

Maria Vaalavuo (toim.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus

Huhtikuu 2018

Valtioneuvoston selvitys-
ja tutkimustoiminnan
julkaisusarja 30/2018

KUVAILULEHTI

Julkaisija ja julkaisu-aika	Valtioneuvoston kanslia, 6.4.2018		
Tekijät	Tiina Hetemaa, Katja Ilmarinen, Satu Kapiainen, Ilmo Keskimäki, Meri Koivusalo, Merja Korajoki, Ismo Linnosmaa, Eeva Liukko, Pasi Moisio, Susanna Munkkila, Kimmo Parhiala, Mikko Peltola, Eeva Reissell, Liina-Kaisa Tynkkynen, Maria Vaalavuo		
Julkaisun nimi	Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus		
Julkaisusarjan nimi ja numero	Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018		
Asiasanat	asiakasmaksut, kohdentuminen, lainsäädäntö, oikeudenmukaisuus, rahoitus, sosiaali- ja terveyspalvelut		
Julkaisun osat/ muut tuotetut versiot	-		
Julkaisu-aika	Huhtikuu 2018	Sivuja 136	Kieli Suomi

Tiivistelmä

Tutkimushankkeessa selvitettiin 1) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädäntöä ja -käytäntöjä Suomessa ja muutamassa vertailumaassa, 2) rakennettiin koko väestön kattava asiakasmaksuja yksilötasolla kuvaava aineisto, jonka perusteella kuvailtiin laajasti asiakasmaksujen kohdentumista väestössä, sekä 3) esitettiin SISU-mikrosimulointimalliin parannuksia, joilla asiakasmaksulainsäädännön muutosten arviointia voitaisiin jatkossa tehdä tarkemmin.

Asiakasmaksuihin liittyy kysymyksiä oikeudenmukaisuudesta, tarkoituksenmukaisesta palveluiden käytöstä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen riittävydestä ja kestävydestä. Nykyinen asiakasmaksulainsäädäntö on peräisin 1990-luvun alkupuolelta eikä enää sovellu nykyiseen palvelujärjestelmään. Lainsäädännön uudistaminen on tärkeää, jotta väestö on yhdenvertaisessa asemassa palveluiden suhteen.

Asiakasmaksut koskettavat laajaa väestönosaa: lähes puolet väestöstä maksoi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja vuoden 2015 aikana. Väestöryhmien ja asiakasmaksulajien välillä on kuitenkin suurta vaihtelua maksujen yleisyydessä ja suuruudessa. Suomessa on selviä eroja tasanuorisissa, tulolisdonnaisissa ja suun terveydenhuollon asiakasmaksuja maksaneissa väestöosuuksissa sekä maksukertymien suuruuksissa maakunnittain.

Tämä julkaisu on toteutettu osana valtioneuvoston vuoden 2017 selvitys- ja tutkimussuunnitelman toimeenpanoa (tietokayttoon.fi).

Julkaisun sisällöstä vastaavat tiedon tuottajat, eikä tekstisisältö välttämättä edusta valtioneuvoston näkemystä.

PRESENTATIONSBLAD

Utgivare & utgivningsdatum	Statsrådets kansli, 6.4.2018		
Författare	Tiina Hetemaa, Katja Ilmarinen, Satu Kapiainen, Ilmo Keskimäki, Meri Koivusalo, Merja Korajoki, Ismo Linnosmaa, Eeva Liukko, Pasi Moisio, Susanna Munkkila, Kimmo Parhiala, Mikko Peltola, Eeva Reissell, Liina-Kaisa Tynkkynen, Maria Vaalavuo		
Publikationens namn	Klientavgifter inom social- och hälsovården: fördelning, effekt och rättvisa		
Publikationsseriens namn och nummer	Publikationsserie för statsrådets utrednings- och forskningsverksamhet 30/2018		
Nyckelord	finansiering, fördelning, klientavgifter, lagstiftning, rättvisa, social- och hälsovårdstjänster		
Publikationens delar /andra producerade versioner	-		
Utgivningsdatum	April 2018	Sidantal 136	Språk Finska

Sammandrag

I forskningsprojektet 1) utreddes lagstiftningen om och praxisen för klientavgifter inom social- och hälsovården i Finland och några jämförelseländer, 2) byggdes ett material upp som beskriver klientavgifterna för hela befolkningen och utifrån vilket en omfattande beskrivning av hur klientavgifterna fördelas på befolkningen gjordes, och 3) presenterades förbättringar av mikrosimuleringsmodellen SISU som kan användas för att göra mer exaktare bedömningar av ändringar i lagstiftningen om klientavgifter.

Till klientavgifterna hör frågor om rättvisa, ändamålsenligt utnyttjande av tjänster samt tillräcklig och hållbar finansiering av social- och hälsovården. Den nuvarande lagstiftningen om klientavgifter är från början av 1990-talet och lämpar sig inte längre för det nuvarande servicesystemet. Det är viktigt att förnya lagstiftningen så att befolkningen har en jämlik ställning när det gäller service.

Klientavgifterna rör en stor del av befolkningen: nästan hälften betalade klientavgifter inom social- och hälsovården under 2015. Hur vanliga och hur höga avgifterna är varierar dock mycket mellan olika befolkningsgrupper och klientavgiftstyper. I Finland finns det tydliga skillnader mellan de befolkningsandelar som betalar jämstora, inkomstbundna klientavgifter och klientavgifter för mun- och tandvård och hur stora avgifter som ackumuleras i de olika landskapen.

Den här publikation är en del i genomförandet av statsrådets utrednings- och forskningsplan för 2017 (tietokayttoon.fi).

De som producerar informationen ansvarar för innehållet i publikationen. Textinnehållet återspeglar inte nödvändigtvis statsrådets ståndpunkt..

DESCRIPTION

Publisher and release date	Prime Minister's Office , 6.4.2018		
Authors	Tiina Hetemaa, Katja Ilmarinen, Satu Kapiainen, Ilmo Keskimäki, Meri Koivusalo, Merja Korajoki, Ismo Linnosmaa, Eeva Liukko, Pasi Moisio, Susanna Mukkila, Kimmo Parhiala, Mikko Peltola, Eeva Reissell, Liina-Kaisa Tynkkynen, Maria Vaalavuo		
Title of publication	Social and health care client fees: allocation, effects and fairness		
Name of series and number of publication	Publications of the Government's analysis, assessment and research activities 30/2018		
Keywords	allocation, client fees, fairness, funding, legislation, social and health care services		
Other parts of publication/ other produced versions	-		
Release date	April 2018	Pages 136	Language Finnish

Abstract

The research project 1) examined client fee legislation and practices of social welfare and health care in Finland and in a few reference countries, 2) compiled data that describes client fees on the individual level and covers the entire population of Finland – this data was used to extensively describe the allocation of client fees within the population – and 3) proposed improvements to the SISU microsimulation model in order to enhance the accuracy of assessing the amendments to client fee legislation.

Client fees involve questions concerning fairness, appropriate service use and the sufficiency and sustainability of social welfare and health care funding. The current client fee legislation was laid down in the early 1990's and it is no longer appropriate for the current service system. It is important to renew the legislation to ensure service-related equality among the population.

Client fees affect a large part of the population; nearly half of Finland's population paid social welfare and health care client fees in 2015. However, remarkable variation remains in the frequency and sums of the fees between population groups and client fee types. In Finland, there are clear differences in the accrued fees per county and between the population groups that have paid equal, income-related and oral health care client fees.

This publication is part of the implementation of the Government Plan for Analysis, Assessment and Research for 2017 (tietokayttoon.fi).

The content is the responsibility of the producers of the information and does not necessarily represent the view of the Government.



SISÄLLYS

Yhteenveto	8
Sammanfattning	12
Summary	16
1. Johdanto	20
1.1. Asiakasmaksut Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa.....	20
1.1. Asiakasmaksut ja palveluiden käyttö.....	21
1.2. Asiakasmaksut oikeudenmukaisuuskysymyksenä.....	23
2. Asiakasmaksut Suomessa	26
2.1. Asiakasmaksulainsäädäntö.....	26
2.2. Maksurasitteen vähentäminen.....	26
2.3. Asiakasmaksut terveydenhuollossa.....	27
2.3.1. Asiakasmaksut terveyskeskusten avosairaanhoidossa.....	28
2.3.2. Yksilökohtaisen fysioterapiakäynnin asiakasmaksut.....	31
2.3.3. Sairaanhoidajan käyntimaksut avoterveydenhuollossa.....	31
2.3.4. Päivystysmaksut.....	33
2.3.5. Suun terveydenhuollon asiakasmaksut.....	34
2.3.6. Erikoissairaanhoidon asiakasmaksut.....	35
2.4. Asiakasmaksut sosiaalihuollossa.....	36
2.4.1. Laitoshuollon ja perhehoidon sekä omaishoidon asiakasmaksut.....	37
2.4.2. Vanhusten palvelujen asiakasmaksut.....	37
2.4.3. Vammaispalvelujen asiakasmaksut.....	39
2.4.4. Lapsiperheiden palvelujen asiakasmaksut.....	39
3. Kansainvälisiä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista	41
3.1. Terveyspalveluihin liittyvät maksut.....	41
3.1.1. Ruotsi.....	43
3.1.2. Norja.....	44
3.1.3. Tanska.....	45
3.1.4. Alankomaat.....	47

3.1.5. Iso-Britannia	49
3.2 Sosiaalipalveluihin liittyvät maksut	53
3.2.1. Ruotsi, Norja ja Tanska	56
3.2.2. Alankomaat.....	60
3.2.3. Englanti.....	62
4. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä omavastuiden kohdentuminen väestössä.....	66
4.1. Johdanto	66
4.2. Aineisto, käsitteet ja menetelmät.....	66
4.2.1. Asiakasmaksujen imputointi aineistoon	66
4.2.2. Käytetyt käsitteet	70
4.2.3. Tulosten tulkinnasta	73
4.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen maakunnittain ...	74
4.4. Asiakasmaksujen ja omavastuiden kohdentuminen väestössä	80
4.4.1. Käyttjäosuudet.....	80
4.4.2. Asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien euromäärät	89
4.4.3. Terveystenhuollon asiakasmaksujen maksukaton rooli.....	96
4.4.4. Tarkastelu sairausrhymittain	97
4.4.5. Maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista.....	98
4.5. Arvio asiakasmaksujen muutosten vaikutuksista	103
4.5.1. Tasasuuruiset asiakasmaksut ja maksukaton muutokset.....	103
4.5.2. Asiakasmaksujen keskittyminen väestössä	104
5. Maksuperusteiden vaihtoehtoisten muutosten vaikutusten simulointimalli.....	106
5.1. Johdanto	106
5.2. SISU-mallin aineistopohjan laajennus Hilmo-tiedoilla	107
5.2.1. Yhdistettävät aineistot	107
5.2.2. Huomioita ja kysymyksiä	107
5.2.3. Tekninen toteutus	108
5.3. Asiakasmaksujen määräytymisperusteiden laskenta.....	109
5.3.1. Terveystenhuollon asiakasmaksut.....	110
5.3.2. Sosiaalihuollon asiakasmaksut	110
5.4. Dynaamisten vaikutusten tuonti SISU-malliin.....	113
5.4.1. Nykytila	113
5.4.2. Dynaamisten vaikutusten huomioiminen arvioitaessa asiakasmaksujen vaikutuksia	114

5.5. Suunnitelman toteutus, sen vaatimat resurssit ja jatkoselvitykset	116
6. Johtopäätökset	118
Raportin pääviestit	118
Raportti tarjoaa tietopohjan lainsäädäntöuudistukselle	118
Asiakasmaksuilla rahoitetaan osa sosiaali- ja terveyspalveluista	119
Kansalaisten yhdenvertaisuus eri puolilla Suomea kyseenalaista	119
Asiakasmaksut ja mahdollisuus käyttää palveluita	120
Hintajoustoja tulisi tutkia paremmin eri palveluissa ja ryhmissä	120
Asiakasmaksujen määrä kasvussa Euroopassa	121
Palvelutarpeiden määrittäminen vaikuttaa asiakasmaksuihin	121
Tutkimustuloksia ainutlaatuisen aineistoon perustuen	122
Puolet väestöstä maksaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja	122
Maksukatto huojentaa maksurasitetta merkittävästi, mutta koskettaa vain pientä väestönosaa	123
Maksut keskittyvät pienelle ryhmälle, mutta ”katastrofaaliset kustannukset” ovat harvinaisia	123
Jatkossa muutosten arviointi voidaan toteuttaa ketterämmin mikrosimuloinnin avulla	124
Kirjallisuus	125
Liitteet	133

YHTEENVETO

Raportin tavoitteet ja tausta

Asiakasmaksulainsäädäntöä ollaan muuttamassa Suomessa. Tämä raportti on kirjoitettu lainsäädännön valmistelun pohjaksi ja se esittelee niin kansainvälisiä käytäntöjä kuin Suomen asiakasmaksujen nykytilaa. Raportissa analysoidaan lisäksi ainutlaatuisella aineistolla vuoden 2015 asiakasmaksujen kohdentumista väestössä ja pohditaan, miten asiakasmaksut voitaisiin integroida osaksi mikrosimulointimallia, jolloin muutosten vaikutusten arviointi olisi tulevaisuudessa helpompaa. Tutkimustyön on rahoittanut Valtioneuvoston kanslia.

Nykyinen asiakasmaksulainsäädäntö Suomessa vaatii muutoksia

Valtio ohjaa asiakasmaksupolitiikkaa lainsäädännöllä, jonka tavoitteena on maksujen kohtuullisuus sekä palveluiden hyvä saavutettavuus. Tärkeänä linjauksena Suomen perustuslakivaliokunta on vuonna 1996 kirjannut, ettei henkilön taloudellinen asema saa olla esteenä palveluiden saamiselle. Myös nykyhallituksen tavoitteena on, ettei asiakasmaksuihin tule kohtuuttomia korotuksia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja sen nojalla annetussa asetuksessa (912/1992). Lainsäädäntöä ei ole uudistettu aikoihin, mikä on johtanut tulkintaongelmiin. Asiakasmaksuja koskevaa lainsäädäntöä ollaankin selkeyttämässä ja tarkentamassa siten, että se vastaisi paremmin nykyistä sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää ja palveluiden käyttöä.

Lainsäädäntö määrää enimmäismaksut mutta kunnissa erisuuruisia asiakasmaksuja

Lainsäädännöllä määrätyt sosiaali- ja terveystalouden asiakasmaksut ovat enimmäismaksuja, joiden osalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat päättää, peritäänkö maksu enimmäismääräisenä, alennettuna tai että maksua ei peritä lainkaan. Liikkumavara mahdollistaa maksujen sovittamisen paikallisten olosuhteiden mukaan, mutta aiheuttaa maksujen vaihtelua alueellisesti. Esimerkiksi terveyskeskusten avohoidossa 12 prosenttia väestöstä sai palvelun veloitusetta, vuosimaksun, eli 32,10–41,70 euroa maksoi 17 prosenttia väestöstä ja maksun kolmelta käyntikerralta, enimmillään 20,90 euroa kerralta, maksoi noin 70 prosenttia väestöstä. Samoin esimerkiksi iäkkäiden kotihoidon palveluissa on merkittävää kuntien välisiä vaihtelua. Maksun enimmäismäärän peri noin joka viides kunta vuonna 2016.

Sosiaalihuoltolain mukaisista asumispalveluista ei ole lainsäädännössä yksityiskohtaista sääntelyä. Niinpä asiakasmaksuissa on huomattavaa vaihtelua niin maksujen suuruuden kuin maksukäytäntöjen osalta. Esimerkiksi tehostetun palveluasumisen asiakasmaksu voi olla laitospalveluiden käytäntöä mukaileva kokonaismaksu, eli 85 prosenttia tuloista, tai hoito-, tuki- ja ateriapalveluista maksetaan jokaisesta erikseen oma maksunsa. Asiakasmaksun lisäksi myös asiakkaan vähimmäiskäyttövaran suuruus vaihtelee asumispalveluissa 108 eurosta 250 euroon kuukaudessa, sillä siitä ei ole säädetty.

Järjestämisvastuun siirtyminen kunnilta maakunnille yhdenmukaistaa asiakasmaksukäytäntöjä ja tasaa siten asiakasmaksujen suuruutta maakuntien sisällä. Maakuntien välille voi edel-

leen syntyä eroja asiakasmaksujen suuruuksissa, niiden kattavuudessa ja kohdentumisissa riippuen asiakasmaksulainsäädännöstä.

Katsaus kansainvälisiin käytäntöihin

Suomessa käytössä olevat erilliset maksukatot terveystalouden, lääkkeiden ja matkakustannusten osalta nousevat yhteissummaltaan noin 1 600 euroon vuositasolla. Tässä raportissa tarkasteltuihin maihin verrattuna kattojen erillisuus ja toisaalta kattojen taso näyttävät korkeina verrokkimaihin suhteutettuina.

Asiakasmaksujen vaikutus perusterveydenhuollon palveluiden käyttöön on suurempi kuin erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöön. Esimerkiksi Tanskassa ja Englannissa perusterveydenhuollossa ei ole lainkaan asiakasmaksuja.

Toisaalta esimerkiksi Tanskassa ja Norjassa suunterveydenhuolto kuuluu aikuisväestön osalta täysin itse maksettavien palveluiden piiriin, kun taas Suomessa myös aikuisväestö on luettu kuuluvaksi julkisesti järjestetyn hammashuollon palveluiden piiriin.

Tarkempaa tietoa yksilöiden asiakasmaksurasitteista

Suomessa ei kerätä kansallisesti tietoja sosiaali- ja terveystalouden käyttäjien maksamista asiakasmaksuista. Yksilön asiakasmaksurasitteen arvioiminen on kuitenkin mahdollista palveluiden käyttötietojen avulla. Näihin tietoihin on lisäksi mahdollista yhdistää yksilötasolla tiedot sairausvakuutuksesta korvatusta lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden käytöstä ja henkilön taustatiedoista. Kerättyjen kansallisten rekisteriaineistojen avulla voidaan siis laajasti arvioida asiakasmaksujen kohdentumista väestössä.

Yhteensä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut olivat tutkimusaineistosta suoraan laskettuna 1 428 miljoonaa euroa. Saatua arvio on hyvin lähellä kuntien ja kuntayhtymien taloustilastojen vuoden 2015 toteumaa 1 451 miljoonan euron sosiaali- ja terveystalouden maksutuotoista¹. Arvioimme raportissa käytetyn aineiston olevan ainutlaatuinen laajuudessaan ja tarkkuudessaan.

Asiakasmaksuja maksaa noin puolet väestöstä

Vuoden 2015 aikana noin puolet koko väestöstä käytti palveluita, joista on voinut heille koitua sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja. Suurin osa heistä, eli 36,0 prosenttia koko väestöstä, oli käyttänyt palveluita, joista aiheutui tasasuuruisia asiakasmaksuja (esim. terveyskeskusmaksut). 4,8 prosenttia väestöstä oli maksanut tulosidonnaisia asiakasmaksuja ja 21,8 prosenttia suun terveydenhuollon asiakasmaksuja. Väestöryhmien ja asiakasmaksulajien välillä on suurta vaihtelua maksujen yleisyydessä ja suuruudessa. Esimerkiksi toimeentulotukiasiakkaat maksoivat maksuja muuta väestöä useammin ja naiset miehiä useammin.

Keskimäärin väestössä tasasuuruiset maksut olivat 71 euroa, tulosidonnaiset maksut 167 euroa ja suun terveydenhuollon maksut 23 euroa vuoden 2015 aikana. Palveluita käyttäneillä maksut kuitenkin ovat huomattavasti korkeammat: vastaavasti 197 euroa, 3 505 euroa ja 104 euroa.

¹ Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuntatalous [verkkójulkaisu]. ISSN=2343-4147. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/pta/tau.html> (viitattu: 15.2.2018)

Maakuntien välillä selviä eroja asiakasmaksujen kertymissä ja maksukattojen täyttymisessä

Suomessa oli selviä eroja tasasuuruisia, tulosidonnaisia ja suun terveydenhuollon asiakasmaksuja maksaneissa väestösuuksissa maakunnittain. Samoin ikä- ja sukupuolivakioidut keskimääräiset asiakasmaksut käyttäjää kohden vaihtelivat selvästi maakunnittain jokaisen kolmen eri asiakasmaksuryhmän kohdalla kuin myös näiden yhdistelmissä.

Asukasta kohden vuoden aikana kertynyt tasasuuruisten, tulosidonnaisten ja suun terveydenhuollon asiakasmaksujen ikä- ja sukupuolivakioitu keskimääräinen arvo oli suurin Etelä-Savossa (293 €/asukas) ja pienin Uudellamaalla sekä Etelä-Karjalassa (247 €/asukas). Koko maassa asiakasmaksuja näistä palveluista oli arviolta keskimäärin 260 euroa asukasta kohden. Maakunnittaiset erot asiakasmaksukertymissä heijastelivat asukkaiden palvelutarpeen eroja.

Tietoja yksilötason asiakasmaksukertymistä ja maksukatoista

Kunnallinen maksukatto, lääkekatto tai matkakatto täyttyi vuoden 2015 aikana 6 prosentilla väestöstä eli noin 330 000 henkilöllä. Henkilöitä, joilla täyttyivät kaikki mainituista katoista, oli 0,1 prosenttia väestöstä. Maakunnittainen tarkastelu kunnallisen maksukaton täyttymisestä alueiden väestössä osoittaa, että Manner-Suomessa kunnallisen maksukaton ylittäneiden asukkaiden ikä- ja sukupuolivakioitu osuus vaihteli Uudenmaan 2,4 prosentista Keski-Pohjanmaan 4,9 prosenttiin.

Kunnallisen maksukaton osalta asiakasmaksujen seuranta on kansalaisten vastuulla ja heidän on itse osoitettava maksukaton täytyminen, jotta he voivat pyytää vapautusta asiakasmaksuista tai saada alemmat asiakasmaksut maksukaton täyttymisen jälkeen.

Tutkimuksessa rakennetun aineiston perusteella voitiin tarkastella maksukertymiä kalenterivuoden aikana ja tarkasti määrittää maksukaton täyttymishetki kaikille. Tämä otettiin huomioon myös maksukaton täyttymisen jälkeisiä asiakasmaksuja arvioitaessa.

Katastrofaaliset maksut harvinaisia – mutta maksurasite keskittyy voimakkaasti pienelle vähemmistölle

Asiakasmaksuista kokonaisuudessaan voi muodostua merkittävä menoerä, sillä suurin osa sosiaalihuollon maksuista ei ole maksukaton piirissä. Maksuja on mahdollista alentaa tai jättää perimättä, mutta tämä asiakasmaksulain 11 pykälä on huonosti tunnettu.

Katastrofaaliset maksut, eli kun maksut ylittävät 40 prosenttia henkilön tuloista, ovat Suomessa harvinaisia, mutta tietyissä ryhmissä asiakasmaksut kohoavat korkeiksi, kun huomioidaan tasasuuruiset, tulosidonnaiset ja suun terveydenhuollon asiakasmaksut sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuut. Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä noin 5 prosentilla asiakasmaksut ylittivät 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista. Pienituloisilla maksut suhteessa tuloihin ovat myös suuremmat kuin muilla.

Asiakasmaksujen rasite keskittyy pienelle osalle väestöstä. Kymmenesosa tasasuuruisia maksuja maksaneista maksaa noin 47 prosenttia kaikista tasasuuruista asiakasmaksuista, vastaava luku on 44 prosenttia tulosidonnaisten maksujen kohdalla ja 30 prosenttia suun terveydenhuollon maksujen kohdalla.

Mikrosimulointi mahdollistaa muutosten arvioinnin jatkossa

Tässä raportissa esitellään myös, miten asiakasmaksut voidaan integroida osaksi mikrosimulointimallia, jota jo nyt hyödynnetään erilaisten politiikkatoimenpiteiden tulonjaollisten vaikutusten arvioinnissa.

Tilastokeskuksen ylläpitämän SISU-mikrosimulointimallin tulonjakotiedot sisältävän rekistereihin perustuvan pohja-aineiston täydentäminen sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä koskevilla tiedoilla mahdollistaisi jatkossa erilaisten maksujärjestelmien ja asiakasmaksujen muutosten vaikutusten arvioinnin paitsi asiakasmaksutulokertymään myös palveluita käyttävien kotitalouksien toimeentuloon.

Asiakasmaksut eivät saa olla este palveluiden käytölle

Asiakasmaksuihin liittyy kysymyksiä oikeudenmukaisuudesta, tarkoituksenmukaisesta palveluiden käytöstä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen riittävydestä ja kestäväyydestä. Asiakasmaksuja maksaa enemmän paljon sairastavat ja heikkokuntoiset, jotka usein kuuluvat pienituloisiin. Vaikka osa maksuista on tulosidonnaisia, ovat maksut kuitenkin regressiivisiä, eli pienituloiset maksavat enemmän suhteessa tuloihinsa. Kyselytutkimusten perusteella tiedetään, että osa pienituloisista jättää palveluita käyttämättä kustannussyistä.

Asiakasmaksujen muutosten vaikutuksia palveluiden käyttöön ei ole tutkittu empiirisesti juuri lainkaan Suomessa. Tästä syystä ei ole varmuutta siitä, miten asiakasmaksut vaikuttavat esimerkiksi terveyseroihin ja kansanterveyteen yleensä. Yhdysvaltoja koskevassa tutkimuksessa on löydetty pieniä hintajoustoja, joiden mukaan asiakasmaksujen korotukset johtavat maltilliseen palveluiden käytön vähentymiseen. Asiakasmaksujen vaikutus perusterveydenhuollon palveluiden käyttöön on suurempi kuin erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöön.

Tarvitsemme lisää tietoa miten asiakasmaksujen muutokset *eri palveluissa* vaikuttavat *eri väestöryhmiin* Suomessa. Asiakasmaksulainsäädännön käynnissä oleva uudistus voisi tarjota mahdollisuuden täsmälliseen analyysiin myös hintajoustoista, jos uudistuksen implementointi esimerkiksi porrastettaisiin maakunnittain. Myös kunnittaisia eroja tutkimalla voidaan selvittää hintajoustoja Suomessa eri palveluissa. Hintajoustojen tarkka selvittäminen olisi tärkeää myös mikrosimulointimallin kehittämiseksi.

Lainsäädäntöä uudistettaessa on erityisen tärkeää huolehtia siitä, ettei jo nyt kaikkein haavoittuvimmassa asemassa olevien tilanne heikkene. Asiakasmaksut eivät saa muuttua esteeksi välttämättömälle palveluiden käytölle. Lainsäädäntöön on luotava toimiva järjestelmä maksujen alentamiseksi ja sen soveltamista tulee tarkasti seurata. Uuden lainsäädännön myötä myös alueellista yhdenvertaisuutta voidaan edistää.

SAMMANFATTNING

Rapportens mål och bakgrund

I Finland är en ändring av lagstiftningen om klientavgifter på gång. Denna rapport har skrivits som underlag till lagberedningen och tar upp såväl internationell praxis som de nuvarande klientavgifterna i Finland. I rapporten analyseras dessutom unikt material från 2015 om hur klientavgifterna fördelades på befolkningen och man funderar på hur klientavgifterna kunde integreras i mikrosimuleringsmodellen, vilket skulle göra det lättare att bedöma effekterna av ändringar i framtiden. Statsrådets kansli har finansierat forskningsarbetet.

Den nuvarande lagstiftningen om klientavgifter i Finland kräver ändringar

Staten styr klientavgiftspolitikerna med hjälp av lagstiftning som har som mål att avgifterna ska vara skäliga och att tillgängligheten till service ska vara bra. En viktig riktlinje kommer från Finlands grundlagsutskott 1996 om att en persons ekonomiska ställning inte ska få vara ett hinder för att få service. Även den nuvarande regeringen har som mål att det inte ska bli några oskäligen höjningar av klientavgifterna.

Bestämmelser om klientavgifterna inom social- och hälsovården finns i lagen om klientavgifter inom social- och hälsovården (734/1992) och i den förordning (912/1992) som har utfärdats med stöd av den. Lagstiftningen har inte förnyats på länge, vilket har lett till tolkningsproblem. Lagstiftningen om klientavgifter håller på att göras tydligare och mer exakt så att den bättre ska motsvara social- och hälsovårdstjänsternas system och användningen av tjänsterna.

Lagstiftningen fastställer de högsta avgifterna men kommuner har olika höga klientavgifter

De klientavgifter för social- och hälsovårdsservice som fastställs genom lagstiftningen är de högsta avgifter som kommunerna och samarbetsområdena kan besluta om de ska ta ut till deras fulla belopp, till nedsatt belopp eller inte ta upp någon avgift alls. Spelrummet gör att avgifterna kan anpassas enligt de lokala omständigheterna, men det gör att avgifterna varierar regionalt. Till exempel i hälsovårdscentralernas öppenvård fick 12 procent av befolkningen service gratis, 17 procent betalade årsavgift på 32,10–41,70 euro och cirka 70 procent av befolkningen betalade avgift för tre besök, högst 20,90 euro per besök. Likaså är det betydande variation mellan kommunerna i hemvården för äldre. Ungefär var femte kommun tog 2016 ut den högsta avgiften.

Lagstiftningen innehåller inga detaljerade bestämmelser om boendeservice enligt socialvårdslagen. Det leder till att det finns betydande variation i klientavgifterna både när det gäller avgifternas storlek och i betalningspraxisen. Till exempel kan klientavgiften för serviceboende med heldygnsomsorg vara en sammanlagd avgift enligt praxisen för service på en institution, vilket är 85 procent av inkomsterna, eller så betalar man separat för vård-, stöd- och måltidstjänster. Utöver klientavgiften varierar också det minimibelopp som ska stå till klientens förfogande i boendeservice från 108 euro till 250 euro i månaden, eftersom det inte har reglerats.

När ansvaret för att ordna servicen övergår från kommunerna till landskapet blir klientavgiftspraxisen mer enhetlig och därmed jämnas klientavgifterna ut inom landskapen. Det kan fortfarande

uppstå skillnader mellan landskapen i klientavgifternas belopp, i vad de omfattar och hur de fördelas beroende på lagstiftningen om klientavgifter.

Översikt av internationell praxis

Den totala summan för olika avgiftstak som används i Finland för hälsovårdstjänster, mediciner och resekostnader uppgår till cirka 1 600 euro på årsnivå. Jämfört med de länder som har granskats i den här rapporten verkar skillnaderna mellan taken och takens nivå vara hög i förhållande till jämförelseländerna.

Klientavgifternas inverkan på utnyttjandet av primärvårdens tjänster är större än på utnyttjandet av specialistsjukvårdens tjänster. Till exempel Danmark och England har inga klientavgifter alls inom primärvården.

Å andra sidan räknas mun- och tandvården för vuxna i till exempel Danmark och Norge till de tjänster man ska betala för själv, medan vuxna i Finland också räknas med i de tandvårdstjänster som ordnas offentligt.

Mer exakt information om individers klientavgiftsbörda

I Finland samlas det inte in information nationellt om de klientavgifter som de som utnyttjar social- och hälsovårdstjänster betalar. Det går dock att uppskatta en individs klientavgiftsbörda med hjälp av uppgifterna om hur tjänsterna används. Dessa uppgifter går dessutom att sammanföra med uppgifter om läkemedel, resor och privata tjänster som ersätts från sjukförsäkringen och personens bakgrundsinformation. Med hjälp av det nationella registermaterial som samlas in kan alltså en omfattande bedömning göras av hur klientavgifterna fördelar sig på befolkningen.

Sammanlagt var klientavgifterna för social- och hälsovården 1 428 miljoner euro beräknat direkt utifrån forskningsmaterialet. Den uppskattningen ligger väldigt nära kommunernas och samkommunernas statistik över social- och hälsovårdens avgiftsintäkter för 2015 som var 1 451 miljoner euro². Vi bedömer att det material som används i rapporten är unikt i sin omfattning och sin noggrannhet.

Omkring hälften av befolkningen betalar klientavgifter

Under 2015 utnyttjade omkring hälften av befolkningen tjänster som kan ha lett till att de fick betala klientavgifter för social- och hälsovård. Största delen av dem, eller 36,0 procent av hela befolkningen, hade utnyttjat tjänster som medförde jämstora klientavgifter (t.ex. hälsovårdscentralens avgifter). 4,8 procent av befolkningen hade betalat inkomstbundna klientavgifter och 21,8 procent klientavgifter för mun- och tandvård. Variationen mellan befolkningsgrupperna och klientavgiftstyperna är stor när det kommer till hur vanliga och hur höga avgifterna är. Till exempel betalade utkomststöds klienter oftare avgifter än den övriga befolkningen och kvinnor oftare än män.

I genomsnitt var de jämstora avgifterna för befolkningen 71 euro, de inkomstbundna 167 euro och avgifterna för mun- och tandvård 23 euro under 2015. För dem som utnyttjade tjänsterna var dock avgifterna betydligt högre: 197 euro, 3 505 euro och 104 euro.

² Finlands officiella statistik (FOS): Kommunekonomi [nätpublikation] ISSN=2343-4147. Helsingfors: Statistikcentralen. http://www.stat.fi/til/pta/tau_sv.html (läst: 15.2.2018)

Tydliga skillnader mellan landskapen i influtna klientavgifter och uppfyllande av avgiftstaken

I Finland fanns det tydliga skillnader mellan de befolkningsandelar i landskapen som betalat jämstora, inkomstbundna klientavgifter och klientavgifter för mun- och tandvård. Likaså varierade de genomsnittliga ålders- och könsdifferentierade klientavgifterna tydligt mellan landskapen för de tre olika klientavgiftsgrupperna liksom i kombinationer av dem.

Det genomsnittliga ålders- och könsdifferentierade beloppet för jämstora, inkomstbundna klientavgifter och klientavgifter för mun- och tandvård som ackumulerades per invånare under ett år var störst i Södra Savolax (293 €/invånare) och lägst i Nyland och Södra Karelen (247 €/invånare). I hela landet var klientavgifterna för dessa tjänster i genomsnitt 260 euro per invånare. De landskapsmässiga skillnaderna i klientavgifterna återspeglade skillnaderna i invånarnas servicebehov.

Uppgifter om klientavgifter och avgiftstak på individnivå

Det kommunala avgiftstaket, läkemedelstaket eller resetaket uppfylldes 2015 av 6 procent av befolkningen, vilket motsvarar cirka 330 000 personer. De personer som uppfyllde alla de nämnda taken utgjorde 0,1 procent av befolkningen. Den landskapsmässiga granskningen av uppfyllandet av det kommunala avgiftstaket i regionernas befolkning visar att den ålders- och könsdifferentierade andelen invånare som överskred det kommunala avgiftstaket i Fastlandsfinland varierade mellan 2,4 procent i Nyland och 4,9 procent i Mellersta Österbotten.

När det gäller det kommunala avgiftstaket är det medborgarna som ansvarar för att följa med klientavgifterna och de måste själva påvisa att avgiftstaket har uppnåtts för att kunna be om att bli befriade från klientavgifter eller få lägre klientavgifter efter att avgiftstaket har uppnåtts. I undersökningen kunde man utifrån det material som hade byggts upp granska avgifterna under ett kalenderår och noga fastställa när avgiftstaket uppnåddes för alla. Detta beaktades också när klientavgifterna efter att avgiftstaket uppnåtts bedömdes.

Ovanligt med katastrofala avgifter – men avgiftsbördan är kraftigt koncentrerad på en liten minoritet

Klientavgifterna kan i sin helhet utgöra en betydande utgiftspost, eftersom en stor del av socialvårdens avgifter inte omfattas av avgiftstaket. Det är möjligt att nedsätta eller efterskänka avgifter, men denna 11 § i klientavgiftslagen är inte välkänd.

Katastrofala avgifter, det vill säga när avgifterna överskrider 40 procent av personens inkomster, är ovanliga i Finland, men i vissa grupper blir klientavgifterna höga när man beaktar jämstora, inkomstbaserade klientavgifter och klientavgifter inom mun- och tandvården samt självriskan för läkemedel och resor. Bland 5 procent av dem som fyllt 75 år överskred till exempel klientavgifterna 40 procent av de tillgängliga inkomsterna. För låginkomsttagare var avgifterna också större i förhållande till inkomsterna än för andra. Belastningen från klientavgifterna koncentreras på en liten del av befolkningen. En tiondel av dem som betalat jämstora avgifter betalar 47 procent av alla jämstora klientavgifter, motsvarande siffra är 44 procent när det gäller inkomstbundna avgifter och 30 procent när det gäller avgifter för mun- och tandvård.

Mikrosimulering gör det möjligt att bedöma förändringar i framtiden

Den här rapporten tar även upp hur klientavgifterna kan integreras i mikrosimuleringsmodellen som redan nu utnyttjas för att bedöma hur olika politiska åtgärder inverkar på inkomstfördelningen.

Kompletteringen av det basmaterial som grundar sig på registren med inkomstfördelningsuppgifter i mikrosimuleringsmodellen SISU som upprätthålls av Statistikcentralen med uppgifter om användningen av social- och hälsovårdstjänster kommer i fortsättningen att göra det möjligt att bedöma hur olika ändringar i betalningssystemen och klientavgifterna inverkar både på ackumuleringen av klientavgifter och på utkomsten i de hushåll som utnyttjar tjänsterna.

Klientavgifterna får inte vara ett hinder för att använda tjänsterna

Till klientavgifterna hör frågor om rättvisa, ändamålsenligt utnyttjande av tjänster samt tillräcklig och hållbar finansiering av social- och hälsovården. De som blir sjuka mycket och de som är svaga betalar mer klientavgifter och hör ofta till dem med lägst inkomster. Även om en del av avgifterna är inkomstbundna, är kostnaderna ändå regressiva vilket innebär att låginkomsttagare betalar mer i förhållande till sina inkomster. Utifrån enkätundersökningar vet man att en del av dem med lägst inkomster låter bli att använda tjänster av kostnadsskäl.

Hur ändringar av klientavgifterna skulle inverka på användningen av tjänsterna har inte undersökts empiriskt nästan alls i Finland. Därför vet man inte med säkerhet hur klientavgifterna till exempel inverkar på hälsoskillnader och på folkhälsan i allmänhet. I en undersökning från USA har man hittat en liten priselasticitet enligt vilken höjningar av klientavgifterna leder till en måttlig minskning av användningen av tjänster. Klientavgifternas inverkan på utnyttjandet av primärvårdens tjänster är större än på utnyttjandet av specialistsjukvårdens tjänster.

Vi behöver mer information om hur ändringar av klientavgifterna *i olika tjänster* skulle inverka på *olika befolkningsgrupper* i Finland. Den reform av lagstiftningen om klientavgifter som är aktuell kan erbjuda en möjlighet till en exakt analys av priselasticiteten om implementeringen av reformen till exempel skulle graderas i landskapen. Även genom att undersöka kommunala skillnader kan priselasticiteten i olika tjänster i Finland utredas. En exakt utredning av priselasticiteten är också viktig för utvecklingen av mikrosimuleringsmodellen.

När lagstiftningen förnyas är det särskilt viktigt att se till att inte situationen förvärras för dem som redan nu är mest sårbara. Klientavgifterna får inte bli ett hinder för att kunna utnyttja nödvändiga tjänster. Lagstiftningen måste skapa ett fungerande system för att sänka avgifterna och tillämpningen av lagstiftningen ska följas med noggrant. I och med den nya lagstiftningen kan också regional jämlikhet främjas.

SUMMARY

The objectives and background of the report

The Finnish client fee legislation is in the process of being amended. The purpose of this report is to provide a basis for the legislation preparation process, and it presents international practices as well as the current state of client fees in Finland. In addition, the report analyses the allocation of client fees within the population in 2015 using unique data and discusses solutions for integrating client fees as part of the microsimulation model which would enable easier assessment of the effects of future changes. The research work was funded by the Prime Minister's Office.

Finland's current client fee legislation requires an update

The state controls the client fee policy with legislation that aims at ensuring reasonable fees and good availability of services. In 1996, the Constitutional Law Committee made an essential definition of policy which states that a person's economic situation must not prevent access to services. Preventing unreasonable increases to client fees is an objective of the current government as well.

The social welfare and health care client fees are provided for in the law on social welfare and health care client fees (734/1992) and in the related Regulation 912/1992. The legislation has not been renewed for a long time which has led to interpretation-related issues. The legislation concerning client fees is in the process of being clarified and specified in such a way that it would reflect the current social welfare and health care services system and service use more accurately.

Legislation lays down the maximum fees, but municipalities apply varying client fees

The social welfare and health care services system client fees laid down in the legislation are maximum fees. Finnish municipalities and cooperation areas may decide whether they collect the fees in full, as reduced fees or collect no fees at all. This latitude enables scaling the fees in accordance to the local circumstances, but it causes variation between regions. For example, 12% of the population got health care centre outpatient treatment for free, 17% paid the annual fee of EUR 32.10–41.70 and 70% paid a three-visit fee with a maximum payment of EUR 20.90 per visit. Similarly, there is remarkable variation between municipalities in the home care services for elderly people. The maximum fee was charged by approximately one in every five municipalities in 2016.

The current legislation does not include particular regulation for housing services as per the Social Welfare Act. Therefore, there is remarkable variation in client fees regarding both the amount of payment and payment practices. For example, the client fee of sheltered housing with 24-hour assistance may be an overall charge that reflects the institutional service practices, meaning 85% of income, or there may be separate fees for treatment, support and meal services. In addition to the client fee, the minimum amount of money that the client may keep for personal use varies between EUR 108 and 250 per month as it has not been provided for in the current legislation.

Transferring the responsibility for organising social welfare and health care services from municipalities to counties standardises the client fee practices and consequently, the payable amounts of client fees within the counties. It is still possible that differences develop between counties regarding the payable amounts, the extent, and the allocation of client fees depending on the client fee legislation.

Examination of international practices

The total sum of the payment ceilings for health care services, medicines and travel expenses applied in Finland is approximately EUR 1,600 per year. In comparison to the countries which were included in this report, the detachment and level of the maximum payments seemed high.

The effect of client fees on the use of primary health care is greater than on the use of specialised medical care. In Denmark and England, for example, there are no client fees for primary health care.

On the other hand, in Denmark and Norway, for example, oral health care for the adult population is part of the services that have to be completely paid by the client, whereas in Finland, the adult population falls within the sphere of public oral health care.

More precise information on the individual client fee burden

There are no national records of client fees paid by the users of social welfare and health care services in Finland. However, it is possible to assess the individual client fee burden by examining service use data. In addition, by using personal background data, it is possible to combine the data on medicines, travel expenses and service use remunerated by health insurance on the individual level. Thus, it is possible to extensively estimate the allocation of client fees within the population using register data.

The total of social welfare and health care client fees was EUR 1,428 million when calculated directly from the research data. This estimate is very close to the sum of EUR 1,451 million gained from social welfare and health care services fees in 2015, which was calculated on the basis of municipal and joint municipal authority statistics. We consider the data used in the report to be unique in terms of extent and accuracy.

Approximately half of the population pays client fees

During 2015, approximately half of the population used services that may involve social welfare and health care client fees. The largest part of this group, or 36.0% of the entire population, used services that involved equal client fees (e.g. health care centre fees). 4.8% of the population paid income-related client fees and 21.8 % paid oral health care client fees. There is remarkable variation in the frequency and the amounts of the fees between population groups and client fee types. For example, social assistance clients paid the fees more frequently than rest of the population and women paid more frequently than men.

In 2015, the average amount of equal fees was EUR 71, income-related fees EUR 167, and oral health care fees EUR 23. However, the fees paid by those who used the services were distinctively higher; the equivalent average amounts were EUR 197, EUR 3,505, and EUR 104 respectively.

Clear differences between counties in client fee accrual and fulfilment of payment ceilings

In Finland, there were clear county-specific differences in population groups that paid equal, income-related and oral health care client fees. Similarly, the average client fees per service user standardised by age and gender clearly varied among counties. This variance was observed within each of the three client fee groups and in the combinations of the groups.

The average value of equal, income-related and oral health care client fees standardised by age and gender and accrued per resident in a year was highest in the county of Southern Savonia (EUR 293/resident) and lowest in the counties of Uusimaa and South Karelia (EUR 247/resident). The estimated average client fees for these services in the entire country were EUR 260 per resident. The county-specific differences in client fee accrual reflected the residents' different kinds of service requirements.

Information on individual level client fee accrual and payment ceilings

In 2015, 6% of the population, or 330,000 people, reached the municipal ceilings for fees, medicines or travel expenses. 0.1% of the population reached all of the aforementioned ceilings. County and regional population-specific examination of reached payment ceilings indicates that the age and gender-standardised proportion of residents who reached the municipal payment ceiling in Mainland Finland varied from 2.4% in Uusimaa to 4.9% in Central Ostrobothnia.

As far as the municipal payment ceiling is concerned, citizens are responsible for observing the payment fees, and they must be able to prove that the payment ceiling has been reached in order to request for an exemption or reduction of client fees after reaching the payment ceiling. On the basis of the data collected for the research, it was possible to examine the payments accrued during a year and determine the precise moment of reaching the payment ceiling for everyone. This was taken into account also when estimating the client fees accrued after reaching the payment ceiling.

Catastrophic fees are rare, but the payment burden is heavily concentrated on a small minority

The combined client fees may cause remarkable expenses as most of the social welfare fees do not fall within the sphere of the payment ceiling. It is possible to lower or waive the fees but Section 11 of the law on social welfare and health care client fees (734/1992) is not widely known.

Catastrophic fees, or fees that exceed 40% of the client's income, are rare in Finland, but in certain groups the client fees reach a high level, when the equal, income-related and oral health care client fees and the own risk concerning medicines and travel expenses are taken into account. For example, the client fees of 5% of the population over the age of 75 exceeded 40% of their disposable income. The fees in proportion to the income were greater for the low-income group than for other groups.

The burden of client fees concentrates on a small proportion of the population. A tenth of those who pay equal client fees pay 47% of all equal client fees; for income-related fees the equivalent percentage is 44%, and for oral health care fees it is 30%.

Microsimulation enables assessing future changes

This report also presents solutions for integrating client fees as part of the microsimulation model which is already used for assessing the distributional effects of various political measures.

Supplementing the register-based base data that contains the income distribution data of the SISU microsimulation model maintained by Statistics Finland with social welfare and health care services related data would enable the future assessment of the effects of changes to various payment systems and client fees on not only to client fee income accrual but also on the subsistence of the households that use the services.

Client fees must not prevent service use

The client fees involve questions concerning fairness, appropriate service use and the sufficiency and sustainability of social welfare and health care funding. People who suffer from diseases frequently and the infirm – both of which are groups often characterised by low income – pay more client fees than other groups. Even though some of the fees are income-related, the fees are regressive, which means that people with low income pay more in proportion to their income. Based on surveys, it is known that part of the low-income group do not use the services for cost-related reasons.

The effects of client fee changes on service use have hardly been studied empirically in Finland. Therefore, there can be no certainty in knowing how client fees affect the variance in personal health and in public health, for example. A study concerning the United States found small price elasticities which indicate that raising client fees leads to moderate decreases of service use. The effect of client fees on the use of primary health care is greater than on the use of specialised medical care.

More information is required on the effects of client fee changes of different services on different population groups in Finland. The current renewing process of the client fee legislation could offer an opportunity for the precise analysis of price elasticity if the implementation of the reform would be staggered by county. In addition, the price elasticity of different services in Finland's context could be found out by studying municipality-specific differences. The precise examination of price elasticity would play an important role in developing the microsimulation model as well.

When renewing the legislation, it is of utmost importance to ensure that the situation of those who are already in the most vulnerable position, will not be impaired. Client fees must not become an obstacle for necessary use of services. The legislation must create a functional system for lowering client fees and its application must be carefully observed. Regional equality can also often be promoted when renewing legislation.

1. JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulainsäädäntöä ollaan uudistamassa. Tämän raportin tuloksia on tarkoitus hyödyntää hallituksen esityksen valmistelussa (STM, 2017). Samalla raportti tarjoaa kattavan yleiskuvan asiakasmaksuista niin Suomessa (luku 2) kuin muutamassa muussa maassa (luku 3). Raportin empiiriset analyysit tarjoavat poikkeuksellisen rikkaan ja yksityiskohtaisen kuvan asiakasmaksujen kohdentumisesta Suomen väestössä vuonna 2015, ja tuloksia voidaan käyttää lainsäädäntömuutosten ennakoarvioinnin pohjana (luku 4). Raportissa esitelty ajatus mikrosimulointimallin käytöstä asiakasmaksujen analysoinnissa taas antaa kuvan siitä, miten asiakasmaksujen tulonjakovaikutuksia sekä yksilö- että yhteiskuntatason maksurasitetta ja -kertymää voitaisiin jatkossa yhä tarkemmin seurata ja ennakoida (luku 5). Johtopäätösluvussa pohdimme asiakasmaksujen uudistamista tutkimustiedon valossa. Tässä johdantoluvussa keskustelemme asiakasmaksujen periaatteista ja järjestelmän uudistamisesta yleisemmällä tasolla.

1.1. Asiakasmaksut Suomen sosiaali- ja terveydenhuollossa

Tässä raportissa tarkastellaan ensisijaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden asiakasmaksuja. Lisäksi tarkastellaan lääkkeitä, matkoista ja yksityisistä palveluista maksettuja omavastuita.

Asiakasmaksuja voidaan tarkastella i) sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen oikeudenmukaisuuden ja riskien jaon, ii) maksutuottojen, iii) hoitoon hakeutumisen, hoidon saatavuuden ja asiakkaan näkökulmasta sekä iv) palveluiden käyttöä ohjaavina keinoina. 1990-luvun laman aikana alettiin enenevässä määrin korostaa yksilön omaa vastuuta terveydenhuollossa. Asiakasmaksuja perusteltiin sekä niiden ohjaus- että rahoitusroolilla: toisaalta toivottiin lisää maksutuloja ja toisaalta maksujen toivottiin ohjaavan asiakkaita kustannustehokkaampaan palvelukäyttöön ja ehkäisevän epätarkoituksenmukaista käyttöä.

Valtio ohjaa asiakasmaksupolitiikkaa lainsäädännöllä, jonka tavoitteena on maksujen kohtuullisuus sekä palveluiden saavutettavuus.³ Tärkeänä linjauksena Suomen perustuslakivaliokunta on vuonna 1996 kirjannut, ettei henkilön taloudellinen asema saa olla esteenä palveluiden saamiselle (Pe VL 39/1996 vp). Myös nykyhallituksen tavoitteena on, ettei asiakasmaksuihin tule kohtuuttomia korotuksia (STM, 2017).

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, jäljempänä 'asiakasmaksulaki') ja sen nojalla annetussa asetuksessa (912/1992, jäljempänä 'asiakasmaksuasetus'). Lainsäädäntöä ei ole uudistettu aikoihin, mikä on johtanut tulkintaongelmiin. Asiakasmaksuja koskevaa lainsäädäntöä ollaankin selkeyttämässä ja tarkentamassa siten, että se vastaisi paremmin nykyistä sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää ja palveluiden käyttöä. Nykyisestä laista puuttuvat säännökset esimerkiksi palveluasumisen maksuista ja muista uudemmissa palveluista.

Asiakasmaksuja koskevan lainsäädännön uudistaminen on välttämätöntä myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen takia. Sote-uudistus tarkoittaa vähintäänkin sitä, että jatkossa

³ <http://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut> (viitattu 18.12.2017)

sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja kerää maakunta. Asiakasmaksujen uudistustyön aloitti helmikuussa 2017 sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä, jonka tehtävänä on laatia luonnos hallituksen esityksestä uudeksi asiakasmaksulainsäädännöksi.⁴ Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskusten lisäksi kokonaisuudessa on huomioitava sairaanhoitokorvausten poistamista koskevat ratkaisut sekä sairausvakuutuslain mukaiset lääke- ja matkakorvaukset siltä osin kuin näillä on vaikutusta asiakasmaksulainsäädäntöön. Näiden tarkastelu palveluiden asiakasmaksujen lisäksi on tärkeää myös kokonaiskuvan hahmottamiseksi.

Asiakasmaksuja on korotettu vuosien varrella huomattavasti. Asiakasmaksujen korotukset eivät ole rajoittuneet lamavuosiin, vaan asiakasmaksuja on korotettu merkittävästi myös muina aikoina. Vuoden 2015 alussa tehtiin muun muassa terveyskeskus- ja sairaalamaksuihin 9,4 prosentin korotus ja vuonna 2016 tasasuuruisia asiakasmaksuja korotettiin indeksitarkistusten lisäksi 27,5 prosentin erilliskorotuksella (jälkimmäistä korotusta ei ole huomioitu raportin empiirisissä analyysissä, jotka perustuvat vuoden 2015 tietoihin palveluiden käytöstä ja asiakasmaksujen tasosta). Tavoitteena oli lisätä asiakasmaksutuloja 150 miljoonalla eurolla.⁵ Toisaalta säästötavoite ei toteutunut, sillä kaikki kunnat tai kuntayhtymät eivät toimeenpanneet korotuksia.

Jos yksittäisen asiakkaan kannalta asiakasmaksut muodostuvat kohtuuttomiksi, sosiaalihuollon maksuja ja terveydenhuollon maksukyvyyn mukaan määräytyviä maksuja tulee alentaa tai jättää kokonaan perimättä asiakasmaksulain 11 §:n perusteella. Osa palveluiden käyttäjistä kuitenkin joutuu turvautumaan toimeentulotukeen maksujen kattamiseksi. Samanaikaisesti myös sairausvakuutuslain mukaisissa yksityisten palveluiden, lääkkeiden ja matkojen korvauksissa on tapahtunut säästösyistä heikennyksiä (HE 106/2015 ja HE 128/2015), mikä on voimistanut kustannustaakan siirtymistä palveluita käyttäville.

1.1. Asiakasmaksut ja palveluiden käyttö

Asiakasmaksuilla on katsottu olevan positiivisia vaikutuksia esimerkiksi palvelujärjestelmän tehokkuuden näkökulmasta silloin, kun niiden avulla voidaan ohjata asiakkaita kustannusvaikuttavien palvelujen piiriin ja toisaalta vähentää ei-vaikuttavien palveluiden käyttöä (Klavus ym. 2004; Charlesworth ym. 2016). Maksuja on asetettu esimerkiksi palveluille, hoidoille tai lääkkeille, joiden hyödyistä ja/tai kustannusvaikuttavuudesta ei ole riittävää näyttöä tai joiden ei katsota kuuluvan julkisena tarjottavaan palveluvalikoimaan.⁶ Olemassa ei ole kuitenkaan vahvaa näyttöä siitä, että asiakasmaksujen kautta pystyttäisiin onnistuneesti tekemään eroa vaikuttavien ja ei-vaikuttavien palveluiden välillä ja ohjaamaan ihmisten palveluiden käyttöä (Charlesworth ym. 2016).⁷

Poliklinikamaksujen ja päivystysmaksujen kautta on taas pyritty siirtämään palveluiden käyttöä peruspalveluihin. Toisaalta ne voivat estää tai viivästyttää palveluihin hakeutumista ja rankaisevat välttämättömästä ja tarpeellisesta palveluiden käytöstä, johon potilaat eivät useinkaan voi itse vaikuttaa. Käyttämättä tai peruuttamatta jätetystä ajasta laskuttaminen on sen sijaan esimerkki yleisesti hyväksytystä keinosta vaikuttaa siihen, ettei varattua aikaa jätetä turhaan käyttämättä. Sosiaalihuollon puolella esimerkiksi iäkkäiden kotihoidon tukipalveluita on taas muutettu tulosidonnaiseksi joissain kunnissa, jotta kunnalle jää resursseja

⁴ <http://stm.fi/hanke?id=a4dfe8e1-fd40-4a3f-8dfa-d36411538867> (viitattu 18.12.2017)

⁵ STM tiedote 185/2015 (19.11.2015): http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut-nousevat-vuoden-2016-alusta (viitattu 18.12.2017)

⁶ Englannissa laskutetaan esimerkiksi matkailuneuvonnasta ja matkailuun liittyvistä rokotuksista kansallisen palvelujärjestelmän piirissä.

⁷ Lääkkeiden puolella viitehinta järjestelmä on kuitenkin esimerkki keinosta ohjata lääkkeiden käyttöä vahvemmin edullisempiin, mutta kliinisiltä vaikutuksiltaan vastaaviin rinnakkaislääkkeisiin.

turvata vähävaraisten vanhusten palvelutarpeet. Ilmiön laajuudesta ei tosin ole tarkempaa tietoa. (VATT 2010.)

Terveyspalveluiden asiakasmaksut voivat lykätä tai estää hoitoon hakeutumista silloin, kun tämä olisi kansanterveyslähdekohdista perusteltua (ks. alla hintajoustoista). Samoin sosiaali- palveluissa, kuten iäkkäiden kotihoidon terveyttä ja toimintakykyä edistävässä tukipalveluissa, maksut voivat vähentää palvelujen käyttöä.⁸ Useissa maissa asiakasmaksuissa on pyritty huomioimaan tämä säätämällä osa palveluista maksuttomiksi tai rajaamalla joitain asiakasryhmiä maksujen ulkopuolelle.⁹ Myös Suomessa on tästä lähdekohdasta jätetty maksujen ulkopuolelle eräitä palveluita, kuten neuvolapalvelut ja osa vammaisten palveluista.

Asiakasmaksujen merkitys yksilölle ja yksilön palveluiden käyttöön suhteutuu yksilön käytettävissä oleviin varoihin, hoidon tarpeeseen ja kiireellisyyteen sekä matkasta ja ajankäytöstä aiheutuviin kuluihin tai muihin palvelujen käytön esteisiin. Sairaanhoidon tai pitkäaikaishoidon asiakasmaksut ja lääkkeiden omavastuut kohdistuvat voimakkaasti erityisryhmiin (ks. myös luku 4), kuten pitkäaikaisista mielenterveysongelmista kärsiviin tai dementiaa tai diabetesta sairastaviin, joiden omat mahdollisuudet vaikuttaa palveluiden tai lääkkeiden tarpeeseen ovat rajalliset. Tavallisesti hintajoustoja tutkittaessa ei ole kuitenkaan tarkasteltu maksujen muutosten vaikutuksia erilaisissa sosioekonomisissa tai diagnoosiryhmissä, joiden välillä erot ja vaikutukset saattavat siis olla huomattavat.

Kansainvälisessä (lähinnä Yhdysvaltoja koskevassa) tutkimuksessa ei ole kuitenkaan havaittu merkittäviä muutoksia keskimääräisessä kysynnässä hinnan suhteen. Terveyspalveluiden hintajouston on katsottu olevan noin -0.2, eli 10 prosentin hinnankorotus johtaisi noin 2 prosentin käytön vähenemiseen (aiheen empiirisen tutkimuksen suomenkielinen kirjallisuuskatsaus: Klavus ym., 2004).¹⁰ Hintajouston suuruuteen vaikuttaa merkittävästi se, onko palvelulle olemassa vaihtoehtoja. Akuuteissa terveyspalveluissa hintajousto on pieni, mutta esimerkiksi mielenterveyspalveluiden osalta Simon ym. (1996) havaitsivat, että 20 dollarin omavastuusuuden käyttöönotto yhtä käyntiä kohden vähensi palveluiden käytön todennäköisyyttä 16 prosentilla kliinisestä tarpeesta riippumatta.¹¹ Ranskalaisessa tutkimuksessa löydettiin -0.4 hintajousto vanhusten kotipalveluissa, eli 10 prosentin korotus maksussa tuntia kohden johti 4 prosentin alenemiseen käytössä (Roquebert ja Tenand, 2017).¹² Myös ehkäisevissä palveluissa hintajousto on muuta terveydenhuoltoa suurempaa, -0.17 ja -0.43 välillä (Newhouse, 1993). Tällöin on siis todennäköisempää, että maksukorotusten myötä palvelukäyttö vähenee. Tästä syystä kustannusvaikuttavat ehkäisevät palvelut on hyvä pitää maksuttomina.

Käytössämme on kuitenkin hyvin niukasti tietoa hintajoustoista Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmästä, eikä yhdysvaltalaisen tutkimuksen tuloksia voi siirtää Suomen kontekstiin ongelmitta. Lisäksi hintajousto vaihtelee palvelun tyyppin mukaan. Esimerkiksi Klavus ym. (2004) arvioivat, että erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnin hintajousto olisi alhaisempi kuin terveyskeskuskäynnin, johon potilas voi vaikuttaa enemmän. Myös Charlesworth ym. (2016) ovat todenneet, että terveyspalveluissa asiakasmaksujen suuruus vaikuttaa ennen kaikkea perusterveydenhuollon palveluiden käyttöön. On myös viitteitä siitä, että eri ryhmät reagoivat maksujen muutoksiin eri tavoin (Penzialek ym. 2016).

⁸ Esimerkiksi van Aerschot (2014, 128) havaitsi kyselytutkimuksessa, että riittämättömästi apua saaneista vanhuksista, 38 prosenttia piti palvelumaksuja esteenä palvelujen käytölle. Samalla ilman riittävää apua olevien osuus oli suurempi alhaisten tulojen kotitalouksissa.

⁹ Esimerkiksi Englannin kansallisessa palvelujärjestelmässä (NHS) reseptimaksuista tehtävät poikkeamat kattavat lapset ja nuoret, opiskelijat, vähätuloiset ja eläkeläiset. Neuvolatoiminta, ehkäisy, kouluterveydenhuolto ja sukupuoli- ja tartuntatautiin hoito on pyritty pitämään terveyspalvelujärjestelmissä lähtökohteisesti maksuttomana samoin kuin rokotukset ja terveyttä edistävät palvelut ja -neuvonta.

¹⁰ Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella Penzialek ym. (2016) ensinnäkin havaitsivat, että maiden välillä on merkittäviä eroja hintajoustoissa sairausvakuutuksen suhteen ja toiseksi hintajoustot olivat pienemmät sairailta.

¹¹ Omavastuusuus ei vaikuttanut käyntien määrään niillä henkilöillä, jotka mielenterveyspalvelua käyttivät. 30 dollarin lisäomavastuu käyntiä kohden ei vaikuttanut enää todennäköisyyteen käyttää palvelua, mutta vähensi käyntien määrää 9 prosentilla niillä, jotka palvelua käyttivät.

¹² Tämä vastasi noin 70 minuutin käytön vähenemistä kuukaudessa keskimääräisellä kotihoidon asiakkaalla, eli kotihoitoa 18 tuntia kuukaudessa saavalla vanhuksella.

Asiakasmaksujen muutokset voivat vaikuttaa palveluiden käyttöön niin, että etenkin pienituloiset jättävät palveluita käyttämättä maksujen kohotessa, sillä jo nyt heillä on useammin tyydyttämättömiä terveydenhuollon tarpeita (ks. luku 1.2). Asiakasmaksujen korotukset voisivatkin entisestään lisätä terveyseroja sosioekonomisten ryhmien välillä, jos maksujen muutos heijastuu etenkin pienituloisten palveluiden käyttöön. Esimerkiksi Blomgren ym. (2017) mukaan *yksityisten* sairaanhoitopalveluiden käyttö väheni erityisesti pienituloisten ryhmässä Kela-korvausten alenemisen myötä.¹³ Toisaalta sama tutkimus osoittaa, että vuoden 2016 alussa toteutetun korvaustason alenemisen vaikutus käyttöön oli vaatimaton, eli korvausta saaneiden määrä väheni koko väestössä 2,7 prosenttia. Hammashoidon korvaustaso aleni enemmän, ja hammashoidosta korvausta saaneiden osuus väheni vastaavasti hieman enemmän, eli 5,7 prosenttia.¹⁴

Emme kuitenkaan tiedä, siirtyivätkö yksityisiä palveluita aiemmin käyttäneet julkiselle sektorille (nk. ristijousto) vai jättivätkö he palveluita joiltain osin kokonaan käyttämättä. Asiakasmaksujen muutoksen vaikutukset *julkisella* sektorilla voivat olla huomattavasti rajallisemmat, jos vaihtoehtoisia kohtuuhintaisia palveluita ei ole tarjolla. Toisaalta asiakasmaksujen korotus voi vaikuttaa myös siihen, että yksityisten sairauskuluvakuutusten ja omarahoitteisten yksityisten palveluiden kysyntä lisääntyy, jos hintaero yksityisen ja julkisen palvelun välillä merkittävästi vähenee.

