

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSUTSKOTTETS BETÄNKANDE 19/1999 rd

Regeringens proposition med förslag till lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

INLEDNING

Remiss

Riksdagen remitterade den 1 oktober 1999 en proposition med förslag till lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (RP 77/1999 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning.

Motioner

I samband med propositionen har utskottet behandlat

- en lagmotion (LM 57/1999 rd — Ulla-Maj Wideroos /sv) med förslag till lag om ändring av 7 a § lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, som remitterades till utskottet den 1 juni 1999, och
- en lagmotion (LM 112/1999 rd — Juha Rehula /cent m.fl.) med förslag till lag om ändring av 7 a § lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården, som remitterades till utskottet den 29 september 1999 samt
- en hemställningsmotion (HM 359/1999 rd — Tuula Haatainen /sd) om övre gräns för självrisken vid sjukvårdskostnader, som remitterades till utskottet den 2 juni 1999,
- en hemställningsmotion (HM 368/1999 rd — Liisa Hyssälä /cent) om sänkta avgifter för öppenvårdstjänster för äldre, som remitterades till utskottet den 2 juni 1999,
- en hemställningsmotion (HM 405/1999 rd — Niilo Keränen /cent) om införande av en övre gräns för patientavgifter i sjukhusvården, som remitterades till utskottet den 2 juni 1999,

- en hemställningsmotion (HM 481/1999 rd — Veijo Puhjo /vänt m.fl.) om avskrivning av de planerade höjningarna av klient- och besöksavgifter inom hälso- och sjukvården, som remitterades till utskottet den 2 juni 1999,
- en hemställningsmotion (HM 501/1999 rd — Pentti Tiusanen /vänt) om tak för klientavgifterna inom hälso- och sjukvården, som remitterades till utskottet den 2 juni 1999 och
- en hemställningsmotion (HM 508/1999 rd — Marjatta Vehkaoja /sd) om tak för egenavgifterna inom social- och hälsovården, som remitterades till utskottet den 2 juni 1999.

Utlåtande

I enlighet med ett beslut av riksdagen har grundlagsutskottet lämnat utlåtande om ärendet. Utlåtandet (GrUU 8/1999 rd) ingår som bilaga till detta betänkande.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- regeringsrådet Pekka Järvinen, social- och hälsovårdsministeriet
- budgetrådet Raija Koskinen, finansministeriet
- forskningschef Unto Häkkinen och forskare Antti Parko, Forsknings- och utvecklingscentralen för social- och hälsovården
- överinspektör Arto Ylipartanen, Dataombudsmannens byrå

- planerare Sirkka Hartikainen, Folkpensionsanstalten
- chefen för social- och hälsovårdsväsendet Tuula Taskula, Finlands Kommunförbund
- projektsekreterare Antti Perälä, Åbo socialcentral
- servicechef Liisa Stähle, Uleåborgs stad
- grundtrygghetsdirektör Kalevi Yliniemi, Kajana stad
- kommundirektör Helge Häkkinen, Kristina kommun
- förvaltningsdirektör Pertti Vehviläinen, Riihimäki kretssjukhus
- verkställande direktör Teemu Lehtinen, Skattebetalarnas Centralförbund
- ombudsman Pirkko Karjalainen, Centralförbundet för de gamlas väl
- verkställande direktör Kaarina Laine-Häikiö, Reumaförbundet i Finland
- juristen Jaana Huhta, Mielenterveyden Keskusliitto
- social- och rehabiliteringssekreterare Marja-Liisa Nuotio, Hjärtförbundet
- verkställande direktör Kari Ojala, Sydvästra Finlands Cancerförening
- ombudsman Sirpa Aalto, Förbundet för Njur- och Transplantationspatienter
- generalsekreterare Jouko Vasama, Social- och hälsovårdsorganisationernas samarbetsförening SAF rf.

PROPOSITIONEN OCH MOTIONERNA

Propositionen

Regeringen föreslår att lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården ändras och att det införs ett årligt maximibelopp, ett avgiftstak för klientavgifterna. Avgifterna under ett år kan bli en oskäligt stor belastning för dem som särskilt mycket använder sig av hälso- och sjukvårdens tjänster, men i och med att ett avgiftstak införs kan denna belastning lindras betydligt. Avgiftstaket slås fast i en förordning, där det också skall ingå bestämmelser om vilka tjänster som omfattas.

Regeringen föreslår också ändringar i paragrafen om avgifter för barndagvård. Enligt förslaget höjs den högsta avgiften från 1 000 till 1 100 mark. När barnet är i vård året om utan någon större frånvaro skall för dagvården kunna tas ut avgift för 12 månader. Syftet med de nya dagvårdsavgifterna är att öka kommunernas inkomster av avgifterna.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2000 och skall bli behandlad i samband med den. Den föreslagna lagen avses träda i kraft vid ingången av 2000.

Lagmotionerna

I lagmotion LM 57/1999 rd föreslås att familjestorleken, en av kriterierna för dagvårdsavgiften, skall räknas på ett nytt sätt och att två vuxna och högst två av de barn som omfattas av rätten att välja vårdform enligt 11 a § lagen om barn- dagvård alltid skall beaktas.

I lagmotion LM 112/1999 rd, som är ett parallellt förslag till proposition RP 77/1999 rd, föreslås att den högsta dagvårdsavgiften skall vara 1 200 mark och den lägsta 200 mark per månad. Enligt förslaget bör uträkningsgrunderna ses över och hänsyn tas till antalet barn i familjen. Därtill bör de inkomstgränser som ligger till grund för avgiften samt storleken på avgiften för respektive barn i familjen ändras.

Hemställningsmotionerna

I hemställningsmotion HM 359/1999 rd föreslås att riksdagen hemställer att regeringen skall vidta åtgärder för att ändra lagstiftningen och sänka gränsen för när full ersättning börjar betalas för läkemedel inköpta under ett och samma år och lägga fast ett gemensamt tak för samtliga sjukkostnader där de överskjutande kostnaderna ersätts fullt ut.

