



Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä,
Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen,
Unto Häkkinen

Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä

Hennamari Mikkola, Satu Kapiainen, Timo Seppälä, Mikko Peltola, Ulla Tuominen, Markku Pekurinen, Unto Häkkinen. Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Avauksia 10/2009. Helsinki 2009. 50 sivua.

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2009

Valopaino Oy
Helsinki 2009

Esipuhe

Terveydenhuoltojärjestelmässä on vuonna 2009 käytössä kolme erillistä maksukattoa: kunnallinen asiakasmaksukatto, lääkekatto ja matkakatto. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli arvioida, miten kunnallisessa terveydenhuollossa ja sairausvakuutuksen korvaamassa hoidossa sekä matkoissa nykyisin käytössä olevat maksukatot voitaisiin yhdistää yhdeksi yhtenäiseksi maksukatoksi. Tutkimus tehtiin sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta. Maksukattojen yhdistämismahdollisuuksien tutkiminen oli myös sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA-komitea) eräänä tehtävänä osana laajempaa sosiaaliturvan kokonaisuudistusta.

Tekijät kiittävät tutkimuksen ohjausryhmää hyödyllisistä kommenteista ja kaikesta tutkimukselle annetusta tuesta. Tutkimuksen ohjausryhmän puheenjohtaja oli SATA-komitean puheenjohtaja Markku Lehto. Ohjausryhmän jäsenet SATA-komiteasta olivat pääsihteeri Lauri Pelkonen, perusturvajaoston puheenjohtaja Osmo Soininvaara ja hallinto- ja prosessijaoston puheenjohtaja Raimo Ikonen. Sosiaali- ja terveysministeriöstä ohjausryhmään kuuluivat hallitusneuvos Pekka Järvinen, johtaja Anja Kairisalo ja ylitarkastaja Virpi Vuorinen. Kansaneläkelaitoksesta ohjausryhmään kuuluivat erikoistutkija Jaana Martikainen ja etuuspäällikkö Kari Vilkama. Kuntaliiton asiantuntijoina olivat erityisasiantuntija Sinikka Huhtala ja sosiaali- ja terveystoimen päällikkö Tuula Taskula. Ohjausryhmässä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen edustajat olivat tutkimuspäällikkö Hennemari Mikkola ja tutkimusprofessori Markku Pekurinen.

Sisällys

Esipuhe

TUTKIMUKSEN YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	7
JOHDANTO	14
MAKSUKATTOJÄRJESTELMÄT SUOMESSA	15
MAKSUKATTOKÄYTÄNTÖJÄ ERI EU-MAISSA	17
AINEISTON MUODOSTAMINEN	18
OTOSAINEISTON KUVAUS	20
MENETELMÄT	23
NYKYISEN MAKSUKATTOJÄRJESTELMÄN YLITTÄJÄT JA KATTOKORVAUKSET	25
MAKSUKATTOMALLIEN NETTOMAKSAJAT JA -SAAJAT SEKÄ NETTOVAIKUTUKSET	30
MAHDOLLISET KÄYTTÄYTYMISVAIKUTUKSET	44
MAKSUKATTOMALLIEN TALOUDELLISTEN VAIKUTUSTEN VERTAILU POTILAIDEN, SAIRAUSVAKUUTUKSEN JA KUNTIEN KESKEN	46
YHDISTETYN MAKSUKATON KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS.....	48
Lähteet.....	49

TUTKIMUKSEN YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT

Tutkimuksen lähtökohtana oli selvittää kunnallisen asiakasmaksukaton, lääkekaton ja matkakaton yhdistämisen mahdollisuuksia. Tavoitteena oli myös, että yhdistetyn maksukaton kattokorvaukset eli kustannukset (kuntien ja sairausvakuutuksen saamatta jääneet maksutulot) olisivat samalla tasolla kuin nykyjärjestelmän maksukattojen kattokorvaukset. Koska matkakatto eroaa tavoitteiltaan ja suuruusluokaltaan olennaisesti kunta- ja lääkekatoista, se päätettiin jättää tarkasteluissa yhdistetyn katon ulkopuolelle. Matkakaton ottaminen mukaan yhdistettyyn maksukattoon heikentäisi huomattavasti niiden matkakaton ylittäneiden asemaa, joilla lääke- ja asiakasmaksumenoja olisi vähän. Kunnallisen asiakasmaksukaton ja lääkekaton kattokorvaukset olivat yhteensä noin 154 miljoonaa euroa.

Tutkimuksen ohjausryhmässä käytyjen keskustelujen perusteella tutkimuksessa päädyttiin tarkastelemaan tasakattomalleja, tulosidonnaisia malleja sekä Ruotsin lääkekaton mukaista kustannusportaisiin perustuvaa mallia. Tasakattomallit muistuttavat peruseriaatteiltaan eniten nykyjärjestelmää, jossa maksukatot ovat kaikille samansuuruiset.

Nykyisistä omavastuista vähävaraisille sairaille huomattava maksurasitus

Kunnallinen asiakasmaksukatto, lääkekatto ja matkakatto ylittyvät erityisesti iäkkäillä, pienituloisilla sekä pitkäaikaissairailta. Vaikka maksukatot estävät korkeiden maksurasitusten syntyä, yhteenlaskettuna kaikki asiakasmaksut, lääkemenot ja matkakulut voivat muodostaa merkittävän suuren kuluerän useille henkilöille. Tutkimuksemme mukaan kunnallinen asiakasmaksukatto ja lääkekatto ylittyivät noin 21 000 henkilöllä. Näiden henkilöiden asiakasmaksujen ja lääkekulujen omavastuuosuus oli vähintään 1 206 euroa. Omavastuuosuuden lisäksi useiden henkilöiden maksurasitusta lisäävät myös ylläpitomaksut, matkakulut ja maksukattojen ulkopuolelle jäävät maksut, kuten hammashoidon ja kotihoidon maksut.

Nykyjärjestelmässä viimesijaista tarveharkintaista toimeentulotukea myönnetään poikkeuksellisiin sairauksista aiheutuviin menoihin. Jos kunnalliset asiakasmaksut korvataan toimeentulotuella, ne eivät kerrytä kunnallista asiakasmaksukattoa. Tutkimuksemme perusteella voidaan arvioida, että kunnallisen asiakasmaksukattojen ylittäjistä lähes 20 % eli noin 19 000 henkilöä on saanut yleistä tai erityistä toimeentulotukea. Vastaavasti lääkekaton ylittäneistä noin 11 % eli noin 16 000 henkilöä on saanut toimeentulotukea. Maksukattojen ylittäneitä toimeentulotuen saajia olisi suhteellisesti eniten työikäisissä, kuten myös toimeentulotuen saajia yleensä, eikä ikääntyneissä, joita maksukaton ylittäneet yleensä ovat.

Yhdistetyllä maksukatolla sekä voittajia että häviäjiä

Valtaosalla väestöstä yhdistetty maksukatto jää ylittymättä. Kustannusneutraaleissa tasakatto- ja tulosidonnaisissa malleissa yhdistettyjen maksukattojen ylittäjiä oli vajaat 200 000 henkilöä. Verrattuna nykyjärjestelmään kattokorvauksiltaan kustannusneutraaleissa malleissa nettomaksajia oli lukumääräisesti enemmän kuin nettosaajia. Eri mallien välillä nettosaajien ja -maksajien määrät eivät poikenneet kovin paljon toisistaan, paitsi kustannusportaisiin perustuvassa mallissa, jossa nettomaksajia ja -saajia olisi lähes yhtä paljon. Kaikissa tarkastelluissa malleissa keskimääräinen nettosaanti olisi kuitenkin huomattavasti suurempi kuin keskimääräinen nettomaksu (taulukko 1). Lääkekaton suuruudesta (616,72 euroa vuonna 2006) tasakattomallista hyötyisivät lähes kaikki ja häviäjien tappio olisi hyvin vähäinen. Lääkekaton suuruinen tasakattomalli maksaisi kattokor-

vauksina kuitenkin noin 50 miljoonaa euroa enemmän kuin kustannusneutraalit vaihtoehdot. Kaikissa vaihtoehdoissa eniten yhdistetystä maksukatosta hyötyisivät paljon palveluja ja lääkkeitä käyttävät eli ne, joilla nykyjärjestelmässä ylittyvät molemmat maksukatot. Suurimmat häviäjät yhdistetyssä maksukatossa olisivat ne, jotka käyttävät paljon lääkkeitä, mutta eivät juuri lainkaan julkisia palveluita.

TAULUKKO 1. Nettomaksajat ja -saajat sekä keskimääräiset nettomaksut ja -saannit yhdistetyissä maksukattomalleissa

	Nettomaksajia	Nettosaajia	Keskimääräinen nettomaksu, €	Keskimääräinen nettosaanti, €
Malli 1 Kustannusneutraali tasakatto (840 €)	138 596	91 336	117	179
Malli 2 Lääkekaton suuruinen tasakatto (616,72 €)	10 919	259 440	14	180
Malli 3 Tulosid. katto (6,5 % tuloista) Max 1 000 € Min 670 €	135 344	99 509	143	181
Malli 4 Tulosid. katto (4,5 % tuloista) Max 1 000 € Min 780 €	138 718	92 884	132	183
Malli 5 Kustannusportaisiin perustuva katto	130 246	127 534	131	153

Tulosidonnaiset mallit (3 ja 4) suosivat pienituloisia. Tulosidonnaisista malleista erityisesti progressiivisempi 6,5 %:n malli suosisi enemmän pienituloisia verrattuna 4,5 %:n tulosidonnaiseen malliin. Tulosidonnaiset mallit vähentäisivät eläkeläisten, yli 75-vuotiaiden ja erityisesti diabeetikoiden ja sepevaltimotautia sairastavien maksuja (taulukko 2).

Kustannusneutraalin tasakattomallin (malli 1) ja kustannusportaisiin perustuvan mallin (malli 5) nettovaikutukset olisivat varsin samankaltaiset. Samat väestöryhmät kuin tulosidonnaisissa malleissa hyötyisivät myös kaikille samansuuruisesta ja kustannusportaittain muodostetusta yhdistetystä maksukatosta. Mallista riippumatta yhdistetty maksukatto parantaisi juuri sen väestöryhmän taloudellista asemaa, jota varten myös erilliset maksukattojärjestelmät aikoinaan on suunniteltu (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Keskimääräiset nettovaikutukset (hyöty tai tappio) maksukattojärjestelmän piirissä olevaa henkilöä kohti yhdistettyjen maksukattomallien keskeisissä kohderyhmissä verrattuna nykyjärjestelmään, (€)

	Keskiarvo Malli 1	Keskiarvo Malli 2	Keskiarvo Malli 3	Keskiarvo Malli 4	Keskiarvo Malli 5
Eläkeläiset	19	186	14	22	18
Työlliset	-49	137	-125	-116	-48
65–74-vuotiaat	15	174	-15	8	15
75–84-vuotiaat	26	194	17	29	27
Diabeetikot	25	181	25	22	26
Keuhkoastmaa sairastavat	-12	170	-22	-18	-17
Sepelvaltimotautia sairastavat	24	186	9	21	28
Verenpainetautia sairastavat	4	169	-12	-4	8
Pienituloiset, tuloluokat					
0–9 062 €	-28	143	86	12	-18
9 065–11 382 €	-1	162	84	39	4
11 384–13 310 €	21	185	62	61	21
13 313–15 286 €	13	182	5	41	11
15 288–17 329 €	13	180	-26	5	6
17 332–19 502 €	14	185	-34	-17	6

Maksukattovaihtoehdot muuttaisivat vain vähän kuntien ja sairausvakuutuksen kustannusvastuita

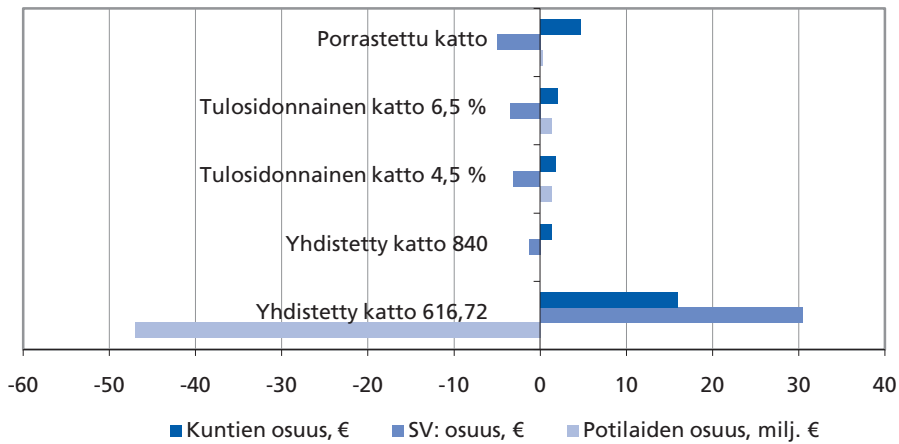
Nykyjärjestelmässä kuntien osuus kattokorvauksista on 21 % ja sairausvakuutuksen osuus 79 %. Maksukattojen yhdistäminen näyttäisi kuitenkin hieman lisäävän kuntien osuutta kattokorvauksista. Tämä selittynee sillä, että suurella osalla kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneistä on myös merkittäviä lääkemenoja, mutta lääkekaton ylittäneistä verraten harvalla kunnalliset asiakasmaksumenot ovat korkeita. Lääkekaton ylittäneitä on myös lähes kaksi kertaa enemmän kuin kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneitä. Kustannusportaisiin perustuvassa mallissa kuntien osuus näyttäisi kasvavan noin 3 prosenttiyksikköä verrattuna nykyjärjestelmään. Muissa vaihtoehtoisissa malleissa kuntien osuus kasvaisi vain 1–2 prosenttiyksikköä.

Eri osapuolten kustannukset muuttuisivat nykyiseen verrattuna melko vähän kustannusneutraaleissa vaihtoehtoissa. Esimerkiksi kaikille samansuuruisessa tasakattomallissa ja kustannusportaisiin perustuvassa mallissa potilaiden osuus kokonaiskustannuksista säilyisi samana kuin nykyjärjestelmässä. Tulosidonnaisissa vaihtoehtoissa potilaiden menot kasvaisivat vain hieman yli miljoonalla eurolla. Kustannusneutraalia kalliimmassa lääkekaton suuruudessa tasakattovaihtoehdossa potilaiden osuus kokonaiskustannuksista vähenisi noin 50 miljoonaa euroa, kuntien osuus kasvaisi vajaat 20 miljoonaa ja sairausvakuutuksen osuus runsaat 30 miljoonaa euroa. Lääkekaton suuruinen tasakatto nostaisikin suhteellisesti eniten kuntien osuutta kattokorvauksista (kuvio 1).

Sairausvakuutuksen ja kunnallisen terveydenhuollon keskinäisiin rahoitussuhteisiin voi jatkossa vaikuttaa myös lääkkeiden erilainen hintakehitys verrattuna säännelyihin asiakasmak suihin. Jos maksukaton piirissä olevat palvelumaksut ovat jatkossa säänneltyjä kuten nykyjär-

jestelmässä, on mahdollista että lääkkeiden omavastuuosuudet kerryttävät yhteistä maksukattoa tulevaisuudessa enemmän kuin asiakasmaksut. Toisaalta vuoden 2009 huhtikuun alussa voimaan tuleva lääkkeiden viitehintajärjestelmän¹ muutos voi jonkin verran hillitä lääkkeiden omavastuuosuuksien kasvua.

Lisäksi sairausvakuutuksen ja kuntien keskinäisiin rahoitusuhteisiin voi vaikuttaa erityisesti lääkehankintojen mahdollinen kalenterivuositainen etupainotteisuus. Vaikka lääkkeitä ei nykyjärjestelmässä voi ostaa kerralla kuin kolmen kuukauden tarpeeseen, useita lääkkeitä käyttävien yhdistetty maksukatto voisi täytyä jo alkuvuodesta, jonka jälkeen kunnalliset palvelut olisivat heille ilmaisia ja kunnalta jäisi asiakasmaksutuloja saamatta.



KUVIO 1. Yhdistetyt maksukattomallit ja muutos kokonaiskustannuksissa potilaiden, sairausvakuutuksen ja kuntien kannalta verrattuna nykyjärjestelmään

Nykyjärjestelmässä etuuksien alikäyttöä

Tutkimuksemme perusteella nykyjärjestelmän mukaisen kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäjiä olisi vuonna 2006 ollut korkeintaan 85 000 henkilöä. Kansaneläkelaitoksen tilastojen perusteella lääkekaton ylittäneitä oli samana vuonna noin 160 000 ja matkakaton ylittäneitä 34 000. Maksukattojen ylittäjissä on enemmän naisia kuin miehiä. Stakesin ja Kuntaliiton yhteistyönä tekemän kyselyn mukaan vapaakortteja kunnallisiin asiakasmaksuihin myönnettiin arviolta runsaat 71 000 kappaletta vuonna 2007. Kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneitä on enemmän kuin vapaakorttien saajia, sillä osa katon ylittäneistä ei syystä tai toisesta hae korvauksia. Myöskään lääkekaton ylittäneistä osa ei hae heille oikeutettuja lisäkorvauksia.