Asiakasmaksujen ja korvaustasojen muutosten todennäköisesti erilainen vaikutus eri sosioekonomisissa ryhmissä saattaa siis vaikuttaa terveyseroja kasvattavasti tai lisätä kustannuksia terveyssektorilla myöhemmin, jos hoitoon ei hakeuduta kustannusten takia ajoissa.¹⁵ Toisaalta tällaisista hintajoustoista ei ole kovin paljon näyttöä julkisen sektorin terveydenhuollon – tai varsinkaan sosiaalihuollon – palveluissa etenkin Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä. Vielä vähemmän tiedämme, millaisia seurauksia tällä voi olla myöhempiin kustannuksiin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tämä mahdollisuus on kuitenkin otettava huomioon, kun pohditaan uudistusten oikeudenmukaisuutta ja taloudellisia vaikutuksia. Perustuslakivaliokunnan linjauksen mukaan taloudelliset syyt eivät saa olla este hoitoon pääsulle (Pe VL 39/1996 vp). Uudistuksessa tulisi siis jo etukäteen varmistaa, että muutokset vähentävät heikommassa asemassa oleviin kohdistuvia kielteisiä vaikutuksia.

1.2. Asiakasmaksut oikeudenmukaisuuskysymyksenä

Asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien kohdentuminen eri väestönsiiin on tärkeä oikeudenmukaisuuskysymys. Asiakasmaksut kohdistuvat sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa erityisesti ikääntyneisiin, huono-osaisiin ja alempituloisiin johtuen sairastavuuden ja muun palvelujen tarpeen yleisyydestä näissä ryhmissä (Karvonen ym. 2017). Toisaalta sairastaminen heikentää mahdollisuuksia työhön osallistumiseen ja pitkäkestoisena vaikuttaa tulotasoon. Käytännössä asiakasmaksut yleensä lisäävät sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen eriarvoisuutta ja ne asettavat pienituloisille suhteellisesti suuremman kynnyksen haakeutua palveluiden piiriin (van Doorslaer ym. 1999).

¹³ Kelan tilastojen mukaan yksityislääkärikäyntien keskimääräinen korvaus pieneni noin 20 prosentista 17 prosenttiin vuosien 2015 ja 2016 välillä. Hammashoidossa muutos oli 24 prosentista 16 prosenttiin ja hoidon osalta 23 prosentista 15 prosenttiin. (<http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain-tilasto-sairaanhoitokorvauksista>, viitattu 18.12.2017)

¹⁴ Tässä tutkimuksessa ei tosin ole voitu vetää suoraa syy-seuraussuhdetta korvausten muutosten ja käytön välillä, eli käyttöön on voinut vaikuttaa myös muut tekijät.

¹⁵ Palveluiden käytön lisäksi myös lääkkeiden käyttö saattaa rajoittaa kustannussyistä ja aiheuttaa negatiivisia terveysvaikutuksia. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että kustannusten takia lääkkeitä käyttämättä jättäneillä terveys heikkeni seurantajakson aikana merkittävästi 32,1 prosentilla verrattuna 21,2 prosenttiin niistä, jotka eivät raportoineet lääkityksen rajoituneesta käytöstä (Heisler ym., 2004). Kanadalaisessa tutkimuksessa (Tamblyn ym., 2001) taas kävi ilmi, että omavastuiden käyttöönotto vähensi välttämättömien lääkkeiden käyttöä 9,12 prosentilla vanhuksilla ja 14,4 prosentilla toimeentulokiasiakkailta, mikä oli yhteydessä päivystyspoliklinikan tai ensiapuaseman käyntien määrän kohoamiseen.

Niin kutsutut katastrofaaliset terveystaloudelliset menot tarkoittavat yksilön terveydenhuollon menoja, jotka ylittävät tietyn osuuden, esim. 40 prosenttia, henkilön käytettävissä olevista tuloista tai maksukyvyistä välttämättömien elinkustannusten jälkeen. Esimerkiksi WHO on käyttänyt katastrofaalisten terveystaloudellisten arvioissa 40 prosentin osuutta käytettävissä olevista tuloista sen jälkeen, kun perustarpeet on tyydytetty (Xu ym. 2003). Liian korkean maksuraskuuden välttämiseksi kehittyneiden maiden terveydenhuoltojärjestelmissä on usein otettu käyttöön erilaisia maksukattoja tai vapautuksia maksuista. Näin on myös Suomessa ja niiden merkitys käy ilmi luvun 4 analyseissa.

Kyselytutkimusten mukaan osa ihmisistä jättää kuitenkin terveyspalveluita käyttämättä kustannusten takia. Tuoreen tutkimuksen mukaan useampi kuin joka kymmenes pienituloisen ikääntynyt säästää lääkärikäynneistä ja joka neljäs pienituloisen vanhus jää usein vaille riittävää kotihoitoa. (Hannikainen 2018.) Vuoden 2015 EU-SILC-kyselyn mukaan suomalaisista 4,3 prosenttia raportoi tyydyttämättömästä terveydenhuollon tarpeesta kustannusten, jonojen tai palveluiden etäisyyden takia. Tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve on Suomessa jossain määrin korkeampaa kuin EU-maissa keskimäärin (3,2 %). Suomessa alimmassa tuloviidenneksessä osuus oli 5,6 prosenttia verrattuna suurituloisimman tuloviidenneksen 2,5 prosenttiin.¹⁶

Sosiaalipalvelujen asiakkaista taas noin 20 prosenttia arvioi, että korkeat asiakasmaksut ovat vaikeuttaneet palvelujen saamista ja noin 30 prosenttia arvioi, että oma rahatilanne vaikeutti palvelujen saamista (Ilmarinen ym. 2016). Tutkimuksista selviää myös, että terveydenhuoltoon liittyvät kustannukset saattavat johtaa toimeentulotukeen turvautumiseen (Aaltonen ym. 2013; Vaalavuo 2016b) ja asiakasmaksujen alennusmekanismit (asiakasmaksulain 11§) ovat alikäytettyjä (Verronen 2017).¹⁷ Lisäksi huomionarvoista on se, että valtakunnanvoudin tilastojen mukaan lähes 350 000 sosiaali- ja terveydenhuollon maksua päätyi ulosottoon vuonna 2016 ja niiden määrä on lisääntynyt vuodesta 2014.

Maailman terveysjärjestö WHO on kiinnittänyt erityisesti huomiota terveydenhuollon kustannuksiin silloin, kun asiakkaalle aiheutuu merkittäviä ennakoimattomia kuluja, jotka voivat johtaa köyhtymiseen, henkilökohtaiseen konkurssiin tai omaisuuden myyntiin. Maailman terveysjärjestön raportti terveydenhuollon rahoituksesta 2010 painotti myös ennakoitavan joko vaakuutusperusteisen tai verorahoitteen järjestelmän keskeistä merkitystä asiakasmaksujen sijaan ja kannusti jäsenmaita vähentämään asiakasmaksujen suhteellista osuutta terveydenhuollon rahoituksessa (WHO 2010).

Lääkekustannukset ovat lisäksi nousseet monissa maissa asiakasmaksujen rinnalle haasteena korkeiden omavastuuosuuksien vuoksi ja myös OECD on kiinnittänyt huomiota lääkekustannusten kasvuun (Vogler ym. 2015, OECD 2008). Lääkkeiden kustannusten rahoituksen kohdentuminen ja jakautuminen on haaste myös Suomessa (Aaltonen 2017). Yksilön kannalta onkin tärkeää tarkastella sosiaali- ja terveydenhuollon menoja kokonaisuutena mukaan lukien niin asiakasmaksut kuin lääke- ja matkakustannukset, kuten luvussa 4 on tehty.

Hyödyt julkisesta terveydenhuollosta ovat pääasiallisesti progressiivisia, eli pienituloiset hyötyvät enemmän kuin suurituloiset (varsinkin suhteessa maksamiinsa veroihin). Toisaalta (erityisesti tasasuuruiset) asiakasmaksut ovat Suomessa taas regressiivisiä, eli pienituloiset maksavat enemmän suhteessa käytettävissä oleviin tuloihinsa (Klavus ja Häkkinen 1996; van Doorslaer ym. 1999). Kapiainen ja Klavus (2007) lisäksi toteavat, että rahoitus muuttui regressiivisemmäksi 1990-luvun loppupuolella, joskin maksukattojen käyttöönotto lievensi tätä

¹⁶ Eurostat "Unmet needs for health care": <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database> (viitattu 22.1.2018)

¹⁷ Verronen (2017) toteaa, että asiakasmaksulain 11§ alikäyttö on yhteydessä samoihin tekijöihin, jotka vaikuttavat myös muiden sosiaaliturvan alikäyttöön: taloudellisen edun määrä ja kesto, tiedon puute, hakemisen vaatima aika ja vaiva sekä hakemiseen liittyvät psykologiset ja sosiaaliset esteet. Lisäksi Verronen esittää, että alennussäännöksen edellyttämä harkintavallan käytön määrä voi vaikuttaa sen soveltamisen todennäköisyyteen todellisuudessa.

kehitystä. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta olisi tutkittava kokonaisuutta, jossa otetaan huomioon henkilön tulot tai varallisuus, palveluiden käyttö, asiakasmaksut, palvelutarpeet ja maksetut verot.

Yksi merkittävimmistä sote-uudistuksen tavoitteista on kansalaisten hyvinvointi- ja terveys-erojen kaventaminen. Tämä herättää keskustelun alueellisesta tasavertaisuudesta myös asiakasmaksujen osalta. Nykyisin laissa on säädelty vain asiakasmaksujen enimmäismäärä, eli kunnilla on mahdollisuus periä alhaisempia maksuja tai jättää maksut kokonaan perimättä. Tästä johtuen asiakasmaksut vaihtelevat alueittain. Esimerkiksi iäkkäiden kotihoidon ja tuki-palvelujen maksuissa on suuria eroja (Ilmarinen 2017). Helsingissä luovuttiin terveyskeskus-käyntien asiakasmaksusta kokonaan vuonna 2013. Maksun bruttotuotto oli tuolloin noin neljä miljoonaa euroa, joskin maksujen laskutus, hallinto ja perintä veivät jopa kolmanneksen maksukertymästä. Maksun poiston vaikutuksia Helsingissä ei ole vielä riittävästi arvioitu, mutta ainakaan asiakasmäärät eivät ole juurikaan muuttuneet poiston jälkeen.

Maksukäytännöt vaihtelevat paljon sellaisissa palveluissa, joita ei mainita asiakasmaksulais-sa. Tämä johtuu nykyisen lain tulkinnasta, jonka mukaan asiakkaalta voidaan periä asiakas-maksu aina, jos palvelua ei ole lailla säädetty maksuttomaksi. Aikaisemmin tilanne oli päin-vastainen, eli asiakasmaksun sai periä vain silloin, kun siitä oli kyseisen palvelun osalta lais-sa säädetty. Tällaisilla ratkaisuilla voi olla merkittäviä vaikutuksia asiakasmaksujen kohden-tumiseen.

Edellä esitetyn johdosta asiakasmaksuihin kohdistuvien reformien vaikutuksia kotitalouksien toimeentuloon tulisi arvioida huolellisesti. SISU-mikrosimulointimallin rekisteriaineiston täy-dentäminen sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttötiedoilla ja siten myös asiakasmaksuilla toisi tähän mahdollisuuden. Yhdistettyä aineistoa käyttämällä voitaisiin simuloida muun muassa asiakasmaksujen korotusten sekä maksukatonsuuruuden vaikutuksia kotitalouksien käytet-tävissä oleviin tuloihin asiakasmaksujen jälkeen. Mahdollisuuksia tähän pohditaan raportin luvussa 5.

2. ASIAKASMAKSUT SUOMESSA

Tiina Hetemaa, Katja Ilmarinen, Ilmo Keskimäki, Meri Koivusalo, Eeva Liukko, Kimmo Parhiala, Eeva Reissell

2.1. Asiakasmaksulainsäädäntö

Valtio ohjaa kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksupolitiikkaa lainsäädännöllä. Tavoitteena on, että maksut ovat kohtuullisia, eivätkä estä palveluihin hakeutumista. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään asiakasmaksulaissa ja -asetuksessa. Asiakasmaksulaissa säädetään sosiaali- ja terveyspalvelujen maksuperiaatteista ja maksuttomista palveluista. Asiakasmaksuasetuksessa säädetään maksujen enimmäismääristä ja maksullisen palvelun maksuttomuuden perusteista.¹⁸

Maksuttomiksi palveluiksi ovat säädetty esimerkiksi alle 18-vuotiaiden perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palvelut, psykiatrian avohoidon yksiköissä annettu hoito (kaikenikäisille) ja hengityshalvauspotilaiden hoito, ylläpito ja kuljetukset. Maksullisia palveluja (enimmäismaksut maksuasetuksessa) ovat esimerkiksi aikuisten perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palvelut ja kaikenikäisten fysioterapia ja laitoshoido tai laitoksessa annettu kuntoutus.

Asiakasmaksulain periaatteiden mukaisesti asiakasmaksuasetuksessa voidaan tarkemmin säätää palvelusta perittävän maksun enimmäismääristä ja niistä perusteista, joiden täyttyessä maksullinen palvelu on palvelun käyttäjälle maksutonta. Asetuksella voidaan säätää myös maksun tarkistamisesta indeksin muutoksen mukaisesti.

2.2. Maksurasitteen vähentäminen

Suomalaisen terveyspolitiikan lähtökohta on tarjota jokaiselle terveydentilan edellyttämät riittävät ja laadukkaat palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisesta tilanteesta tai asuinalueesta. OECD (2015) on kuitenkin raportissaan todennut, että Suomella on terveydenhuoltoon pääsyssä enemmän ongelmia kuin muissa Pohjoismaissa ja haavoittuvassa elämäntilanteessa olevat ja pienituloiset jäävät usein ilman tarvitsemiaan palveluja.¹⁹ Asiakasmaksujen korotukset voivat entisestään heikentää tämän väestöryhmän palveluihin pääsyä. Myös THL:n sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen ennakoarvioinnissa on kiinnitetty huomiota asiakasmaksujen korottamisen ja omavastuun lisäämisen riskeihin. Niiden pelätään vaarantavan riittävien ja yhdenvertaisten palvelujen toteutumisen ja hyvinvointi- ja terveyserojen kaventumisen.

Asiakasmaksuista henkilötasolla aiheutuvaa maksurasitetta on kuitenkin mahdollista vähentää. Ensinnäkin asiakasmaksulain 11 § mukaan kunnan on alennettava tai jätettävä perimättä sosiaalihuollon maksu ja maksukyvyyn mukaan määräytyvä terveydenhuollon maksu, jos periminen vaarantaa asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulon tai lakisääteisestä elatusvel-

¹⁸ Asiakasmaksulaissa säädetään mahdollisuudesta maksun perimiseen, myös henkilön maksukyky huomioiden (1 §), maksun enimmäismäärästä (2 §), mahdollisuudesta periä maksu käyttämättä jätetystä ajasta (3 §), maksuttomista sosiaali- ja terveyspalveluista (4-5 §), mahdollisuudesta jättää maksu perimättä (6 §), maksukatosta (6a §), lastensuojelun maksuista (7 §), pitkäaikaisen laitoshoidon määrittelystä ja maksujen perusteista (7 b-c §) ja maksun määräämisen perusteena olevista tuloista ja vähennyksistä (10 b-c §), erityispoliikkatoiminnan (arkisin klo 16 jälkeen tai viikonloppuisin) maksuperiaatteista (9 §), maksukykyä määriteltäessä huomioon otettavista tekijöistä (10 §) ja maksujen alentamisesta ja perimättä jättämisestä (11 §).

¹⁹ Jo ennen vuoden 2016 korotuksia kotitalouksien rahoitusosuus on ollut Suomessa korkealla tasolla kansainvälisessä vertailussa. Esimerkiksi OECD:n (2015) selvityksen mukaan Suomessa kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuollon menoista oli vuonna 2014 Pohjoismaiden korkein (kotitalouksien rahoitusosuus osuus terveydenhuoltomenoista oli Suomessa 19,1 prosenttia, Ruotsissa 15,5 prosenttia, Norjassa 14,5 prosenttia ja Tanskassa 13,8 prosenttia). Tämä laskelma pitää tosin sisällään muitakin maksuja kuin julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut.

vollisuudesta huolehtimisen. Säädös on velvoittava. Lisäksi kunnalla on mahdollisuus päättää, että muitakin maksuja voidaan edellä olevin perustein alentaa tai jättää perimättä. Käytännössä asiakasmaksulain 11 § tunnetaan kuntakentällä huonosti. Se on myös heikosti ohjeistettu ja hankala soveltaa (ks. esim. Raportti kyselystä Asiakasmaksulain 11 §, EAPN-Fin, 2016). Verronen (2017) onkin väittänyt, että säädös on alikäytetty. Maksun perimättä jättämisen tai maksun kohtuullistamisen yksiselitteisille soveltamisohjeille on siis selkeä tarve. Lisäksi asiasta tiedottamista tulee tehostaa.

Toiseksi asiakasmaksujen kattamiseksi voi saada toimeentulotukea. Maksun alentaminen tai perimättä jättäminen ovat kuitenkin ensisijaisia toimeentulotuen myöntämiseen nähden. Toimeentulotuen käyttöä voitaisiinkin rajata, jos asiakasmaksulain 11 §:ää sovellettaisiin systemaattisemmin kuin tällä hetkellä.

Kolmantena maksujen rajaamiskeinona on sosiaali- ja terveydenhuollon maksuille säädetty maksukatto. Asiakasmaksulaissa säädetyn terveydenhuollon maksukaton (691 euroa vuonna 2017) tavoitteena on estää kohtuuttoman korkeaksi nouseva maksurasitus. Alle 18-vuotiaiden käyttämistä palveluista perityt maksut lasketaan yhteen hänen huoltajansa maksujen kanssa. Kun maksukatto ylittyy, palvelut ovat maksuttomia kaikille niille henkilöille, joiden maksut ovat yhdessä kerryttäneet maksukattoon. Maksukattoon lasketaan mukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelujen maksut, fysioterapiamaksut, sarjahoidon maksut, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksut, lyhytaikaisen laitoshoidon maksut terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitoksissa, sekä yö- ja päivähoidon maksut ja kuntoutushoidon maksut. Huomattava on, että maksukattoon ei lasketa mukaan esim. hammashoidosta perittyjä maksuja, ei myöskään tulosidonnaisia maksuja (kuten kotihoidon maksut) eikä maksuja, jotka on korvattu asiakkaalle esimerkiksi toimeentulotuesta tai tapaturmavakuutuksen perusteella.

Maksukaton täytyttyä asiakas saa maksukaton piiriin kuuluvat palvelut pääsääntöisesti makсутta paitsi, että lyhytaikaisesta laitoshoidosta peritään ylläpidosta maksu (vuonna 2017 enintään 22,80 euroa / hoitopäivä). Terveyspalvelujen käyttäjän on itse seurattava maksukaton täyttymistä ja säilytettävä alkuperäiset kuitit. Todistuksen maksukaton täyttymisestä antaa terveyskeskus tai muu julkinen terveydenhuolto.²⁰

2.3. Asiakasmaksut terveydenhuollossa

Asiakasmaksulain mukaan maksua saa periä 18 vuotta täyttäneille annetuista avosairaanhoidon ja suun terveydenhuollon palveluista, laitoshoidosta ja laitoshoidon annettua kuntoutuksesta, yksilökohtaisesta fysioterapiasta, terveydenhuollon ammattihenkilön antamista todistuksista ja lausunnoista silloin kun ne eivät liity potilaan hoitoon sekä yksityislääkärin lähetellään tehtävistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista.

Erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) tarkoitettua sairaalan tai muun toimintayksikön ja terveyskeskuksen erikoislääkärijohtoisen sairaalan poliklinikalla tutkittavalta tai hoidettavalta voidaan periä enintään 41,70 euroa käynniltä. Sama maksu voidaan periä kaikilta 18 vuotta täyttäneiltä terveyskeskuksen ja sairaalan yhteisesti sairaalassa järjestämän päivystyksen yhteydessä arkisin kello 20.00—8.00 sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä.

²⁰ Lisäksi lääkekustannuksilla on oma kalenterivuositainen maksukatto (605,13 euroa vuonna 2017). Korvauksen saa suoraan apteekista esittämällä Kelakortin ja Kelan ilmoituksen lisäkorvausoikeudesta. Erotuksena terveydenhuoltoon on, että lääkekustannukset eivät edellytä asiakkaan omaa seuranta kertyvistä maksuista. Edellä mainittujen maksukattojen lisäksi on vielä terveystalvumatkojen maksukatto (300 euroa vuonna 2017). Yhteen laskien palvelu-, lääke- ja matkamaksukatot ovat tällä hetkellä 1596,13 euroa, mikä on noin kaksinkertainen nykyiseen takuueläkkeen (775,25 euroa) tasoon nähden.

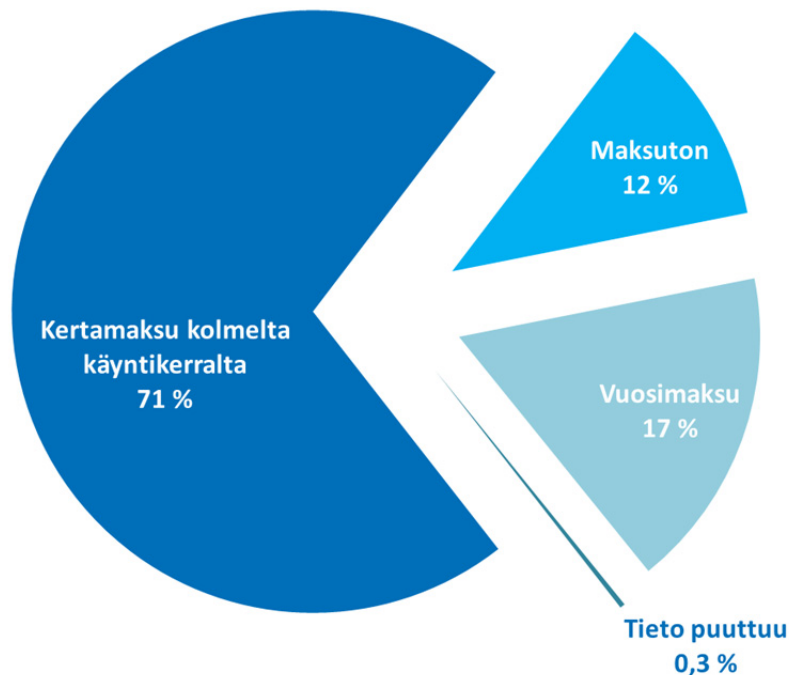
Terveyskeskuksen päivystyksessä voidaan 18 vuotta täyttäneiltä periä arkisin kello 20.00—8.00 sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä 1 momentissa säädetyn maksun sijasta enintään 28,70 euroa käynniltä. Päivystyskäynnistä perittyä maksua ei oteta huomioon laskettaessa 1 momentin 2 kohdassa tarkoitettuja käyntejä.

Liitetaulukkoon 1 on kerätty vuoden 2017 asiakasmaksutietoja myös niistä terveyden- ja sosiaalihuollon palveluista, joita ei ole eritelty alla.

2.3.1. Asiakasmaksut terveyskeskusten avosairaanhoidossa

Lainsäädännöllä määrätyt asiakasmaksut ovat enimmäismaksuja, joiden osalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat päättää peritäänkö maksu enimmäismääräisenä, alennettuna tai, että maksua ei peritä lainkaan. Tällä hetkellä jälkimmäiseen kategoriaan kuuluu ainoastaan Helsinki. Valtioneuvoston asetuksessa 1350/2015 määritellään terveyskeskusten avohoidon maksut: Terveyskeskus voi periä enintään 41,70 euron vuosimaksun tai jos palvelujen käyttäjä ei suorita vuosimaksua, niin 20,90 euron suuruisen käyntimaksun jokaiselta käyntikerralta käyntikertojen lukumäärästä riippumatta. Vaihtoehtoisesti voidaan periä vain käyntimaksua, joka on enintään 20,90 euron suuruinen ja perittävässä ainoastaan kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveyskeskuksessa kalenterivuoden aikana (Valtioneuvoston asetus 2015/1350). Eri maksujen väestöosuudet on esitetty kuviossa 2.1 ja kuntakohtaiset tiedot on esitetty kartassa 2.1.

Kuvio 2.1. Terveyskeskusmaksut väestöosuuden suhteen.

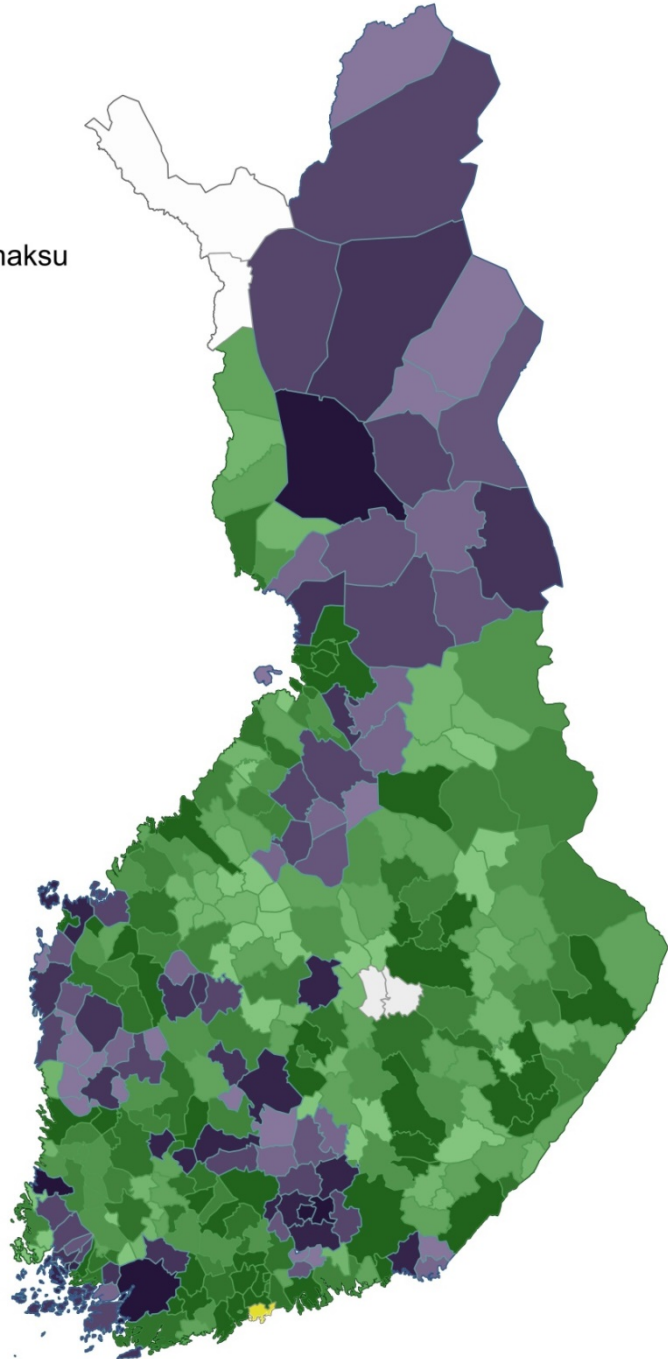


Kartta 2.1. Kuntien avosairaanhoidon vastaanottokäynnin maksukäytännöt Suomessa 2016–2017.

Kuntien avosairaanhoidon lääkärin vastaanottokäynnin maksukäytännöt Suomessa 2016-2017

- Maksukäytäntö
- Kolmen kerran käyntimaksu
 - Vuosimaksu
 - Ei maksua
 - Tietoa ei saatavilla

* Kunnan väri tummenee kunnan asukasluvun suuruuden mukaan.



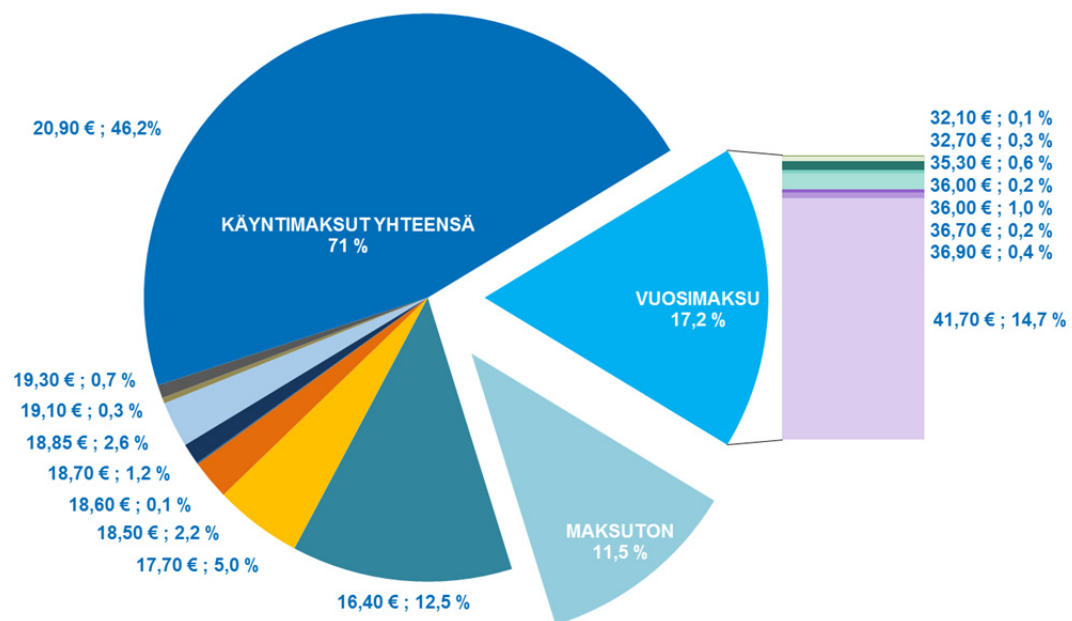
Yhdellä kunnalla, Helsingillä, terveyskeskuslääkärin vastaanottokäynti virka-aikana on maksuton. Vuosimaksu on käytössä 89 kunnalla ja maksu vaihtelee 32,10 ja 41,70 euron välillä. Korkein vuosimaksu on käytössä 77 kunnalla ja seuraavaksi yleisin maksu 32,70 euroa neljällä kunnalla. Jos asiakas ei halua maksaa vuosimaksua, hän maksaa käyntimaksun. 203 kunnalla on käytössä käyntimaksu eli se on huomattavasti yleisemmin käytössä kuin vuosimaksu. Maksun suuruus vaihtelee 16,10 ja 20,90 euron välillä, korkeinta maksua perii 161 ja seuraavaksi yleisintä maksua 16,40 euroa perii 14 kuntaa.

Manner-Suomen väestöstä 12 prosenttia asuu alueella, jossa maksuja ei peritä ja 58 prosenttia alueella, jossa ne peritään täysimääräisenä. Kuviossa 2.2. on esitetty väestöosuudet maksujen suhteen. Käytössä on yhdeksän erisuuruista käyntimaksua ja 8 erisuuruista vuosimaksua. Pienin käyntimaksu on 16,10 euroa, väestöosuus 13 prosenttia ja pienin vuosimaksu 32,10 euroa, väestöosuus 0,1 prosenttia (Kuvio 2.2).

Kartasta 2.1 havaitaan, että käyntimaksukäytännöt jakautuvat melko epätasaisesti eri maakunnissa. Suomen pohjoisosissa vuosimaksu on yleinen, kun taas Itä-Suomen maakunnissa suositaan kolmen käyntikerran maksua. Vuosimaksu on yleisin pienissä, alle 20 000 asukaan kunnissa (Parhiala ym. 2016a).

Vuodesta 2009 asti asetuksella säädettyjä asiakasmaksujen euromääriä on tarkastettu joka toinen vuosi kansaneläkeindeksin muutoksen mukaisesti käyttäen kansaneläkeindeksin sitä pistelukua, jonka mukaan tarkistusvuoden tammikuussa maksettavina olleiden kansaneläkkeiden suuruus on laskettu (Valtioneuvoston asetus 2008/464). Pienen kunnan ei aina kannata korottaa maksua, koska esimerkiksi tietojärjestelmäpäivityksistä saattaa koitua enemmän kuluja kuin mitä kyseinen asiakasmaksun korotus tuottaisi lisääntyvinä asiakasmaksutuloina.

Kuvio 2.2. Terveyskeskusten eri suuruiset käynti- ja vuosimaksut väestöosuuksittain 2016–2017.

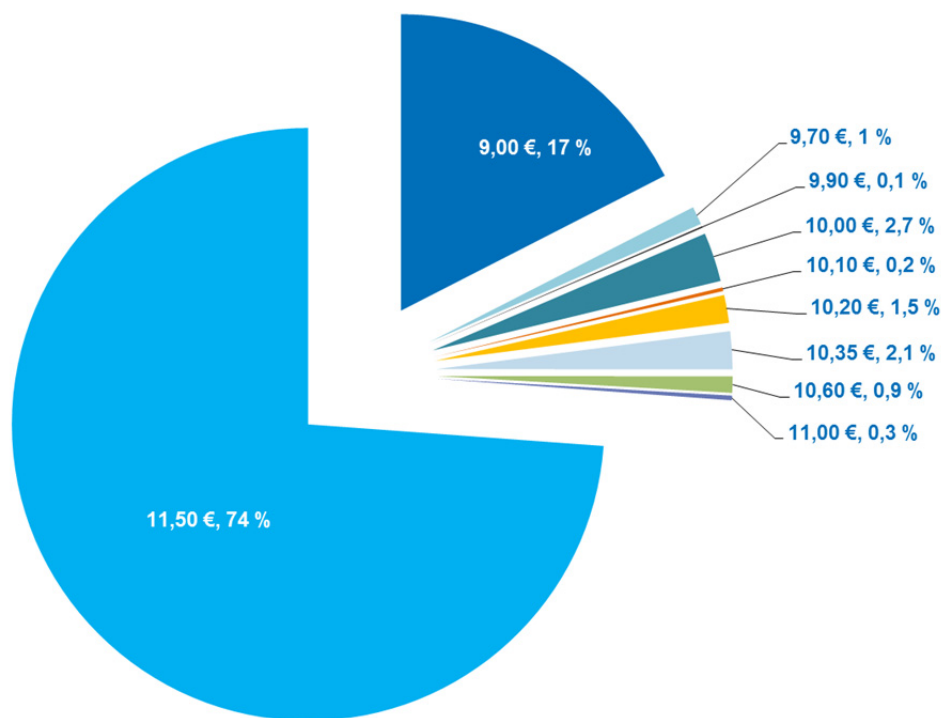


Kunnat ja kuntayhtymät perivät asiakkailta myös käyttämättä ja peruuttamatta jätetystä asiakkaan varaamasta ajasta lääkärin tutkimukseen tai hoitoon enintään 51,40 euron suuruista maksua yli 15-vuotiailta. Maksua ei kuitenkaan saa periä silloin kun varatun ajan peruuttamatta jättämiseen on hyväksyttävä syy. Vuonna 2016 enimmäismaksu oli käytössä 108 kunnalla tai yhteistoiminta-alueella ja näissä asui 68 prosenttia väestöstä. Pienin sakkomaksu oli 39,60 euroa ja se oli käytössä kahdella pienellä kunnalla. Suurimmat, yli 100 000 asukkaan väestöpohjalla toimivat kunnat ja kuntayhtymät perivät useammin korkeinta maksua käyttämättä ja peruuttamatta jääneestä avoterveydenhuollon lääkärin vastaanottokäynnistä kuin pienemmällä väestöpohjalla toimivat kunnat ja kuntayhtymät (Parhiala ym. 2016c.)

2.3.2. Yksilökohtaisen fysioterapiakäynnin asiakasmaksut

Terveyskeskuksessa annettu yksilökohtaisesta fysioterapiasta voidaan periä enintään 11,50 euron suuruisen maksu hoitokerralta. 258 kuntaa on ilmoittanut yksilökohtaisen fysioterapiakäynnin maksun suuruuden verkkosivuillaan. Suurin osa kunnista perii asiakasmaksuasetuksen mukaista enimmäismaksua, mutta 9 prosenttia maksun ilmoittaneista kunnista perii matalampaa, 9,00 euron maksua (Kuvio 2.3.)

Kuvio 2.3. Fysioterapiamaksu, väestöosuudet.



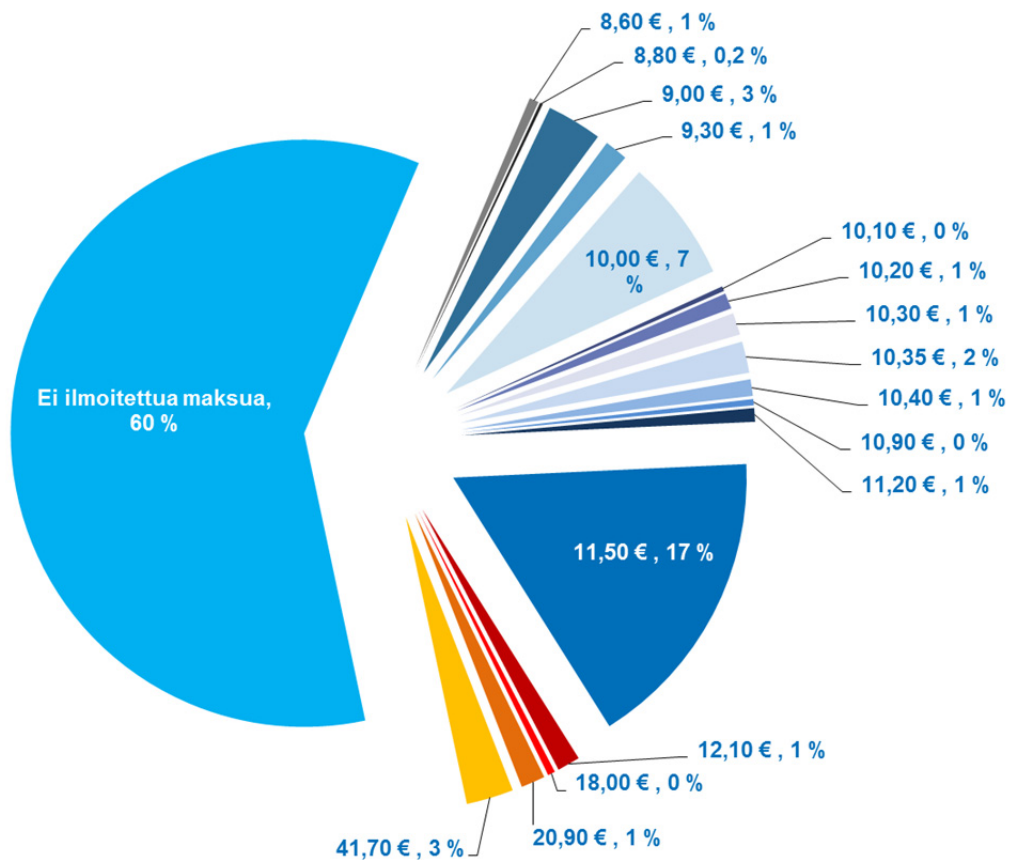
2.3.3. Sairaanhoidajan käyntimaksut avoterveydenhuollossa

Osa kunnista ja kuntayhtymistä perii asiakkailta sairaanhoidajan vastaanottoon liittyvää käyntimaksua. Käyntimaksu peritään sairaanhoidollisesta vastaanotto toiminnasta. Maksua ei peritä ennaltaehkäisevistä käynneistä. Osa kunnista on lisäksi ilmoittanut, että maksua ei peritä mielenterveystyöhön liittyvistä käynneistä. Kunnat ovat saattaneet myös ilmoittaa, että maksua ei peritä esimerkiksi rintamaveteraaneilta, pitkäaikaistyöttömiltä, vain kansaneläkkeen perusosaa saavilta tai opiskelijoilta. Iso osa kunnista ei ilmoita verkkosivuillaan hoitajakäynnille maksua ja on todennäköistä, että näissä kunnissa hoitajan vastaanotolla käyminen on maksutonta. Vain kuusi kuntaa on erikseen ilmoittanut maksuttomuudesta.

137 kuntaa on ilmoittanut, että avosairaanhoidossa on käytössä hoitajan vastaanottoon liittyvä käyntimaksu. Yleisimmät hoitajan vastaanottokäyntiin liittyvät maksutasot ovat 11,50 ja 10,00 euroa, ensimmäinen on käytössä 47 prosentissa kunnista, jotka maksun ovat ilmoittaneet ja jälkimmäinen 22 prosentissa. Usein kunnat perivät saman käyntimaksun sairaanhoitajalla käynnistä ja yksilökohtaisesta fysioterapiasta. Kuviossa 2.4 maksut kuvataan väestöosuuksittain ja kartassa 2.2 kunnittain.

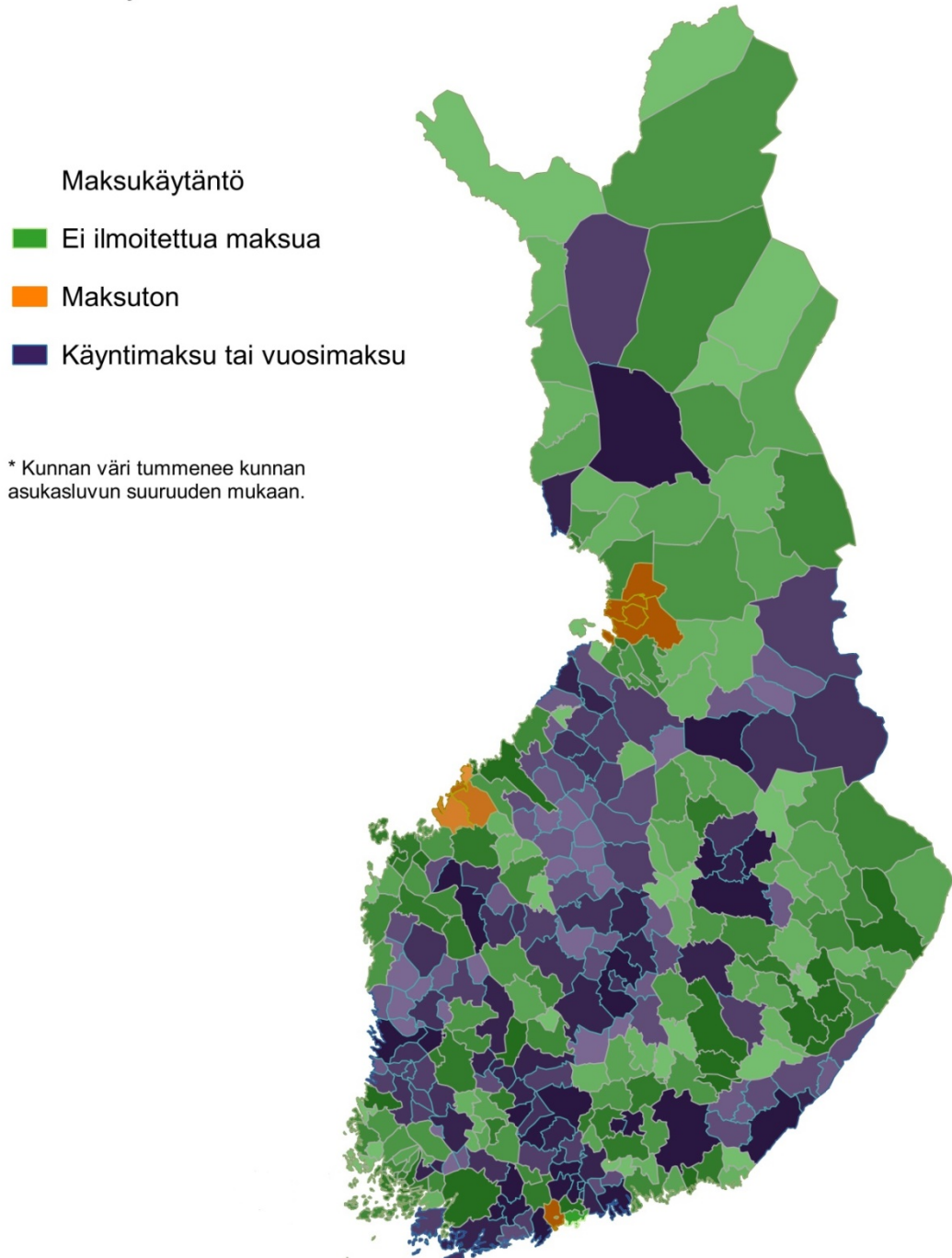
Maksujen vaihtelu saattaa mahdollisesti johtua eroista hoitajien vastaanottotyön laajuudessa. Hoitajien vastaanottotyön osuus hoitajien työajasta on lisääntynyt viime vuosien aikana (Parhiala ym. 2016a)

Kuvio 2.4. Sairaanhoidollisesta hoitajalla käynnistä perittävä maksu, väestöosuudet.



Kartta 2.2. Kuntien avosairaanhoidon sairaanhoitajan vastaanottokäynnin maksukäytännöt Suomessa 2016–2017.

Kuntien avosairaanhoidon sairaanhoitajan vastaanottokäynnin maksukäytännöt Suomessa 2016-2017



2.3.4. Päivystysmaksut

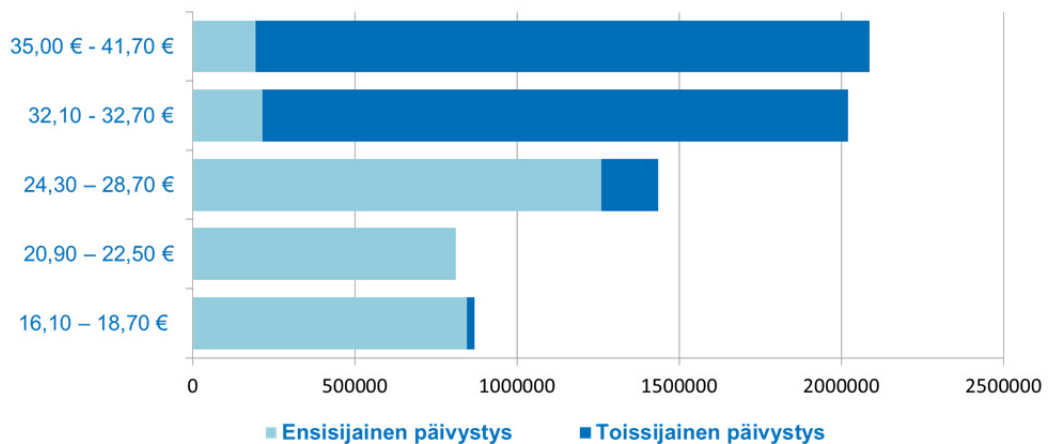
Päivystysmaksut liittyvät vahvasti päivystyspalveluiden ja kiireellisen hoidon alueellisiin ratkaisuihin. Päivystyksestä perittävä maksu riippuu siitä, mihin palvelupisteeseen asiakas hakeutuu tai ohjataan. Palvelupisteen valintaan vaikuttaa palvelutarjonta - osa terveyskeskuksesta päivystää ympäri vuorokauden, osa päiväsaikaan kaikkina päivinä ja osa taas vain vir-

ka-ajan puitteissa. Esimerkiksi 27 prosenttia suomalaisista voi asioida omalla terveysasemalla klo 21 saakka arkisin (Parhiala ym. 2016b).

Terveyskeskuspäivystyksen maksut ovat matalampia verrattuna sairaaloiden yhteispäivystysmaksuihin. Terveyskeskuksen päivystyksessä voidaan 18 vuotta täyttäneiltä periä arkisin kello 20.00—8.00 sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä enintään 28,70 euroa käynniltä. Terveyskeskuksen ja sairaalan yhteisesti sairaalassa järjestämässä yhteispäivystyksessä maksu on enintään 41,70 euroa käynniltä.

Potilaan ensisijainen hoitopaikka on terveysasema, ellei päivystyksellinen ja kiireellinen vaiva vaadi erikoissairaanhoidoa. Terveysaseman ollessa kiinni asiakkaat hakeutuvat päivystyspisteisiin, joiden asiakasmaksukäytännöt vaihtelevat hoitopaikan mukaan. Eri päivystyspisteet perivät asiakkailta erisuuruisia maksuja. Naapurikunnan terveyskeskuspäivystys saattaa olla halvempi kuin alue- tai keskussairaalan päivystys tai yliopistosairaalassa järjestetty yhteispäivystys. Myös sairaala- ja yhteispäivystyspisteiden asiakasmaksuissa on eroja.

Kuvio 2.5. Ensisijaisten ja toissijaisten päivystyspisteiden maksut, väestömäärä.



Kuviossa 2.5 päivystysmaksun suuruus on kuvattu väestömääräisesti eri luokissa. Vaaleammalla värillä kuvataan päivystyspalveluja, joita on tarjolla ensisijaisena vaihtoehtona, esimerkiksi oman terveysaseman iltavastaanottopalvelu. Tummemmalla värillä taas kuvataan niitä päivystyspalveluja, joita on tarjolla toisena vaihtoehtona, esimerkiksi asiointi yhteispäivystyspisteessä. Asiakas voi esimerkiksi asua alueella, josta voi hakeutua sekä keskussairaalassa olevaan päivystykseen tai vaihtoehtoisesti yliopistosairaalan yhteispäivystykseen samanlaisen vaivan vuoksi. Näiden pisteiden asiakas- ja potilasmaksut voivat vaihdella.

2.3.5. Suun terveydenhuollon asiakasmaksut

Erityisesti lasten ja nuorten suun terveydenhuoltoa on Suomessa vuodesta 1972 lähtien tuettu yhteiskunnan varoilla ja alle 18-vuotiailta ei asiakasmaksuja peritä. Suun terveydenhuollon järjestelmään on 2000-luvulla tehty isoja lainsäädännöllisiä ja toiminnallisia muutoksia niin, että kaiken ikäisillä on ollut vuodesta 2002 alkaen mahdollisuus hakeutua kunnan järjestämään hammashoittoon ja maksaa siitä kunnan päättämä, korkeintaan maksuasetuksen mukainen hinta (Liitetaulukko 1 osa 2). Omavastuuosuudet ovat suuhygienistikäynnistä enintään 10,30 euroa/kerta, hammaslääkärikäynnistä enintään 13,30 euroa/kerta ja erikoishammaslääkäriin käynnistä enintään 19,40 euroa. Kaikista hoidoista voidaan kuitenkin periä erillisiä toimenpidemaksuja joiden kustannusten vaihteluväli on 8,5–150 euroa. Lisäksi hammaslääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden toimenpiteistä voidaan periä mm. hammasteknisiä ja

materiaalikustannuksia ja todellisten kustannusten ennakointi voi olla haastavaa. Asiakasmaksuissa on myös ollut merkittäviä korotuksia viime vuosina (2016) eivätkä ne kerrytä kunnallisen terveydenhuollon maksukattoa.

Terveyskeskuksen hammashoito on maksutonta alle 18-vuotiaille. Veteraanien hammashoito on maksutonta tarkastuksen, ehkäisevän hoidon ja proteeseihin liittyvän kliinisen työn osalta.

Asiakkailla on mahdollisuus käyttää myös yksityisen sektorin palveluja, jolloin Kela korvaa potilaan maksamista hoitokustannuksista korvaustaksansa mukaisen osuuden. Tämä osuus on viimeisten tilastojen mukaan 15,6 prosenttia perityistä maksuista. Vastaava osuus oli 33,3 prosenttia vuonna 2012, jolloin korvaustaksajärjestelmään siirryttiin (luvut haettu Kelasto.fi sivustolta). Yksityisessä hammashoidossa ei voi kilpailulain johdosta olla mitään viranomaisen tai Hammaslääkäriliiton antamia hintasuosituksia, vaan jokaisen vastaanoton on hinnoiteltava palvelunsa itse (Hammaslääkäriliitto). Noin kolmasosa väestöstä käyttää yksityisiä suun terveydenhuollon palveluja (Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39).

2.3.6. Erikoissairaanhoidon asiakasmaksut

Erikoissairaanhoidon asiakasmaksuista on koottu pääasialliset maksulajit ja -määrät liitetäulukon 1 osioon 3.

Asiakasmaksuista on vapautettu sotaveteraanit, joilla on rintamatunnus, yleisvaarallisia tartuntatauteja ja eräitä ilmoitettavia tartuntatauteja sairastavat, elävä elin-, kudos- tai solu-luovuttaja, hengityshalvauspotilaat sekä alle 18-vuotiaat, jotka ovat osastohoidossa enemmän kuin 7 päivää kalenterivuodessa. Samoin mielenterveyslain 9§ perusteella järjestetty tarkkailuaika on maksutonta, jos potilasta ei määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon. Lääkinnällisen kuntoutuksen neuvonta, kuntoutustarvetta ja -mahdollisuuksia selvittävät tutkimukset, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus ovat myös maksuttomia. Täysiltä lomapäiviltä laitoksesta ei maksuja myöskään peritä. Psykiatrinen avoterveydenhuolto on potilaalle ilmaista.

Erikoissairaanhoidon asiakasmaksut kerryttävät pääsääntöisesti kunnallisen terveydenhuollon maksukattoa. Käyttämättä jääneestä ajasta peritty sakkomaksu ei tätä kuitenkaan kerrytä.

Erikoissairaanhoidon Suomessa suurelta osin sairaanhoitopiirien järjestämää ja tuottamaa, ja kuntayhtymän hallitus päättää asiakasmaksuista lainsäädännön sallimissa puitteissa. Sairaanhoitopiirien vuoden 2017 asiakasmaksuissa on joitakin eroja. Esimerkiksi erikoissairaanhoidon lääkäreiden avovastaanottojen (poliklinikka) maksut ovat maksimaaliset eli 41,70 euroa käynniltä suurimmassa osassa Manner-Suomea. Eksoten ja HUSin asiakasmaksut olivat alhaisimmat, eli 32,70 euroa. Hoitajavetoisten vastaanottojen erillisestä hinnoittelusta ilmoitti internetsivuillaan 6 sairaanhoitopiiriä, hintahaitarin ollessa 11,50–28,70 euroa. Lisäksi Eksote hinnoitteli erityisosaamista omaavien hoitajien käynnin asiakasmaksuksi saman kuin lääkärikäynnille (32,70 euroa).

Kuusi sairaanhoitopiiriä ilmoittaa erikoissairaanhoidon lyhytaikaisen hoitopäivän asiakasmaksuksi alhaisemman hinnan kuin säädetty omavastuuosuus eli 49,50 euroa vuorokaudelta. Eksote ja HUS laskuttavat muita alemman vuorokausihinnan eli 38,80 euroa. Myös hoitopäivämaksu maksukaton ylittymisen jälkeen, psykiatrisen laitoshoidon vuorokausimaksu sekä yö/päivähoidon hinta oli vuonna 2017 alhaisempi näissä sairaanhoitopiireissä eli 17,90 euroa (ylin mahdollinen maksu oli 22,80 euroa). Sarjahoidon kertahinta oli 9 euroa näiden sairaanhoitopiirien lisäksi Pirkanmaalla, muualla pääosin 11,50 euroa. Käyttämättä jäänyt peruutta-

maton palvelu oli potilaalle edullisinta Varsinais-Suomessa (45,50 euroa) ja vastaavasti muissa sairaanhoitopiireissä lähellä maksimaalista sakkomaksua (51,40 euroa).

Päiväkirurgisen toimenpiteen asiakasmaksun hinnoittelu on selvästi kirjavinta, mutta 12 sairaanhoitopiiriä ilmoittaa internetsivuillaan maksimaalisen sallitun asiakasmaksun hoitoa kohden eli 136,80 euroa (vuonna 2017). HUS ja Pirkanmaa ilmoittavat muita alhaisemman maksun eli 107,30 euroa, johon lisätään erillinen hoitopäivämaksu, mikäli potilas jää hoitoon seuraavaan päivään. Asiakasmaksun suuruus voi riippua esimerkiksi lapsilla hoidon laadusta (Keski-Suomi).

Joissakin sairaanhoitopiireissä asiakasmaksuihin on lisätty kalliin kuvantamistutkimuksen maksu (41,70 euroa) tai esimerkiksi CD-polttomaksu (20 euroa). Pitkien etäisyyksien alueilla asiakasmaksuissa luetellaan myös potilashotellihinnat sekä omaisten osastolla yöpymisestä perittävät maksut. Eksotessa hinnoitellaan uusia palvelumalleja kuten kotiin vietävä yhden ammattilaisen suorittama päivystyskäynti.

Asiakasmaksut ovat suoraan ulosottokelpoisia eli kunnan olisi vietävä ne ulosottoviraston perittäväksi eikä kierrättää perintätoimiston kautta. Kuntaliiton vuonna 2014 tekemän selvityksen mukaan yli puolet kunnista hoiti kuitenkin asian perintätoimiston kautta, joka lisää laskuun myös omat kulunsa. Vuonna 2015 sairaalamaksuja meni ulosottoon 95 000 ja vuonna 2016 jo 125 000 kappaletta. Kaikista hoitamattomista maksuista lähes kolmannes on sairaala- ja laitoshoitomaksuja (HS 18.9.2017). Vain yksittäiset sairaanhoitopiirit kertovat internet sivuillaan käyttämänsä perintätoimiston nimen tai maksamattomasta laskusta kertyvät lisämaksut.

2.4. Asiakasmaksut sosiaalihuollossa

Kunnallisten sosiaalipalveluiden enimmäismaksut määritellään asiakasmaksulaisissa ja -asetuksessa. Kunta voi päättää ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai antaa palvelun maksutta, mutta palveluista ei saa periä niiden tuotantokustannuksia suurempaa maksua. Maksullisuudessa on tällä hetkellä eroja sen mukaan, minkä lain nojalla palvelut myönnetään, esimerkiksi myönnetäänkö palvelu kehitysvammaisten erityishuoltolain (519/1977), vammaispalvelulain (380/1987) tai sosiaalihuoltolain (1301/2014) nojalla. Kotiin annettavissa palveluissa maksujen suuruuteen ja maksukäytäntöön puolestaan vaikuttaa se, onko henkilö jatkuvan ja säännöllisen kotipalvelun tai kotihoidon piirissä tai onko palvelun tarve tilapäistä. Kunnissa on erilaisia tulkintoja palvelun tilapäisyydestä ja sen muuttumisesta säännölliseksi (VATT 2010).

Vajaalla kolmanneksella sosiaalipalvelujen²¹ asiakkaista huono taloudellinen tilanne on vaikeuttanut palvelujen saamista joidenkin sosiaalipalvelujen osalta, ja viidennes asiakkaista on kokenut suurten asiakasmaksujen vaikeuttaneen palvelujen saamista ainakin joskus. Sosiaalihuollon palvelujen maksullisuudella näyttää siten olevan vaikutusta palvelujen saatavuuteen ja mahdollisuuteen hakeutua palveluihin. (Ilmarinen ym. 2016.) Sosiaalihuollon palveluista perittävät asiakasmaksut eivät yleensä kerrytä maksukattoa, eikä sosiaalihuollon palvelujen palvelumaksuille ole myöskään vuosittaista ylärajaa. Näin ollen asiakasmaksut voivat olla kuormittavia paljon palveluja tarvitseville henkilöille, joita Suomessa on noin kymmenen prosenttia väestöstä. Lisäksi maksujen kuormittavuus painottuu erityisesti alkuvuoteen, kun terveydenhuollon maksut tulee maksaa täysimääräisinä maksukattojen täyttymiseen asti. Asiakasmaksulain 11 pykälän mukaan kunnan on kuitenkin alennettava maksua tai jätettävä se

²¹ Sisältää lapsiperheiden palvelut, sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut, vammaispalvelut, vanhuspalvelut ja toimeentulotuen.

perimättä, jos periminen vaarantaa asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulon tai lakisääteisestä elatusvelvollisuudesta huolehtimisen.

Asiakasmaksulaisissa maksuttomiksi sosiaalipalveluiksi on määritelty muun muassa sosiaalityö, sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus ja polikliininen päihdehuolto. Laitoshuollon, perhehoidon ja omaishoidon sekä ikääntyneiden, vammaisten ja lapsiperheiden palvelujen maksullisuutta tarkastellaan lähemmin seuraavissa alaluvuissa. Ilmoitetut maksut koskevat vuotta 2018.

2.4.1. Laitoshuollon ja perhehoidon sekä omaishoidon asiakasmaksut

Lyhytaikaisessa laitoshoidossa olevalta henkilöltä voidaan periä hoidosta ja ylläpidosta enintään 48,90 euroa hoitopäivältä. Lyhytaikaisen hoidon maksut ovat asiakasmaksulain maksukaton piirissä. Maksukaton ylittymisen jälkeen lyhytaikaisesta laitoshoidosta saa periä enintään 22,50 euroa hoitopäivältä. Jos henkilö on hoidollisista syistä sosiaalihuollon laitoksessa vain joko päivä- tai yöhoidossa, voidaan maksua periä enintään 22,50 euroa vuorokaudessa.

Pitkäaikaisessa laitoshoidossa asiakasmaksu määräytyy asiakkaan maksukyvyn mukaan, ja maksuista on säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaisissa ja -asetuksessa. Maksu voi olla yksinasuvalla enintään 85 prosenttia nettotuloista, kuitenkin siten, että hoitoa saavan henkilökohtaiseen käyttöön jää kuukausittain vähintään 108 euroa. Pariskunnilla perittävä maksu voi olla korkeintaan 42,5 prosenttia yhteenlasketuista tuloista, jos puolisoista suurempituloinen on laitoshoidossa.

Perhehoidosta voidaan periä maksu samoin perustein kuin pitkäaikaisesta laitoshoidosta, poikkeuksena on lastensuojelun perhehoito (ks. 2.4.4). Iäkkäiden pitkäaikaisen perhehoidon maksuissa on kuntakohtaisia eroja, sillä osa kunnista tai kuntayhtymistä perii laitoshoidon alemman maksun, esimerkiksi 65 prosenttia nettokuukausituloista. Myös iäkkäiden lyhytaikaisen perhehoidon maksu vaihtelee kunnittain maksun ollessa tyypillisesti 30–40 euroa vuorokaudessa. Kehitysvammaisten perhehoidon maksut määräytyvät sen mukaan, saako henkilö perhehoidon erityishuoltona vai ei. Jos perhehoito sisältyy henkilön erityishuolto-ohjelmaan, se on maksutonta. Ylläpidosta voidaan kuitenkin periä maksu. Ylläpitomaksu voi sisältää muun muassa asumisesta, ravinnosta, siivouksesta, siivousvälineistä, siivoustarvikkeista ja hygieniatarvikkeista aiheutuvia kuluja.

Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Asiakasmaksulain perusteella omaishoitajan lakisääteisen vapaan aikaisista palveluista voidaan hoidettavalta periä asiakasmaksua enintään 11,40 euroa vapaavuorokaudelta.