I hemställningsmotion HM 368/1999 rd föreslås att riksdagen hemställer att regeringen skall vidta åtgärder för att sänka avgifterna för öppenvårdstjänster för äldre och förbättra tillgången på service.

I hemställningsmotion HM 405/1999 rd föreslås att riksdagen hemställer att regeringen skall utreda om det kunde införas en övre gräns för sjukhusens och hälsocentralernas dygnsavgifter i synnerhet för låginkomsttagare.

I hemställningsmotion HM 481/1999 rd föreslås att riksdagen hemställer att regeringen skall vidta åtgärder för att säkra kommunernas finan-

siella grund på annat sätt än med de planerade klientavgifterna inom social- och hälsovården.

I hemställningsmotion HM 501/1999 rd föreslås att riksdagen hemställer att regeringen skall vidta åtgärder och fatta beslut om ett högkostnadsskydd på 2 000 mark per år för klientavgifter inom hälsovården.

I hemställningsmotion HM 508/1999 rd föreslås att riksdagen hemställer att regeringen även skall ta hänsyn till kommuninvånarnas betalningsförmåga när den tar fram en proposition om ett avgiftstak (högkostnadsskydd) i fråga om kommunala avgifter, något som lämpligen kunde ske genom gradering av egenavgifterna.

UTSKOTTETS STÄLLNINGSTAGANDEN

Motivering

Allmänt

Enligt utredningar till utskottet hör Finland till de länder inom OECD där klienterna betalar mest för hälso- och sjukvård i form av avgifter. Hälsovårdsutgifternas andel av BNP var relativt låg, 7,4 procent, år 1997. Detta ger anledning till en analys av i synnerhet hälsovårdstjänsternas kvalitet och finansiering.

Det tyngsta avgiftslasset dras av dem som anlitar tjänster i större utsträckning, människor som också betungas av andra utgifter för sjuk- eller hälsovård, typ läkemedelskostnader och kostnader för resor på grund av sjukdom, samt utgifter för hemservice och hemsjukvård. Det är i allmänhet läkemedel och tandvård som står för de största kostnaderna i hushållen. Av denna anledning är det helt på sin plats att man försöker komplettera sjukförsäkringens egenavgift för läkemedelskostnader och sjukförsäkringsersättningarna för resekostnader med ett högkostnadsskydd för hälso- och sjukvårdskostnader. Det beror mycket på sjukdomen och den behandling den kräver om det går att dra full nytta av det belopp som överstiger självriskandelen.

Det föreslagna avgiftstaket för kommunala hälsovårdstjänster ligger i nordiskt perspektiv rätt högt. Högkostnadsskyddet är betryggande

också om de separata avgiftstaken inom hälso- och sjukvården läggs ihop, alltså taket för egenavgiften för resekostnader och egenavgiften för läkemedel. Det finns en mängd vårdkostnader där det kan vara att inget högkostnadsskydd existerar. Utskottet understryker vikten av att olika alternativ för ett gemensamt avgiftstak undersöks och att fördelarna och nackdelarna vägs mot varandra samt att behövliga lagstiftningsåtgärder därefter vidtas. Självkostnaden måste regleras så att långtidssjuka och människor som ofta är sjuka inte drabbas oskäligt och måste ty sig till utkomststöd.

I avgiftstaksfrågan är det inte bara nivån på högkostnadsskyddet som är relevant utan också vilka avgifter som skall omfattas av skyddet. I det nu föreliggande förslaget inbegrips tandvårdsavgifterna inte i högkostnadsskyddet. Enligt utredning till utskottet utgör de dock en förvarlig del av sjukkostnaderna och det betyder att när tandvårdsreformen utsträcks till hela befolkningen bör det göras en noggrann utvärdering av om tandvårdsavgifterna borde ingå i högkostnadsskyddet. När utvecklingsarbetet framskrider bör det också utredas hur avgiftstaket och i systemet ingående avgifterna lämpligen skall förhålla sig till varandra för att resultatet skall bli rättvist och hälsopolitiskt motiverat.

När det gäller avgiftstaket är ett av de elementära rättvisekriterierna att systemet skall garantera människor med medfödda sjukdomar och andra långtidssjuka skäligen kostnader. Regeringen planerar inte bara att införa ett avgiftstak utan också att höja avgifterna, och det innebär att de långtidssjuka ingalunda gagnas av avgiftstaket utan framför allt drabbas av höjningarna. Undersökningar visar att man hemma hos långtidssjuka gett avkall på vård och mediciner när pengar fattats.

En person med nedsatt funktionsförmåga till följd av sjukdom eller handikapp kan få handikappbidrag eller vårdbidrag för pensionstagare även på basis av sjukdomsrelaterade särskilda kostnader. Ett villkor för dessa trestegsförmåner är att de särskilda kostnaderna är minst lika stora som förmånerna i fråga. De kostnader som ingår i det föreslagna högkostnadsskyddet beaktas bara upp till 3 500 mark. Detta kan leda till att stödet sänks när kostnaderna till följd av avgiftstaket blir något mindre än förmånen och de övriga sjukkostnaderna inte förändras. Det bör följas upp om avgiftstaket får några konsekvenser för praxis när det gäller beviljande av handikappbidrag och vårdbidrag för pensionstagare, och om missförhållanden uppdagas bör åtgärder vidtas.

Avgiftstaket leder till minskade avgiftsinkomster för kommunerna. Regeringen planerar en ändring av förordningen om klientavgifter, som ger kommunerna möjligheter att höja klientavgifterna inom hälsovården. I och med att avgiftstaket minskar kommunernas inkomster har kommunerna givits större spelrum att höja avgifterna och därmed kompensera inkomstbortfallet. Personer som sporadiskt använder sig av kommunala tjänster får till följd av lösningen betala mer i avgifter, men höjningen drabbar också dem som anlitar tjänster i stor utsträckning så länge avgifterna ligger under avgiftstaket.