Laskelmissamme laitoshoidossa olevan asiakkaan oletettiin maksavan 26 euron (vuonna 2006) hoitopäivämaksua maksukaton täyttymiseen asti, ja sen jälkeen 12 euron (vuonna 2006) ylläpitomaksua kunnes 90 hoitovuorokautta tulee täyteen. Tämän jälkeen asiakkaan oletettiin maksavan tulosidonnaista pitkäaikaishoidon maksua, joka ei kerrytä maksukattoa. Käytännössä monille potilaille on saatettu tehdä pitkäaikaishoidon päätös jo ennen kuin 90 hoitovuorokautta tulee täyteen, jolloin heidän kunnallista asiakasmaksukattoa kerryttävien asiakasmaksujen määrä on todellisuudessa tässä arvioitua vähäisempi. Lisäksi laskelmissa on mukana myös henkilöitä, joiden maksukatto ei kerry toimeentulotuen vuoksi tai joiden lääke- ja hoitokulut on maksettu vakuutusyhtiöiden toimesta.

¹ Lääkkeiden viitehintajärjestelmässä sairausvakuutuskorvausta voi saada lääkkeelle sen viitehintaryhmän eli halvimman lääkevalmisteen perusteella.

Matkakaton yhdistämisen ongelma

Tutkimusaineistossamme matkakatto ylittyi 14 500 henkilöllä koko maassa vuonna 2006. Tämä on huomattavasti vähemmän kuin Kansaneläkelaitoksen tilastoissa, joiden mukaan matkakatto ylittyi 34 000 henkilöllä. Aineistossamme oli 7 400 henkilöä, joilla ylittyi vain matkakatto. Näistä matkakaton ylittäneistä 10 prosentilla ei ollut lääkemenoja eikä kunnallisia asiakasmaksumenoja.

Jos matkakatto yhdistettäisiin esimerkiksi tässä tutkimuksessa tarkasteltuun kustannusneutraaliin 840 euron yhdistettyyn maksukattoon, matkakaton omavastuu nousisi 682,75 euroa. Suuri osa matkakaton ylittäjistä kokisi taloudellista tappiota yhdistetystä maksukatosta.

Paltan (2008) tutkimuksen mukaan matkakorvausten omavastuuosuuden korotuksilla on ollut huomattava vaikutus tehtyjen matkojen määrään. Myös matkakaton omavastuuosuuden huomattavalla korotuksella voisi olla monia haitallisia vaikutuksia nykyisen matkakaton ylittäneelle.

Matkakustannusten korvaamiseen tulevaisuudessa vaikuttavat myös muut sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmässä tapahtuvat muutokset. Matkakorvaukset eivät koske laitoshoidossa olevia henkilöitä, mutta avohoidossa oleva henkilö on oikeutettu matkakorvauksiin. Väestön ikääntyessä ja palvelurakenteen muuttuessa avohoito tulee lisääntymään ja lisäämään matkakorvausten tarvetta. Myös hoitotakuu saattaa kasvattaa matkakorvausten tarvetta, koska hoitotakuun toteutumiseksi esimerkiksi sairaanhoitopiirien on hankittava palvelu tarvittaessa toisesta sairaanhoitopiiristä tai yksityiseltä sektorilta, jolloin etäisyys palvelun tuottajaan saattaa kasvaa. Myös palvelujen keskittäminen lisää etäisyyttä sosiaali- ja terveyspalveluihin ja lisää näin matkakorvausten tarvetta.

Perhekohtainen vai henkilökohtainen maksukatto

Nykyjärjestelmässä lääkekatto on henkilökohtainen. Myös kunnallinen asiakasmaksukatto on käytännössä henkilökohtainen lukuun ottamatta sitä, että lapsen asiakasmaksukulut voi yhdistää perheen toisen aikuisen asiakasmaksukertymään. Kuntaliiton kanssa tehdyn kyselyn perusteella lapsille myönnettävien rinnakkaiskorttien määrä oli kuitenkin hyvin vähäinen. Aineistomme perusteella ei ollut mahdollista arvioida perhekohtaisia maksukattovaihtoehtoja. Voidaan kuitenkin olettaa, että kustannusneutraali kaikille perheille samansuuruinen maksukatto olisi huomattavasti suurempi kuin laskelmiemme perusteella saatu 840 €. Korkea maksukatto olisi yksineläville vähävaraisille sairaille epäedullinen. Toisaalta perhekohtainen katto voisi riippua perheen koosta. Perhekohtainen katto kuitenkin todennäköisesti lisäisi järjestelmän hallintokuluja, sillä perheen määritelmä voi olla varsin moninainen.

Omavastuuosuuden muutos voi vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen

Yhdistetty maksukatto olisi todennäköisesti korkeampi kuin nykyiset erilliset katot. Yhdistetty maksukatto merkitsisi omavastuuosuuden nousua muille nykyisten maksukattojen ylittäneille kuin paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville. Valtaosalle väestöstä maksukaton kasvaessa eli omavastuuosuuden noustessa lääkkeet ja palvelut olisivat suhteellisesti kalliimpia verrattuna aikaisempaan järjestelmään. Vastaavasti paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville palvelujen ja lääkkeiden suhteellinen hinta alenisi, koska yhdistetyn maksukaton omavastuuosuus olisi alhaisempi verrattuna nykyjärjestelmään. Toisaalta aikaisempien terveyspalvelujen hintajoustotutkimusten mukaan terveyspalvelujen hinnalla ei ole suurta merkitystä palvelujen käyttöön, jos henkilö on jo palvelujen piirissä.

Ne nettomaksajat (noin 100 000 henkilöä), jotka käyttävät paljon lääkkeitä, mutta eivät samassa suhteessa palveluita, voisivat jättää heille määrättyjä lääkkeitä ostamatta ja vähentää lääkkeiden käyttöä. Vastaavasti osa nettomaksajista (noin 35 000 henkilöä) voisi vähentää palvelujen käyttöä omavastuuosuuden kasvaessa. Palvelujen käytön vähentäminen olisi kuitenkin ehkä epätodennäköisempää, koska suurin osa maksukattoa kerryttävistä asiakasmaksuista syntyy sairauden hoitoa vaativasta lyhytaikaisesta vuodeosastohoidosta ja terveyskeskuksen palvelujen saatavuutta on helpotettu jo välikattojen avulla.

Vastaavasti paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville omavastuuosuuden lasku merkitsisi kannustetta käyttää lääkkeitä ja palveluja entistä enemmän. Julkisten palvelujen käyttö tuskin kasvaisi ainakaan merkittävästi, sillä palvelujen käytöstä päättää ensisijaisesti perusterveydenhuollon lääkäri.

Tulojen suhteen progressiivinen maksukatto (tulojen kasvaessa maksukatto kasvaa) tuskin vähentäisi suurituloisten lääkkeiden käyttöä, vaikka huomattava osa lääkekaton ylittäjistä kuului ylempään tuloluokkaan. Sen sijaan pienituloisten lääkkeiden käyttö saattaisi kasvaa. Toisaalta vaihtoehtoisissa tulosidonnaisissa malleissa maksukaton omavastuuosuus olisi varsin korkea myös pienituloiselle, joten myös tulosidonnainen malli kannustaisi vain erityisesti paljon lääkkeitä ja palveluja käyttäviä kasvattamaan sekä lääkkeiden että palvelujen käyttöä.

Käytännön toteutukseen liittyviä ongelmia

Nykyjärjestelmässä kunnallisen asiakasmaksukaton ja lääkekaton täyttymistä seurataan toisistaan poikkeavilla tavoilla. Kunnallisia asiakasmaksuja seurataan kirjaamalla ne käsin asiakasmaksukorttiin. Maksujen seuranta on asiakkaan vastuulla ja asiakkaan on tarvittaessa säilytettävä kuitit maksuista. Lääkekaton täyttymistä seurataan reaaliaikaisesti ja lääkekaton täyttymisen jälkeen asiakas saa ilmoituksen Kansaneläkelaitokselta. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa työskentelevät pitävät kunnallisten asiakasmaksujen vapaakorttijärjestelmää työläänä ja monimutkaisena. Käytännön kokemusten ja tutkimuksemme perusteella maksukattojärjestelmä tulisikin kehittää sellaiseksi, että edunsaaja saisi hänelle kuuluvan etuuden automaattisesti. Automaattinen järjestelmä takaisi kaikille elämäntilanteesta riippumattomat edellytykset päästä katon piiriin nopeasti aina tarpeen vaatiessa.

Maksukattojen yhdistämisen käytännön toteutus helpottuisi, jos kuntien, kuntayhtymien ja Kansaneläkelaitoksen välillä olisi suorat tietoliikenneyhteydet. Maksukattojen yhdistäminen voisi periaatteessa toteutua vuoden 2011 aikana, jolloin Suomeen on luotu valtakunnallisesti keskitetty tietojärjestelmäpalvelu potilasasiakirjojen arkistointia ja terveydenhuollon palvelujen antajien välistä potilastietojen luovutuksenhallintaa varten. Toisaalta nykyinen voimassa oleva lainsäädäntö ei mahdollista asiakasmaksutietojen tallennusta arkistoon, koska ne eivät ole potilasasiakirja-asetuksen alaista tietoa. Mikäli eri organisaatioissa syntyvää asiakasmaksutietoa haluttaisiin tallentaa kansalliseen arkistopalveluun, tulisi ensin tehdä selvitys siitä, miten henkilötietolain mukaiset rekisterinpitäjävetoiset voitaisiin parhaiten järjestää, ja tarvittaessa tehdä lainsäädäntömuutoksia, jotka mahdollistaisivat sen, että Kansaneläkelaitos voisi ryhtyä rekisterinpitäjäksi samaan tapaan kuin esimerkiksi sähköisen reseptin osalta on laissa säädetty.

Mikäli keskitettyä tietojärjestelmäpalvelua ei saada aikaan, vaihtoehtona voisi olla, että kunnalliset tuottajat voitaisiin velvoittaa säännöllisin väliajoin toimittamaan sähköisessä muodossa tiedot maksettaviksi asetetuista asiakasmaksuista Kansaneläkelaitokseen.

Esitetystä maksukattovaihtoehdoista kaikille samansuuruinen maksukatto olisi hallintokustannuksiltaan todennäköisesti edullisin, sillä esimerkiksi tulosidonnaiseen maksukattomalliin liittyy muutamia käytännön ongelmia. Jos maksukatto määräytyisi valtionveronalaisten tulojen perusteella, henkilön käytettävissä olevat tulot olisivat voineet muuttua merkittävästi verrattuna

verotustietoihin. Tulotietojen ajantasaistaminen lisäisi todennäköisesti hallintokustannuksia. Toisaalta suuri osa maksukattojärjestelmään kuuluvista on eläkeläisiä, joiden tulot eivät muutu kovin paljon vuosittain. Kustannusperusteinen porrastettu maksukatto puolestaan vaatisi todennäköisesti merkittäviä järjestelmän perustamiskustannuksia.

JOHDANTO

Terveydenhuoltojärjestelmässä on vuonna 2009 käytössä kolme erillistä maksukattoa: kunnallisten asiakasmaksujen katto, lääkekatto ja matkakatto. Kunnallisessa asiakasmaksujärjestelmässä on lisäksi välikattoja muun muassa terveystieteiden avosairaanhoidon lääkäripalveluissa. Sairausrakuutusjärjestelmään kuuluvat lääkekatto ja matkakatto otettiin käyttöön jo 1980-luvun lopussa. Kunnallinen asiakasmaksukattojärjestelmä on huomattavasti tuoreempi uudistus, se otettiin käyttöön vuonna 2000.

Suomessa terveydenhuollon asiakasmaksut ja maksukatot ovat korkeat verrattuna muihin EU-maihin. Suomalaisten kotitalouksien osuus terveydenhuollon rahoituksesta (lähes 20 %) on myös mittava verrattuna useisiin muihin maihin. Suomalaiset maksoivatkin vuonna 2006 terveyspalvelujen asiakasmaksuja ja lääkekuluja yhteensä 971 miljoonaa euroa, joista terveyspalvelujen yksittäisiä asiakasmaksuja noin 259 miljoonaa euroa, tulosisonnaisia pitkäaikaisen laitoshoidon maksuja noin 266 miljoonaa euroa ja lääkekuluja noin 446 miljoonaa euroa.

Tutkimusten perusteella erityisesti asiakasmaksut ovat muuttaneet terveydenhuollon rahoitusta regressiivisemmäksi eli suurituloisia suosivaksi. Maksukatot hillitsevät tehokkaasti korkeiden maksutaakkojen syntyä, mutta eivät poista niitä kuitenkaan kokonaan. (Kapiainen ja Klavus 2007)

Sosiaali- ja terveydenhuollon maksutoimikunta arvioi vuonna 2005 toimialan maksupolitiikkaa ja sen kehittämistarpeita. Samassa yhteydessä tarkasteltiin myös kunnallisen maksukaton ja sairausrakuutuksen maksukattojen (lääkkeet ja matkat) yhdistämismahdollisuutta (STM 2005). Tarkemmat kannanotot maksukattojen yhdistämisestä jäivät jatkotutkimukseen. Maksukattojen yhdistämismahdollisuuksien tutkiminen oli myös sosiaali- ja terveysministeriön asettaman sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA-komitea) eräänä tehtävänä osana laajempaa sosiaaliturvan kokonaisuudistusta.

Tässä tutkimuksessa muodostettiin vaihtoehtoisia yhdistettyjä maksukattomalleja ja verrattiin niitä nykyjärjestelmään erityisesti maksukattojärjestelmistä hyötyvien edunsaajien näkökulmasta. Jokaisen vaihtoehtoisen mallin osalta tavoitteena oli arvioida niiden henkilöiden määrä, joiden maksut kasvaisivat tai vähenisivät uudessa yhdistetyssä maksukattomallissa. Lisäksi arvioitiin uusien yhdistettyjen maksukattomallien nettovaikutuksia ikäryhmittäin, tulokymmenyksittäin, henkilön pääasiallisen toiminnan mukaan ja sairausrakuutuksittain. Eri vaihtoehtojen tarkastelun lähtökohtana oli se, etteivät maksukatoista aiheutuvat kattokorvaukset kunnille ja sairausrakuutukselle muuttuisi olennaisesti nykyisestä.

Tutkimuksen tavoitteena oli myös arvioida nykyisten maksukattojen ylittäjien määrät. Lisäksi selvitettiin nykyisten maksukattojen kattokorvaukset sairausrakuutukselle ja kunnille sekä arvioitiin uusien vaihtoehtoisten mallien kustannusvaikutuksia edunsaajien, kuntien ja sairausrakuutuksen näkökulmasta sekä sitä, kuinka moni maksukattojen ylittäjästä on saanut toimeentulotukea.

MAKSUKATTOJÄRJESTELMÄT SUOMESSA

Kunnallinen asiakasmaksukatto

Kunnallinen asiakasmaksukatto (590 euroa) on ollut käytössä vuodesta 2000 lähtien. Maksukatto otettiin käyttöön paljon terveydenhuollon palveluja käyttävien kohtuuttoman korkeaksi nousevan maksurasituksen estämiseksi. Maksukatto on perhekohtainen, eli alle 18-vuotiaan maksut otetaan huomioon toisen huoltajan maksukatossa, ja kertymäkausi on kalenterivuosi.

Maksukattoa kerryttävät palvelut määritellään asiakasmaksulain 6 a §:ssä². Maksukaton täyttymisen jälkeen maksukattoa kerryttävät palvelut ovat maksuttomia kalenterivuoden loppuun asti lukuun ottamatta lyhytaikaista somaattista ja psykiatrasta laitoshoidoa, joista voidaan maksukaton täyttymisen jälkeen periä ylläpitomaksu (14 euroa vuonna 2009) jokaiselta hoitopäivältä. Ylläpitomaksu kattaa potilaan täyden ylläpidon. Kunnallisen asiakasmaksukaton ulkopuolelle jää runsaasti erilaisia palveluja, esimerkiksi kotisairaanhoido ja kotipalvelut, joiden säännölliset maksut määräytyvät tulosidonnaisesti, sekä hammashoido.

Varsinaisen kunnallisen asiakasmaksukaton sisällä on käytössä ns. välikattoja terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluissa, sarjahoidon maksuissa sekä alle 18-vuotiaitten lyhytaikaisessa laitoshoidossa³. Välikattoja seurataan erikseen varsinaisen maksukaton seuraamisen ohella, ja niiden täyttymisen jälkeen asiakas saa palvelut maksutta.

