



Sosiaali- ja terveysvaliokunta
StV@eduskunta.fi

Viite: Sosiaali- ja terveysvaliokunnan lausuntopyyntö 2.10.2020

Asia: HE 129/2020 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain 3 §:n ja tuomioistuinmaksulain 5 §:n muuttamisesta

Munuais- ja maksaliiton lausunto

Munuais- ja maksaliitto ry kiittää mahdollisuudesta antaa lausuntonsa asiassa. Alla pykäläkohtaiset kommenttimme.

5 § Maksuttomat terveyspalvelut

Dialyysihoidon on elämää ylläpitävää hoitoa, joka kuuluu lääketieteen kalliisiin hoitoihin. Hoidon toteuttamistapa vaikuttaa merkittävästi kuluihin. Hoito voidaan toteuttaa joko sairaalassa tai kotona. Dialyysihoidon pyritään nykyään toteuttamaan mahdollisuuksien mukaan ensisijaisesti potilaan kotona (kotihomeodialyysi tai peritoneaali- eli vatsakalvodialyysi). Tämä parantaa potilaiden elämänlaatua ja eliniän ennustetta sekä säästää yhteiskunnan kustannuksia. Kotihoito tulee yhden potilaan osalta kunnalle vuodessa huomattavasti halvemmaksi kuin dialyysiyksikössä tehtävä hoito. Lisäksi hoitohenkilökunnan tarve on vähäisempi ja yhteiskunnalle matkoista aiheutuvat kustannukset merkittävästi pienemmät kuin sairaaladialyysihoidossa. Kela on selvittänyt sairaalahemodialyysihoidokäynteihin liittyviä sairausvakuutuksen matkakorvauksia vuodelta 2012. Kustannukset olivat keskimäärin 11 400 €/henkilö. Matkakorvauksista 91 % aiheutui taksilla tai invataksilla tehdystä matkoista.

Suomen munuaistautirekisterin tietojen mukaan dialyysipotilaita oli vuoden 2019 lopussa yhteensä 1989, joista hemodialyysipotilaita 1690. Kotihomeodialyysissä oli 145 potilasta. Vuoteen 2025 mennessä dialyysipotilaiden määrän arvioidaan kasvavan 19 prosenttia. Jotta kasvava potilasmäärä saadaan hoidetuksi, on kotidialyysien määrää lisättävä merkittävästi. Jos kotidialyysien osuus pysyy ennallaan, vuonna 2030 sairaalahemodialyysipaikkoja tarvitaan yli 100 lisää, samoin uusien dialyysihoidajien tarve lisääntyy. Useimmille dialyysi kotona tehtynä on hyvä vaihtoehto, koska silloin hoidon voi rytmittää parhaiten omaan arkeen sopivaksi ja hoitoa muokata yksilöllisesti vastaamaan potilaan tarpeita, jolloin hoitotulokset ovat erinomaiset. Kotihomeodialyysihoidon tehdään yleensä 4–6 kertaa viikossa ja peritoneaalidialyysia päivittäin.

Kotihomeodialyysipotilaiden sarjahoitomaksu

Suomessa neljä sairaanhoitopiiriä perii sarjahoitomaksun jokaisesta kotona toteutetusta dialyysihoidokerrasta niiltä potilailta, jotka toteuttavat hemodialyysihoidon kotona täysin itsenäisesti, ilman ulkopuolista apua. Käytäntö ei kohtele potilaita oikeudenmukaisesti, ei edistä asiakkaiden yhdenvertaisuutta eikä kannusta potilaita kotona toteutettavaan hoitoon, vaikka edellytykset siihen muuten olisivat olemassa. Olisikin ensiarvoisen tärkeää, että asiakkaalta saisi periä sarjahoitomaksun ainoastaan niissä tapauksissa, joissa dialyysihoidon toteutetaan sairaalassa tai kotona kotisairaanhoidon avustamana. Tämä tulisi linjata asiakasmaksulaissa.



Kotidialyysihoidosta aiheutuvien kustannusten korvaaminen

Potilaiden taloudellinen rasitus kasvaa kotihoitoon siirtymisen myötä. Kotidialyysihoidossa potilaan on itse kannettava vastuu kustannuksista, joista yhteiskunta huolehtii sairaaladialyysihoidossa olevien potilaiden osalta. Siksi kotidialyysihoidon kustannukset koetaan kohtuuttomiksi. Kotihemodialyysihoidosta voi aiheutua ylimääräisiä vesi-, sähkö- ja jätemaksuja riippuen potilaan asuinmuodosta ja -kunnasta. Kustannukset voivat olla jopa 1500 euroa vuodessa. Asiakasmaksulakiin olisi tärkeää sisällyttää kotihemodialyysihoidosta aiheutuvien kustannusten kompensoiminen potilaalle. Kysymys on kotiin annettavasta erikoissairaanhoidosta, minkä vuoksi potilaan tulisi olla oikeutettu saamaan korvausta em. kustannuksista. Hemodialyysihoidossa olevalla on oikeus eläkettä saavan perushoitotukseen tai 16 vuotta täyttäneen korotettuun vammaistukeen, mutta tuen määrä on sama riippumatta siitä, toteutetaanko hoito sairaalassa vai kotona.