De hälsopolitiska målen i relation till finansieringsmetoderna

Syftet med avgiftshöjningarna genom en ändring av förordningen tar fasta på de kommunala finanserna. Men de hälsopolitiska effekterna av

avgifterna är inte heller obetydliga. Avgifterna styr inte bara klienternas och patienternas beteende utan sätter också sina spår i servicegivarernas och huvudmännens tjänstestruktur. Så länge avgiftspolitikerna inte är klar är en återhållsam linje visavi avgiftsförhöjningar inom hälso- och sjukvården på sin plats, understryker utskottet. Avgifterna kan bland annat bidra till att bygga upp en tröskel för att använda en viss tjänst, men tröskeln får inte vara så hög att den eventuellt leder till högre kostnader för att patienten söker vård alltför sent. Inkomstrelaterade avgifter åter bör främst användas när en klient erbjuds uppehälle eller tjänster under en längre tid för att senare kunna arbeta och förtjäna pengar.

Den planerade nya grundavgiften för institutionsvård, som tas ut när en kortvarig vårdperiod börjar, är problematisk. Å ena sidan kan resultatet bli att man försöker undvika kortvarig slutna vård, vilket i sin tur kan leda till att man undviker växelvård, en otillfredsställande lösning med hänsyn till de hälsopolitiska målen. Å andra sidan kan avgiften resultera i en tendens att förlänga de slutna vårdperioderna. Ett ekonomiskt tänkande kan få huvudmannen att reagera på ett annat sätt än servicetagaren eller betalaren. Om finansrelaterade faktorer får alltför stor tyngd kan det hända att det hälsopolitiska beteendet inte är effektivt för någons vidkommande. Inga hälsopolitiska grunder har lagts fram för den nya grundavgiften för vård på institution.

Det är också viktigt att ta en patient i slutet eller öppen vård som utgångspunkt för en analys av finansieringen av social- och hälsovården. Även om det nya avgiftstaket införs kan kostnaderna för en patient i öppenvård bli oskäligt höga i det nuvarande systemet, när avgifter tas ut för olika serviceformer i den utsträckning att de sammantagna avgifterna blir helt orimliga. Frågan knyter nära an till det ovan berörda systemet med flera avgiftstak. Om alla avgiftstak räknas samman blir redan detta en ansevärd kostnad, men därtill kommer kostnader för vilka något högkostnadsskydd över huvud taget inte gäller.

Avgiftstaket gäller i detta skede endast den offentliga sektorn. Utgifter som uppstår för anlitande av den privata sektorn ersätts via sjukför-

säkringen, men för de kostnader som vad ändamålet beträffar är jämförbara med kostnader som faller under högstnadsskyddet, saknas en övre gräns för egenavgiften i sjukförsäkringen. Klienternas valfrihet bör tryggas och därför är det ändamålsenligt att se systemet som ett enda stort klomplex och utreda möjligheterna att inkludera kostnaderna för anlitande av den privata sektorn i högstnadsskyddet, exempelvis genom ett lämpligt taxsystem. På denna punkt bör det också utredas om det är rationellt att inkludera de privata tjänsterna i högstnadsskyddet eller om sjukförsäkringssystemets räckvidd bör breddas.

En viktig aspekt som bör vägas in vid översynen av avgiftspolitikerna är flitfällorna och andra hinder för att söka jobb, som uppstår i samband med rehabilitering. Avgiftsgrunderna samt avgifternas storlek och deras relation till inkomsterna bör även ses mot denna bakgrund och inte enbart med hänsyn till de hälso- och socialpolitiska målen och de finansiella aspekterna. Avgiftsstorleken, avgiftsstrukturen samt inkomst-avhängigheten måste också avpassas så att folk uppmuntras till arbete.

Det räcker inte med att enbart dryfta avgiftsfrågan utan det gäller att se till hela finansieringen. De kommunala tjänsterna finansieras för närvarande huvudsakligen med utnyttjande av tre källor. Den största parten står kommunernas skatteintäkter för. Statsandelarna är mer eller mindre viktiga, beroende på hur rik kommunen är och hur stora skatteintäkterna är. Klient- och patientavgifterna står för en blygsam del av finansieringen. Det gäller att ge akt på hur hela systemet utvecklas för att det skall fungera ändamålsenligt i social- och hälsopolitiskt hänseende och även ta hänsyn till statens och kommunernas ekonomiska resurser och inbördes arbetsfördelning. Om det visar sig nödvändigt bör lagstiftningsåtgärder tillgripas.

Dagvårdsavgiften

Den föreslagna ändringen i dagvårdsavgiften berör cirka 38 procent av de familjer som anlitar kommunal dagvård. Förslaget om avgift för en

tolfte månad bedöms ha betydelse för relativt få familjer.

När det gäller avgifterna för dagvård bör det utredas om storleken är ändamålsenlig och rättvis. Till de faktorer som i detta sammanhang bör vägas in hör hur man definierar familj, vilka effekter familjens storlek har och hur familjens storlek slås fast, vilka inkomstgränser som skall gälla för avgiften och en hur stor andel avgiften skall utgöra av inkomsterna i procent och om det ligger en drivfjäder i avgiften samt andra liknande faktorer.

Konstitutionella aspekter

Grundlagsutskottet lyfter i sitt utlåtande fram två omständigheter som är relevanta för lagstiftningsordningen: dels att den kommunala självstyrelsen och delvis också de grundläggande fri- och rättigheterna kräver att det stadgas i lag om avgiftstakets storlek och om vilka tjänster som ingår i det, dels att det av skyddet för privatlivet och kravet på att det i lag skall stadgas om skydd för person följer att det inte är tillåtet att i förordning föreskriva om rätt att lämna ut uppgifter och att reglerna för fullmakt att införa ett avgiftstak för utlämnande av uppgifter är alltför inexakta.