Sairausvakuutuksen lääkekatto

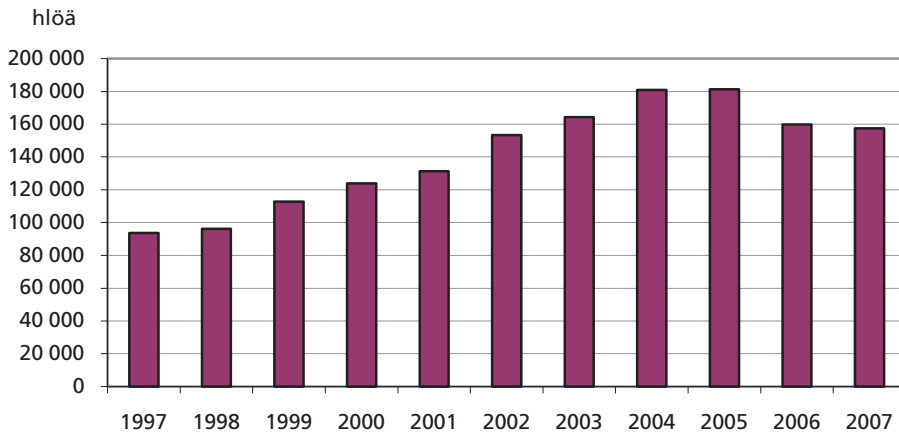
Sairausvakuutuksen korvaamissa kuluissa on käytössä kaksi erillistä maksukattoa, lääkekatto ja matkakatto. Lääkkeiden omavastuuosuuden katto eli ns. lääkekatto tuli voimaan vuonna 1986. Vuonna 2009 lääkekatto on 672,70 euroa kalenterivuodessa. Lääkekattoa korotetaan vuosittain elinkustannusindeksillä siten, että se muuttuu samassa suhteessa kuin kansaneläkkeet. Jos vakuutetulle korvaamatta jääneet lääkekustannukset ylittävät samana kalenterivuonna lääkekaton, ylimenevä osa korvataan kokonaan. Lääkekaton ylittymisen jälkeen jokaisesta erillisestä lääkeostoksesta peritään kuitenkin 1,5 euron suuruinen omavastuu. Lääkkeet, joita Kela ei korvaa sairausvakuutuksesta, eivät kuulu lääkekaton piiriin.

Kansaneläkelaitoksen tilastojen perusteella lääkekaton ylittäneiden määrä on kasvanut selvästi erityisesti vuodesta 1999 lähtien aina vuoteen 2004. Vuonna 2007 lääkekaton ylittäneiden määrä oli noin 158 000 henkilöä ja se on laskenut edellisistä vuosista lääkkeiden hintojen alenemisen vuoksi. Kymmenessä vuodessa lääkekaton ylittäneiden määrä on noussut yhteensä noin 70 prosenttia eli 66 000 henkilöllä (kuvio 2). Ilman lääkekorvausjärjestelmässä tapahtuneita uudistuksia (lääkkeiden tukkuhintojen lasku ja geneerinen substituoitu) lääkekaton ylittäneiden määrä olisi tällä hetkellä huomattavasti suurempi.

Osa lääkkeiden käyttäjistä jättää lisäkorvauksen hakematta. Vuonna 2006 lisäkorvauksen jätti hakematta noin 22 000 henkilöä. Lisäkorvausta hakematta jättäneiden määrä oli tuolloin lähes samalla tasolla kuin vuonna 1997, jolloin se oli runsaat 23 000 henkilöä. Vuosina 2002–2005 korvausta hakematta jättäneiden määrä oli yli 30 000 henkilöä vuodessa. Osa lisäkorvauksista jää hakematta sen takia, että kaikki eivät ole oikeutettuja niihin. Esimerkiksi lisäkorvauksia ei makseta silloin, kun omavastuun maksaa vakuutusyhtiö.

2 Maksukattoon lasketaan mukaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoido, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksu sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut terveyden- ja sosiaalihuollon laitoksissa.

3 Välikatot ovat käytössä terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalveluissa (peritään vain kolmelta ensimmäiseltä käynniltä kalenterivuodessa), sarjahoidon maksuissa (peritään enintään 45 hoitokerralta kalenterivuodessa) ja alle 18-vuotiaiden lyhytaikaisessa laitoshoidossa (peritään enintään seitsemältä hoitopäivältä kalenterivuodessa).



KUVIO 2. Lääkekaton ylittäneet vuosina 1997–2007

Sairausvakuutuksen matkakatto

Suuria matkakustannuksia varten on olemassa vuotuinen omavastuukatto (157,25 euroa vuonna 2009) nk. matkakatto, jonka saavuttamisen jälkeen matkakustannukset korvataan kokonaan. Matkakatto tuli voimaan vuoden 1988 alussa. Matkakustannusten korvaamisen tavoitteena on, että vakuutetuilla on yhtäläinen oikeus saada hoitoa tai tutkimusta asuinpaikasta riippumatta. Matkakorvaukset eroavat siis tavoitteeltaan lääke- ja kuntakattokorvauksista. Vuonna 2007 sairausvakuutuksen matkakorvauksia maksettiin noin 200 miljoonaa euroa. Korvauksia maksettiin yli 4,6 miljoonaa sairauteen, raskauteen, synnytykseen tai Kelan järjestämään kuntoutukseen liittyvän matkan kustannuksista. Maksetuista korvauksista reilu 40 prosenttia aiheutui taksimatkoista, ja suunnilleen saman verran ambulanssimatkoista. Korvauksia sai noin 650 000 henkilöä eli 12 prosenttia väestöstä. Yli puolella matkakorvauksia saaneista oli vain yksi tai kaksi korvattua matkaa. Reilu neljännes sai korvauksia pelkästään ambulanssimatkoista. (Paltta 2008.)

Matkasta aiheutuneet kustannukset korvataan kokonaan (enintään maksimitaksan mukaan lasketuista kustannuksista) siltä osin, kuin ne ylittävät matkakohtaisen omavastuun (9,25 euroa yhdensuuntaista matkaa kohti vuonna 2008). Vuotuiseen omavastuuseen lasketaan sekä sairausvakuutuslain että Kelan järjestämästä kuntoutuksesta annetun lain perusteella korvattaviin matkoihin liittyvät omavastuut ja sitä pienemmät vakuutetun itsensä maksamat kustannukset korvauksen piiriin kuuluvista matkoista. Vuonna 2006 tehdyistä matkoista maksettiin lisäkorvauksia 34 000 henkilölle. Osalla lisäkorvauksia saaneista matkojen määrä on huomattavan suuri, jopa satoja. (Paltta 2008.)

Eniten matkakorvausten saajia suhteessa asukasmäärään on Lapin sairaanhoitopiirin alueella, jossa asuvista miltei joka neljäs sai matkakorvauksia vuonna 2006. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä korvauksia sai harvempi kuin joka kymmenes. Korvattujen matkojen määrässä saajaa kohti ja korvauksessa matkaa kohti alueiden väliset erot ovat vähäisempiä. (Paltta 2008.)

MAKSUKATTOKÄYTÄNTÖJÄ ERI EU-MAISSA

Suomessa terveydenhuollon maksukatot ovat kaikille samansuuruiset. Tällainen maksukattokäytäntö on myös monessa muussa maassa, esimerkiksi Ruotsissa ja Norjassa. Ruotsissa avoterveydenhuollon maksukatto on 97 euroa 12 kuukaudessa. Norjassa taas 208 euron maksukatto kattaa lääkäri-, röntgen- ja laboratoriokustannukset, pakolliset lääkkeet ja matkakustannukset. Joissakin maissa maksukatto on kuitenkin erisuuruinen eri väestöryhmille. Esimerkiksi Islannissa vuosittainen maksukatto on vakuutetuille 214 euroa, lapsille 71 euroa ja eläkeläisille 54 euroa vuodessa.

Maksukatto voi olla myös potilaiden kustannusten mukaan porrastettu. Tällaisia ovat mm. Ruotsin ja Tanskan lääkekatot. Potilaan kustannuksiin perustuvissa maksukatoissa on vuotuinen alkuomavastuu, johon asti asiakkaat maksavat itse lääkkeensä (Ruotsissa 97 euroa, Tanskassa 62 euroa). Tämän jälkeen lääkkeiden kustannukset korvataan prosenttiperusteisesti siten, että kustannusten kasvaessa kasvaa myös korvausprosentti. Potilaan kustannuksiin perustuvissa lääkekatoissa on yleensä vuotuinen katto (Ruotsissa 464 euroa), jonka ylittymisen jälkeen asiakkaat maksavat lääkkeistään vain pienehköm omavastuun.

Muutamassa EU-maassa (esimerkiksi Belgiassa) maksukatto on porrastettu asiakkaiden tulojen mukaan. Englannissa taas asiakas voi hankkia ennakolta ns. vapaakortin, joka sisältää kaikki reseptilääkkeet. Vapaakortin voi hankkia joko kolmelle kuukaudelle (40 euroa) tai vuodelle (146 euroa). Lisäksi useissa maissa sairaalahoidolle on määritelty maksimiaika, jolta hoitopäivämaksua voidaan periä. Esimerkiksi Itävallassa ja Saksassa maksun saa periä enintään 28 päivältä kalenterivuodessa ja Luxemburgissa enintään 30 päivältä. (Euroopan komissio.)

AINEISTON MUODOSTAMINEN

Tutkimuksen aineistona käytettiin laajaa 1,6 miljoonan henkilön aineistoa ja tästä muodostettua 303 562 henkilön otosta. Tutkimus hyödynsi myös Stakesin ja Kuntaliiton kanssa yhteistyössä tehtyä kyselyä, joka koski sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden myöntämiä vapaakortteja.

Tutkimusta varten kerättiin 13 kunnasta (Espoo, Helsinki, Joensuu, Jyväskylä, Kemijärvi, Kotka, Kuopio, Kuusamo, Oulu, Pori, Raisio, Suomussalmi ja Vantaa) yksilötason tietoa perusterveyden- ja vanhustenhuollon avopalvelujen käytöstä vuodelta 2006. Lisäksi kerättiin Stakesin rekistereistä edellä mainituissa kunnissa vuonna 2006 asuneiden laitoshoidtoa, asumispalveluja ja erikoissairaanhoidon avohoitoa koskevat tiedot, toimeentulotukitiedot, sekä Kelan rekistereistä sairausvakuutustietoa muun muassa lääke- ja matkakustannukset, lääke- ja matkakorvaukset ja erityiskorvausoikeudet. Nämä 1,6 miljoonan henkilön tietoja koskevat aineistot lähetettiin Tilastokeskukseen, jossa henkilöille poimittiin tämän selvityksen kannalta hyödyllisiä taustatietoja (esim. ikä, sukupuoli, tulot, kotikunta ja sosioekonominen asema) vuodelta 2006, sekä kuolemansyrekisteristä kuolinkuukausi ja -vuosi vuosien 2006 ja 2007 ajalta.

Tilastokeskus teki mainittujen kuntien asukkaista (31.12.2005 tilanne) väestökehikon mukaisella otannalla kaksi aineistoa. Tutkimusaineistosta poistettiin kaikki vuoden 2006 aikana kuolleet henkilöt. Stakesissa yhdistettiin näistä kahdesta joukosta tutkimusaineisto, jossa oli mukana 303 562 henkilöä. Otoksessa oli noin 20 prosenttia edellä mainittujen kuntien väestöstä.

Nykyisen maksukattojärjestelmän laskelmissa käytettiin 1,6 miljoonan henkilön aineistoa, paitsi silloin kun aineistoa kuvattiin taustamuuttujien (tulotiedot, ikäryhmitys, henkilön pääasiallinen toiminta ja sairausryhmittely) avulla. Vaihtoehtoisia maksukattomalleja koskevissa laskelmissa käytettiin 303 562 henkilön otosaineistoa.

Toimeentulotukiaineiston yhdistäminen

Toimeentulotukea saaneiden määrät yhdistettiin Stakesin ja Kelan tietojen muodostamaan alkuperäisaineistoon, joka sisälsi tiedot 1,6 miljoonan henkilön palvelujen ja lääkkeiden käytöstä.

Kyselytutkimus yhdessä Kuntaliiton kanssa

Vuoden 2008 keväällä käynnistyi Stakesin ja Kuntaliiton yhteistyössä tehty kyselytutkimus organisaatioille, jotka myöntävät vapaakortteja asiakasmaksuihin. Kuntaliitto vastasi kyselylomakkeen päivittämisestä ja kyselyjen lähettämisestä. Stakes tallensi ja analysoi kyselylomakkeet. Kysely kattoi kuntien osalta noin 93 prosenttia ja sairaanhoitopiirien osalta 100 prosenttia.

Aineiston määrittely

Henkilöiden lääkkeiden ja terveystalvelujen käyttöä sekä terveystalvelujen vuoksi tehtyjä matkoja tarkasteltiin päiväkohtaisesti vuoden 2006 ensimmäisestä päivästä vuoden viimeiseen päivään asti. Tarkastelun avulla voitiin poistaa aineistossa olevat virheet päällekkäisestä palvelujen käytöstä. Esimerkiksi henkilö ei voinut olla samaan aikaan terveystalveluksen vuodeosastolla ja vanhainkodissa. Päiväkohtaisen aineiston perusteella jokaiselle henkilölle pystyttiin määrittämään

lääkkeiden, terveyspalvelujen ja matkojen käytöstä aiheutuneet kustannukset ja niistä myönnettyt korvaukset.

Asiakasmaksutietoja ei ollut tallennettu mihinkään tutkimuksessa käytettyyn palvelujen käyttöä kuvaavaan alkuperäisaineistoon, joten niiden lisääminen aineistoon tehtiin jälkikäteen laskennallisesti Stakesissa. Asiakasmaksut määritettiin asiakasmaksulainsäädännön mukaan. Oletimme, että kunnat ja sairaanhoitopiirit perivät asiakasmaksut maksimimääräisinä. Perusterveydenhuollon avopalvelujen asiakasmaksujen osalta suoritettiin tarkistuksia hankkeessa mukana olleiden kuntien osalta

Toimentulotueksi määriteltiin varsinainen ja ehkäisevä toimeentulotuki. Yhdistetty aineisto sisälsi yhteensä noin 94 000 toimeentulotuensaajaa, eli 5,8 prosenttia aineiston henkilöistä oli saanut toimeentulotukea vuonna 2006. Yhdistetystä aineistosta laskettiin ikäryhmittäin niiden toimeentulotukea saaneiden henkilöiden määrät, jotka olivat ylittäneet kunnallisen asiakasmaksukaton tai lääkekaton.

Välikattojen huomioiminen aineistossa

Terveyskeskuslääkärikäyntien osalta henkilön vuoden ensimmäinen käynti merkittiin asiakkaan vuosimaksuksi, mikäli kunnassa sellainen oli käytössä. Ensimmäisen käynnin jälkeiset terveyskeskuslääkärikäynnit olivat siten henkilölle ilmaisia. Mikäli kunnassa ei ollut vuosimaksukäytäntöä, henkilölle merkittiin kolmesta ensimmäisestä lääkärikäynnistä laissa määrätty summa ja myöhemmät käynnit ilman asiakasmaksua.

Sarjahoitokäynnit merkittiin ilman asiakasmaksuja, jos henkilöllä oli kalenterivuoden aikana yli 45 käyntiä.

Pitkäaikaispotilaaksi määriteltiin henkilö, joka oli ollut vuodeosastohoidossa yhtäjaksoisesti yhteensä 90 vuorokautta. Pitkäaikaispotilaille, jotka jo vuoden 2006 alussa olivat olleet vuodeosastohoidossa yhtäjaksoisesti yli 90 päivää, ei merkitty hoitopäivämaksuja. Aineistossa ei ollut tietoa siitä, oliko henkilölle mahdollisesti tehty pitkäaikaishoitopäätös.

Muita aineistoon liittyviä korjauksia

Hammashoitopalvelut, kuntoutuksen kotikäynnit ja kotihoito (kotipalvelu, kotihoito, kotisairaanhoito) poistettiin aineistosta, koska ne eivät kuulu maksukattojen piiriin. Aineistosta on poistettu myös sellaiset tapahtumat, joissa potilaan ja palveluntarjoajan yhteystapa on ollut puhelinyhteys, jolloin kyseessä on ollut esimerkiksi peruuttamaton ajanvaraus tai muu määrittämätön käyntityyppi (ei asiakaskontaktia).

Kokonaiskustannukset

Potilaiden osuuteen kokonaiskustannuksista laskettiin asiakasmaksut ja lääkemenot sekä mahdolliset maksukaton täyttymisen jälkeen kertyvät ylläpitomaksut. Tulosidonnaiset maksut eivät kuulu maksukattojärjestelmän piiriin, joten niitä ei sisällytetty laskelmiin. Kuntien osuuteen kokonaiskustannuksista laskettiin aineistossa mukana olleiden kunnallisten palvelujen kustannukset poissulkien potilaiden osuudet kustannuksista. Sairausvakuutuksen osuuteen kokonaiskustannuksista laskettiin kaikki sairausvakuutuskorvaukset (perus- ja erityiskorvattavuudet sekä kattokorvaukset).

OTOSAINEISTON KUVAUS

Taustamuuttajat (ikä, tulot, henkilön pääasiallinen toiminta ja kotikunnan tyyppi⁴) perustuivat Tilastokeskuksen tietoihin. Tulosidonnaisia yhdistettyjä maksukattovaihtoehtoja koskevissa laskelmissa käytettiin henkilön tuloina valtionveronalaisia tuloja. Sairausryhmät (sepelvaltimotauti, diabetes, keuhkoastma, verenpainetauti) muodostettiin sairausvakuutuksen erityiskorvausoikeuksiin oikeutetuista henkilöistä. Näistä valittiin yleisimmät kansansairaudet (taulukko 3).