2.4.2. Vanhusten palvelujen asiakasmaksut

Sosiaalihuoltolain mukaisia asumispalveluja ovat tuettu asuminen, palveluasuminen ja tehostettu palveluasuminen. Asumispalvelujen maksuista ei ole säädetty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksulaisissa tai -asetuksessa, joten palvelujen järjestäjä päättää maksuista lain yleissäännösten puitteissa. Asumispalveluissa asukas maksaa asumiskustannusten lisäksi asiakasmaksun hoiva- ja hoitopalveluista sekä ateriat- ja muista tarvitsemistaan palveluista. Maksuissa on suurta vaihtelua: esimerkiksi kuukauden ateriat palveluasumisessa maksavat keskimäärin reilut 400 euroa kuukaudessa vaihteluvälin ollessa 300–550 euroa. Asumisen tuen palveluista (kuten hygieniatarvikkeet, siivous- ja turvapalvelut sekä hoitotarvikkeet) peritään palvelukohtainen erillinen maksu tai palvelut tarjotaan pakettihintaan; pakettien sisältö

löt ja hinnat vaihtelevat suuresti. Usein myös yleisten tilojen käytöstä peritään maksu. Maksukäytännöissäkkin eroja. Esimerkiksi tehostetussa asumisessa erillisten maksujen sijaan käytössä voi olla laitospalvelujen käytäntöä mukaileva kokonaismaksu, 85 prosenttia tuloista, kun niistä on vähennetty käyttövara ja välttämättömien kulujen osuus. Maksun lisäksi myös asiakkaan vähimmäiskäyttövaran suuruus vaihtelee (vaihteluvälin ollessa 108–250 euroa kuukaudessa), sillä siitä ei ole säädetty.

Tilapäisestä kotipalvelusta kunta voi periä itse määrittämänsä kohtuullisen maksun, mutta tilapäisestä sairaanhoitajan tai kodinhoitajan antamasta kotisairaanhoidosta maksu voi olla korkeintaan 12,00 euroa/kotikäynti. Lääkärin tai hammaslääkärin antamasta kotisairaanhoidosta maksu voi olla enintään 18,90 euroa/kotikäynti. Säännöllisestä kotiin annettavasta kotihoidosta (kotisairaanhoido ja/tai kotipalvelu) peritään tulosidonnainen kuukausimaksu, joka määräytyy palvelun laadun ja määrän, palvelun käyttäjän bruttotulojen ja perheen koon mukaan. Maksu saa olla enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten suuruinen. Kotihoidon enimmäismaksu yksinasuvalla on 35 prosenttia bruttokuukausituloista tulorajan (576 euroa) ylittävästä osasta ja tarkemmat maksun määräytymiseen liittyvät käytännöt päätetään kuntakohtaisesti. Kunta tai yhteistoiminta-alue voi määrittää enimmäismaksua alemman maksuprosentin palvelun laadun ja määrän perusteella – ja näin tyypillisesti myös tehdään (Ilmarinen 2017). Säännöllisen kotihoidon piirissä oli Suomessa 66 877 yli 65-vuotiasta henkilöä marraskuussa 2015 (Väyrynen & Kuronen 2016).

Säännöllisessä kotihoidossa oleva henkilö on oikeutettu kunnan järjestämiin tukipalveluihin, mutta tilapäisessä kotihoidossa tukipalvelut hankitaan yleensä itse. Kotihoidon tukipalvelut ovat terveyttä ja toimintakykyä tukevia palveluja, kuten ateria-, vaatehuolto-, kylvytys- ja saattajapalveluja, sekä sosiaalista kanssakäymistä edistäviä palveluja. Tukipalveluja sai vuonna 2015 Suomessa reilut 110 000 65 vuotta täyttänyttä henkilöä.²² Tukipalvelujen maksut ovat tyypillisesti tasasuuruksia. Tukipalvelujen maksuista ei ole asiakasmaksulainsäädännössä yksityiskohtaista ohjeistusta tai määräyksiä, joten kunnat voivat päättää maksuista itsenäisesti. Kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen asiakasmaksuissa onkin huomattavaa kuntien välistä vaihtelua. Kotihoidon tukipalveluista voi muodostua merkittävä menoerä kotihoidon maksun rinnalle: esimerkiksi kerran päivässä kotiin toimitettu ateria maksaa keskimäärin reilut 200 euroa kuukaudessa, kauppapalvelu kerran viikossa keskimäärin 40 euroa kuukaudessa ja päiväkeskustoiminta noin 60 euroa kuukaudessa, kun päiväkeskuksessa käydään kerran viikossa (Ilmarinen 2017).

Palvelutarpeen arviointikäynti, muistisairaiden palveluneuvojan käynnit ja ikääntyneille tarjottavat hyvinvointia tukevat kotikäynnit ovat maksuttomia. Sotainvalideilla on sotilasvammalain (404/1948) perusteella oikeus maksuttomaan kotipalveluun ja tukipalveluihin sekä omaishoidon tukeen, kuntouttavaan lyhytaikaiseen laitoshoidon ja pitkäaikaiseen laitoshoidon esimerkiksi vanhainkodissa.

Sosiaalihuoltolain mukaista kuljetuspalvelua voidaan myöntää henkilölle, joka ei ole oikeutettu vammaispalvelulain mukaiseen kuljetuspalveluun mutta joka ei kykene itsenäisesti käyttämään julkisia liikennevälineitä sairauden, vamman tai muun vastaavanlaisen toimintakykyä alentavan syyn takia ja joka tarvitsee palvelua asioimisen tai muun jokapäiväiseen elämään kuuluvan tarpeen vuoksi. Usein kyse on ikääntyneistä henkilöistä. Sosiaalihuoltolain mukainen kuljetuspalvelu on harkinnanvarainen etuus, mutta palvelun tarvetta arvioitaessa on otettava huomioon muun muassa palvelun kohdentaminen sitä eniten tarvitseville. Asiakkaalta peritään kuljetuspalvelusta omavastuuosuus, joka käytännössä perustuu julkisen joukkoliikenteen hinnoitteluun.

²² Tukipalvelua vuoden aikana saaneet asiakkaat, kunnan kustantamat palvelut (ind. 2149). Sotkanet, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

2.4.3. Vammaispalvelujen asiakasmaksut

Vammaiset henkilöt maksavat tavanomaisista sosiaali- ja terveydenhuollon sekä sairaanhoidon palveluista kuten muutkin käyttäjät. Asumispalveluja voidaan järjestää sosiaalihuoltolain, vammaispalvelulain ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain nojalla. Vammaispalvelulain mukaisessa palveluasumisesta asiakas maksaa asumiskustannukset ja esimerkiksi ravintokustannukset, mutta palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut ovat saajalleen maksuttomia. Palveluasumisen erityispalveluja voivat olla esimerkiksi asumisessa tai asumiseen liittyvissä toiminnoissa avustaminen tai yleiset palvelut, kun ne ovat tarpeen palveluasumisen toteuttamiseksi. Palveluasumisen erityiskustannuksista ja henkilökohtaisesta avusta voidaan kuitenkin periä maksu, jos henkilö saa niihin korvausta jonkin muun kuin vammaispalvelulain nojalla. Maksuttomia vammaispalvelulain mukaisia palveluja ovat lisäksi päivätoiminta (kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta), henkilökohtainen apu sekä vammaispalvelulain mukaisten palvelujen ja tukitoimien tarpeen selvittämiseksi tehtävät tutkimukset. Myös sosiaalihuoltolain mukainen vammaisten henkilöiden työllistymistä tukeva toiminta ja työtoiminta ovat kuljetusta ja aterioita lukuun ottamatta maksuttomia.

Kehitysvammaisten erityishuollosta annetun lain palveluista maksuttomiksi on säädetty erityishuolto, erityishuollossa olevan henkilön kuljetus toimintayksiköiden välillä ja muut erityishuollon saamiseksi välttämättömät palvelut. Jos kotipalvelu on kirjattu kehitysvammalain mukaiseen erityishuolto-ohjelmaan tai jos sitä järjestetään osana vammaispalvelulain mukaista palveluasumista, palvelu on maksutonta. Erityishuollossa ja erityishuollon asumispalveluissa asiakkaalta voidaan periä ylläpitomaksua, poikkeuksena ovat alle 16-vuotiaalle annettava osittainen ylläpito ja opetusta saavan lapsen osittainen ylläpito sen lukuvuoden loppuun, jonka aikana hän täyttää 16 vuotta. Ylläpitomaksu määräytyy sen mukaan, mitä palveluja (muun muassa asuminen, siivous ja ravinto) asiakas on käyttänyt. Kehitysvammaisten erityishuollon päivä- ja työtoiminnassa asiakkailta peritään ainoastaan ateriamaksu, ja kuljetus on maksutonta.²³

Vaikeavammaisella henkilöllä on vammaispalvelulain mukaan subjektiivinen oikeus kuljetuspalveluun. Vammaispalveluasetuksen (759/1987) mukaisesti kuljetuspalveluja tulee järjestää siten, että vaikeavammaisen henkilö voi suorittaa välttämättömien työhön ja opiskeluun liittyvien matkojen lisäksi vähintään kahdeksantoista yhdensuuntaista jokapäiväiseen elämään kuuluvaa asiointi- ja vapaa-ajan matkaa kuukaudessa. Vaikeavammaisille järjestettävistä kuljetuspalveluista voidaan periä enintään julkisen liikenteen maksua vastaava maksu tai muu siihen verrattavissa oleva kohtuullinen maksu.

2.4.4. Lapsiperheiden palvelujen asiakasmaksut

Lapsiperheiden kotipalvelusta voidaan periä maksu, ja maksut määräytyvät lähtökohtaisesti samoin perustein kuin muillekin asiakasryhmille. Maksun suuruuteen vaikuttavat perheen tulot, perheen koko ja myönnetty tuntimäärä. Jos perheen tulot jäävät alle tulorajan, ei kotipalvelusta peritä maksua. Tulorajoista säädetään asiakasmaksuasetuksessa, ja tarkemmat maksun määräytymiseen liittyvät käytännöt päätetään kuntakohtaisesti. Kunta voi halutesaan asettaa enimmäismaksua alemman maksuprosentin.

Kotipalvelun maksua on alennettava tai jätettävä kokonaan perimättä, jos maksun periminen vaarantaisi henkilön tai perheen toimeentulon edellytyksiä tai henkilön lakisääteisen elatusvelvollisuuden toteuttamista. Maksuja voidaan lisäksi alentaa tai jättää perimättä huollollisten näkökohtien vuoksi. Jos kotipalvelua annetaan lastensuojelulain (417/2007) nojalla, palvelu

²³ Lisätietoja asiakasmaksuista Vammaispalvelujen käsikirjasta: <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-iarjestamisprosessi/maksut> (viitattu 18.12.2017).

on maksuton. Sosiaalihuoltolain soveltamisoppaassa (2017) todetaan lisäksi, että asiakkaan edun mukaista ei ole ohjata häntä hakemaan palveluja lastensuojelun kautta vain, jotta hän voisi saada palvelun maksuttomana. Siksi myös perheiltä, joissa on vammaisia lapsia, voidaan jättää maksu perimättä.

Lastensuojelussa maksua voidaan periä lastensuojelulain sijaishuoltona, avohuollon tukitoimena tai jälkihuoltona järjestetystä perhehoidosta tai laitoshuollosta tai asumispalveluista. Vanhemmilta perittävä maksu voi olla enintään lapsen elatuksesta annetun lain perusteella määräytyvän elatusavun suuruinen, ja se jaetaan vanhempien kesken heidän maksukykynsä mukaan. Maksua määrättäessä on otettava huomioon vanhempien toimeentulon edellytykset ja muut huollolliset näkökohdat. Lapsen tai nuoren tuloista perittävä maksu voi olla enintään 1 835,20 euroa kuukaudessa. Lapsen tuloista, korvauksista ja saamisista tulee lastensuojelulain 77 pykälän mukaisesti kuitenkin lapsilisää lukuun ottamatta varata kuukausittain vähintään 40 prosenttia hänen itsenäistymisvaroihinsa.

Erityistä tukea tarvitsevalle lapselle tai hänen perheelleen voidaan järjestää vertaisryhmätointia sekä tukihenkilö tai -perhe lapsen terveyden tai kehityksen turvaamiseksi. Tukiperhe ja tukihenkilötoiminnasta sekä vertaisryhmistä voidaan periä maksu. Maksuttomia palveluja ovat perhetyö, kasvatus- ja perheneuvonta, lapsen ja vanhempien välisten tapaamisten valvonta sekä tuetut tapaamiset ja valvotut vaihdot. Maksuttomia ovat myös sosiaalihuoltolaissa todetut, kunnan tehtäväksi säädetyt perheoikeudelliset palvelut.

3. KANSAINVÄLISIÄ KOKEMUKSIA SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUISTA

Ilmo Keskimäki, Meri Koivusalo, Eeva Liukko, Liina-Kaisa Tynkkynen

3.1. Terveyspalveluihin liittyvät maksut

Yleisesti perusterveydenhuollon ja sairaanhoidon palvelut pyritään useimmissa Euroopan maissa takaamaan ihmisille maksutta tai niistä peritään suhteellisen pieniä asiakasmaksuja. Euroopan Unionin terveydenhuoltojärjestelmien yhteiseksi arvopohjaksi on hyväksytty universalismin ja solidaarisuuden periaatteet: kaikille pyritään tarjoamaan pääsy laadukkaiden terveyspalveluiden piiriin maksukyvyystä ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta.²⁴

Kansainvälisten kokemusten perusteella on arvioitu, ettei asiakasmaksuja voida pitää tehokkaana terveydenhuollon rahoituskeinona, sillä niiden voidaan katsoa vähentävän ennen kaikkea palveluita eniten tarvitsevien asiakasryhmien tarpeenmukaista palveluiden käyttöä. Maksuja on kuitenkin mahdollista käyttää rajoittamaan sellaisten palveluiden käyttöä, jotka eivät ole kokonaishyvinvoinnin kannalta vaikuttavia ja joiden käyttämättä jättämisestä ei aiheudu terveydellistä tai hyvinvointihaittaa. (Gemmill ym. 2008; Mossialos ym. 2010.) Kirjallisuudessa on myös korostettu potilaiden rajallisia mahdollisuuksia toisaalta saada riittävää tietoa palveluiden hinnasta ja laadusta sekä toisaalta pystyä määrittämään ja arvioimaan palvelujen vaikuttavuutta tai arvoa, mikä voi johtaa paitsi tasa-arvon heikentymiseen myös lisääntyneisiin kustannuksiin (Wouters ja McKee 2017).

Terveyspalveluiden käytössä on eroja sosioekonomisten ryhmien välillä senkin jälkeen, kun palveluiden tarve on otettu huomioon. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevat sairastavat usein enemmän, mutta käyttävät tarpeeseen nähden vähemmän palveluja (Devaux 2015). Asiakasmaksujen vaikutus perusterveydenhuollon palveluiden käyttöön on suurempi kuin erikoissairaanhoidon palveluiden käyttöön (Charlesworth ym. 2016). Lisäksi asiakasmaksujen merkitys vaihtelee maiden sekä ihmis- ja asiakasryhmien välillä. Asiakasmaksujen ja lääkekulujen suhteellinen taakka on suurin pienituloisille sekä pitkäaikaissairaille, minkä vuoksi joissakin maissa eri asiakasryhmiä (sairauden tai tulojen perusteella) on vapautettu maksuista. Esimerkiksi kroonisesti sairaat, tietyn ikäiset tai pienituloiset voivat useassa maassa saada helpotuksia asiakasmaksuihin. (Barnieh ym. 2014.)

Monissa eurooppalaisissa palvelujärjestelmissä asiakasmaksuja on pyritty käyttämään yhtenä keinona palvelujärjestelmien kustannusten kasvun hillintään tai leikkauksiin. Kustannusten kasvupainetta aiheuttavat esimerkiksi väestön ikärakenteen vanheneminen ja siitä seuraava kasvava palveluiden tarve sekä uusien lääketieteellisten innovaatioiden ja teknologioiden käyttöönotto. Asiakasmaksujen merkitys terveydenhuollon kokonaiskustannuksille riippuu siitä kuinka korkeaksi ne määritetään ja missä määrin niiden laskuttaminen sekä poikkeamien huomiointi aiheuttavat uusia hallinnollisia kustannuksia (nk. transaktiokustannuksia). Asiakasmaksuja on siten tärkeä tarkastella suhteessa terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin.

Sekä suorat että epäsuorat palveluiden käytöstä yksilölle aiheutuvat kustannukset vaikuttavat alimpien tuloryhmien mahdollisuuksiin käyttää terveyspalveluja. Samalla kun asiakasmaksut

²⁴ Joidenkin palveluiden osalta, kuten suunterveydenhuollon, näöntarkastusten ja -huollon ja reseptilääkkeiden, julkisrahoitteisuus kuitenkin vaihtelee maiden välillä (Paris ym. 2010).

voivat vaikuttaa hoidon saatavuuteen ja tarpeenmukaiseen käyttöön (Chaupain-Guillot ja Guillot 2015, Gillams ym. 2008), niiden olemassa olo ja taso vaikuttavat todennäköisesti myös siihen, kuinka hyvin ihminen voi luottaa saavansa palveluja niitä tarvittaessa (Wendt ym. 2011). Sosiaalipoliittisilla päätöksillä ja tulonsiirroilla on mahdollista vaikuttaa alimpien tuloryhmien mahdollisuuksiin käyttää terveydenhuollon palveluja tarpeen mukaisesti (Israel 2016). Ne eivät kuitenkaan estä kaikkia vaikutuksia palveluiden käyttöön etenkin silloin, kun ne perustuvat korvauksiin jälkikäteen. Korvausten hakeminen jälkikäteen ja tämän vaikeus voivat myös lisätä maksujen vaikutuksia alimmissa tuloryhmissä verrattuna poikkeuksiin tai laskuttamatta jättämiseen.

Asiakasmaksujen rajoitukset kohdentuvat usein lapsiin ja raskaana oleviin tai imettäviin äiteihin sekä laajemmin terveydenhuollon ennaltaehkäiseviin toimiin. Näiden osalta asiakasmaksujen ei ole haluttu lisäävän palveluihin hakeutumisen kynnystä. Euroopassa ikääntyvät ihmiset ovat yksi kasvavista ryhmistä, joiden asiakasmaksujen tasoon on tärkeä kiinnittää huomiota. Palladinon ym. (2016) tutkimuksessa hyödyntämän SHARE-kyselyn²⁵ mukaan näyttää siltä, että useassa Euroopan maassa niiden yli 50-vuotiaiden ihmisten määrä, jotka ilmoittavat maksaneensa asiakasmaksuja terveyspalveluista tai lääkkeistä, on suhteellisesti lisääntynyt. Lisäksi keskimääräinen vuotuinen maksettujen asiakasmaksujen määrä on noussut useassa Euroopan maassa vuosien 2006 ja 2013 välillä.

Katastrofaalisia terveydenhuollon kustannuksia on tutkittu etenkin matala- ja keskituloisissa maissa sekä terveydenhuollon rahoituksen oikeudenmukaisuuden suhteen (Xu ym. 2003, Creese 1993). Maailman terveysjärjestö on analysoinut asiakasmaksuja myös osana terveydenhuollon rahoitusta (WHO 2010). Osassa Euroopan maita (esim. Tšekki, Espanja ja Italia) niiden yli 50-vuotiaiden ihmisten määrä, jotka ovat kohdanneet katastrofaalisia terveydenhuoltokustannuksia (*catastrophic health expenditure*)²⁶ on kasvanut. Palladinon ym. mukaan alemmissa tuloluokissa olevat ihmiset ilmoittivat kuitenkin harvemmin maksavansa asiakasmaksuja. Heidän ilmoittamansa maksettujen asiakasmaksujen keskiarvo oli myös koko kyselyaineistoa alhaisempi. (Palladino ym. 2016) Arsenijevic ym. (2016) käyttivät tutkimuksessaan myös SHARE-kyselyaineistoa. Heidän tutkimuksessaan keskityttiin ennen kaikkea niihin yli 50-vuotiaisiin, joilla oli jokin pitkäaikais sairaus. Heidän tulostensa mukaan sydän- ja verisuonisairaus ja diabetes olivat yhteydessä katastrofaalisiin terveydenhuollon kustannuksiin²⁷. Yhdysvalloissa nk. lääketieteelliset syyt on todettu merkittäväksi henkilökohtaisen konkurssin perusteeksi (Himmelstein ym. 2009). Lääkkeiden korkeista kustannuksista johtuvan alikäytön on Yhdysvalloissa todettu voivan johtaa myös terveydentilan heikentymiseen ja lisääntyneeseen kuolleisuuteen (Goldman ym. 2010, Heisler ym. 2004)

Asiakasmaksujen merkitys suhteutuu muihin terveydenhuollosta asiakkaille aiheutuviin kustannuksiin. Lääkkeiden kustannukset maksetaan joko osana hoitokustannuksia tai erillisinä omakustannusosuuden kautta. OECD:n mukaan potilaat maksavat suoraan keskimäärin noin 20 prosenttia lääkekustannuksista (OECD 2013). Lääkekustannusten merkitys suhteutuu edelleen etenkin uusien lääkkeiden hintaan ja korvattavuuteen eri sairauksissa. Viimeisten vuosien aikana markkinoille on tullut uusia erityisen kalliita lääkkeitä, joiden saatavuus on noussut esille useissa Euroopan Unionin jäsenmaassa.²⁸

²⁵ The survey on health ageing and retirement in Europe (SHARE) –kysely, joka tehdään 50 vuotta täyttäneille

²⁶ Palladino ym. mukaan katastrofaaliset kustannukset tarkoittavat yli 30 % kotitalouden tuloista

²⁷ 10 % kotitalouden tuloista

²⁸ Toisaalta merkittävä osa uusista lääkkeistä ei tuo merkittävää kliinistä hyötyä, vaikka niihin kohdentuu suuria toiveita potilaiden ja potilasjärjestöjen osalta. Erityisen kalliiden jopa satoja tuhansia euroja maksavien lääkkeiden ja hoitojen siirtäminen potilaiden maksettavaksi johtaa helposti katastrofaalisiin kustannuksiin, vaikka pitkäaikais sairauksissa tai pienemmillä tuloilla myös halvempien lääkkeiden taloudellinen taakka voi koitua merkittäväksi. Monille EU:n kansalaisille lääkkeiden hinnat uhkaavat saatavuutta, sillä lääkkeiden hinnat vaihtelevat merkittävästi eri EU-maissa eivätkä välttämättä seuraa paikallista hinta-tasoa (esimerkiksi Saksan ja Kroatian välillä on todettu yli kymmenkertainen ero yksittäisten lääkkeiden hinnoissa) (Zaprutko ym. 2017).

Seuraavaksi käymme läpi muutaman Euroopan maan asiakasmaksukäytäntöjä terveystalouksien osalta. Tarkoituksena on kuvata, millaisia erilaisia asiakasmaksukäytäntöjä sellaisissa maissa on, jotka voidaan katsoa Suomen järjestelmän kanssa vertailukelpoisiksi. Käymme läpi asiakasmaksujen tasoa, maksukattoja ja asiakasmaksuista vapautettuja asiakasryhmiä. Katsaukset perustuvat hyvin pitkälti European Observatory on Health Systems and Policies julkaisemiin maaraaportteihin ja OECD:n aineistoihin.

3.1.1. Ruotsi

Vuoden 2014 tietojen mukaan terveydenhuollon kustannusten osuus ruotsalaisten kotitalouksien kokonaiskulutuksesta oli 3,4 prosenttia. Suomessa vastaava osuus oli 2,9 prosenttia. (OECD/EU 2016.) Terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta kotitalouksien maksuosuus oli vuonna 2015 noin 15,2 prosenttia (Morgan ym. 2017). Näistä maksuista noin kolmannes kohdentuu reseptilääkkeisiin, 29 prosenttia palveluihin, 26 prosenttia suunterveydenhuollon palveluihin ja 11 prosenttia apuvälineisiin (OECD/EU 2016) (Kuviot 3.1 ja 3.2).

Ruotsissa asiakasmaksuja tai omavastuita peritään sekä perus- että erikoissairaanhoidon palveluista, reseptilääkkeistä, suunterveydenhuollonpalveluista ja apuvälineistä. Terveydenhuollon avosairaanhoidon maksujen taso vaihtelee Ruotsin terveystalouksien järjestelmässä toimivan 20 järjestäjän (maakäräjäalueen) välillä. Vuoden 2017 tietojen mukaan perusterveydenhuollon lääkärikäynnin asiakasmaksu vaihteli 0 ja 30 euron välillä. Erikoislääkärin avovastaanottopalveluista maksu oli 0 ja 40 euron välillä riippuen hiukan siitä, onko asiakkaalla läheite erikoislääkärille. Sairaalahoidosta asiakas maksaa noin 10 euroa päivältä. Alaikäiset lapset ja joissain maakunnissa jopa alle 20- tai 25-vuotiaat on vapautettu sairaalahoidon asiakasmaksuista. Avoterveydenhuollon *maksukatto* on määritetty laissa. Vuodesta 2012 terveystalouksien asiakasmaksukatto on ollut 122 euroa. Sairaalahoido ei sisälly terveydenhuollon maksukattoon. (Winblad 2018²⁹, Anell ja Glengård 2012.)³⁰

Kaiken kaikkiaan avosairaanhoidon palveluista maksetut vuotuiset maksut ovat maksimissaan noin 370 euroa (reseptilääkkeiden ja avohoidon palveluiden asiakasmaksut yhdistettynä). Anellin ja Glengårdin (2012) arvioiden mukaan avosairaanhoidon palveluille asetettu maksukatto tarjoaa kansalaisille melko hyvän suojan terveystalouksien käyttöön liittyvien taloudellisten riskien varalle. Yksi osoitus tästä on, että Ruotsissa – toisin kuin monessa muussa Euroopan maassa – ei ole syntynyt markkinoita asiakasmaksuja kompensoiville yksityisille sairauskuluvakuutuksille (Sagan ja Thompson 2016, Alexandersen ym. 2016). Anell ja Glengård (2012) kuitenkin arvioivat, että asiakasmaksut voivat, suhteellisen matalasta maksukatosta huolimatta, muodostua kohtuuttoman suuriksi ennen kaikkea haavoittuville asiakasryhmille.

Suun terveydenhuollon palveluiden asiakasmaksuja kompensoidaan kahdella eri tavalla. Yhtäältä maksetaan ikäsidonnaista vuosikohtaista kompensatiota ennaltaehkäisevien palvelujen ja hammastarkastusten osalta. Muissa kuin näissä suun terveydenhuollon palveluissa on erillinen maksukatto. Ihmisen vuosittain maksettava alkuomavastuu on noin 330 euroa, jonka jälkeen asiakkaan itse maksama osuus vaihteellain alenee. Toisin sanoen, suunterveydenhuollon asiakaskohtaisten maksujen noustessa vuositasona, myös korvaustaso nousee. (Anell ja Glengård 2012.)

²⁹ Henkilökohtainen tiedonanto 14.2.2018

³⁰ Reseptilääkkeiden osalta potilaan on ensin maksettava noin 120 euron omavastuu. Tämän vuosittaisen alkuomavastuun jälkeen maksut reseptilääkkeistä laskevat vähitellen. Potilas maksaa 50 prosenttia lääkkeitönn hinnasta noin 230 euroon saakka, 25 % noin 430 euroon saakka ja 10 % noin 600 euroon saakka. Vuosittainen maksukatto henkilöä kohden on reseptilääkkeiden osalta noin 244 euroa. Lisäksi kotitalouden kaikki lapset luetaan saman 244 maksukaton alle. (Anell ja Glengård 2012.)

Melkein kaikilla maakärjäläalueilla alle 20-vuotiaat on vapautettu asiakasmaksuista niin terveydenhuollon kuin suunterveydenhuollon osalta. Joillain maakärjäläalueilla ikäraja sairaalahoidon asiakasmaksujen osalta voi olla jopa 25 vuotta. Toisaalta myös Myös tietyt terveyden edistämiseen liittyvät palvelut, kuten rokotukset ja terveystarkastukset, ovat kouluikäisille lapsille ilmaisia. Lisäksi raskaudenaikaiset tarkastukset ja seulonnat ovat raskaana oleville naisille ilmaisia koko raskauden ajan. (Anell ja Glengård 2012.)

Taulukko 3.1. Yhteenveto asiakasmaksuista ja maksukatoista Ruotsissa.

Terveyspalvelut	Asiakasmaksu	Ryhmät, jotka vapautettu asiakasmaksuista	Maksukatto
Perusterveydenhuolto	Asiakasmaksun tason määrittää maakunta, vaihtelee noin 0 ja 30 euron välillä	Alle 20-vuotiaat eivät maksa asiakasmaksuja suurimmassa osassa maakuntia	Maksimi asiakasmaksujen määrä vuodessa erikois- ja perustason avoterveyspalveluista on noin 120 euroa
Erikoislääkärin käynti	Asiakasmaksun tason määrittää maakunta vaihtelee noin 0 ja 40 euron välillä riippuen mm. siitä onko asiakkaalla lähete erikoislääkärille.	Alle 20-vuotiaat eivät maksa asiakasmaksuja suurimmassa osassa maakuntia	
Reseptilääkkeet	Ihminen maksaa alkuomavastuun (noin 120 euroa), jonka jälkeen asiakasmaksujen taso laskee asteittain	Alle 20-vuotiaat eivät maksa asiakasmaksuja suurimmassa osassa maakuntia	Maksimi omavastuuosuus lääkkeistä vuodessa on noin 240 euroa
Sairaalahoito	Asiakasmaksun tason määrittää maakunta, noin 10 euroa/päivä	Alle 20-vuotiaat eivät maksa asiakasmaksuja suurimmassa osassa maakuntia	Maksujen taso vaihtelee alueittain. Riippuen alueesta asiakasmaksuista voi saada vähennyksiä, esimerkiksi tulojen, iän (yli 65-vuotiaat) tai hoitojakson pituuden mukaan
Hammashuolto	Ihminen maksaa alkuomavastuuosuuden (noin 330 euroa), jonka jälkeen asiakasmaksujen taso laskee asteittain	Alle 20-vuotiaat eivät maksa asiakasmaksuja suurimmassa osassa maakuntia	

Huom. Euromäärät pyöristetty lähimpään 10 euroon. Lähde: Anell ja Glengård 2012.

3.1.2. Norja

Vuoden 2014 tietojen mukaan terveydenhuollon kustannusten osuus kotitalouksien kokonaiskulutuksesta Norjassa oli noin 2,9 prosenttia eli saman verran kuin Suomessa (OECD/EU 2016). Kotitalouksien maksuosuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta oli vuonna 2015 noin 14,4 prosenttia (Morgan ym. 2017). Noin kolmannes asiakasmaksuista kohdentuu suunterveydenhuollon palveluihin, 27 prosenttia lääkkeisiin, 25 prosenttia palveluihin ja 17 prosenttia apuvälineisiin (OECD/EU 2016) (Kuviot 3.1 ja 3.2).

Sairaalahoito ja muun laitoshoidon osalta Norjassa ei ole asiakasmaksuja. Yleislääkärin käynnistä potilas maksaa noin 24 euroa/käynti (vuonna 2012) ja erikoislääkärikäynnistä noin

41 euroa/käynti. Fysioterapian osalta maksut vaihtelevat. Myös diagnostisista palveluista ja sairaan tuottamasta avohoidosta peritään asiakasmaksuja. (Ringard ym. 2013.)³¹

Norjassa terveystalouden, psykologin palveluiden, hoidosta aiheutuneiden matkakustannusten ja lääkkeiden (sininen lista tai erityisen kalliit lääkkeet) osalta on yhteinen (maksukatto 1). Se on noin 230 euroa/vuosi (Hagen 2018³²). Katon ylittyessä ihminen ei maksa kuluvaan asiakasmaksuja loppuvuoden aikana. Alle 16-vuotiaiden asiakasmaksut sisältyvät toisen vanhemman maksukattoon. Toinen maksukatto koskee fysioterapeutin, suunterveydenhuollon, kuntoutuslaitoksessa yöpymisen ja ulkomailla saadun hoidon asiakasmaksuja. (Ringard ym. 2013) Vuonna 2017 tätä maksukattoa alennettiin 297 eurosta 221 euroon kaikkien yli 16-vuotiaiden osalta (Sperre Saunes ja Lindahl 2017). Kaiken kaikkiaan terveydenhuollon palveluista maksetut asiakasmaksut ovat yli 16-vuotiaille vuodessa maksimissaan noin 500 euroa.

Tietyt asiakasryhmät eivät maksa asiakasmaksuja Norjassa. Alle seitsemänvuotiaat lapset on vapautettu käyntimaksuista lääkärin tai fysioterapeutin tarjoamista palveluista, matkakustannuksista ja hoidon kannalta olennaisista lääkkeistä. 7-15-vuotiaat lapset saavat fysioterapeutin palvelut ja ”sinisen listan” lääkkeet ilmaiseksi. (Ringard ym. 2013.)

Taulukko 3.2. Yhteenveto asiakasmaksuista ja maksukatoista Norjassa.

Terveyspalvelut	Maksu	Ryhmät, jotka vapautettu asiakasmaksuista	Maksukatto	Huomioita
Yleislääkärin käynti	Asiakasmaksu	Alle 16-vuotiaat	Maksukatto1	-
Erikoislääkärin käynti	Asiakasmaksu	Alle 16-vuotiaat (alle 18-vuotiaat psykologin palveluista)	Maksukatto1	Vain niiden erikoislääkäreiden palvelut joilla sopimus järjestäjän kanssa
Reseptilääkkeet ja apuvälineet	Asiakasmaksu		Maksukatto1	Vain ”sinisen listan” lääkkeet
Sairaalahoito	Ei maksuja			
Kuvantaminen ja laboratorio	Asiakasmaksu		Maksukatto1	-
Hammashuolto	Aikuiset maksavat koko käyntisumman itse	Alle 20-vuotiaat lapset ja nuoret, laitoshoidossa olevat vanhat ihmiset, vammaiset	Maksukatto 2	Vain joitain erikseen määritellyjä suun sairauksia katettu aikuisille julkisin varoin
Fysioterapia	Asiakasmaksu		Maksukatto 2	Vain fysioterapeutit joilla sopimus järjestäjän kanssa
Kuntoutus	Asiakasmaksu		Maksukatto 2	Vain järjestäjän hyväksymät tuottajat

Huom. Euromäärät pyöristetty lähimpään 10 euroon. Lähde: Ringard ym. 2013.

3.1.3. Tanska

Tanskassa terveydenhuollon kustannusten osuus kotitalouksien kokonaiskulutuksesta oli 2,6 prosenttia vuonna 2014 eli hieman vähemmän kuin Suomessa (OECD/EU 2016). Kotitalouksien maksuosuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta on vuoden 2014 tietojen mukaan noin 14 prosenttia (Morgan ym. 2017). Noin kolmannes asiakasmaksuista kohdentuu suun-

³¹ Lääkkeiden osalta Norjassa on neljä erillistä korvaustasoa. Korvausluokka 2 korvaa 62 prosenttia oston hinnasta ja koskee lääkkeitä, joita käytetään vain tietyt diagnostiikan hoidossa ja vain pitkäaikaisesti (ns. ”sininen lista”). Korvausluokka 3a korvaa myös 62 prosenttia oston hinnasta ja korvauksen voi saada pitkäaikaisesti käytettyihin lääkkeisiin, jotka eivät sisälly muihin korvausluokkiin erillisen hakemuksen perusteella. Korvausluokka 3b kattaa 62 prosenttia harvinaisten sairauksien hoidosta johtuvat lääkekustannuksista. Korvausluokka 4 korvaa 100 prosenttia sellaisista lääkkeistä joita käytetään esimerkiksi vaarallisten, tarttuvien tautien hoidossa (esim. HIV/AIDS lääkkeet). (Ringard ym. 2013.)

³² Henkilökohtainen tiedonanto 13.2.2018

terveydenhuoltoon, 29 prosenttia reseptilääkkeisiin ja 27 prosenttia palveluihin (OECD/EU 2016) (Kuviot 3.1 ja 3.2).

Tanskassa on kaksi erillistä terveystalouden korvausjärjestelmää. Suurin osa kuuluu järjestelmään (Ryhmä 1), jossa ihmiset listautuvat yleislääkärille, joka toimii portinvartijana erikoissairaanhoidon palveluihin. Tämän järjestelmän piirissä olevat ihmiset eivät maksa asiakasmaksuja yleislääkärin vastaanotoista tai sairaalahoidosta. Ihmiset voivat kuitenkin valita myös toisen korvausjärjestelmän. Käytännössä vain pieni joukko (noin 1 %) on valinnut tämän. Yleensä he ovat ihmisiä joilla on joitain erityistarpeita. Tässä järjestelmässä ihmisellä on pääsy kaikille yleislääkäreille ja myös suoraan erikoislääkärin vastaanotolle. Tässä järjestelmässä järjestäjä korvaa palveluiden kustannuksista saman verran kuin se maksaa samasta palvelusta ryhmässä 1. Loput kustannuksista maksaa asiakas. (Olejaz ym. 2012.)³³

Asiakasmaksuilla on merkitystä myös suunterveydenhuollon palveluissa. Myös tiettyjen erityispalveluiden, kuten psykologien, kiropraktikkojen ja fysioterapeuttien palveluista, peritään asiakasmaksuja. (Olejaz ym. 2012.)

Tanskassa iso osa väestöstä on ottanut täydentävän yksityisen sairauskuluvakuutuksen taasmaan etenkin lääkkeitä, suunterveydenhuollon palveluista ja fysioterapiasta koituvien korkeiden asiakasmaksujen aiheuttamaa riskiä. Näitä vakuutuksia tarjoaa pääosin voittoa tavoittelematon vakuutusyhtiö ”danmark”. Se perustettiin 1970-luvulla, kun Tanskan sosiaalivakuutuslaitos lakkautettiin. (Alexandersen ym. 2016.)

³³ Avohoidon reseptilääkkeiden asiakasmaksut ovat ihmisen vuotuisen lääkeostojen suuruudesta riippuvaisia. Ihminen maksaa vuosittain alkuomavastuuseuden, joka on noin 130 euroa (alle 18-vuotiaat saavat 60 prosentin korvauksen). Jos lääkeostot ylittävät tämän summan, maksetaan vuoden lopuista ostoista 50 prosentin korvaus (alle 18-vuotiaat saavat 60 prosentin korvauksen). Jos lääkeostot ylittävät 210 euroa maksetaan korvausta 75 prosenttia (kaiken ikäiset) ja jos ostot ylittävät 460 euroa korvausta maksetaan 85 prosenttia. Pitkäaikaissairaat, joiden lääkkeiden käyttö on jatkuvaa tai tarve on runsas voivat hakea täyttä lääkekorvausta kaikista lääkekustannuksista, jotka ylittävät 480 euroa vuoden aikana. Eläkeläisten osalta jotkut kunnat korvaavat osan heidän lääkeostoistaan. Lisäksi eläkeläiset, joilla on vaikeuksia maksaa lääkkeitään, voivat hakea sitä varten kunnalta rahallista tukea. Pienituloiset voivat saada myös tapauskohtaista avustusta lääkeostoihin. (Olejaz ym. 2012.) Kaikille yli 18-vuotiaille reseptilääkkeet korvataan 100 % kun lääkeostot ilman korvauksia asiakkaalle ylittävät vuodessa 2500 euroa. Alle 18-vuotiaille korvaus on 100 % kun vuotuiset reseptilääkeostot ilman korvaus ylittävät 3000 euroa. Käytännössä tämä tarkoittaa että ihmiset maksavat omavastuuta lääkkeitä maksimissaan 540 euroa vuodessa. (Vrangbaek 2018, henkilökohtainen tiedonanto.)

Taulukko 3.3. Yhteenveto asiakasmaksuista ja maksukatoista Tanskassa.

Terveyspalvelut	Maksu	Ryhmät, jotka vapautettu asiakasmaksuista	Maksukatto	Huomioita
Yleislääkärin käynti	Ei asiakasmaksua	-	-	Pieniosa ihmisistä kuuluu järjestelmän piiriin, jossa pääsy kaikille yleislääkäreille ja suoraan erikoislääkäreille. Tämän järjestelmän piiriin kuuluvat maksavat asiakasmaksuja.
Erikoislääkärin käynti	Ei maksuja	-	-	Pieniosa ihmisistä kuuluu järjestelmän piiriin, jossa pääsy kaikille yleislääkäreille ja suoraan erikoislääkäreille. Tämän järjestelmän piiriin kuuluvat maksavat asiakasmaksuja.
Reseptilääkkeet	Alkuomavastuu 130 euroa, jonka jälkeen asiakasmaksujen taso laskee vaiheittain	Alle 18-vuotiaat eivät maksa alkuomavastuuta. Heille korvataan 60% kuluista 210 euroon saakka, jonka jälkeen korvustaso laskee vaiheittain.	Pitkäaikaissairaat voivat hakea vapautusta maksuista kun 480 euroa vuodessa ylittyy. Yli 18 – vuotiaalle lääkkeet korvataan 100% kun 2500 euroa lääkeosto- ja vuodessa ylittyy (asiakkaan omavastuu 540 euroa). Alle 18-vuotiaalle, korvataan lääkkeet 100% asti kun 3000 euroa lääkeostoja vuodessa ylittyy (asiakkaan omavastuu 540 euroa).	
Sairaalahoito	Ei maksuja			
Hammashuolto	Pääosin itse maksettava. Joissain palveluissa järjestäjä korvaa osan kustannuksista.			
Fysioterapia	Asiakasmaksu	Ei maksua erityisryhmillä joilla pysyvä toimintakykyä häiritsevä vamma		

Huom. Euromäärät pyöristetty lähimpään 10 euroon. Lähde: Olejaz ym. 2012 ja Vrangbaek (henkilökohdainen tiedonanto 18.2.2018).

3.1.4. Alankomaat

Hollannissa terveydenhuollon kustannusten osuus kotitalouksien kokonaiskulutuksesta oli 3,1 prosenttia vuonna 2014 (OECD/EU 2016). Vuoden 2015 tietojen mukaan kotitalouksien mak-suosuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista oli 12,2 prosenttia (Morgan ym. 2017). Asiakasmaksuista kolmannes kohdentuu apuvälineisiin, 27 prosenttia reseptilääkkeisiin, 22 prosenttia palveluihin, ja 14 prosenttia suunterveydenhuoltoon (OECD/EU 2016) (Kuviot 3.1 ja 3.2).

Hollannin terveydenhuoltojärjestelmä on, toisin kuin muut tässä katsauksessa läpikäytyt maat, vakuutus pohjainen järjestelmä. Vakuutusmaksut vaihtelevat vakuutusyhtiöiden välillä. Vuonna 2014 vuotuisten vakuutusmaksujen osuudet vaihtelivat 905 ja 1250 euron välillä. Keskimäärin vakuutetut maksoivat vakuutusmaksuja noin 1160 euroa vuodessa. Alempiin tuloluokkiin kuuluvien kansalaisten on mahdollista saada kompensatiota vakuutusmaksusta. Hiukan yli kolmannes kansalaisista saa jonkin suuruista julkista tukea vakuutusmaksun maksamiseen. (Kroneman ym. 2016)

Käyttäessään terveydenhuollon palveluja ihmiset maksavat vakuutusyhtiölle vuodessa 385 euron omavastuun (vakuutusmaksun lisäksi), jonka jälkeen palvelut ovat käyttäjälle ilmaisia. Alle 18-vuotiailta ei peritä alkuomavastuuta. Alkuomavastuun piiriin eivät kuulu yleislääkärin palvelut, avohoidon mielenterveyspalvelut, äitiysneuvolat, kotihoito ja tietyt potilasryhmät, joilla on tarvetta integroituihin palvelukokonaisuuksiin (esim. diabetes, COPD ja astma). Se, kuinka paljon vakuutusyhtiö korvaa asiakkaan hoidon kuluja, vaihtelee jonkin verran eri vakuutustyyppien ja niiden ehtojen mukaan. Myös esimerkiksi se, kuinka vapaasti asiakas voi valita palveluiden tuottajan, vaihtelee vakuutusten välillä. Vakuutettu voi vaihtaa vakuutusyhtiötä vuoden välein. (Kroneman ym. 2016.)

Vakuutusyhtiöt tarjoavat asiakkaalle mahdollisuutta myös vapaaehtoiseen, pakollisen omavastuun päälle maksettavaan lisämaksuun, joka voi vaihdella vuodessa 100 ja 500 euron välillä. Ylimääräinen omavastuu vähentää asiakkaan verotuksessa maksaman vakuutusmaksun suuruutta tavallisimmin noin puolella vapaaehtoisen maksun suuruudesta. Käytännössä tämä siis vähentää ihmisen maksamaa vuotuista vakuutusmaksua, mutta kasvattaa omakustanteisuuden riskiä sairauden sattuessa. (Kroneman ym. 2016.)

Vakuutusyhtiöt voivat myös vapauttaa asiakkaitaan omavastuusta. Tätä on hyödynnetty esimerkiksi tilanteissa, joissa palvelun käyttäjää halutaan kannustaa sitoutumaan oikeanlaiseen ja riittävään hoitoon. Vuodesta 2009 tätä mahdollisuutta on käytetty, kun potilas käyttää hoidon kannalta oikeanlaisia lääkkeitä tai noudattaa hänelle tehtyä ohjelmaa, esimerkiksi diabeteksen, ylipainon, masennuksen tai sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisemiseksi. (Kroneman ym. 2016.)

Suurin osa suunterveydenhuollon palveluista (eli alle 18-vuotiaat), fysioterapia (jos ihmisellä ei ole jotain pitkäaikaissairautta tai pysyvää vammaa) ja tietyt lääkkeet eivät kuulu pakollisesta vakuutuksesta korvattaviin palveluihin ja asiakas maksaa ne itse (Kroneman ym. 2016).

Hollannin järjestelmässä asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon rahoituksesta on maltillinen. Alemmissa tuloluokissa maksavat kuitenkin suhteellisesti enemmän asiakasmaksuja kuin korkeammassa tuloluokissa. Asiakasmaksujen suhteellinen osuus on viime vuosina kasvanut alemmissa tuloluokissa, mutta ei korkeampiin tuloluokkiin kuuluvilla. Palveluiden käyttämättä jättäminen taloudellisten syiden vuoksi on myös lisääntynyt huomattavasti 2010-luvun aikana. (Kroneman ym. 2016.)

Taulukko 3.4. Yhteenveto asiakasmaksuista ja maksukatoista Hollannissa.

Terveyspalvelut	Maksu	Ryhmät, jotka vapautettu asiakasmaksuista	Maksukatto	Huomioita
Yleislääkärin käynti	Ei maksua			
Erikoislääkärin käynti	Pakollinen omavastuuosuus	Alle 18-vuotiaat		Pakollisen omavastuuosuuden katto on 390 euroa vuodessa. Tämän lisäksi ihminen voi maksaa vapaaehtoista lisäomavastuuosuutta, mikä vähentää vakuutusmaksun suuruutta.
Reseptilääkkeet ja apuvälineet	Pakollinen omavastuuosuus	Alle 18-vuotiaat		Pakollisen omavastuuosuuden katto on 390 euroa vuodessa. Tämän lisäksi ihminen voi maksaa vapaaehtoista lisäomavastuuosuutta, mikä vähentää vakuutusmaksun suuruutta.
Sairaalahoito	Pakollinen omavastuuosuus	Alle 18-vuotiaat		Pakollisen omavastuuosuuden katto on 390 euroa vuodessa. Tämän lisäksi ihminen voi maksaa vapaaehtoista lisäomavastuuosuutta, mikä vähentää vakuutusmaksun suuruutta.
Hammashuolto	Pääosin itse maksettu palvelu.	Alle 18-vuotiaille lapsille hammashuolto katettu vakuutuksesta. Erikoishammaslääkärin palvelut ja hammasproteesit katetaan osin vakuutuksesta. Nämä kerätyvät pakollista omavastuuta.		
Fysioterapia	Pääosin itse maksettu palvelu.	Ihmiset joilla jokin erikseen määritetty krooninen sairaus saavat hoidon ilmaiseksi 20 käyntikerran jälkeen.		

Huom. Euromäärät pyöristetty lähimpään 10 euroon. Lähde: Kroneman ym. 2016.

3.1.5. Iso-Britannia

Iso-Britanniassa terveydenhuolto on eriytynyt Englannin, Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin välillä niin rahoituksen kuin maksukäytäntöjen suhteen. Kansallinen terveyspalvelujärjestelmä (NHS) on perustamisestaan lähtien nojannut periaatteeseen, jonka perusteella palveluita tarjotaan tarpeen mukaan ja ne rahoitetaan maksukyvyyn mukaan NHS:n kautta. Maksut silmälaseista, lääkemääräyksistä sekä hammashuollosta asetettiin jo 1950-luvulla, mutta niiden osuus on jäänyt pieneksi. Vuonna 2015/2016 asiakasmaksut kattoivat vain noin 1,1 prosenttia kustannuksista (Department of Health 2015/2016). NHS voi kerätä varoja myös pysäköintimaksuista sekä kertaluonteisesti kiinteistöjen tai maa-omaisuuden myynnistä.

Asiakasmaksut ovat käytössä hammashuollossa. Englannissa ja Walesissa on käytössä kolme eri hammashuollon maksuluokkaa, kun taas Skotlannissa ja Pohjois-Irlannissa potilaat

saattavat eräissä palveluissa maksaa jopa 80 prosenttia hoidon kustannuksista (Culys ym. 2015).³⁴

Optikon tekemiä näön perustutkimuksia ei pääosin ole katettu NHS:n piirissä, mutta Skotlannissa näön testaus on ilmaista. Englannissa, Skotlannissa, Pohjois-Irlannissa ja Walesissa testit ovat ilmaisia erityisryhmille kuten lapsille, koululaisille ja eläkeläisille, jotka voivat myös saada palvelusetelin kattamaan linseistä ja kehyksistä koituvia kuluja ja tarjolla on myös halvempia nk. NHS kehyksiä. Mikäli kulut eivät kata laseja kokonaisuudessaan ne voidaan vähentää loppuhinnasta (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/nhs-voucher-values.aspx>).

Isossa-Britanniassa asiakasmaksuista on käyty keskustelua sekä teknisenä että poliittisena kysymyksenä. Ison-Britannian parlamentin alahuoneen terveystoimikunta teki vuonna 2006 parlamentaarisen selvityksen käyttäjämaksuista. Selvityksessä todettiin, että asiakasmaksukäytännöt ovat sekavia ja niiltä puuttuvat yhteiset lähtökohdat ja periaatteet (House of Commons 2006). Käytäntöjä on sittemmin sekavoittanut edelleen Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin tekemät maksujen poistot sekä muutokset maksujen asettamisen lähtökohtiin.

Yleinen asenne asiakasmaksuihin on kriittinen, sillä palveluiden saatavuus maksukyvyistä riippumatta on ollut NHS:n toiminnassa tärkeä arvolähtökohta. Aneurin Bevan antoi NHS:lle sitä perustettaessa vuonna 1948 kolme lähtökohtaa: 1) NHS vastaa kaikkien tarpeisiin, 2) NHS:n palvelut ovat potilaille maksuttomia, ja 3) palveluiden tarjonta perustuu tarpeelle maksukyvyyn sijaan (NHS 2015). Asiakasmaksuja on kritisoitu myös siksi, etteivät ne ole olleet tehokas tai tasa-arvoa edistävä tapa rahoittaa terveydenhuoltoa.

Valtionvarainministeriön raportissa NHS:n rahoittamisesta vuonna 2002 todettiin: ”Yksityiset rahoitusmekanismit ovat pääosin eriarvostavia, regressiivisiä, eivät kannusta kuin heikosti kustannusten hallintaan, lisäävät hallinnollisia kuluja ja voivat estää asianmukaista palveluiden käyttöä” (Wanless 2002). Vuonna 2006 tehty Parlamentin raportti asiakasmaksuista puolestaan painotti sitä, että näyttöä maksujen hyödyistä ja haitoista ei ole 50 vuoden aikana kerätty ja maksujen merkitys tulisi arvioida uudelleen joko niiden poistamiseksi kokonaan, osittain tai maksutaakan uudelleen kohdistamiseksi (House of Commons 2006).³⁵ Etenkin konservatiivipuoluetta lähellä olevat ajatuspajat ja -toimijat ovat kuitenkin pyrkineet tuomaan asiakasmaksuja osaksi laajempaa keskustelua NHS:n rahoituksesta (Cawston ja Corrie 2013). Toistaiseksi maksujen korotuksia ei ole merkittävästi edistetty käytännössä, mutta NHS:n budjettirahoituksen kasvun rajoittamisen takia on odotettavissa, että myös maksuja esittävien näkökannat tulevat vahvistumaan NHS:n rahoituksen kriisiytymisen seurauksena. NHS:n sijaan jo nyt merkittäviä kuluja kansalaisille aiheutuu pitkäaikaisesta hoivasta, joka on tarveharkintaista ja vahvemmin kansalaisten vastuulla (ks. Sosiaalipalvelut).

Pääsy laitoshoidon asiakkaaksi riippuu arvioidusta hoivan tarpeesta, jossa on painotettu vaa-tivaan ja erityisen vaativaan hoivaan. Erityisen vaativan hoivaa tarvitsevat on haluttu vapaut-taa kuluista (Barker 2014). Hoivan merkitys on noussut esille palvelujärjestelmän kokonai-suudessa myös siksi, että se vaikuttaa NHS:n toimintaan viiveenä kotiuttamisessa. NHS:n kautta on mahdollista saada rahoitusta myös kotisairaanhoidon, omaishoitajan vapaa-aikaan

³⁴ Lääkemääräyksille on asetettu nk. reseptimaksu, joka vuonna 2017 oli 8,60 punttaa (9,65 euroa). Reseptimaksu tarkistetaan vuosittain ja sen asettami-sessa on suuri määrä poikkeamia (<https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-prescription-charges-from-april-2017>). Käytännössä poikkeamien lista on niin laaja, että noin 90 prosenttia kaikista lääkemääräyksistä luovutettiin ilman lääkemääräyksiin kohdentuvaa maksua. Pohjois-Irlanti, Skotlantti ja Wales ovatkin poistaneet maksun (Culys ym. 2015). Huolimatta maksujen pienestä merkityksestä kokonaiskustannuksille, on niiden todettu kuitenkin Kansalais-ten neuvontapalvelun (Citizen Advice Bureau) selvityksessä muodostavan esteen hoitoon pääsulle etenkin köyhempien ja kroonisesti sairaiden piirissä. Neuvontapalvelun asiakkaista puolella oli vuonna 2000 vaikeuksia maksaa reseptimaksu ja yli neljännes ei pystynyt maksamaan kaikkia heille määrättyjä lääkkeitä kustannusten vuoksi.

³⁵ Vuonna 2014 Kings Fundin sosiaali- ja terveydenhuollon uusia rahoitusmahdollisuuksia käsitellyt ns. Barker-raportti suositti muutosta käytännössä vain reseptimaksujen keräykseen, pyrkien toisaalta madaltamaan maksua (2,5 punttaa), mutta laajentamaan sen kohdentumista myös eläkeläisiin. Vuosittainen lääkekustannusten kokonaiskatto on ollut paljon lääkkeitä käyttäville 104 punttaa. Tästä huolimatta Barker-raportti ei suosittanut asiakasmaksujen lisäämistä rahoituksen keinona maksujen negatiivisten vaikutusten vuoksi (Barker 2014).

ja apuun nk. jatkuvan hoidon rahoituksesta (<http://www.nhs.uk/Conditions/social-care-and-support-guide/Pages/nhs-continuing-care.aspx>). NHS:n palveluista poiketen niin kotisairaanhoidon kuin laitoshoidon sosiaalipalvelut tuotetaan pääosin yksityisellä sektorilla kaupallisten ja ei-kaupallisten toimijoiden kautta. Toisin kuin NHS paikallisviranomaisten alaisena oleva sosiaalihuolto on joutunut osana paikallishallintoa budjettileikkausten kohteeksi. Pohjois-Irlannissa integraatio on pitänyt sosiaalipalvelut vahvemmin osana NHS:ää.

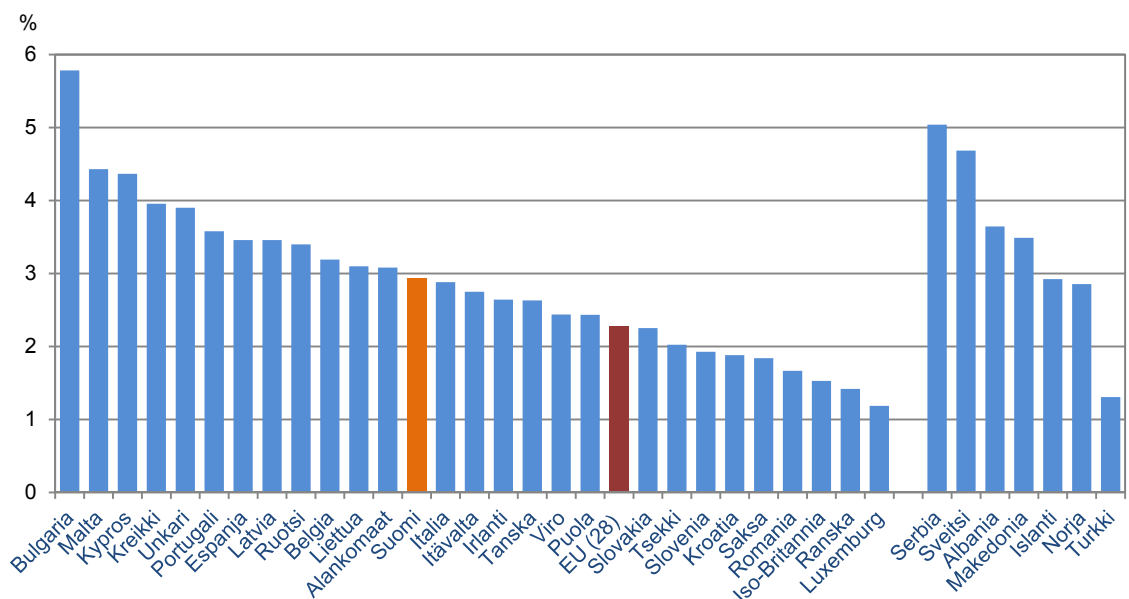
Englannissa asiakasmaksut ovat käytössä laajimmin, mutta niidenkin osalta on merkittävä määrä poikkeamia velvoitteista. NHS-maksujen kannalta Englannissa asetetut maksut toimivat kuitenkin käytännössä laajempina viitekehystenä Skotlannin, Walesin ja Pohjois-Irlannin NHS:n maksuille ja näistä annettaville poikkeamille. Poikkeamien ja tukien merkitystä ja toimivuutta on arvioitu kriittisesti eikä niiden ole katsottu toimivan optimaalisesti. Käytännössä hammashuollon maksut ovat Skotlannissa merkittävin asiakasmaksu, mutta niitäkään ei sovelleta lapsiin ja erityisryhmiin. Asiakasmaksuja on myös Walesissa vähemmän kuin Englannissa. Pohjois-Irlannissa on muita integroidummat sosiaali- ja terveystalvet ja kotihoito on yli 75-vuotiaille maksutonta samoin kuin kotisairaanhoido.

Taulukko 3.5. Yhteenveto asiakasmaksuista ja maksukatoista Englannissa.

Terveystalvet	Maksu	Ryhmät, jotka vapautettu asiakasmaksuista	Maksukato	Huomioita
Yleislääkärin käynti	-	-	-	Normaalin palvelun ulkopuolisista kuten esimerkiksi matkailulääketieteen konsultatiosta ja tähän liittyvistä rokotusohjelman ulkopuolisista rokotuksista laskutetaan
Erikoislääkärin käynti	-	-	-	Vain NHS alaisuudessa, tarveharkinnan pohjalta voi saada tukea matkakuluihin kauemmaksi konsultatiota ja sairaalakäynteihin
Reseptilääkkeet ja apuvälineet	Reseptimaksu 8.60 kertamaksu tai PPC 3kk 29.10, PPC 12kk 104 Apuvälineistä peruukit ja tukiliivit, myös tuettuja "NHS silmälasia"	län perusteella lapset ja vanhuksat, pitkäaikaissairaudesta, toimeentulon pohjalta, raskaana olevat ja alle 12 kk synnytyksestä, vammaisuuden tai jatkuvan hoidon tarpeen pohjalta. 40 % väestöstä vapautettu, mutta 90 % resepteistä kirjoitetaan ilman maksua koska keskeisimmät käyttäjät vapautettu maksusta.	Ei varsinaista kattoa, mutta tukimekanismeja matalatuloisille sekä useita reseptejä tarvitseville. Top-up maksut NHS:n korvaamatta jättämistä lääkkeistä sallittu, mutta riippuvat hinnasta	Ei käsikauppalääkkeissä, joista ei myöskään korvauksia, ehkäisyyn käytettävistä reseptivalmisteista ei reseptimaksua. PPC- lääkkeiden ennakomaksu 29,10 £ kolmeksi kuukaudeksi tai vuosimaksu 104 £ mahdollistaa 2 £ viikkomaksulla lääkkeet ilman reseptimaksua.
Sairaalahoito	Ei maksuja, mutta pysäköintimaksut nousseet kritiikin kohteeksi (esim. 3.5 £/tunti)	Ohjeistus pysäköintimaksujen asettamisesta siten, että huomioidaan erityisryhmät sekä paljon sairaalassa käyvät potilaat ja omaiset		Sairaalat saattavat asettaa erillisiä maksuja ruokaan, huoneeseen, televisioon ja viihteeseen yms. eiläketieteelliseen palveluun kohdentuen

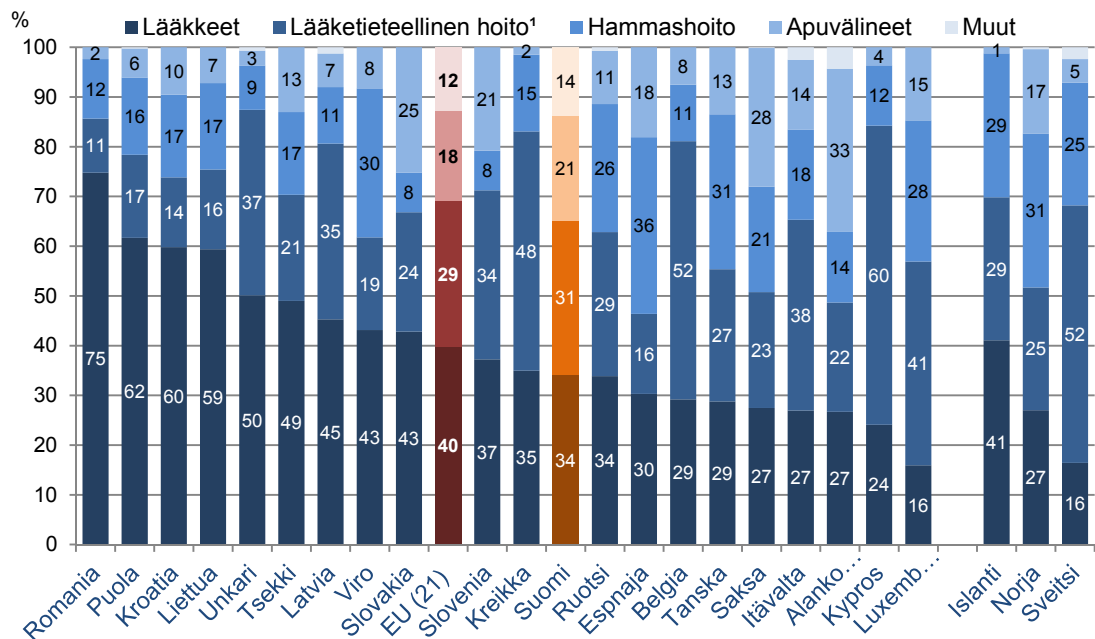
Kuvantaminen ja laboratorio	Näöntarkastus ja silmänpohjantarkastus maksuttomia Kuvantamien ja laboratorio maksuttomia NHS:n piirissä	Alle 16-vuotiaat tai alle 19 kokopäiväinen opiskelija, yli 60-vuotiaat, lomalla olevat vangit, sokeat/osittain, glaukoomaa sairastavat tai sille alttiit, diabetestä sairastavat, matalien tulojen pohjalta, erityislinssejä tarvitsevat (myös tukea laseihin)		Tukea erityislinsseihin, linsseihin sekä silmälasien hankintaan asiakasetelillä (alle 16v, alle 19 vuotiaille kokopäiväisille opiskelijoille, erityislinssit, tuloperusteiset syyt)
Hammashuolto	Kolme eri maksuluokkaa (20,60£, 56,30£, 244,30) ja ensiapu(20,60£),	Alle 18-vuotiaat tai alle 19-vuotiaat kokopäiväiset opiskelijat, raskaana olevat ja alle vuoden vanhan lapsen äidit, sairaalan hammaslääkärin asiakkaat, toimeentulotuen tai muuten heikkojen tulojen perusteella tuettavat	Maksurajat luokittain	Ei koske yksityistä, kosmeettisia hoitoja, asiakasmaksukatto vain NHS-potilaille. Hampaiden oikaisuhoito maksutonta nuorille ja voidaan toimittaa myös yksityisellä sektorilla.
Fysioterapia	Ei maksua		Ei maksua	Ei koske yksityisen sektorin palveluita, vain NHS piirissä
Kuntoutus	NHS:n alaisuudessa ei maksua		Ei maksua	Ei koske yksityisiä, vain NHS piirissä paitsi silloin jos osa laajempaa pakettia tai lähtee henkilökohtaisesta budjetista

Kuvio 3.1. Terveydenhuollon kustannusten osuus kotitalouksien kulutuksesta (osuus %), 2014 (tai lähin vuosi).