Av ovan nämnda orsaker föreslår social- och hälsovårdsutskottet att den föreslagna 6 a § ges ett nytt innehåll jämfört med propositionen. Förslaget går ut på att avgiftstaket slås fast i lag till 3 500 mark per år, alldeles som regeringen planerat. De tjänster som skall täckas av högstnadsskyddet blir desamma som nämns i propositionsmotiveringen, nämligen öppenvårdsbesök hos läkare på hälsocentraler, individuell fysioterapi, besök på sjukhuspolikliniker, dagkirurgi, vård i serie, dag- och nattvård, rehabilitering samt kortvarig institutionsvård inom social- och hälsovården. När det gäller institutionsvård skall avgift dock kunna tas ut för uppehälle även om avgiftstaket överskridits, i det fall patienten är över 18 år. I övrigt är det meningen att i förordning föreskriva om villkoren för avgiftstaket samt om de tjänster som avgiftstaket gäller.

Social- och hälsovårdsutskottet föreslår att de bestämmelser som enligt grundlagsutskottets ut-

låtande kränker skyddet för personuppgifter stryks. Lösningen leder till en situation (som eventuellt hade kunnat undvikas om tidsschemat inte hade varit så stramt), där klienten och ingen annan skall göra en sammanställning över betalda avgifter. Närmare anvisningar om hur detta skall gå till i praktiken utfärdas av social- och hälsovårdsministeriet och kommunorganisationerna. Det viktiga är i varje händelse att systemet blir så enkelt och tydligt som möjligt. Vårdtagarna skall inte behöva samla kvitton under långa tider utan det skall gå att få fram ett lämpligt system, som innebär att avgifterna kan sammanföras i ett gemensamt kort eller något annat liknande dokument där myndigheterna antecknar respektive avgifter. Avgifterna skall med klientens samtycke och med iakttagande av bestämmelserna om skydd för personuppgifter kunna räknas samman för att man skall kunna se när avgiftstaket nås. Sammanräkningen är särskilt viktig när det gäller åldringar, psykvårdspatienter och andra som inte kan eller klarar av att själva ge akt på när avgiftstaket är nått.

Uppföljning

Det nya avgiftstaket inom social- och hälsovården innebär ett principiellt viktigt avsteg från det nuvarande kommunala avgiftssystemet. Utskottet föreslår därför att avgiftssystemet följs upp och att resultatet dokumenteras i en rapport till riksdagen om hur reformen har påverkat möjligheterna att få vård. I rapporten bör också ingå en bedömning av vilken effekt reformen haft på finansieringen av servicesystemet och vilka konsekvenser avgiftshöjningen fått, i synnerhet i fråga om den nya grundavgiften för institutionsvård. Därtill bör i rapporten göras en bedömning av systemet i dess helhet och av utvecklingsbehoven samt vägas in vad som framhålls i detta betänkande om avgifterna, avgiftssystemet och verkställigheten av systemet. Utskottet föreslår ett uttalande i frågan. (*Utskottets förslag till uttalande*).

Lagförslaget i utskottets betänkande tillmötessgår inte lagförslagen i lagmotionerna. Propositionen uppfyller i vissa fall önskemålen i hemställningsmotionerna men har i andra fall en helt

motsatt verkan. Utskottet föreslår att motionerna avböjs.

Förslag till beslut

På grundval av det ovan anförda föreslår social- och hälsovårdsutskottet vördsamt

att lagförslaget i propositionen i övrigt godkänns utan ändringar men 6 a § med ändringar (Utskottets ändringsförslag),

att lagförslagen i lagmotionerna LM 57/1999 rd och LM 112/1999 rd förkastas,

att hemställningsmotionerna HM 359/1999 rd, HM 368/1999 rd, HM 405/1999 rd, HM 481/1999 rd, HM 501/1999 rd och HM 508/1999 rd förkastas och

att ett uttalande godkänns (Utskottets förslag till uttalande).

Utskottets ändringsförslag

6 a §

Avgiftstak

I syfte att förhindra en oskäligt stor avgiftsbörda skall det finnas ett (*utesl.*) maximibelopp på 3 500 mark (*avgiftstak*) för de (*utesl.*) kostnader som klientavgifterna förorsakar den som använder servicen. Sedan avgiftstaket har nåtts är de tjänster taket gäller avgiftsfria. Vid anstaltsvård är det dock möjligt att uppbära en avgift för klientens uppehålle även efter att avgiftstaket har nåtts. Storleken på avgiften för uppehålle bestäms genom förordning.

När det sammantagna beloppet av de hos klienten uttagna avgifterna räknas ut, beaktas avgifter som tagits ut under 12 månaders tid från det första besöket som gällt öppenvårdstjänster som tillhandahålls av läkare vid hälsovårdscentraler, individuell fysioterapi, poliklinikbesök, dagkirurgi, vård i serie, dag- och nattvård, rehabilitering eller kortvarig anstaltsvård inom

social- och hälsovården. När tjänsterna utnyttjats av barn under 18 år räknas avgifterna för dessa tjänster ihop med de avgifter föräldrarna eller någon annan vårdnadshavare betalat. Härvid är tjänsterna i enlighet med 1 mom. avgiftsfria för alla dem vars avgifter räknas ihop. Av barn under 18 år får inte ens avgift för uppehälle tas ut. (Nytt)

Hälsovårdscentralen i klientens hemkommun kan i syfte att förverkliga avgiftstaket samla in uppgifter om de klientavgifter som betalats. Andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården får inte lämna ut uppgifter om avgifter till hälsovårdscentralen utan klientens samtycke.