Otoksen avulla tehdyt laskelmat olivat hyvin yleistettävissä koko Suomen väestöön. Otoksin painotti selvästi pääkaupunkiseudun väestöä (taulukko 4).

TAULUKKO 3. Tutkimusaineiston väestö ryhmiteltyä sairausryhmien mukaan (N = 303 562)

Sairauskoodi	N	%
Sepelvaltimotauti	4 589	1,5
Diabetes	4 229	1,4
Keuhkoastma	9 521	3,1
Verenpainetauti	23 784	7,8
Muut henkilöt	261 439	86,1
Yhteensä	303 562	100

TAULUKKO 4. Tutkimusaineiston väestö ryhmiteltyä kotikunnan tyyppin mukaan (N = 303 562)

Kunnat	N	%
Helsinki	110 838	36,5
Espoo, Vantaa	83 122	27,4
Oulu, Kuopio	43 563	14,4
Muut kunnat	66 039	21,8
Yhteensä	303 562	100

Vuoden 2006 aikana terveystalvelujen käyttöä oli 67 prosentilla otoksen henkilöistä (taulukko 5). Heistä kahdella kolmasosalla palvelujen käyttö sisälsi asiakasmaksullisia palveluita. Otoksen henkilöistä 65 prosenttia osti reseptilääkkeitä. Puolet otoksen henkilöistä oli vuoden 2006 aikana käyttänyt sekä terveystalveluita että ostanut reseptilääkkeitä. Naiset olivat käyttäneet palveluita ja ostaneet lääkkeitä suhteellisesti enemmän kuin miehet. Puolestaan työssä käyvissä oli suhteellisesti enemmän lääkkeitä ostaneita kuin palvelujen käyttäjiä. Eläkeläisissä oli suhteellisesti enemmän sekä palvelujen käyttäjiä että lääkkeiden ostajia.

4 Kunnat oli jaettu neljään eri ositteeseen: 1) Helsinki, 2) Espoo ja Vantaa, 3) Oulu ja Kuopio, 4) Jyväskylä, Joensuu, Kemijärvi, Kotka, Kuusamo, Pori, Raisio, Suomussalmi.

TAULUKKO 5. Kunnallisia terveystalvveluita käyttäneiden ja lääkkeitä ostaneiden määrä otoksen henkilöistä ryhmiteltynä iän, sukupuolen ja pääasiallisen toiminnan mukaan (N = 303 562)

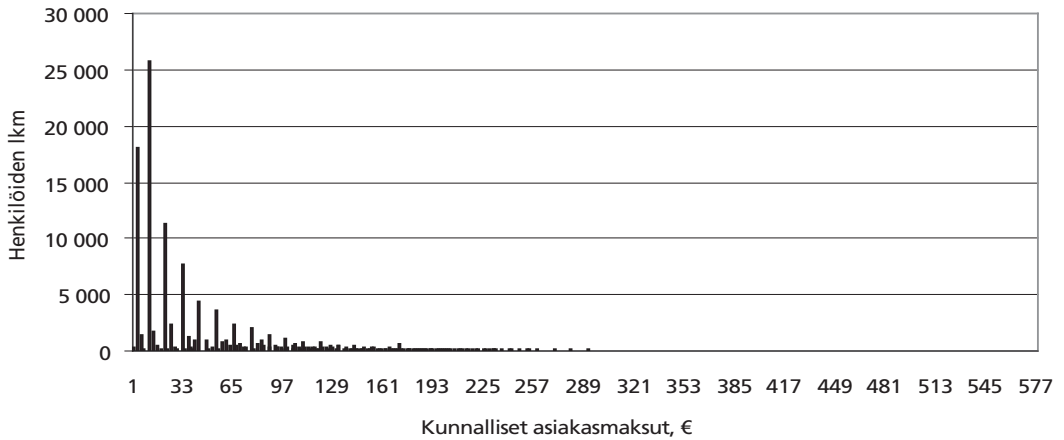
	Koko otos	Palveluita käyttäneet	Lääkkeitä ostaneet	Palveluita käyttäneet ja lääkkeitä ostaneet
Ikä, keskiarvo	38	38	43	43
Naisia, %	52	57	57	59
Työllisiä, %	47	36	48	38
Työttömiä, %	5	6	5	6
Eläkeläisiä, %	17	23	24	29
N	303 562	203 168	198 800	149 700

Aineiston perusteella suurimmalla osalla henkilöistä vuotuiset asiakasmaksut olivat varsin kohtuulliset. Keskimääräinen vuotuinen asiakasmaksukertymä oli 95 euroa asiakasmaksuja maksanutta kohti. Yli puolella asiakasmaksuja maksaneista asiakasmaksu oli alle 100 euroa (kuvio 3). Ilman maksukattojärjestelmää keskimääräinen asiakasmaksukertymä olisi ollut 129 euroa asiakasmaksuja maksanutta henkilöä kohti. Eniten asiakasmaksuja (46 %) maksetaan lyhytaikaisesta sosiaali- ja terveydenhuollon laitoshoidosta. Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäyntien maksut muodostavat runsaan kymmenyksen (11 %) kaikista asiakasmaksuista (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Asiakasmaksujen jakautuminen eri palvelutyypeissä (N = 303 562)

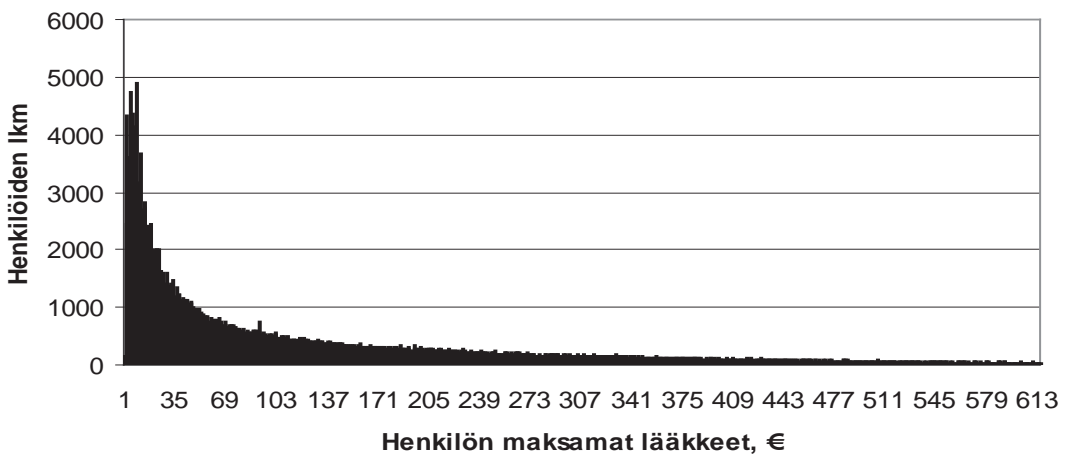
	Asiakasmaksut		Keskimääräinen maksu maksanutta kohti, €
	yhteensä €, suhteutettu koko väestöön	Osuus maksuista, %	
Perusterveydenhuollon avosairaanhoidon lääkärikäynnit	55 510 712	11	26
Fysioterapia	5 920 063	1	26
Sairaalan poliklinikkamaksut	9 334 833	2	29
Päiväkirurgian maksut	12 446 027	3	83
Lyhytaikaisen laitoshoidon maksut sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa	224 910 878	46	340
Muut*	179 003 033	37	112
Yhteensä	487 125 545	100	95

*Ryhmä muut sisältävät muun muassa lyhytaikaisen laitoshoidon ylläpitomaksuja ja sarjahoitomaksuja



KUVIO 3. Asiakasmaksujen jakauma nykyjärjestelmässä vuonna 2006 (1–589 euroa maksaneet)

Suurimmalla osalla henkilöistä vuotuiset lääkemenot olivat varsin kohtuulliset. Keskimääräinen reseptilääkkeiden vuotuinen omavastuu oli 129 euroa lääkemenoja maksanutta kohti. Noin 70 %:lla reseptilääkkeitä ostaneilla omavastuu oli alle 200 euroa (kuvio 4). Ilman lääkekattojärjestelmää keskimääräinen omavastuu olisi 163 euroa lääkemenoja maksanutta henkilöä kohti.



KUVIO 4. Reseptilääkemenojen jakauma vuonna 2006 lääkkeitä ostaneilla (1–616,72 euroa maksaneet)

MENETELMÄT

Maksukattojen ylittäjien määrät arvioitiin päiväkohtaisten palveluista maksettujen asiakasmaksujen sekä reseptilääkkeiden ostohintojen ja (perus- ja erityis-) korvausten avulla. Kunnallisen asiakasmaksukaton ylittymisessä huomioitiin myös välikatot ja ylläpitomaksut.

Seuraamalla asiakasmaksujen karttumista vuoden alusta lähtien, voitiin kullekin maksukattovaihtoehdolle määrittää päivämäärä, jolloin henkilön maksukatto astui voimaan. Maksukaton ylittymispäivän avulla selvitettiin nykyisten ja yhdistettyjen maksukattojen ylittäjät, sekä maksukattojen vuoksi menetetyt maksutulot eli kunnan ja sairausvakuutuksen kattokorvaukset. Laskelmista vähennettiin ylläpitomaksut ja lääkkeiden omavastuut, joita asiakkaat maksavat maksukaton ylittymisen jälkeen.

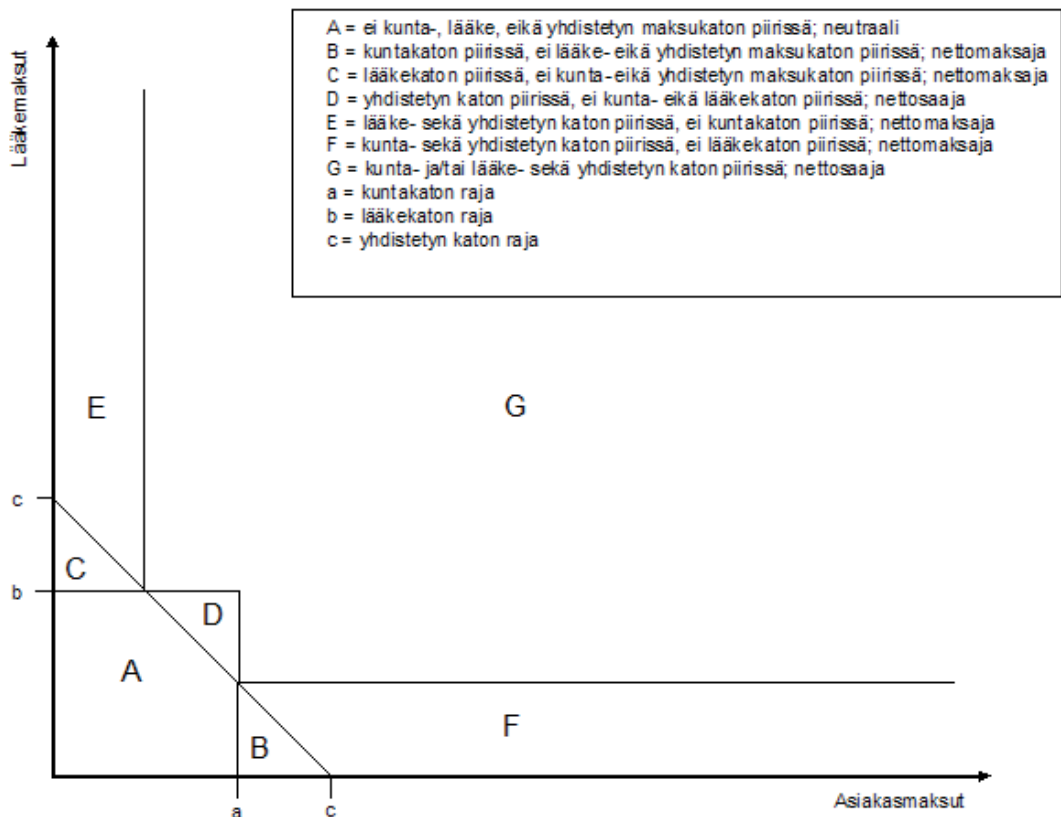
Vaihtoehtoisten yhdistettyjen maksukattojen omavastuurajat määritettiin siten, että koko väestön tasolla arvioituna maksukattojen kattokorvaukset eivät poikenneet nykyjärjestelmän kattokorvauksista. Tutkimusotoksesta tehdyt laskelmat muutettiin koko maan tasolle suoraan otosjoukon ja koko maan väestömäärien suhteella.

Nettosaajat ja nettomaksajat sekä nettovaikutukset vaihtoehtoisissa malleissa

Erilaisten maksukattojen yhdistämisvaihtoehtojen tarkastelun lähtökohtana selvityksessä oli, ettei yhdistetty maksukatto aiheuta nykyjärjestelmää suurempia kattokorvauksia. Peruslaskelmat perustuvat myös oletukseen, että ehdotetut maksukattomallit eivät muuta palvelujen käyttöä eli kuluttajien käyttäytymistä. Matkakaton kattokorvauksia ei otettu mukaan analyysihin, koska aineistomme ei ollut edustava matkakattokorvausten arvioimiseksi. Matkakatto myös poikkeaa nykyjärjestelmässä huomattavasti suuruusluokaltaan verrattuna kunnalliseen maksukattoon ja lääkekattoon.

Yhdistettyjen maksukattojen taloudellisia vaikutuksia edunsaajien talouteen verrattiin arvioimalla nettosaajien ja nettomaksajien määrä eri maksukattovaihtoehtoisissa. Vertailukohteenä oli nykyinen maksukattojärjestelmä eli erilliset maksukatot kunnallisille asiakasmaksuille ja lääkemenoilille. Nettosaajalla eli voittajalla analyysissa tarkoitetaan edunsaajaa, jonka maksut vähenisivät uuden yhdistetyn järjestelmän käyttöön oton jälkeen. Puolestaan nettomaksajalla eli häviäjällä analyysissä tarkoitetaan edunsaajaa, jonka maksut kasvaisivat uuden yhdistetyn järjestelmän käyttöönoton jälkeen. Neutraaleilla edunsaajilla analyysissa tarkoitetaan henkilöitä, joiden maksuihin uusi maksukattojärjestelmä ei vaikuta lainkaan.

Nettosaajat ja -maksajat laskettiin tarkastelemalla yksilötason asiakasmaksuja, lääkemenoja ja ylläpitomaksuja yhdessä ja erikseen. Ylläpitomaksu määriteltiin yhdistetylle maksukatolle ajantasaistettuna eli huomioimalla nykyjärjestelmässä maksettujen lääkemaksujen ja asiakasmaksujen ajankohta ja milloin niiden yhteenlaskettu summa ylitti yhdistetyn maksukaton rajan. Tämän ajankohdan jälkeisille asiakasmaksuille laskettiin ylläpitomaksu. Nettosaajaksi päätyivät henkilöt, joilla yhdistetyn maksukattojärjestelmän kokonaismenot muodostuivat pienemmiksi kuin nykyjärjestelmässä. Vastaavasti nettomaksajiksi päätyivät henkilöt, joille yhdistetyn maksukaton järjestelmässä kohdentui nykyjärjestelmää suurempi maksurasite.



KUVIO 5. Yhdistetyn maksukaton ja nykyjärjestelmän vertailu

Nettosaajat ja -maksajat ryhmiteltiin tulojen, iän, pääasiallisen toiminnan ja sairausryhmien mukaan. Analyysissä nettosaajista ja nettomaksajista sekä neutraaleista muodostuva jakauma jaettiin henkilöiden tulojen perusteella kymmeneen yhtä paljon henkilöitä sisältäviin tulokymmenyksiin. Tulosidonnaisia yhdistettyjä maksukattovaihtoehtoja koskevissa laskelmissa käytettiin henkilön tuloina valtioveronalaisia tuloja. Ikäryhmitys muodostettiin tiettyjen lainsäädännössä määriteltyjen ikärajojen mukaan, kuten esimerkiksi alaikäiset (alle 18-vuotiaat) ja eläkeikäiset (yli 65-vuotiaat). Pääasiallinen toiminta on ryhmitelty suoraan Tilastokeskuksen luokituksen mukaan. Sairausryhmät (sepelvaltimotauti, diabetes, keuhkoastma, verenpainetauti) muodostettiin sairausvakuutuksen erityiskorvausoikeuksiin oikeutetuista henkilöistä.

Nettosaajien ja nettomaksajien lisäksi analyysissä laskettiin jokaiselle vaihtoehdoiselle mallille keskimääräinen nettosaanti ja nettomaksu. Keskimääräiset muutokset edunsaajien maksuissa eli nettovaikutukset laskettiin myös henkilöiden ikä- ja sairausryhmien, kotikunnan tyyppin, tulojen ja pääasiallisen toiminnan mukaan. Nykyjärjestelmän ja yhdistetyn maksukaton mahdollisten vaikutusten arvioinnin tarkastelukehikko on esitetty kuviossa 5.