Alaikäisten sairaanhoidon palvelut

Liitto pitää hyvänä esitystä, että poliklinikkakäynnit olisivat maksuttomia alle 18-vuotiaille. On kuitenkin valitettavaa, ettei terveydenhuollon palvelua säädetä kokonaan maksuttomaksi alle 18-vuotiaille.

Lääkärintodistukset ja -lausunnot

Liitto kannattaa pykälään kirjattua ehdotusta, jonka mukaan asiakkaan hoidon ja kuntoutuksen sekä lääkekorvauksen saamiseksi tai lyhytaikaisen sairausloman tarpeen osoittamiseksi tarvittavat lääkärintodistukset ja -lausunnot olisivat maksuttomia. Kuitenkin erikoissairaanhoidon puolella vastaavista todistuksista voitaisiin edelleen periä maksu, mikä aiheuttaa epäselvyyttä sairastuneiden keskuudessa ja runsaasti ylimääräisiä kustannuksia sairastuneille. Siten edellä mainittuja tarkoituksia varten olisi tärkeää ulottaa maksuttomuus myös erikoissairaanhoidossa annettuihin lääkärintodistuksiin ja -lausunnon. Lisäksi liitto pitää erittäin tärkeänä, että myös eläkettä saavan hoitotuen ja vammaistuen hakemista varten tarvittavat lausunnot säädettäisiin maksuttomiksi. Lääkärintodistuksista ja -lausunnoista aiheutuu sairastuneelle vuosittain suuret kustannukset, mikä lisää merkittävästi pitkäaikais-sairautta sairastavan kokonaismaksurasitusta.

Avosairaanhoidon hoitajavastaanotot

Liitto kannattaa ehdotusta perusterveydenhuollon avosairaanhoidon hoitajavastaanottojen maksuttomuudesta.

6 a § Maksukatto

Uudistuksen yhtenä tavoitteena on poistaa hoidon esteitä ja lisätä terveyden tasa-arvoa. Ehdotettu maksukatto on sairastuneille liian korkea eikä siten tue uudistuksen tavoitetta. Munuais- ja maksaliitto katsoo, että terveydenhuollon maksukatto ei ole riittävä turvaamaan asiakkaan toimeentulon edellytyksiä. Asiakasmaksut ovat osa laajempaa sairastuneille maksettavaksi lankeavien maksujen kokonaisuutta, joten sitä ei voi tarkastella irrallaan matka- ja lääkekustannuksista. Yhdessä maksu-, lääke- ja matkakatto muodostavat kohtuuttoman suuren summan (lähes 1600 euroa vuodessa), josta harva pitkäaikaissairas selviää ilman erityisjärjestelyjä tai velkaantumista. Munuais- ja maksaliitto vaatii, että tällä hallituskaudella on käynnistettävä selvitys maksukattojen yhdistämisestä ja tason laskemisesta.



On hyvä, että maksukaton piiriä laajennetaan ottamalla mukaan suun terveydenhuollosta, terapiasta, tilapäisestä kotisairaanhoidosta ja tilapäisestä kotisairaalahoidosta sekä tietyistä etäpalveluista perittäviä maksuja.

Liitto kannattaa ehdotusta, että maksukattoon kerryttäisivät myös asiakasmaksut, joiden suorittamiseen on myönnetty toimeentulotukea. Toimeentulotuen myöntämisen asiakasmaksun maksamiseksi tulee kuitenkin olla viimesijainen vaihtoehto.

Tulevassa asiakasmaksulain kokonaisuudistuksessa maksukaton seurantavastuu tulee siirtää palvelujen käyttäjältä palvelujen järjestäjälle. Tämä helpottaisi erityisesti haavoittuvimmissa asemassa olevien tilannetta ja varmistaisi, että ihmisten oikeus maksuttomiin palveluihin maksukaton täyttymisen jälkeen tosiasiallisesti toteutuisi. Liitto pitää hyvänä ehdotusta, että kunnan tai kuntayhtymän olisi annettava asiakkaalle tieto siitä, kerryttääkö perittävä maksu maksukattoon ja tällöin lisäksi mainittava, että asiakkaan on seurattava itse maksukattonsa ylittymistä.