Utskottets förslag till uttalande

Riksdagen förutsätter att regeringen följer hur systemet med avgifter och avgiftstak inom social- och hälsovården utfaller i så väl positivt som negativt hänseende och vilka de social- och hälso-politiska effekterna är samt vidtar lagstiftningsåtgärder om så behövs. Hänsyn bör också tas till hela finansieringen av servicesystemet. Regeringen bör senast våren 2001 lämna en redogörelse för erfarenheterna och utvecklingsbehoven.

Helsingfors den 30 november 1999

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Marjatta Vehkaoja /sd
vordf. Timo Ihamäki /saml
medl. Eero Akaan-Penttilä /saml (delvis)
Merikukka Forsius /gröna (delvis)
Tuula Haatainen /sd (delvis)
Saara Karhu /sd (delvis)
Inkeri Kerola /cent (delvis)
Niilo Keränen /cent
Valto Koski /sd (delvis)
Marjaana Koskinen /sd (delvis)
Pehr Löw /sv

Juha Rehula /cent (delvis)
Päivi Räsänen /fkf
Sari Sarkomaa /saml (delvis)
Marjatta Stenius-Kaukonen /vänst
Raija Vahasalo /saml (delvis)
Jaana Ylä-Mononen /cent (delvis)
suppl. Erkki Kanerva /sd (delvis)
Marjukka Karttunen-Raiskio /saml (delvis)
Hannes Manninen /cent (delvis)
Arto Seppälä /sd (delvis).

RESERVATION 1

Motivering

Till följd av de senaste årens personalnedskärningar har kvaliteten på våra utmärkta hälsovårdstjänster sjunkit och det har blivit exceptionellt dyrt att anlita dem. I dagsläget hör den finländska patienten till dem inom OECD som har de högsta egenavgifterna inom hälso- och sjukvården. Det är bara i Portugal som patienten betalar en större andel än i Finland. Hushållen står för närvarande för cirka 22 procent av kostnaderna för hälso- och sjukvård. Så sent som i början av 1990-talet var procentsatsen ungefär 15 procent. Regeringen har nu stannat för en lösning som ytterligare ökar hushållens finansieringsandel. Länsläkare Aki Lindén har med utgångspunkt i prognoserna för den ekonomiska tillväxten och de existerande riktlinjerna förutspått att den privata finansieringsandelen i värsta fall stiger till 33 procent inom fem år om den hälsopolitiska kursen inte läggs om.

Regeringen motiverar det föreslagna avgiftstaket med att det skall kompensera de kraftigt höjda avgifterna för social- och hälsovårdstjänster. Syftet med avgiftspåslaget är att samla in till kommunerna 550 miljoner mark från social- och hälsovårdens klienter. Enligt utredning till utskottet har den beräknade avkastningen av avgifterna justerats efter att regeringen lämnade sin proposition, och nu väntas avgifterna inte inbringa mer än 457 miljoner mark. Av denna summa väntas höjningen av hälsovårdsavgifterna ge cirka 380 miljoner mark medan höjningen av dagvårdsavgifterna ger en intäkt på 78 miljoner mark.

Helt förvisso är det på sin plats att stärka den finansiella basen i hårt trängda kommuner för att dessa skall kunna garantera en viss nivå på tjänsterna, men avgiftshöjningarna gör livet svårare för sjukliga låginkomsttagare.

Tidigare erfarenheter ger vid handen att ju fler klientavgifter, desto mindre benägna är småinkomsttagare och kroniskt sjuka att söka vård. Ju senare diagnosen görs och vården sätts in de-

sto högre blir de sammantagna kostnaderna. På lång sikt kan besparingarna genomgå en metamorfos och bli extra utgifter. Den största användargruppen finns i de äldre åldersklasserna och det är uttryckligen de som får punga ut med mest pengar för reformen.

Några hälsopolitiska skäl för avgiftshöjningen har inte lagts fram. Många av experterna förhöll sig synnerligen kritiskt i synnerhet till den nya grundavgiften på 150 mark för institutionsvård.

I det föreliggande förslaget slås i lagen fast ett årligt tak, ett maximibelopp på 3 500 mark, för klientavgifter. När taket nåtts är hälsovårdstjänsterna avgiftsfria till vissa delar. Reformen är välkommen eftersom koncentrationen är stark i fråga om anlitan av hälsovårdstjänster. Enligt en demografisk studie gällande hälso- och sjukvården använder 15 procent av befolkningen över 90 procent av de kommunala hälsovårdstjänsterna.

När avgiftstaket införs minskar kommunernas intäkter från klientavgifterna med 200 miljoner mark. Å andra sidan ger de höjda hälso- och sjukvårdsavgifterna en merintäkt på 380 miljoner mark och för fiolerna står sjuka människor. Summa summarum får patienterna punga ut med 180 miljoner mark. Situationen är helt avig eftersom patienterna redan nu dignar under en alltför tung avgiftsbörda.

Högekostnadsskyddet är långt ifrån heltäckande. Avgiftstaket gäller i de flesta fall inte läkemedel eller tandvård och inte heller fysikalisk behandling. Likaså kan avgift för uppehälle fortfarande tas ut för kortvarig sluten vård. För närvarande består exempelvis hälften av psykiatripatienternas sjukkostnader just av läkemedel och tandvård. Redan nu avstår många patienter från behövliga mediciner för att kostnaderna är så höga.

I de övriga nordiska länderna väcker det stor förvåning att de finländska patienterna måste stå för en så stor del av kostnaderna. I Norge går

högkostnadsskyddsgränsen vid cirka 1 200 mark och där ingår såväl läkemedel som avgifter för öppenvårdsbesök. Sjukhusvården är helt avgiftsfri i Norge. I Sverige inträder högkostnadsskyddet vid cirka 800 mark och när gränsen är nådd kan människor avgiftsfritt anlita såväl offentliga som privata sjukvårdstjänster fysikalisk behandling inbegripen. I Danmark finns över huvud taget inget avgiftstak eftersom alla hälsovårdstjänster är avgiftsfria.