NYKYISEN MAKSUKATTOJÄRJESTELMÄN YLITTÄJÄT JA KATTOKORVAUKSET

Stakesin ja Kuntaliiton yhteistyössä tehdyn kyselytutkimuksen perusteella suhteutettuna koko väestöön vapaakortteja myönnettiin noin 71 000 kappaletta. Kyselyn perusteella myönnettiin 13 vapaakorttia tuhatta asukasta kohti. Maksukaton vuoksi kuntien menetetyt maksutulot olivat arviolta 37 miljoonaa euroa (taulukko 7). Kuntaliiton aikaisemman kyselyn perusteella vuonna 2002 kunnallinen asiakasmaksukatto ylittyi yli 62 000 henkilöllä. Tutkimuksen laskennallisen aineiston perusteella vuonna 2006 kunnallinen asiakasmaksukatto ylittyi 85 000 henkilöllä eli 1,6 prosentilla väestöstä (taulukko 8). Maksukaton vuoksi kunnat menettivät asiakasmaksutuloja noin 40 miljoonaa euroa. Kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneitä on todellisuudessa enemmän kuin vapaakorttien saajia, sillä osa katon ylittäneistä ei joko ymmärrä tai halua hakea kattokorvauksia.

TAULUKKO 7. Kunnallisen asiakasmaksukattojen ylittäjät ja kattokorvaukset kyselytutkimuksessa

	Vapaakortit	Rinnakkaiskortit	Yhteensä (osuus väestöstä)
Vastanneet kunnat	38 742	244	41 692 (93% väestöstä)
Vastanneet sairaanhoitopiirit	27 844	1 482	29 326 (100% väestöstä)
Yhteensä	66 586	1 726	71 018

	Menetetyt asiakasmaksutulot, €	Yhteensä koko maa, €
Vastanneet kunnat	7 972 034 (42% väestöstä)	18 942 714
Vastannet sairaanhoitopiirit	8 469 153 (46% väestöstä)	18 320 081
Yhteensä	16 441 187	37 262 795

Vuonna 2006 lääkekatto ylittyi 151 700 henkilöllä, mikä vastaa 2,9 prosenttia koko väestöstä. Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan lääkekatto ylittyi 159 762 henkilöllä. Lääkekaton kustannukset sairausvakuutukselle olivat noin 114 miljoonaa euroa. Lääkekaton ylittymisen jälkeen asiakkaalta peritään jokaisesta lääkeostoksesta 1,5 euron omavastuu. Näistä omavastuista kertyi yhteensä kolmen miljoonan euron kustannukset asiakkaille. Toisin sanoen, ilman omavastuita lääkekaton kustannukset olisivat 117 miljoonaa euroa.

Matkakaton ylittäneitä olisi aineistostamme laskettuna 14 500 henkilöä. Kelan tietojen mukaan matkakaton ylittäneitä oli huomattavasti enemmän, yhteensä 34 000 henkilöä. Matkakaton osalta aineistomme ei ole edustava, sillä se koostuu pääosin suurten kaupunkien tiedoista. Kelan aineiston perusteella matkakaton kustannukset valtiolle olivat 40,7 miljoonaa euroa.

Maksukattojen kattokorvaukset olivat yhteensä 195 miljoonaa euroa (kunnallinen asiakasmaksukatto 40 miljoonaa euroa, lääkekatto 114 miljoonaa euroa ja matkakatto 41 miljoonaa euroa). Maksukattokorvauksista sairausvakuutuksen osuus oli 79 prosenttia ja kuntien osuus 21 prosenttia.

Vuonna 2006 pelkästään kunnallinen asiakasmaksukatto (ei muita kattoja) ylittyi 60 900 henkilöllä ja pelkästään lääkekatto 128 400 henkilöllä. Molemmat maksukatot (kunta- ja lääkekatto) ylittyivät yhteensä 21 300 henkilöllä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että suurimmalla osalla maksukattojen ylittäneistä ylittyy vain joko kunnallinen asiakasmaksukatto tai lääkekatto. Aineistomme mukaan matkakatto ylittyi yksinään 7 400 henkilöllä. Tämä luku voi todellisuudessa olla suurempi, sillä aineistomme suuret kunnat eivät ole edustavia matkakaton osalta. Sekä kunnallinen asiakasmaksukatto että matkakatto ylittyivät yhteensä 5 100 henkilöllä, sekä lääkekatto että matkakatto 4 400 henkilöllä ja kaikki kolme maksukattoa 1900 henkilöllä (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Maksukattojen ylittäjät nykyjärjestelmässä (laskennallinen aineisto, N = 1,6 miljoonaa)

Kunnallinen asiakasmaksukatto	Lääkettä			
	Ei ylity Matkakatto		Ylittyy Matkakatto	
	Ei ylity N (%)	Ylittyy N (%)	Ei ylity N (%)	Ylittyy N (%)
Ei ylity	5 037 300	7 400	128 400	2 500
	(95,75)	(0,14)	(2,44)	(0,05)
Ylittyy	60 900	3 200	19 400	1 900
	(1,17)	(0,06)	(0,37)	(0,04)

Kunnallisen asiakasmaksukaton ja lääkekaton ylittäneitä oli suhteellisesti eniten yli 85-vuotiaiden ikäryhmässä. Lääkekaton ylittäneitä oli kuitenkin suhteellisesti enemmän myös 75–84-vuotiaiden ikäryhmässä verrattuna kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneisiin. Kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneitä on suhteessa paljon kaikkein vanhimmassa ikäryhmässä, sillä yli 85-vuotiailla laitoshoidojaksot ovat yleisempiä, ja siten asiakkaiden maksamien lääkkeiden määrä vähäisempi kuin 75–85-vuotiaiden ikäryhmässä. Myös matkakaton ylittäneet painottuvat vanhimpiin ikäryhmiin (taulukko 9).

*Tuloryhmittäin*⁵ tarkasteltuna kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneitä oli määrällisesti ja suhteellisesti eniten alimmassa tuloluokassa (tulot alle 15 000 euroa vuodessa). Lääkekaton ylittäneitä oli määrällisesti eniten alemmissa tuloluokissa mutta suhteellisesti eniten ylimmässä, yli 40 000 euron tuloluokassa. Matkakaton ylittäneitä on tasaisesti jokaisessa tuloluokassa, pienituloisissa kuitenkin suhteellisesti muita enemmän (taulukko 10).

Pääasiallisen toiminnan mukaan ryhmiteltynä kaikkien kolmen maksukaton ylittäneitä oli määrällisesti ja suhteellisesti eniten eläkeläisten ryhmässä (kuntakaton ylittäneitä 6,8 prosenttia, lääkekaton ylittäneitä 10,7 prosenttia ja matkakaton ylittäneitä 1,2 prosenttia). Eläkeläisten jälkeen maksukattojen ylittäneitä oli suhteellisesti eniten työttömien ja työttömyyseläkeläisten joukossa (taulukko 11).

Sairausryhmittäin tarkasteltuna kunnallinen asiakasmaksukatto ylittyi erityisesti sepelvaltimotautia sairastavilla ja diabeetikoilla. Lääkekaton ylittäneitä oli suhteellisesti eniten sepelvaltimotautia ja keuhkoastmaa sairastavien potilaiden joukossa. Määrällisesti eniten maksukaton ylittäneitä oli verenpainetautia sairastavilla kaikissa maksukattolajeissa (taulukko 12).

Kunnittain maksukattojen ylittäneet jakautuivat tasaisesti kaikissa maksukattolajeissa (taulukko 13).

5 Tulokäsitteenä tässä on käytetty käytettävissä olevia tuloja jaettuna kulutusyksiköiden lukumäärällä eli saman perheen lapset ja aikuiset saavat saman tulotiedon.

TAULUKKO 9. Maksukaton ylittäneet ikäryhmittäin, % tutkimusaineiston väestöstä (N = 303 562)

Ikä	Kunnallinen asiakasmaksukatto		Lääkekatto		Matkakatto	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
0–18	103	0,2	162	0,3	88	0,1
19–39	692	0,7	973	1,0	100	0,1
40–64	1 446	1,4	3 282	3,2	261	0,3
65–74	789	3,7	1 768	8,2	181	0,8
75–84	1 282	9,6	1 969	14,7	194	1,4
85–	675	17,8	600	15,8	36	0,9

TAULUKKO 10. Maksukaton ylittäneet tuloryhmittäin, % tutkimusaineiston väestöstä (N = 303 562)

Tulot	Kunnallinen asiakasmaksukatto		Lääkekatto		Matkakatto	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
0–14 999	2 783	2,4	3 406	2,9	363	0,3
15 000–24 999	1 677	1,4	3 457	2,9	364	0,3
25 000–39 999	401	0,8	1 354	2,7	110	0,2
40 000–	118	0,8	531	3,6	20	0,1

TAULUKKO 11. Maksukaton ylittäneet pääasiallisen toiminnan mukaan, % tutkimusaineiston väestöstä (N = 303 562)

Pääasiallinen toiminta	Kunnallinen asiakasmaksukatto		Lääkekatto		Matkakatto	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Työllinen	473	0,3	1 975	1,4	77	0,1
Työtön	229	1,6	271	1,9	14	0,1
0–14-vuotias	49	0,1	107	0,2	71	0,2
Opiskelija	134	0,5	212	0,8	25	0,1
Eläkeläinen	3 790	6,8	5 934	10,7	646	1,2
Varusmies	1	0,1	0	0,0	0	0,0
Työttömyyseläkeläinen	31	1,4	47	2,1	5	0,2
Muu	279	2,3	204	1,6	22	0,2

TAULUKKO 12. Maksukaton ylittäneet tarkastelluissa sairausryhmissä, % tutkimusaineiston väestöstä (N = 303 562)

Sairauskoodi	Kunnallinen asiakasmaksukatto		Lääkekatto		Matkakatto	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Sepelvaltimotauti	807	8,9	1 398	15,4	126	1,4
Diabetes	662	7,8	1 106	13,1	118	1,4
Keuhkoastma	497	4,3	1 749	15,2	106	0,9
Verenpainetauti	1 270	5,3	2 474	10,4	241	1,0

TAULUKKO 13. Maksukaton ylittäneet kunnittain, % tutkimusaineiston väestöstä (N = 303 562)

Alue	Kunnallinen asiakasmaksukatto		Lääkekatto		Matkakatto	
	lkm	%	lkm	%	lkm	%
Helsinki	1 931	1,7	3 494	3,2	306	0,3
Espoo, Vantaa	1 087	1,3	2 126	2,6	169	0,2
Oulu, Kuopio	765	1,8	1 191	2,7	82	0,2
Muut kunnat	1 204	1,8	1 943	2,9	303	0,5

Lapset maksukattojärjestelmässä

Aineistossamme alle 18-vuotiaasta väestöstä 0,2 prosentilla täyttyi kunnallinen asiakasmaksukatto ja 0,3 prosentilla lääkekatto vuonna 2006. Kuntaliiton ja Stakesin yhteistyössä tehdyn kyselyn mukaan vuonna 2007 korkeiden asiakasmaksumenojen vuoksi alle 18-vuotiaille lapsille myönnettiin rinnakkaiskortteja 1 726 (taulukko 7).

Toimeentulotuen saajat maksukattojärjestelmässä

Nykyjärjestelmän kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneistä toimeentulotukea oli saanut noin 19 prosenttia ja lääkekaton ylittäneistä noin 11 prosenttia (taulukko 14).

TAULUKKO 14. Maksukaton ylittäneet aineistossa ja ylittäjistä toimeentulotukea saaneet vuonna 2006 (N = 1,6 miljoonaa)

	Maksukaton ylittäneet	Ylittäjistä toimeentulotukea saaneet		
		Lkm	%-osuus	Lkm koko väestössä
Nykyinen kunnallinen asiakasmaksukatto	31 322	5 789	18,5	18 886
Nykyinen lääkekatto	44 942	4 916	10,9	16 038

Toimeentulotukea saaneita on suhteellisesti eniten alle 40-vuotiaissa. Maksukattojen ylittäjistä toimeentulotukea saaneita on suhteellisesti eniten 40–64-vuotiaiden ikäryhmässä, mutta runsaasti myös alle 40-vuotiaissa. Maksukattojen ylittäjät painottuvat vanhempiin ikäryhmiin. Ikääntyneet maksukattojen ylittäjät ovat saaneet suhteessa vain hieman enemmän toimeentulotukea kuin toimeentulotuen saajat yleensä. Toimeentulotuen saaminen ei ole yleistä vanhemmissa ikäryhmissä, ei myöskään ikääntyneiden maksukattojen ylittäjien joukossa.

TAULUKKO 15. Toimeentulotukea saaneiden ikäjakauma vuonna 2006

Ikäluokka	Kaikki toimeentulotukea saaneet		Kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneet		Lääkekaton ylittäneet	
	Lkm	%	Lkm	%	Lkm	%
0–17	945	1,2	75	1,4	54	1,2
18–39	45 930	56,7	1 997	37,2	1 315	29,0
40–64	30 617	37,8	2 551	47,5	2 408	53,2
65–74	2 039	2,5	376	7,0	363	8,0
75–84	1 167	1,4	285	5,3	309	6,8
85–	284	0,4	87	1,6	78	1,7
Yhteensä	80 982	100	5 371	100	4 527	100

MAKSUKATTOMALLIEN NETTOMAKSAJAT JA -SAAJAT SEKÄ NETTOVAIKUTUKSET

Maksukattojen yhdistämismallien tarkastelun lähtökohtana selvityksessä oli, ettei yhdistetty maksukatto aiheuta nykyjärjestelmää suurempia kattokorvauksia. Kustannusneutraalissa laskelmassa yhdistetyn maksukaton kattokorvaukset (pl. matkakatto) olisivat 154 miljoonaa euroa. Kattokorvaukset sisälsivät kunnallisten asiakasmaksujen kattokorvaukset 40 miljoonaa euroa ja lääkekaton kattokorvaukset 114 miljoonaa euroa. Lääkekaton suuruista tasakattoa lukuun ottamatta, yhdistetyt maksukattovaihtoehdot muodostettiin ehdoilla, joilla ne täyttivät kustannusneutraalisuusvaatimuksen.

Tasakatto (840 €)

Kaikille samansuuruinen yhdistetty kunnallisten asiakasmaksujen ja lääkemenojen katto olisi noin 840 euroa. Valtaosalla väestöstä yhdistetty maksukatto jäisi ylittymättä. Tasasuuruinen yhdistetty maksukatto ylittyisi yhteensä 189 000 henkilöllä eli 3,6 prosentilla väestöstä (taulukko 16). Verrattuna nykyjärjestelmään tasasuuruudessa yhdistetyssä maksukatossa nettomaksajia olisi yhteensä noin 138 000. Keskimääräinen nettomaksu eli taloudellinen tappio edunsaajalle olisi noin 117 euroa (taulukko 17). Eniten nettomaksajia (noin 70 000) olisi väestöryhmässä, joka käyttää paljon lääkkeitä, mutta ei vastaavasti kunnallisia palveluja (kuviossa 5 alueella E). Vastaavasti kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneissä on nettomaksajia, joiden lääkemenot eivät ole niin suuret, jotta yhdistetty katto ylittyisi pelkästään lääkemenoilla, vaan yhdistetty katto ylittyy myös kunnallisilla asiakasmaksuilla (kuviossa 5 alueella F). Nettomaksajia uudessa järjestelmässä olisivat myös ne lääkekaton ylittäneet ja kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneet, joilla yhdistetty katto ei ylity (kuviossa 5 alueella C ja B) (taulukko 18).

Verrattuna nykyjärjestelmään tasasuuruudessa yhdistetyssä maksukatossa olisi nettosaajia yhteensä noin 91 000. Nettosaajien piiriin tulisi myös sellaisia henkilöitä (noin 13 000), joilla kumpikaan erillinen katto ei ylittynyt aikaisemmin (kuviossa 5 alueella D). Nettosaajista eniten hyötyisivät ne, joilla nykyjärjestelmässä ylittivät molemmat sekä kunnallinen asiakasmaksukatto että lääkekatto, yhteensä noin 21 000 henkilöä. Keskimääräinen nettosaanti eli taloudellinen hyöty edunsaajalle tässä mallissa olisi noin 179 euroa (taulukko 15).

Tulokymmenyksittäin jaoteltuna sekä nettosaajia että -maksajia olisi eniten kolmannessa ja neljännessä tuloluokassa. Lukumääräisesti nettomaksajia olisi jokaisessa kymmenenneksessä enemmän kuin nettosaajia. Suhteellisesti hieman enemmän nettosaajia olisi kuitenkin pienituloisissa. Suurituloisissa nettomaksajia olisi suhteellisesti hieman enemmän kuin nettosaajia (taulukko 18). Verrattuna nykyjärjestelmään tasakatosta hyötyisivät taloudellisesti 3-6 tulokymmenykseen kuuluvat (taulukko 19).

Ikäryhmittäin tarkasteltuna suhteellisesti eniten sekä nettomaksajia että saajia olisi 40–64-vuotiaissa. Vanhemmissa ikäryhmissä, yli 65-vuotiaissa nettosaajia olisi suhteellisesti enemmän kuin nettomaksajia. Lukumääräisesti nettomaksajia olisi kaikissa ikäryhmissä enemmän kuin nettosaajia (taulukko 20). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti vanhemmissa ikäluokissa. Nuoremmissa ikäryhmissä (alle 65-vuotiaissa) edunsaajien maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 21).

