö
 Parkkonen Tarja, projektipäällikkö, hallinto
 Pesonen Leena, sosiaalityöntekijä, kotihoito
 Pietikäinen Matti, vastuualuejohtaja, avohoito
 Rautjärvi Jorma, vastuualuejohtaja, sosiaalityö
 Uschanoff Jukka, vastuualuejohtaja, hallinto
 Vilpponen-Salmela Terttu, vastuualuejohtaja, sairaalahoito

Lapin lääninhallitus

Harpela Risto, läänin sosiaalitarkastaja, sosiaali- ja terveysosasto
 Pantti Raimo, ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysosasto
 Välimaa Aimo, läänin sosiaali- ja terveysneuvos, sosiaali- ja terveysosasto

Lapin sairaanhoitopiiri

Haahti Tarja, toimistos sihteeri
 Kylmänen Pekka, talousjohtaja
 Mattila Saara, laskentapäällikkö

Liedon kunta

Ahopelto Sauli, kunnanjohtaja
 Bergroth Kristina, sosiaalijohtaja
 Holmborg Marja, sosiaalityöntekijä, sosiaalitoimi
 Mela Leena, vanhainkodin johtaja, sosiaalitoimi

Länsi-Suomen lääninhallitus, Jyväskylän alueellinen palveluyksikkö

Arponen Aino, läänin sosiaalitarkastaja
 Hirsiaho Aimo, läänin sosiaalitarkastaja
 Korhonen Marketta, sosiaalineuvos

Nilsin kaupunki

Happonen Kaija, toimistosihteeri, sosiaaliosasto
 Lappalainen Anna-Liisa, johtava hoitaja, terveyskeskus
 Lintunen Tytti, johtava sosiaalityöntekijä, sosiaaliosasto
 Yletyinen Aila, kanslisti, terveyskeskus

Rovaniemen hallinto-oikeus

Pyhäjärvi Pirjo, hallinto-oikeustuomari
 Wesslin-Nenonen Pirkko, hallinto-oikeustuomari

Rovaniemen kaupunki

Arhipoff Hilikka, terveyskeskusavustaja
 Honkavuori Pirjo, päivähoidon tulosaluejohtaja
 Kestilä Marjatta, johtava sosiaalityöntekijä
 Kilpeläinen Auvo, sosiaali- ja terveysjohtaja
 Lampela Pekka, ylilääkäri
 Perttunen Sinikka, päiväkodin johtaja
 Rusanen Leena, vastaava sairaanhoitaja
 Salla Tuula, toimistosihteeri
 Tuikka Hannele, kotipalvelu
 Vitikka Sirkka, kotihoidon ohjaaja
 Yli-Suvanto Minna, taloussihteeri

Rovaniemen maalaiskunta

Hemminki Pertti, perusturvajohtaja
 Lohtander Johanna, johtava hoitaja/vastuualueen esimies, terveyskeskus
 Louhela Milja, toimintakeskuksen johtaja
 Mattila Raija, kotipalvelun ohjaaja
 Olsén Ritva, päivähoidon vastuualueen esimies
 Ylioja Sari, terveyskeskusavustaja, terveyskeskus

Sisäasiainministeriö

Korvola Kaarlo, neuvotteleva virkamies, alueiden ja hallinnon kehittämisosasto

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

Pekurinen Markku, ryhmäpäällikkö
 Widström Eeva, ylilääkäri

Sosiaali- ja terveysministeriö

Hansson Aino-Inkeri, apulaisosastopäällikkö, perhe- ja sosiaaliasiain osasto
 Hämäläinen Päivi, lääkintöneuvos, terveysosasto
 Järvinen Pekka, hallitusneuvos, terveysosasto
 Kairisalo Anja, hallitusneuvos, vakuutusosasto
 Kaukonen Olavi, ylitarkastaja, perhe- ja sosiaaliasiain osasto