Regeringen har i sin proposition lagt gränsen så högt att få patienter når upp till den. Avgiftstaket bör ligga lägre inte minst för att medicin- och resekostnaderna inte berörs av systemet. Egenandel för de resekostnader som täcks genom sjukförsäkringen uppgår för närvarande till 900 mark. För läkemedel gäller ett avgiftstak på 3 283 mark. Om man räknar ihop avgiftstaken ligger avgiftstaket de facto på närapå 8 000 mark om året. Därutöver är sjukhuspatienter som redan nått avgiftstaket i alla händelser tvungna att betala avgift för uppehälle. I de flesta fall blir de som ofta är i behov av hälsovårdstjänster och läkemedelsbehandling tvungna att i framtiden själva bekosta vården. När det handlar om pensionärer med små inkomster och arbetslösa går ofta så gott som alla disponibla medel till kostnader av detta slag.

Debatten om klientavgifter tränger djupt in i frågan om samhällelig moral och etik. Skall sjukkostnaderna bäras av fattiga och sjuka allena eller bör de friska dela på den ekonomiska bördan? Sjukdom inte bara begränsar och försvårar livet utan utarmar också. Enligt min mening bör de sjuka inte ensamma tvingas ta de ekonomiska konsekvenserna.

Regeringen föreslår också att dagvårdsavgifterna skall höjas i den hösta avgiftsklassen. Även om avgiften höjs är familjernas egenavgiftsandel av dagvårdsavgifterna (15 procent) bland de lägsta i Norden. Exempelvis i Norge är

andelen 46 procent. Å andra sidan behövs det inte alltför stora inkomster för att man skall placeras i den högsta avgiftsklassen och därför bör regeringen ta fram en proposition där dagvårdsavgifterna fördelas på ett skäligt och rättvist sätt mellan de olika inkomstgrupperna utan att inkomstflödet påverkas. I det sammanhanget bör behovsprövad dagvård återinföras för att kommunekonomin inte skall betungas av onödigt utnyttjande av dagvårdstjänster. Ett höjt hemvårdsstöd och en familjebeskattnings, där omvårdnad i hemmet har vägts in, tjänar samma syfte.

Förslag

Med stöd av det ovan sagda föreslår jag

att den föreslagna 6 a § i utskottets betänkande godkänns med ändringar (Reservationens ändringsförslag):

Reservationens ändringsförslag

6 a §

Avgiftstak

I syfte att förhindra en oskäligt stor avgiftsbörda skall det finnas ett maximibelopp på 2 500 mark (*avgiftstak*) för de kostnader som klientavgifterna förorsakar den som använder servicen. Sedan avgiftstaket har nåtts är de tjänster taket gäller avgiftsfria. Vid anstaltsvård är det dock möjligt att uppbära en avgift för klientens uppehälle även efter att avgiftstaket har nåtts. Storleken på avgiften för det uppehälle bestäms genom förordning.

(2 och 3 mom. som i ShUB)

Helsingfors den 30 november 1999

Päivi Räsänen /fkf

RESERVATION 2

Motivering

I reservationen presenterar vi ett reviderat system för dagvårdsavgifter, som innebär att dessa avgifter inte längre skulle vara så betungande för familjer med små och medelstora inkomster och att flitfällorna för dessa familjer samtidigt skulle minska. Ett av avgiftskriterierna skulle vara antalet barn i familjen.

Vi föreslår att den högsta dagvårdsavgiften för höginkomsttagare höjs till 1 200 mark men att denna avgift skall betalas bara av familjer med goda inkomster. I det nuvarande systemet betalar ungefär hälften av barnfamiljerna en avgift enligt denna klass. Vi föreslår också att den lägsta avgiften höjs från 100 till 200 mark. Inkomstgränsen för en kalkylmässig nollavgift och den lägsta avgiften skulle höjas och procentsatsen för den avgift som tas ut för den överskjutande delen sjunka i proportion till familjestorleken.

Något måste så småningom göras åt flitfällorna, som uttryckligen är ett barnfamiljproblem. Barnfamiljernas ekonomiska situation har under de senaste åren försämrats i många avseenden och allt oftare tar sig detta uttryck i att familjerna mår dåligt. Den föreslagna ändringen minskar intäkterna med uppskattningsvis 150 miljoner mark men hjälper upp läget i de familjer som har det svårast. Regeringen ser krympande avgiftsintäkter som ett problem för kommunerna när den allmänna ambitionen är den motsatta. Men det går att finna en lösning om staten och kommunerna sätter sig ner och förhandlar.

Enligt propositionen leder avgiftstaket till att kommunernas avgiftsinkomster minskar med drygt 200 miljoner mark om andra åtgärder inte sätts in. Med beaktande av hur det förhåller sig med den kommunala ekonomin för närvarande anses detta försvaga många kommuners möjligheter att tillhandahålla hälsovårdstjänster. Å andra sidan avser regeringen höja de klientavgifter

inom hälso- och sjukvården som fastställs genom klientavgiftsförordningen för att kommunerna skall kunna kompensera inkomstbortfallet.

Detta är inte ett vettigt förfarande enligt vår mening. Den hälsopolitiska ambitionen bör vara att upprätthålla befolkningens hälsa och överbygga de skillnader i hälsa som förekommer mellan de olika grupperna i samhället. Höga hälsovårdsavgifter kan hindra mindre bemedlade att söka vård. Genom avgiftshöjningen lyfts också ansvaret för hälso- och sjukvårdskostnaderna över från människor med högre inkomster till en vårdkrävande grupp med små inkomster eftersom småinkomsttagarna betalar mer för tjänsterna i förhållande till sina inkomster. Höga inkomster leder till att skillnaderna i hälsa mellan olika befolkningsgrupper ökar i samhället.