Huom. Indikaattori ei ota huomioon pitkäkestoisten terveydenhuollon palvelujen menoja.
Lähde: OECD Health Statistics 2016 ja Eurostat Database.

Kuvio 3.2. Asiaksmaksujen/omavastuiden osuus terveydenhuollon menoista tuotteina ja palveluina, 2014 (tai lähin vuosi).



Huom. Indikaattori ei ota huomioon pitkäkestoisten terveydenhuollon palvelujen menoja.
Lähde: OECD Health Statistics 2016.

3.2 Sosiaalipalveluihin liittyvät maksut

Sosiaalihuollon palvelu- ja asiakasmaksujärjestelmien vertailu on haastavaa, sillä sosiaalipalvelujärjestelmät ja lainsäädäntö vaihtelevat maittäin, ja esimerkiksi kolmannen sektorin roolia ja perheen vastuuta omaisista painotetaan eri tavoin. Lisäksi sosiaalipalveluja ja asiakasmaksuja koskevat päätökset tehdään yleensä kunnissa ja paikallisesti, joten palvelujen tuottamisessa ja asiakasmaksuissa voi olla isoja eroja jo yksittäisen maan sisällä. Kansainvälistä tietoa sosiaalihuollon asiakasmaksuista on ylipäänsä saatavilla hyvin vähän. Tässä osiossa tarkastelun kohteeksi valittiin pitkäaikaisen hoivan (*long-term care*) sosiaalipalvelut, sillä pitkäaikaisen hoivan kustannuksiin ja rahoitukseen on väestön ikääntymisen vuoksi kiinnitetty enemmän huomiota kuin muihin palveluihin. Lisäksi nämä palvelut muodostavat merkittävän osan sosiaalipalvelujen kokonaiskustannuksista.³⁶

Vuonna 2015 pitkäaikaishoivan palveluihin käytettiin bruttokansantuotteesta Alankomaissa 3,7 prosenttia, Iso-Britanniassa 1,5 prosenttia, Norjassa 2,5 prosenttia, Ruotsissa 3,2 prosenttia ja Tanskassa 2,5 prosenttia. Suomessa osuus oli 2,2 prosenttia, ja OECD-maiden keskiarvo oli 1,7 prosenttia. Koska eri maissa pitkäaikaishoivan sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja voidaan jaotella ja raportoida eri tavoin, kustannusten vertailu ei kaikilta osin ole täsmällistä. (OECD 2017.)

Pitkäaikaishoivan palvelujärjestelmän rahoitus perustuu yleensä joko lakisääteiseen vakuutusjärjestelmään tai verotukseen tai näiden yhdistelmään. Esimerkiksi Englannissa, Norjassa,

³⁶ Pitkäaikaisen hoivan palveluissa on kyse henkilökohtaisesta tuesta päivittäisistä toiminnoista suoriutumiseksi ja itsenäisen elämäntavan mahdollistamiseksi joko tuetuissa asumismuodoissa tai asiakkaan omaan kotiin vietyinä palveluina. Palvelujen sijaan asiakkaalle voidaan myöntää taloudellinen avustus, esimerkiksi henkilökohtainen budjetti, jolla hän voi hankkia tarvitsemansa palvelut itse. Asiakkaalle voidaan myös myöntää apuvälineitä ja tukea kodin muutostöihin. (Colombo ym. 2011.) Pitkäaikainen hoiva sisältää sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja.

Ruotsissa ja Tanskassa pitkäaikaishoivan palvelut rahoitetaan verovaroin. Alankomaissa palvelut jakautuvat verovaroin rahoitettuihin sosiaalihuollon palveluihin (kuten kotipalvelu) ja vakuutus pohjaisesti rahoitettuun laitosasumiseen ja terveydenhuollollisiin palveluihin (kuten kotisairaanhoido). Verorahoitteen järjestelmän haasteena on nähty se, että rahoituksen kohdentaminen juuri sosiaalihuollon palveluihin voi olla epävarmaa. Verotus ei myöskään anna väestölle suoraan oikeutta sosiaalipalveluihin. Näin ollen kunnat voivat säädellä sosiaalipalvelujen myöntämistä suhteessa käytettävissä oleviin varoihin vaikuttamalla esimerkiksi myöntämiskriteereihin, tarjontaan tai asiakasmaksuihin. (Scheil-Adlung 2015.) Vakuutus pohjaisissa malleissa varat kohdentuvat suuremmin käyttötarkoitukseensa. Oikeus palveluihin on etukäteen määritelty, mikä voi kuitenkin myös jähmettää etuuksien myöntämiskäytäntöjä. Toisaalta järjestelmä ei ole riippuvainen viranomaisten asiakaskohtaisesta harkinnasta tai siitä, kuinka paljon varoja palvelujen järjestämiseen kohdennetaan. (Rodrigues 2015.)

Yksityisiä pitkäaikaishoivan vakuutuksia on saatavilla vain muutamissa maissa, ja ne kattavat palveluja varsin kapeasti. Tyypillisesti yksityisillä pitkäaikaishoivan vakuutuksilla joko täydennetään julkisten palvelujen saatavuutta tai ne tarjoavat ylimääräisiä etuuksia. Ne voivat myös kattaa julkisen järjestelmän ulkopuolelle jääviä kustannuksia. Yksityisiä vakuutuksia on käytössä muun muassa Yhdysvalloissa ja Ranskassa, mutta niiden merkitys on kaiken kaikkiaan vähäinen. (Colombo ym. 2011.) Vuonna 2012 Ranskan aikuisväestöstä 11 prosenttia kuului yksityisen pitkäaikaishoivan vakuutuksen piiriin. Ranskassa yksityiset vakuutukset ovat edullisia, mutta niiden tarjoamat edut ovat matalat. Siksi vakuutetut henkilöt tarvitsevat lisäksi julkisia palveluja tai joutuvat maksamaan palveluista itse. Lähes 75 prosenttia vakuutuksista ostettiin osana ryhmävakuutusta, joista useimmat ovat työnantajasadonnaisia. Ranskassa on myös pyritty yhdistämään pitkäaikaishoivan vakuutuksia muun muassa ikääntyneen henkilön omistamaan asuntoon siten, että asunto voidaan myydä ja varoilla kattaa hoivan kustannuksia ja samalla säilyttää asiakkaan asumisoikeus kuolemaan asti. (Mosca ym. 2017.)

Vakuutusten ja verotuksen ohella pitkäaikaishoivaa rahoitetaan asiakkailta perittävillä asiakasmaksuilla. Usein kunnilla ja paikallishallintoalueilla on oikeus itse päättää sosiaalihuollon palvelujen asiakasmaksuista tai maksuttomuudesta kansallisesti säädettyihin enimmäismääriin asti. Asiakasmaksujen asettaminen ja kertyvien maksutulojen suhde ei kuitenkaan ole yksioikoinen, koska maksuja asetettaessa myös maksatuksen toimeenpanon ja hallinnoinnin kulut nousevat.

Riedel ym. (2016) ovat tarkastelleet EU-maiden pitkäaikaishoivan järjestelmiä. Pääsääntöisesti oikeus palveluihin määritty palvelutarpeiden perusteella. Hoivakotiasuminen on maksullista kaikissa tarkastelluissa maissa. Tavanomaista on, että sosiaalihuollon kotipalvelusta peritään maksu ja että se on tulosidonnainen. Asiakasmaksuille on usein asetettu yläraja asiakkaiden taloudellisen tilanteen turvaamiseksi. Joissakin maissa, esimerkiksi Englannissa, Italiassa ja Espanjassa, kotipalvelu voidaan evätä tulojen ja varallisuuden perusteella. Joillekin sosiaalihuollon palveluille voidaan asettaa kiinteä hinta, joka on sama kaikille palveluun oikeutetuille. Terveydenhuollon kotihoivan palvelut ovat yleisemmin maksuttomia kuin sosiaalihuollon kotipalvelu. (Scheil-Adlung 2015; Riedel ym. 2016.)

Suuri osa 65 vuotta täyttäneistä maksaa pitkäaikaishoivan palveluista asiakasmaksuja. Scheil-Adlungin (2015) selvityksen mukaan vuonna 2015 asiakasmaksuja maksoi 65 vuotta täyttäneistä alankomaalaisista 80,2 prosenttia, ruotsalaisista 83,4 prosenttia ja tanskalaisista 49,9 prosenttia. Pitkäaikaishoivan asiakasmaksujen osuus 65 vuotta täyttäneiden kotitalouden tuloista oli Alankomaissa 3,8 prosenttia, Ruotsissa 4 prosenttia ja Tanskassa 5,3 prosenttia. Lukuihin eivät kuitenkaan sisälly ne henkilöt, joilla ei ole ollut varaa maksaa palveluista ja jotka siten ovat saattaneet jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja. Suomesta vastaavia tietoja ei ollut saatavilla.

Muir (2017) tarkastelee eräiden OECD-maiden pitkäaikaishoivan järjestelmiä ensisijaisesti 65 vuotta täyttäneiden näkökulmasta tilanteissa, joissa palvelutarve on matala, kohtalainen tai suuri. Palvelujen kustannuksista asiakkaan maksettavaksi jää osuus, jota julkisella rahoituksella ei kateta. Julkinen rahoitusosuus pitkäaikaishoivan kustannuksista vaihtelee tarkasteltavien OECD-maiden välillä siten, että keskituloisten henkilöiden (joilla ei ole huomioon otettavaa varallisuutta) kotihoivan palvelujen julkisen rahoituksen osuus on palvelutarpeen tasosta riippuen esimerkiksi Kroatiassa alle 10 prosenttia, Englannissa ja Ranskassa 45–90 prosenttia ja Alankomaissa ja Ruotsissa 90–100 prosenttia. Hoivakotiasumisessa julkisen rahoituksen osuus on yleensä matalampi kuin kotiin vietävissä palveluissa. Tämä johtuu muun muassa siitä, että hoivakodeissa asiakkaan maksuosuus kattaa vuokran lisäksi yleensä myös ruuan ja muita ylläpitokustannuksia. Korkeimmillaan hoivakotiasumisen julkisen rahoituksen osuuden on todettu olevan Ruotsissa (lähes 90 prosenttia) ja Alankomaissa (yli 80 prosenttia). Englannissa vastaava luku on hieman yli 50 prosenttia ja Ranskassa hieman yli 60 prosenttia. (Muir 2017.) Suomesta vastaavia tietoja ei ole saatavilla.

Muir (2017) toteaa, että mikäli tulot ja varat otetaan huomioon palvelua myönnettäessä, niiden vaikutus on yleensä vähäinen siten, että palvelujen kustannuksissa julkinen rahoitusosuus ei huomattavasti eroa tulo- ja varallisuustason mukaan. Edut ovat usein samat kaikille, vaikka taso vaihteleeikin maittain. Esimerkiksi Englannissa ja Yhdysvalloissa tilanne on kuitenkin toinen: asiakkaiden tulee käyttää tuloja ja varallisuuttaan palveluista perittäviin maksuihin käyttöön jätettävää vähimmäissummaa lukuun ottamatta, ja palvelu voidaan myös taloudellisen tilanteen perusteella evätä. Julkisen rahoitusosuuden määrä vaihteleeikin suuresti pieni- ja suurituloisten välillä. Tavanomaisempaa on, että tulot ja varallisuus otetaan ankarammin huomioon hoivalaitospalveluissa kuin kotihoivan palveluissa.

On myös eroa siinä, minkä tyyppisestä varallisuudesta on kyse. Asuntoa ei yleensä oteta varallisuutena huomioon, jos asiakas tai hänen puolisonsa asuu siinä. Sen sijaan esimerkiksi Englannissa jo suhteellisen pienet säästöt omaava henkilö voi joutua maksamaan palvelut itse, ja hyvätuloiset ikääntyneet, joilla ei ole säästöjä, voivat saada palvelunsa osin julkisin varoin katettuina. Toisaalta tilanne voi vinoutua myös silloin, jos tulot otetaan huomioon asiakasmaksua asetettaessa mutta varallisuutta ei. Esimerkiksi Ranskassa varallisuutta ei oteta huomioon, ja hyvätuloiset maksavat isomman osan palveluistaan asiakasmaksuina kuin pienituloiset, vaikka pienituloisella saattaa olla huomattavaa varallisuutta. Joissakin maissa (esimerkiksi Ranskassa ja Sloveniassa) omaiset ovat lakisääteisesti velvollisia maksamaan osan pitkäaikaishoivan kustannuksista. (Muir 2017.)

Asiakasmaksut voivat ohjata asiakasta hyödyntämään edullisemmin hinnoiteltuja palveluja, mutta tämä edellyttää, että valittavana on useampi kuin yksi palveluntuottaja. Ranskalaista kotihoivan maksukäytäntöä tarkastelevassa selvityksessä on saatu viitteitä siitä, että asiakasmaksun vaikutus palvelujen käyttöön oli suurempi niille henkilöille, joilla oli matalia tai keskimääräisiksi arvioituja hoivan tarpeita. Vakavasti toimintarajoitteisilla henkilöillä vaikutus oli huomattavasti pienempi, eikä asiakasmaksun nousu välttämättä näkynyt palvelun käytön vähentämisenä. (Roquebert & Tenand 2016.)

Seuraavassa tarkastellaan Ruotsin, Norjan ja Tanskan sekä Alankomaiden ja Englannin pitkäaikaishoivan sosiaalipalvelujen asiakasmaksukäytäntöjä. Yhdistyneestä kuningaskunnasta tarkastelun kohteeksi on valittu ainoastaan Englanti, koska Skotlanti, Wales ja Pohjois-Irlanti päättävät kukin itse sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmästänsä, ja järjestelmissä on siten eroja. Huomiota kiinnitetään erityisesti tuetun asumisen (hoivakodit ja palveluasuminen) ja sosiaalipalvelujen (ensisijaisesti kotipalvelu) asiakasmaksuihin.

3.2.1. Ruotsi, Norja ja Tanska

Pohjoismaissa pitkäaikaishoiva rahoitetaan verovaroin, ja järjestelmän universaalien luonteen mukaisesti jokaisella on tarpeiden mukaisesti määrittyvä oikeus julkisesti rahoitettuihin palveluihin. Jos asiakasmaksuja peritään, ne ovat yleensä tulosidonnaisia ja varattomille maksuttomia tai taloudelliseen tukeen oikeuttavia. Tälle vastakkaisena järjestelmän piirteenä on voitu nähdä se, että sosiaalihuollon palvelujen myöntäminen, sisältö ja laatu vaihtelevat kunnittain. Lisäksi asiakasmaksujen on katsottu voivan uhata järjestelmän universaalista luonnetta tulosidonnaisuuden vuoksi mutta erityisesti silloin, kun ne vaikeuttavat pienituloisten palvelujen saantia. Kaikissa Pohjoismaissa yksityisen palvelutuotannon tarjonnan kasvu ja valinnanvapauden lisääntyminen ovat vaihtelevassa määrin mahdollistaneet muun muassa lisäpalvelujen ostamisen. Markkinaehtoistumisen on katsottu voivan heikentää universaalista järjestelmää, mikäli julkisesti rahoitettujen palvelujen laadussa ja kattavuudessa on puutteita ja ainoastaan varakkaammat henkilöt voivat täydentää lisäpalveluilla julkista palvelutarjontaa. Esimerkiksi Ruotsissa kotipalvelujen asiakkaista noin kahdeksan prosenttia on ostanut lisäpalveluja, ja hyvätuloiset ovat tässä joukossa yliedustettuina. (Karlsson ym. 2010; Moberg 2017.)

Pohjoismaissa on myös vahvistettu universalistista lähestymistapaa ja kansallista ohjausta kunnallisen itsemääräämisoikeuden sijaan. Esimerkiksi Ruotsissa asiakasmaksujen määrätymisen sääntely oli 1990-luvulla väljää, mistä aiheutui maksuihin suuria kuntien välisiä eroja. Tämän vuoksi 2000-luvun alussa asiakasmaksujen asettamista koskevaa lainsäädäntöä tiukennettiin muun muassa asettamalla asiakasmaksuille kansallinen yläraja ja tarkentamalla sääntöjä siitä, miten tulot otetaan huomioon maksuja määritettäessä. (Karlsson ym. 2010.)

Ruotsissa, Norjassa ja Tanskassa asiakasmaksujen merkitys sosiaalihuollon rahoituksessa on pieni (Karlsson ym. 2010). Ruotsissa asiakasmaksut kattavat pitkäaikaishoivan menoista 3–4 prosenttia (Robertson ym. 2014). Vuonna 2014 tehdyn selvityksen mukaan ikääntyneiden palveluissa asiakasmaksujen osuus rahoituksesta on ollut lievästi aleneva. Suurin merkitys on ollut kotipalvelumaksuilla, jotka vuonna 2012 kattoivat 5,7 prosenttia kustannuksista. Palveluasumisen kustannuksista asiakasmaksut kattoivat 3 prosenttia. (Socialstyrelsen 2014.) Norjassa asiakasmaksut kattavat keskimäärin 15 prosenttia ikääntyneiden hoivakotiasumisen kokonaiskustannuksista (NOSOSCO 2016). Tanskassa palvelutalon asukkaan asumiseen ja palveluihin liittyvät kustannukset ovat yhteensä 59–88 prosenttia keskimääräisistä eläkkeensaajan tuloista (Norden 2015). Suomessa asiakasmaksuilla on muita Pohjoismaita suurempi merkitys: asiakasmaksuilla katettiin vuonna 2013 ikääntyneiden kotihoidon kustannuksista noin 16 prosenttia ja ikääntyneiden hoivakotiasumisen kustannuksista 20 prosenttia (NOSOSCO 2016).

Ruotsi

Ruotsin 290 kuntaa vastaa sosiaalipalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Oikeus sosiaalipalveluihin määrittyy kunnassa tehdyn palvelutarpeiden arvioinnin perusteella. Kriteerit palvelujen saamiselle voivat vaihdella kuntien välillä. Pääsääntöisesti sosiaali- ja terveydenhuollon hoivan ja tuen palvelut annetaan asiakkaan omaan kotiin. Tuettua asumista tai palveluasumista tarjotaan lähinnä henkilöille, jotka tarvitsevat ympärivuorokautista hoitoa. (MISSOC 2017; Robertson ym. 2014.)

Sosiaalihuollon maksuista säädetään sosiaalipalvelulaissa (Socialtjänstlag 2001:453). Lain mukaan maksu voidaan periä perheneuvonnasta, tietyistä lapsille ja nuorille järjestetyistä toiminnoista, adoptioneuvonnasta, kotipalvelusta, päivätoiminnasta ja erityisasumisesta sekä täysi-ikäisten päihdehuollon palveluista. Kunnilla on valtuudet määritellä sosiaalipalvelujen

hinnat haluamallaan tavalla lainsäädännöllisesti asetettuun ylärajaan asti. Maksut voivat siten vaihdella kunnittain, ja palvelut voivat olla myös maksuttomia.

Asiakasmaksut ovat tulosidonnaisia, mutta varallisuutta ei oteta huomioon. Asiakaskohtaisen maksun määrittämiseksi tehdään taloudellisen tilanteen selvitys. Asiakkaalle tulee asumiskustannusten jälkeen jäädä käyttöönsä vähintään tietty vähimmäismäärä (*minimibeloppet*) rahaa, jolla hän voi kattaa henkilökohtaiset menonsa. Vuonna 2017 vähimmäismäärä oli yksinasuvalle henkilölle 5 057,17 kruunua (531 euroa) kuukaudessa. Vähimmäismäärä voi yksilökohtaisen harkinnan ja asiakkaan tosiasiallisten, esimerkiksi vammasta aiheutuvien, ylimääräisten kulujen vuoksi olla tätä korkeampi. Jos asumiskustannusten ja vähimmäismäärän (*förbehållsbelopp*) jälkeen maksuvaraa ei ole, maksua ei peritä. Sekä vähimmäismäärä että asiakasmaksujen yläraja määrittyvät vuosittain asetettavan hintaperusmäärän (*prisbasbeloppet*) perusteella. Vuonna 2017 kotipalvelun, päivätoiminnan ja kunnallisen terveydenhuollon palvelujen asiakaskohtaisten maksujen yläraja sekä tuetussa että tavanomaisessa asumisessa oli 2 013 kruunua (211 euroa) kuukaudessa. Myös kotisairaanhoidon voi olla maksullista. (Seniorval 2017; Socialtjänstlag 2001:453.) Hintaperusmäärä tarkistetaan vuosittain kulutajaindeksin kehityksen mukaan. Vuonna 2017 hintaperusmäärä oli 44 800 kruunua (4 706 euroa). (Meddelandebblad 2016.)

Tuetussa asumisessa (*särskilt boende*) asiakas maksaa vuokran, hoivapalvelut kattavan asiakasmaksun sekä ruuan. Hoivamaksu määrittyy asiakkaan tulojen perusteella. Vuonna 2017 asumiskulujen yläraja tuetussa asumisessa, joka ei ole vuokralainsäädännön alaista, on 2 067,89 kruunua (217 euroa) kuukaudessa. Asiakkaan käyttöön jäävä vähimmäismäärä voi olla omassa kodissaan asuvan henkilön vähimmäismäärää pienempi, koska osa henkilökohtaisista menoista sisältyy asumiseen. (Meddelandebblad 2016; Socialstyrelsen 2014.)

Taulukossa 6 esitetään Tukholman kaupungin perimiä asiakasmaksuja ikääntyneiden palveluissa. Päivätoiminnasta perittävän maksun suuruus riippuu tuloista ja päivätoiminnan määrästä. Lisäksi päivätoiminnan aikana tarjotuista aterioista peritään 49 kruunua (5 euroa) päivässä. Lyhytaikaishoidon aterioista peritään korkeintaan 90 kruunua (9 euroa) vuorokaudessa. Palvelutalojen ruokamaksu Tukholmassa on korkeintaan 2 737 kruunua (287 euroa) kuukaudessa. (Stockholm stad 2017.)

Taulukko 3.6. Ikääntyneiden maksullisten palvelujen ylärajat Tukholmassa 2017.

Maksuryhmä	Kuukausimaksu korkeintaan	Palvelun sisältö
1	119 kr (13 eur)	Turvahälytyn tai palvelutalon perusmaksu
2	411 kr (43,17 eur)	1–4,5 tuntia kotipalvelua ja/tai lomituspalvelua 17–20,5 tuntia/kuukausi
3	750 kr (79 eur)	5–10,5 tuntia kotipalvelua ja/tai lomituspalvelua 21–26,5 tuntia/kuukausi ja/tai päivätoimintaa 1–2 päivää/viikko
4	1 001 kr (105 eur)	11–25,5 tuntia kotipalvelua ja/tai lomituspalvelua 27–41,5 tuntia/kuukausi ja/tai päivätoimintaa 3–4 päivää/viikko
5	1 381 kr (145 eur)	26–40,5 tuntia kotipalvelua ja/tai lomituspalvelua 42–56,5 tuntia/kuukausi ja/tai päivätoimintaa 5 päivää/viikko
6	1 568 kr (165 eur)	41–55,5 tuntia kotipalvelua ja/tai lomituspalvelua 57 tuntia tai enemmän/kuukausi ja/tai päivätoimintaa 6–7 päivää/viikko
7	1 792 kr (188 eur)	Yli 56 tuntia kotipalvelua/kuukausi Lyhytaikaishoidon sekä hoito- ja hoivakodissa annettava ympärivuorokautinen hoiva

Lähde: Stockholm stad 2017.

Maksuttomia ikääntyneiden palveluja ovat Tukholmassa seuraavat:

- Läheistään kotona hoitavan lomituspalvelu enintään 16 tuntia kuukaudessa. 16 tuntia ylittävin osin lomituspalvelu on maksullista.
- Tavanomaisen kotipalvelun ulkopuolelle jääville henkilöille erityistarkoituksiin myönnettävä saattajapalvelu. Kyse on ensisijaisesti sosiaali- ja kulttuuritoiminnasta.
- Psykkisesti toimintarajoitteisten asumisen tukipalvelu.
- Ikääntyneiden ja psyykkisesti toimintarajoitteisten tapaamis- ja kohtaamispaikkojen toimintaan osallistuminen.
- Alle 50 kruunun (5 euron) palvelumaksuja ei peritä. (Stockholm stad 2017.)

Vammaisuuden perusteella myönnettävät lakisääteiset palvelut, kuten saattajapalvelu, tukihenkilö- ja päivätoiminta, ovat maksuttomia (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade 1993:387; Autio & Sjöblom 2014). Vammaispalvelulain mukaisten asumispalvelujen käyttäjä kuitenkin maksaa vuokran ja ruuan. Samoin vapaa-ajantoiminnoista ja kulttuuripalveluista kunta voi periä maksun. Apuvälineistä voidaan periä maksuja, ja maksut vaihtelevat alueiden välillä (Socialstyrelsen 2014).

Ruotsissa on havaittu suuria eroja kuntien välillä muun muassa palveluasumisen vuokrissa, ruoka- ja apuvälinemaksuissa, maksuttomina annettavissa palveluissa ja siinä, mitä maksuja sisällytetään asiakaskohtaiseen maksujen enimmäismäärään. Asiakasmaksujen on myös huomattu voivan aiheuttaa ikääntyneille taloudellisia vaikeuksia, mutta sen ei arvioida olevan yleistä. (Socialstyrelsen 2014.)

Norja

Norjan 428 kuntaa vastaa sosiaalihuollon palvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Oikeus sosiaalipalveluihin perustuu yksilöllisiin tarpeisiin, eivätkä tulot tai varallisuus estä palvelujen myöntämistä. Kunta päättää palvelutarpeiden arvioinnin perusteella, onko asiakas oikeutettu palveluihin, mitkä palvelut ovat soveltuvimpia ja kuinka paljon (esimerkiksi tuntimäärä) palvelua myönnetään. (Christensen & Pilling 2014.)

Asiakasmaksu lyhytaikaisesta hoivakodissa asumisesta on kaikille kunnan asukkaille sama. Kunnat voivat asettaa vuorokausimaksun itse, mutta maksulle on asetettu kansallinen yläraja (vuonna 2017 155 kruunua (17 euroa) vuorokaudessa). Pitkäaikaisesta hoivakotiasumisesta aiheutuvat asiakasmaksut riippuvat tuloista ja määräytyvät kansallisen ohjeistuksen perusteella. Norjan parlamentti määrittelee vuosittain sosiaaliturvan perustason (*grunnbeløpet*) suhteessa yleiseen palkkatasoon. Toukokuussa 2017 asetettu perustaso oli 93 634 kruunua (10 014 euroa) vuodessa ja 7 803 kruunua (835 euroa) kuukaudessa. Asiakkaan maksusuosus lasketaan suhteessa sosiaaliturvan perustasoon siten, että perustason suuruudesta eläkkeen osuudesta vähennetään tietty summa (vuonna 2017 8 000 kruunua (856 euroa)), ja asiakas maksaa loppuosasta 75 prosenttia. Perustason ylittävältä eläkkeen osuudelta asiakas maksaa enintään 85 prosenttia. Asiakkaalle tulee siten jäädä käyttöönsä vähintään 25 prosenttia sosiaaliturvan perustasoa vastaavasta summasta ja tuloista vähennetty osuus. Maksuun sisältyvät asumisen ja ylläpidon lisäksi terveydenhuollon palvelut, lääkkeet ja lääkäripalvelut. Varallisuus ei vaikuta maksun määräytymiseen. (European Commission 2016; Karlsson ym. 2010; MISSOC 2017.)

Terveydenhuollon palveluina annettavat kotisairaanhoidon palvelut ja henkilökohtaisen hoidon palvelut ovat palvelujen käyttäjille maksuttomia. Sosiaalihuollon kotipalvelusta asiakkaat sen sijaan maksavat kunnan asettaman, tulojen mukaan määräytyvän maksun. Asiakkaalle tulee maksujen jälkeen jäädä riittävästi varoja kattamaan tarpeelliset menonsa. Maksujen

asettamisesta ja pienituloisiksi määriteltyjen henkilöiden kuukausittaisesta enimmäismaksusta (200 kruunua (21 euroa)) säädetään kansallisesti. Maksut määritellään sosiaaliturvan perustason pohjalta. (Forskrift 2011.)

Mikäli kotipalvelu on välttämätöntä asiakkaan terveydentilan vuoksi, palvelu voidaan tulkita terveyspalveluksi, jolloin se on asiakkaalle maksuton. Kunnallisten terveys- ja sosiaalipalvelujen rahoitus ja asiakasmaksujen määräytyminen riippuu myös siitä, asuuko palvelujen saaja kotonaan vai laitoksessa, sillä palvelujen tulosidonnaisuus on hoivalaitoksissa suurempi kuin kotiin annettavissa palveluissa. (Genet ym. 2013; Karlsson ym. 2010.) Norjan hallitus on asettanut tavoitteeksi selvittää mahdollisuudet yhtenäistää maksukäytännöt (Care Plan 2015). Apuvälineet ovat pysyvästi (yli kaksi vuotta) toimintarajoitteisille maksuttomia. Vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista, kuten avustamisesta, ei peritä maksuja (Autio & Sjöblom 2014).

Seuraavassa esitetään esimerkkinä norjalaisen Hofin kunnan kotipalvelun asiakasmaksut. Maksut on määritelty terveyden ja hoivapalvelujen ministeriön kiertokirjeen ohjeistuksen mukaan (Rundskriv 2017). Maksujen suuruus perustuu sosiaaliturvan perustason (G = *grunnbeløpet*), joka kiertokirjettä annettaessa oli 92 576 kruunua (9 901 euroa) vuodessa. Maksu peritään tuntimaksuna, mikäli se on asiakkaalle edullisempaa.

Taulukko 3.7. Kotipalvelun enimmäismaksut Hofin kunnassa 2017.

Sosiaaliturvan perustaso (G) 92 576 kr/vuosi (9 901,18 eur)	Nettotulot	Kuukausimaksu korkeintaan	Tuntimaksu
Alle 2 G	Alle 185 152 kr/vuosi (18 989 eur)	200 kr (21 eur)	–
2G–3G	185 153–277 728 kr/vuosi (18 989–28 484 eur)	620 kr (66 eur)	290 kr (31 eur)
3G–4G	277 729–370 304 kr/vuosi (28 484–37 979 eur)	950 kr (102 eur)	290 kr
4G–5G	370 305–462 880 kr/vuosi (37 979–47 473 eur)	1 320 kr (141 eur)	290 kr
Yli 5G	Yli 462 881 kr/vuosi (47 474 eur)	1 690 kr (181 eur)	290 kr

Lähde: Hof kommune 2017.

Hofin kunnassa kotiin tuodun ruokapalvelun hinta on 70 kruunua (7 euroa) annokselta. Turvahälyttimen vuokra on 350 kruunua (37 euroa) kuukaudessa tai 200 kruunua (21 euroa) kuukaudessa, mikäli kotitalouden tulot ovat alle 185 153 kruunua (19 802 euroa) vuodessa (2G). GSM-hälyttimestä aiheutuu lisämaksua 100 kruunua (11 euroa) kuukaudessa. Lyhytaikaisen hoivakotiasumisen (korkeintaan 60 vuorokautta kalenterivuoden aikana) maksu asiakkaalle on 155 kruunua (17 euroa) vuorokaudessa ja päiväkäynnit (*dagopphold*) hoivalaitoksessa 80 kruunua (9 euroa) päivässä. Hofin kunnan palveluhinnastossa pitkäaikaisen hoivakotiasumisen todetaan maksavan 75 prosenttia peruseläkkeestä ja sen ylittävistä tuloista 85 prosenttia. Kotisairaanhoidosta ei peritä maksua. (Hof kommune 2017.)

Tanska

Tanskan 98 kuntaa vastaa sosiaalipalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Lainsäädäntö (*Lov om social service*) asettaa viitekehysten kuntien järjestäville palveluille ja sosiaalipalve-

luja koskeville velvoitteille, mutta kunnat voivat kansalliset linjaukset huomioon ottaen itse päättää asiakasmaksuista sekä siitä, millä tavoin ja minkä tasoisina palvelut tarjotaan (Denmark 2016; Ministry of Health 2017). Sosiaalipalvelut ja palveluasuminen myönnetään kunnassa tehdyn palvelutarpeen arvioinnin perusteella.

Tanskassa perinteisestä laitoshoidosta on vuodesta 1987 alkaen siirrytty hoivakotiasumiseen (Karlsson ym. 2010). Ikääntyneiden ja vammaisten sosiaalipalvelujen päätavoitteita on, että asiakkaat kykenevät asumaan omassa kodissaan. Jo se ei ole mahdollista, he voivat muuttaa hoivakotiin. Ennaltaehkäisy ja kuntouttaminen ovat Tanskan pitkäaikaishoidon keskeisiä tavoitteita. Paikallisviranomaisen lakisääteisenä tehtävänä on ollut vuodesta 2015 arvioida avuntarvitsijan edellytykset hyötyä kuntoutuksesta, jonka avulla itsenäisyyttä ja toimintakykyä voitaisiin palauttaa. Kuntoutusohjelmaa tarjotaan ikääntyneille, joiden arvioidaan voivan kuntoutuksesta hyötyä. (Denmark 2016.)

Palvelutalossa asiakkaat maksavat kuukausivuokran, joka määräytyy tulojen, asunnon koon ja palvelutalon hallinnollisten ja muiden vastaavien kulujen perusteella. Varallisuutta ei oteta huomioon. Asumiskuluihin on mahdollista saada asumistukea. Vuokran lisäksi asiakas maksaa muun muassa sähköstä ja lämmityksestä samoin periaattein kuin tavanomaisessa vuokra-asunnossa. Ruokapalveluissa maksujen yläraja on asetettu kansallisesti. Vuonna 2017 maksun yläraja oli palvelutaloissa 3 542 kruunua (476 euroa) kuukaudessa. Omassa kodissaan asuvalle ruokapalvelun hinta saa olla korkeintaan 52 kruunua (7 euroa) päivässä. Palvelutalon asukas voi lisäksi ostaa muita tarvitsemiaan palveluja, esimerkiksi siivous- ja pesulapalveluja. Lisäpalvelujen hinnat ovat kuntakohtaisia. (Ministry of Health 2017; Cirkulæreskrivelse 2017.)

Kotipalvelu ja kotihoito ovat maksuttomia asumismuodosta riippumatta. Kotisairaanhoidon myönnetään terveydenhuollon läheteen perusteella, ja myös se on maksutonta. Palveluja voi saada tarvittaessa ympäri vuorokauden (Karlsson 2010 ym.). Lisäksi tarvittavat apuvälineet ovat käyttäjälle maksuttomia. (Ministry of Health 2017.)

3.2.2. Alankomaat

Alankomaiden pitkäaikaishoivan palvelujärjestelmä perustuu julkisen sektorin vastuuseen ja yleiseen oikeuteen saada palveluja tarvearvioinnin perusteella. Pohjoismaista poiketen järjestelmä rahoitetaan osin vakuutusperusteisesti (terveydenhuolto) ja osin verovaroin (sosiaalihuolto). Alankomaissa uudistettiin pitkäaikaishoivan lainsäädäntöä vuosina 2007 ja 2015 ja siirrettiin pitkäaikaishoivan palvelujen painopistettä kansalliselta tasolta ja laitospalveluista paikallisesti toteutettuihin sosiaali- ja terveydenhuollon lähipalveluihin ja kotiin vietäviin palveluihin. Pitkäaikaishoivan palveluista institutionaalinen hoiva ja palveluasuminen jäivät kansallisella tasolla järjestettäväksi pitkäaikaishoivan lain (Wet langdurige zorg 2015, Wlz) perusteella. Samalla myöntämiskriteerejä tiukennettiin siten, että palveluasumista voidaan tarjota ainoastaan asiakkaille, jotka tarvitsevat jatkuvaa valvontaa tai ympärivuorokautista hoivaa. Kotiin vietävät palvelut ja muut lähipalvelut siirtyivät joko sairausvakuutuslain (Zorgverzekeringswet 2006, Zvw) perusteella vakuutuslaitosten (terveydenhuolto) tai sosiaalihuoltolain (Wet maatschappelijke ondersteuning 2007 ja 2015, Wmo) perusteella kuntien (sosiaalihuolto) paikallisesti järjestettäväksi. Oletuksena on, että paikallisesti toteutettuina pitkäaikaisen hoivan palvelut voidaan tuottaa tehokkaammin kuin aikaisemmassa keskitetyssä toimintamallissa. Lisäksi erityisesti sosiaalihuollossa haluttiin painottaa väestön yksilöllistä ja yhteisöllistä vastuunottoa sekä osittain siirtää huolenpidon tehtäviä sosiaalihuollosta perheille ja paikallisille yhteisöille. (Maarse & Jeurissen 2016.) Lainsäädännöllistä hoivan velvoitetta omaisille ja muille läheisille ei ole kuitenkaan asetettu.

Alankomaissa terveydenhuollon palvelujen myöntämisen kriteerit on määritelty kansallisesti lakisääteisen vakuutusperustan vuoksi, mutta verorahoitteen sosiaalihuoltolain (Wmo) palvelujen myöntäminen riippuu kuntakohtaisista saatavuuskriteereistä ja palvelujen toteuttamisen tavasta sekä kuntien taloudellisesta tilanteesta. Onkin todettu, että vuoden 2015 uudistuksessa pitkäaikaishoivan sosiaalihuollon palveluissa siirryttiin oikeuksiin perustuvasta mallista tarjontaan perustuvaan malliin (van Ginneken & Kroneman 2015). Esimerkiksi aiempi lakisääteinen oikeus ammatilliseen kotipalveluun muuttui harkinnanvaraiseksi, ja se voidaan Wmo-lain perusteella pyrkiä korvaamaan vapaaehtoistoiminnalla. Vuoden 2015 uudistuksen jälkeen kunnallisen kotipalvelun rahoitusta leikattiin 30 prosenttia verrattuna siihen, mitä vastaaviin palveluihin käytettiin aikaisemman järjestelmän aikana. Osa kunnista vähensi tämän vuoksi kotipalvelun tuntimäärää, ja osa kunnista jopa lopetti kotipalvelun tarjoamisen. (van Ginneken & Kroneman 2015; Kroneman ym. 2016.)

Alankomaiden lähes 400 kuntaa vastaa sosiaalipalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta. Sosiaalipalveluista, kuten kotipalvelusta, päivätoiminnasta, kodin muutostöistä ja liikkumista edistävistä apuvälineistä, säädetään sosiaalihuoltolaissa (Wmo). Kunnilla on oikeus suunnitella ja toteuttaa Wmo-lain mukaiset palvelut parhaaksi katsomallaan tavalla ja laatia kunta-kohtaiset tarvekriteerit palvelujen saamiselle. Palvelutarpeen arvioinnin laatii tarvearvioinnin keskus (*Centrum Indicatiestelling Zorg*, CIZ) tai jokin muu soveltuva organisaatio. Kunnat järjestävät tarvittavat palvelut asiakkaalle itse tai myöntävät hänelle henkilökohtaisen budjetin palvelujen hankkimista varten. (Pike ym. 2016.) Myös pitkäaikaishoivan lain (Wlz) mukainen palvelutarpeen arviointi tehdään tarvearvioinnin keskuksessa (CIZ). Palvelut voidaan järjestää hoivakodin sijaan myös asiakkaan omaan kotiin, kunhan se ei ole hoivakotiasumista kaltaimpaa. (Pike ym. 2016.)

Hoivakotien maksut ovat tulo- ja varallisuussidonnaisia, ja asiakkaan maksuosuudelle on asetettu maksukatto. Keskushallinnon toimisto CAK (*Centraal Administratie Kantoor*) laskee asiakkaan maksuosuuden. Asiakasmaksuryhmiä on kaksi: korkea ja matala. Kuuden ensimmäisen kuukauden ajan kaikki asiakkaat maksavat asiakasmaksua matalan maksuryhmän mukaisesti. Sen jälkeen asiakkaat, joilla on puoliso tai alaikäisiä lapsia, jatkavat matalassa maksuryhmässä, ja muut asiakkaat alkavat maksaa korkean maksuryhmän mukaisia maksuja. Asiakkaan ikä ja osa varoista (kuten säästöistä) vaikuttavat maksun määräytymiseen. Matalassa maksuryhmässä asiakkaan maksuosuus on 12,5 prosenttia asiakkaan huomioon otettavista tuloista ja osasta varallisuutta. Vuonna 2017 matalan maksuryhmän vähimmäismaksu oli 160,60 euroa ja enimmäismaksu 842,80 euroa kuukaudessa. Korkeassa maksuryhmässä maksuosuus perustuu kokonaisvuosituloihin ja osaan varoista. Enimmäissumma korkeassa maksuryhmässä oli 2 312,60 euroa kuukaudessa. Korkeassa maksuryhmässä asiakkaalla on oikeus käyttövaroihin ja vaatehankinnoista aiheutuviin kuluihin. Vuonna 2017 summa oli vuodessa 3 654 euroa yksinäisille ja 5 683 euroa pariskunnille. (Kroneman ym. 2016; CAK 2017.)

Kotiin annettavat terveydenhuollolliset palvelut, kuten kotisairaanhoido ja henkilökohtainen hoiva, sisältyvät sairausvakuutuslain (Zvw) perusteella myönnettäviin palveluihin, ja ne ovat asiakkaalle maksuttomia. Kuntien vastuulla olevista lasten ja nuorten lain (Jeugdwet 2015) mukaisista lapsiperheiden sosiaalipalveluista ei enää vuodesta 2016 lukien ole peritty vanhemmilta maksua (CAK 2017). Myös Wmo-lain sosiaalipalvelut ovat alle 18-vuotiaille maksuttomia lukuun ottamatta kodin muutostöistä perittävää maksuosuutta. (Care and support at home 2017) Aikuisten Wmo-sosiaalipalvelut ovat sen sijaan maksullisia, jos kunta niin päättää. Maksuille on asetettu kansallinen yläraja. Maksu määräytyy asiakkaan iän, perhetilanteen, vuositulojen ja varallisuuden (esimerkiksi osinkotulot ja osa säästöistä tietyn rajan ylittävien osin) sekä myönnettävien palvelujen mukaan. Puolison tulot otetaan huomioon. CAK laskee asiakkaan maksuosuuden neljän viikon jaksoissa. Esimerkiksi vuona 2017 alle 65-

vuotiaan henkilön yhden hengen taloudessa, jossa huomioon otettavat tulot olivat alle 22 632 euroa, asiakasmaksu oli 17,50 euroa neljän viikon jaksolta. Jos huomioon otettavat tulot olivat tätä korkeammat, lisättiin asiakasmaksun ylärajaan 12,5 prosenttia 22 632 euroa ylittävästä osuudesta. (CAK 2017.)

Taulukko 3.8. Wmo-lain mukaisten palvelujen asiakasmaksujen ylärajat alimmassa ja ylimmässä tuloluokassa vuonna 2017.

Alle 65-vuotias		65 vuotta täyttänyt (vanhuuseläkeikä)	
Huomioon otettavat vuositulot: alin ja ylin ryhmä	Maksun yläraja / 4 viikkoa	Huomioon otettavat vuositulot: alin ja ylin ryhmä	Maksun yläraja / 4 viikkoa
0–22 632,00 eur	17,50 eur	0–17 033 eur	17,50 eur
Yli 86 000 eur	626,81 eur	Yli 80 000 eur	622,95 eur
Perheellinen alle 65-vuotias		Perheellinen 65 vuotta täyttänyt (vanhuuseläkeikä)	
Huomioon otettavat vuositulot: alin ja ylin ryhmä	Perheellinen eläkeläinen Maksun yläraja / 4 viikkoa	Huomioon otettavat vuositulot: alin ja ylin ryhmä	Perheellinen ei-eläkeläinen Maksun yläraja / 4 viikkoa
0–35 000 eur	0 eur	0–23 525 eur	17,50 eur
Yli 97 000 eur	596,15 eur	Yli 84 000 eur	598,99 eur

Lähde: CAK 2017.

Maksujen ylärajat on asetettu erikseen yksinasuville eläkeikäisille ja työikäisille sekä perheellisille eläkeikäisille ja työikäisille. Maksu ei saa ylittää palvelujen tosiasiallisia kustannuksia. Jos asiakkaalle myönnetään henkilökohtainen budjetti Wmo-palvelujen hankkimista varten, hän maksaa korvaukseksi CAK:lle oman maksuosuutensa. (CAK 2017) CAK laskee kotitalouden maksuosuuden enimmäismäärän perheille, jotka saavat palveluja sekä pitkäaikaishoivan lain (Wlz) että sosiaalihoitolain (Wmo) perusteella (Care and support at home 2016).

Vuonna 2010 lähes jokainen kunta oli asettanut maksun kotipalvelulle. Lisäksi asiakasmaksu oli yleensä asetettu Wmo-lain mukaisille apuvälineille, kodin muutostöille ja henkilökohtaisille budjeteille. Muiden palvelujen maksullisuudessa oli enemmän vaihtelua. Ainoastaan 16 prosenttia kunnista oli vuonna 2010 asettanut asiakasmaksujen tason kansallista ylärajaa matalammaksi. Asiakasmaksua maksavista asiakkaista 13 prosenttia katsoi tuolloin, että maksuisista aiheutui heille vakavaa taloudellista huolta. (Putters ym. 2010.)

Asiakasmaksujen osuus pitkäaikaishoidon lain (Wlz) mukaisista kustannuksista on 8,7 prosenttia. Alankomaissa kunnat voivat itse määrittellä sosiaalihoitolain (Wmo) perusteella myönnetyn henkilökohtaisen budjetin suuruuden, joka yleensä on noin 70 prosenttia vastaavien palvelujen kustannuksista julkisesti järjestettynä. Pitkäaikaishoidon lain perusteella myönnetty pitkäaikaisen hoivan henkilökohtaisten budjettien taso sen sijaan asetetaan kansallisesti. (Wammes ym. 2017.)

3.2.3. Englanti

Englannissa sosiaalihoillon ja terveydenhuollon hoivapalvelujen välinen raja ei aina ole selkeä, ja hoiva osana moniulotteisia terveystarpeita on kuulunut NHS:n alaisuuteen. Terveystarpeiden palvelut ovat maksuttomia, ja niihin on oikeus tarvearviointin perusteella. Sosiaalihoillon palveluja myönnettäessä sen sijaan arvioidaan paitsi palvelutarvetta myös henkilön taloudellista tilannetta ja mahdollisuutta ostaa palvelut itse. Englannin pitkäaikaishoivan järjestelmää onkin kuvattu tarveharkintaan perustuvaksi turvaverkoksi. Riittävän va-

rakkaiksi arvioituilla henkilöillä ei ole oikeutta julkisin varoin rahoitettuihin sosiaalipalveluihin, ja tulojen ja varallisuuden mukaan määräytyvät maksut voivat olla merkittäviä. Järjestelmä turvaa siten palvelut vähävaraisille, ja muiden tulee ostaa palvelut itse tai maksaa niistä. (Colombo ym. 2011.) Tilannetta tasoittavat hieman ikääntyneille ja vammaisille maksettavat taloudelliset tuet, jotka voidaan myöntää tuloista ja varallisuudesta riippumatta ja jotka mahdollistavat palvelujen ostamisen.³⁷

Englannissa käytettiin budjettivuonna 2015–2016 sosiaalihuoltoon aikuista kohden keskimäärin 381 punttaa (433 euroa). Paikallishallintoalueista 10 prosenttia käytti palveluihin vähemmän kuin 325 punttaa (369 euroa) ja 10 prosenttia käytti enemmän kuin 445 punttaa (505 euroa). Palvelumaksujen suuruus vaihteli alueittain siten, että matalimman 10 prosentin alueilla maksut olivat alle 35 punttaa (40 euroa) ja ylimmän 10 prosentin alueilla 96 punttaa (109 euroa) aikuista kohden. Sosiaalihuollon kustannuksiin vaikuttavat palveluja tarvitsevien asiakkaiden määrä, mutta tämä selittää ainoastaan viisi prosenttia paikallishallintoalueiden välisestä vaihtelusta. Muita vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa palvelutarpeiden luonne, palveluista perittävät maksut ja asiakkaiden kyky maksaa itse palveluistaan sekä erot palvelujen laadussa ja kustannuksissa. (Phillips & Simpson 2017.)

Englannissa sosiaalipalvelujen käyttäjiltä saatavat asiakasmaksut ovat tärkeä tulolähde. Lisäksi osa aikuisista vastaa täysimääräisesti omien palvelujensa järjestämisestä ja kustannuksista. Tämän hoivan arvo vuosina 2010–2011 oli noin puolet siitä, mitä käytettiin paikallisviranomaisten järjestämiin palveluihin. Osuuden on arvioitu sittemmin kasvaneen julkiseen rahoitukseen tehtyjen leikkausten vuoksi. (Luchinskaya ym. 2017.) Palvelumaksuista perittävä summa oli budjettivuonna 2015–2016 keskimäärin 63 punttaa (72 euroa) aikuista kohden paikallishallintoalueiden omien kustannusten lisäksi (keskimäärin 381 punttaa/aikuinen (433 euroa)) (Phillips & Simpson 2017). Sosiaalihuollon rahoituksessa on asiakasmaksuista huolimatta ongelmia. Lähes 90 prosenttia paikallishallintoalueista on todennut, että ne voivat tarjota ikääntyneille sosiaalipalveluja ainoastaan merkittäviksi tai jopa kriittisiksi arvioituissa tilanteissa. Julkisesti rahoitettuja palveluja saavien ikääntyneiden määrä onkin laskenut huomattavasti, koska palvelua hakevien henkilöiden palvelutarpeita ei ole arvioitu riittävän painaviksi tai koska he eivät tulojensa ja varallisuutensa perusteella ole oikeutettuja saamaan julkisia palveluja. (Humphries 2015.)

Aikuissosiaalipalvelujen järjestelmä voi olla taloudellisesti kuormittava keskituloiselle väestölle: kun sosiaalihuollon palvelut turvataan vähävaraisille, tulosidonnaisesti asetettavat asiakasmaksut voivat olla parempituloisille varsin korkeat (Mosca ym. 2017). Sosiaalihuollon säästöpaineeet ovat vaikuttaneet myös henkilökohtaisten budjettien myöntämiskäytäntöihin. Aikuisten sosiaalipalvelujen johtajista 84 prosenttia on todennut pitävänsä henkilökohtaisia budjetteja säästökohteena vuosien 2016–2017 aikana. Säästöjä toteutetaan muun muassa asettamalla myönnetyn avustuksen taso omien sopimuspalveluntuottajien hintatasoa matalammaksi. Oletuksena on, että asiakkaat kykenevät itse ostamaan palvelut julkisesti hankittuja palveluja edullisemmin. (NAO 2016.)

Englannissa on keskusteltu henkilökohtaisen hoivan palvelujen maksullisuudesta sekä ihmisten vaikeuksista saada sosiaalihuollon palveluja joko taloudellisten syiden tai tarvearvioinnin tiukkojen kriteerien vuoksi. Sosiaalihuollon palvelujen kireää ja asiakkaiden taloudelliseen tilanteeseen sidottua säätelyä on verrattu terveydenhuollon palvelujen maksuttomuuteen ja universaaliin luonteeseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen ja rahoituksen yhteensovittamista nykyistä paremmin on pidetty tärkeänä. On muun muassa esitetty, että paljon sekä sosiaali- että terveydenhuollon palveluja tarvitsevien henkilöiden tulisi saada palvelut maksuttomina. (Humphries 2015.)

³⁷ Personal Independence Payment 16–64-vuotiaille, Attendance Allowance 65 vuotta täyttäneille ja lapselle maksettava Disability Living Allowance.

Englannissa sosiaalipalvelujen järjestämisestä ja rahoituksesta vastaa 152 paikallishallintoaluetta. Sosiaalihuollon palvelujen myöntämisen vähimmäiskriteereistä ja tulosidonnaisten maksujen ylärajoista säädetään hoivalaissa. Maksukaton suuruus tarkistetaan tarvittaessa suhteessa keskimääräiseen tulotasoon. (Care Act 2014.) Maksuttomiksi säädettyjä palveluja lukuun ottamatta palvelujen maksullisuus on paikallishallintoalueiden itse päätettävissä. Mikäli palvelu on maksullinen, maksun suuruus määritellään asiakaskohtaisesti taloudellisen tilanteen arvioinnin perusteella. Paikallisviranomaisille on annettu tarkka ohjeistus, millä tavoin varallisuus ja tulot otetaan huomioon asiakasmaksua määritettäessä. Taloudellinen tilanne arvioidaan palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä. Tulojen ja varallisuuden perusteella oikeus julkisesti rahoitettuun palveluun voidaan myös evätä. (Guidance 2017.)

Taloudellisen tilanteen arvioinnissa otetaan huomioon palveluja käyttävän henkilön tulot ohjeistuksen mukaan. Esimerkiksi palkkatuloa ei oteta huomioon. Asiakkaan omistamaa asuntoa ei oteta varallisuutena huomioon, jos hän itse tai esimerkiksi hänen puolisonsa asuu asunnossa tai jos hoivakodissa asuminen on tilapäistä. Alle 14 250 punnan (16 181 euron) varallisuutta ei oteta laskelmassa huomioon. Jos varallisuutta on 14 250–23 250 puntaa (16 181–26 400 euroa), asiakas maksaa palvelusta viikossa punnan kutakin varallisuuden alarajan ylittävää 250 puntaa (284 euroa) kohden (ns. *tariff income*). Jos varallisuutta on yli 23 250 puntaa, asiakas maksaa palvelut kokonaan itse, kunnes tarveharkinnan edellytykset täyttyvät. Paikallisviranomaisen tulee tällöinkin tarvittaessa järjestää palvelut, mutta asiakkaalta voidaan periä järjestämisestä ja hallinnoinnista aiheutuvien kulujen perusteella järjestämismaksu. Paikallisviranomaiset voivat halutessaan asettaa varallisuuden ylärajan ohjeessa esitettyä korkeammaksi. (Guidance 2017.) NHS:n kriteerien perusteella myönnettävä hoivakotiasuminen ja palvelut (kuten kotisairaanhoido) ovat asiakkaalle maksuttomia.

Asiakkaan taloudellista tilannetta arvioidaan eri tavoin riippuen siitä, asuuko asiakas hoivakodissa tai omassa kodissaan. Omassa kodissaan asuvien asiakkaiden omaan käyttöön tulee jäädä varoja asumiskustannusten ja asiakasmaksujen jälkeen vähimmäistuloksi katsottavan summan verran (*minimum income guarantee*, MIG). Vähimmäistulo yksinasuvalle eläkeläiselle on vuonna 2017 189 puntaa/viikko (215 euroa) (Age UK 2017a). Mikäli asiakkaalla on sellaisia toimintarajoitteita aiheuttavia palvelutarpeita, jotka eivät täytä paikallisviranomaisten tarjoamien palvelujen myöntämisen kriteerejä, asiakkaalle jäävien varojen tulee riittää näiden menojen kattamiseen. Muutoin paikallisviranomaiset voivat ohjeistus huomioon ottaen päättää, mitä muita tuloja jätetään huomioon ottamatta. He voivat myös asettaa palvelumaksuille ylärajan. Ohjeistuksessa esitetään enimmäismaksun asettamista esimerkiksi siten, että se olisi korkeintaan alueellisten hoivakotien enimmäismaksujen suuruisen. (Guidance 2017.)

Hoivakodissa asuva maksaa suurimman osan tuloistaan asumisen, ruuan ja hoivapalvelujen korvaukseksi. Asiakkaalle tulee jättää henkilökohtaisten menojen määräraha (*personal expenses allowance*, PEA, 24,90 puntaa/viikko (28 euroa)) käytettäväksi henkilökohtaisiin menoihin. Asetettu vähimmäismääräraha on paikallisviranomaisia sitova. Paikallisviranomaiset voivat soveltaa korkeampaa määrärahaa esimerkiksi silloin, kun asiakkaalla on alaikäisiä lapsia, puoliso tai menoja aiemmasta kodistaan. Jos asuminen hoivakodissa on tilapäistä, joitakin omaan asuntoon liittyviä kuluja otetaan menona huomioon. (Guidance 2017.)

Englannissa on lisäksi käytössä lykätyn maksun järjestely (*deferred payments*). Sen perusteella paikallisviranomaiset maksavat hoivakodin maksut asiakkaan puolesta, ja ne peritään asiakkaan asunnosta saatavasta varallisuudesta jälkikäteen, kun asunto myydään tai asiakas kuolee. Lykätyn maksun sopimuksessa asunnon arvosta hyväksytään 90 prosenttia. Lisäksi asunnon arvosta tai muusta varallisuudesta tulee jättää huomion ottamatta asetetun vähimmäismäärän verran (14 250 puntaa) (16 181 euroa). Asiakkaalta voidaan periä järjestämismaksu. Lykätyn maksun edellytyksenä on, että asiakas asuu hoivakodissa tai on siirtymässä

hoivakotiin ja että asunnon myyntiä ei voida edellyttää, koska asunnossa esimerkiksi asuu asiakkaan puoliso. Lisäksi asiakkaalla voi olla muuta varallisuutta korkeintaan 23 250 puntaa (26 400 euroa). (Guidance 2017.)

Paikallisviranomaisilla on oikeus harkintansa mukaan periä maksu myös lasten lain (Children Act 1989) ja kroonisesti sairaiden ja vammaisten lain (Chronically Sick and Disabled Persons Act 1970) perusteella myönnettävistä palveluista (Contact a Family 2016). Maksuttomina on kuitenkin järjestettävä seuraavat paikallisviranomaisen palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettävät palvelut:

- Lyhytaikainen kotihoito (*intermediate care*), mukaan lukien kotikuntoutus (*reablement*), kuuden viikon ajan. Paikallisviranomaiset voivat tämänkin jälkeen jatkaa palvelun maksuttomuutta, jos palvelulla on asiakkaan tilanteessa ennalta ehkäisevää merkitystä.
- Muun muassa liikkumista, vuorovaikutusta ja kuntoutumista edistävät apuvälineet (*community equipment*) ja asunnon pienet muutostyöt. Pienen muutostyön hinta on korkeintaan 1 000 puntaa (1 135 euroa). Tätä kalliimmat muutostyöt voivat olla maksullisia, ja niihin voi hakea avustusta (*Disabled Facilities Grants*).
- Creutzfeldt-Jakobin tautia sairastaville järjestettävä hoiva ja tuki.
- Mielenterveyslain (*Mental Health Act*) perusteella järjestettävän hoitojakson jälkeinen hoiva ja tuki (*after-care services*).
- Palvelut tai palvelun osa-alueet, jotka NHS on velvollinen järjestämään.
- Hoivalain (*Care Act*) perusteella maksua ei saa periä palveluista, jotka paikallisviranomaisen on velvollinen tuottamaan jonkin muun lainsäädännön perusteella.
- Palvelutarpeen arviointi ja palvelujen suunnittelu. (Guidance 2017.)

Englannissa astuu huhtikuussa 2020 voimaan elinaikaisen hoivan maksukatto, joka on sama kotona ja hoivakodissa asuville. Sen mukaan asiakkaan tulee maksaa hoivan palveluista elinaikanaan korkeintaan 72 000 puntaa (81 755 euroa), minkä jälkeen palvelut ovat maksuttomia. Hoivakodin asumis- ja ylläpitokulut eivät kerrytä summaa, mutta niiden osalta astuu vuonna 2020 voimaan 12 000 punnan (13 626 euroa) vuosittainen maksukatto (noin 250 puntaa/viikko (284 euroa/viikko)). Lisäksi taloudellisen tilanteen arviointiin tulee muutoksia huhtikuussa 2020 siten, että varallisuuden yläraja nousee ja on 118 000 puntaa (133 987 euroa). Myös alaraja nousee vuonna 2020 ja on 17 000 puntaa (19 303 euroa). (Age UK 2017b.)

4. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUJEN SEKÄ OMAVASTUIDEN KOHDENTUMINEN VÄESTÖSSÄ

Mikko Peltola, Maria Vaalavuo

4.1. Johdanto

Tämä osio analysoi julkisten sosiaali- ja terveystalouden käyttäjien asiakasmaksuja maakunnittain sekä asiakasmaksujen, lääkkeiden, matkojen ja Kelan korvaamien yksityisten lääkäripalveluiden sekä muun yksityisen hoidon ja tutkimuksen omavastuuosuuksien kohdentumista tuloryhmittäin. Myös muita väestöryhmiä, kuten ikäryhmät ja tietyt sairausryhmät, tarkastellaan erikseen. Maksukaton vaikutus asiakasmaksujen kohdentumisessa ovat oleellinen osa tarkastelua.

Tavoitteena tässä raportin aineistoon perustuvassa empiirisessä osassa on kuvailla mahdollisimman yksityiskohtaisesti nykytilannetta, jonka perusteella voidaan arvioida myös muutosten vaikutuksia eri maakunnissa ja väestöryhmissä. Aineistoyleistä analyysimme perustuvat vuoden 2015 tilanteeseen, eli ne eivät ota huomioon esimerkiksi vuonna 2016 tehtyä 27,5 prosentin erilliskorotusta tasasuuruisiin asiakasmaksuihin (toisaalta korotus ei toteutunut näin suurena, sillä kunnissa on erilaisia käytäntöjä asiakasmaksujen suhteen).