Pääasiallinen toiminnan mukaan tarkasteltuna suhteellisesti eniten sekä nettomaksajia että -saajia olisi eläkeläisissä. Toiseksi suurin nettomaksajien ja -saajien ryhmä olisivat työlliset. Työllisistä suhteellisesti suurempi osa olisi kuitenkin nettomaksajia kuin nettosaajia. Työttömissä

nettosaajien ja nettomaksajien suhteelliset osuudet olisivat lähes yhtä suuret. Lukumääräisesti sekä työllisissä että työttömissä nettomaksajia olisi kuitenkin kaksi kertaa enemmän verrattuna nettosaajiin (taulukko 22). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti eläkeläisissä. Muissa ryhmissä edunsaajien maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 23).

Sairausryhmittäisessä tarkastelussa verenpainetautia sairastavien joukossa olisi suhteellisesti enemmän nettosaajia kuin -maksajia, mutta lukumääräisesti enemmän nettomaksajia. Sepelvaltimotautia ja diabetesta sairastavien joukossa olisi myös suhteellisesti hieman enemmän nettosaajia. Lukumääräisesti sepelvaltimotautia ja diabetesta sairastavien joukossa nettosaajien ja maksajien määrä olisi lähes yhtä suuri. Keuhkoastmaa sairastavissa olisi suhteellisesti saman verran nettosaajia ja -maksajia. Sairausryhmittäin tarkasteltuna suhteellisesti eniten sekä nettomaksajia että -saajia olisi muissa sairausryhmissä kuin yleisimmissä kansantaudeissa (taulukko 24). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät muissa tarkastelluissa sairausryhmissä paitsi keuhkoastmaa sairastavien joukossa (taulukko 25).

Lääkekaton suuruinen tasakatto (616,72 €)

Kaikille lääkekaton suuruisen tasakaton ylittäisi 294 000 henkilöä eli 5,6 % väestöstä. Yhdistetyn maksukaton kattokorvaukset olisivat noin 200 miljoonaa euroa eli lähes 50 miljoonaa suuremmat kuin nykyisen maksukattojärjestelmän kattokorvaukset. Tässä mallivaihtoehdossa yhdistetyn maksukaton ylittäisi yli 100 000 henkilöä enemmän verrattuna kustannusneutraaliin tasakattovaihtoehtoon (taulukko 16). Lääkekaton suuruudessa maksukattomallissa lähes kaikki (96 %) olisivat nettosaajia verrattuna nykyjärjestelmään, yhteensä 260 000 henkilöä. Nettomaksajia olisi vain noin 11 000 henkilöä (kuviossa 5 alueella F) (taulukot 15, 16). Nettomaksajat kuuluvat väestöryhmään, joiden nykyjärjestelmän mukainen lääkekatto ei ylity, mutta kunnallinen asiakasmaksukatto ylittyy. Keskimääräinen nettosaanti eli taloudellinen hyöty edunsaajalle tässä mallissa olisi 180 euroa ja nettomaksu eli taloudellinen tappio vain noin 14 euroa (taulukko 17).

Lukumääräisesti lääkekaton suuruudessa matalamassa tasakatossa jokaisessa tulokymmenyksessä nettosaajia olisi enemmän kuin nettomaksajia. Nettosaajia olisi suhteellisesti eniten kolmannessa ja neljännessä tulokymmenyksessä. Nettomaksajia olisi puolestaan suhteellisesti eniten kaikkien pienituloisimpien tulokymmenyksissä, tosin lukumääräisesti hyvin marginaalinen joukko. (taulukko 18). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti 3–6:ssä tulokymmenyksissä, mutta myös kaikissa muissa tulokymmenyksissä (taulukko 19).

Selkeästi eniten lääkekaton suuruudessa tasakattomallissa nettosaajia olisi työikäisessä väestössä eli 40–64-vuotiaissa. Myös 65–74- ja 75–84-vuotiaiden ikäryhmissä nettosaajia olisi runsaasti (taulukko 20). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti yli 75-vuotiaissa, mutta myös kaikissa muissa ikäryhmissä (taulukko 21). Pääasiallinen toiminnan mukaan tarkasteltuna suhteellisesti eniten nettosaajia olisikin eläkeläisissä ja työllisissä (taulukko 22). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti eläkeläisissä, mutta myös muissa ryhmissä (taulukko 23).

Sairausryhmittäin tarkasteltuna lähes kaikki suurimpiin sairausryhmiin kuuluvat olisivat nettosaajia. Erityisen paljon nettosaajia olisi verenpainetautia ja keuhkoastmaa sairastavien joukossa (taulukko 24). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät kaikissa tarkastelluissa sairausryhmissä (taulukko 25).

Tulosidonnainen katto (6,5 % tuloista)

Tulosidonnaisessa yhdistetyssä maksukatossa maksukatto olisi 6,5 % valtioveronalaisista tuloista, mutta minimissään 670 euroa ja maksimissaan 1 000 euroa. Tulosidonnaisen kattokorvauksiltaan kustannusneutraalin maksukaton ylittäisi noin 185 000 henkilöä eli 3,5 % väestöstä (taulukko 16). Verrattuna nykyjärjestelmään tulosidonnaisessa yhdistetyssä maksukatossa nettomaksajia olisi yhteensä noin 135 000. Keskimääräinen nettomaksu eli taloudellinen tappio edunsaajalle olisi noin 143 euroa (taulukko 17). Eniten nettomaksajia (noin 61 000) olisi väestöryhmässä, joka käyttää paljon lääkkeitä, mutta ei vastaavasti kunnallisia palveluja (kuviossa 5 alueella E). Vastaa- vasti kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneissä olisi 25 000 nettomaksajaa, joiden lääkemenot eivät olisi niin suuret, jotta yhdistetty katto ylittyisi pelkästään lääkemenoilla, vaan yhdistetty katto ylittyy myös kunnallisen asiakasmaksukaton ylittävien asiakasmaksujen vuoksi (kuviossa 5 alueella F). Nettomaksajia uudessa järjestelmässä olisivat myös 41 000 lääkekaton ylittänyttä ja vajaa 8 000 kunnallisen asiakasmaksukaton ylittänyttä, joilla yhdistetty katto ei ylity (kuviossa 5 alueella C ja B) (taulukko 18).

Verrattuna nykyjärjestelmään tasasuuruudessa yhdistetyssä maksukatossa nettosaajia olisi yhteensä noin 99 000. Nettosaajien piiriin tulisi myös 17 000 henkilöä, joilla kumpikaan katto ei ylittynyt aikaisemmin (kuviossa 5 alueella D). Keskimääräinen nettosaanti eli taloudellinen hyöty edunsaajalle tässä mallissa olisi noin 181 euroa (taulukko 17).

Tulokymmenyksittäin tarkasteltuna ensimmäisessä, toisessa ja kolmannessa tulokymmenyksessä lukumääräisesti olisi enemmän nettosaajia verrattuna nettomaksajin. Suhteellisesti eniten nettosaajia olisi toisessa ja kolmannessa tulokymmenyksessä. Nettomaksajia olisi suhteellisesti eniten neljännessä tulokymmenyksessä mutta myös kaikkien suurituloisimmissa eli yhdeksännessä ja kymmenennessä tulokymmenyksessä (taulukko 18). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät 1–4:ssä tulokymmenyksessä. Muissa tuloryhmissä edunsaajien maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 19).

Tulosidonnaisessa vaihtoehdossa nettosaajia ja -maksajia olisi eniten työikäisissä 40–64-vuotiaissa sekä 75–84-vuotiaissa. Lukumääräisesti 75–84-vuotiaissa nettosaajia ja -maksajia olisi suunnilleen yhtä paljon (taulukko 20). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät yli 75-vuotiaissa ja alle 18-vuotiaissa. Muissa ryhmissä maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 21). Pääasiallinen toiminnan mukaan tarkasteltuna suhteellisesti eniten sekä nettomaksajia että -saajia olisi eläkeläisissä. Lukumääräisesti eläkeläisissä nettomaksajia ja nettosaajia olisi lähes saman verran. Työllisissä nettomaksajia olisi suhteellisesti huomattavasti enemmän kuin nettosaajia (taulukko 22). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti opiskelijoilla, työttömillä ja eläkeläisillä (taulukko 23).

Verenpainetautia sairastavien joukossa oli runsaasti sekä nettomaksajia että nettosaajia, lukumääräisesti nettomaksajia olisi kuitenkin enemmän. Sairausryhmittäin tarkasteltuna suhteellisesti eniten sekä nettomaksajia että -saajia olisi muissa sairausryhmissä kuin yleisimmissä kansantaudeissa (taulukko 24). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät diabeetikkojen ja sepelvaltimotautia sairastavien joukossa. Keuhkoastmaa ja verenpainetautia sairastavien joukossa maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 25).

Tulosidonnainen katto (4,5 % tuloista)

Tulosidonnaisessa yhdistetyssä vaihtoehdossa maksukatto olisi 4,5 % valtioveronalaisista tuloista, mutta minimissään 780 euroa ja maksimissaan 1 000 euroa. Kattokorvauksiltaan kustannusneutraalin tulosidonnaisen maksukaton ylittäisi noin 185 000 henkilöä eli 3,5 % väestöstä (taulukko 16). Verrattuna nykyjärjestelmään tulosidonnaisessa yhdistetyssä maksukatossa nettomaksajia olisi yhteensä noin 139 000. Keskimääräinen nettomaksu eli taloudellinen tappio olisi noin 132

euroa (taulukko 17). Eniten nettomaksajia (noin 65 000) olisi väestöryhmässä, joka käyttää paljon lääkkeitä mutta ei vastaavasti kunnallisia palveluja (kuviossa 5 alueella E). Vastaavasti kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneissä olisi 27 000 nettomaksajaa, joiden lääkemenot eivät olisi niin suuret, jotta yhdistetty katto ylittyisi pelkästään lääkemenoilla, vaan yhdistetty katto ylittyisi myös kunnallisen asiakasmaksukaton ylittävien asiakasmaksujen vuoksi (kuviossa 5 alueella F). Nettomaksajia uudessa järjestelmässä olisivat myös ne 39 000 lääkekaton ylittänyttä ja vajaa 8 000 kunnallisen asiakasmaksukaton ylittänyttä, joilla yhdistetty katto ei ylittyisi (kuviossa 5 alueella C ja B) (taulukko 18).

Verrattuna nykyjärjestelmään tasasuuruudessa yhdistetyssä maksukatossa nettosaajia olisi yhteensä noin 93 000. Nettosaajien piiriin tulisi myös 14 000 henkilöä, joilla kumpikaan katto ei ylittynyt aikaisemmin (kuviossa 5 alueella D). Keskimääräinen nettosaanti eli taloudellinen hyöty edunsaajalle tässä mallissa olisi noin 183 euroa (taulukot 17 ja 18).

Toisin kuin edellisessä tulositonnaisessa mallissa, nettosaajia olisi lukumääräisesti enemmän vain kolmannessa tulokymmenyksessä (taulukko 18). Ikäryhmittäin, pääasiallisen toiminnan mukaan ja sairausryhmittäin nettosaajat ja nettomaksajat jakautuvat samalla tavalla kuin edellä tarkastellussa tulositonnaisessa mallissa (taulukot 20, 22, 24). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät 1–5:ssä tulokymmenyksessä. Muissa tuloryhmissä edunsaajien maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 19). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät yli 65-vuotiaissa. Muissa ryhmissä maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 21). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät erityisesti eläkeläisillä (taulukko 23). Sairausryhmittäisessä tarkastelussa nettovaikutukset edunsaajien maksuihin olisivat samankaltaiset kuin 6,5 % n tulositonnaisessa mallissa (taulukko 25).

Kustannusportaisiin perustuva katto

Kustannusportaisiin perustuvassa yhdistetyssä maksukatossa henkilön omavastuuosuus riippuisi suhteellisesti hänen yhteenlasketuista asiakasmaksu- ja lääkemenoista. Ensimmäisellä portaalla henkilön asiakasmaksu- ja lääkemenojen omavastuu olisi 700 euroa. Henkilö pääsisi toiselle portaalle, kun hänen asiakasmaksu- ja lääkemenot ylittäisivät 700 euroa ja maksaisi 700 euron ylittävistä osasta 50 %. Näitä henkilöitä olisi arviolta noin 74 000. Henkilö saavuttaisi kolmannen portaan, kun asiakasmaksu- ja lääkemenot (ei omavastuut) ylittäisivät 900 euroa ja maksaisi 900 euron ylittävistä osasta 25 %. Näitä henkilöitä olisi arviolta noin 71 000. Henkilö pääsisi neljännelle portaalle, kun asiakasmaksu- ja lääkemenot ylittäisivät 1 300 euroa ja maksaisi 1 300 euron ylittävistä osasta 10 %. Näitä henkilöitä olisi noin 45 000. Henkilö pääsisi viidennelle portaalle, kun hänen lääke- ja asiakasmaksut ylittäisivät 2 300 euroa. Viimeisellä portaalla asiakkaan omavastuuosuus olisi 1 000 euroa. Kuten muissakin maksukattovaihtoehdoissa maksukaton täytyttyä viidennen portaan jälkeen henkilö maksaisi ainoastaan mahdollisesta lyhytaikaisesta laitoshoidosta ylläpitomaksuja ja lääketoista perittävää reseptikohtaista 1,5 euron kertamaksua (taulukko 16).

Verrattuna nykyjärjestelmään kustannusportaisiin perustuvassa maksukatossa nettomaksajia olisi yhteensä noin 134 000. Keskimääräinen nettomaksu eli taloudellinen tappio edunsaajille olisi noin 131 euroa (taulukko 17). Eniten nettomaksajia (noin 95 000) olisi väestöryhmässä, joka käyttää paljon lääkkeitä mutta ei vastaavasti kunnallisia palveluja (kuviossa 5 alueella E) (taulukko 18). Vastaavasti kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäneissä olisi 27 000 nettomaksajaa, joiden lääkemenot eivät ole niin suuret, jotta yhdistetty katto ylittyisi pelkästään lääkemenoilla, vaan yhdistetty katto ylittyisi myös nykyjärjestelmän mukaisen kunnallisen asiakasmaksukaton ylittävien asiakasmaksujen vuoksi (kuviossa 5 alueella F). Nettomaksajia uudessa järjestelmässä

olisivat myös 10 000 lääkekaton ylittänyttä ja 2 000 kunnallisen asiakasmaksukaton ylittänyttä, joilla yhdistetty katto ei ylity (kuviossa 5 alueella C ja B) (taulukko 18).

Verrattuna nykyjärjestelmään tasasuuruudessa yhdistetyssä maksukatossa nettosaajia olisi yhteensä noin 123 000. Nettosaajien piiriin tulisi myös 40 000 henkilöä, joilla kumpikaan erillinen katto ei ylittynyt aikaisemmin (kuviossa 5 alueella D). Keskimääräinen nettosaanti eli taloudellinen hyöty edunsaajalle olisi tässä mallissa olisi noin 153 euroa (taulukot 17 ja 18).

Kustannusportaisiin perustuvassa mallissa nettosaajat ja -maksajat jakautuvat hyvin tasaisesti kaikissa tulokymmenyksissä. Muista malleista poiketen, kustannusportaisiin perustuvassa mallissa nettosaajia olisi lukumääräisesti enemmän kuin nettomaksajia toisesta kymmenyksestä aina kuudenteen kymmenykseen. Suhteellisesti eniten nettosaajia olisi kolmannessa kymmenyksessä (taulukko 18). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät 2–6:ssa tulokymmenyksessä. Muissa tuloryhmissä edunsaajien maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 19).

Ikäryhmittäisessä tarkastelussa lukumääräisesti eniten nettosaajia olisi kaikissa yli 65-vuotiaissa ikäryhmissä. Nettomaksajia olisi suhteellisesti eniten työikäisissä (40–64-vuotiaat) (taulukko 20). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähentyisivät yli 65-vuotiaissa. Muissa ryhmissä maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 21). Muista malleista poiketen nettosaajia olisi eläkeläisissä lukumääräisesti enemmän kuin nettomaksajia (taulukko 22). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät vain eläkeläisillä (taulukko 23).

Sairausryhmittäisessä tarkastelussa sekä verenpainetautia, diabetesta ja sepelvaltimotautia sairastavissa nettosaajia olisi lukumääräisesti huomattavasti enemmän kuin nettomaksajia (taulukko 24). Verrattuna nykyjärjestelmään keskimäärin edunsaajien maksut vähenisivät diabeetikkojen ja sepelvaltimotautia sekä verenpainetautia sairastavien joukossa. Keuhkoastmaa sairastavien joukossa maksut keskimäärin kasvaisivat (taulukko 25).