10 e § Jatkuvasta ja säännöllisestä kotona annettavasta palvelusta sekä pitkäaikaisesta asumispalvelusta perittävä maksu

Joissakin sairaanhoitopiireissä on mahdollista toteuttaa dialyysihoitoa kotona kunnan kotisairaanhoidon avustamana. Näin voidaan edesauttaa esimerkiksi iäkkäiden potilaiden mahdollisuutta kotidialyysihoitoon, mikäli hoidon itsenäisessä toteutuksessa on haasteita. Kotidialyysi olisi monessa tapauksessa hyvä vaihtoehto myös iäkkäälle tai hauraalle potilaalle ja elämänlaatu olisi parempi kuin sairaaladialyysissä, mutta potilaalle kohdistuvat lisääntyvät kustannukset avuntarpeen vuoksi estävät tämän vaihtoehdon monessa tapauksessa, vaikka kokonaiskustannukset yhteiskunnalle voisivat olla jopa pienemmät. Dialyysipotilaiden määrä kasvaa jatkuvasti ja eniten lisääntyy iäkkäiden osuus (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2017). Munuais- ja maksaliiton lääketieteellinen munuaistyöryhmä on katsonut, että avustettu kotidialyysihoito on kotiin vietyä erikoissairaanhoidoa. Nykykäytännön mukaan potilaalta peritään avustamisesta kuitenkin pääsääntöisesti kotisairaanhoidon asiakasmaksu, joka on tulositonnainen, eikä siten kerrytä maksukattoon. Dialyysiyksikössä toteutetusta hoidosta peritään potilaalta sarjahoitomaksu. Erilaiset maksukäytännöt koti- ja sairaalahoitossa asettavat potilaat eriarvoiseen asemaan. Nykyiset maksukäytännöt ovat joillekin potilaille este kotihoidon toteuttamiseen, minkä vuoksi ainoaksi vaihtoehdoksi jää sairaalassa toteutettava dialyysi, joka on yhteiskunnalle huomattavasti kalliimpi hoitomuoto ja potilaalle usein sitovampaa ja kuormittavampaa kuin kotidialyysi.

Useat dialyysihoidossa olevat käyttävät hoitomatkoihin Kela-taksia. Kolme kertaa viikossa toistuvista matkoista aiheutuu yhteiskunnalle merkittävät kustannukset. Olisi erittäin tärkeää, että avustettu kotidialyysi, useita vuosia kestävänsäkin, rinnastettaisiin sairaalassa annettuun dialyysihoitoon ja asiakas maksaisi siitä sarjahoitomaksun. Tästä tulisi säätää asiakasmaksulaissa.

11 § Maksun alentaminen ja perimättä jättäminen

Heikosti toimeen tulevien pitkäaikaissairaiden kannalta säännös asiakasmaksujen alentamisesta tai perimättä jättämisestä ja erityisesti sen velvoittavuuden lisääminen olisi ensiarvoisen tärkeä muutos. Nykyisen lain kirjaukset on kunnissa ja kuntayhtymissä sivuutettu lähestulkoon poikkeuksetta, joten on kaikin tavoin pyrittävä varmistamaan, että näin ei käy lakimuutoksen astuttua voimaan. Liitto tiedusteli huhtikuussa 2017 sairastuneilta, ovatko he tienneet nykyisen asiakasmaksulain 11 §:stä. Ainoastaan 17 % vastaajista oli kuullut siitä.



Lakimuutoksen tultua voimaan on huolehdittava siitä, että kunnat ja kuntayhtymät noudattavat kyseiseen pykälään kirjattuja velvoitteita.

Jotta tasavertaisuus toteutuisi, tulisi laatia valtakunnalliset, kuntia ja kuntayhtymiä velvoittavat kriteerit, joiden perusteella maksuja tulee alentaa tai jättää perimättä. Kriteerien on oltava selkeitä ja yksiselitteisiä, jotta asiakkaiden oikeudet toteutuvat. Lisäksi sairastuneiden on saatava asiassa tietoa ja neuvontaa. Siten lakiin ehdotettu lisäys kunnan velvollisuudesta huolehtia siitä, että sen järjestämisvastuulle kuuluvia sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävä asiakas saa tiedon siitä, mitä maksun alentamisesta ja perimättä jättämisestä säädetään, on välttämätön. Kuntien ja kuntayhtymien tulisi laatia kirjalliset hakemuspohjat ja ohjeet niiden täyttämiseksi. Maksun alentamisen ja perimättä jättämisen hakeminen tulee tehdä mahdollisimman helpoksi. Asiaksmaksujen perintätoimia ei tule aloittaa ennen maksun alentamista ja perimättä jättämistä koskevaa kirjallista päätöstä. Päätös tulee antaa ilman turhaa viivyttelyä.

Maksujen alentamisen ja perimättä jättämisen velvoitetta tulisi laajentaa kattamaan myös lyhytaikaisen laitoshoidon maksut.

Helsingissä 12.10.2020

Sari Högström
toiminnanjohtaja
Munuais- ja maksaliitto
puh. 050 536 7258
sari.hogstrom@muma.fi