4.2. Aineisto, käsitteet ja menetelmät

Aineisto koostuu yhdistetyistä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), Tilastokeskuksen (TK) ja Kansaneläkelaitoksen (Kela) henkilötason rekisteriaineistoista vuodelle 2015. Asiakasmaksujen ja terveydenhuoltomenojen omavastuuosuuksien osalta tutkimusaineisto jakautuu kahteen osaan, joita on molempia hyödynnetty tutkimuksessa: koko väestön kattavaan osaan sekä 70 prosentin väestötöksen muodostamaan osaan. Nämä on esitetty jäljempänä.

Selvityksessä asiakasmaksut on jaettu tasasuuruisiin ja tulosisidonnaisiin maksuihin. Tasasuuruisia maksuja ovat kaikki asiakkaan tuloista riippumattomat asiakasmaksut kuten esimerkiksi terveyskeskusmaksut, erikoissairaanhoidon poliklinikkamaksut ja lyhytaikaisen laitoshoidon maksut, kun taas tulosisidonnaisia maksuja ovat pitkäkestoisen hoidon maksut, kuten esimerkiksi palveluasumisen maksut. Tasasuuruissa maksuissa on otettu huomioon 679 euron kunnallinen maksukatto. Lisäksi tarkastellaan suun terveydenhuollon asiakasmaksuja, jotka ovat myös tulotasosta riippumattomia.

4.2.1. Asiakasmaksujen imputointi aineistoon

Aineistossa ei ole henkilön todellisuudessa maksamia tai hänelle osoitettuja asiakasmaksuja, vaan asiakasmaksut on arvioitu palveluiden käytön perusteella alla esitetyn mukaisesti. Tämä menettelytapa saattaa yliarvioida maksettujen asiakasmaksujen suuruutta, sillä se ei huomioi asiakasmaksulain 11 §:n soveltamista, eli tilanteita, joissa maksuja on alennettu tai jätetty perimättä. Koska kunnittaisia eroja asiakasmaksuissa ei ole otettu huomioon, voi myös tämä yliarvioida maksujen suuruutta. Puutteista huolimatta analyysi antaa ainutlaatuisen tarkan kuvan siitä, kuinka paljon asiakasmaksuja sosiaali- ja terveystalouden käyttäjät enim-

millään olisivat saattaneet joutua maksamaan ja miten palveluiden käyttäjät jakaantuivat alueellisesti sekä ikä- ja tuloluokan mukaan.

THL:n hoitoilmoitusrekisteriin (HILMO) pohjautuen on tarkasteltu koko Suomen väestön palveluiden käyttöä vuoden 2015 aikana. Rekisterin palvelunkäyttötietojen avulla on ensin muodostettu jokaiselle vuoden 2015 päivälle tieto kyseisen päivän aikana henkilön käyttämistä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalihuollon laitoshoidon sekä (rajoitetusti) sosiaalihuollon avopalveluista (esim. kotihoito). Saman päivän aikana henkilöllä voi olla useita palvelutapahtumia, ja tämä on otettu aineistossa huomioon sallimalla samalle päivälle useita tapahtumia.

Asiakasmaksut on tämän jälkeen arvioitu jokaiseen palvelutapahtumaan liittyen, edelleen päiväkohtaisesti, jokaiselle tapahtumalle ja henkilölle erikseen. Arvio kunkin tapahtuman asiakasmaksusta on tehty vuonna 2015 voimassa olleen asiakasmaksulainsäädännön mukaisesti. Kuntakohtaisia eroja ei ole voitu ottaa käytännön syistä huomioon muuta kuin terveyskeskusten avosairaanhoidon lääkärikäyntien asiakasmaksujen osalta, vuoden 2016 kunta-kohtaiseen tilanteeseen perustuen.³⁸

Tämän päiväkohtaisen aineiston perusteella on voitu laskea henkilön koko vuoden aikana palveluiden käytöstä aiheutuneet asiakasmaksut yhteensä ja tasasuuruisten asiakasmaksujen maksukatto huomioiden henkilön maksamat asiakasmaksut. Ylläpitomaksut on huomioitu maksukaton täyttymisen jälkeenkin, eli henkilöiden maksamat ylläpitomaksut (lyhytaikaisesta laitoshoidosta) ovat mukana asiakasmaksuissa. Aineistossa on lisäksi huomioitu se, että maksukatto on perhekohtainen eli alaikäisten maksut kerryttävät aikuisen maksukattoa. Asiakasmaksujen määrittämisen rajoitteet on tarkemmin kuvattu jäljempänä Laatikossa 1.

Kelan rekistereistä on 70 prosentin väestöotokselle käytössä lääkkeitä, yksityisten palveluiden käytöstä maksetut korvaukset ja kustannukset (yksityinen tutkimus ja hoito, hammashoito sekä lääkäripalkkiot), matkoista ja yöpymisistä maksetut korvaukset ja kustannukset sekä lääkkeiden erityiskorvaukset. Näiden tietojen avulla on otoksen sisältämälle väestölle täydennetty THL:n aineistojen palvelujen käyttötietoja mainittujen palvelujen osalta. Kelan aineistot ovat vuosittaisen summatietoja henkilöille maksetuista korvauksista, kustannuksista sekä henkilölle maksettavaksi jääneistä omavastuuosuuksista.

Nämä tiedot on yhdistetty Tilastokeskuksen tietoihin henkilön perheestä, tulotiedoista sekä muista sosiodemografisista taustatekijöistä (TK:n aineistoista tarkemmin tietoja tutkimusaineistokatalogissa sivustolla <https://taika.stat.fi/>; tutkimuksessa on käytetty moduuleja FOLK perhe, FOLK tulotieto ja FOLK perustiedot). Tilastokeskuksen tiedoilla on täydennetty tutkimusaineistoa olennaisilla asiakasmaksuihin vaikuttavilla tekijöillä henkilön perheasemasta sekä erinäisistä tuloista ja hänelle tehdyistä tulonsiirroista.

³⁸ Terveyskeskusmaksuissa on huomioitu seuraavat kategoriat: 1) maksuton, 2) 2 käyntiä à 16,10 euroa, 3) vuosimaksu 31,10 euroa tai 4) 3 käyntiä à 16,10 euroa (kunnat joista ei ole tietoa sekä kunnat, joissa on käytössä tämä käytäntö). Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi Helsingin osalta on huomioitu, etteivät helsinkiläiset maksa avosairaanhoidon lääkärikäynneistä asiakasmaksuja. Tiedot kuntien terveyskeskusmaksuista perustuvat THL:n selvitykseen (Parhiala ym. 2016b). Muita mahdollisia kuntakohtaisia asiakasmaksujen eroja eri palveluissa kuten esimerkiksi kotihoitoon tai palveluasumisen maksuissa ei ole otettu huomioon. Kuntien välisiä eroja kuntien perimissä asiakasmaksuissa on tuotu esiin tämän raportin luvussa 2.

Laatikko 4.1. Asiakasmaksujen määrittämisen rajoitteet tutkimukseen käytetyssä aineistossa ja muissa tiedoissa

Seuraavaksi luetellaan asiakasmaksujen määrittämisen yksityiskohdat, joita ei ole voitu tämän selvityksen empiirisissä tarkasteluissa huomioida ja jotka on syytä ottaa huomioon tulosten tulkinnaissa.

- 70 prosentin otos väestöstä tarkasteluissa, joissa huomioidaan Kelan korvaamia palveluiden tai lääkkeiden käyttöä.
- Aineistosta puuttuu sosiaalihuollon avopalveluita, joihin voi liittyä asiakasmaksuja. Kotihoito, kotipalvelut ja kotisairaanhoido ovat kuitenkin mukana niiltä osin kuin tuottajat ovat näiden palveluiden tietoja toimittaneet THL:n perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteriin (ns. Avohilmo), mutta näistä palveluista tiedot eivät ole saatavilla kattavasti koko maasta.
- Kuntakohtaiset erot asiakasmaksuissa on huomioitu vain avosairaanhoidon lääkärin vastaanottokäynnin osalta Parhiala ym. 2016b selvityksen mukaan. Näissä terveyskeskusten asiakasmaksuissa on huomioitu seuraavat kategoriat: 1) kaikki käynnit maksuttomia, 2) 2 vuoden ensimmäistä käyntiä à 16,10 euroa ja loput käynnit maksuttomia, 3) vuosimaksu 31,10 euroa, joka kohdistuu ensimmäiseen käyntiin ja loput käynnit maksuttomia, tai 4) 3 vuoden ensimmäistä käyntiä à 16,10 euroa ja loput käynnit maksuttomia (sisältää kunnat, joista ei ole tietoa, sekä kunnat, joissa on käytössä tämä käytäntö). Aineistoa rakennettaessa on oletettu, että vuosimaksua tarjoavissa terveyskeskuksissa kaikki asiakkaat ovat valinneet tämän vaihtoehdon eikä näin ollen lain mahdollistamaa kaikilta käynneiltä perittävää asiakasmaksua ole huomioitu.
- Joitakin maksuja on arvioitu (esimerkiksi kotiin tuotavat palvelut ja asumispalvelut), kun ei ole selvää kansallista linjaa näiden palvelujen asiakasmaksuista ja kuntien välillä tiedetään olevan vaihtelua asiakasmaksukäytännöissä (ks. myös luku 2 tässä raportissa). Kotihoidon ja asumispalveluiden asiakasmaksujen määrittäminen tässä tarkastelussa on esitetty jäljempänä.
- Aineistossa on puuttuvia tulotietoja jonkin verran ja näillä voi olla vaikutusta tulosidonnaisia asiakasmaksuja määritettäessä.
- Kotihoidon tulosidonnaisten maksujen kohdalla kuukausittainen asiakasmaksu laskeaan käyntien perusteella tapauksessa, jossa henkilön tulotiedot puuttuvat (maksimiksi tällöin asetettu 500 euroa).
- Joidenkin palveluiden kohdalla lainsäädännössä ei ole tarkasti määritelty, milloin palvelusta peritään tulosidonnaista asiakasmaksua. Esimerkiksi kotihoidossa tulosidonnaiseen asiakasmaksuun johtava säännöllisyys ja pitkäaikaisuus on arvioitu siten, että tulosidonnaista maksua on oletettu perityn, jos kotihoidon käyntejä asiakkaan luona on ollut enemmän kuin kuusi kuukaudessa.
- Lapsiperheiden kotipalveluita ei ole erotettu muusta kotihoidosta.
- Vammaisten henkilöiden terveydenhuoltolaissa tarkoitettu laitospalveluna annettu kuntoutus tai erityishuolto on laissa rajattu 13,20 euron päiväkohtaiseen maksuun. Näitä ryhmiä ei ole kuitenkaan mahdollista tunnistaa aineistosta, joten tätä asiakasmaksurajaa kuten muitakaan kyseistä asiakasryhmää koskevaa erityistä lainsäädäntöä ei ole huomioitu aineistossa asiakasmaksuja määritettäessä.
- Sotaveteraaneja ja sotainvalideja ei ole voitu aineistosta tunnistaa eikä heitä koskevia asiakasmaksusäädösten aiheuttamia asiakasmaksupoikkeamia ole siten huomioitu aineistossa.
- Tulosidonnaisten maksujen kohdalla ei ole voitu huomioida tuottaja- tai paikkakunta-kohtaisia tuotantokustannuksia, joita suurempia kuukausittaisia asiakasmaksuja ei saa periä. Kuukausittaisena maksujen enimmäismääränä on koko maassa käytetty kotihoidossa 3 000 euroa ja asumispalveluissa 6 000 euroa kuukautta kohden.

- Perusterveydenhuollon avohoidon peruutetut käynnit sekä peruuttamattomat käyttämättä jätetyt käynnit on asiakkaille merkitty tavanomaiseen asiakasmaksuun johtaneiksi käynneiksi. Mahdollisia erillisiä asiakasmaksuja peruuttamattomista ja käyttämättä jätetyistä tapahtumista ei ole huomioitu.
- Päivä- ja yöhoidon tapahtumat eivät ole tunnistettavissa aineistossa, joten niiden asiakasmaksut puuttuvat selvityksen aineistosta.
- Hoitoa, joka on järjestetty asiakasmaksujen piiriin kuuluvilla palveluilla omaishoitajan vapaan järjestämiseksi, ei ole aineistosta mahdollista identifioida. Näin ollen nämä tulevat huomioiduksi normaalilla asiakasmaksulla, joka annetusta palvelusta olisi peritty.
- Aineistossa asiakasmaksut ovat vuoden 2015 lainsäädännön mukaisia eikä asiakasmaksujen ole deflatoitu vuoden 2018 hintatasoon. Vuoden 2015 jälkeen tapahtuneita muutoksia, kuten esimerkiksi vuoden 2016 tasasuuruisten asiakasmaksujen 27,5 prosentin erilliskorotusta, ei ole otettu huomioon, vaan analyysissa kuvataan vuoden 2015 tilannetta.
- Tulosidonnaisten asiakasmaksujen laskennassa käyttämämme tulokäsitteet eivät täysin vastaa asiakasmaksulainsäädännössä käytettyjä tulokäsitteitä (esim. kotihoidon osalta tuloihin ei lainsäädännön mukaan tulisi laskea mm. asumistukea, vammaistukea tai lapsilisää).
- Suun terveydenhuollon maksuissa mukana on vain terveystieteiden antama ja (ositain) ostopalveluna hankkima palvelu. Yksityisten hammaslääkäri- ja hoitopalveluiden käyttö ja siitä aiheutuneet asiakkaiden omavastuuosuudet ovat mukana vain siltä osin kuin Kela on näitä palveluita korvannut.
- Ensihoidon ambulanssikuljetusten tietoja ei ole käytettävissä ja näin ollen näiden asiakasmaksut puuttuvat tarkastelusta.
- Sarjahoidon käynnit on tarkistettu ainoastaan erikoissairaanhoidon osalta ja silloin on huomioitu sarjakäynneistä annetut asiakasmaksuohjeet. Terveystieteiden antaman sarjahoidon osalta asiakasmaksut on aineistossa peritty käyntikohtaisesti.
- Suun terveydenhuollon kohdalla asiakasmaksut perustuvat toimenpidetietoihin sekä ammattitietoon. Erikoishammaslääkärikäyntien perusmaksuna on käytetty samaa asiakasmaksua kuin hammaslääkärin perusmaksu on ollut vuonna 2015.
- Kunnallisen asiakasmaksukaton kohdalla perheet voivat itse valita kumman aikuisen maksukattoa lasten maksut kerryttävät, mutta tästä ei ole tietoa aineistossa. Aineistossa lasten asiakasmaksut kerryttävät aina perheen *vanhimman* aikuisen maksukattoa. Perheen lasten maksukatot katsotaan täytyneiksi samalla kun perheen aikuisten varhaisin maksukaton täytyminen tapahtuu.
- Terveystieteiden kunnallisen maksukaton seuranta on asiakkaan vastuulla. Tässä selvityksessä on oletettu, että jokainen henkilö on seurannut tarkasti omaa asiakasmaksukertymäänsä.
- Tuottaja voi harkintansa mukaan alentaa asiakasmaksua tai pidättäytyä asiakasmaksun perimisestä asiakkaan taloudellisen aseman perusteella, mutta näitä tapauksia asiakasmaksuissa ei ole analyysissa huomioitu.
- Aineistossa ei ole tietoa asiakasmaksuista, jotka on maksettu suoraan toimeentulotuesta, vaan asiakasmaksut on aina kohdistettu suoraan asiakkaalle.
- Henkilöillä voi olla omia vakuutuksia, jotka kattavat myös tässä raportissa käsiteltävät asiakasmaksut ja omavastuut, näistä ei ole aineistossa kuitenkaan tietoa.

Tulosidonnaisten asiakasmaksujen määrittäminen

Kotihoidon osalta selvityksessä on käytetty perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoituksen (ns. Avohilmo) tietoja. Varauksena mainittakoon, että nämä tiedot eivät ole käytettävissä

kaikista Suomen kunnista, eivätkä kotihoidon käyttötiedot ja asiakasmaksutiedot ole tämän vuoksi täsmällisiä eivätkä kuvaa tarkasti koko Suomen osalta näistä palveluista todellisuudessa maksettuja asiakasmaksuja. Kotihoidon ilmoittamisessa Avohilmoon saattaa olla myös alueellisia eroja, jotka vaikuttavat maakuntien väliseen vertailuun. Ikäryhmittäisessä ja tulo- luokittaisessa tarkastelussa näiden palveluiden vertailtavuus on kuitenkin oletettavasti koh- tuullisella tasolla. Kotihoidon tietojen kattavuutta voi arvioida karkeasti THL:n perustervey- denhuollon avohoidon hoitoilmoituksen [verkkopalvelussa](#).

Vuonna 2016 kotihoidon maksujen osalta Suomessa oli varsin kirjava kuntakohtainen käytän- tö asiakasmaksujen määritymisessä (tarkemmin ks. Ilmarinen 2017 ja luku 2 tässä raportis- sa). Ensinnäkin, tilapäisestä palvelusta peritään käyntiperusteinen tasasuuruinen maksu, kun taas säännöllisestä ja jatkuvasta palvelusta peritään tulosidonnaista asiakasmaksua. Tilapäi- sen tai säännöllisen ja jatkuvan palvelun määrittelyyn ei ole olemassa ohjetta tai yhte- näisiä käytäntöjä, näin ollen tässä raportissa aineistoon on sovellettu Ilmarisen selvityksen pohjalta rakennettua käytäntöä.

Asiakasmaksun suuruus on määritetty aineistoon kotihoidon osalta seuraavasti: jos kotihoi- don käyntejä on 30 tai enemmän per kuukausi, on imputoitu asiakasmaksu kotona annetta- vista palveluista annetun säädöksen henkilömäärä ja tulorajakohtaisten maksimien mukaan (35 % tuloista yhden henkilön kotitaloudessa); kun käyntejä on 6–29, on maksu 20 prosenttia tuloista henkilömäärän mukaiset tulorajat huomioiden yhden henkilön kotitaloudessa; ja kun käyntejä on 5 tai vähemmän, maksu on asetettu käyntimaksun perusteella (12,10 € per käyn- ti). Asiakasmaksun suuruus on kuitenkin korkeintaan 3 000 euroa kuukaudessa. Tuloina on käytetty kotitalouden valtionverotuksen alaisia yhteenlaskettuja ansio- ja pääomatuloja.

Pitkäaikaisen laitoshoidon (kesto yli 3 kuukautta), vanhainkodissa annetun hoidon sekä muun laitoshoidon tai ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen kohdalla asiakkaan asia- kasmaksuksi on laskettu tulosidonnainen kuukausittain asiakasmaksu. Tulokäsitteenä näissä on käytetty kotitalouden käytettävissä olevaa rahatuloa, joka muodostuu bruttotuloista (sis- saadut tulonsiirrot), joista on vähennetty maksetut verot ja veroluonteiset maksut. Pitkäaikai- sen laitoshoidon ja vanhainkotihoidon kohdalla asiakasmaksun suuruus on 85 prosenttia kotitalouden tuloista (tai 42,5 % silloin, kun palvelua käyttää pariskunnan suurempituloinen puoliso). Tehostetun ympärivuorokautisen palveluasumisen tai muun vastaavan palvelun kohdalla asiakasmaksuksi on laskettu 35 prosenttia kuukausituloista.

Tulosidonnaisissa maksuissa on käytetty maksuille maksimimäärää (6 000 euroa kuukau- dessa asumispalveluissa ja 3 000 euroa kuukaudessa kotihoidossa), joilla jäljitellään laissa tarkoitettua tuotantokustannusta, jota suurempaa asiakasmaksua ei saa asiakkaalta periä.

4.2.2. Käytetyt käsitteet

Asiakasmaksut. Osion analyysit on jaettu tasasuuruisiin ja tulosidonnaisiin maksuihin. Lisäksi tarkastellaan suun terveydenhuollon asiakasmaksuja näistä erillisenä kokonaisuutena. Ta- sasuuruisia maksuja ovat esimerkiksi terveyskeskusmaksut ja lyhytaikaisen laitoshoidon maksut, kun taas tulosidonnaisia maksuja ovat pitkäkestoisen hoidon maksut, esimerkiksi palveluasumisen maksut ja kotihoidon asiakasmaksut. Tasasuuruissa maksuissa on otettu huomioon terveydenhuollon kunnallinen maksukatto (ks. luku 2 maksukattojen kertymisestä) henkilön vuosittaisen asiakasmaksukertymän määrittämisessä. Maksut on laskettu aineistoon nykyisen asiakasmaksulainsäädännön maksimimaksujen mukaisesti yllä esitetyn mukaisesti. Mukana tarkastelussa on kaikki julkisesti rahoitettujen sosiaali- ja terveystalouden palveluiden käyttö, myös palveluseteleitä vastaan annetut palvelut hoitoilmoitusjärjestelmän kattavuuden puit- teissa.

Omavastuut. Tässä raportissa tarkastellaan myös henkilöille sairausvakuutuslain mukaan korvattujen palveluiden (yksityiset palvelut ja matkat) sekä reseptilääkkeiden käyttöä ja henkilöiden näistä maksamia omavastuuosuuksia. Omavastuulla tarkoitetaan näistä palveluista ja lääkkeistä henkilön itsensä maksettavaksi jäänyttä euromäärää.

Tulokäsité. Raportissa tehtävien tuloryhmittäisten tarkastelujen kohdalla henkilöiden luokittelun pohjana olevana tulokäsittelenä käytetään perheen käytettävissä olevia rahatuloja, eli tulot suorien verojen ja tulonsiirtojen jälkeen. Perheen yhteenlasketut tulot on suhteutettu perheen henkilöiden iän ja määrän mukaan käyttäen nk. OECD:n modifioitua ekvivalenssiskaalaa.³⁹ Näiden tulojen perusteella on laskettu tulokymmenykset, eli *desiilit*. Lisäksi on tarkasteltu erikseen toimeentulotukea saaneiden ryhmää. Toimeentulotuen saajiksi on laskettu kaikki henkilöt, jotka ovat saaneet jossakin vaiheessa vuoden 2015 aikana toimeentulotukea. Toimeentulotukea voidaan hakea myös terveydenhuollon menojen kattamiseksi (Aaltonen ym. 2013).

Ikäryhmät. Henkilöt on jaettu analyysissä kuuteen ikäryhmään (Taulukko 4.1). Suurin ikäryhmä on 25–54-vuotiaat, joita on 38 prosenttia koko väestöstä, eli lähes 2,1 miljoonaa henkeä. Naisten ja miesten osuus on väestössä lähes sama, mutta vanhimmissa ikäryhmissä naisia on enemmän, kun taas nuoremmassa ikäryhmissä miehiä on enemmän.

Maakunnat. Asiakasmaksuja tarkastellaan selvityksessä myös maakunnittain. Väestön perustiedot eri maakunnissa on esitelty taulukossa 4.2. Henkilöiden kotikuntatieto on aineistossa vuoden 2015 lopusta. Maakuntajako perustuu vuoden 2017 luokitukseen.

Sairausryhmät. Kelan lääkkeiden erityiskorvausoikeuksien perusteella tarkastelemme tutkimuksessa muutamaa merkittävää sairausryhmää, eli diabetesta (6,9 % väestöstä), astmaa (5,3 %), psykoosia (2,2 %), verenpainetauti (10,2 %), sepelvaltimotautia (4,0 %), syöpää (2,1 %), dementiaa (1,4 %) ja epilepsiaa (1,4 %). Näiden on jo aiemmin näytetty olevan yhteydessä terveystulotulojen käyttöön (Vaalavuo ym. 2013). Henkilö on otettu mukaan sairausryhmään, mikäli hänellä on ollut tietty erityiskorvausoikeus voimassa vuoden 2015 aikana.⁴⁰ Yksi henkilö voi esiintyä useassa sairausryhmässä.

Vakiointi. Maakunnallisten tietojen tarkastelun vertailukelpoisuuden parantamista varten tiedot on esitetty joissakin kohdissa myös ikä- ja sukupuoliryhmittäin vakioituina. Vakiointi on tehty mallintamalla käyttämällä epäsuoraa vakiointimenetelmää, vakioväestönä on käytetty koko Suomen väestöä (ks. esim. [Tilastokeskuksen verkkokoulusta](#) tästä lisää). Käytetyt ikäryhmät ovat 0–17, 18–39, 40–59, 60–69, 70–79, 80–89 ja yli 90-vuotiaat. Vakionnin avulla voidaan parantaa tietojen vertailtavuutta huomioimalla maakuntien väliset erot ikä- ja sukupuolirakenteessa.

³⁹ Siinä perheen ensimmäinen aikuinen saa arvon 1,0, seuraavat perheen yli 14-vuotiaat arvon 0,5 ja alle 14-vuotiaat lapset arvon 0,3.

⁴⁰ Erityiskorvausoikeudet, joita käytetty sairauksien identifioinnissa: diabetes 103, astma 203, psykoosi 112, 188, verenpainetauti 205, sepelvaltimotauti 201, syöpä 115, 116, 117, 128, 130, 180, 184, 185, 189, 311, 312, 316, dementia 307, epilepsia 111, 181, 182, 183.

Taulukko 4.1. Väestö ikäryhmän ja sukupuolen mukaan vuonna 2015.

	Nainen	Osuus väestöstä	Mies	Osuus väestöstä	Kaikki
0-17v.	524 389	9,6 %	548 667	10,0 %	1 073 056
18-24v.	226 618	4,1 %	236 721	4,3 %	463 339
25-54v.	1 022 470	18,6 %	1 065 513	19,4 %	2 087 983
55-64v.	375 892	6,9 %	363 869	6,6 %	739 761
65-74v.	338 047	6,2 %	304 370	5,5 %	642 417
75v.+	298 383	5,4 %	182 283	3,3 %	480 666
Yhteensä	2 785 799	50,8 %	2 701 423	49,2 %	5 487 222

Huom. Muutamilta henkilöiltä puuttuu tieto iästä ja heitä ei ole huomioitu tässä taulukossa.

Taulukko 4.2. Väestö maakunnittain vuonna 2015.

Asuinmaakunta	Koko väestö	Miehiä (%)	Ikä (ka)	Ikä 65 vuotta tai enemmän (%)
Ahvenanmaa	28 983	50	42,4	20,8
Etelä-Karjala	131 154	49,6	45	25
Etelä-Pohjanmaa	192 582	49,8	42,9	22,9
Etelä-Savo	150 302	49,2	46,7	27,6
Kainuu	75 323	50,1	45,4	24,9
Kanta-Häme	174 708	49,2	43,2	22,5
Keski-Pohjanmaa	69 029	49,6	41	21,1
Keski-Suomi	275 777	49,6	41,9	21,4
Kymenlaakso	178 683	49,3	45,2	25,2
Lappi	180 856	50,2	43,7	22,6
Pirkanmaa	506 107	49,2	41,4	20,2
Pohjanmaa	181 667	50,4	41,5	21,5
Pohjois-Karjala	164 751	49,7	44,1	23,5
Pohjois-Pohjanmaa	410 051	50,5	38,9	17,4
Pohjois-Savo	248 123	49,5	43,5	22,6
Päijät-Häme	201 614	48,5	43,9	23,9
Satakunta	222 948	49,3	44,4	24,8
Uusimaa	1 620 245	48,6	39,6	16,5
Varsinais-Suomi	474 319	48,8	42,5	21,7
Tuntematon	86			
Koko maa	5 487 308	49,2	41,8	20,5

4.2.3. Tulosten tulkinnasta

Raportin tulokset perustuvat tilastolliseen kuvailuun. Palveluiden käytön osalta aineistossa on koko väestö Suomesta vuoden 2015 lopun tilanteen mukaan. Kelan tietojen osalta käytössä on 70 prosentin otos koko väestöstä. Tietoja yhdistettäessä kuvailu rajoittuu tähän 70 prosentin otokseen.

Analyysimme perustuvat vuoden 2015 tilanteeseen, eli ne eivät ota huomioon esimerkiksi vuonna 2016 tehtyä 27,5 prosentin erilliskorotusta tasasuuruisiin asiakasmaksuihin sallintaa lainmuutosta. Tulosten yleistäminen koskemaan muita vuosia täytyy tehdä varovaisuutta noudattaen.⁴¹

Tässä analyysissä käytetyt asiakasmaksut ovat arvioita. Asiakasmaksujen suuruus vaihtelee kunnittain, eikä saatavilla ole laskutustietoja tapahtumista, jotta voitaisiin käyttää todellisia, tarkkoja asiakkaiden maksamia asiakasmaksutietoja. Lisäksi on syytä ottaa huomioon edellä mainitut muut yksityiskohdat asiakasmaksujen määrittämisestä, jotta mahdollisesti niistä aiheutuvat vaikutukset tuloksiin tiedostetaan (ks. Laatikko 4.1).

Tasasuuruista asiakasmaksuista, jotka ovat siis tuloista riippumattomia, on kaikista käytetty asiakasmaksulainsäädännön mukaista maksimia asiakasmaksun suuruuden arvioinnissa (pl. edellä mainitut terveyskeskuskassat, joiden osalta kuntakohtaiset käytännöt huomioitu). Kunnilla on vapaus periä asiakasmaksuja itse määrittämällä maksusuuruuksilla.

Aineiston perusteella vuonna 2015 tasasuuruisia asiakasmaksuja maksettiin yhteensä 389 miljoonaa euroa, tulosidonnaisia asiakasmaksuja 915 miljoonaa euroa ja suun terveydenhuollon asiakasmaksuja 124 miljoonaa euroa. Yhteensä asiakasmaksut olisivat tutkimusaineistosta suoraan laskettuna olleet 1 428 miljoonaa euroa. Kuntien ja kuntayhtymien taloustilastojen perusteella vuoden 2015 aikana sosiaali- ja terveyspalveluiden maksutuotot olisivat olleet yhteensä 1 451 miljoonaa euroa⁴². Raportin pohjana käytetty tutkimusaineisto ja lähestymistapa antavat tässä suhteessa erittäin hyvän kuvan asiakasmaksutuotoista. Maksujen kohdistuminen yksilötasolla ei välttämättä ole näin lähellä toteutuneita asiakasmaksuja, mutta voidaan perustellusti olettaa tarkastelujen asiakasmaksujen kohdentumisesta olevan erittäin hyviä arvioita.⁴³

Rajoituksista huolimatta tulokset kertovat kuitenkin täsmällisesti siitä, ketkä palveluita ovat käyttäneet ja millaisella intensiteetillä he ovat niitä käyttäneet. Samoin aineisto kertoo erittäin tarkasti siitä, miten henkilöt ovat käyttäneet erilaisia palveluita samanaikaisesti tai vuoden aikana yhteensä. Suomessa ei ole olemassa koottua tietoa siitä, miten eri asiakasmaksut ja palveluista ja lääkkeistä maksetut omavastuut kohdistuvat henkilöille ja perheille, ja tässä suhteessa tutkimusaineisto on ainutlaatuisen ja tuo lisää tietoa asiakasmaksujen kohdentumisesta väestössä Suomessa.

Kansainvälisessä kirjallisuudessa ja vertailuissa huomio kohdistuu usein sosiaali- ja terveydenhuoltoon kuluttajien käyttämään omaan suoraan rahoitukseen, eli ns. ”out-of-pocket” kustannuksiin, joita on esitelty luvussa 3. Asiakasmaksut eivät vastaa tätä käsitettä, kuten ei myöskään yhteenlaskettu tässä raportissa käsiteltävien asiakasmaksujen ja omavastuiden

⁴¹ Vuoden 2018 alusta voimaan tulleet muutokset asiakasmaksuissa esitellään Sosiaali- ja terveysministeriön nettisivuilla: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut-laskevat-vuoden-2018-alussa (viitattu 20.2.2018)

⁴² Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuntatalous [verkojulkaisu]. ISSN=2343-4147. Helsinki: Tilastokeskus. <http://www.stat.fi/til/pta/tau.html> (viitattu 15.2.2018)

⁴³ Terveystieteiden tutkimuskeskus kuvaavan Terveystieteiden tutkimuskeskuksen perusteella arvioituna kotitalouksien rahoitusosuus oli vuonna 2015 ollut noin 1 226 miljoonaa euroa (THL 2017). Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tilaston asiakasmaksujen kokonaissumma on selvästi alempi, koska se ei kata kaikkia niitä palveluita jotka on huomioitu tässä raportissa sekä kuntien ja kuntayhtymien sosiaali- ja terveystoiminnan maksutuottojen laskennassa.

määrä. Näiden lisäksi pitäisi vielä huomioida henkilöiden suoraan itse maksamat palvelut, joita ei tässä tarkastelussa ole millään tavalla huomioitu.

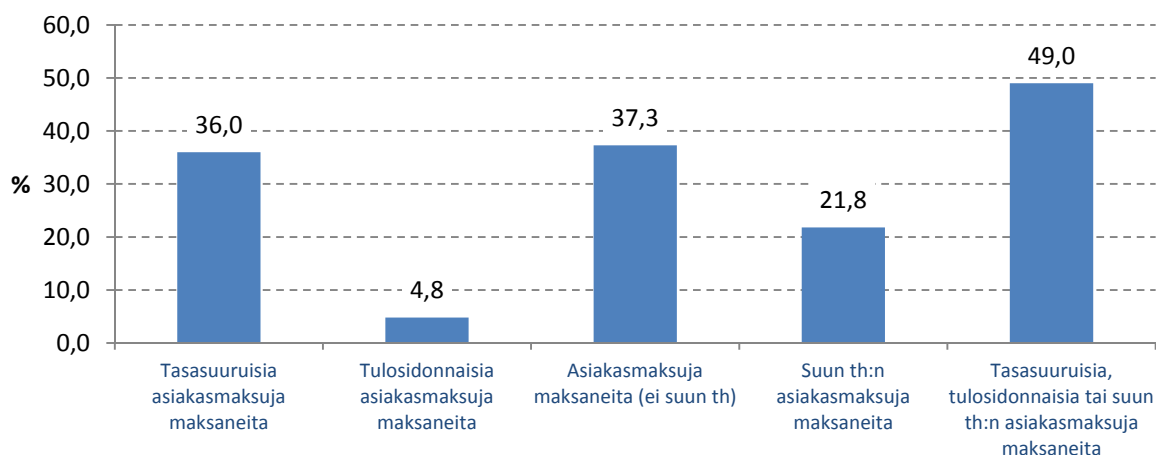
4.3. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen maakunnittain

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen tulevien muutosten johdosta tarkastellaan aluksi asiakasmaksuja ja omavastuita alueellisesti maakuntatasolla. Samalla annetaan myös perustiedot asiakasmaksuista koko maassa. Koska tarkkoja tietoja kuntien asiakasmaksuista ja niiden perimiskäytännöistä ei ole, ei alueellinen tarkastelu kerro tarkasti alueellisista eroista asiakasmaksuissa, vaan se heijastelee eritoten palveluiden käytöstä johtuvaa asiakasmaksujen määrää.

Maakuntien väestöt eroavat toisistaan ikä- ja sukupuolirakenteen osalta huomattavasti (Taulukko 4.2). Väestörakenteiden eroja on huomioitu vakioimalla tietoja iän ja sukupuolen suhteen, ja näin annetut tunnusluvut ovat vertailukelpoisia alueiden välillä. Sairastavuudessa on samoin eroja alueellisesti Suomessa, mutta erillisiä sairastavuutta kuvaavia tietoja ei ole vakioinnissa käytetty. Näin ollen osa eroista liittyy sairastavuudesta aiheutuviin eroihin. THL julkaisee tietoja maakuntien tarvekertoimista, joilla kuvataan maakuntien väestöjen erilaista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelutarvetta.⁴⁴

Koko väestössä julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden käytöstä oli vuonna 2015 asiakasmaksuja lähes joka toisella suomalaisella (Kuvio 4.1). Yleisimmin on maksettu tasasuuruisia asiakasmaksuja, joita oli 36,0 prosentilla väestöstä. Suun terveydenhuollosta asiakasmaksuja oli 21,8 prosentilla väestöstä. Tulosidonnaisia asiakasmaksuja oli 4,8 prosentilla väestöstä.

Kuvio 4.1. Julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden asiakasmaksujen yleisyys väestössä vuonna 2015.



Maakunnittain oli selviä eroja jokaisen kolmen asiakasmaksuluokkaan kuuluneissa ikä- ja sukupuolivakioiduissa väestöosuuksissa (Taulukko 4.3). Alhaisin Manner-Suomessa tasasuuruisia asiakasmaksuja kohdannut väestöosuus oli Uudellamaalla (32,3 %) ja korkein Etelä-Savossa (43,8 %). Tulosidonnaisten asiakasmaksujen yleisyydessä suhteellinen ero maakuntien välillä oli tasasuuruisia asiakasmaksuja suurempi. Uusimaa oli edelleen alhaisimman väestöosuuden maakunta (4,0 %) ja Etelä-Savo korkeimman (6,1 %). Suun terveydenhuollon asiakasmaksuja oli pienimmällä väestöosuudella Lapissa (16,8 %) ja suurimmalla osuudella Etelä-Pohjanmaalla (25,1 %). Keski-Pohjanmaan tasasuuruisia, tulosidonnaisia tai

⁴⁴ <https://www.thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/kustannukset-ja-vaikuttavuus/rahoitus/tarvevakioidut-menot> (viitattu 14.2.2018).

suun terveydenhuollon asiakasmaksuihin johtaneiden palveluiden käyttö oli maan suurinta, 56,5 prosenttia oli käyttänyt vähintään yhtä näihin asiakasmaksuihin liittyvää palvelua. Uudellamaalla vastaava osuus oli 45,0 prosenttia.

Taulukko 4.3. Asiakasmaksuja maksaneiden ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet väestöstä maakunnittain vuonna 2015.

Asuinmaakunta	Tasasuuruisia asiakasmaksuja maksaneita (%)	Tulosidonnaisia asiakasmaksuja maksaneita (%)	Suun th:n asiakasmaksuja maksaneita (%)	Asiakasmaksuja maksaneita (ei suun th) (%)	Tasasuuruisia, tulosidonnaisia tai suun th:n asiakasmaksuja maksaneita (%)
Ahvenanmaa	21,0	7,2	11,9	24,7	32,1
Etelä-Karjala	36,9	4,8	22,7	38,5	50,7
Etelä-Pohjanmaa	34,1	5,6	25,1	35,9	50,2
Etelä-Savo	43,8	6,1	22,9	45,2	56,0
Kainuu	39,9	5,9	23,4	41,4	52,8
Kanta-Häme	38,3	3,9	24,1	39,3	51,8
Keski-Pohjanmaa	43,7	6,0	23,2	45,1	56,5
Keski-Suomi	36,9	4,5	25,1	38,1	51,7
Kymenlaakso	39,7	5,6	23,3	41,2	52,8
Lappi	39,5	5,6	16,8	41,0	49,9
Päijät-Häme	35,2	4,4	21,9	36,3	48,4
Pirkanmaa	33,5	4,5	20,4	34,8	46,6
Pohjanmaa	39,2	5,7	22,7	40,8	52,7
Pohjois-Karjala	32,7	5,4	21,8	34,3	46,6
Pohjois-Pohjanmaa	39,0	5,8	23,9	40,6	52,9
Pohjois-Savo	38,9	4,1	21,6	39,9	50,8
Satakunta	38,6	4,6	22,4	39,8	51,7
Uusimaa	32,3	4,0	20,6	33,4	45,0
Varsinais-Suomi	40,1	4,5	21,8	41,2	52,0
Koko maa	36,0	4,8	21,8	37,3	49,0

Keskimääräisissä asiakasmaksujen vuosittaisissa ikä- ja sukupuolivakioiduissa kertymissä asukasta kohden oli vastaavanlaisia alueellisia eroja (Taulukko 4.4). Tasasuuruisten, tulosidonnaisten ja suun terveydenhuollon asiakasmaksujen keskimääräinen arvo oli suurin Etelä-Savossa (293 €/asukas) ja pienin Uudellamaalla sekä Etelä-Karjalassa (247 €/asukas). Koko maassa asiakasmaksuja näistä palveluista oli kertynyt keskimäärin 260 euroa asukasta kohden. Tästä tasasuuruisten asiakasmaksujen osuus oli 71 euroa, tulosidonnaisten asiakasmaksujen 167 euroa ja suun terveydenhuollon asiakasmaksujen 23 euroa asukasta kohden.

Taulukko 4.4. Asiakasmaksujen keskimääräinen ikä- ja sukupuolivakioitu kustannus (€) väestössä maakunnittain vuonna 2015.

Asuinmaakunta	Tasasuuruiset asiakasmaksut yhteensä (ei suun th) (vakioitu)	Tulosidonnaiset asiakasmaksut yhteensä (vakioitu)	Suun th:n asiakasmaksut yhteensä (vakioitu)	Asiakasmaksut yhteensä (ei suun th) (vakioitu)	Asiakasmaksut yhteensä (tasasuuruiset, tulosidonnaiset ja suun th) (vakioitu)
Ahvenanmaa	37	190	8	223	230
Etelä-Karjala	69	180	25	226	247
Etelä-Pohjanmaa	73	186	26	242	265
Etelä-Savo	88	229	23	276	293
Kainuu	80	218	26	269	290
Kanta-Häme	73	166	27	229	253
Keski-Pohjanmaa	87	154	22	237	258
Keski-Suomi	76	167	24	239	262
Kymenlaakso	78	220	24	271	291
Lappi	80	204	17	271	287
Pirkanmaa	69	158	23	228	250
Pohjanmaa	67	148	21	206	225
Pohjois-Karjala	74	215	18	271	286
Pohjois-Pohjanmaa	63	163	23	239	264
Pohjois-Savo	88	190	26	265	288
Päijät-Häme	71	170	23	229	250
Satakunta	81	192	24	251	271
Uusimaa	60	141	22	221	247
Varsinais-Suomi	77	163	23	234	255
Koko maa	71	167	23	237	260

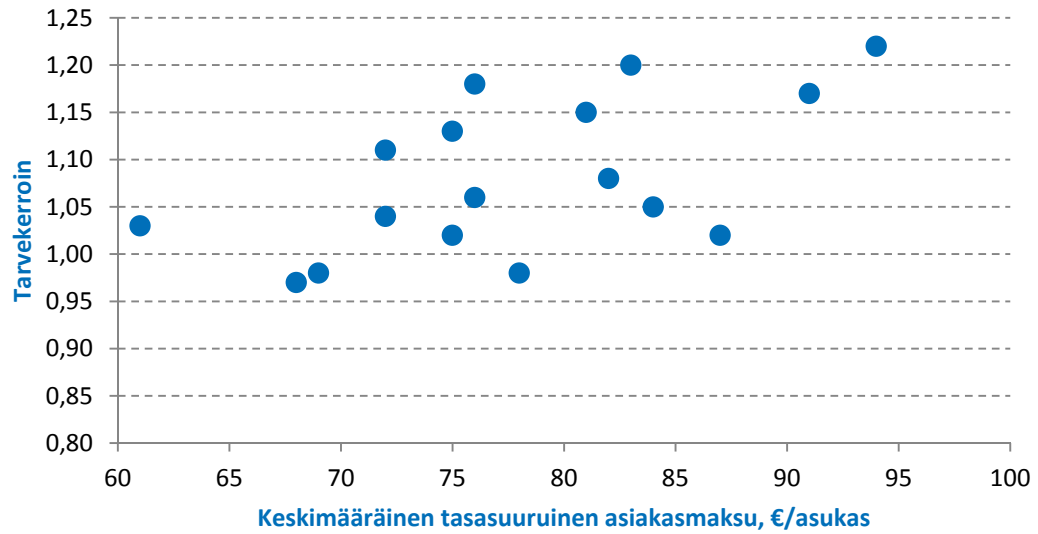
Palveluita käyttäneitä ja niistä asiakasmaksuja maksaneita kohden aiheutunutta keskimääräistä asiakasmaksukertymää tarkastellaan taulukossa 4.5. Suomessa tasasuuruiset asiakasmaksut olivat maksajaa kohden keskimäärin 197 euroa, tulosidonnaiset asiakasmaksut 3 505 euroa ja suun terveydenhuollon asiakasmaksut 104 euroa. Ikä- ja sukupuolivakioidut keskimääräiset asiakasmaksut käyttäjää kohden vaihtelivat selvästi maakunnittain jokaisen kolmen eri asiakasmaksuryhmän kohdalla kuin myös näiden yhdistelmissä.

Taulukko 4.5. Asiakasmaksujen keskimääräinen ikä- ja sukupuolivakioitu kustannus (€) asiakasmaksuja kohdanneilla maakunnittain vuonna 2015.

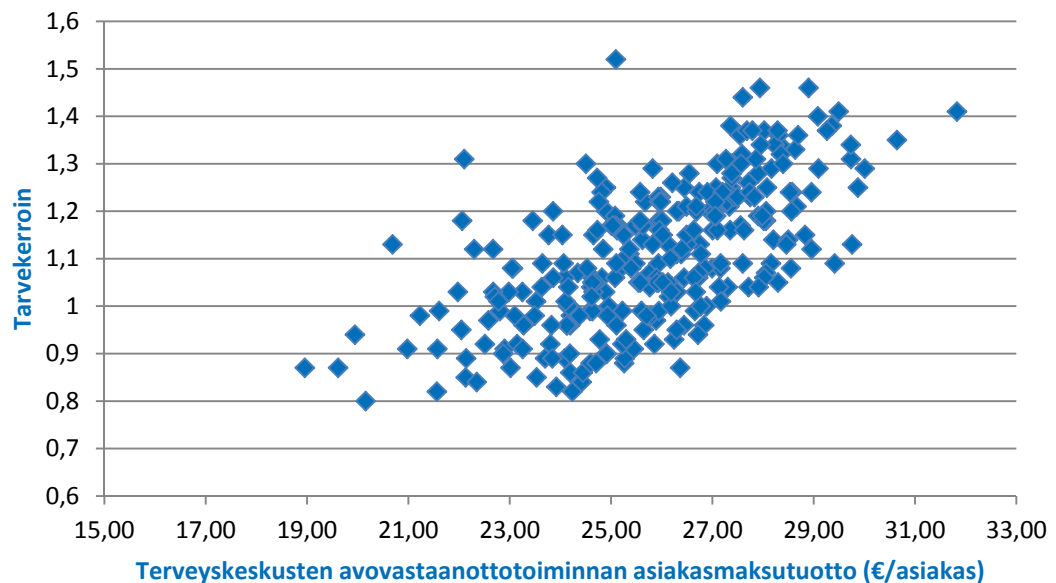
Asuinmaakunta	Tasasuuruiset asiakasmaksut yhteensä niiltä joilla maksuja (ei suun th) (vakioitu)	Tulosidonnaiset asiakasmaksut yhteensä niiltä joilla tulosidonnaisia maksuja (vakioitu)	Suun th:n asiakasmaksut yhteensä niiltä joilla suun th:n maksuja (vakioitu)	Asiakasmaksut yhteensä niiltä joilla maksuja (ei suun th) (vakioitu)	Asiakasmaksut yhteensä niiltä joilla maksuja (tasasuuruiset, tulosidonnaiset ja suun th) (vakioitu)
Ahvenanmaa	172	2 445	69	808	659
Etelä-Karjala	185	3 072	107	581	486
Etelä-Pohjanmaa	210	2 902	107	627	514
Etelä-Savo	197	2 834	97	600	517
Kainuu	194	3 141	108	617	533
Kanta-Häme	192	3 803	112	581	490
Keski-Pohjanmaa	210	2 415	98	548	476
Keski-Suomi	208	3 590	95	636	515
Kymenlaakso	196	3 262	103	659	552
Lappi	203	3 320	102	659	569
Pirkanmaa	198	3 673	103	623	517
Pohjanmaa	199	3 031	105	558	466
Pohjois-Karjala	192	3 277	76	671	550
Pohjois-Pohjanmaa	198	3 420	110	675	560
Pohjois-Savo	223	2 930	106	636	539
Päijät-Häme	182	3 645	106	591	502
Satakunta	207	3 537	105	626	525
Uusimaa	191	4 320	104	688	559
Varsinais-Suomi	194	3 354	105	579	494
Koko maa	197	3 505	104	636	530

Kuviossa 4.2 tarkastellaan keskimääräisen tasasuuruisen asiakasmaksun ja terveyden- ja vanhustenhuollon tarvekertoimen suhdetta maakunnittain ja kunnittain. Kuviossa 4.3 tarkastellaan kunnittain terveyskeskusten avovastaanotto toiminnan keskimääräisen asiakasmaksun ja tarvekertoimen suhdetta. Molemmista nähdään, että tarvekerroin ja asiakasmaksujen asukaskohtainen keskiarvo ovat yhteydessä toisiinsa positiivisesti korreloiden. Mikäli tarvekerroin mittaa aidosti henkilöiden palvelutarvetta, voidaan tämän perusteella sanoa, että tasasuuruiset asiakasmaksut näyttäisivät väestötasolla kohdistuvan palvelutarpeen mukaisesti.

Kuvio 4.2. Keskimääräinen tasasuuruinen asiakasmaksun kertymä vuodessa (€) ja tarvekerroin, maakunnittain vuonna 2015.



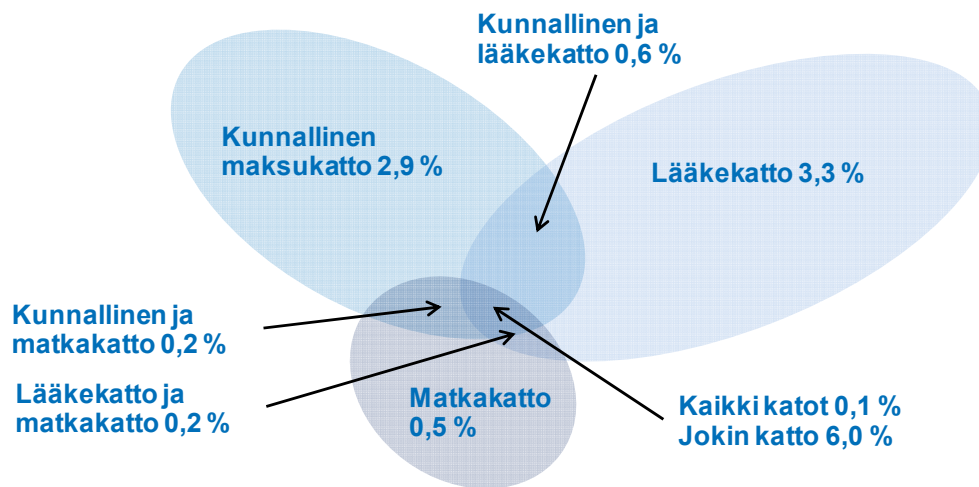
Kuvio 4.3. Terveyskeskusten avovastaanotto toiminnan asiakasmaksutuotto (€/asiakas) ja tarvekerroin, kunnittain vuonna 2015.



Huom. Helsingissä terveyskeskuksen lääkärikäynnistä ei peritä maksua joten Helsinki ei ole mukana kuviossa.

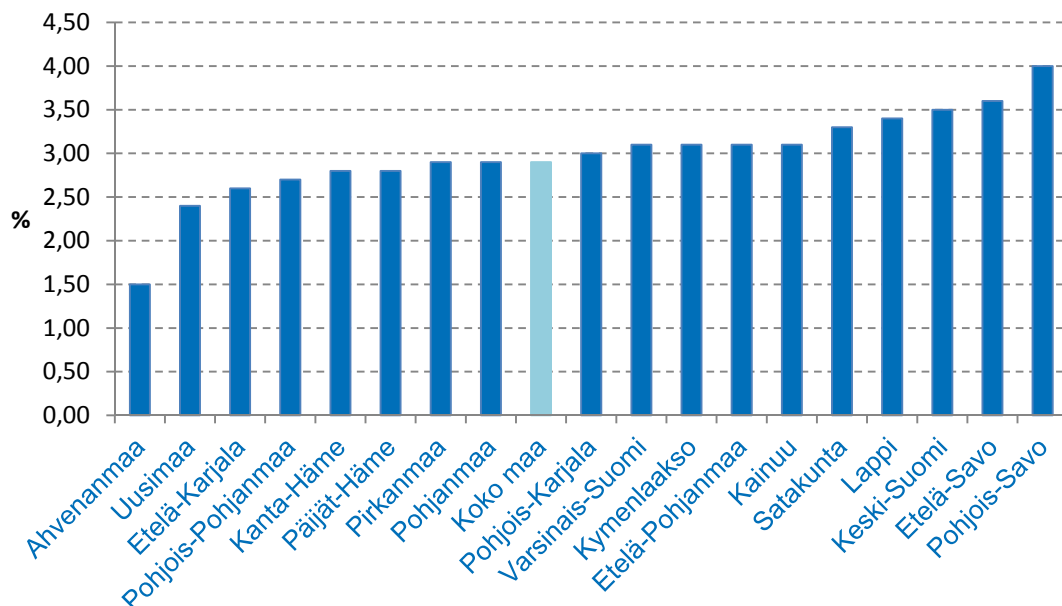
Otosaineistosta saadaan hyvä käsitys eri maksukattojen täyttymisestä väestössä (Kuvio 4.4). Kunnallinen matkakatto, lääkekatto tai matkakatto täyttyi vuoden 2015 aikana 6 prosentilla väestöstä eli noin 330 000 henkilöllä. Henkilöitä, joilla täyttyivät kaikki mainituista katoista, oli 0,1 prosenttia väestöstä.

Kuvio 4.4. Maksukattojen täytyminen väestössä vuonna 2015.



Maakunnittainen tarkastelu kunnallisen maksukaton täyttymisestä alueiden väestössä osoittaa, että Manner-Suomessa kunnallisen maksukaton ylittäneiden asukkaiden ikä- ja sukupuolivakioitu osuus vaihteli Uudenmaan 2,4 prosentista Keski-Pohjanmaan 4,9 prosenttiin (Kuvio 4.5).

Kuvio 4.5. Kunnallisen maksukaton täytyminen maakuntien väestössä vuonna 2015, ikä- ja sukupuolivakioitu osuus.



4.4. Asiakasmaksujen ja omavastuiden kohdentuminen väestössä

Tässä osiossa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja sekä omavastuita käyttäjäosuuksien ja euromääräisten summien mukaan. Erikseen tarkastellaan terveydenhuollon asiakasmaksujen maksukaton roolia yksilön maksurasitukselle. Lisäksi analysoidaan asiakasmaksujen keskittymistä väestössä.

4.4.1. Käyttäjäosuudet

Asiakasmaksujen, omavastuuosuuksien tai korvaustasojen muutoksia arvioitaessa ennakoon on tärkeää ensinnäkin tietää, mitä väestöryhmiä muutokset koskisivat. Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta tulonjaollinen tarkastelu on välttämätöntä, sillä asiakasmaksut ovat todistetusti regressiivinen sosiaali- ja terveystalouden rahoituslähde (ks. esim. van Doorslaer ym., 1999). Oikeudenmukaisuuden näkökulmasta sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia voitaisiin pohtia muistakin näkökulmista, esimerkiksi henkilön koko elinkaarta tarkastellen, mutta tässä osiossa on keskitytty ainoastaan poikkileikkausnäkökulmaan ja tuloluokkien vertailuun. Tämä lähtökohta on yhdenmukainen suomalaisen terveyspolitiikan kanssa, jossa tavoitteena on yhdenvertainen mahdollisuus käyttää palveluita ja terveyserojen kaventaminen sosioekonomisten luokkien välillä. Siksi katsomme tässä ennen kaikkea, kuinka suurta osuutta ikä- ja tuloryhmästä asiakasmaksut ja omavastuut koskettavat ja kuinka suuren taloudellisen rasitteen ne eri ryhmissä muodostavat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja maksaneet ikä- ja tuloryhmittäin

Tässä osiossa tarkastellaan niitä henkilöitä, jotka ovat maksaneet asiakasmaksuja julkisissa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa. Tarkastelu on jaoteltu tasasuuruisiin ja tulosidonnaisiin maksuihin sekä suun terveydenhuollon asiakasmaksuihin.

Tasasuuruisia asiakasmaksuja on vuoden 2015 aikana maksanut 36,0 prosenttia väestöstä (Taulukko 4.6). Käyttäjien osuus ikäryhmästä kasvaa iän myötä, eli esimerkiksi yli 75-vuotiaista 60 prosenttia on maksanut tasasuuruisia asiakasmaksuja. Tulosidonnaisia palveluita on käyttänyt merkittävästi pienempi osuus väestöstä, eli 4,8 prosenttia väestöstä. Huomattava enemmistö tulosidonnaisia maksuja maksaneista on 75 vuotta täyttäneitä, joiden parissa maksajien osuus ylittää 34 prosenttia. Suun terveydenhuollon maksuja on maksanut 21,8 prosenttia väestöstä. Alle 18-vuotiaille suun terveydenhuolto on maksutonta. Maksut ovat yleisimpiä 18–24-vuotiaiden ryhmässä, jossa suun terveydenhuollon asiakasmaksuja on maksanut lähes 30 prosenttia.

Kunnallinen maksukatto, joka koskee ainoastaan tasasuuruisia asiakasmaksuja, on täyttynyt 2,9 prosentilla väestöstä, mutta noin joka kymmenennellä yli 75-vuotiaalla. Alle 18-vuotiaiden lasten maksukatto katsotaan täytyneeksi silloin, kun jommankumman vanhemman maksukatto on täyttynyt, mikä selittää korkean maksukaton täyttäneiden osuuden tässä ryhmässä.

Taulukko 4.6. Asiakasmaksuja maksaneiden lukumäärä ja osuus ikäryhmästä vuonna 2015.

Asiakasmaksuja maksaneiden määrä					
	Tasasuuruiset maksut (hlöä)	Tulosidonnaiset maksut (hlöä)	Suun terveydenhuollon maksut (hlöä)	Kaikki maksut (hlöä)	Maksukatto täyttynyt (hlöä)
0-17v.	300 905	2 728	0	301 478	33 917
18-24v.	148 681	4 117	135 827	230 484	4 369
25-54v.	657 093	26 747	602 127	1 024 999	29 783
55-64v.	279 496	20 587	193 376	388 103	14 408
65-74v.	294 696	41 559	160 662	378 206	23 042
75v.+	292 699	165 273	104 167	364 433	56 339
Kaikki	<i>1 973 570</i>	<i>261 011</i>	<i>1 196 159</i>	<i>2 687 703</i>	<i>161 858</i>
Asiakasmaksuja maksaneiden osuus ikäryhmästä					
	Tasasuuruiset maksut (osuus ikäryhmästä)	Tulosidonnaiset maksut (osuus ikäryhmästä)	Suun terveydenhuollon maksut (osuus ikäryhmästä)	Kaikki maksut (osuus ikäryhmästä)	Maksukatto täyttynyt (osuus ikäryhmästä)
0-17v.	28,0 %	0,3 %	0,0 %	28,1 %	3,2 %
18-24v.	32,1 %	0,9 %	29,3 %	49,7 %	0,9 %
25-54v.	31,5 %	1,3 %	28,8 %	49,1 %	1,4 %
55-64v.	37,8 %	2,8 %	26,1 %	52,5 %	1,9 %
65-74v.	45,9 %	6,5 %	25,0 %	58,9 %	3,6 %
75v.+	60,9 %	34,4 %	21,7 %	75,8 %	11,7 %
Kaikki	<i>36,0 %</i>	<i>4,8 %</i>	<i>21,8 %</i>	<i>49,0 %</i>	<i>2,9 %</i>

Tarkastelemme erikseen vielä (yli 18-vuotiaiden) toimeentulotukea saaneiden palveluiden käyttöä taulukossa 4.7 (toimeentulotukiasiakkaiksi on laskettu kaikki, jotka ovat vuoden 2015 aikana saaneet toimeentulotukea). Taulukosta selviää, että toimeentulotukiasiakkaista huomattavasti suurempi osa on maksanut sekä tasasuuruisia että tulosidonnaisia asiakasmaksuja verrattuna koko väestöön. Työterveyshuolto selittää osan erosta palveluiden käytössä toimeentulotukiasiakkaiden (usein työmarkkinoiden ulkopuolella) ja muun väestön välillä, mutta toimeentulotukiasiakkaiden heikommasta terveydentilasta ja muuta väestöä suuremmasta palveluiden käytöstä on myös aiempaa tutkimusta (Vaalavuo 2016a ja 2016b). Tasasuuruisia maksuja maksoi toimeentulotukiasiakkaista 51,1 prosenttia, tulosidonnaisia maksuja 7,2 prosenttia ja suun terveydenhuollon maksuja 37,3 prosenttia.

Taulukko 4.7. Asiakasmaksuja maksaneiden toimeentulotukiasiakkaiden lukumäärä ja osuus ikäryhmästä (2015).

Asiakasmaksuja maksaneiden lukumäärä, toimeentulotukiasiakkaat			
	Tasasuuruiset maksut	Tulosidonnaiset maksut	Suun terveydenhuollon maksut
18-24v.	28 685	1 175	19 829
25-54v.	69 642	6 538	54 908
55-64v.	16 799	3 466	12 205
65-74v.	6 367	3 336	3 050
75v.+	3 582	3 135	1 271
Kaikki	125 075	17 650	91 263
Asiakasmaksuja maksaneiden osuus ikäryhmästä, toimeentulotukiasiakkaat			
	Tasasuuruiset maksut	Tulosidonnaiset maksut	Suun terveydenhuollon maksut
18-24v.	46,3 %	1,9 %	32,0 %
25-54v.	50,8 %	4,8 %	40,1 %
55-64v.	54,2 %	11,2 %	39,4 %
65-74v.	69,4 %	36,4 %	33,2 %
75v.+	77,0 %	67,4 %	27,3 %
Kaikki	51,1 %	7,2 %	37,3 %

Taulukko 4.8. Asiaksmaksuja maksaneiden lukumäärä ja osuus ikäryhmästä sukupuolen mukaan vuonna 2015.