TAULUKKO 16. Maksukattojen ylittäjät väestössä ja kattokorvaukset yhdistetyissä maksukattomalleissa

				Yhdistetyn katon ylittäneet	Osuus väestöstä, %	Katto-korvaukset (katon vuoksi menetetyt maksutulot kunnille ja sairausvakuutukselle)
Kustannusneutraali tasakatto (840 €)						
				189 000	3,6	154 milj.€
Lääkekaton suuruinen tasakatto (616,72 €)						
				294 000	5,6	200 milj.€
Tulosid. katto (6,5% tuloista) Max 1000 € Min 670 €						
				185 000	3,5	154 milj.€
Tulosid. katto (4,5% tuloista) Max 1000 € Min 780 €						
				185 000	3,5	154 milj.€
Kustannusportaisiin perustuva katto						
	Omavastuu	Kustannukset	Maksuosuus			154 milj.€
1. porras	0–700 €	Alle 700 €	100 %			
2. porras	700–800€	700–900€	50 %	74 000	1,4	
3. porras	800–900€	900–1 300 €	25 %	71 000	1,3	
4. porras	900–1 000€	1 300–2 300€	10 %	45 000	0,9	
5. porras	1 000 €	2 300 €	0 %	55 859	1,1	

TAULUKKO 17. Nettomaksajat ja -saajat sekä keskimääräiset nettosaannit ja -maksut yhdistetyissä maksukattomalleissa verrattuna nykyjärjestelmään

	Netto- maksajia	Nettosaajia	Neutraaleja	Maksajien osuus, %	Saajien osuus, %	Keskimää- räinen net- tomaksu,€	Keskimää- räinen net- tosaanti,€
Kustannusneutraali tasakatto (840 €)	138 596	91 336	5 021 689	60	40	117	179
Lääkekaton suuruinen tasakatto (616,72 €)	10 919	259 440	4 981 263	4	96	14	180
Tulosid. katto (6,5% tuloista) Max 1000 € Min 670 €	135 344	99 509	5 016 768	58	42	143	181
Tulosid. katto (4,5% tuloista) Max 1000 € Min 780 €	138 718	92 884	5 020 020	60	40	132	183
Kustannusportaisiin perustuva katto	130 246	127 534	4 993 842	51	50	131	153

TAULUKKO 18. Nettomaksajat ja -saajat ryhmiteltyinä arviointikehikon (kuvio 5) mukaan

	A (neutraali)	B (maksaja)	C (maksaja)	D (saaja)	E (maksaja)	F (maksaja)	G (saaja)
Tasakatto (840 €)	5 014 307	7 917	33 231	12 466	69 952	27 293	78 737
Tasakatto (616,72 €)	4 973 940	226	0	76 462	0	10 678	182 596
Tulosid. katto (6,5% tuloista)	5 009 394	7 709	41 460	17 362	60 593	25 383	82 001
Tulosid. katto (4,5% tuloista)	5 012 640	7 605	39 308	14 219	64 812	26 790	78 528
Kustannusportaisiin perustuva katto	4 986 389	2 014	10 209	40 263	95 387	26 894	82 678

TAULUKKO 19. Nettosaajat ja -maksajat tulokymmenyksittäin (N = 301 297)

Tulokymmenykset, €	Tasakatto (840 €)				Tasakatto (616,72 €)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
0-9 062	265	5,0	570	7,2	813	5,4	116	18,5
9065-11 382	648	12,3	969	12,2	1 797	12,0	134	21,3
11 384-13 310	913	17,4	1 062	13,3	2 265	15,2	88	14,0
13 313-15 286	769	14,6	1 030	12,9	2 045	13,7	85	13,5
15 288-17 329	621	11,8	850	10,7	1 700	11,4	71	11,3
17 332-19 502	530	10,1	691	8,7	1 448	9,7	29	4,6
19 506-22 077	414	7,9	654	8,2	1 245	8,3	36	5,7
22 080-25 611	394	7,5	644	8,1	1 232	8,3	25	4,0
25 613-31 952	319	6,1	668	8,4	1 106	7,4	20	3,2
31 962-116 785 74	380	7,2	833	10,5	1 270	8,5	24	3,8
Yhteensä	5 253	100,0	7 971	100,0	14 921	100,0	628	100,0

Tulokymmenykset, €	Tulosid. katto (6,5%)				Tulosid. katto (4,5%)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
0-9 062	546	9,5	386	5,0	354	6,6	507	6,4
9065-11 382	1 116	19,5	675	8,7	804	15,1	864	10,8
11 384-13 310	1 161	20,3	904	11,6	1 111	20,8	939	11,8
13 313-15 286	812	14,2	1 010	13,0	891	16,7	946	11,9
15 288-17 329	571	10,0	898	11,5	633	11,8	853	10,7
17 332-19 502	454	7,9	754	9,7	461	8,6	738	9,3
19 506-22 077	315	5,5	728	9,4	326	6,1	722	9,0
22 080-25 611	298	5,2	720	9,2	306	5,7	708	8,9
25 613-31 952	212	3,7	758	9,7	220	4,1	750	9,4
31 962-116 785 74	238	4,2	951	12,2	236	4,4	951	11,9
Yhteensä	5 723	100,0	7 784	100,0	5 342	100,0	7 978	100,0

Tulokymmenykset, €	Kustannusportaisiin perustuva katto			
	Saajat	%	Maksajat	%
0-9 062	372	5,3	535	6,9
9065-11 382	878	12,4	923	11,9
11 384-13 310	1 192	16,8	1 029	13,3
13 313-15 286	1 018	14,4	998	12,9
15 288-17 329	830	11,7	827	10,7
17 332-19 502	706	10,0	681	8,8
19 506-22 077	567	8,0	633	8,2
22 080-25 611	556	7,9	624	8,1
25 613-31 952	447	6,3	665	8,6
31 962-116 785 74	515	7,3	832	10,7
Yhteensä	7 081	100,0	7 747	100,0

TAULUKKO 20. Summattu ja keskimääräinen nettovaikutus edunsaajille (hyöty tai tappio) tulokymmenyksittäin (N = 301 297)

Tulokymmenykset, €	Tasakatto (840 €)		Tasakatto (616,72 €)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
0–9 062	-23 671	-28	132 896	43
9 065–11 382	-1 624	-1	313 674	162
11 384–13 310	41 897	21	434 127	184
13 313–15 286	23 043	13	386 567	181
15 288–17 329	18 383	12	318 362	180
17 332–19 502	17 435	14	274 148	186
19 506–22 077	-3 059	-3	214 851	168
22 080–25 611	-2 480	-2	211 672	168
25 613–31 952	-24 206	-25	181 160	161
31 962–116 785 74	-40 397	-33	207 388	160

Tulokymmenykset, €	Tulosid. katto (6,5%)		Tulosid. katto (4,5%)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
0–9 062	80 010	86	10 528	12
9 065–11 382	151 204	84	64 972	39
11 384–13 310	128 734	62	124 513	61
13 313–15 286	9 100	5	75 860	41
15 288–17 329	-38 273	-26	7 477	5
17 332–19 502	-40 527	-34	-21 092	-18
19 506–22 077	-64 283	-62	-48 213	-46
22 080–25 611	-66 570	-65	-59 007	-58
25 613–31 952	-99 328	-102	-94 247	-97
31 962–116 785 74	-137 413	-116	-136 828	-115

Tulokymmenykset, €	Kustannusportaisiin perustuva katto	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
0–9 062	-17 719,55	-18
9 065–11 382	8 057,44	4
11 384–13 310	48 101,26	21
13 313–15 286	22 075,14	11
15 288–17 329	10 469,88	6
17 332–19 502	8 095,68	6
19 506–22 077	-8 575,43	-7
22 080–25 611	-7 154,46	-6
25 613–31 952	-34 807,76	-30
31 962–116 785 74	-54 562,43	-39

TAULUKKO 21. Nettosaajat ja -maksajat ikäryhmittäin (N = 301 297)

Ikäryhmä	Tasakatto (840 €)				Tasakatto (616,72 €)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
Ei tietoa	127	2	139	2	267	2	16	3
0–18	18	0	212	3	113	1	34	5
19–39	464	9	1 069	13	1 638	11	139	22
40–64	1 591	30	2 939	37	5 258	35	187	30
65–74	1 060	20	1 375	17	3 121	21	49	8
75–84	1 443	27	1 619	20	3 435	23	105	17
85–	550	10	618	8	1 089	7	98	16
Yhteensä	5 253	100	7 971	100	14 921	100	628	100

Ikäryhmä	Tulosid. katto (6,5%)				Tulosid. katto (4,5%)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
Ei tietoa	144	3	126	2	131	2	135	2
0–18	84	1	154	2	42	1	190	2
19–39	706	12	917	12	513	10	1 043	13
40–64	1 715	30	2 931	38	1 513	28	3 019	38
65–74	1 010	18	1 438	18	1 081	20	1 381	17
75–84	1 482	26	1 617	21	1 505	28	1 597	20
85–	582	10	601	8	557	10	613	8
Yhteensä	5 723	100	7 784	100	5 342	100	7 978	100

Ikäryhmä	Kustannusportaisiin perustuva katto			
	Saajat	%	Maksajat	%
Ei tietoa	156	2	130	2
0–18	27	0	208	3
19–39	625	9	1 077	14
40–64	2 227	31	2 906	38
65–74	1 483	21	1 355	17
75–84	1 866	26	1 529	20
85–	697	10	542	7
Yhteensä	7 081	100	7 747	100

TAULUKKO 22. Summattu ja keskimääräinen nettovaikutus edunsaajille (hyöty tai tappio) ikäryhmittäin (N = 301 297)

Ikäryhmä	Tasakatto (840 €)		Tasakatto (616,72 €)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
0–18	-28 486	-124	15 460	105
19–39	-51 934	-34	263 696	148
40–64	-72 984	-16	863 484	159
65–74	36 321	15	551 461	174
75–84	80 001	26	687 236	194
85–	32 146	28	233 974	197

Ikäryhmä	Tulosid. katto (6,5%)		Tulosid. katto (4,5%)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
0–18	2 523	11	-18 379	-79
19–39	-1 202	-1	-56 853	-37
40–64	-147 666	-32	-157 219	-35
65–74	-36 261	-15	18 812	8
75–84	53 094	17	89 823	29
85–	38 125	32	34 597	30

Ikäryhmä	Kustannusportaisiin perustuva katto	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
0–18	-35 486	-132
19–39	-81 651	-41
40–64	-109 643	-20
65–74	42 498	15
75–84	90 902	27
85–	53 474	43

TAULUKKO 23. Nettosaajat ja -maksajat pääasiallisen toiminnan mukaan (N = 301 297)

Pääasiallinen toiminta	Tasakatto (840 €)				Tasakatto (616,72 €)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
Ei tietoa	4	0	2	0	7	0	0	0
Työllinen	666	13	1 830	23	2 859	19	65	10
Työtön	163	3	330	4	593	4	46	7
0-14-vuotias	4	0	148	2	56	0	25	4
Opiskelija	105	2	228	3	336	2	26	4
Eläkeläinen	4 107	78	5 081	64	10 413	70	398	63
Varusmies, siviilipalv.	0	0	1	0	1	0	1	0
Työttömyyseläkkeellä	23	0	56	1	112	1	6	1
Muu, tuntematon	181	3	295	4	544	4	61	10
Yhteensä	5 253	100	7 971	100	14 921	100	628	100

Pääasiallinen toiminta	Tulosid. katto (6,5%)				Tulosid. katto (4,5%)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
Ei tietoa	6	0	2	0	5	0	2	0
Työllinen	405	7	2 037	26	413	8	2 027	25
Työtön	316	6	235	3	203	4	307	4
0-14-vuotias	39	1	115	1	18	0	134	2
Opiskelija	206	4	160	2	138	3	202	3
Eläkeläinen	4 377	76	4 986	64	4 317	81	4 983	62
Varusmies, siviilipalv.	1	0	1	0	0	0	1	0
Työttömyyseläkkeellä	30	1	50	1	26	0	50	1
Muu, tuntematon	343	6	198	3	222	4	272	3
Yhteensä	5 723	100	7 784	100	5 342	100	7 978	100

Pääasiallinen toiminta	Kustannusportaisiin perustuva katto			
	Saajat	%	Maksajat	%
Ei tietoa	5	0	2	0
Työllinen	1 018	14	1 835	24
Työtön	246	3	315	4
0-14-vuotias	11	0	143	2
Opiskelija	136	2	230	3
Eläkeläinen	5 373	76	4 886	63
Varusmies, siviilipalv.	0	0	1	0
Työttömyyseläkkeellä	44	1	49	1
Muu, tuntematon	248	4	286	4
Yhteensä	7 081	100	7 747	100

TAULUKKO 24. Summattu ja keskimääräinen nettovaikutus edunsaajille (hyöty tai tappio) pääasiallisen toiminnan mukaan (N = 301 297)

Pääasiallinen toiminta	Tasakatto (840 €)		Tasakatto (616,72 €)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
Työllinen	-124 088	-50	400 691	137
Työtön	-9 886	-20	86 660	136
0–14-vuotias	-21 693	-143	6 323	78
Opiskelija	-8 704	-26	59 689	165
Eläkeläinen	175 994	19	2 015 616	186
Varusmies, siviilipalv.	-18	-18	47	24
Työttömyyseläkkeellä	-1 823	-23	14 627	124
Muu, tuntematon	-4 372	-9	89 760	148

Pääasiallinen toiminta	Tulosid. katto (6,5%)		Tulosid. katto (4,5%)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
Työllinen	-306 338	-125	-285 033	-117
Työtön	29 346	53	3 252	6
0–14-vuotias	-1 431	-9	-15 119	-99
Opiskelija	23 926	65	2 017	6
Eläkeläinen	133 508	14	208 073	22
Varusmies, siviilipalv.	-16	-8	-18	-18
Työttömyyseläkkeellä	-1 876	-23	-1 361	-18
Muu, tuntematon	45 268	84	12 086	24

Pääasiallinen toiminta	Kustannusportaisiin perustuva katto	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
Työllinen	-157 416	-48
Työtön	-5 258	-9
0–14-vuotias	-26 664	-149
Opiskelija	-17 251	-41
Eläkeläinen	182 948	8
Varusmies, siviilipalv.	-18	-5
Työttömyyseläkkeellä	-652	-7
Muu, tuntematon	-1 871	-3

TAULUKKO 25. Nettosaajat ja -maksajat sairausryhmän mukaan (N = 301 297)

Sairausryhmä	Tasakatto (840 €)				Tasakatto (616,72 €)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
Diabetes	204	4	234	3	535	4	9	1
Ei sairausryhmää	2 285	43	4 452	56	7 170	48	500	80
Keuhkoastma	399	8	720	9	1 287	9	18	3
Sepelvaltimotauti	385	7	407	5	969	6	20	3
Useita sairausryhmiä	1 284	24	1 168	15	2 957	20	29	5
Verenpainetauti	696	13	990	12	2 003	13	52	8
Yhteensä	5 253	100	7 971	100	14 921	100	628	100

Sairausryhmä	Tulosid. katto (6,5%)				Tulosid. katto (4,5%)			
	Saajat	%	Maksajat	%	Saajat	%	Maksajat	%
Diabetes	217	4	228	3	198	4	239	3
Ei sairausryhmää	2 671	47	4 239	54	2 343	44	4 459	56
Keuhkoastma	458	8	696	9	428	8	697	9
Sepelvaltimotauti	394	7	411	5	377	7	415	5
Useita sairausryhmiä	1269	22	1 204	15	1 304	24	1 161	15
Verenpainetauti	714	12	1 006	13	692	13	1 007	13
Yhteensä	5 723	100	7 784	100	5 342	100	7 978	100

Sairausryhmä	Kustannusportaisiin perustuva katto			
	Saajat	%	Maksajat	%
Diabetes	274	4	224	3
Ei sairausryhmää	3 112	44	4 362	56
Keuhkoastma	537	8	715	9
Sepelvaltimotauti	526	7	382	5
Useita sairausryhmiä	1 638	23	1 120	14
Verenpainetauti	994	14	944	12
Yhteensä	7 081	100	7 747	100

TAULUKKO 26. Summattu ja keskimääräinen nettovaikutus edunsaajille (hyöty tai tappio) sairausryhmän mukaan (N = 301 297)

Sairausryhmä	Tasakatto (840 €)		Tasakatto (616,72 €)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
Sepelvaltimotauti	19 199	24	184 002	186
Diabetes	10 749	25	98 617	181
Keuhkoastma	-13 407	-12	221 708	170
Verenpainetauti	6 731	4	347 825	169

Sairausryhmä	Tulosid. katto (6,5%)		Tulosid. katto (4,5%)	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
Sepelvaltimotauti	7 200	9	16 326	21
Diabetes	10 958	25	9 479	22
Keuhkoastma	-24 877	-22	-20 551	-18
Verenpainetauti	-20 571	-12	-7 244	-4

Sairausryhmä	Kustannusportaisiin perustuva katto	
	Summattu nettovaikutus, €	Keskimääräinen nettovaikutus, €
Sepelvaltimotauti	25 794	28
Diabetes	12 843	26
Keuhkoastma	-22 202	-18
Verenpainetauti	15 128	8

MAHDOLLISET KÄYTTÄYTYMISVAIKUTUKSET

Riippuen yhdistetyn maksukaton suuruudesta kuluttajat kohtaavat erisuuntaisia tulo- ja substitutiovaikutuksia erillisten kattojen poistumisen ja uuden järjestelmän myötä. Nämä voivat vaikuttaa henkilöiden lääkkeiden ja palveluiden käyttöön, sillä henkilöt voivat kokea lääkkeet ja palvelut uudessa maksukattojärjestelmässä absoluuttisesti tai suhteellisesti kalliimpina tai halvempina kuin aiemmin. Yhdistetty maksukatto olisi todennäköisesti korkeampi kuin nykyiset erilliset katot. Muille kuin paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville yhdistetty maksukatto merkitsisi omavastuuosuuden nousua. Valtaosalle väestöstä maksukaton kasvaessa eli omavastuuosuuden noustessa lääkkeet ja palvelut olisivat suhteellisesti kalliimpia verrattuna aikaisempaan järjestelmään. Vastaavasti paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville palvelujen ja lääkkeiden suhteellinen hinta alenisi, koska yhdistetyn maksukaton omavastuuosuus olisi alhaisempi verrattuna nykyjärjestelmään (taulukko 26). Toisaalta aikaisempien terveystulosten hintajoustotutkimusten mukaan terveystulosten hinnalla ei ole suurta merkitystä palvelujen käyttöön, jos henkilö on jo palvelujen piirissä. Hinta saattaa vaikuttaa lähinnä pienituloisten käyttöön eikä sillä ole todennäköisesti vaikutuksia keskituloisten ja suurituloisten terveystulosten ja lääkkeiden käyttöön (Klavus et al 2004).