Avgifterna inom hälso- och sjukvården bör primärt vara förankrade i hälsopolitiska grunder. Samhället bär ansvar för att alla medborgare kan dra nytta av den service de behöver. Även sett ur ett internationellt perspektiv hör finländarna till dem som betalar mest för hälsovårdstjänsterna. En viktig sak att beakta är också arbets- och ansvarsfördelningen mellan stat och kommuner. Betyggande anslag bör anslås för statsandelar för att de som ofta drabbas av sjukdomar och själva inte kan påverka sin situation inte skall behöva ikläda sig den roll som egentligen hör till statsmakten när avgifterna höjs.

Vi föreslår en 7 a § i klientavgiftslagen där graderingen av dagvårdsavgifterna omstruktureras för att gynna familjer med små och medelstora inkomster och familjer med många barn. Dessutom föreslår vi ett uttalande där riksdagen förutsätter att regeringen inte ändrar den gällande klientavgiftsförordningen och därigenom avstår från att höja klientavgifterna inom hälso- och sjukvården.

Förslag

På grundval av det ovan sagda föreslår vi

att lagförslaget i övrigt godkänns enligt betänkandet men 7 a § med ändringar (**Reservationens ändringsförslag**) och

att ett uttalande enligt reservationen godkänns (**Reservationens förslag till uttalande**)

Reservationens ändringsförslag

7 a §

Avgifter för barndagvård

(1 mom. som i ShUB)

Månadsavgiften för heldagsvård får uppgå till högst det markbelopp enligt familjens storlek av de månadsinkomster som överskrider inkomstgränsen som nedan nämnda betalningsprocent anger. Kommunen kan dock fastställa en högsta avgift, om sökanden inte meddelar familjens inkomster.

Avgiftsprocentsatserna och inkomstgränserna är följande:

Familjens storlek	Lägsta inkomst mk/mån.	Avgiftsprocentsats för över-skjutande inkomst	Lägsta avgift mk/mån	Högsta avgift mk/mån
		%		
2	2 000	6,7	200	1 200
3	3 000	6,0	200	1 200
4	4 000	5,3	200	1 200
5	5 000	4,8	200	1 200
6	6 000	4,3	200	1 200
7	7 000	3,9	200	1 200

Om flera än ett barn inom samma familj är i kommunal dagvård, är avgiften för det andra barnet 60, för det tredje barnet 40 och för det fjärde barnet 20 procent av avgiften för det första barnet.

Om ett barn är i dagvård en del av dagen eller om vårdtiden per dag, vecka eller månad annars fortgående är betydligt kortare än den regelrätta vårdtiden, skall kommunen på de grunder de bestämmer ta ut en avgift i relation till vårdtiden som är lägre än avgiften för heldagsvård enligt 2—4 mom.

Om dagvården för ett barn börjar eller upphör mitt under en kalendermånad bestäms enligt antalet vård dagar en lägre avgift än månadsavgiften.

Avgiften för heldagsvård får vara högst 1 200 mark per barn. En avgift som är mindre än 200 mark bestäms inte för ett barn.

För tillfällig dagvård får bestämmas en avgift som kommunen fastställt.

Reservationens förslag till uttalande

Riksdagen förutsätter att regeringen inte ändrar den gällande klientavgiftsförordningen och att regeringen därmed avstår från att höja klientavgifterna inom hälso- och sjukvården.

ShUB 19/1999 rd — RP 77/1999 rd

Helsingfors den 30 november 1999

Juha Rehula /cent
Niilo Keränen /cent

Inkeri Kerola /cent
Hannes Manninen /cent

GRUNDLAGSUTSKOTTETS UTLÅTANDE 8/1999 rd

Regeringens proposition med förslag till lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården

Till social- och hälsovårdsutskottet

INLEDNING

Remiss

Riksdagen remitterade den 1 oktober 1999 en proposition med förslag till lag om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (RP 77/1999 rd) till social- och hälsovårdsutskottet för beredning och bestämde samtidigt att grundlagsutskottet skall lämna utlåtande i ärendet till social- och hälsovårdsutskottet.

Sakkunniga

Utskottet har hört

- regeringsrådet Pekka Järvinen, social- och hälsovårdsministeriet
- juridiske chefen Kari Prättälä och juristen Outi Raitoaho, Finlands Kommunförbund
- professor Mikael Hidén
- professor Arvo Myllymäki
- professor Liisa Nieminen
- professor Matti Niemivuo
- professor Kaarlo Tuori.

PROPOSITIONEN

Regeringen föreslår ändringar i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården. Ett av förslagen gäller ett årligt maximibelopp, ett avgiftstak, för klientavgifterna. Avsikten är att det genom förordning bestäms om nivån för avgiftstaket och de tjänster som det skall omfatta.

Propositionen hänför sig till budgetpropositionen för 2000.

Den föreslagna lagen avses träda i kraft den 1 januari 2000.

Propositionen har inget avsnitt om lagstiftningsordningen.

UTSKOTTETS STÄLLNINGSTAGANDEN

Motivering

Klientavgifterna inom social- och hälsovården är kommunala avgifter som klienterna betalar för kommunernas och samkommunernas lagfästa service. En konstitutionell bedömning av av-

giftsbestämmelser av denna typ måste ta hänsyn till 62 § regeringsformen angående avgifter, 51 § 2 mom. regeringsformen om självstyrelse och 15 a § 3 mom. regeringsformen angående det all-

männas skyldighet att tillförsäkra var och en tillräckliga social- och hälsovårdstjänster.

Enligt 62 § regeringsformen stadgas det genom lag om de allmänna grunderna för att statsmyndigheternas tjänsteåtgärder och service samt övriga verksamhet skall vara avgiftsbelagda och om de allmänna grunderna för storleken på avgifterna (Se GrUB 17/1990 rd, s. 3 — 4). Paragrafen ingår i kapitlet Statshushållningen i grundlagen och gäller utifrån sin lydelse bara statliga avgifter. Utskottet menar att det utgående från detta lagrum inte direkt går att sluta sig till på vilket sätt det skall föreskrivas om kommunala avgifter. I konstitutionellt hänseende bör frågan i första hand bedömas utifrån den kommunala självstyrelsen, det vill säga med avseende på 51 § 2 mom. regeringsformen.