Asiaksmaksuja maksaneiden lukumäärä, sukupuolen mukaan						
	Tasasuuruiset maksut		Tulosidonnaiset maksut		Suun terveydenhuollon maksut	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
0-17v.	138 732	162 173	1 169	1 559	0	0
18-24v.	84 259	64 422	1 970	2 147	79 580	56 247
25-54v.	384 139	272 954	12 581	14 166	342 179	259 948
55-64v.	147 650	131 846	9 340	11 247	108 949	84 427
65-74v.	152 916	141 780	21 366	20 193	91 439	69 223
75v.+	177 613	115 086	113 929	51 344	63 210	40 957
Kaikki	1 085 309	888 261	160 355	100 656	685 357	510 802
Asiaksmaksuja maksaneiden osuus ikäryhmästä, sukupuolen mukaan						
	Tasasuuruiset maksut		Tulosidonnaiset maksut		Suun terveydenhuollon maksut	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
0-17v.	26,5 %	29,6 %	0,2 %	0,3 %	0,0 %	0,0 %
18-24v.	37,2 %	27,2 %	0,9 %	0,9 %	35,1 %	23,8 %
25-54v.	37,6 %	25,6 %	1,2 %	1,3 %	33,5 %	24,4 %
55-64v.	39,3 %	36,2 %	2,5 %	3,1 %	29,0 %	23,2 %
65-74v.	45,2 %	46,6 %	6,3 %	6,6 %	27,0 %	22,7 %
75v.+	59,5 %	63,1 %	38,2 %	28,2 %	21,2 %	22,5 %
Kaikki	39,0 %	32,9 %	5,8 %	3,7 %	24,6 %	18,9 %

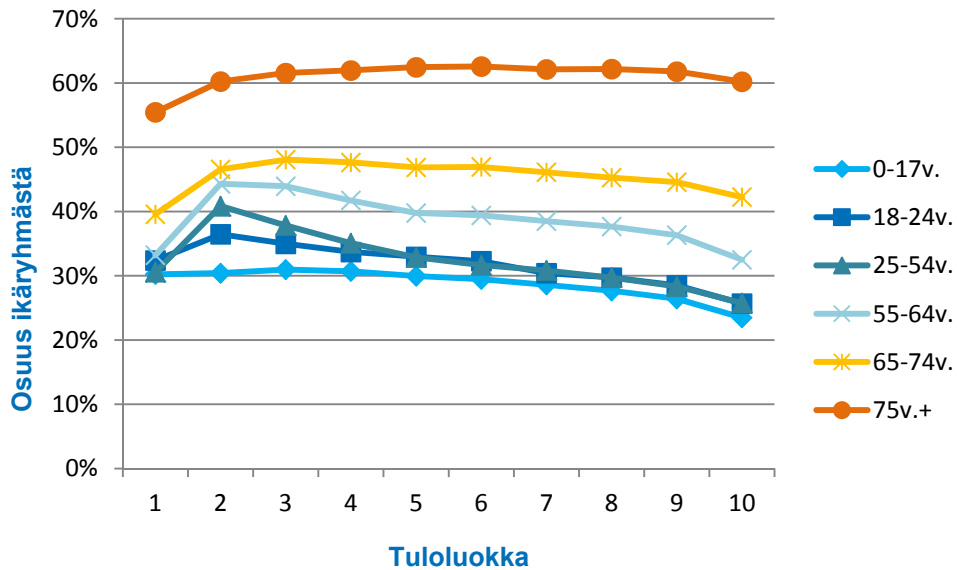
Taulukossa 4.8 on tarkasteltu asiakasmaksuja maksaneiden lukumäärää sukupuolen mukaan. Tästä käy ilmi, että keskimäärin naiset maksavat miehiä useammin asiakasmaksuja. Tämä on yhteneväinen aiempien tutkimusten kanssa, joissa on havaittu naisten käyttävän terveyspalveluita miehiä enemmän (Kapiainen & Eskelinen 2014).

Kun asiaa tarkastellaan lähemmin, huomaamme, että erityisesti 18–54-vuotiaat naiset maksavat tasasuuruisia maksuja miehiä useammin, kun taas vanhimmassa ikäryhmässä miehet maksavat niitä useammin. Tulosidonnaisten asiakasmaksujen kohdalla 75 vuotta täyttäneistä naisista 38,2 prosenttia maksoi asiakasmaksuja verrattuna miesten 28,2 prosenttiin. Tätä selittää se, että iäkkäät naiset asuvat useammin yksin kuin samankäiset miehet, jotka voivat useammin tukeutua kotona asuvan puolison hoivaan. Yksin asumisen vaikutuksesta palveluiden käyttöön on huomattavasti tutkimusta (Goldman ym. 1995; Robards ym. 2012; Vaalavuo ym. 2013; Larsson ym. 2014). Suun terveydenhuollon asiakasmaksuissa suurin ero sukupuolten välillä on jälleen 18–54-vuotiaissa: maksajien osuus on lähes 10 prosenttiyksikköä korkeampi naisten keskuudessa verrattuna miehiin.

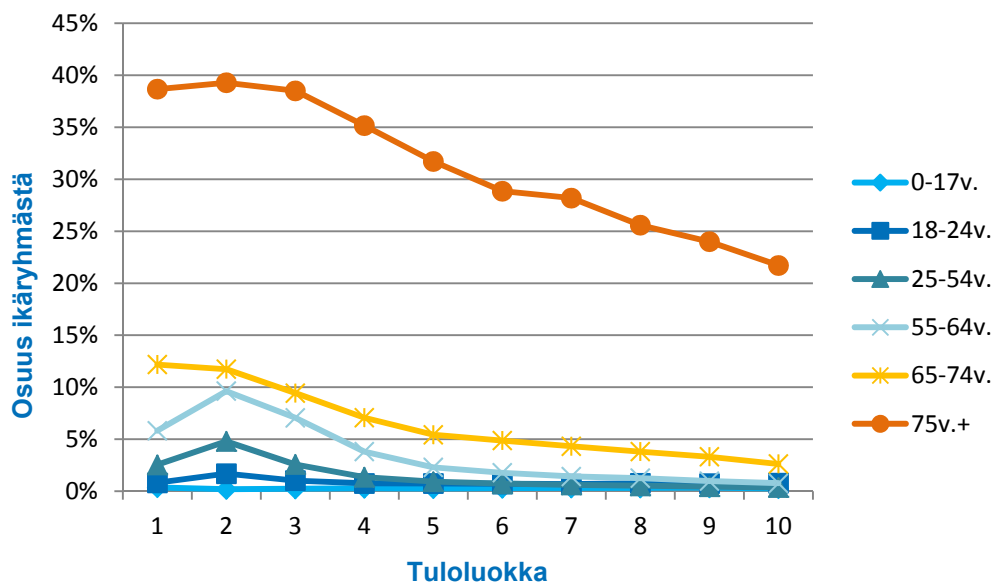
Kuvioissa 4.6–4.8 on esitelty palveluiden käyttäjien osuus samanaikaisesti tulodesiiliin ja ikäryhmän mukaan. Kaikissa ikäryhmissä pienituloisin ja suurituloisin tuloluokka maksavat tasasuuruisia asiakasmaksuja hieman vähemmän kuin muut tuloluokat. Lukuun ottamatta kahden vanhinta ikäryhmää, maksut ovat yleisempiä tulojaon alapäässä, toisesta viidenteen tulodesiiliin. Suun terveydenhuollon asiakasmaksujen osalta maksajien määrä vaihtelee eri tavoin ikä- ja tuloryhmästä riippuen: yli 65-vuotiailla käyttäjien määrä lisääntyy tulojen myötä (lukuun ottamatta ylintä tulodesiiliä), kun taas 25–54-vuotiailla se vähenee voimakkaasti. Tulosidonnaisten asiakasmaksujen kohdalla kiinnostavaa on taas se, että sen lisäksi, että

käyttö keskittyy vahvasti yli 75-vuotiaisiin, käyttö vähenee selkeästi tulojen kasvaessa. Ylemmissä tuloluokissa vanhukset asuvat harvemmin yksin (ks. esim. Vaalavuo 2018), jolloin hoivan tarjoaja saattaa helpommin löytyä kotoa, mikä vaikuttaa myös vanhuspalveluiden käyttöön. Lisäksi suurituloiset ovat keskimäärin terveempiä (mikä selittää myös tasasuuruisten asiakasmaksujen jakautumista) kuin pienituloiset ja heillä on paremmat taloudelliset mahdollisuudet ostaa palveluita markkinoilta.

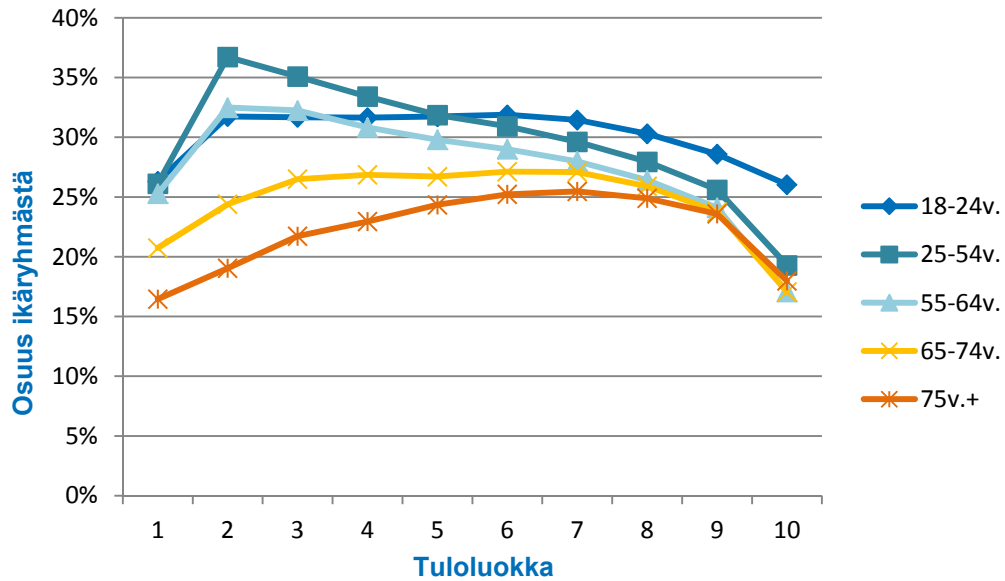
Kuvio 4.6. Tasasuuruisia asiakasmaksuja maksaneet tuloluokan ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015.



Kuvio 4.7. Tulosidonnaisia asiakasmaksuja maksaneet tuloluokan ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015.



Kuvio 4.8. Suun terveydenhuollon asiakasmaksuja maksaneet tuloluokan ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015.



Lääkkeiden ja matkojen omavastuut sekä yksityisten palveluiden käyttö ikä- ja tuloryhmittäin

Tässä osiossa tarkastellaan, kuinka suuri osa eri ikä- ja tuloryhmistä maksaa lääkkeiden ja matkojen omavastuita tai on käyttänyt yksityisiä palveluita. Yksityisiin palveluihin kuuluvat tässä yksityiset lääkäripalvelut, yksityinen hammashoito sekä yksityinen tutkimus ja hoito. Yksityiset palvelut, lääkkeet tai matkat, joihin ei ole haettu Kelan korvauksia, eivät näy aineistossa. Käyttö on laskettu sen perusteella, onko henkilöllä ollut vuoden 2015 aikana kategoriiaan kuuluvia omavastuita (lääkkeet ja matkat) tai kustannuksia (yksityiset palvelut). Analyysit perustuvat 70 prosentin otokseen väestöstä.

Taulukko 4.9. Sairausvakuutuslain mukainen lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden käyttö, osuus ikäryhmästä vuonna 2015.

	Lääkkeiden omavastuita	Matkojen omavastuita	Yksityisten palveluiden käyttöä
0-17v.	43,0 %	3,4 %	24,8 %
18-24v.	53,3 %	4,7 %	25,5 %
25-54v.	68,3 %	6,1 %	38,9 %
55-64v.	83,6 %	11,5 %	54,0 %
65-74v.	89,1 %	15,9 %	56,2 %
75v.+	95,0 %	35,5 %	51,7 %
Kaikki	69,2 %	10,0 %	40,4 %

Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Prosenttiosuudet kuvaavat osuutta, joka on maksanut lääkkeiden tai matkojen omavastuita tai jolla on ollut yksityisten palveluiden kustannuksia.

Taulukosta 4.9 ilmenee, kuinka suurella osalla ikäryhmästä on omavastuita Kelan korvaamasta palvelunkäytöstä. Nämä tulokset vastaavat Kelan omia tilastoja sairaanhoitokorvausten saajien väestöosuuksista.⁴⁵ Lääkekustannusten korvaaminen koskettaa suurinta osaa väestöstä, lähes 70 prosenttia väestöstä on maksanut lääkkeiden omavastuita. Kustannuksia yksityisistä lääkäripalveluista, tutkimuksesta ja hoidosta on 40,6 prosentilla koko väestöstä, kun taas matkojen omavastuut koskettavat huomattavasti pienempää ryhmää, eli joka kymmenettä henkilöä.

Taulukko 4.10. Sairausvakuutuslain mukainen lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden käyttö, osuus tuloluokasta vuonna 2015.

	Lääkkeiden omavastuita	Matkojen omavastuita	Yksityisten palveluiden käyttöä
1	56,0 %	11,0 %	21,3 %
2	70,3 %	16,3 %	26,2 %
3	70,7 %	14,9 %	30,4 %
4	70,2 %	12,4 %	34,5 %
5	69,8 %	10,3 %	37,7 %
6	70,0 %	8,9 %	41,3 %
7	70,2 %	7,9 %	44,5 %
8	71,1 %	7,2 %	49,1 %
9	72,5 %	6,6 %	55,1 %
10	74,1 %	5,5 %	65,4 %
Kaikki tuloluokat	69,5 %	10,1 %	40,6 %

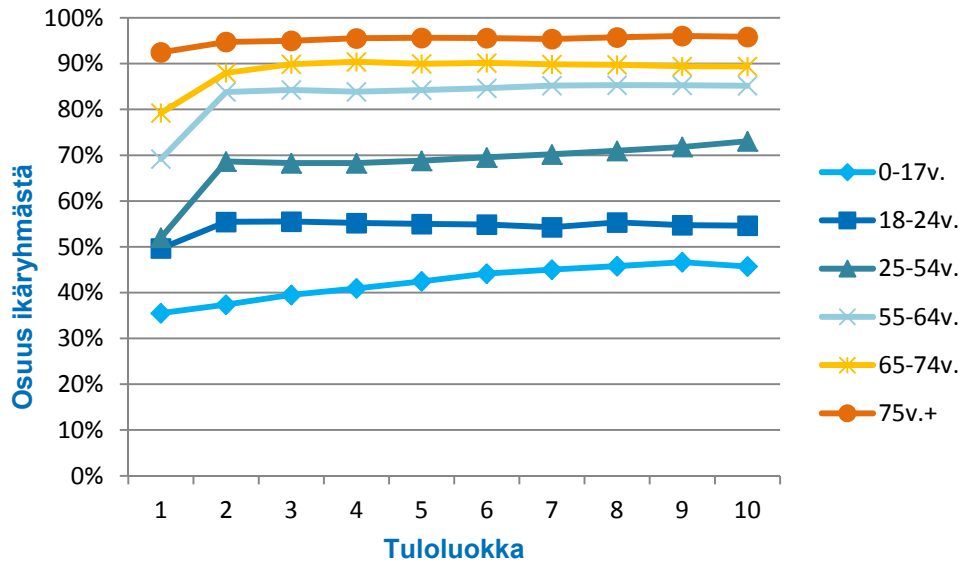
Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Koko väestöä kuvaava prosenttiosuus ("kaikki tuloluokat") on hieman eri kuin taulukossa 4.9, sillä kaikille henkilöille ei ole aineistossa tuloluokkaa (eli heidän osalta ei ole tietoja tuloista), joten he eivät ole mukana tuloluokittaisessa analyysissä.

Ikäryhmien välillä on selkeitä eroja näiden käytön suhteen. Lisäksi tulodesiilien välillä on huomattavia eroja (Taulukko 4.10). Lääkkeiden omavastuita ja yksityisten palveluiden kustannuksia on enemmän tulojaon yläpäässä, kun taas matkojen omavastuita on enemmän pienituloisemmilla. Myös Kela on tutkimuksessaan selvittänyt Kela-korvausten kohdentumista tuloluokittain vuoden 2011 aineistolla (Blomgren ym. 2015).

Alimmassa tuloluokassa lääkkeiden omavastuita maksaneiden osuus on selkeästi muita tulo-ryhmiä pienempi kaikissa ikäryhmissä (Kuvio 4.9). Tämä voi selittyä osaltaan sillä, että tässä tuloluokassa on enemmän laitoshoidossa asuvia, joiden lääkekustannukset maksaa kunta. Matkojen omavastuita maksaneiden osalta nähdään, että kaikissa ikäryhmissä käyttö vähenee tulojen kasvun myötä, vaikkakin yhteys tuloihin on heikko alle 24-vuotiailla (Kuvio 4.10). Vastaavasti kuviossa 4.11 näkyy, että yksityisten palveluiden käyttö on voimakkaasti yhteydessä tuloihin iästä riippumatta.

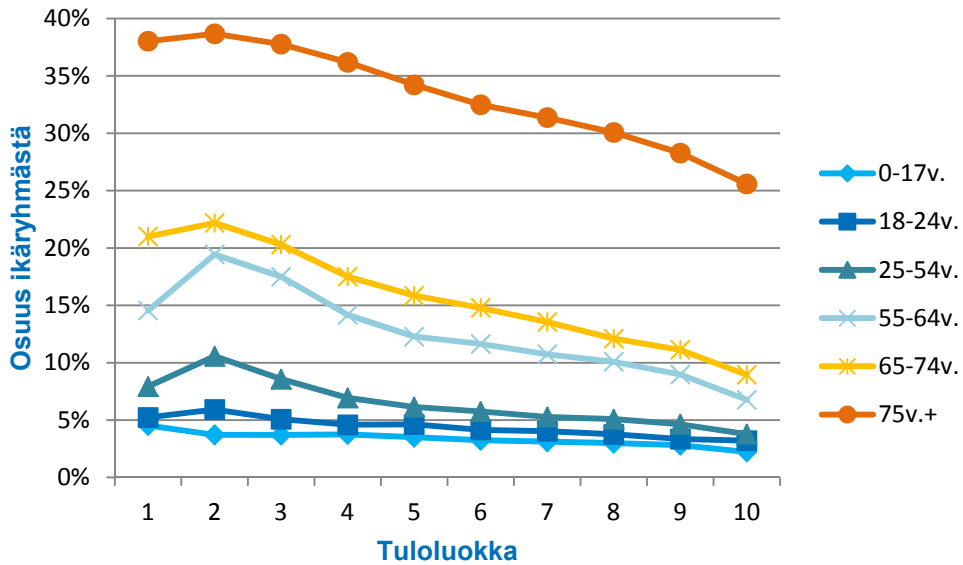
⁴⁵ http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain_tilasto-sairanhoitokorvauksista (viitattu 20.2.2018). Kela maksoi näihin kolmeen kategoriaan liittyviä korvauksia 1,9 miljardin euron edestä vuonna 2015. Tästä suurin osa eli 1,3 miljardia euroa oli lääkekorvauksia.

Kuvio 4.9. Lääkkeiden omavastuita maksaneet tuloluokan ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015.



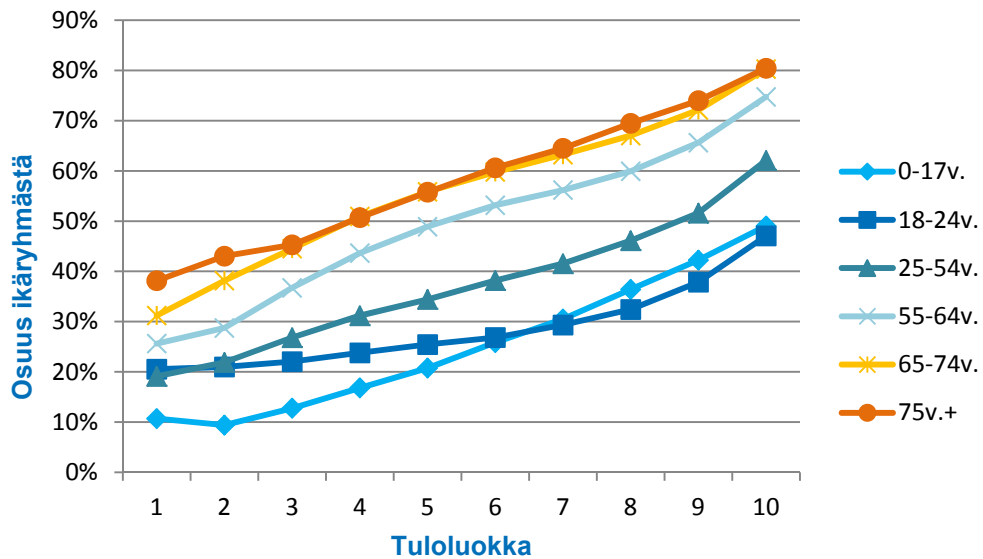
Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen.

Kuvio 4.10. Matkojen omavastuita maksaneet tuloluokan ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015.



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen.

Kuvio 4.11. Yksityisiä palveluita käyttäneet tuloluokan ja ikäryhmän mukaan vuonna 2015.

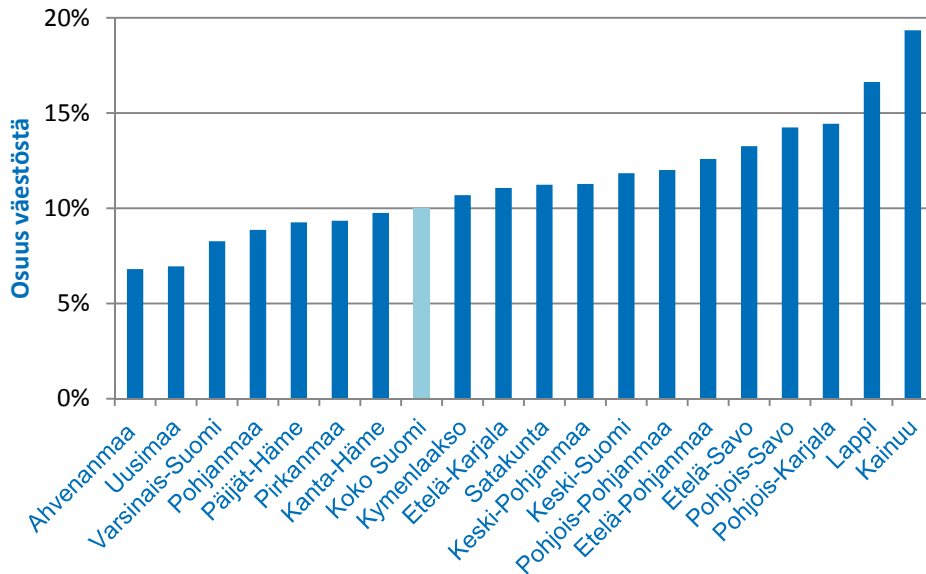


Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Yksityisten palveluiden käyttö on laskettu sen perusteella, onko henkilöllä yksityisistä palveluista aiheutuneita kustannuksia Kelan rekisteritiedoissa.

Koska julkisten palveluiden saatavuudessa ja saavutettavuudessa alueittain on eroja, tarkastelimme lisäksi maakunnittaista vaihtelua matkojen omavastuita maksaneiden määrässä ja yksityisten palveluiden käytössä kuvioissa 4.12 ja 4.13 (ks. Liitetaulukko 2 ja 3 osuudesta ikäryhmän ja maakunnan mukaan). Matkojen omavastuita maksaneita on erityisen paljon Kainuussa (19,3 % asukkaista) ja Lapissa (16,6 %), mikä luonnollisesti selittyy suurilla etäisyyksillä; kun taas Ahvenanmaalla (6,8 %) ja Uudellamaalla (7,0 %) matkojen omavastuiden maksaminen on yli 10 prosenttiyksikköä vähäisempää (Kuvio 4.12).

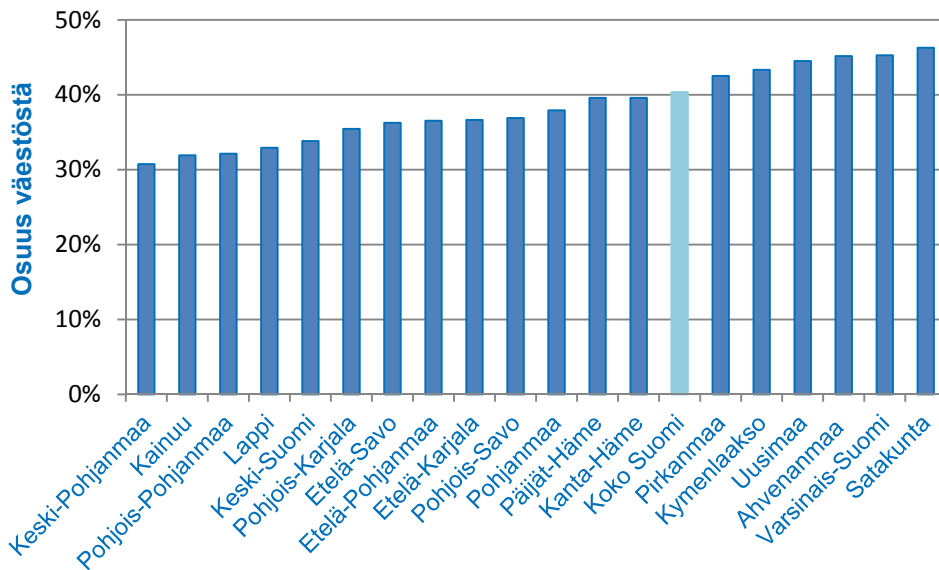
Myös yksityisten palveluiden käytössä on huomattavia eroja maakunnittain. Eniten käyttäjiä Kelan tietojen valossa on Satakunnassa (46,3 % asukkaista), Varsinais-Suomessa (45,3 %), Ahvenanmaalla (45,2 %) ja Uudellamaalla (44,5 %), kun taas Keski-Pohjanmaalla käyttäjien osuus yli 10 prosenttiyksikköä pienempi (30,7 %) (Kuvio 4.13). Ikäryhmienkin sisällä on huomattavia eroja yksityisten palveluiden käytössä maakuntien välillä (Liitetaulukko 3). Osaksi tämä vaihtelu yksityisten palveluiden käytössä eri alueiden välillä liittyy maakunnan asukkaiden tulotasoon, sillä kuten taulukon 4.10 ja kuvion 4.11 perusteella todettiin, yksityisten palveluiden käyttö on huomattavasti yleisempää suurituloisten ryhmässä.

Kuvio 4.12. Matkojen omavastuita maksaneiden osuus maakunnan mukaan vuonna 2015.



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen.

Kuvio 4.13. Yksityisiä palveluita käyttäneiden osuus maakunnan mukaan vuonna 2015.



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Yksityisten palveluiden käyttö on laskettu sen perusteella, onko henkilöllä yksityisistä palveluista aiheutuneita kustannuksia Kelan rekisteritiedoissa.

4.4.2. Asiakasmaksujen ja omavastuuosuuksien euromäärät

Tässä osiossa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä lääkkeiden, matkojen ja yksityisten lääkäripalvelujen, hammashoidon sekä muun tutkimuksen ja hoidon omavastuuosuuksien euromääriä eri ryhmissä. Toiseksi tarkastellaan terveydenhuollon asiakasmaksujen maksukaton merkitystä.

Keskimääräiset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut ikä- ja tuloryhmittäin

Taulukossa 4.11 tarkastellaan aluksi keskimääräisiä asiakasmaksuja koko väestössä sekä vain niillä henkilöillä, joilla kyseisiä maksuja on ollut. Koko väestössä tasasuuruiset maksut ovat vuodessa keskimäärin 71 euroa ja tulosidonnaiset maksut 167 euroa. Kun huomioidaan vain henkilöt, joilla maksuja on vuoden 2015 aikana ollut, kohoavat summat vastaavasti 197 euroon ja 3 505 euroon. Tasasuuruisten maksujen osalta on huomioitu 679 euron maksukatto. Alle 18-vuotiailla lapsilla maksukatto on katsottu täyttyneeksi silloin, kuin jommallakummalla vanhemmalla maksukatto on täyttynyt. Suun terveydenhuollon asiakasmaksut ovat pienemmät, keskimäärin väestössä 23 euroa ja maksuja maksaneilla 104 euroa. Keskiarvot kuitenkin peittävät alleen suurta heterogeenisyyttä, mikä aiheutuu palveluiden käytön huomattavasta keskittymisestä pienelle joukolle käyttäjiä ja sitä myöten myös asiakasmaksujen keskittymisestä väestössä.

Taulukko 4.11. Keskimääräiset asiakasmaksut (€) vuonna 2015.

	Keskiarvo, euroa
Maksetut tasasuuruiset maksut	71
Maksetut tulosidonnaiset maksut	167
Maksetut suun terveydenhuollon maksut	23
Tasasuuruiset maksut niillä, joilla kyseisiä maksuja	197
Tulosidonnaiset maksut niillä, joilla kyseisiä maksuja	3505
Suun terveydenhuollon maksut niillä, joilla kyseisiä maksuja	104

Seuraavaksi esitellään maksujen keskimääräisiä euromääriä sukupuolen ja ikäryhmän mukaan sekä tuloluokittain niillä henkilöillä, joilla on ollut kyseisiä maksuja vuoden 2015 aikana. Asiakasmaksujen taso nousee iän myötä tasasuuruissa maksuissa, mutta tulosidonnaisissa maksuissa maksut ovat erityisen korkeat työikäisessä väestössä, mikä voi viitata intensiivisempään ja pitkäaikaiseen laitoshoitoon sekä myös työikäisen väestön korkeampiin tuloihin (Taulukko 4.12).

Taulukko 4.12. Keskimääräiset asiakasmaksut (€) ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja) vuonna 2015.

	Maksetut tasasuuruiset maksut		Maksetut tulosidonnaiset maksut		Maksetut suun terveydenhuollon maksut	
	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet
0-17v.	119	117	2 783	2 759	0	0
18-24v.	155	125	5 617	6 726	90	93
25-54v.	166	156	5 006	6 659	100	109
55-64v.	168	190	4 172	4 895	108	118
65-74v.	205	233	2 511	3 111	104	113
75v.+	388	373	3 114	3 099	92	106

Tulosidonnaiset maksut ovat luonnollisesti vahvasti yhteydessä tulotasoon ja nousevat siis tulojen kanssa niin, että alimmassa tulodesiilissä maksut ovat 2 311 euroa ja ylimmässä tulodesiilissä 6 487 euroa (Taulukko 4.13). Suun terveydenhuollon keskimääräisissä maksuissa ei ole juuri vaihtelua tuloluokkien välillä.

Taulukko 4.13. Keskimääräiset asiakasmaksut (€) tuloluokittain (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja) vuonna 2015.

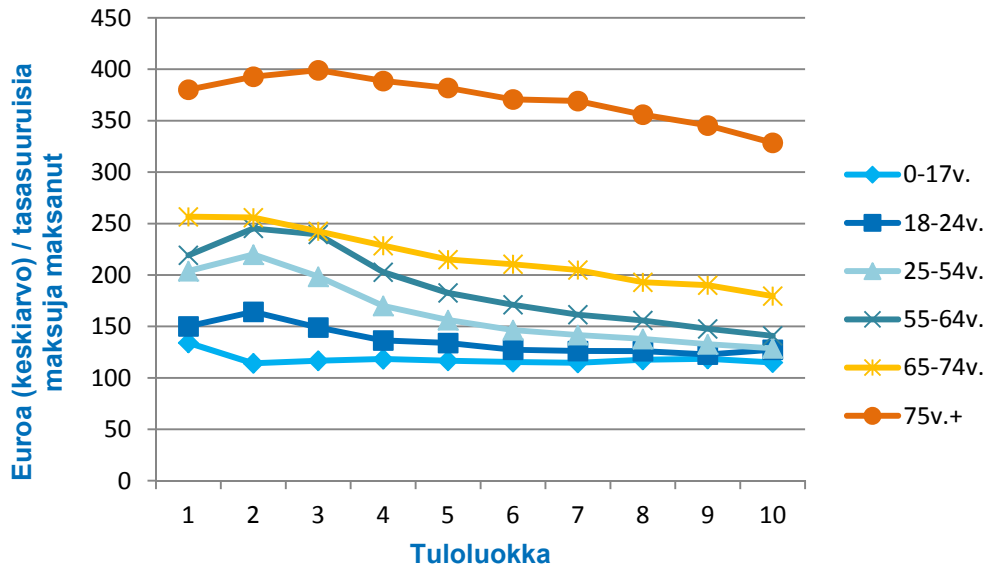
	Maksetut tasasuuruiset maksut	Maksetut tulosidonnaiset maksut	Maksetut suun terveydenhuollon maksut
1	214	2 311	101
2	252	3 266	107
3	244	3 591	107
4	219	3 656	105
5	198	3 597	105
6	182	3 591	104
7	171	3 853	103
8	162	3 949	102
9	155	4 403	101
10	151	6 487	98

Huom. Koska tulosidonnaisiin maksuihin vaikuttaa samanaikaisesti sekä palvelun tyyppi, palvelun käytön intensiteetti tai volyyymi ja henkilön tulot, ei nähdä lineaarista maksujen nousua tuloluokittain tarkasteltuna.

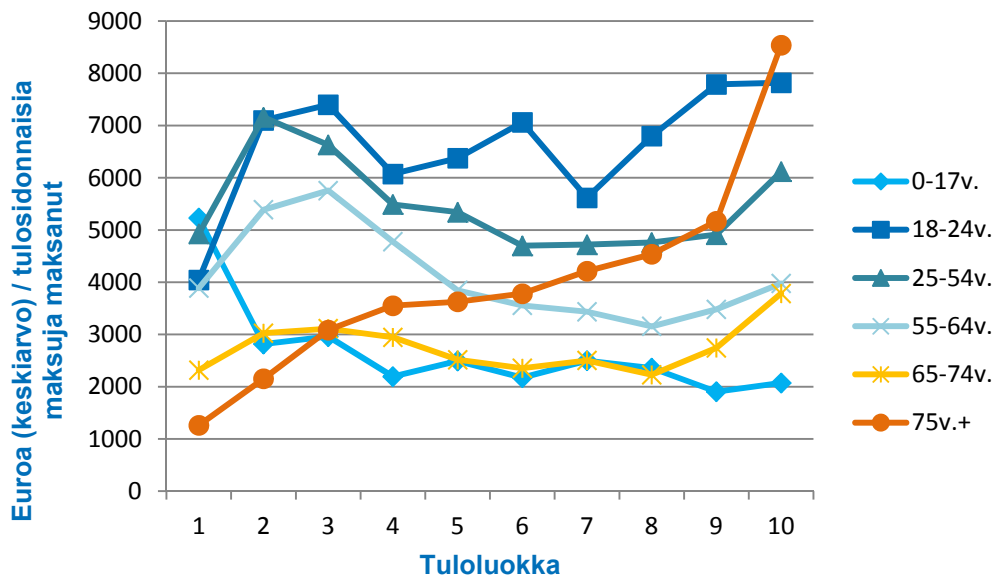
Kun katsotaan ikäryhmiä erikseen voidaan huomata, että tasasuuruiset maksut keskimäärin hieman pienenevät, kun tuloasteikolla kuljetaan ylöspäin (Kuvio 4.14). Tulosidonnaisissa maksuissa on suurta vaihtelua ikäryhmien sisällä ja välillä tuloluokittain tarkasteltuna (Kuvio 4.15). Selkeimmin näkyy asiakasmaksujen kasvu tulojen myötä yli 75-vuotiaiden ryhmässä. Nuoremmissa ikäryhmissä näkyy, että palveluita käyttävät intensiivisemmin pienituloiset.⁴⁶ Suun terveydenhuollon maksut ovat suhteellisen samansuuruiset tuloluokasta riippumatta kaikissa ikäryhmissä, joskin ne 75 vuotta täyttäneillä nousevat tulojen myötä, kun muissa ikäryhmissä ne ovat pienemmät tulojen yläpäässä (Kuvio 4.16).

⁴⁶ Työikäisessä väestössä palveluiden pitkäaikaista käyttöä selittää esimerkiksi työkyvyttömyys, mikä on taas voimakkaasti yhteydessä pienituloisuuteen. Alle 55-vuotiaiden eläkeläisten palveluiden käyttöä on tarkasteltu kattavasti toisaalla (Vaalavuo, 2018).

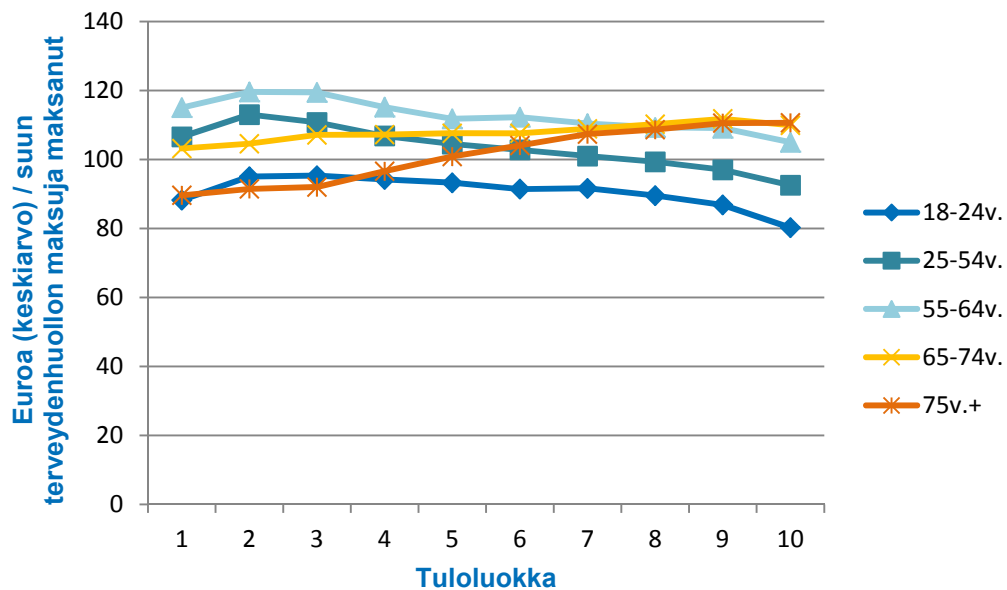
Kuvio 4.14. Keskimääräiset tasasuuruiset asiakasmaksut (€) tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja vuoden 2015 aikana).



Kuvio 4.15. Keskimääräiset tulosidonnaiset asiakasmaksut (€) tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja vuoden 2015 aikana).



Kuvio 4.16. Keskimääräiset suun terveydenhuollon asiakasmaksut (€) tuloluokittain ja ikäryhmittäin (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja vuoden 2015 aikana).



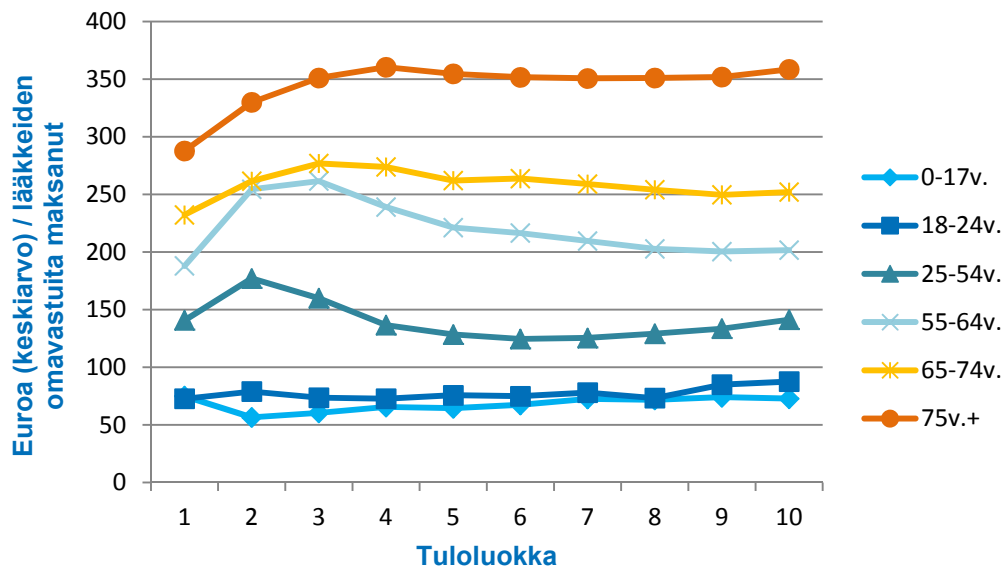
Keskimääräiset lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuut ikä- ja tuloryhmittäin

Kelan tutkimuksen mukaan aikuisväestön pienituloisille korvataan eniten lääke- ja matkakorvauksia, kun taas yksityisen sairaanhoidon korvaukset keskittyvät suurituloisille (Blomgren ym. 2015). Alla olevat tulokset vahvistavat tämän tuloksen uudemmalla aineistolla.⁴⁷

69,5 prosentilla otoksestamme on lääkkeiden omavastuita. Heidän maksamat keskimääräiset omavastuut on esitetty kuviossa 4.17 ikä- ja tuloryhmän mukaan. Omavastuut ovat selvästi korkeammat vanhimmissa ikäryhmässä, lisäksi omavastuut ovat keskimäärin hieman pienemmät alimmassa tulodesiilissä lukuun ottamatta alle 25-vuotiaita.

⁴⁷ Vuoden 2016 ja 2017 aikana Kelan maksamia lääkekorvauksia on pienennetty hallitusohjelman säästötavoitteiden mukaisesti. Nykyjärjestelmässä, joka tuli voimaan 2016 alusta, Kelan lääkekorvauksia saa vasta *alkuomavastuun* ylittyttyä (vuonna 2017 alkuomavastuu oli 50 euroa). *Vuosiomavastuu* taas kertyy, kun henkilö ostaa reseptillä korvausjärjestelmään kuuluvia lääkkeitä, kliinisiä ravintovalmisteita ja perusvoiteita. Viitehinnan ylittävä osuus tai korvausjärjestelmän ulkopuolella oleva lääke ei kerrytä vuosiomavastuuta. Kun henkilö saavuttaa lääkekaton (605,13 euroa vuonna 2017), maksaa hän loppuvuoden ajalta 2,50 euron omavastuun jokaisesta korvattavasta tuotteesta. Tilanne oli hieman erilainen vuonna 2015, jolloin aineistomme on kerätty, eli vuosiomavastuu oli 612,62 euroa, jonka jälkeen lääkekohtainen omavastuu oli 1,50 euroa. Tällöin alkuomavastuuta ei myöskään ollut. Myös ylempien erityiskorvausluokan omavastuuta on nostettu 3 eurosta 4,50 euroon. (ks. liitekuva 1.)

Kuvio 4.17. Keskimääräiset lääkkeiden omavastuut (€) tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (vain ne, joilla ollut lääkkeiden omavastuita vuoden 2015 aikana).

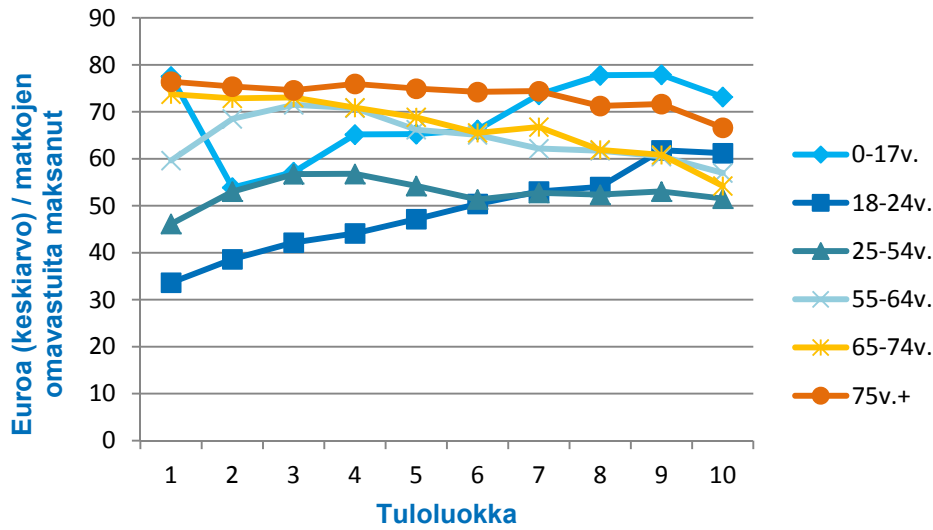


Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Lääkkeiden omavastuun enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 5 000 euroa poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi.

Kela korvaa myös osan terveydenhuoltoon tehdyn matkan kustannuksista, kun matka on tehty sairauden, raskauden tai synnytyksen vuoksi. Myös kuntoutukseen tehtyjä matkoja korvataan.⁴⁸ 10 prosenttia otoksestamme on maksanut matkojen omavastuita Kelan korvausten jälkeen. Keskimääräiset omavastuut niitä maksaneilla jäävät alle 100 euroon kaikissa ikä- ja tuloryhmissä (Kuvio 4.18). Alle 25-vuotiailla omavastuut kasvavat tulojen myötä (lukuun ottamatta alinta tulodesiiliä 0-17-vuotiaiden ryhmässä), kun taas 65 vuotta täyttäneillä matkojen omavastuut keskimäärin alenevat tulojen kasvun myötä.

⁴⁸ Vuonna 2017 omavastuuosuus yhteen suuntaan tehdystä matkasta oli 25 euroa. Kela-korvaus maksetaan tämän yltävältä osalta. Kalenterivuoden maksukatto on 300 euroa, jonka jälkeen Kela korvaa loppuvuoden matkat kokonaan. Vuonna 2015 omavastuuosuus yhdeltä matkalta oli huomattavasti alhaisempi eli 16 euroa, myös matkakatto koko vuoden osalta on noussut 272 eurosta.

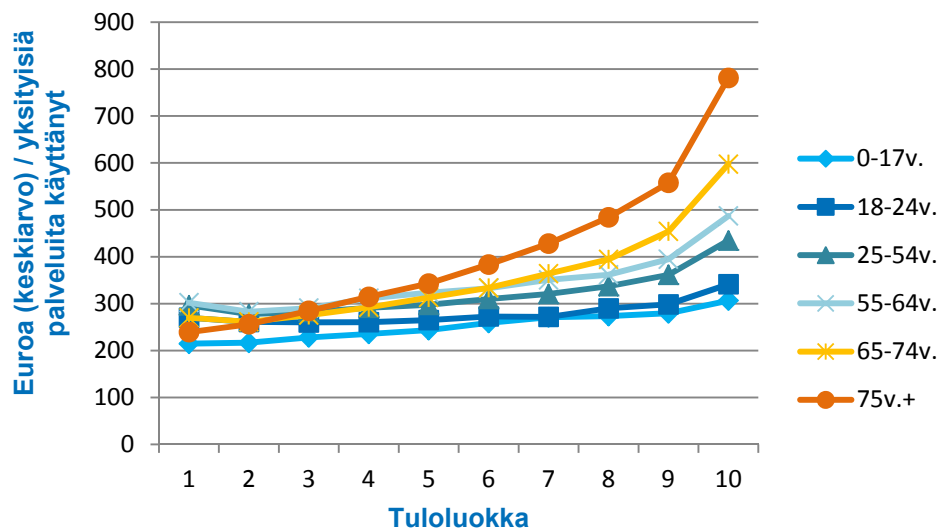
Kuvio 4.18. Keskimääräiset matkojen omavastuut (€) tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (vain ne, joilla ollut omavastuita vuoden 2015 aikana).



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Matkojen omavastuiden enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 272 euroa vuoden 2015 matkakaton mukaisesti.

Yksityisten palveluiden Kela-korvauksia on viime vuosina huomattavasti vähennetty. Korvaus on enintään korvaustaksan määrä, esimerkiksi 30 minuutin erikoislääkärin vastaanotosta korvataan taksaluettelon mukaan 16,50 euroa ja loput jää itse maksettavaksi.⁴⁹ Kuvioista 4.19 näkyy, että omavastuumäärät kasvavat tulojen mukaan kaikissa ikäryhmissä, samalla kun yksityisten palveluiden käyttö yleisempää ylemmissä tuloluokissa on yleisempää. Pienituloisille yksityisten palveluiden käyttö on tavallisesti tuloihin suhteutettuna kallista Kela-korvauksista huolimatta, joten heillä käyttö on huomattavasti vähäisempää (ks. myös Blomgren ym. 2015).

Kuvio 4.19. Keskimääräiset yksityisten palveluiden omavastuut (€) tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (vain ne, joilla ollut omavastuita vuoden 2015 aikana).



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen.

⁴⁹ Kelan taksaluettelo: <http://www.kela.fi/documents/10180/0/Sairaanhoitokorvausten+taksat+8.6.2017/6b0fc704-b893-4298-ac4c-6b6fbf2bc0de> (viitattu 14.2.2018)

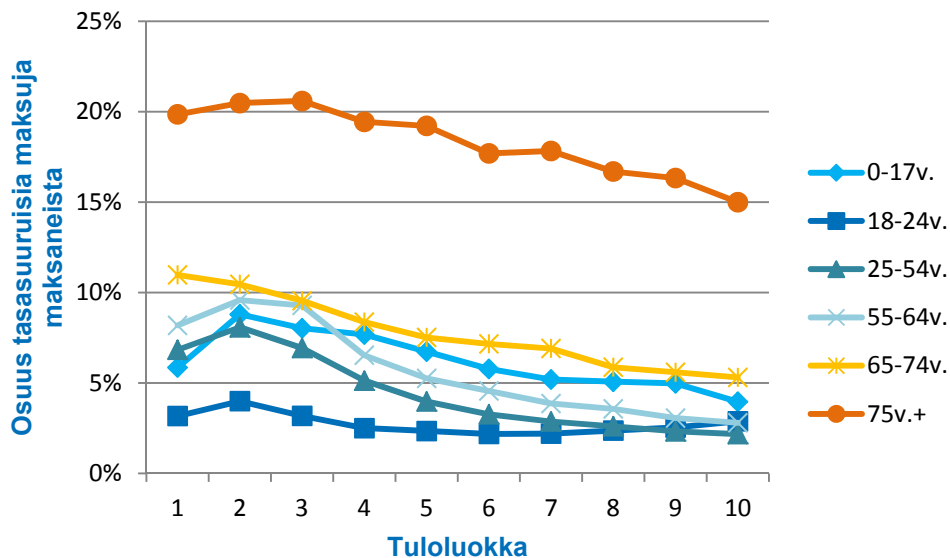
4.4.3. Terveysthuollon asiakasmaksujen maksukaton rooli

Kuviossa 4.20 on esitetty maksukaton saavuttaneiden osuus tulo- ja ikäryhmittäin niistä henkilöistä, jotka ovat maksaneet tasasuuruksia (eli maksukaton piiriin kuuluvia) maksuja vuoden 2015 aikana. Maksukatto on täyttynyt 2,9 prosentilla väestöstä tai 7,4 prosentilla tasasuuruksia maksaneista, eli noin 162 000 henkilöllä.

Nuorimmassa ikäryhmässä maksukatto on täyttynyt keskiarvoa useammin, osaksi sen takia, että alle 18-vuotiaiden maksukatto on katsottu täytyneeksi myös silloin, kun jommankumman vanhemman maksukatto on täyttynyt. Useimmiten maksukatto on täyttynyt yli 75-vuotiailla, joista lähes joka viidennellä tasasuuruksia maksaneista maksukatto on täyttynyt. (ks. myös taulukko 4.6.)

Varsinkin iäkkäämmillä henkilöillä tuloluokan yhteys maksukaton täyttymiseen on merkittävä: 75 vuotta täyttäneillä ero alimman ja ylimmän tulodesiilin välillä on lähes 5 prosenttiyksikköä ja 65–74-vuotiailla lähes 6 prosenttiyksikköä. Pienempituloisilla maksukatto on täyttynyt useammin.

Kuvio 4.20. Maksukaton saavuttaneiden osuus tasasuuruksia asiakasmaksuja maksaneista tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (2015).



Taulukossa 4.14 havainnollistuu tasasuuruisten maksujen maksukaton merkitys eri tulo- ja ikäryhmissä, eli maksukaton tuottama ”säästö” palveluita käyttävälle. Tästä huomataan, että maksukaton tuottama helpotus henkilön maksurasitukseen on erityisen korkea vanhimmassa ikäryhmässä. Nuoremmissa ikäryhmissä maksukaton vaikutus on keskimäärin huomattavasti pienempi. Keskimäärin maksukatto säästää maksukaton täyttäneille 520 euroa vuodessa ja maksaa asiakasmaksutulojen menetyksenä noin 84 miljoonaa euroa kunnille.

Taulukko 4.14. Terveysthuollon maksukaton merkitys tuloluokan ja ikäryhmän mukaan (vain ne, joilla maksukatto täyttynyt vuonna 2015) (€ / hlö).

	0-17v.	18-24v.	25-54v.	55-64v.	65-74v.	75v.+
1	24	464	450	545	637	763
2	10	458	419	608	667	811
3	12	509	396	641	657	866
4	14	442	332	608	664	902
5	18	485	291	537	635	866
6	20	527	288	508	629	907
7	23	494	302	533	626	891
8	28	573	296	473	618	881
9	37	651	289	447	636	822
10	40	573	319	427	563	857

Huom. Taulukko kuvaa "potentiaalisten maksujen" ja maksettujen tasasuuruisten maksujen erotusta euroissa. Eli maksukaton tuottamaa helpotusta maksurasitukseen keskimäärin ryhmässä. Maksukaton täyttymisen jälkeen henkilö maksaa edelleen lyhytaikaisen vuodeosastohoidon ylläpitokustannuksen, mutta ei muita maksukaton piiriin kuuluvia asiakasmaksuja.

4.4.4. Tarkastelu sairausryhmittäin

Tässä osiossa tarkastellaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja kahdeksassa tärkeässä sairausryhmässä: diabetes, astma, psykoosit, verenpainetauti, sepelvaltimotauti, syövät, dementia ja epilepsia. Nämä ovat yleisiä väestössä ja merkittäviä terveydenhuollon kustannusten kannalta aiemman tutkimuksen mukaan (Vaalavuo ym. 2013). Nämä sairausryhmät on määritelty vuoden 2015 aikana voimassa olleisiin Kelan erityiskorvausoikeuksiin perustuen.⁵⁰ Analyysi perustuu 70 prosentin otokseen.

Yleisimmät näistä sairauksista on verenpainetauti (10,2 % väestöstä) ja diabetes (6,9 %). Pääasiassa diagnoosit ovat keskittyneet vanhempiin ikäryhmiin (Taulukko 4.15). Taulukossa 4.16 on esitelty näiden henkilöiden keskimääräisiä asiakasmaksuja. Tuloksista näkyy, että diagnosoidut sairaudet ovat yhteydessä korkeampiin asiakasmaksuihin, vaikkakin eroja löytyy diagnoosien ja asiakasmaksutyypin välillä. Esimerkiksi psykoosia, epilepsiaa ja dementiaa sairastavilla tulosidonnaiset asiakasmaksut ovat huomattavasti korkeammat.

Taulukko 4.15. Tiettyjen diagnoosien yleisyys ikäryhmän mukaan vuonna 2015.

	Diabetes	Psykoosit	Astma	Verenpainetauti	Sepelvaltimotauti	Syövät	Epilepsia	Dementia
18-24v.	1,0 %	0,9 %	2,1 %	0,1 %	:	0,1 %	1,0 %	:
25-54v.	2,7 %	2,0 %	3,8 %	2,4 %	0,4 %	0,6 %	1,2 %	:
55-64v.	9,3 %	2,8 %	6,3 %	13,0 %	3,4 %	2,6 %	1,6 %	0,1 %
65-74v.	15,0 %	2,7 %	8,1 %	23,3 %	8,2 %	4,7 %	1,6 %	1,0 %
75v.+	16,6 %	2,7 %	9,9 %	32,3 %	18,6 %	6,6 %	1,8 %	11,0 %
Kaikki	6,9 %	2,2 %	5,3 %	10,2 %	4,0 %	2,1 %	1,4 %	1,4 %

Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen.

⁵⁰ Eryityskorvausoikeudet, joita käytetty sairauksien identifioinnissa: diabetes 103, astma 203, psykoosi 112, 188, verenpainetauti 205, sepelvaltimotauti 201, syöpä 115, 116, 117, 128, 130, 180, 184, 185, 189, 311, 312, 316, dementia 307, epilepsia 111, 181, 182, 183.

Taulukko 4.16. Keskimääräiset asiakasmaksut (€ / hlö) diagnoosi- ja ikäryhmittäin vuonna 2015.

Tasasuuruiset asiakasmaksut, euroa									
	Diabetes	Psykoosit	Astma	Veren-painetauti	Sepel-valtimo-tauti	Syövät	Epi-lepsia	De-mentia	Koko ikäryhmä
18-24v.	161	473	72	:	:	342	191	:	46
25-54v.	134	265	87	98	144	292	165	:	51
55-64v.	121	215	109	98	135	275	204	306	67
65-74v.	151	266	152	129	159	292	289	417	100
75v.+	289	355	295	267	291	357	426	439	233
Tulosidonnaiset asiakasmaksut, euroa									
	Diabetes	Psykoosit	Astma	Veren-painetauti	Sepel-valtimo-tauti	Syövät	Epi-lepsia	De-mentia	Koko ikäryhmä
18-24v.	100	1428	97	:	:	190	1 554	:	55
25-54v.	213	1304	73	131	79	101	1 702	:	75
55-64v.	223	1759	125	129	97	139	1 569	3 155	127
65-74v.	243	1824	157	184	151	151	1 454	3 097	181
75v.+	1099	3040	917	1109	1079	895	2 444	4 222	1069
Suun terveydenhuollon asiakasmaksut, euroa									
	Diabetes	Psykoosit	Astma	Veren-painetauti	Sepel-valtimo-tauti	Syövät	Epi-lepsia	De-mentia	Koko ikäryhmä
18-24v.	36	37	31	:	:	27	32	:	27
25-54v.	46	48	38	40	41	38	40	:	30
55-64v.	39	47	38	34	34	33	36	32	29
65-74v.	31	32	31	29	29	31	29	25	27
75v.+	21	19	22	20	21	25	21	18	21

Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen.

4.4.5. Maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista

Tasasuuruisten asiakasmaksujen osuus henkilön käytettävissä olevista tuloista (ekvivalentit kotitalouden käytettävissä olevat tulot) on keskimäärin pieni. Kun asiaa katsotaan tuloryhmittäin, on osuus suurempi pienituloisilla, mutta alimmassakin tuloryhmässä vain 2,2 prosenttia käytettävissä olevista tuloista, vaikka tarkastellaan ainoastaan henkilöitä, jotka ovat tasasuuruksia asiakasmaksuja maksaneet. Maksukaton täyttymisen jälkeen maksettavat ylläpitokustannukset vaikuttavat jonkin verran tuloksiin; ilman näitä ylläpitokustannuksia osuus tuloista olisi alimmassa tulodesiilissä 1,8 prosenttia.

Tulosidonnaiset maksut ovat sen sijaan selvästi suurempi taloudellinen rasite niitä maksaville. Alimmassa tuloluokassa maksujen osuus on 20,1 prosenttia tuloista ja ylimmässä tuloluokassa 11,9 prosenttia tuloista (Taulukko 4.17). Toisaalta näihin menoihin usein kuuluu muun muassa asuminen ja ruoka.

Taulukko 4.17. Asiaksmaksujen osuus käytettävissä olevista tuloista (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja vuoden 2015 aikana).

	Tasasuuruiset maksut (keskiarvo €)	Käytettävissä olevat tulot (keskiarvo €)	Osuus tuloista		Tulosidonnaiset maksut (keskiarvo €)	Käytettävissä olevat tulot (keskiarvo €)	Osuus tuloista
1	214	9 949	2,2 %	1	2 311	11 501	20,1 %
2	252	14 624	1,7 %	2	3 266	14 617	22,3 %
3	244	17 312	1,4 %	3	3 591	17 263	20,8 %
4	219	19 886	1,1 %	4	3 656	19 813	18,5 %
5	198	22 423	0,9 %	5	3 597	22 356	16,1 %
6	182	25 028	0,7 %	6	3 591	24 984	14,4 %
7	171	27 944	0,6 %	7	3 853	27 906	13,8 %
8	162	31 578	0,5 %	8	3 949	31 492	12,5 %
9	155	37 041	0,4 %	9	4 403	37 034	11,9 %
10	151	60 911	0,2 %	10	6 487	63 288	10,2 %

Taulukossa 4.18 on lisäksi esitetty tulosidonnaisten maksujen osalta maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista erikseen vanhainkodissa, vanhusten tehostetussa palveluasumisessa, pitkäaikaisessa vuodeosastohoidossa ja kehitysvammaisten laitos- tai asumispalveluissa olleille (tulosidonnaiset maksut on kuitenkin huomioitu kaiken palvelukäytön osalta).

Tulokseen vaikuttaa huomattavasti se, kuinka pitkään henkilö on palvelua käyttänyt ja tämä vaihtelee myös tuloluokan mukaan (aineistomme mukaan hoitojaksojen pituudet ovat keskimäärin pidemmät tulonjaon alapäässä). Keskiarvoa alentaa siis se, jos palvelua käyttävät monet vain lyhyen aikaa. Pienituloisilla kehitysvammaisten asumispalveluissa olleilla maksujen osuus ylittää 70 prosenttia tuloista. Vanhainkodissa asuvilla osuus tuloista on lähes 50 prosenttia alimmissa tuloluokissa. Myös pitkäaikaisen vuodeosastohoidon asiakasmaksut voivat nousta erittäin korkeiksi suhteessa tuloihin, mutta palvelua käyttäneitä on vain hyvin pieni osuus väestössä.

Taulukko 4.18. Tulosidonnaisten asiakasmaksujen osuus käytettävissä olevista tuloista tietyissä asiakasryhmissä, tuloluokittain (vain ne, joilla ollut kyseisiä maksuja vuoden 2015 aikana).

	Vanhainkoti (vain yli 65-vuotiaat)		Tehostettu palveluasuminen (vain yli 65-vuotiaat)		Pitkäaikainen vuodeosastohoito (yli 90 pv)		Kehitysvammaisten asumis- ja laitospalvelut	
	Palvelua käyttäneiden osuus yli 65-vuotiaista	Maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista	Palvelua käyttäneiden osuus yli 65-vuotiaista	Maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista	Palvelua käyttäneiden osuus väestössä	Maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista	Palvelua käyttäneiden osuus väestössä	Maksujen osuus käytettävissä olevista tuloista
1	2,1 %	47 %	3,5 %	23 %	0,2 %	49 %	0,6 %	75 %
2	2,2 %	47 %	4,8 %	28 %	0,3 %	41 %	0,9 %	78 %
3	2,2 %	48 %	5,9 %	30 %	0,3 %	43 %	0,4 %	71 %
4	1,8 %	42 %	5,4 %	29 %	0,2 %	42 %	0,2 %	54 %
5	1,6 %	38 %	3,8 %	27 %	0,1 %	43 %	0,2 %	45 %
6	1,4 %	34 %	3,0 %	25 %	0,1 %	41 %	0,1 %	34 %
7	1,3 %	32 %	2,6 %	24 %	0,1 %	41 %	0,1 %	27 %
8	1,1 %	29 %	2,2 %	23 %	0,0 %	39 %	0,1 %	22 %
9	0,9 %	29 %	1,7 %	22 %	0,0 %	35 %	0,1 %	17 %
10	0,7 %	28 %	1,2 %	22 %	0,0 %	33 %	0,1 %	13 %

Huom. Asiakasmaksujen osalta otetaan tässä huomioon kaikki vuoden aikana syntyneet tulosidonnaiset asiakasmaksut, ei vain tiettyyn palveluun liittyvät maksut. Palvelun käyttäjäksi lasketaan kaikki, jotka ovat vuoden 2015 aikana palvelua käyttäneet.

Suhteessa henkilön käytettävissä oleviin tuloihin kohtuuttoman suuret asiakasmaksut sekä lääke- ja matkaomavastuut eivät ole kovin yleinen ongelma Suomessa. Koko väestössä 3,5 prosentilla näiden maksujen osuus on yli 10 prosenttia henkilön käytettävissä olevista tuloista, 2,2 prosentilla yli 20 prosenttia tuloista, 1,6 prosentilla yli 30 prosenttia tuloista ja 1,0 prosentilla yli 40 prosenttia tuloista. Taulukoissa 4.19 ja 4.20 on esitetty ikäryhmittäin ja tuloluokittain väestöosuus, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut ja lääkkeiden ja matkojen omavastuut ylittävät 20 tai 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista. 75 vuotta täyttäneillä ja alemmissa tuloluokissa suuret maksuosuudet ovat yleisempiä.

Taulukko 4.19. Henkilöt, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuut ylittävät 20 tai 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista, ikäryhmän mukaan vuonna 2015.