Tutkimuksemme mukaan nettomaksajat (noin 100 000, kuviossa 5 alueella E ja F), jotka käyttävät paljon lääkkeitä, mutta eivät samassa suhteessa palveluita, todennäköisesti voisivat jättää heille määrättyjä lääkkeitä ostamatta ja vähentää lääkkeiden käyttöä. Pienituloisten osalta tämä olisi todennäköisempää verrattuna suurituloisiin. Vastaavasti osa henkilöistä (noin 35 000 nettomaksajaa, kuviossa 5 alueella E ja B) voisivat vähentää palvelujen käyttöä omavastuuosuuden kasvaessa. Palvelujen käytön vähentäminen olisi kuitenkin ehkä epätodennäköisempää, koska suurin osa maksukattoa kerryttävistä asiakasmaksuista syntyy sairauden hoitoa vaativasta lyhytaikaisesta vuodeosastohoidosta ja terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelujen saatavuutta on helpotettu jo välikattojen avulla.

Vastaavasti paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville omavastuuosuuden lasku merkitsisi kannustetta käyttää lääkkeitä ja palveluja entistä enemmän. Julkisten palvelujen käyttö tuskin kasvaisi ainakaan merkittävästi, sillä palvelujen käytöstä päättää ensisijaisesti perusterveydenhuollon lääkäri.

Tulojen suhteen progressiivinen maksukatto (tulojen kasvaessa maksukatto kasvaa) tuskin kuitenkaan vähentäisi suurituloisten lääkkeiden käyttöä, vaikka teoriassa se olisi mahdollista. Sen sijaan pienituloisten lääkkeiden käyttö saattaisi kasvaa. Toisaalta vaihtoehtoisissa tulositonnaisissa malleissa maksukaton omavastuuosuus olisi varsin korkea myös pienituloiselle, joten myös tulositonnainen malli kannustaisi vain erityisesti paljon lääkkeitä ja palveluja käyttäviä kasvattamaan sekä lääkkeiden että palvelujen käyttöä (taulukko 27).

Tulojen suhteen progressiivinen maksukatto voisi kannustaa yksityisten vakuutusten ja palvelujen käyttöön, jos suurituloisten maksukaton omavastuuosuus nousisi kovin korkeaksi.

Kustannusten suhteen porrastetun maksukaton (asiakasmaksujen ja lääkemenojen kasvaessa potilaan omavastuuosuus pienenee eli maksukatto madaltuu) käyttäytymisvaikutukset olisivat todennäköisesti samankaltaiset kuin muissa maksukattovaihtoehdoissa. Paljon palveluita ja lääkkeitä käyttävien omavastuuosuus olisi kuitenkin suurempi (1 000 €) kuin tasakattomallissa (840 €). Tasakattomalli olisi näin edullisempi vaihtoehto paljon lääkkeitä ja palveluita käyttäville.

TAULUKKO 27. Yhdistettyjen maksukattojen mahdollisia käyttäytymisvaikutuksia lääkkeiden ja palvelujen käyttöön

	Tasakattomallit	Tulosidonnaiset mallit	Kustannusportaisiin perustuva malli
Lääkkeiden käytön muutos	Tasakaton eli omavastuun kasvaessa lääkkeiden käyttö vähenisi muilla paitsi paljon lääkkeitä ja palveluja käyttävillä Lääkekaton suuruinen tasakatto lisäisi lääkkeiden käyttöä	Suurituloiset saattaisivat vähentää lääkkeiden käyttöä omavastuun kasvaessa Pienituloisten lääkkeiden käyttö kasvaisi	Tasakaton eli omavastuun kasvaessa lääkkeiden käyttö vähenisi muilla paitsi paljon lääkkeitä ja palveluja käyttävillä
Palvelujen käytön muutos	Tasakaton eli omavastuun kasvaessa palvelujen käyttö vähenisi muilla paitsi paljon lääkkeitä ja palveluja käyttävillä Lääkekaton suuruinen tasakatto lisäisi palvelujen käyttöä	Suurituloiset saattaisivat vähentää palvelujen käyttöä omavastuun kasvaessa Pienituloisten palvelujen käyttö kasvaisi	Tasakaton eli omavastuun kasvaessa palvelujen käyttö vähenisi muilla paitsi paljon lääkkeitä ja palveluja käyttävillä

MAKSUKATTOMALLIEN TALOUDELLISTEN VAIKUTUSTEN VERTAILU POTILAIEN, SAIRAUSSVAKUUTUKSEN JA KUNTIEN KESKEN

Terveyspalvelujen ja lääkkeiden kokonaiskustannukset aineistossamme olivat noin 9 mrd euroa. Terveyspalvelujen osuus kokonaiskustannuksista oli 84 % (7,5 mrd €) ja lääkkeiden osuus 16 % (1,5 mrd €). Ilman tulosidonnaisia pitkäaikaisen laitoshoidon maksuja (270 milj. €) potilaiden osuus kokonaiskustannuksista oli 8 % (700 milj.€), sairausvakuutuksen osuus 12 % (1 000 milj. €) ja kuntien osuus 80 % (6 000 milj. €).

Nykyjärjestelmässä kattokorvaukset olivat yhteensä 154 miljoonaa euroa. Nykyjärjestelmässä kuntien osuus kattokorvauksista on 21 % ja sairausvakuutuksen osuus 79 %. Kustannusportaisiin perustuvassa mallissa kuntien osuus näyttäisi kasvavan noin 3 prosenttiyksikköä verrattuna nykyjärjestelmään. Muissa vaihtoehtoisissa malleissa kuntien osuus kasvaisi vain 1–2 prosenttiyksikköä (taulukko 28).

TAULUKKO 28. Sairausvakuutuksen ja kuntien osuudet kattokorvauksista nykyjärjestelmässä ja vaihtoehtoisissa yhdistetyissä maksukattomalleissa

	SV:n osuus, %	Kuntien osuus, %
Nykymalli	74,1	25,9
Yhdistetty katto 840 €	73,3	26,7
Yhdistetty katto 616,72 €	72,1	27,9
Tulosidonnainen katto 4,5 %	72,7	27,3
Tulosidonnainen katto 6,5 %	72,5	27,5
Kustannusportaisiin perustuva katto	71,1	28,9

Kattokorvauksiltaan kustannusneutraalissa (tasakatto 840 €) yhdistetyssä maksukattovaihtoehdossa sairausvakuutuksen osuus vähenisi runsaan miljoonan ja kuntien osuus vastaavasti kasvaisi saman verran. Potilaiden osuus säilyisi samana. Tulosidonnaisessa (4,5 % tuloista) vaihtoehdossa sairausvakuutuksen kattokorvaukset vähenisivät noin 3 miljoonaa euroa, kuntien osuus kasvaisi vastaavasti vajaa 3 miljoonaa euroa ja potilaiden osuus kasvaisi runsaan miljoonan. Tulosidonnaisessa (6,5 % tuloista) vaihtoehdossa sairausvakuutuksen kattokorvaukset vähenisivät vajaan 4 miljoonaa euroa, kuntien osuus kasvaisi vastaavasti noin 2 miljoonaa euroa ja potilaiden osuus kasvaisi runsaat miljoona euroa. Kustannusportaisiin perustuvassa vaihtoehdossa potilaan osuus kasvaisi vain vähän, sairausvakuutuksen kattokorvaukset laskisivat 5 miljoonaa euroa ja kunnan kattokorvaukset kasvaisivat puolestaan 5 miljoonaa euroa. Verrattuna nykyjärjestelmään potilaiden osuus kokonaiskustannuksista luonnollisesti vähenisi matalimmassa lääkekaton suuruudessa maksukattovaihtoehdossa vajaan 50 miljoonaa euroa. Vastaavasti sairausvakuutuksen osuus kokonaiskustannuksista eli kattokorvaukset kasvaisivat noin 30 miljoonaa euroa ja kuntien vajaat 20 miljoonaa euroa (taulukko 29).

TAULUKKO 29. Yhdistetyt maksukattomallit ja muutos kokonaiskustannuksissa verrattuna nykyjärjestelmään (kustannukset muutettu väestötasolle)

Yhdistetyt maksukattomallit	Potilaan osuus, €	SV: osuus, €	Kuntien osuus, €
Tasakatto 840 €	-40 044	-1 263 526	1 303 570
Tasakatto 616,72 €	-46 546 577	30 505 046	16 041 531
Tulosidonnainen katto 4,5 %	1 399 160	-3 147 709	1 748 550
Tulosidonnainen katto 6,5 %	1 353 050	-3 502 313	2 149 263
Kustannusportaisiin perustuva katto	333 262	-5 009 872	4 676 610

Kuntien osuus kattokorvauksissa suhteessa sairausvakuutukseen pyrkii hivenen nousemaan, koska nykyjärjestelmän mukaisen kunnallisen asiakasmaksukaton ylittäjissä on suhteessa enemmän niitä, joilla yhdistetty maksukatto ylittyisi lääkemenojen vuoksi. Nykyjärjestelmän mukaisen lääkekaton ylittäjissä on puolestaan suhteessa vähemmän niitä, joilla yhdistetty katto ylittyisi kunnallisten asiakasmaksujen vuoksi.

Maksukattomallien vaikutus ylläpitomaksuihin

Laskelmien perusteella potilaat maksoivat ylläpitomaksuja (12 euroa per vuorokausi vuonna 2006) maksukaton täyttymisen jälkeen 26 miljoonaa euroa nykyisessä maksukattojärjestelmässä.

Kustannusneutraalissa tasakattomallissa (840 €) ylläpitomaksut vähenisivät noin 6 miljoonaa euroa ja lääkekaton suuruudessa yhdistetyssä katossa ylläpitomaksut puolestaan nousisivat vajaa 5 miljoonaa euroa. Tulosidonnaisissa vaihtoehdoissa ylläpitomaksut eivät juuri muuttuisi verrattuna nykyjärjestelmään.

YHDISTETYN MAKSUKATON KÄYTÄNNÖN TOTEUTUS

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimitusta kartoittanut selvitysmies perehtyi raportissaan perusteellisesti yhteisen maksukaton käytännön toteutuksen ongelmiin (STM 2003). Raportissa todetaan, että Kansaneläkelaitos voisi toteuttaa yhteisen maksukaton toteutukseen kuuluvan yhteisen rekisterin ja toimia maksukaton hallinnoijana. Kustannustehokkain maksukaton reaaliaikainen tietokanta olisi valtakunnallisesti keskitetty ja perustuisi asiakkaan henkilötunnukseen. Keskitettyyn rekisteriin tulisi ottaa sairausvakuutuksen omavastuut sekä kuntasektorin maksutiedot sellaisina kuin ne on asetettu maksettaviksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri toimipisteet tallentaisivat tiedot asiakkaiden maksettaviksi asetetuista maksuista yhteiseen ajantasarekisteriin. Tietokannan päivittäminen tulisi olla mahdollista erilaisin ratkaisuin web-lomakkeesta aina sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden ja Kansaneläkelaitoksen omien järjestelmien suorasta liitännästä tietokantaan. Tietokannasta tulisi lähettää automaattisesti päätös asiakkaalle maksukaton täyttymisestä. Tämä voisi tapahtua kirjeenä, sähköpostina tai tekstiviestinä.

Selvityksessä todetaan, että niin kauan kuin maksukattotietoja ei voida hoitaa eri toimijoiden yhteensopivilla reaaliaikaisilla tietojärjestelmillä, ei ole tarkoituksenmukaista määrittää yhteistä maksukattoa kuntasektorin asiakasmaksuille ja sairausvakuutuksen omavastuille. Tällä hetkellä (vuonna 2009) kuntien, kuntayhtymien ja Kelan välillä ei ole suoria tietoliikenneyhteyksiä. Selvitysmies ehdotti myös raportissaan, että mikäli reaaliaikaiseen järjestelmään ei päästä, kunnalliset tuottajat voitaisiin velvoittaa säännöllisin väliajoin toimittamaan sähköisessä muodossa tiedot maksettaviksi asetetuista asiakasmaksuista Kelaan.

Maksukattojen yhdistäminen voisi teoriassa toteutua vuoden 2011 aikana, jolloin Suomeen on luotu valtakunnallisesti keskitetty tietojärjestelmäpalvelu potilasasiakirjojen arkistointia ja terveydenhuollon palvelujen antajien välistä potilastietojen luovutuksenhallintaa varten. Potilastiedot on tuolloin suunnitelmien mukaan mahdollista tallentaa perusteilla olevaan terveydenhuollon valtakunnalliseen arkistointipalveluun, jota ylläpitää Kansaneläkelaitos. Tämän arkistointipalvelun tulee sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain nojalla olla käytössä 1. huhtikuuta 2011. Sairaanhoidopiirin alueella kunkin kunnan terveyskeskus sekä sairaanhoidopiiri vastaavat edelleen omalta osaltaan potilastiedon kirjaamisesta ja ovat rekisteripitovastuullisia arkistoon tallennetun tiedon osalta. Potilastiedot tallennetaan valtakunnalliseen arkistointipalveluun.

Nykyinen voimassa oleva lainsäädäntö ei mahdollista asiakasmaksutietojen tallennusta arkistoon, koska ne eivät ole potilasasiakirja-asetuksen alaista tietoa. Mikäli eri organisaatioissa syntyvää asiakasmaksutietoa haluttaisiin tallentaa kansalliseen arkistopalveluun, tulee ensin tehdä selvitys siitä, miten henkilötietolain mukaiset rekisterinpitäjävetoiset voitaisiin parhaiten järjestää, ja tarvittaessa tehdä lainsäädäntömuutoksia, jotka mahdollistaisivat sen, että Kansaneläkelaitos voisi ryhtyä rekisterinpitäjäksi samaan tapaan kuin esimerkiksi sähköisen reseptin osalta on laissa säädetty.

Lähteet

- Euroopan komissio. Verkkosivujen linkki: http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm
- Kapiainen, S. & Klavus, J. (2007). Terveydenhuollon rahoituksen progressiivisuus ja toimeentulovaihtokutukset Suomessa 1990–2001. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 3/2007, s. 351–363.
- Klavus, J. & Pekurinen, M. & Järvelin, J. & Mikkola, H. (2004). Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 4/2004, s.440–456.
- Palta, P. (2008). Kenelle korvataan? Sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvaaminen Suomessa ja eräissä muissa maissa, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 99/2008.
- STM (2003). Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus. Selvitysmiesraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2003:112.
- STM (2005). Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:10.



AVAUKSIA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2009

Maija Ritamo (toim.). Terve kunta -päivät
Avauksia 1/2009

Sinikka Sihvo (toim.). Sukupolvien yli ulottuva vastuu ja tutkimuksen etiikka
Avauksia 2/2009

Anna Forsman, Kjell Herbets, Esa Aromaa, Jyrki Tuulari, Kristian Wahlbeck. Kohti pohjalaista hyvinvointia: Mielenterveyttä koskeva kyselytutkimus 2008
Avauksia 3/2009

Jan Klavus (toim.). Terveystaloustiede 2009
Avauksia 4/2009

Mieli 2009
Avauksia 5/2009

Marjaana Seppänen, Reija Heinola, Sirpa Andersson. Hyvinvointia ja terveyttä edistävää toimintaa käytännössä
Avauksia 6/2009

Päivi Nurmi-Koikkalainen. Vättilämätön apu elämisen mahdollistajana
Avauksia 7/2009

Kerttu Perttilä, Pia Hakamäki, Timo Hujanen, Timo Ståhl (toim.). Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa
Avauksia 8/2009

Pasi Moisio. Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa
Avauksia 9/2009