Kimpimäki Aini, ylitarkastaja, perhe- ja sosiaaliasiain osasto
Lehto Markku, kansliapäällikkö
Leppo Kimmo, ylijohdaja, terveysosasto
Männistö Jukka, erityisasiantuntija
Raassina Anne-Mari, ylitarkastaja
Rissanen Martti, lääkintöneuvos, terveysosasto
Sarvimäki Pirjo, projektipäällikkö, perhe- ja sosiaaliasiain osasto
Suksi Ismo, neuvotteleva virkamies, talous- ja suunnitteluosasto
Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiesjohtoryhmä
Sosiaali- ja terveysministeriön ministerijohtoryhmä

Suomen Kuntaliitto

Alanen Pekka, varatoimitusjohtaja
Eriksson Rolf, kehityspäällikkö, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Huhtala Sinikka, erityisasiantuntija, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Kallio Martti, kuntatalousyksikön päällikkö
Liukko Matti, sosiaali- ja terveystieteiden yksikön päällikkö
Lunnas Heikki, kehittämisspäällikkö, tietoyhteiskuntayksikkö
Taskula Tuula, sosiaali- ja terveystoimen päällikkö, sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö
Suomen Kuntaliiton johtoryhmä

Tampereen yliopisto

Rissanen Pekka, professori, terveystieteiden laitos

Tietosuojavaltuutetun toimisto

Kleemola Maija, toimistopäällikkö

Valtion taloudellinen tutkimuskeskus

Luoma Kalevi, tutkimuspäällikkö

Valtiovarainministeriö

Koskinen Raija, budjettineuvos, budjettiosasto

Otteita Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan mietinnöstä⁶

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 18.12.1991 toimikunnan, jonka tehtävänä oli kar-
toittaa ja arvioida sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan nykytilanne, määrittellä
sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan periaatteet tulevalle 10–15 vuoden ajan-
jaksolle ottamalla erityisesti huomioon valtiosuusjärjestelmän muutosehdotus sekä
valmistella näiden periaatteiden edellyttämät esitykset tarvittaviksi säädösmuutoksiksi.

Tämän sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikkatoimikunnan ehdotusten pääkoh-
dat ilmenevät seuraavassa olevista toimikunnan mietinnön lainauksista (komiteanmie-
tintö 1993:17). Tummennukset ovat toimikunnan mietinnön mukaisia.

Toimikunnan ehdotukset

Toimikunta ehdottaa sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan tulevien vuosien
suuntalinjoiksi seuraavia periaatteita:

**a) Maksupolitiikkaa kehitettäessä tulee lähtökohtana olla edellä (mietinnön) koh-
dassa 8.2. todetut periaatteet:**

palvelujen rahoittaminen pääosin verovaroin
sosiaalinen oikeudenmukaisuus
palvelujen käyttäjien tasa-arvo
sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden toteuttaminen
kuntien vapauden ja vastuun lisääminen maksuja määrättäessä.

Vuoden 1993 alusta voimaan tullut asiakasmaksulaki on keskeisiltä osiltaan näiden pe-
riaatteiden mukainen. Asiakasmaksulaki siinä omaksuttuine periaatteineen muodostaa
sitien hyvän perustan maksupolitiikan ja maksusäännösten edelleen kehittämiseksi.

**b) Maksupolitiikan lähtökohtana on, että kunnallisista sosiaali- ja terveydenhuollon
palveluista voidaan periä kunnan päättämä maksu.** Perittävä maksu ei saa kuiten-
kaan ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia koska palveluja järjeste-
tään ensisijaisesti kunnan asukkaiden tarpeiden tyydyttämiseksi.

Määriteltäessä palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia, ei lähtökohtana tarvit-
se pitää jokaisen yksittäisen palvelutapahtuman todellisia kustannuksia. Palvelun kus-
tannuksina voidaan pitää myös samanlaisten palvelujen keskimääräisiä kustannuksia.
Esimerkiksi pitkäaikaisessa sairaalahoidossa olevien henkilöiden osalta palvelujen tuot-
tamisesta aiheutuvina kustannuksina voidaan pitää asianomaisen laitoksen keskimää-
räistä pitkäaikaishoidon hoitopäiväkustannusta, vaikka yksittäisten potilaiden saamassa

⁶ Tekstin tummennukset ovat komiteanmietinnön mukaisia.

hoidossa olisi eroja. Jatkossa tulee kuitenkin kunnallisen laskentatoimen kehittämisessä kiinnittää huomiota palvelujen tuottamisesta aiheutuvien kustannusten laskemiseen.