	Osuus yli 20 % tuloista	Osuus yli 40 % tuloista
0-17v.	0,2 %	0,1 %
18-24v.	0,8 %	0,5 %
25-54v.	0,9 %	0,6 %
55-64v.	1,4 %	0,9 %
65-74v.	2,2 %	1,0 %
75v.+	13,9 %	5,1 %

Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Lääkkeiden omavastuun enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 5 000 euroa poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi. Matkojen omavastuiden enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 272 euroa vuoden 2015 matkakaton mukaisesti. Mukana tasasuuruiset, tulosidonnaisten ja suun terveydenhuollon asiakasmaksut.

Taulukko 4.20. Henkilöt, joilla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuut ylittävät 20 tai 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista, tuloryhmän mukaan vuonna 2015.

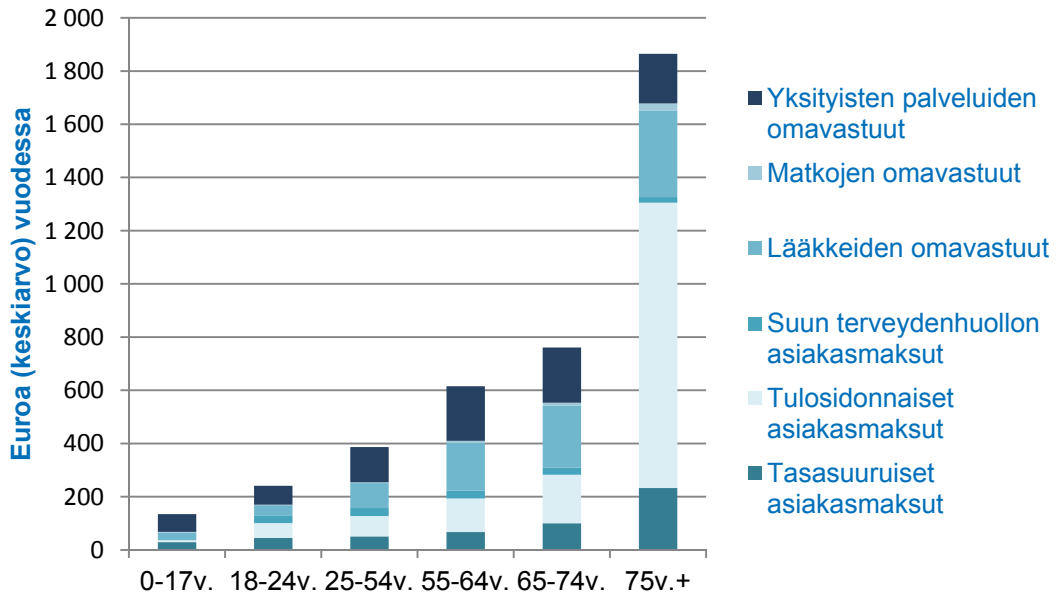
	Osuus yli 20 % tuloista	Osuus yli 40 % tuloista
1	3,2 %	1,9 %
2	4,8 %	2,6 %
3	4,5 %	1,9 %
4	3,2 %	1,1 %
5	1,9 %	0,6 %
6	1,2 %	0,4 %
7	0,8 %	0,3 %
8	0,5 %	0,2 %
9	0,4 %	0,1 %
10	0,3 %	0,1 %

Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Lääkkeiden omavastuun enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 5 000 euroa poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi. Matkojen omavastuiden enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 272 euroa vuoden 2015 matkakaton mukaisesti. Mukana tasasuuruiset, tulosisonnaiset ja suun terveydenhuollon asiakasmaksut.

Kuviossa 4.21 on tarkasteltu sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen rakennetta ottaen huomioon tasasuuruiset ja tulosisonnaiset asiakasmaksut, suun terveydenhuollon asiakasmaksut, sekä yksityisten palveluiden, lääkkeiden ja matkojen omavastuut. Ensinnäkin nähdään, että tulosisonnaisten maksujen osuus on selkeästi suurin yli 75-vuotiailla, mutta nuoremmissa ikäryhmissä eri menolajit ovat tasaisemmin jakautuneet niin, että yksityisten palveluiden omavastuut ja lääkkeiden omavastuut ovat suuremmat kuin muut maksut.

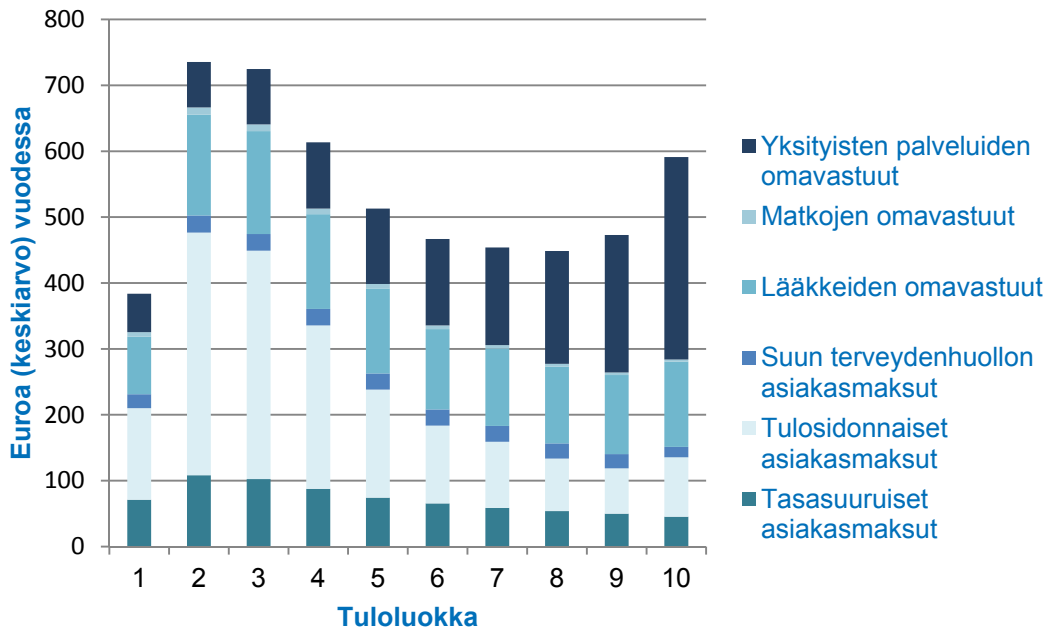
Kuviossa 4.22 on vastaavasti tarkasteltu asiaa tuloluokittain. Tulosisonnaiset maksut ovat suurimmat absoluuttisesti ja suhteellisesti toisesta neljanteen tulodesiiliin, kun taas yksityisten palveluiden omavastuiden merkitys vahvistuu tulonjaon yläpäässä. Alimmassa tulodesiilissä yhteenlasketut menot ovat absoluuttisesti pienemmät kuin muissa desiileissä. Lääkkeiden omavastuiden merkitys kokonaiskuvassa on merkittävä; niiden osuus kaikista menoista on noin neljännes, eli huomattavasti enemmän kuin tasasuuruisten maksujen osuus.

Kuvio 4.21. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen rakenne ikäryhmittäin vuonna 2015 (€ vuodessa).



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Lääkkeiden omavastuun enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 5 000 euroa poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi. Matkojen omavastuiden enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 272 euroa vuoden 2015 matkakaton mukaisesti.

Kuvio 4.22. Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujen rakenne tuloryhmittäin vuonna 2015 (€ vuodessa).



Huom. Perustuu 70 prosentin otokseen. Lääkkeiden omavastuun enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 5 000 euroa poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi. Matkojen omavastuiden enimmäismääräksi on aineistossa asetettu 272 euroa vuoden 2015 matkakaton mukaisesti.

4.5. Arvio asiakasmaksujen muutosten vaikutuksista

4.5.1. Tasasuuriset asiakasmaksut ja maksukaton muutokset

Tällä hetkellä suurella osalla väestöstä (62,0 %) ei ole lainkaan terveydenhuollon tasasuurisia asiakasmaksuja (Taulukko 4.21). Lisäksi noin kolmanneksella väestöstä tasasuuriset asiakasmaksut jäävät alle 80 prosentin maksukatosta, eli alle 543,20 euroon. Maksukatto täyttyi vuonna 2015 2,9 prosentilla väestöstä. Jos suun terveydenhuolto olisi sisällytetty maksukaton piiriin, niin maksukatto olisi täytynyt lisäksi noin 13 000 henkilöllä. Suun terveydenhuollon sisältäminen maksukaton piiriin tarkoittaisi laskelmamme perusteella noin 5,4 miljoonan euron kustannuksia (sisältää maksukaton jo nyt ylittäneiden henkilöiden noin 4,1 milj. euron suun terveydenhuollon kustannukset ja 'uuden maksukaton' ylittäneiden henkilöiden maksukaton ylityksen, eli noin 1,3 milj. euroa).⁵¹

Tasasuuriset asiakasmaksut olivat aineistossa yhteensä 389 miljoonaa euroa vuoden 2015 asiakasmaksuilla ja rahan arvolla. Ilman kunnallista terveydenhuollon maksukattoa tasasuuriset asiakasmaksut olisivat olleet 473 miljoonaa euroa. Maksukaton kotiitalouksien yhteenlaskettua asiakasmaksujen määrää alentava vaikutus oli siis 84 miljoonaa euroa. Tämä summa kohdistui pienelle väestönosalle, vain noin 2,9 prosentille.

Jos maksukattoa alennettaisiin 0-20 prosenttia vuoden 2015 tasosta, niin se vaikuttaisi enimmillään alle prosenttiin yli 18-vuotiaasta väestöstä. Jos maksukattoa taas nostettaisiin jopa 20 prosenttia, noin 2,7 prosenttia väestöstä joutuisi maksamaan enemmän asiakasmaksuja. Suurimmat asiakasmaksut, eli yli 50 prosenttia yli maksukaton (n. 1 018 euroa) keskittyvät vanhimpaan ikäryhmään, joista 8,5 prosentilla asiakasmaksut menevät tämän summan yli.

Suurimmat maksukattojen ylitykset keskittyvät alempiin tuloluokkiin, mikä tarkoittaa, että asiakasmaksujen maksukaton nostamisella olisi epätoivottavia tulonjaollisia seurauksia, vaikkakin ne jäisivät suhteellisen pieniksi väestötasolla (Taulukko 4.22). Lisäksi huomataan, että erityisesti vaikeaa dementiaa (20,5 %), psykoosia (9,3 %) ja syöpää (9,7 %) sairastavilla asiakasmaksut ylittävät yli 50 prosentilla maksukaton (Taulukko 4.23). Näistä tiedoista voi päätellä, keihin kohdistuisivat muutokset maksukaton tasossa.

Taulukko 4.21. Maksukattojen täyttymisen aste ikäryhmän mukaan vuonna 2015.

	Ei asiakasmaksuja	Maksut alle 80% maksukatosta	Maksut 80-100% maksukatosta	Maksut 100-120% maksukatosta	Maksut 120-150% maksukatosta	Maksut yli 150% maksukatosta	Kaikki
18-24v.	67,9 %	30,8 %	0,4 %	0,2 %	0,2 %	0,5 %	100,0 %
25-54v.	68,5 %	29,9 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,6 %	100,0 %
55-64v.	62,2 %	35,2 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	1,1 %	100,0 %
65-74v.	54,1 %	41,2 %	1,1 %	0,7 %	0,7 %	2,2 %	100,0 %
75v.+	39,1 %	47,0 %	2,1 %	1,6 %	1,7 %	8,5 %	100,0 %

⁵¹ Eduskunnassa on tehty helmikuussa 2018 lakialoite asiakasmaksuja koskevan lainsäädännön muuttamisesta niin, että suun terveydenhuolto kuuluisi maksukaton piiriin. https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/Lakialoite/Sivut/LA_1+2018.aspx (viitattu 2.3.2018)

Taulukko 4.22. Maksukattojen täyttymisen aste tuloluokan mukaan vuonna 2015.

	Ei asiakas- maksuja	Maksut alle 80% maksu- katosta	Maksut 80-100% maksu- katosta	Maksut 100-120% maksu- katosta	Maksut 120-150% maksu- katosta	Maksut yli 150% maksu- katosta	Kaikki
1	65,3 %	31,0 %	0,8 %	0,5 %	0,5 %	1,9 %	100,0 %
2	54,1 %	39,4 %	1,3 %	0,9 %	0,9 %	3,5 %	100,0 %
3	54,7 %	39,2 %	1,2 %	0,8 %	0,8 %	3,3 %	100,0 %
4	57,2 %	38,0 %	1,0 %	0,6 %	0,6 %	2,5 %	100,0 %
5	60,1 %	36,2 %	0,8 %	0,5 %	0,5 %	1,9 %	100,0 %
6	61,9 %	35,2 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	1,4 %	100,0 %
7	63,6 %	33,9 %	0,6 %	0,4 %	0,3 %	1,1 %	100,0 %
8	65,2 %	32,8 %	0,5 %	0,3 %	0,3 %	0,9 %	100,0 %
9	66,7 %	31,6 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,7 %	100,0 %
10	69,0 %	29,5 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,6 %	100,0 %

Taulukko 4.23. Maksukattojen täyttymisen aste diagnoosin mukaan vuonna 2015.

	Ei asiakas- maksuja	Maksut alle 80% maksu- katosta	Maksut 80-100% maksu- katosta	Maksut 100-120% maksu- katosta	Maksut 120-150% maksu- katosta	Maksut yli 150% maksu- katosta	Kaikki
Diabetes	40,6 %	49,8 %	1,9 %	1,3 %	1,3 %	5,2 %	100,0 %
Psykoosit	36,8 %	46,8 %	2,9 %	2,0 %	2,2 %	9,3 %	100,0 %
Astma	44,4 %	48,1 %	1,6 %	1,1 %	1,1 %	3,7 %	100,0 %
Verenpainetauti	44,8 %	46,0 %	1,7 %	1,2 %	1,2 %	5,1 %	100,0 %
Sepelvaltimotauti	35,1 %	51,9 %	2,5 %	1,7 %	1,7 %	7,1 %	100,0 %
Syövät	16,5 %	62,3 %	4,9 %	3,3 %	3,3 %	9,7 %	100,0 %
Epilepsia	35,7 %	51,1 %	2,1 %	1,5 %	1,5 %	8,2 %	100,0 %
Dementia	36,4 %	36,4 %	2,5 %	1,9 %	2,4 %	20,5 %	100,0 %

4.5.2. Asiaksmaksujen keskittyminen väestössä

Tasasuuruisia maksuja merkittävämpi maksu euromäärältään on kuitenkin tulosidonnaiset maksut, vaikka ne koskevat huomattavasti pienempää väestönosaa. Kuten edellä todettu, tasasuuruisten maksujen maksukertymä on aineiston mukaan 389 miljoonaa euroa, kun taas tulosidonnaisten maksujen maksukertymä on 915 miljoonaa euroa (suun terveydenhuollon maksukertymä on 124 miljoonaa euroa). Myös suhteessa henkilön tuloihin juuri tulosidonnaiset maksut tuottavat tuntuvimman maksurasitteen. Tärkeää on myös tarkastella vaihtelua maksujen tasossa, eli katsoa keskiarvojen taakse.

Olemmekin tarkastelleet asiakasmaksujen keskittymistä väestössä, koska aiemmasta tutkimuksesta on selvinnyt, että palveluiden käyttö on väestössä hyvin keskittynyttä (esim. Kapiainen ym. 2010). Kun tasasuuruisia maksuja maksaneet jaetaan maksujen perusteella kymmeneen ryhmään, nähdään, että korkeimpia asiakasmaksuja maksaneet (eli 3,6 % koko väestöstä) maksavat lähes 47 prosenttia kaikista tasasuuruista asiakasmaksuista (maksukertymä yhteensä 182 milj. euroa). Heillä tasasuuruiset asiakasmaksut vuoden aikana ovat keskimäärin 921 euroa (summa menee yli maksukaton, sillä sen ylittämisen jälkeen henkilö maksaa edelleen ylläpitomaksut lyhytaikaisessa vuodeosastohoidossa).

Tulosidonnaisten maksujen osalta nähdään, että korkeimpia asiakasmaksuja maksaneet (eli 0,5 % koko väestöstä ja 10 % tulosidonnaisia maksuja maksaneista) maksavat yli 44 prosenttia kaikista tulosidonnaisista maksuista (maksukertymä yhteensä 405 milj. euroa). Tässä ryhmässä keskimääräinen asiakasmaksu on 15 000 euroa vuodessa.

Suun terveydenhuollossa korkeimpia asiakasmaksuja maksaneet (eli 2,2 % koko väestöstä ja 10 % suun terveydenhuollon maksuja maksaneista) maksavat noin 30 prosenttia kaikista suun terveydenhuollon maksuista (maksukertymä yhteensä 37,6 milj. euroa).

Tämä tarkastelu osoittaa, että suurin maksurasite keskittyy pienelle osalle väestöstä, kun taas suurimmalla osalla väestöstä maksut ovat pienet tai vähintään kohtuulliset. Lainsäädäntöä uudistettaessa tulisikin miettiä, miten tätä maksurasitteen keskittymistä voisi huojentaa niin, ettei pienellä osalla väestöstä maksut muutu kohtuuttomiksi. Tähän voi todennäköisesti helpoiten puuttua maksuvapautuksilla tai –alennuksilla, kuten asiakasmaksulain 11 §:ssä on tarkoitettu.

5. MAKSUPERUSTEIDEN VAIHTOEHTOISTEN MUUTOSTEN VAIKUTUSTEN SIMULOINTIMALLI

Katja Ilmarinen, Satu Kapiainen, Merja Korajoki, Ismo Linnosmaa, Pasi Moisio, Susanna Mukkila

5.1. Johdanto

Tilastokeskuksen ylläpitämän SISU-mikrosimulointimallin pohja-aineistossa (jatkossa myös tulonjakoaineisto) on tiedot noin 800 000 henkilön tuloista ja verotuksesta. Tulonjakoaineiston täydentäminen sosiaali- ja terveystalouden palvelujen käyttöä koskevilla tiedoilla mahdollistaisi erilaisien maksujärjestelmien ja asiakasmaksujen vaikutusten arvioinnin paitsi asiakasmaksutulokertymään myös palveluja käyttävien kotitalouksien toimeentuloon. Jos samassa malliympäristössä olisi käytettävissä tiedot asiakasmaksuista, toimeentuloturvaetuuksista ja tuloverotuksesta sekä laskentasäännöt kaikkien näiden määräytymisestä, olisi mahdollista tarkastella asiakasmaksujärjestelmään kohdistuvien politiikkatoimien sekä etuus- ja verotuslainsäädännön reformien yhteisvaikutuksia sekä niiden taloudellisia kokonaisvaikutuksia. Palvelujen käyttötiedoilla laajennettua aineistoa voisi mahdollisesti hyödyntää myös laajana tietopankkina ilman simulointia; jo sellaisenaan se tarjoaisi täysin uutta tietoa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen käyttäjien tulonmuodostuksesta ja toimeentulosta.

Teknisesti toimiva suunnitelma hoitoilmoitusrekistereistä saatavien palvelujen käyttötietojen yhdistämiseen mikrosimulointimallin pohjadataan on vasta ensimmäinen vaihe, lisäksi tarvitaan asianmukaiset yhdistämisluvat. Myös laajennetun pohja-aineiston mahdollisesta käytöstä muihin selvityksiin ja tutkimuksiin kuin simulointeihin on erikseen neuvoteltava ja sovitava. Nykyiselläänkin SISU-mallin pohja-aineiston käyttö muuhun kuin simulointiin vaatii erillisen käyttöluvan. Lupaprosesseissa tarvitaan sekä THL:n että Tilastokeskuksen juristien ja päätösvaltaisen tahon keskinäisiä neuvotteluja. Vaikuttaisi siltä, että pelkästään SISU-mallin käyttöluvalla ei ole mahdollista käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon käyntitietojen perusteella rakennettavaa asiakasmaksulisäosaa, vaan sitä varten tarvitaan erillinen THL:n käyttö lupa.

Tässä luvussa esitellään selvitys ja suunnitelma siitä, kuinka SISU-mikrosimulointimallin aineistopohjaa voidaan laajentaa sosiaali- ja terveystalouden palvelujen käyttöön liittyvillä tiedoilla. Lisäksi esitellään, miten käyttötietojen perusteella voidaan määritellä asiakasmaksujen suuruus. Tavoitteena on luoda väline, jolla voi arvioida SOTE-palvelujen asiakasmaksujen muutosten vaikutuksia asiakasmaksukertymiin sekä palveluiden käyttäjien taloudelliseen asemaan ja palveluiden käyttöön. Selvitys on toteutettu läheisessä yhteistyössä Tilastokeskuksen ja SOSTE Suomen sosiaali- ja terveys ry:n kanssa.

Selvityksessä pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. miten aineistopohjan laajennuksen vaatima THL:n palveluiden käyttöä koskevien rekisteritietojen yhdistäminen Tilastokeskuksen SISU-mikrosimulointimallin pohja-aineistoon voidaan toteuttaa,
2. kuinka kuntien (tulevaisuudessa maakuntien) asiakasmaksuja koskevat säännöt ja soveltamisohjeet voidaan viedä SISU-mikrosimulointimalliin sekä
3. millä tavoin maksuperusteiden muutosten (dynaamiset) vaikutukset palvelujen käyttöön voidaan arvioida ja viedä SISU-mikrosimulointimalliin.

5.2. SISU-mallin aineistopohjan laajennus Hilmo-tiedoilla

Uusi aineisto muodostetaan yhdistämällä THL:n ylläpitämien ja hallinnoimien hoitoilmoitusrekisterien, eli perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisterin (AvoHilmo), erikoissairaanhoidon hoitoilmoitusrekisterin (Hilmo) sekä sosiaalipalveluiden hoitoilmoitusrekisterin (SosiaaliHilmo), tietoja Tilastokeskuksen SISU-mikrosimulointimallin pohjadataa käytettävään rekisteriaineistoon. Hoitoilmoitusrekistereistä saatavia tietoja nimitetään tässä raportissa Hilmo-aineistoksi.

5.2.1. Yhdistettävät aineistot

Hoitoilmoitusrekistereihin on kirjattu tiedot sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastapahtumista, kuten esimerkiksi hoitojakson alkamis- ja päättymispäivät sekä terveydenhuollon avokäynnit. Hoitoilmoitusrekisterit eivät sisällä tietoa asiakasmaksuista, vaan asiakasmaksut on pääteltävä tapahtumien ja lainsäädännön perusteella. Kutakin tapahtumaa vastaa rekistereissä yksi rivi, joten samaa asiakasta voi koskea useampi rivi. Rekistereissä on tietoja ainoastaan niistä kansalaisista, joilla on ollut tarkasteluvuonna asiakastapahtumia. SISU-mallin käyttämässä rekisteriotoksessa taas kutakin otokseen kuuluvaa henkilöä vastaa yksi rivi. Näitä rekistereitä ei siis voi yhdistää sellaisenaan, vaan Hilmo-aineistosta saatavat tiedot on muokattava lopullista laskentaa varten sellaiseen muotoon, että niitä voi hyödyntää SISU-mallissa.

Suunnitelmassa rajoitetaan niihin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, joiden asiakasmaksuilla on joko merkittäviä julkisen talouden kustannusvaikutuksia, tulonjakovaikutuksia tai vaikutuksia kotitalouksien toimeentuloon. Lisäksi suunnitelmassa pitäydytään niihin palveluihin, joiden käytöstä on saatavilla tieto hoitoilmoitusrekistereistä.

Tällä rajauksella valittiin seuraavat sote-palvelut:

- erikoissairaanhoidon laitoshoido
- perusterveydenhuollon laitoshoido (lyhyt- ja pitkäaikainen)
- erikoissairaanhoidon avokäynnit
- perusterveydenhuollon avokäynnit
- yli 65-vuotiaiden kotihoito
- yli 65-vuotiaiden palveluasuminen, tehostettu (eli ympärivuorokautinen) palveluasuminen ja laitoshoido.

5.2.2. Huomioita ja kysymyksiä

Hoitoilmoitusjärjestelmän palveluista jätetään huomioimatta:

- vammaispalvelut, koska palvelut ovat pääosin maksuttomia
- lastensuojelu, sillä hoitoilmoitusjärjestelmä ei kata lastensuojelun laitoshoidoa
- päihdehuolto, koska hoitoilmoitusjärjestelmä ei kata päihdehuollon asumispalveluja.

On huomioitava, että AvoHilmossa ei vielä ole tietoja kaikista kunnista kattavasti. AvoHilmon tiedonkeruuta kuitenkin laajennetaan. Hilmo-oppaan esittelysivulla sanotaan esimerkiksi kotihoidon tiedonkoontiin liittyen:

”Tavoite on, että kotihoidon tiedonkeruu siirtyy toteutettavaksi yksinomaan Avohilmon kautta vuonna 2018 ja että erillisestä kotihoidon laskennasta luovutaan tällöin. Edellytyksenä on, että Avohilmon kautta kerätyt tiedot ovat riittävän kattavia”

(<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitoilmoitusjarjestelma-hilmo/hilmo-opas>).

Maksukattojen laskennassa ei tässä vaiheessa huomioida sitä, että perheen lasten terveydenhuoltomaksut kerryttävät jommankumman huoltajan maksukattokertymää. Tämä rajaus

on tehty aineistojen kotitalous- ja perhekäsitteiden epäyhteneväisyyden vuoksi. Rajauksesta ei kuitenkaan aiheudu merkittävää harhaa isossa kuvassa.

5.2.3. Tekninen toteutus

Aineistojen yhdistäminen tehdään Tilastokeskuksen etäkäyttöympäristössä. Tilastokeskuksesta pyydetään tunnistetiedot SISU-rekisteriaineiston henkilöistä yhdistettävän Hilmo-aineiston koon rajoittamiseksi ja aineiston muokkaamisen nopeuttamiseksi. Tietosuojasyistä poimittavien luetteloon saatetaan sisällyttää SISU:n pohja-aineistoon kuulumattomia henkilöitä. THL poimii Hilmo-aineistosta kyseisten henkilöiden tarvittavat tapahtumakohtaiset tiedot, ja nämä viedään Tilastokeskuksen etäkäyttöön. Mikäli tietosuoja- tai muut syyt estävät tapahtumakohtaisten tietojen yhdistämisen SISU-rekisteriaineistoon, aggregoidaan tiedot kuukausitasolle tapahtumaryhmittäin jo THL:ssä.

Tulo- ja perhetietoina käytetään asiakasmaksujen laskennassa SISU-rekisteriaineiston tietoja.

Hilmo-aineistosta poimitaan seuraavat tapahtumat (tässä esimerkkinä vuosi 2016):

- Sosiaali- ja terveydenhuolto (PALVELUALA = 1, 2, 6, 31, 32, 33, 34, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 91, 92, 93, 94)
 - laitoshoido (erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto)
 - erikoissairaanhoidon avokäynnit
 - sosiaalihuollon laitoshoido ja asumispalvelut.
- Perusterveydenhuolto (PALVELUMUOTO = T11, T29, T40, T41, T42, T51, T5*, T71, T80, T81)
 - perusterveydenhuollon avokäynnit
 - kotihoito (yli 65-v.).

Tapahtumatietojen muuttujista siirretään etäkäyttöjärjestelmään varten henkilön yksilöivä tunniste (id) tietojen yhdistämistä varten, palveluala/-muoto, tapahtuman alku ja loppu sekä henkilön kotikunta. Yhdistettävät muuttujat näkyvät taulukossa 5.1.

Taulukko 5.1. Hilmo-rekistereistä poimittavat tiedot yksinkertaistettuna, esimerkki.

Henkilön id	Palveluala	Tapahtuman alku	Tapahtuman loppu	Kotikunta
111	1	31.1.	3.2.	091
111	1	4.4.	6.4.	091
111	2	4.5.	4.5.	091
111	9	1.6.	1.6.	091
...				
112	91	15.1.	15.1.	061
112	93	4.12.	4.12.	061
...				

Kuukausikohtaisten asiakasmaksujen laskentaa varten aineisto muokataan kuukausitasoisiksi palvelujen käyttöä kuvaaviksi tiedoiksi. Kuukausitasoisten tietojen perusteella voidaan laskea koko vuoden asiakasmaksujen yhteismäärä. Tulosidonnaiset asiakasmaksut lasketaan SISU-mallin rekisteriaineiston perusteella mahdollisesti huomioiden asumiskustannukset sekä muut yksilökohtaiset vähennykset tulojen lisäksi, mikäli tiedot niistä on saatavissa pohja-aineistosta.

Hilmo-aineiston tapahtumakohtaisen aineiston perusteella lasketaan kullekin henkilölle kuukausikohtaiset asiakasmaksut luvussa 4 esitetyjä periaatteita mukaillen. Kuukausitasoisten tiedot yhdistetään SISU-mallin pohjadataan. SISU-mallin laskenta tapahtuu joko vuositasolla tai kuukausitasolla. Monissa SISU-mallin käyttämissä muuttujissa ei ole aitoa kuukausittaista tietoa, vaan kuukausitasoisen tiedon päätellään vuositasoisen tiedoista. Jaksotietojen käyttäminen silloin kun niitä on saatavilla lisää laskelmien tarkkuutta, mutta toisaalta kuukautta lyhyempien jaksosten tarkastelu ei välttämättä ole kovin hyödyllistä.

Erityisen haasteen asiakasmaksujen laskemisessa muodostaa terveydenhuollon asiakasmaksujen maksukatto, jonka muutosten vaikutukset tulevat todennäköisesti olemaan tulevaisuudessa tarkasteluissa tärkeä kiinnostuksen kohde. Nykylainsäädännön mukaan asiakas maksaa terveydenhuollon maksukaton täytyttyä lyhytaikaisen laitoshoidon ylläpitomaksua, mutta muut maksukaton piiriin kuuluvat palvelut ovat asiakkaalle maksuttomia maksukaton täyttymisen jälkeen. Tämä on huomioitava laskenta-algoritmia koodattaessa.

SISU-mallissa tapahtuvaa laskentaa varten luodaan parametritaulukot, joihin tallennetaan eri palvelualueiden asiakasmaksut vähintään koko maan tasolla, mahdollisesti tulevaisuudessa myös maakuntatasoiset asiakasmaksut. Lisäksi taulukoihin tallennetaan maksukaton suuruus sekä asiakkaalle jäätävän käyttövaran suuruus tulosisidonnaisten maksujen jälkeen (esim. pitkäaikainen laitoshoido).

5.3. Asiakasmaksujen määräytymisperusteiden laskenta

THL:ssä luodaan SISU-malliin laskentasäännöt, joilla lasketaan kotitalouksien asiakasmaksut Tilastokeskuksen etäkäyttöjärjestelmässä SISU-mallin rekisteriaineiston kotitalouksien tulojen ja kokojen sekä hoitoilmoitusrekistereistä muodostetun Hilmo-aineiston käyntitietojen pohjalta.

5.3.1. Terveysthuollon asiakasmaksut

Terveysthuollon asiakasmaksut eivät ole tulosidonnaisia (pois lukien pitkäaikainen laitoshoido), joten ne voidaan laskea THL:n ylläpitämien hoitoilmoitusrekisterien perusteella ilman tulotietoja.

Terveysthuollon asiakasmaksuista huomioidaan seuraavat:

- terveystkeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelujen maksut
 - Laissa määriteltyjen enimmäismaksujen mukaisesti
 - TK-lääkärimaksujen osalta käytetään kolmen kerran sääntöä (eli maksu peritään maksimissaan kolme kertaa)
- fysioterapiamaksut
- sarjahoidon maksut
- sairaalan poliklinikkamaksut
- päiväkirurgian maksut
- lyhytaikaisen laitoshoidon maksut terveysthuollon ja sosiaalihuollon laitoksissa
- yö- ja päivähoidon maksut
- kuntoutushoidon maksut.

Ongelmakohdat, rajoitukset ja oletukset

Maksukatton täyttymisen jälkeenkin asiakkaat maksavat lyhytaikaisesta laitoshoidosta niin sanottua ylläpitomaksua, eli suoraviivainen maksukattoa kerryttävien asiakasmaksujen summaus ja maksukatton ylittävien menojen huomiotta jättäminen ei onnistu. On tiedettävä, milloin maksukatto täyttyy ja mitä maksuja asiakkaalle kertyy täyttymispäivän jälkeen.

On huomattava, että kaikissa kunnissa ei peritä enimmäismääräisiä terveystkeskusmaksuja. Kuntakohtaista tietoa terveystkeskusmaksujen suuruudesta ei ole automaattisesti saatavissa ja kyseisen tiedon keruu vuosittain vaatisi merkittävän työpanoksen, joten laskelmissa käytetään enimmäismääräisiä maksuja kolmen kerran säännöllä riippumatta henkilön asuinkunnasta. Valitulla menettelytavalla saadaan kuitenkin arvioitua, kuinka paljon asiakasmaksut enimmillään kuormittavat kotitalouksia.

5.3.2. Sosiaalihuollon asiakasmaksut

Tarkasteltavat sosiaalihuollon asiakasmaksut ovat pääasiassa tulosidonnaisia. Suunnitelman mukaan SISU-mallin pohjadataan yhdistetään tiedot seuraavista palveluista:

- yli 65-vuotiaiden kotihoito (tilapäinen ja säännöllinen),
- yli 65-vuotiaiden palveluasuminen (tavallinen ja tehostettu, ns. ympärivuorokautinen palveluasuminen) ja
- yli 65-vuotiaiden pitkäaikainen laitoshoido (perusterveysthuollon vuodeosastohoido, ja vanhain- ja dementiakodit).

Kotihoito

Säännöllisestä kotihoidosta peritään kuukausimaksu, joka määräytyy palvelun laadun, määrän, saajan maksukyvyyn ja perheen koon mukaan. Kunnilla ja yhteistoiminta-alueilla on käytössä omat taulukkonsa asiakasmaksuprosenteista suhteessa hoitotunteihin ja kotitalouden kokoon, minkä vuoksi kuntakohtainen tiedon koonti on työlästä vuosittain toteutettavaksi. Lisäksi koonti on tehtävä ennakoivasti, sillä historiatietoja on vaikea saada, eli aikaisempien

vuosien tiedot olisi käytännössä pyydettävä kunnittain. Tiedon koonti helpottunee, kun järjestämisvastuu siirtyy maakunnille (ja mikäli saman maakunnan alueella olevien kuntien maksut ja maksukäytännöt yhdenmukaistuvat).

Parametrisoinnin mahdollistamiseksi tehdään seuraavat oletukset ja yleistyksset, jotka perustuvat maksujen ja maksukäytäntöjen vuoden 2016 tilanteeseen (Ilmarinen 2017):

- kotihoitoa alle 4 tuntia kuukaudessa → Jos henkilöllä on voimassa oleva palvelu- ja hoitosuunnitelma, hän on säännöllisen kotihoidon piirissä. Tällöin maksu on 15 prosenttia tulorajan ylittävistä bruttotuloista kuukaudessa; 11 prosenttia jos perheeseen kuuluu useampi kuin yksi henkilö. Henkilö ilman palvelu- ja hoitosuunnitelmaa: oletetaan, että henkilö ei ole säännöllisen kotihoidon piirissä → joka käynniltä oletetaan kertamaksu 12,00 euroa,
- kotihoitoa 4 – 29 tuntia kuukaudessa → 20 prosenttia tulorajan ylittävistä bruttotuloista kuukaudessa; 15 prosenttia jos perheeseen kuuluu useampi kuin yksi henkilö,
- kotihoitoa 30 tai yli tuntia kuukaudessa → 35 prosenttia tulorajan ylittävistä bruttotuloista kuukaudessa yksinasuvalla; 22 prosenttia jos perheeseen kuuluu useampi kuin yksi henkilö.

Kotihoidon tietoja käsitellään aikaperusteisina, jos se on mahdollista AvoHilmosta saatavan tiedon perusteella. Mikäli tiedot on pääsääntöisesti ilmoitettu käyntitarkkuudella, maksuprosentit tarkistetaan arvioimalla keskimääräisen käynnin kesto aika.

Kuukausikohtaiset asiakasmaksut muunnetaan vuositasoisiksi summaamalla.

Laskelmissa käytettävä tulokäsite on lain mukaan: ”Kuukausituloina otetaan huomioon palvelun käyttäjän sekä hänen kanssaan yhteistaloudessa avioliitossa tai avioliitonomaisissa olosuhteissa elävän henkilön veronalaiset ansio- ja pääomatulot sekä verosta vapaat tulot”.

Laskelmissa otetaan huomioon, että kotihoidosta perittävä maksu ei saa ylittää palvelun tuotantokustannuksia. Kunnilla on olemassa erilaisia kattohintoja (yleensä €/tunti), joten kotihoidon maksimihinnat eivät siten ole tiedossa kuntakohtaisesti, vaan laskelmissa joudutaan käyttämään keskimääräistä arviota. Lisäksi on huomioitava, että kotihoidon maksua ei peritä sotainvalideilta, joiden haittaprosentti on vähintään 10 prosenttia ja jotka ovat vahingoittuneet tai sairastuneet vuosien 1939–1945 sotien johdosta. SISU-pohjadataan sotilasvammakorvauksesta saadaan tieto tästä.

TIETOLÄHDE: AvoHilmosta saadaan kotihoidon käyntitiedot: päivämäärä ja tulevaisuudessa myös käynnin kesto. Lisäksi AvoHilmosta saadaan tieto, onko henkilöllä voimassa oleva palvelusuunnitelma, jonka perusteella voidaan arvioida onko henkilö tilapäisen vai säännöllisen kotihoidon piirissä. SISU-rekisteristä saadaan tulotiedot sekä tiedot kotitalouden jäsenten määrästä.

Ongelmakohdat, rajoitukset ja oletukset

Suunnitelman mukaan kaikille kotihoidon asiakkaille sovelletaan samoja maksuja kuntakohtaisten maksujen sijasta. Kotihoidon tuotantokustannuksena on käytettävä keskimääräistä arviota, vaikka tuotantokustannukset ja kattohinnat vaihtelevat kunnittain. Lisäksi kotihoidon maksujen kohtuullistamista tai perimättä jättämistä ei pystytä huomioimaan toistaiseksi, sillä yhdistettävissä aineistoissa ei näitä tietoja ole.

Nykytilanteessa kotihoidon käyntitiedot esitetään AvoHilmossa pääsääntöisesti käyntiperustaisina (lukumäärä) kun taas asiakasmaksut määräytyvät kotihoidon tuntien perusteella kuukaudessa. Keskimääräisen kotihoitokäynnin kesto on siten arvioitava. Kotihoidon käyntien pituudessa on kuntakohtaisia eroja, mutta tätä mallissa ei kyetä ottamaan huomioon. Lisäksi on huomioitava, että AvoHilmossa ei vielä ole kaikkien kuntien tietoja kattavasti.

Tavallinen palveluasuminen

Sosiaalihuoltolain mukaisten asumispalvelujen maksuista ei ole säädetty laissa. Maksu ei kuitenkaan saa ylittää palvelun tuotantokustannuksia.

Tavallinen palveluasuminen tyypillisesti rinnastuu hoitomaksun osalta tuettuun asumiseen eli asiakasmaksu on kotihoidon maksu. Palvelutaloissa on käytössä hoitomaksun lisäksi erilaisia palvelumaksuja (muun muassa ateria-, hygieni- ja turvapalvelut), joiden vaihtelu niin sisällöllisesti kuin hinnan osalta on suurta kuntien ja yksikköjenkin välillä.

Palveluasumisen asiakasmaksuna käytetään kotihoidon maksimiprosentteja eli 35 prosenttia yksinasuvulta ja 22 prosenttia pariskunnalta tuloajan ylittävistä bruttotuloista kuukaudessa. Lisäksi otetaan huomioon ateriamaksu 440 euroa kuukaudessa (maakuntien pääkaupunkien ateriamaksujen keskiarvo vuonna 2017).

TIETOLÄHDE: AvoHilmosta saadaan kotihoidon käyntitiedot. SosiaaliHilmosta saadaan tieto siitä, että henkilö asuu ei-ympäri vuorokautisen hoidon asumispalvelussa. SISU-rekisteristä saadaan tulotiedot ja tiedot kotitalouden jäsenten määrästä. Ateriamaksutiedot on koottava kuntien verkkosivuilta tai ottamalla yhteys kuntaan.

Ongelmakohdat, rajoitukset ja oletukset

Lisäselvitystä vaatii vielä, olisiko asiakasmaksuihin syytä sisällyttää esimerkiksi arvio palvelutalon muistakin maksuista kuin ateriamaksu. Asumisen tuen palvelumaksujen huomioiminen vastaisi paremmin asiakkaan tilannetta, mutta toisaalta maksujen käyttö lisäisi oletusten määrää. Lisäksi kaikilla palvelutaloissa asuvilla ei ole käytössään palvelutalon tarjoamia tukipalveluja.

Tehostettu palveluasuminen

Tehostetun eli ympärivuorokautista hoitoa tarjoavan palveluasumisen asiakasmaksukäytännöt ovat kirjavia kuntien ja yksikköjen välillä. Tehostetun palveluasumisen maksuna käytetään laitoshoidon säännöksiä mukaillen 85 prosenttia tuloista (nettotuloista), kun tuloista on vähennetty välttämättömien menojen (vuokra, ateriamaksu, palvelumaksut) ja käyttövaran osuus.

TIETOLÄHDE: SosiaaliHilmosta saadaan tieto, että henkilö asuu ”ympäri vuorokautinen hoito palvelutalossa” tai ”dementiakodissa”. SISU-rekisteristä saadaan tulotiedot ja tiedot kotitalouden jäsenten määrästä. Ateriamaksutiedot ja palvelumaksut on koottava kuntien verkkosivuilta tai ottamalla yhteys kuntaan.

Ongelmakohdat, rajoitukset ja oletukset

Tehostetun palveluasumisen välttämättömät menot ja palvelumaksut on arvioitava, sillä joka kuntaa koskevia tarkkoja tietoja ei ole saatavilla. Palveluasumisessa kuukauden ateriamaksu

on tyypillisesti 440 euroa vuonna 2017 (maakuntien pääkaupunkien käyttämä keskimääräinen maksu), joitakin vuokratietoja saadaan tulonjakoaineistosta, palvelumaksun suuruus määrittyy myöhemmin, mikäli se päätetään ottaa huomioon, ja käyttövarana käytetään 246 euroa kuukaudessa. On huomioitava, että kunnissa sovelletaan sekä brutto- että nettotuloja, kun määritetään tehostetun asumispalvelun maksua, samoin käyttövaran määrä vaihtelee suuresti (tyypillisesti 108–250 €/kk). Kuten muissakin palveluissa, tehostetun palveluasumisen maksu ei saa ylittää palvelun tuotantokustannuksia. Tämä rajoite tullaan mahdollisuuksien mukaan ottamaan huomioon laskelmissa.

Useilla kunnilla ja yhteistoiminta-alueilla on käytössä palvelusetelit ikääntyneiden asumispalveluissa. Voidaan ajatella, että palveluseteliä käytettäessä asiakasmaksu on asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuu eli palvelusetelin arvon ja palvelun hinnan erotus. Palvelusetelin arvo voi olla kiinteä tai tulosidonnainen. Palvelusetelien arvoista ei tällä hetkellä ole kunta-kohtaista koottua tietoa. Tietoa ei myöskään ole palvelujen hinnoista, joiden perusteella omavastuu olisi mahdollista määrittää. Hinnat vaihtelevat palvelutuottajien välillä ja tarkkojen hintatietojen koonti on työlästä.

Pitkäaikainen laitoshoido

Pitkäaikaisen laitoshoidon maksusta on säädetty asiakasmaksulaissa. Pitkäaikaisen laitoshoidon asiakasmaksu on 85 prosenttia nettokuukausituloista. Jos tulot vaihtelevat kuukaudessa, kuukausitulona otetaan huomioon viimeksi kuluneen vuoden keskimääräinen kuukausitulo. Jos pitkäaikaisessa laitoshoidossa oleva henkilö on välittömästi ennen laitoshoidon alkamista elänyt yhteistaloudessa avioliitossa tai avoliitossa, ja laitoshoidossa on puolisoista suurempituloinen, maksu määräytyy puolisojen yhteenlaskettujen kuukausitulojen perusteella ja voi olla enintään 42,5 prosenttia puolisojen yhteenlasketuista nettotuloista kuukaudessa. Tämä huomioidaan laskentamallissa jos mahdollista.

Käyttövaraksi asiakkaalle on jätävä vähintään 108 euroa vuonna 2018. Käyttövaran arvo tarkastetaan vuosittain laskelmia varten.

Vähintään 10 prosentin sotainvalideilta ei peritä asiakasmaksua pitkäaikaishoidosta eikä kuntouttavasta lyhytaikaisesta laitoshoidosta. (Sotilasvammalaki 6, 6a ja 6b §).

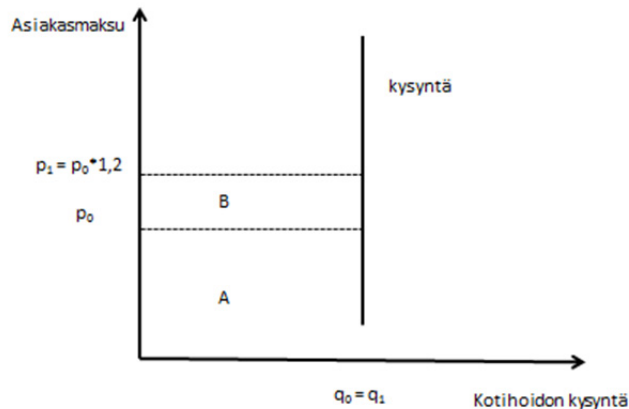
TIETOLÄHDE: SosiaaliHilmosta saadaan tieto siitä kuuluuko henkilön asumismuoto ryhmiin vanhainkodit ja dementoituneiden laitokset sekä sairaalan ja terveyskeskuksen vuodeosastot. Sotainvaliditieto saadaan SISU-mallin pohja-aineistosta samoin kuin tulotiedot ja tiedot kotitalouden jäsenten määrästä.

5.4. Dynaamisten vaikutusten tuonti SISU-malliin

5.4.1. Nykytila

Nyky muodossaan SISU-malli ei huomioi dynaamisia vaikutuksia mitenkään vaan olettaa, että lainsäädännön muutoksilla ei ole vaikutusta yksilöiden/kotitalouksien/tuottajien käyttäytymiseen. Jos esimerkiksi kotihoidon maksut kallistuvat 20 prosenttia, malli olettaa, että kotitaloudet kuluttavat saman määrän kotihoidon palveluja kuin ennen maksujen nousua (Kuvio 5.1). Samalla tavoin malli olettaa, että esimerkiksi toimeentulotuen muutokset eivät vaikuta työn tarjontaan, vaan että toimeentulotukea saavilla henkilöillä on samat kannustimet osallistua työmarkkinoille kuin ennen muutosta toimeentulotuessa.

Kuvio 5.1 Kotihoidon maksut ja palvelujen käyttö.



SISU-mallin ennusteet voivat olla harhaisia erityisesti silloin, kun arvioidaan suurten muutosten vaikutuksia. Jos mallin avulla lasketaan kotihoidon asiakasmaksun 20 prosentin korotuksen vaikutuksia kotihoidon palveluista aiheutuviin menoihin, oletetaan, että palvelujen kulutus ei muutu asiakasmaksujen kallistuessa. Kun asiakasmaksut nousevat 20 prosenttia, kotitalouksien menot kotihoidon palveluihin lisääntyvät myös 20 prosenttia, koska menojen suhteellinen muutos on (Kuvio 5.1)

$$\frac{(p_1 q_1 - p_0 q_0) \times 100}{p_0 q_0} = \frac{(p_1 q_0 - p_0 q_0) \times 100}{p_0 q_0} = \frac{(p_1 - p_0) \times 100}{p_0} = 20\%. \quad (1.1)$$

Malli ei huomioi sitä mahdollisuutta, että kotitaloudet eivät joko halua tai tulojensa puitteissa voi hankkia samaa määrää hoidon palveluja kuin ennen asiakasmaksun korotusta. Arvio asiakasmaksun korotuksen vaikutuksesta kotitalouksien menoihin voi olla suurempi kuin mitä se todellisuudessa on. Toisaalta taas sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö voi olla muuta kulu- tusta joustamattomampaa hinnan suhteen, jolloin asiakasmaksujen korotusten käyttäytymis- vaikutukset ovat pienempiä kuin monien muiden maksujen korotusten vaikutukset.

Näissä arvioissa on myös syytä huomioida myös mahdolliset maksukatot. Kun menot ylittävät maksukatot, kotitalouden ei tarvitse maksaa enää mitään lisäkulutuksesta kuluttaessaan palvelua, joka kerryttää maksukattoa. Näin ollen maksukatot ylittävä lisäkulutus ei maksa palvelujen käyttäjille mitään ja hintajoustoa voi olla haasteellista arvioida empiirisesti.

5.4.2. Dynaamisten vaikutusten huomioiminen arvioitaessa asiakasmaksujen vaikutuksia

Dynaamisten vaikutusten huomioiminen laskelmissa edellyttää kysynnän ja tarjonnan joustojen huomioimista. Kysynnän hintajousto ε määritellään kysynnän ja hinnan suhteellisten muutosten avulla seuraavasti:

$$\frac{\frac{dq}{q}}{\frac{dp}{p}} = \varepsilon, \quad (1.2)$$

missä $dq = q_1 - q_0$ ja $dp = p_1 - p_0$ mittaavat kysynnän ja hinnan muutoksia, indeksi 0 ja 1 viit- taavat tilanteeseen ennen ja jälkeen hinnan muutoksen. Jouston määritelmän (1.2) avulla

kysynnän suhteellinen muutos voidaan esittää hinnan suhteellisen muutoksen ja kysynnän hintajouaston avulla seuraavasti:

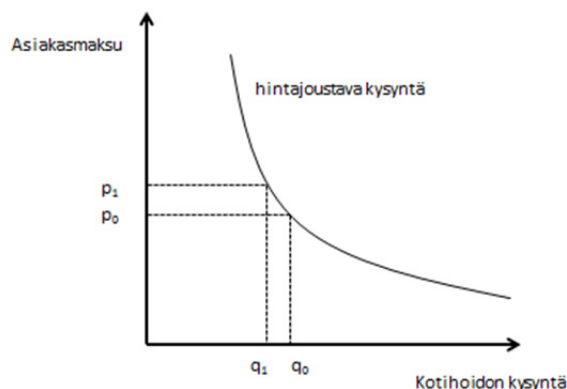
$$\frac{q_1 - q_0}{q_0} = \varepsilon \times \left(\frac{p_1 - p_0}{p_0} \right). \quad (1.3)$$

Jos kysyntä on joustamatonta hinnan muutosten suhteen ja $\varepsilon = 0$, kysyntä ei muutu hinnan muuttuessa (siis $q_1 = q_0$) mikä vastaa edellä kuviossa 5.1 kuvattua tilannetta. Jos kysyntä on hintajoustavaa ($\varepsilon < 0$) ja hinnan suhteellinen muutos ja jousto ovat tiedossa, yhtälöstä (1.3) voidaan laskea hinnan muutosta vastaava kysynnän suhteellinen muutos (Kuvio 5.2)⁵². Hintajoustavan kysynnän tapauksessa kulutusmenojen suhteellinen muutos voidaan esittää seuraavasti:

$$\frac{p_1 q_1 - p_0 q_0}{p_0 q_0} = (1 + \varepsilon) \left(\frac{p_1 - p_0}{p_0} \right) \quad (1.4)$$

Jos kysyntä on joustamatonta hinnan suhteen ja $\varepsilon = 0$, kulutusmenojen suhteellinen muutos vastaa hinnan suhteellista muutosta kuten edellisessä kappaleessa todettiin.

Kuvio 5.2 Hintajoustava kysyntä.



Tämä lähestymistapa kysynnän hintajouaston huomioimiseen vaikutuslaskelmissa on suhteellisen yksinkertainen ja sen toteuttaminen osana SISU-mallia vaatisi tiedon nykyisestä kulutuksesta, kulutusmenoista (jos ollaan kiinnostuneita hinnan muutoksen vaikutuksesta kulutusmenoihin) sekä suunnitellusta asiakasmaksun korotuksesta ja kysynnän hintajoudesta. Nykyistä kulutusta koskevia tietoja voidaan hakea esimerkiksi Hoitoilmoitusjärjestelmästä (Hilmo) ja arvioita hintajoustoista voidaan hakea kirjallisuudesta (Klavus, Järvelin, Pekurinen ja Mikkola 2004; Sintonen ja Pekurinen 2006; Roquebert ja Tenand 2017). Laskelmat perustuvat kahteen oletukseen, joita on syytä arvioida, jos tätä menetelmää päädytään käyttämään. Ensinnäkin, laskelmat perustuvat oletukseen vakiojoustavasta kysynnästä⁵³, mikä ei aina välttämättä vastaa todellisuutta. Voi esimerkiksi olla niin että hintajousto riippuu asiakkaan/potilaan tuloista ja pienituloisten asiakkaiden kysyntä on joustavampaa hinnan suhteen kuin suurituloisten. Toiseksi joudutaan olettamaan, että menot ennen ja jälkeen asiakasmaksujen muutoksen alittavat maksukat. Jos ensimmäinen oletus vakiojoustavasta kysynnästä

⁵² Jos tiedossa on kulutus ennen hintojen nousua/laskua q_0 , kysynnän hintajousto tarkasteltavan palvelun tapauksessa ε ja hinnan suhteellinen muutos $(p_1 - p_0)/p_0$, hinnan muutoksen jälkeinen kulutus voidaan laskea myös kaavasta $q_1 = q_0 [1 + \varepsilon ((p_1 - p_0)/p_0)]$, joka saadaan järjestelemällä lauseketta 1.3 uudelleen.

⁵³ Vakiojoustoinen kysyntäfunktio on muotoa $q = Ap^{\varepsilon}$

voidaan hyväksyä, toista oletusta on mahdollista testata arvioimalla kulutusmenoja ennen ja jälkeen maksujen muutoksen.

Toinen tapa arvioida asiakasmaksujen menovaikutuksia huomioiden käyttäytymisvaikutukset on rakenteellisten kysyntämallien estimointi (esim. Deaton ja Mullbauer 1981; Ellison ym., 1998). Näiden avulla pyritään arvioimaan palvelujen hinnan ja kulutetun määrän välistä suhdetta empiirisen aineiston avulla. Nämäkin mallit perustuvat yleensä valittuun rakenteelliseen oletukseen hinnan ja kulutuksen välisestä suhteesta, mikä ei aina välttämättä vastaa todellisuutta. Rakenteellisten kysyntämallien estimointi voi olla lisäksi työlästä ja haastavaa.

Asiakasmaksujen muutosten vaikutusta palvelujen käyttöön on mahdollista arvioida/mitata suoraan aineistolähtöisesti sillä ehdolla, että sopiva joko kokeellinen tai havainnoiva aineisto on saatavilla. Luotettavin kokeellinen aineisto saataisiin koeasetelmasta, jossa luodaan useita vaihtoehtoisia asiakasmaksuja ja palvelun käyttäjät valittaisiin satunnaisesti eri asiakasmaksuluokkiin (esim. Manning ym., 1987). Havainnoivan aineiston käyttö asiakasmaksujen kysyntävaikutusten arvioinnissa puolestaan vaatisi a) riittävää vaihtelua asiakasmaksuissa palvelun käyttäjien kesken sekä b) luotettavia menetelmällisiä ratkaisuja asiakasmaksujen ja kysynnän välisen kausaalisen suhteen identifioimiseksi ja mittaamiseksi.

On lisäksi syytä mainita, että edellä esitetyt ajatukset perustuvat oletukseen, että palvelujen tarjonta vastaa aina kysyttyä määrää. Jos näin ei ole, on dynaamisten vaikutusten tarkastelua syytä laajentaa niin, että huomioidaan myös hintojen muutosten vaikutukset palvelujen tuottajien tarjontakäyttäytymiseen.

Yhteenvetona voidaan todeta, että nyky muodossaan SISU-mallin ennusteet voivat olla harhaisia, koska ne eivät huomioi dynaamisia vaikutuksia. Edellä on esitetty joitakin mahdollisia lähestymistapoja dynaamisten vaikutusten huomioimiseksi asiakasmaksujen kysyntävaikutusten arvioinnissa. Näihin vaihtoehtoihin lähestymistapoihin liittyy yleensä oletuksia, joiden paikkaansa pitävyyttä on tarpeen arvioida, jos näitä lähestymistapoja päädytään käytännössä soveltamaan. Kysymys on lopulta eri lähestymistapojen vahvuuksista ja heikkouksista.

Asiakasmaksujen dynaamisten vaikutusten tuonti malliin vaatisi käytettävissä olevien tietojen lisäksi suhteellisen luotettavan tiedon joko asiakasmaksujen muutoksen aiheuttamasta käyttömäärän muutoksesta tai kysynnän hintajoustosta. Nyt saatavilla olevien tietojen vajavaisuuden takia olisi turvaututtava täysin kirjallisuudesta saataviin arvioihin. Näin saatuihin tuloksiin olisi suhtauduttava niin suurella varauksella, että aikalisän ottaminen on tässä vaiheessa varmaankin järkevää.

5.5. Suunnitelman toteutus, sen vaatimat resurssit ja jatkoselvitykset

Suunnitelma olisi syytä toteuttaa mahdollisimman nopealla aikataululla. Omat haasteensa toteuttamiseen asettaa lupaprosessi, johon kuluva aika on tässä vaiheessa hankala ennakoita. Teknisesti aineistojen yhdistäminen ei ole erityisen vaikea, mutta laskentamallin koodaamiseen ja oikeellisuuden tarkastamiseen on varattava riittävästi aikaa. On mahdollista, että toteutusvaiheessa nyt esitetyistä suunnitelmasta poiketaan tarkempien tulosten tavoittelun tai tietosuojasyiden vuoksi. Tavoitteena on kuitenkin mallin laajennus, joka olisi SISU-mallin käyttäjien käytettävissä suhteellisen kevyen lupamenettelyn kautta. Sosiaali- ja terveyspalveluja koskevien käyttötietojen käyttöä varten tarvitaan kuitenkin SISU-käyttöluvan lisäksi erillinen THL:n myöntämä lupa.

Tässä vaiheessa ehdotetaan, että laskelmissa käytetään koko maassa samoin perustein määräytyviä maksuja kuntakohtaisten maksujen sijasta. Näin siitäkkin huolimatta että vaikutusten arvioinnin tarkkuus jää vähäisemmäksi. Erityisesti palveluasumisen maksujen suhteen tilanne on erittäin kirjava, eroja on paitsi kuntien välillä myös kuntien sisällä. Käytännössä kultakin asiakkaalta todellisuudessa perittävien asiakasmaksujen jäljittäminen ei ole mahdollista, sillä tietoa ei ole kootusti saatavilla rekistereistä. Myös kuntakohtaisten tietojen vuosittainen kerääminen on suhteessa saavutettuun hyötyyn niin työlästä, että käytettävissä olevien resurssien kohdentaminen siihen ei ole järkevää. Tulevaisuudessa maakuntakohtaisten tietojen keruu ja niiden käyttäminen laskelmissa on kuitenkin tavoitteena. Uuden asiakasmaksulainsäädännön valmistuessa myös palveluasumisen maksuperusteet tarkentuvat ja niiden kustannuksista asiakkaille saadaan tarkempi kuva.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Raportin pääviestit

- Puolet väestöstä on maksanut tasasuuruisia, tulosidonnaisia tai suun terveydenhuollon asiakasmaksuja vuoden 2015 aikana. Asiakasmaksut kohdistuvat eniten pienituloisille sairaille ja suhteessa henkilön tuloihin vuoden maksurasite on suurempi pienituloisilla.
- Tasasuuruisten asiakasmaksujen maksukertymä vuonna 2015 oli laskelmiemme mukaan 389 miljoonaa euroa, tulosidonnaisten 915 miljoonaa euroa ja suun terveydenhuollon maksujen 124 miljoonaa euroa.
- Kuntien välillä on eroja asiakasmaksuissa, sillä kaikki kunnat eivät peri asiakkailta nyky-lainsäädännön mukaisia enimmäismaksuja. Tämä on hyvä ottaa huomioon keskustelussa kansalaisten yhdenvertaisuuden toteutumisesta sosiaali- ja terveystaloudessa. Sote-uudistuksen myötä asiakasmaksuja tulisi tarkastella valtakunnallisesti maakuntien välisten erojen seuraamiseksi. Asiakasmaksujen ohella tulisi ottaa huomioon myös lääkkeiden omavastuut sekä palveluiden käyttöön liittyvät muut maksut.
- Katastrofaalisia kustannuksia aiheutui noin prosentille väestöstä eli yli 55 000 henkilölle. Maksualennusten ja -vapautusten käyttöä tulisi jatkossa ohjata, soveltaa ja seurata järjestelmällisemmin korkean maksurasitteen ehkäisemiseksi. Kyselytutkimusten mukaan asiakasmaksut ovat este palveluiden käytölle tietyissä väestöryhmissä.
- Suomessa tulisi tutkia perusteellisemmin asiakasmaksujen vaikutuksia palveluiden käyttöön eri palveluissa ja väestöryhmissä. Tällä hetkellä tietopohja on vajavaan maksujen käyttäytymisvaikutusten arvioimiseksi. Tietopohjan parantaminen asiakasmaksujen seuraamiseksi olisi tärkeää näiden tavoitteiden toteuttamiseksi. Myös mikrosimuloinnin menetelmien kehittäminen ja käyttö asiakasmaksujen vaikutusten arvioinnissa on tärkeää.

Raportti tarjoaa tietopohjan lainsäädäntöuudistukselle

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja koskevaa lainsäädäntöä ollaan uudistamassa. Tämä raportti on kattava selvitys aiheesta ja antaa uudistuksen tueksi tietoa asiakasmaksuista Suomessa sekä niiden kohdentumisesta ja suuruudesta väestössä. Raportissa esiteltiin asiakasmaksujen periaatteita ja nykytilaa Suomessa sekä asiakasmaksukäytäntöjä muu-
massa muussa maassa. Rekisteriaineistoon pohjautuva yksityiskohtainen analyysi taas antoi perusteellisen kuvan siitä, miten asiakasmaksut vuonna 2015 jakautuivat maakunnittain ja väestöryhmittäin. Suomessa säännöllisesti julkaistavat tilastotiedot sosiaali- ja terveydenhuollon taloudesta ja rahoituksesta eivät sisällä tietoja asiakasmaksujen kohdentumisesta, joten tämän raportin tiedot täydentävät saatavilla olevia tilastoja tältä osin.

Asiaksmaksuilla rahoitetaan osa sosiaali- ja terveystalouksista

Sosiaali- ja terveystalouksia voidaan rahoittaa eri tavoin, kuten verovaroin ja asiakasmaksuilla, mutta myös sosiaaliturvamaksuilla ja yksityisin vakuutusmaksuilla, ja näillä kaikilla rahoituslähteillä on erilaisia tulonjakovaikutuksia. Tasasuuruiset asiakasmaksut ovat regressiivinen tapa rahoittaa palveluita, sillä silloin pienituloiset maksavat suhteessa tuloihinsa enemmän kuin suurituloiset. Tulosidonnaiset asiakasmaksut ovat määritelmällisesti progressiivisia yksilötasolla. Pienituloiset kuitenkin käyttävät tulosidonnaisia palveluita suurituloisempia enemmän, joten heidän asiakasmaksukertymänsä ovat korkeammat kuin suurempituloisilla. Rahoitusperustan muuttamisella on joka tapauksessa tulonjakovaikutuksia, jotka tulee ottaa huomioon uudistusta tehtäessä.