Grundlagsutskottet menar att självstyrelsebestämmelserna i grundlagen inte utgör något hinder för att genom lag föreskriva om avgifter som kommunerna tar ut för tjänster som de måste tillhandahålla. Det går att lagstadga också om till exempel ett avgiftstak på det sätt som regeringen nu föreslår. Med avseende på de grundläggande fri- och rättigheterna kan ett avgiftstak i sak motiveras utifrån 15 a § 3 mom. regeringsformen, eftersom det faktum att det allmänna skall tillförsäkra var och en tillräckliga social- och hälsovårdstjänster har den viktiga dimensionen att klientavgifterna inte får vara så höga att de som behöver tjänsterna inte kan utnyttja dem (GrUU 39/1996 rd).

Författningsnivån i propositionen är dock ett konstitutionellt problem. Enligt 6 a § 1 mom. i propositionen bestäms det nämligen genom förordning om avgiftstakets storlek och de tjänster som det omfattar. Att ett avgiftstak införs betyder samtidigt att klienterna inte betalar några avgifter när taket är nått och att kommunernas inkomster av avgifterna därmed minskar. Kommunernas möjligheter att självständigt bestämma

om sin ekonomi har ansetts vara en sektor inom självstyrelsen som åtnjuter grundlagsskydd (t.ex. GrUU 13/1993 rd och GrUU 9/1994 rd). Därför måste det bestämmas genom lag om ett avgiftstak med effekter av denna typ. Denna slutsats stöds av förslagens kopplingar till de grundläggande fri- och rättigheterna. En förutsättning för att lagförslaget skall kunna behandlas i vanlig lagstiftningsordning är därför att det bestäms genom lag om storleken på avgiftstaket och om vilka tjänster som ingår i det.

Bestämmelserna i lagförslagens 6 a § 2 mom. gäller insamling av uppgifter och utlämnande av dem för klientavgifterna. Förslaget är av konstitutionell betydelse, eftersom 8 § 1 mom. regeringsformen tryggar envars privatliv och kräver att det stadgas om skydd för personuppgifter i lag. Denna grundläggande fri- och rättighet är för det första orsaken till att fullmaktsbestämmelsen i slutet av 6 a § 2 mom. inte är konstitutionellt genomförbar. Kravet att det skall stadgas i lag om skydd för personuppgifter uppfylls för det andra inte heller i den bestämmelse som anger att uppgifter om klientavgifter får ges ut utan hinder av vad som bestäms någon annanstans i lag om sekretess eller integritetsskydd. Av kravet på bestämmelser i lag följer enligt utskottets mening att den nya lagen exakt måste säga ut på vilka punkter och i förekommande fall på vilka villkor specialbestämmelserna avviker från gällande bestämmelser.

Utlåtande

Grundlagsutskottet anför vördsamt som sitt utlåtande

att lagförslaget kan behandlas i den ordning som 66 § riksdagsordningen föreskriver, om utskottets konstitutionella anmärkningar i fråga om 6 a § beaktas på behörigt sätt.

Helsingfors den 17 november 1999

I den avgörande behandlingen deltog

ordf. Ville Itälä /saml
vordf. Riitta Prusti /sd
medl. Tuija Brax /gröna
Klaus Hellberg /sd
Esko Helle /vänst
Gunnar Jansson /sv
Paula Kokkonen /saml
Jouni Lehtimäki /saml

Johannes Leppänen /cent
Hannes Manninen /cent (delvis)
Pekka Nousiainen /cent
Heli Paasio /sd
Osmo Puhakka /cent
Petri Salo /saml
Arto Seppälä /sd
suppl. Veijo Puhjo /vänst.

AVVIKANDE ÅSIKT

Motivering

I sitt utlåtande om den föreslagna lagen om ändring av lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården anser grundlagsutskottet att det faktum att var och en skall tillförsäkras tillräckliga social- och hälsovårdstjänster innebär att avgifterna inte får vara så höga att de som behöver tjänsterna inte kan utnyttja dem. Däremot biföll inte majoriteten av utskottsmedlemmarna förslaget att klientavgifterna inte heller får leda till att de som behöver tjänsterna måste utnyttja de yttersta stödformerna enligt 15 a § 1 mom. regleringsformen, det nuvarande utkomststödet.

Höjda klientavgifter kan leda till att människor måste utnyttja utkomststödet. Men i och med att det allmänna måste tillförsäkra var och en tillräckliga tjänster bör en sådan utveckling undvikas.

Majoriteten av utskottsmedlemmarna ville inte heller ställa sig bakom mitt förslag att det bör bestämmas i lag om de viktigaste avgifterna för att grundlagskontrollen av de grundläggande fri- och rättigheterna skall kunna tryggas, efter-

som klienterna på grund av avgifternas storlek kanske inte kan utnyttja tjänsterna.

I en internationell jämförelse har Finland höga klientavgifter. Detta talar för att avgifterna bör bestämmas av riksdagen. Statistik från OECD visar nämligen att Finland 1997 kom på tredje plats bland de EU-länder som hade den sämsta offentliga finansieringen av sjukvården. Finland finansierar sin sjukvård till 80 procent med offentliga medel. När det gäller den offentliga finansieringen av läkemedel var Finland överlägset sämst med 45 procent. Det innebär att patienterna själva måste betala 55 procent av läkemedelspriserna. Noteras bör dock att Finland låg i absoluta toppen beträffande öppen vård. Men i den offentliga finansieringen av institutionsvård var Finland tillsammans med Nederländerna klart sämst.

Avvikande åsikt

På grundval av det ovanstående föreslår jag

att social- och hälsovårdsutskottet bör beakta det ovan relaterade.

Helsingfors den 17 november 1999

Veijo Puhjo /vänst