Verrattaessa kunnallisista ja yksityisistä palveluista perittäviä maksuja, tulisi kunnallisten palvelujen olla pääsääntöisesti edullisempia. Näin myös silloin kun otetaan huomioon muut yhteiskunnan tukimuodot, kuten sairausvakuutuskorvaukset.

c) Maksuttomat palvelut säädetään jatkossakin lailla. Maksuttomiksi tulisi edelleenkin säätää sellaiset palvelut, joiden käyttö on yhteiskunnan edun mukaista, joissa on kysymys palvelun saajan toimintaedellytysten tasa-arvoistamisesta tai asiakas ei välttämättä koe palvelun olevan hänelle hyödyllinen. Tällaisia ovat esimerkiksi eräät ennaltaehkäisevät palvelut ja tartuntatautien hoito. Lisäksi näitä palveluja voivat olla sellaiset vaikeavammaisille annettavat palvelut, jotka mahdollistavat vammasta huolimatta selviytymisen ja osallistumisen yhteiskunnan toimintoihin.

d) Palvelusta perittävän maksun enimmäismäärää voidaan rajoittaa silloin kun: palvelujen käyttöön liittyy merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita tai palvelua tarjoamalla yhteiskunta toteuttaa liitännäistavoitetta (esim. tulonsiirto), palvelujen käyttäjien näkökulmasta korkea maksu voi estää tarpeellisen palvelun käytön ja väestön tasa-arvo edellyttää, että palvelusta perittävät maksut eivät poikkea olennaisesti eri puolilla maata.

Ohjausta tulee kuitenkin väljentää nykyisestä siirtymällä asteittain asetukseen perustuvasta sääntelystä maksuja koskeviin suosituksiin. Väljentäminen aloitetaan, kun siihen arvioidaan olevan riittävät edellytykset.

e) Palvelun käyttäjällä tulee olla oikeus saada asianomaisen palvelun mukainen kaikki tarpeellinen hoito, huolto ja ylläpito ilman säädetyn maksun lisäksi suoritettavia erillisiä lisämaksuja.

Palvelun käyttäjällä on kuitenkin monissa tapauksissa mahdollisuus omilla varoillaan kustantaa ylimääräisiä hoitoon tai huoltoon liittymättömiä palveluja itselleen. Hän voi esimerkiksi itse hankkia potilashuoneeseen erityisiä mukavuuksia.

Toimikunta esittää, että myös kunnalliset laitokset voisivat järjestää tällaisia varsinaiseen palveluun liittymättömiä palveluja ja periä niistä erillisen, enintään omakustannushintaa vastaavan maksun.

Maksulliset lisäpalvelut tulee kuitenkin järjestää siten, että niiden hankkiminen ei muodostu missään tilanteessa edellytykseksi varsinaisen palvelun saamiselle. Lisäpalvelujen hankkiminen ei saa myöskään tuoda palvelujen käyttäjälle etua varsinaisen palvelun laatuun ja saatavuuteen.

Toimikunta ei sen sijaan pidä tarkoituksenmukaisena sellaista järjestelmää, joka mahdollistaisi todellisia kustannuksia vastaavan maksun perimisen niin sanotuilta itsemaksavilta henkilöiltä silloin kun palvelu on säädetty maksuttomaksi tai asetuksella on säädetty siitä perittävän maksun enimmäismäärä. Toimikunnan käsityksen mukaan tällainen maksujärjestelmä johtaisi ensikädessä siihen, että keskimääräistä varakkaammat henkilöt saisivat etusijan palveluja järjestettäessä. Pidemmällä tähtäimellä järjestelmä

voisi johtaa ainakin terveydenhuollossa nykyisen verorahoitteisen järjestelmän muuttamiseen pääosin yksityisillä vakuutuksilla rahoitettavaksi. Tällaiset kehityssuunnat olisivat vastoin (mietinnön) kohdassa 8.2. todettuja periaatteita.