Suomessa kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuollon käyttömenoista pieneni 23,2 prosentista 19,9 prosenttiin vuosien 2000 ja 2015 välillä.⁵⁴ Oletettavasti rahoitusosuus on hieman tästä noussut vuosien 2016 ja 2017 aikana asiakasmaksuihin tehtyjen korotusten ja Kela-korvausten alenemisen myötä.

Toimintokohtaisesti kotitalouksien rahoitusosuudet vaihtelivat huomattavasti. Erikoissairaanhoidossa kotitalouksien rahoitusosuus oli vuonna 2015 4,3 prosenttia, perusterveydenhuollossa 6,5 prosenttia, ja perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa 30,4 prosenttia. Ikääntyneiden ja vammaisten pitkäaikaisessa laitoshoidossa kotitalouksien rahoitusosuus oli 18,2 prosenttia ja kotisairaanhoidossa 21,5 prosenttia. Sairausvakuutuksen korvaamasta yksityisestä terveydenhuollosta kotitaloudet rahoittivat 51,3 prosenttia ja avohoidon reseptilääkkeistä 32,6 prosenttia.

Kansainvälisissä vertailuissa on havaittu, että suomalaiset kotitaloudet rahoittavat suuremman osan terveydenhuollon menoista kuin monissa muissa maissa. Tämä kotitalouksien rahoitusosuus kuitenkin pitää sisällään myös muita menoeriä kuin asiakasmaksut. Pelkkien asiakasmaksutuottojen osuus käyttökustannuksista oli 6,9 prosenttia vuonna 2015 ja 7,2 prosenttia vuonna 2016. Aineistomme mukaan tasasuuruisten asiakasmaksujen maksukertymä vuonna 2015 oli 389 miljoonaa euroa, tulosidonnaisten 915 miljoonaa euroa ja suun terveydenhuollon maksujen 124 miljoonaa euroa.

Kansalaisten yhdenvertaisuus eri puolilla Suomea kyseenalaista

Sote-uudistuksen yhtenä tavoitteena on kansalaisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen. Tämä herättää keskustelun alueellisesta tasavertaisuudesta myös asiakasmaksujen osalta. Suomessa terveydenhuollon palveluissa asiakasmaksut vaihtelevat alueittain. Tämä koskee niin perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, päivystyksen kuin suun terveydenhuollonkin maksuja. Lainsäädännöllä määrätyt asiakasmaksut ovat enimmäismaksuja, joiden osalta kunnat ja yhteistoiminta-alueet voivat päättää peritäänkö maksu enimmäismääräisenä, alennettuna tai, että maksua ei peritä lainkaan. Esimerkiksi Helsingissä (Manner-Suomen väestöstä noin 12 %) luovuttiin vuonna 2013 niin kutsutusta terveyskeskusmaksusta. Vuonna 2017 58 prosenttia väestöstä asui alueella, jossa terveyskeskusmaksu perittiin täysimääräisenä.

Maksukäytännöt vaihtelevat etenkin sellaisissa palveluissa, joita ei mainita asiakasmaksulaissa. Tämä johtuu nykyisen lain tulkinnasta, jonka mukaan asiakkaalta voidaan periä asiakasmaksu aina, jos palvelua ei ole lailla säädetty maksuttomaksi. Esimerkiksi osa kunnista ja kuntayhtymistä perii asiakkailta sairaanhoitajan vastaanottoon liittyvää käyntimaksua.

⁵⁴ Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015. Suomen virallinen tilasto, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 26/2017, 30.6.2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-talous/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Kunnilla ja kuntayhtymillä on samoin oikeus määritellä sosiaalihuollon asiakasmaksut ja palvelujen maksuttomuus lainsäädäntö huomioon ottaen. Esimerkiksi tehostetussa palveluasumisessa käytössä voi olla laitospalvelujen käytäntöä mukaileva kokonaismaksu, eli 85 prosenttia tuloista, tai hoito-, tuki- ja ateriapalveluista maksetaan jokaisesta erillinen maksu. Asiakasmaksun lisäksi myös asiakkaan vähimmäiskäyttövaran suuruus vaihtelee asumispalveluissa, sillä laissa sitä ei ole säädetty. Asiakasmaksurasite voi kohota korkeaksi, sillä valtaosa sosiaalihuollon maksuista ei ole maksukaton piirissä. Kotonaan asuvan, paljon tukea tarvitsevan pienituloisen vanhuksen tilanne on vaikea: pelkästään kotihoitomaksusta yhdessä välttämättömien tukipalvelujen kanssa muodostuu merkittävä menoerä kuukaudessa. Kyselytutkimuksen mukaan etenkin pienituloiset vanhukset jättävät palveluita käyttämättä rahan puutteen takia.

Asiakasmaksut ja mahdollisuus käyttää palveluita

Suomessa valtakunnalliset linjaukset maksuttomista palveluista, maksukatot sekä asiakasmaksulain 11 § koskien maksuista vapautumisesta periaatteessa turvaavat kansalaisten mahdollisuudet saada tarvitsemansa palvelut tulotasosta riippumatta. Tämä kuitenkin edellyttäisi, että edellä mainitut keinot ovat tunnetut ja että ne ovat yksiselitteisesti sekä helposti sovellettavissa. Näin ei näytä kuitenkaan olevan ja esimerkiksi 11 §:n soveltaminen on asiantuntija-arvioiden mukaan alikäytettyä. Maksualennusten ja -vapautusten käyttöä tulisikin tulevaisuudessa ohjata, soveltaa ja seurata järjestelmällisemmin korkean maksurasitteen ehkäisemiseksi. Ulosottoon päätyneiden asiakasmaksujen määrä on viime vuosina lisääntynyt ja oli vuonna 2016 lähes 350 000. Kasvun taustasyitä tulisi tutkia ja pohtia, miten tilanteeseen voidaan puuttua.

Vaikka kyselytutkimuksesta on käynyt ilmi, että yksilön taloudelliset rajoitteet voivat olla syynä palveluiden käyttämättä jättämiselle, pitäisi tulevaisuudessa tarkemmin tutkia asiakasmaksumuutosten vaikutusta palveluiden käyttöön. Tällaisista ns. hintajoustoista on tutkimustuloksia lähinnä Yhdysvalloista. Tutkimustulokset hintajoustoista Suomessa olisivat tärkeitä niin terveyserojen kaventamisen, kansanterveyden edistämisen ja yksilön perusoikeuksien turvaamisen kannalta.

Sosiaalihuollon palveluissa maksullisuudella näyttää olevan vaikutusta palvelujen saatavuuteen ja mahdollisuuteen hakeutua palveluihin. Kyselytutkimuksen mukaan 20–30 prosenttia sosiaalipalvelujen asiakkaista arvioi, että korkeat asiakasmaksut tai oma rahatilanne vaikeutti palvelujen saamista ja useampi kuin joka kymmenes pienituloinen ikääntynyt on jättänyt menemättä lääkäriin taloudellisten syiden vuoksi.

Palvelujärjestelmä tasa-arvoistuisi, jos vastaanottokäynnit olisivat maksuttomia sosiaali- ja terveyskeskuksessa samoin kuin työterveyshuollossa. Sen lisäksi, että asiakasmaksut saattavat vaikuttaa palveluiden käyttöön, asiakasmaksut vaikuttavat myös siihen, kuinka paljon henkilöllä on käytössään tuloja välttämättömien menojen jälkeen. Tämä on tärkeä näkökulma huono-osaisuuden, pienituloisuuden ja tuloerojen kehitystä seurattaessa.

Hintajoustoja tulisi tutkia paremmin eri palveluissa ja ryhmissä

Asiakasmaksujen muutosten vaikutuksia palveluiden käyttöön on nykyisin käytettävissä olevilla tiedoilla erittäin vaikea arvioida. Tämä johtuu pääosin siitä, että luotettavaa tietoa tuotettujen sosiaali- ja terveyspalvelujen hintajoustoista Suomessa on olemassa rajoitetusti. Muissa maissa tuotettujen tutkimustulosten soveltamiseen suomalaiseen kontekstiin tulee suhtautua varauksella järjestelmien ja muun yhteiskunnallisen kontekstin eroavaisuuksien takia.

Tällaista tutkimusta on mahdollista tehdä esimerkiksi hyödyntäen eroja maksuissa kuntien välillä tai mahdollisen lainsäädäntöuudistuksen tuottamia muutoksia, esimerkiksi jos muutokset päädytään implementoimaan maakunnissa porrastetusti. Tämän raportin pohjaksi tuotettua vuoden 2015 asiakasmaksuaineistoa on mahdollista hyödyntää hintajousten kotimaisessa tutkimuksessa täydentämällä asiakasmaksuja useammalta vuodelta ja keräämällä tiedot kuntakohtaisista asiakasmaksukäytännöistä.

Asiakasmaksujen määrä kasvussa Euroopassa

Euroopassa iäkkäät ovat kasvava väestöryhmä, jonka asiakasmaksujen tasoon on tärkeä kiinnittää huomiota sekä sosiaali- että terveyspalveluiden osalta. Viime aikoina Euroopassa tehdyissä tutkimuksissa on todettu, että useassa Euroopan maassa niiden yli 50-vuotiaiden ihmisten määrä, joka ilmoittaa maksaneensa asiakasmaksuja terveyspalveluista tai lääkkeistä, on suhteellisesti lisääntynyt. Lisäksi keskimääräinen vuotuinen maksettujen asiakasmaksujen määrä on noussut useassa Euroopan maassa vuosien 2006 ja 2013 välillä.

Yksityiset vakuutukset liittyvät asiakasmaksujen tason tarkasteluun ja vaikuttavat kansainvälisiin vertailuihin. Esimerkiksi Tanskassa noin puolella väestöstä on yksityinen sairauskuluvaakuutus, joka on otettu kattamaan ennen kaikkea korkeita asiakasmaksuja esimerkiksi suun terveydenhuollossa. Jos asiakasmaksuja nostetaan kovasti, on mahdollista, että yksityiset vakuutusmarkkinat kasvavat. Tällöin seurauksia eriarvoisuudelle tulee analysoida tarkasti, sillä yksityiset vakuutukset kohdistuvat useimmiten keskimääräistä terveempään ja paremmin toimeentulevaan väestöön ja usein niille on asetettu esimerkiksi yläikärajaja.

Palvelutarpeiden määrittäminen vaikuttaa asiakasmaksuihin

Vanhusväestössä asiakkaiden palvelutarpeet usein sijoittuvat sosiaali- ja terveydenhuollon rajamaille, jolloin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palvelut voivat vastata samankaltaisiin hoivan ja tuen tarpeisiin. Kansainvälisen tarkastelun mukaan maksukäytännöt voivat kuitenkin erota siten, että asiakas voi saada palvelun maksuttomana tai maksullisena riippuen siitä, miten hänen palvelutarpeensa ymmärretään. Sosiaalihuollon asiakasmaksut voivat toisaalta vaikuttaa asiakkaan mahdollisuuteen tai haluun hyödyntää sosiaalipalveluja ja lisätä esimerkiksi akuuttiterveydenhuollon palvelujen tarvetta.

Kansainvälisestä tarkastelusta ilmenee, kuinka sosiaalipalvelujen käyttöön vaikutetaan palvelujen myöntämiskriteerejä väljentämällä tai kiristämällä. Tiukat palvelujen myöntämiskriteerit vaikeuttavat erityisesti pienituloisten tilannetta, mikäli he jäävät julkisten palvelujen ulkopuolelle ja mikäli heillä ei ole mahdollisuutta ostaa palveluja yksityisesti. Lisäksi myönnettävän palvelun määrää voidaan rajata, jolloin palvelun taso, kuten kotipalvelun tuntimäärä, saattaa olla osalle asiakkaista riittämätön.

Suomessa sosiaalipalvelujen myöntäminen perustuu lakisääteiseen palvelutarpeen arviointiin. Kuitenkin erityisesti pienituloisimmat ikääntyneet ovat kokeneet saavansa kotihoitoa ja omaishoidon tukea riittämättömästi. Asiakasmaksujen ohella tulisikin kansallisesti kiinnittää huomiota palvelutarpeen arviointiin ja palvelujen myöntämisen kriteereihin. Kansalaisten tasavertaisuuden turvaamiseksi julkisesti tarjottavan palvelutuotannon tason tulee olla yhteneväinen ja sen kaltainen, että palvelutarpeen arvioinnin perusteella myönnettävä palvelun määrä on riittävä, eikä tarvetta lisäpalvelujen ostamiselle ole. Ongelmia aiheuttaa, mikäli kokonaismaksurasite nousee korkeaksi ja asiakas jättää palvelun käyttämättä korkean hinnan vuoksi (esimerkiksi kotihoidon tukipalvelujen kohdalla) tai jos palvelujen saamiseen vaikuttaa asuinpaikan sijainti.

Kansainvälisessä tarkastelussa pitkäaikaishoivan palvelujen asiakasmaksujen on havaittu kuormittavan kotitalouksia enemmän kuin terveydenhuollon avo- ja sairaalahoidon maksujen ja lääkkeiden. Palveluja tarvitseville henkilöille voi aiheutua taloudellisesti kohtuuttomia tilanteita pienten tulojen tai korkeiden tulosidonnaisten asiakasmaksujen vuoksi. Tämä nähtiin myös tämän raportin empiirisissä analyyseissä.

Tutkimustuloksia ainutlaatuisen aineiston perustuen

Asiakasmaksujen kohdentumisen tutkimuksessa on Suomessa mahdollista hyödyntää kansallisia rekistereitä sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä. Tällainen palvelujen toteutuneesta käytöstä yksilötasolla lähtevä tarkastelu mahdollistaa asiakasmaksujen kohdentumisen joustavat tarkastelut. Mukana on tällöin aineistoa koko maasta, kaikista alueista ja eri väestöryhmistä, ja aineiston avulla voidaan tuottaa tarkka kuvaus palvelukäytöstä ja asiakasmaksujen kertymistä yksilötasolta lähtien. Tällainen aineisto oli pohjana tämän raportin empiirisissä analyyseissä.

Vaikka raportin tutkimusaineistossa arvioidut asiakasmaksut ovat erittäin lähellä tilastoinnin tietoja asiakasmaksutuotoista, on lähestymistavassa ongelmana se, että kustakin palvelusta todellisuudessa henkilölle tullut asiakasmaksu ei ole tiedossa, vaan asiakasmaksut on arvioitu lainsäädännön ja osin myös kuntien ilmoittamien asiakasmaksukäytäntöjen perusteella. Keräämällä tarkempaa materiaalia kuntien, kuntayhtymien, sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien asiakasmaksuista tehtyjä arvioita on mahdollista tarkentaa saman aineiston pohjalta. Jatkossa myös maakuntien palveluihinsa soveltamat asiakasmaksut on mahdollista lisätä vastaavaan aineistoon ja käyttää näin muodostettua aineistoa hyödyksi asiakasmaksujen vaikutusten ja kohdentumisen arviointiin ja tutkimukseen.

Eritynen rikkaus aineistossa on henkilöiden palvelukäytön seuranta tapauksissa, jolloin henkilö käyttää laajasti erilaisia palveluita eri alueilla ja palvelutuottajilla. Koska mukana on myös sairausvakuutuksesta korvattujen lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien, reseptilääkkeiden, matkojen sekä yksityisen tutkimuksen ja hoidon kustannus- ja korvaustiedot henkilötasolla, saadaan henkilöiden asiakasmaksuista ja omavastuista laajempi käsitys kuin vain yksittäiseen palveluun perustuen olisi mahdollista.

Puolet väestöstä maksaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja

Asiakasmaksujen sekä myös omavastuuosuuksien tai korvaustasojen muutoksia arvioitaessa ennakkoon on tärkeää ensinnäkin tietää, mitä väestöryhmiä muutokset koskisivat. Asiakasmaksuja muutettaessa on huolehdittava siitä, etteivät maksut estä palveluiden käyttöä, mikä on ollut myös perustuslakivaliokunnan kanta. Raportin aineistoon pohjautuvat analyysit kertovat, kuka asiakasmaksuja maksaa ja kuinka paljon.

Tasasuuruiset maksut ovat väestössä yleisimpiä, niitä maksaa noin 36 prosenttia väestöstä. Suun terveydenhuollon maksuja maksaa hieman yli viidennes ja tulosidonnaisia maksuja maksaa alle viisi prosenttia väestöstä. Euromääräisesti tarkasteltuna tulosidonnaiset asiakasmaksut muodostavat kuitenkin suurimman potin ja myös henkilön tuloihin suhteutettuna ne ovat suurin maksurasite palveluita käyttäville vaikkakin pitävät usein sisällään muun muassa asumisen ja ruuan.

Terveyskeskusmaksujen poisto on toistuvasti ollut esillä usealla taholla ja siitä on tehty myös eduskunnan lakialoite. Laskelmiemme mukaan vuonna 2015 terveyskeskusmaksut koskivat 2,2 miljoonaa henkilöä ja niiden kokonaismäärä oli yhteensä 50 miljoonaa euroa. Helsingin

terveyskeskusmaksuja tutkimalla tieteellisesti voitaisiin selvittää poiston vaikutuksia käyttöön eri ryhmissä.

Maksukatto huoventaa maksurasitetta merkittävästi, mutta koskettaa vain pientä väestönosaa

Vuonna 2015 tasasuuruisten maksujen maksukatto oli 679 euroa vuodessa. Katon täyttymisen jälkeen henkilö maksaa edelleen lyhytaikaisen vuodeosastohoidon ylläpitokustannukset, mikä lisää maksurasitetta. Asiakkaan omalla vastuulla on seurata asiakasmaksukertymäänsä, mikä voi vaikuttaa maksukaton todelliseen merkitykseen. Haavoittuvimmassa asemassa oleville maksukaton seuranta voi olla haastavaa. Lääkkeiden maksukaton kohdalla seurannan hoitaa Kela.

Laskelmiemme perusteella maksukaton rooli palveluita käyttäneiden maksurasitteen pienentämisessä on merkittävä, keskimäärin noin 520 euroa vuoden aikana maksukaton ylittänyttä henkilöä kohden. Toisaalta maksukatto tarkoittaa noin 84 miljoonan euron maksukertymän vähenemistä kunnille. Koko väestössä kuitenkin vain 2,9 prosenttia on ylittänyt maksukaton ja euromääriltään suurimmat maksut muodostuvat palveluissa, jotka eivät ole maksukaton piirissä.

Maksukaton suurimmat ylitykset ovat yleisempiä yli 75-vuotiaassa väestössä sekä eräissä sairausryhmissä. Ei ole kuitenkaan järkevää tarkastella tasasuuruisia maksuja yksin tai edes tuloidonnaisten maksujen kanssa yhdessä, vaan myös muiden terveydenhuoltoon liittyvien menoerien kanssa. Tässä tutkimuksessa mukana oli yksityisten palveluiden, lääkkeiden ja matkojen omavastuiden tarkastelu, mikä laajentaa kokonaiskuvaa henkilön kohtaamasta maksurasitteesta. Sen pitäisi toimia myös kontekstina, kun asiakasmaksulainsäädäntöä uudistetaan.

Suun terveydenhuollon asiakasmaksujen huomioiminen kunnallisessa maksukatossa nostaisi laskelmiemme mukaan maksukaton piiriin 13 000 henkilöä ja aiheuttaisi noin 5 miljoonan euron kustannukset, joista suurin osa aiheutuisi nykyisin maksukaton ylittäneiden henkilöiden suun terveydenhuollon maksuista.

Maksut keskittyvät pienelle ryhmälle, mutta ”katastrofaaliset kustannukset” ovat harvinaisia

Niin sanotut katastrofaaliset kustannukset, eli kun sosiaali- ja terveydenhuollon menot ylittävät 40 prosenttia henkilön tuloista, ovat harvinaisia Suomessa. Yhdellä prosentilla koko väestöstä kaikki tarkastelun alla olevat sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuut ylittävät tämän rajan – alemmissa tuloryhmissä ja 75 vuotta täyttäneillä useammin kuin muilla. Tämä vastaa noin 55 000 henkilöä.

Tuloksemme osoittavat, että maksut keskittyvät pienelle osalle väestöä kuten keskittyy palveluiden käyttökin. Noin 3,6 prosenttia koko väestöstä maksaa lähes puolet kaikista tasasuuruista asiakasmaksuista ja 0,5 prosenttia väestöstä maksaa noin 44 prosenttia kaikista tuloidonnaisista asiakasmaksuista. Tämä heterogeisuus keskiarvojen takana tulisi ottaa huomioon asiakasmaksuja muutettaessa. Vaikka suuret kustannukset kohdentuvat pienelle osalle väestöä, sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksessa tulisi lähtökohtaisesti varmistaa, ettei maksuista seuraa katastrofaalisia kustannuksia.

Jatkossa muutosten arviointi voidaan toteuttaa ketterämmin mikrosimuloinnin avulla

Mikrosimuloinnissa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttötiedot ja niistä johdetut asiakasmaksut yhdistetään SISU-mikrosimulointimallin vero- ja tulotietoihin. Tämä mahdollistaa asiakasmaksujärjestelmään kohdistuvien politiikkatoimien sekä etuus- ja verotuslainsäädännön reformien yhteisvaikutusten tarkastelun palveluja käyttävien kotitalouksien toimeentuloon ja taloudelliseen asemaan. Lisäksi voidaan arvioida asiakasmaksutulojen kertymää.

Hoitoilmoitusrekistereissä on tietoja sote-palvelujen käytöstä, ei asiakkaalta perityistä asiakasmaksuista, joten maksut päätellään käytön ja lainsäädännön perusteella, kuten tämän raportin analyyseissa on tehty. Maksukäytäntöjen vaihtelu on suurta kuntien välillä – erityisesti säännöllisessä kotihoidossa ja sosiaalihuoltolain mukaisissa iäkkäiden asumispalveluissa. Iäkkäiden kotihoidon sekä asumispalvelujen maksulaskelmissa käytetäänkin arvioita, jotka on tehty pääosin lainsäädännön enimmäismaksujen perusteella.

Kuntakohtaisilla maksutiedoilla saadaan tarkempia vaikutusarviointeja, mutta nykytilaan verrattuna jo asiakasmaksulain enimmäismääriin perustuvat tarkastelut ovat merkittävä edistysaskel taloudellisten vaikutusten arvioinnissa. Järjestämisvastuun siirtyminen maakunnille yhdenmukaistanees maksukäytäntöjä ja helpottanee tietojen koontia. Ihannetapauksessa tiedot asiakasmaksuista saadaan automaattisesti järjestelmistä, mutta siihen kulunee vielä vuosia. Täydellisiä yksilötasoisia asiakasmaksutietoja joudutaan todennäköisesti odottamaan vielä kauemmin.

Mikäli dynaamisia vaikutuksia päätetään ottaa mukaan SISU-malliin tulevaisuudessa, olisi tärkeää ensin tuottaa luotettavaa tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen hintajoustoista, eli määrällistä tietoa siitä, miten asiakasmaksut vaikuttavat palvelujen käyttöön. Näissä tutkimuksissa tulisi myös tarkemmin selvittää sitä, miten sosioekonomiset taustatekijät, kuten esimerkiksi tulot, vaikuttavat kysynnän hintajoustoihin.

KIRJALLISUUS

Aaltonen, K., Ahola, E., Martikainen, J. (2013) Toimeentulotuen käyttö terveys- ja lääkemenoihin Helsingissä 2008–2010. Teoksessa E. Ahola & H. Hiilamo (toim.) Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 127. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 99–110.

Aaltonen K. (2017) Affordability of medicines from the pharmaceutical system perspective. Comparative analysis of Finland and New Zealand. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/181219>

Age UK (2017a) Paying for care and support at home. April 2017. Age UK factsheet 46. Viitattu 19.6.2017. http://www.ageuk.org.uk/Documents/EN-GB/Factsheets/FS46_Paying_for_care_and_support_at_home_fcs.pdf?dtrk=true

Age UK (2017b) Social care funding changes. Age UK. Updated 23 January 2017. Viitattu 19.6.2017. <http://www.ageuk.org.uk/home-and-care/care-homes/social-care-funding-changes/care-cap-and-means-test-changes/>

Alexandersen N, Anell A, Kaarboe O, Lehto J, Tynkkynen L-K, Vrangbæk K. 2016. The development of Voluntary Private Health Insurance in the Nordic countries. *Nordic Journal of Health Economics* 4(1): 68-83.

Anell A, Glenngård AH, Merkur S. Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2012, 14(5):1–159.

Arsenijevic J, Pavlova M, Renchel B, Groot W. 2016. Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. *PLOS ONE* 11(7): e0157765.

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (912/1993).

Asetus vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (759/1987).

Autio, A. & Sjöblom, S. (2014) Vammaislainsäädännön kansainvälinen selvitys. Katsaus tilanteeseen kuudessa maassa. Työpaperi 38/2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Barker K (chair). 2014. A new settlement for Health and Social Care. Commission on the future of health and social care in England. Kings Fund, London. Saatavilla: https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/Commission%20Final%20%20inter%20active.pdf, luettu 18.07.2017

Barnieh L, Clement F, Harris A ym. 2014. A Systematic Review of Cost-Sharing Strategies Used within Publicly-Funded Drug Plans in Member Countries of the Organisation for Economic Co-Operation and Development. *PLOS ONE* 9(3):e90434.

BBC (2016). How the care system works across the UK. Saatavilla: <http://www.bbc.com/news/health-30902552>, luettu 18.07.2017

BBC (2017). NHS access to IVF being cut in England, 7.8.2017. Saatavilla: <http://www.bbc.co.uk/news/health-40848097>, luettu 6.0.2017.

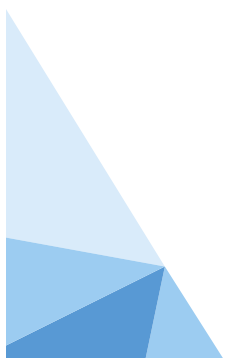
Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J, Virta L. (2015) Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin: kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 93.

Blomgren J., Maljanen T., Virta L. (2017) [Yksityisten sairaanhoitopalveluiden käyttö, kustannukset ja Kela-korvaukset vuosina 2013–2016. Kuinka paljon Kela-korvausten alentamiset ovat vaikuttaneet palveluiden käyttöön?](#) Helsinki: Kela, työpapereita 121, 2017.

Boyle S (2011) United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 2011; 13(1):1–486

Cawston T, Corrie C. 2013. The cost of our health: the role of charging in healthcare. *REFORM Ideas* 9.

Chaupain-Guillot S, Guillot O. 2015. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *Eur J Health Econ* 16:781-796.



Citizen Advice 2017. Social care and support. Saatavilla: <https://www.citizensadvice.org.uk/nireland/family/looking-after-people/social-care-and-support-ni/> , luettu 18.07.2017

Culys J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. 2015. United Kingdom. Health systems review. Health systems in transition (HiT), 2015, 17(5):1-125

CAK (2017) Regelingen. Viitattu 12.9.2017. <https://www.hetcak.nl/>

Care Act (2014) <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2014/23/contents/enacted>

Care and support at home (2017) Government of the Netherlands. Viitattu 19.6.2017. <https://www.government.nl/topics/care-and-support-at-home>

Care Plan (2015) Care Plan 2020. The Norwegian Government's plan for the care services field for 2015–2020. The Ministry of Health and Care Services.

Children Act (1989) <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1989/41/contents>

Christensen, K. & Pilling, D. (2014) Policies of Personalisation in Norway and England: On the Impact of Political Context. Journal of Social Policy. Volume 43, Issue 3 July 2014, pp. 479-496.

Chronically Sick and Disabled Persons Act (1970) <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1970/44/enacted>

Cirkulæreskrivelse (2017) Cirkulæreskrivelse om regulering af maksimal egenbetaling for madservice pr. 1. januar 2017 efter serviceloven. Sundheds- og Ældreministeriet. <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=184963>

Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011) Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

Contact a Family (2016) Getting social care services when your child has additional needs. England. Viitattu 14.9.2017. <https://www.cafamily.org.uk/>

Deaton A, Muellbauer J (1980) An Almost Ideal Demand System, The American Economic Review 70(3), 312-326

Devaux M. 2015. Income-related inequalities and inequities in health care services utilization in 18 selected OECD countries. Eur J Health Econ 16:21-33.

Department of Health 2015. Guidance. NHS patient, visitor and staff car parking principles. 29 October 2015. Saatavilla: <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-patient-visitor-and-staff-car-parking-principles/nhs-patient-visitor-and-staff-car-parking-principles> , luettu 06.07.2017.

Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., ym. (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. Journal of Health Economics. Vol. 18(1999): 291-313.

Denmark (2016) Health Care & Long-Term Care Systems. An excerpt from the Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability. Institutional Paper 037, October 2016. European Union. Health Care & Long-Term Care Systems, Brussels.

European Commission (2016) Your social security rights in Norway. European Commission.

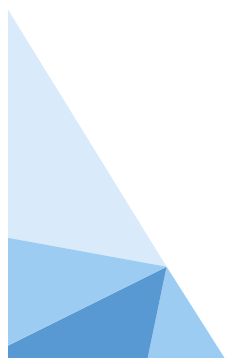
Forskrift (2011) Forskrift om egenandel for kommunale helse- og omsorgstjenester. Lovdata.

Ellison SF, Cockburn I, Griliches Z, Hausman J (1997) Characteristics of Demand for Pharmaceutical Products: An Examination of Four Cephalosporins, Rand Journal of Economics 28(3), 426-446

Gemmill MC, Thomson S, Mossialos E. 2008. What impact do prescription drug charges have on efficiency and equity Evidence from high-income countries Int J Equity Health 2008:7:12.

Genet, N., Boerma, W., Kroneman, M., Hutchinson, A. & Saltman, R. B. (ed.) (2013) Home care across Europe. Case studies. European Observatory on Health Systems and Policies.

van Ginneken E., Kroneman M. (2015) Long-term care reform in the Netherlands: too large to handle? Eurohealth, 21(3): 47–50.



Goldman, N. & Koreman, S. & Weinstein, R. (1995) Marital Status and Health among the Elderly. *Social Science & Medicine* 40(12): 1717–1730.

Goldman D, Joyce G, Zheng Y. 2007. Prescription drugs cost-sharing: associations with medication and medical utilization and spending and health. *JAMA* 2007;298: 61-69.

Guidance (2017) Care and support statutory guidance. Updated 24 February 2017. Department of Health. Viitattu 19.6.2017. <https://www.gov.uk/government/publications/care-act-statutory-guidance/care-and-support-statutory-guidance>

Hannikainen, K. (2018) Ikääntyneiden sosiaali- ja terveystalouden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Suomen sosiaalinen tila 1/2018. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Heisler, M., Langa, K.M., Eby, E.L., Fendick, A.M., Kabeto, M.U., Piette, J.D. (2004) The health effects of restricting prescription medication use because of cost. *Medical Care*. Vol. 42(7): 626-634.

Himmelstein DU, Thorne D, Warren E, Woolhandler S. 2007. Medical bankruptcy in the United States, 2007: Results of a national study. *American Journal of Medicine* 2007;122:8:741-746.

Hof kommune (2017) Helse og omsorg. Viitattu 31.8.2017. <http://www.hof.kommune.no/Meny/Skjema/>

Humphries, R. (2015) Health and social care for older people: progress, problems and priorities. *Quality in Ageing and Older Adults* 2015;16(1):27–31.

Ilmarinen K., Aalto A. & Muuri, A. (2016) Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Ilmarinen, K. (2017) Lääkäiden kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Israel S. 2016. How social policies can improve financial accessibility of healthcare: a multi-level analysis of unmet medical need in European countries. *International Journal for Equity in Health* 15:41.

Jeugdwet (2015) <http://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2017-02-28>

Kapiainen, S., Klavus, J. (2007) Terveydenhuollon rahoituksen progressiivisuus ja toimeentulo vaikutukset Suomessa 1990–2001. *Kansantaloudellinen aikakauskirja*. 3/2007: 351-363.

Kapiainen, S. & Seppälä, T.T. & Häkkinen, U. & Lauharanta, J. & Roine, R.P. & Korppi-Tommola, M. (2010) Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. THL Avauksia 3/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Kapiainen, S., Eskelinen, J. (2014) Miesten ja naisten terveysmenot ikäryhmittäin 2011. THL-raportti 17/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Kapiainen, S., Väisänen, A., Haula, T. (2014) *Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011*. THL-raportti. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

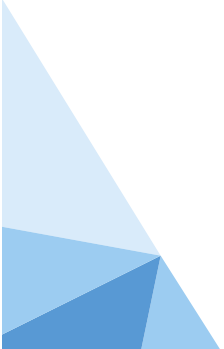
Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L., Junna, L. (2017) Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. THL Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Klavus, J., Häkkinen, U. (1996) Health care and income distribution in Finland. *Health Policy*. Vol. 38(1); 31-43.

Klavus J, Järvelin J, Pekurinen M, Mikkola HM (2004) Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa, *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 4/2004, 440-456

Karlsson, M., Iversen, T. & Oien, H. (2010) Scandinavian long-term care financing. Health Economics Research Programme, Working paper 2010:2. University of Oslo.

Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., de Jong, J. & van Ginneken, E. (2016) The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*, 2016; 18(2):1–239. European Observatory on Health Systems and Policies.



- Komissio hoivan ja tuen rahoituksesta 2011. Fairer care funding. Saatavilla: <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130221121529/https://www.wp.dh.gov.uk/carecommission/files/2011/07/Fairer-Care-Funding-Report.pdf>
- Kings Fund. 2017. How the NHS is funded. Saatavilla: <https://www.kingsfund.org.uk/projects/nhs-in-a-nutshell/how-nhs-funded> , luettu 06.07.2017.
- Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E (2016). The Netherlands: health system review. Health Systems in Transition 2016; 18(2):1–239
- Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977).
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (734/1992).
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987).
- Larsson, K. & Kåreholt, I. & Thorslund, M. (2014) Care utilisation in the last years of life in Sweden: the effects of gender and marital status differ by type of care. European Journal of Ageing 11: 349-359.
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-1993387-om-stod-och-service-till-vissa_sfs-1993-387
- Lastensuojelulaki (417/2007).
- Luchinskaya, D., Simpson, P. & Stoye, G. (2017) UK health and social care spending. Teoksessa Emerson, C., Johnson P. & Joyce, R. (ed.) (2017) The IFS Green Budget February 2017. The Institute for Fiscal Studies, London.
- Longley M, Riley N, Davies P, Hernández-Quevedo C.(2012) United Kingdom (Wales): Health system review. Health Systems in Transition, 2012;14(11): 1 – 84.
- Manning WG., Newhouse JP., Duan N., Keeler EB., Leibowitz A. (1987) Health insurance and the demand for medical care: Evidence from a randomized experiment, American Economic Review, 77(3) 251-277.
- Maarse, J. A. M. & Jeurissen, P. P. (2016) The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. Health Policy 120 (2016) 241–245.
- Meddelandebblad (2016) Uppgifter för beräkning av avgifter inom äldre- och funktionshinderomsorgen år 2017. Socialstyrelsen.
- Ministry of Health (2017) Healthcare in Denmark. An overview. Ministry of Health, Denmark.
- MISSOC (2017) Comparative Tables Database. European Commission. Viitattu 12.5.2017. <http://www.missoc.org/MISSOC/INFORMATIONBASE/informationBase.jsp>
- Moberg, L. (2017) Marketisation of Nordic Eldercare – Is the Model Still Universal? Journal of Social Policy, 46, 3, 603–621.
- Morgan D, Gmeinder M, Wilkens J. 2017. An OECD analysis of health spending in Norway. OECD Health Working Papers No. 91, OECD Publishing, Paris.
- Mosca, I., van der Wees, P. J., Mot, E. S., Wammes, J. J. G., Jeurissen, P. P. T. (2017) Sustainability of Long-term Care: Puzzling Tasks Ahead for Policy-Makers. International Journal of Health Policy and Management, 6(4), 195–205.
- Muir, T. (2017) Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, No. 93. OECD Publishing, Paris.
- NAO (2016) Personalised commissioning in adult social care. Report by the Comptroller and Auditor General. Department of Health and local authorities. March 2016, National Audit Office.
- Norden (2015) Ældreomsorg i Norden. Nordens Välfärdscenter.
- NOSOSCO (2016) Social Protection in the Nordic Countries 2014/2015. Scope, Expenditure and Financing. Nordic Social Statistical Committee.

Newhouse, J. (1993) Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment. Harvard University Press.

NHS. 2015. About the NHS. Saatavilla:

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx> , luettu 06.07.2

NHS 2016. HS12 Charges and optical voucher values. Sight tests, HS dental treatment, spectacles and contact lenses. Saatavilla: <https://www.nidirect.gov.uk/sites/default/files/publications/health-service-%20charges-and-optical-voucher-values-hc12-february-2017.pdf> , luettu 13.07.2017

NHS 2017. HC1 Claim for help with and travel costs. Saatavilla:

<https://www.nidirect.gov.uk/sites/default/files/publications/bgc-forms-hc1.pdf> , luettu 13.07.2017

NHS Scotland 2017. HCS1. Are you entitled to help with health costs. Saatavilla:

<http://www.gov.scot/Publications/2012/05/9246/downloads#res393022> , luettu 13.07.2017

NICE. 2016. Fertility problems: assessment and treatment. Saatavilla:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg156> , luettu 06.07.2017

NHS. 2017. NHS in England. Help with NHS costs. Saatavilla:

<http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/nhs-low-income-scheme.aspx> , luettu 5.7.2017.

Norris PT, Wilson S, Green JA, Gu J um. 2017. Knowledge and attitudes to prescription charges in New Zealand and England. Research in Social and Administrative Pharmacy 2017:1-7 (painossa).

OECD Health Statistics. Saatavilla: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

OECD (2008) Pharmaceutical pricing policies in a global market. OECD, Paris. Saatavissa:

<http://www.oecd.org/els/pharmaceutical-pricing-policies-in-a-global-market.htm>

OECD (2013) Health at a Glance. Pariisi: OECD.

OECD (2015) Country note: How does health care spending in Finland compare. Pariisi: OECD. Saatavissa:

<https://www.oecd.org/els/health-systems/Country-Note-FINLAND-OECD-Health-Statistics-2015.pdf>

OECD/EU. 2016. Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris.

OECD (2017) Health at a Glance 2017: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Olejaz M, Juul Nielsen A, Rudkjøbing A, Okkels Birk H, Krasnik A, Hernández-Quevedo C. Denmark: Health system review. Health Systems in Transition, 2012, 14(2):1-192.

O'Neill C, McGregor P, Merkur S. (2012) United Kingdom (Northern Ireland): Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(10): 1– 91.

Palladino R, Lee JT, Hone T, Filippidis FT, Millet C. 2016. The Great Recession And Increased Cost Sharing In European Health Systems. Health Affairs 35(7):1204-1213.

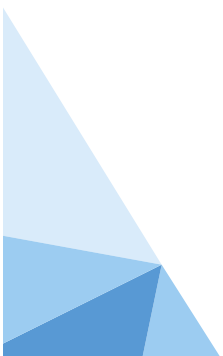
Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E, Krohn M. (2016a) *Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt - Kyselytutkimuksen tuloksia 3: Ostopalvelut, ulkoistukset ja asiakasmaksut*. Tutkimuksesta tiiviisti 21, lokakuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Parhiala, K., Hetemaa, T., Sinervo, T., Nuorteva, L., Luoto, E., & Krohn, M. (2016b) *Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2015 - kyselytutkimuksen tuloksia 1 THL*; Helsinki.

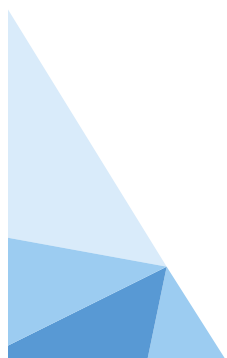
Parhiala K, Hetemaa T, Sinervo T, Nuorteva L, Luoto E, Krohn M. (2016c) *Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt - Kyselytutkimuksen tuloksia 2: Kiireellinen hoito*. Tutkimuksesta tiiviisti 16, elokuu 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Parkin E. 2017. The Prescription charge and other NHS charges. Briefing paper. Number 07227. 16 March 2017. House of Commons, London. Saatavilla:

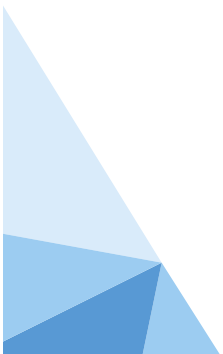
<http://researchbriefings.parliament.uk/ResearchBriefing/Summary/CBP-7227> , luettu 13.07.2017



- Pendzialek, J.B., Simic, D., Stock, S. (2016) Differences in price elasticities of demand for health insurance: a systematic review. *The European Journal of Health Economics*. Vol. 17(1): 5-21.
- Phillips, D. & Simpson, P. (2017) National standards, local risks: the geography of local authority funded social care, 2009–10 to 2015–16. The Institute for Fiscal Studies. London.
- Pike, B., O’Nolan, G. & Farragher, L. (2016) Individualised budgeting for social care services for people with a disability: International approaches and evidence on financial sustainability. HRB Health Research Board, Dublin.
- Putters, K., Grit, K., Janssen, M., Schmidt, D. & Meurs, P. (2010) Governance of local care & social service. An evaluation of the implementation of the Wmo in the Netherlands. Institute of Health Policy & Management. Institute of Health Policy & Management. Erasmus University Rotterdam.
- Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK. Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(8):1–162
- Robards, J. & Evandrou, M. & Falkingham, J. & Vlachantoni, A. (2012) Marital Status, Health and Mortality. *Maturitas* 73: 295–299.
- Roquebert, Q. & Tenand, M. (2016) Pay less, consume more? The price elasticity of home care for the disabled elderly in France, *Health Economics*. 2017; 26: 1162–1174.
- Riedel, M., Kraus, M. & Mayer, S. (2016) Organization and Supply of Long-term Care Services for the Elderly: A Bird’s-eye View of Old and New EU Member States. *Social Policy & Administration*, 50(7): 824–845.
- Robertson, R., Gregory, S. & Jabba, J. (2014) The social care and health systems of nine countries. Background paper. Commission on the Future of Health and Social Care in England. The King’s Fund, London.
- Rodrigues, R. (2015) Long-term care – the problem of sustainable financing. Synthesis report. European Centre for Social Welfare Policy and Research. European Commission.
- Rundskriv (2017) Rundskriv I-1/2017 om endring av fribeløp og egenandeler for kommunale helse- og omsorgstjenester. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Saarela, T. (toim.) (2016) Raportti kyselystä Asiakasmaksulain 11 §. Suomen köyhyden ja syrjäytymisen vastainen verkosto EAPN-Fin. Helsinki.
- Sagan, A., & Thomson, S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: country experience. *Observatory Studies Series 42*. World Health Organization. The European Observatory on Health Systems and Policies.
- Scheil-Adlung, X. (2015) Extension of Social Security. Long-term care protection for older persons: A review of coverage deficits in 46 countries. ESS – Working Paper No. 50. International Labour Office, Geneva.
- Scottish Government 2015. Free Parking saves patients over 25 million. Saatavilla: <https://www.gov.uk/government/speeches/nhs-prescription-charges-from-april-2017> , luettu 5.7. 2017
- Scottish Government 2016. Charging for residential care. Saatavilla: <http://www.gov.scot/Topics/Health/Support-Social-Care/Financial-Help/Charging-Residential-Care>
- Scottish Government 2017 Dental Charges. Saatavilla: <https://www.scottishdental.org/public/treatment-charges/> , luettu 13.7.2017
- Seniorval (2017) Vad kostar hemtjänst? Seniorval.se. Viitattu 20.6.2017. <http://seniorval.se/bra-att-veta/vad-kostar-hemtjanst>
- Simon, G.E., Grothaus, L., Von Korff, M., Pabniak, C. (1996) Impact of visit copayments on outpatient mental health utilization by members of a health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry*. Vol. 153(3): 331-338.
- Sintonen H., Maljanen T. (1995) Explaining the utilization of dental care. Experiences from the Finnish dental care market, *Health Economics* 4(6), 435-466.



- Sintonen H; Pekurinen M (2006) Terveystaloustiede, WSOY Oppimateriaalit Oy, Porvoo.
- Socialtjänstlag (2001:453) https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/socialtjanstlag-2001453_sfs-2001-453
- Socialstyrelsen (2014) Avgifter inom äldreomsorgen. Kartläggning och analys av kommunernas avgiftssystem. Socialstyrelsen.
- Sosiaalihuoltolain soveltamisopas (2017) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:5. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014).
- Sotilasvammalaki (404/1948).
- Sperre Saunes I, Lindahl A. 2017. Changes in cost-sharing. Health Systems and Policy Monitor. Country page of Norway. 13.2.2017. Saatavilla: <http://www.hspm.org/countries/norway08012014/countrypage.aspx>, luettu 19.6.2017.
- Steel D, Cylus J. United Kingdom (Scotland): Health system review. Health Systems in Transition, 2012; 14(9): 1–150.
- STM (2017) <http://stm.fi/documents/1271139/4275707/asiakasmaksulainsaadannon-kokonaisuudistusta-valmistelevan-tyoryhman-asettamispaatos.pdf/dfab9b6d-eb59-4867-8ab4-a83f528f53de?version=1.0>
- Stockholm stad (2017) Äldreomsorg. Viitattu 1.9.2017. <http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/Aldreomsorg/>
- Swartz, K. (2013) Searching for a Balance of Responsibilities: OECD Countries' Changing Elderly Assistance Policies. Annual Review of Public Health. Vol. 34:397–412.
- Tamblyn, R., Laprise, R., Hanley, J.A. (2001) Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *JAMA*. Vol. 285(4): 421–429.
- Thomson S, Foubiser T, Mossialos E. (2017) Can user charges make health care more efficient? *BMJ* 2010;341:4:487–489
- Tilastokeskus (2017) Mikrosimulointi, kotisivu: <http://www.stat.fi/tup/mikrosimulointi/index.html> (09.08.2017)
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2017): Terveidenhuollon menot ja rahoitus 2015. THL, Tilastoraportti 26/2017.
- Tynkkynen L-K, Alexandersen N, Kaarboe O, Anell A, Lehto J, Vrangbaek K. (2018, tulossa) Development of Voluntary Private Health Insurance in Nordic Countries – An Exploratory Study on Country-specific Contextual Factors. *Health Policy*.
- Vaalavuo, M. (2016a) The development of healthcare use among a cohort of Finnish social assistance clients: testing the social selection thesis. *Sociology of Health & Illness* 38(8): 1272–1286.
- Vaalavuo, M. (2016b) Toimeentulokiasiakkaiden terveystalouden käyttö pääkaupunkiseudulla. *Janus*. Vol. 24(3): 230–250.
- Vaalavuo, M. (2018, tulossa) Eläkeläisten sosiaali- ja terveystalouden käyttö Suomessa. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia. Eläketurvakeskus: Helsinki.
- Vaalavuo, M. & Häkkinen, U. & Fredriksson, S. (2013) Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valti-
onsuusjärjestelmän uudistaminen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.
- Van Aerschot, L. (2014) Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Väitöskirja. Tampere University Press: Tampere.
- Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta 2008/464.



Valtioneuvoston asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun asetuksen muuttamisesta. 2015/1350.

Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston, VATT, tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010.

VATT (2010) Vanhuspalvelut. Säännöllinen kotihoito. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 214/2010.

Verronen, V. (2017) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksualennusten alikäyttö. Esitys Sosiaali-politiikan päivillä Jyväskylän yliopistossa 26.10.2017.

Vogler S, Österle A, Mayer S (2015) Inequalities in medicine use in Central Eastern Europe: an empirical investigation of socioeconomic determinants in eight countries. Saatavissa: <https://equityhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-015-0261-0>

Väyrynen R, Kuronen R. (2016) 2016. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Tilastokatsaus 8/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Wanless D. 2002. Securing out future health. Taking a long term view. HM Treasury. London.

Wendt C, Mischke M, Pfeifer M, Reibling N. 2011. Confidence in receiving medical care when seriously ill: a seven-country comparison of the impact of cost barriers. Health Expectations, 15: 212-224.

WHO (2010) World Health Report. Health systems financing. WHO, Geneva. Saatavissa: <http://www.who.int/whr/2010/en/>

Wouters OJ, McKee M. 2017. Private financing of health care in times of economic crisis: a review of the evidence. Global Policy 2017;8:2:23-29.

Zaprutko T, Kopciuch, Kus K, Merks P, Nowicka M, Augustyniak I, Nowakowska E. 2017. Affordability of medicines in the European Union. Plos one 12(2):e0172753

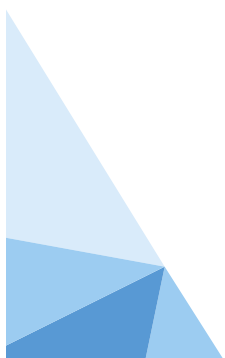
Wammes, J., Jeurissen, P., Westert, G. & Tanke, M. (2017) The Dutch Health Care System. Teoksessa Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R. & Sarn, D. (ed.) International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund.

Wet langdurige zorg (2015) <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035917/2017-07-01>

Wet maatschappelijke ondersteuning (2015) <http://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2016-08-01>

Zorgverzekeringswet (2006) <http://wetten.overheid.nl/BWBR0018450/2017-07-01>

Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*. Vol. 362: 111-117.



LIITTEET

Liitetaulukko 1. Terveysthuollon asiakasmaksut vuonna 2017.

Palvelulaji	Maksulaji ja määrä	Maksukatto	Muuta
Äitiys- ja lastenneuvolakäynnit	Maksuton	-	-
Perusterveydenhuollon vastaanottomaksu - terveydenhoitaja	Riippuu kunnasta	-	-
Perusterveydenhuollon vastaanottomaksu -lääkäri	Omavastuuosuus enintään 20,90 euroa, voidaan periä 0-3 kertaa/v	Vaihtoehtoisesti voidaan periä vuosimaksu, jonka suuruus on enintään 41,70 euroa. Ks myös kunnallisen th maksukatto	Maksu terveyskeskuskohtainen. Jos vuosimaksua ei suoriteta, voidaan periä 20,90 euroa myös >3 kerralta
Laboratorio- ja röntgen-tutkimukset	Maksuton	-	Yksityislääkärin läheteellä voidaan periä kustannusten suuruisen maksu
Rokotukset	Maksuton	-	Ehtona kuuluminen kansalliseen rokotusohjelmaan
Päivystyskäynti	Omavastuuosuus enintään 28,70 euroa kerralta	ks kunnallisen th maksukatto	Klo 20-08 sekä la, su. Voidaan periä maksukaton ylittäneiltä
Käyttämättä jäänyt peruuttamaton vastaanottoaika	Enintään 51,40 euroa	-	Myös suun th ja kalliit kuvantamistutkimukset. Ei periä, jos on hyväksyttävä syy. Voidaan periä vain yli 15v.
Lääkärintodistus	Enintään 51,40 euroa, ajokorttitodistus 61,80 euroa	-	Ei koske esim. sairauslomatoistuksia
Sarjahoito	Maksuton alle 18-vuotiaille Yli 18-vuotiaille 11,40 euroa vuoden 2018 alusta	-	Sarjahoitomaksua ei periä terveyskeskuksen hyposensibilisaatio-, puhe- ja äänihäiriöhoidosta, säde- ja sytostaattihoidosta tai muusta vastaavasta hoidosta
Yksilökohtainen fysio- tai toimintaterapia	Omavastuuosuus enintään 11,50 euroa/kerta	kerryttää kunnallisen th maksukattoa	-
Fysioterapian ohjattu ryhmäkuntoutus	Omavastuuosuus 5 euroa/kerta	-	-

Palvelulaji	Maksulaji ja määrä	Maksukatto	Muuta
Poliklinikamaksu	Omavastuuosuus enintään 41,70 euroa käynniltä	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	
Psykiatrinen poliklinikka	Ei maksua	-	
Hoitopäivämaksu	Omavastuuosuus enintään 49,50 euroa /vrk	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	Maksukaton täyttymisen jälkeen voidaan periä enintään 22,80 euroa /vrk

Palvelulaji	Maksulaji ja määrä	Maksukatto	Muuta
Poliklinikkamaksu	Ostavastuuosuus enintään 41,70 euroa käynniltä	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	
Psykiatrisen poliklinikka	Ei maksua	–	
Hoitopäivämaksu	Ostavastuuosuus enintään 49,50 euroa /vrk	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	Maksukaton täyttymisen jälkeen voidaan periä enintään 22,80 euroa /vrk
Päiväkirurginen toimenpide	Ostavastuuosuus enintään 136,80 euroa	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	
Hoitopäivämaksu psykiatrisessa sairaalassa	Ostavastuuosuus enintään 22,80 euroa/vrk	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	
Päivä- tai yöhoito sairaalassa	Ostavastuuosuus enintään 22,80 euroa/vrk	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	
Käyttämättä jäänyt peruuttamaton palvelu	Enintään 51,40 euroa.	-	Ei peritä, jos on hyväksyttävä syy. Voidaan periä vain yli 15v.
Sarjahoito	Ostavastuuosuus enintään 11,50 euroa/kerta	Maksu voidaan periä enintään 45 kerralta/12kk. Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	Sarjahoitoja ovat esim. jatkuva dialyysihoito, säde- tai sytostaattihoido ja lääkinällinen kuntoutus. Alle 18v hoito maksutonta.
Vammaisen ja kehitysvammaisen kuntoutushoidon laitoksessa	Ostavastuuosuus enintään 17,10 euroa/hoitopv	Kerryttää kunnallisen th maksukattoa	Alle 18 vuotialta maksu peritään vain 7 ensimmäiseltä päivältä
Pitkäaikainen laitoshoido		Hoitomaksu kuu-kaudessa voi olla enintään 85% hoidettavan nettotuloista	Ja: Jos laitoshoidossa on suurempi tuloinen puoliso, maksu on enintään 42,5% puolisoien yhteenlasketuista nettotuloista /kk. Hoidettavalle henkilölle on jäätävä käyttöön vähintään 107 euroa /kk.

Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on kalenterivuositainen maksukatto. Vuonna 2016-2017 maksukatto on 691 euroa. Alle 18-vuotiaiden käyttämistä palveluista perityt maksut lasketaan yhteen hänen huoltajansa maksujen kanssa. Kun maksukatto ylittyy, palvelut ovat maksuttomia kaikille niille henkilöille, joiden maksut ovat yhdessä kerryttäneet maksukattoa.

Maksukattoon lasketaan mukaan (merkitty myös taulukkoon)

- terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelujen maksut,
- fysioterapiamaksut
- sarjahoidon maksut
- sairaalan poliklinikkamaksut
- päiväkirurgian maksut
- lyhytaikaisen laitoshoidon maksut terveydenhuollon ja sosiaalihuollon laitoksissa
- yö- ja päivähoidon maksut
- kuntoutushoidon maksut.

Maksukattoon ei lasketa mukaan maksuja

- hammashoidosta
- sairaankuljetuksesta
- lääkärintodistuksista
- yksityislääkärin läheteellä tehdyistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista.

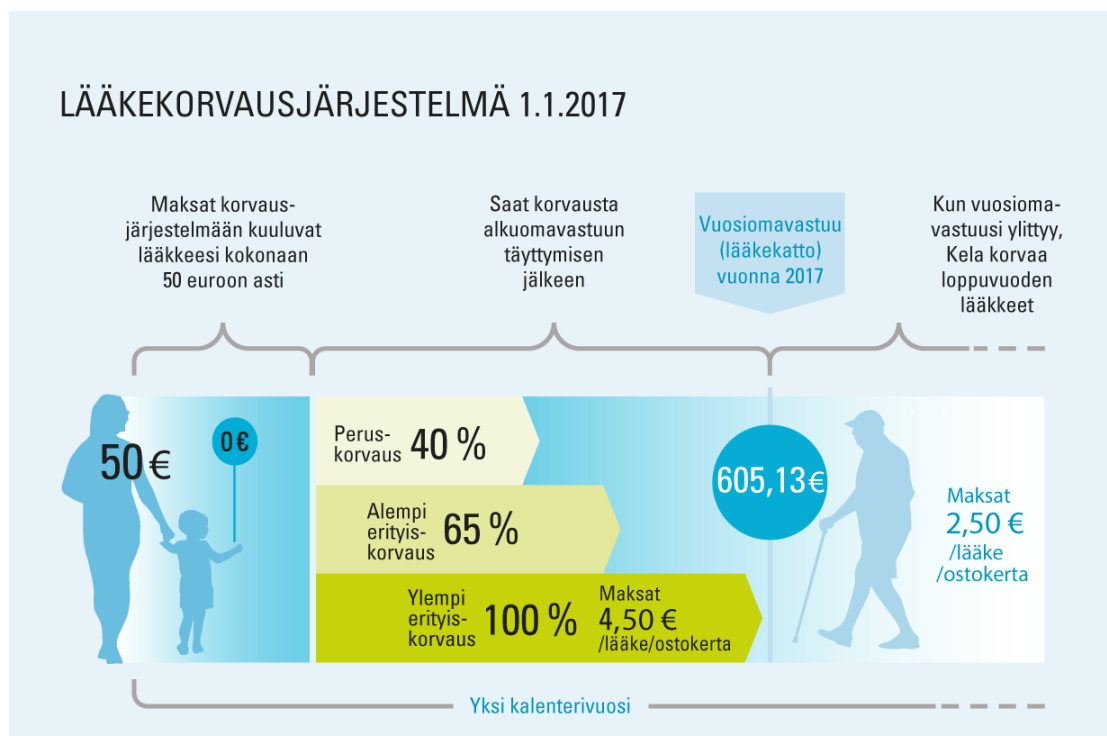
Liitetaulukko 2. Matkojen omavastuita maksaneiden osuus ikäryhmän ja maakunnan mukaan (2015).

	0-17v.	18-24v.	25-54v.	55-64v.	65-74v.	75v.+	Kaikki
Uusimaa	2,5 %	3,6 %	4,2 %	8,1 %	12,7 %	31,5 %	7,0 %
Varsinais-Suomi	2,8 %	3,7 %	4,8 %	8,7 %	12,5 %	30,5 %	8,3 %
Satakunta	4,0 %	5,1 %	7,1 %	11,9 %	15,2 %	33,9 %	11,2 %
Kanta-Häme	2,9 %	4,2 %	6,2 %	10,4 %	14,1 %	33,6 %	9,8 %
Pirkanmaa	3,1 %	4,1 %	5,7 %	10,9 %	15,3 %	34,0 %	9,3 %
Päijät-Häme	2,8 %	5,2 %	5,8 %	9,4 %	13,3 %	30,4 %	9,3 %
Kymenlaakso	3,2 %	5,3 %	6,3 %	10,5 %	14,4 %	34,6 %	10,7 %
Etelä-Karjala	3,1 %	4,5 %	6,5 %	11,3 %	15,6 %	35,1 %	11,1 %
Etelä-Savo	4,7 %	5,7 %	8,2 %	12,7 %	17,9 %	36,5 %	13,3 %
Pohjois-Savo	4,6 %	5,9 %	9,1 %	15,8 %	21,7 %	43,8 %	14,2 %
Pohjois-Karjala	4,6 %	6,3 %	9,3 %	16,2 %	21,6 %	42,4 %	14,4 %
Keski-Suomi	4,2 %	5,1 %	7,5 %	13,4 %	18,7 %	39,4 %	11,8 %
Etelä-Pohjanmaa	4,0 %	6,1 %	8,0 %	13,6 %	19,1 %	39,3 %	12,6 %
Pohjanmaa	3,1 %	4,2 %	5,4 %	9,9 %	13,7 %	30,4 %	8,9 %
Keski-Pohjanmaa	4,7 %	5,5 %	7,9 %	12,4 %	16,3 %	36,6 %	11,3 %
Pohjois-Pohjanmaa	4,5 %	6,2 %	8,3 %	15,5 %	20,5 %	42,6 %	12,0 %
Kainuu	6,9 %	7,9 %	13,3 %	21,7 %	26,9 %	50,4 %	19,3 %
Lappi	6,7 %	7,6 %	11,7 %	19,5 %	24,4 %	43,7 %	16,6 %
Ahvenanmaa	2,1 %	5,6 %	5,0 %	7,0 %	9,7 %	20,9 %	6,8 %
Koko Suomi	3,4 %	4,7 %	6,1 %	11,5 %	15,9 %	35,5 %	10,0 %

Liitetaulukko 3. Yksityisiä palveluita käyttäneiden osuus ikäryhmän ja maakunnan mukaan (2015).

	0-17v.	18-24v.	25-54v.	55-64v.	65-74v.	75v.+	Kaikki
Uusimaa	33,4 %	30,7 %	41,7 %	58,7 %	62,9 %	59,3 %	44,5 %
Varsinais-Suomi	33,2 %	29,8 %	41,2 %	58,9 %	62,3 %	56,8 %	45,3 %
Satakunta	30,3 %	29,6 %	44,6 %	59,3 %	60,1 %	54,1 %	46,3 %
Kanta-Häme	23,5 %	24,3 %	37,9 %	52,1 %	54,4 %	50,5 %	39,6 %
Pirkanmaa	29,2 %	26,5 %	40,5 %	57,0 %	58,7 %	53,2 %	42,5 %
Päijät-Häme	17,5 %	22,9 %	37,5 %	53,6 %	56,2 %	55,2 %	39,6 %
Kymenlaakso	26,9 %	25,8 %	38,8 %	54,0 %	60,1 %	57,1 %	43,3 %
Etelä-Karjala	14,5 %	17,7 %	34,4 %	51,2 %	53,3 %	49,0 %	36,7 %
Etelä-Savo	13,9 %	19,4 %	34,7 %	48,6 %	48,8 %	46,4 %	36,3 %
Pohjois-Savo	18,5 %	22,5 %	36,4 %	49,7 %	50,5 %	46,1 %	36,9 %
Pohjois-Karjala	16,5 %	20,2 %	35,4 %	46,9 %	47,3 %	46,1 %	35,5 %
Keski-Suomi	14,0 %	19,9 %	33,0 %	48,3 %	50,5 %	47,6 %	33,8 %
Etelä-Pohjanmaa	18,3 %	22,4 %	38,4 %	50,0 %	47,9 %	43,3 %	36,5 %
Pohjanmaa	11,5 %	22,2 %	39,8 %	58,4 %	57,3 %	49,0 %	37,9 %
Keski-Pohjanmaa	13,4 %	17,7 %	32,5 %	44,5 %	43,3 %	40,7 %	30,7 %
Pohjois-Pohjanmaa	17,5 %	19,9 %	33,3 %	46,4 %	46,3 %	42,9 %	32,1 %
Kainuu	12,6 %	16,6 %	31,9 %	43,4 %	42,9 %	39,7 %	31,9 %
Lappi	14,7 %	19,2 %	31,6 %	46,2 %	45,9 %	42,7 %	32,9 %
Ahvenanmaa	8,7 %	13,9 %	50,3 %	69,9 %	68,8 %	52,5 %	45,2 %
Koko Suomi	24,8 %	25,5 %	38,9 %	54,0 %	56,2 %	51,7 %	40,4 %

Liitekuva 1. Lääkekorvausjärjestelmä 1.1.2017



Lähde: Kela: <http://www.kela.fi/laakkeet>



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

VALTIONEUVOSTON
SELVITYS- JA TUTKIMUSTOIMINTA

tietokayttoon.fi

ISSN 2342-6799 (pdf)
ISBN 978-952-287-534-1 (pdf)