Lisäksi toimikunta katsoo, että erikoissairaanhoidossa käytössä olevan erikoismaksuluokkajärjestelmän asema tulisi arvioida uudelleen (mietinnön) kohdan 8.2. periaatteen mukaisesti.

f) Asetuksella säädettyt enimmäismaksut ovat tällä hetkellä pääosin niin korkeita, että ne muodostavat varsin suuren taloudellisen rasitteen erityisesti paljon palveluja tarvitseville henkilöille. Tämän vuoksi **toimikunta ehdottaa, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa otettaisiin käyttöön tulosidonnainen katto maksujen vuotuiselle yhteismäärälle.** Kustannuskaton ylittyessä palveluista perittävät maksut alenisivat asteittain.

Kustannuskattoon tulisi sisältyä lähinnä sellaiset kunnalliset palvelut, joista maksu peritään tällä hetkellä suoritekohtaisena tasamaksuna. Tällaisia palveluja ovat lähinnä terveydenhuollon erilaiset hoitopalvelut kuten lääkarissäkäynnit, poliklinikkakäynnit, lyhytaikainen sairaalahoito, kuntoutuskäynnit, matkat ja osin lääkärintodistukset. Tällä järjestelmällä tasattaisiin esimerkiksi runsaasti palveluja tarvitsevan henkilön kohtuutonta kustannusrasitusta. Kustannuskatto voisi olla myös perhekohtainen.

Kustannuskaton ulkopuolelle tulisi jättää ne palvelut, joiden maksut määräytyvät jo nykyisin maksukyvyyn mukaan. Näitä ovat lasten päivähoidon, pitkäaikaishoidon ja kotona annettavan palvelun maksut.

Kustannuskaton ulottaminen koskemaan myös yksityisten palvelujenkäytöstä aiheutuvia kustannuksia tulisi selvittää erikseen esimerkiksi sairausvakuutusjärjestelmän kehittämisen yhteydessä.

g) Maksukyvyyn mukaan määräytyvien maksujen perusteena ovat palvelun käyttäjän tulot. Hänen omaisuutensa ei sen sijaan vaikuta maksun määräämiseen. Tämä on johtanut tilanteisiin, joissa suuren omaisuuden omistava henkilö saa maksutta tai hyvin pienellä maksulla kunnallisia palveluja, vaikka hänellä olisi todelliset taloudelliset edellytykset suorittaa saamastaan palvelusta maksuja. Erityisesti tämä korostuu pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevien henkilöiden osalta, joilla ei yleensä ole mahdollisuutta itse käyttää hyödykseen omaisuuttaan.

Toimikunta on selvittänyt asiaa ja **pitää tarpeellisena omaisuuden huomioon ottamisen asiakasmaksua määriteltäessä.** Omaisuuden huomioon ottamisen käytännön toteuttaminen on kuitenkin osoittautunut monimutkaiseksi ja vaikeaksi. Tämän vuoksi **toimikunta ehdottaa, että käytännön mahdollisuudet ja toteuttamistavat omaisuuden huomioon ottamiseksi pitkäaikaisesta laitoshoidosta perittäviä maksuja määriteltäessä tulisi selvittää erikseen.**

h) Maksukyvyyn mukaan määräytyviä maksuja määriteltäessä otetaan huomioon myös palvelun käyttäjän pääomatulot, esimerkiksi pankkitalletuksista saatavat korkotulot. Aikaisemmin tällaisista tuloista oli mahdollisuus saada tieto asianomaisen henkilön verotuksen yhteydessä. Talletusten verojärjestelmän muututtua siten, että koroista peri-

tään lähdevero, ei pankkitalletuksista ja niistä saatavista korkotuloista ole mahdollisuutta saada tietoja pankkisalaisuuden vuoksi. Lähtökohtana tulisi kuitenkin olla, että kaikki pääomatulot voitaisiin ottaa kokonaisuudessaan huomioon maksuja määriteltäessä.

Tämän vuoksi **toimikunta ehdottaa, että maksuja määrittäessä sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisilla olisi mahdollisuus saada kaikki tarvittavat tiedot muilta valtion ja kunnallisilta viranomaisilta, pankeilta, vakuutusyhtiöiltä ja muilta tahoilta sen estämättä, mitä muualla on salassapidosta säädetty.**

Asian käytännön toteutus tulisi selvittää erikseen samalla kun selvitetään edellytykset omaisuuden huomioon ottamiseen maksuja määrittäessä.

i) Lasten päivähoiton maksujärjestelmän uudistamiseksi ehdotetaan käynnistettäväksi kokeilu, jonka mukaan maksu olisi asetuksella säädettävä prosenttimäärä perheen tuloista. Tämän tyyppiseen järjestelmään on siirrytty kotona annettavassa palvelussa (kotipalvelu ja kotisairaanhoido) vuoden 1993 alusta. Kokeilun tulosten perusteella tulisi ratkaista, voidaanko lasten päivähoitossa siirtyä pysyvästi tällaiseen järjestelmään.

j) Viime vuosien sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut ovat tehtyjen päätösten johdosta nousseet suhteellisen voimakkaasti ja on otettu käyttöön uusia maksuja. Asiakasmaksuilla on nähty olevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän rahoituksessa yhä laajeneva osuus.

Toimikunta katsoo, että edellä (mietinnön) kappaleissa 8.1. ja 8.2. esitettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan periaatelinjausten pohjalta tarkastellen mahdollisuudet maksukertymien merkittäviin lisäyksiin yksittäisiä maksuja korottamalla ovat rajoitetut.

Tulosidonnaisten maksujen kertymään vaikuttavat itsestään tulotasossa tapahtuvat muutokset. Lisäksi tulomäärittelyn perusteisiin ja maksuihin mahdollisesti tehtävillä muutoksilla voidaan tulokertymää kasvattaa.

Asettamalla katto maksujen vuotuiselle yhteismäärälle, on korottamalla palveluista perittäviä tasamaksuja mahdollisuus saada nykyistä suurempia maksukertymiä.

Toimikunta ei kuitenkaan ota yksityiskohtaisemmin kantaa mahdollisten maksukorotusten kohdentamiseen eikä määrään.

maksut.SelvitysRAPORTTI303.doc

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TYÖRYHMÄMUISTIOITA
SOCIAL- OCH HÄLSOVÄRDSMINISTERIETS PROMEMORIOR
WORKING GROUP MEMORANDUMS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
ISSN 1237-0606

- 2003: 1 Juhani Punkari, Paavo Kaitokari. Suunnitelma sairaalalaskutuksen uudistamiseksi. Selvitysmiesten raportti.
ISBN 952-00-1283-4
- 2 Matti Kaivosoja, Maija Auvinen. Raportti viranomaisyhteistyöstä lasten huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvissä kiistatilanteissa.
ISBN 952-00-1287-7
- 3 Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden väliraportti.
ISBN 952-00-1289-3
- 4 Helsingin kaupungin ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin selvityshankkeen loppuraportti.
ISBN 952-00-1290-7
- 5 Ehkäisevää huumetyötä nuorten työpajoilla kehittävän hankkeen ohjausryhmän muistio.
ISBN 952-00-1294-X
- 6 Seurantaryhmän arvio kansallisen terveyshankkeen toiminnasta vuonna 2002.
ISBN 952-00-1296-6
- 7 Lastenneuvolatoiminnan asiantuntijatyöryhmän muistio. Opas lastenneuvolatoiminnan järjestämiseksi kunnissa.
ISBN 952-00-1304-0
- 8 Toimenpideohjelma huumausainepolitiikan tehostamiseksi vuosille 2001-2003 ja raportti ohjelman toteutumisesta. (Julkaistaan ainoastaan verkossa www.stm.fi)
ISBN 952-00-1305-9
- 9 Helena Kinnunen, Marja Kostiainen. Selvitys homevauriokorjausten rahoitustuesta ja homevaurioiden vastuukysymyksistä. Selvityshenkilöiden raportti.
ISBN 952-00-1308-3
- 10 Kiireelliset toimenpiteet sosiaalityön vahvistamiseksi.
ISBN 952-00-1318-0
- 11 Matti Heikkilä, Juha Kaakinen, Niina Korpelainen. Kansallinen sosiaalialan kehittämisprojekti. Selvityshenkilöiden loppuraportti.
ISBN 952-00-1319-9
- 12 Raimo Jämsén. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus. Selvitysmiehen raportti.
ISBN 952-00-1321-0

