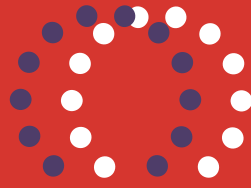


Jenni Blomgren  
Katri Aaltonen  
Jussi Tervola  
Lauri Virta

# Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin

Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon?



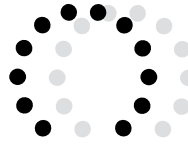
93/2015

Sosiaali- ja terveysturvan selosteita



**Jenni Blomgren, Katri Aaltonen,  
Jussi Tervola ja Lauri Virta**

**Kelan sairaanhoitokorvaukset  
tuloryhmittäin**  
Kenelle korvauksia maksetaan  
ja kuinka paljon?



93/2015  
Sosiaali- ja terveysturvan  
selosteita

**Kela**<sup>®</sup>

**KELAN TUTKIMUSOSASTO | HELSINKI 2015**

ISBN 978-951-669-974-8 (nid.), 978-951-669-975-5 (pdf)  
ISSN-L 1455-0113  
ISSN 1455-0113 (painettu), 2323-7759 (verkkojulkaisu)

Juvenes Print  
Tampere 2015

## SISÄLTÖ

Tiivistelmä .....	3	7.3 Korvattujen tutkimus- tai hoitosarjojen vuosittaiset määrät .....	40
1 Johdanto .....	4	7.4 Tutkimuksesta ja hoidosta maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut .....	40
1.1 Sairaanhoidokorvaukset terveydenhuollon rahoitusjärjestelmässä .....	4	7.5 Tutkimuksen ja hoidon korvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011 .....	41
1.2 Sairaanhoidokorvausten saajat ja kustannukset 1990–2013 .....	6	7.6 Yhteenvetoa tutkimuksen ja hoidon korvauksista .....	41
1.3 Sosioekonomiset terveyserot ja epätasa-arvo terveystalouden saatavuudessa .....	8	8 Matkakorvaukset .....	43
1.4 Aiempia tutkimuksia sairaanhoito- korvausten jakautumisesta tulojen mukaan ...	9	8.1 Tausta .....	43
1.5 Tutkimuksen tarkoitus .....	11	8.2 Matkakorvauksia saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin .....	44
2 Aineisto ja menetelmät .....	11	8.3 Matkoista ja yöpymisistä maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut .....	45
2.1 Tutkimuksessa käytetyt rekisteriaineistot .....	11	8.4 Matkakorvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011 .....	46
2.2 Tilastolliset menetelmät .....	13	8.5 Yhteenvetoa matkakorvauksista .....	46
3 Yleiskatsaus: sairaanhoidokorvaukset tuloryhmittäin .....	14	9 Vertailu tulojaon palveluaineistoon .....	47
3.1 Korvauksia saaneiden osuudet väestöstä 2006–2011 .....	14	9.1 Vertailun tavoite .....	47
3.2 Kustannukset, korvaukset sekä itse maksetut omavastuut .....	14	9.2 Tulojaon palveluaineisto .....	47
4 Lääkekorvaukset .....	18	9.3 Sairaanhoidokorvauksia saaneet veronalaisten tulojen ja käytävissä olevien tulojen mukaan .....	47
4.1 Tausta .....	18	10 Yhteenveto ja pohdinta .....	51
4.2 Lääkekorvauksia saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin .....	19	10.1 Tulosten yhteenveto .....	51
4.3 Lääkkeistä maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut .....	22	10.2 Aineiston arviointi .....	54
4.4 Lääkekorvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011 .....	23	10.3 Sairaanhoidokorvausten rooli sairastamisen kustannusten tasaajana .....	55
4.5 Yhteenvetoa lääkekorvauksista .....	25	Lähteet .....	58
5 Korvaukset yksityislääkärin palkkioista .....	26	Liitetaulukot .....	62
5.1 Tausta .....	26		
5.2 Lääkärinpalkkioista korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin .....	27		
5.3 Lääkärinpalkkioiden korvauskertojen lukumäärät .....	27		
5.4 Lääkärinpalkkioista maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut .....	29		
5.5 Lääkärinpalkkioista maksetut korvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011 .....	30		
5.6 Yhteenvetoa lääkäripalkkioiden korvauksista .....	30		
6 Korvaukset yksityisestä hammashoidosta .....	31		
6.1 Tausta .....	31		
6.2 Hammashoidosta korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin .....	32		
6.3 Hammashoidon korvauskertojen lukumäärät .....	33		
6.4 Hammashoidosta maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut .....	34		
6.5 Hammashoidon korvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011 .....	35		
6.6 Yhteenvetoa hammashoidon korvauksista ...	35		
7 Korvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta .....	37		
7.1 Tausta .....	37		
7.2 Tutkimuksesta tai hoidosta korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin ...	38		

### Kirjoittajat

Jenni Blomgren, VTT, erikoistutkija  
Katri Aaltonen, proviisori, tutkija  
Jussi Tervola, VTM, tutkija  
Lauri Virta, LKT, dosentti, johtava tutkijalääkäri

Kelan tutkimusosasto  
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sarjan julkaisu on hyväksytty  
tieteellisessä arvioinnissa.

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

www.kela.fi/tutkimus  
tutkimus@kela.fi

## Tiivistelmä

Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J, Virta L. **Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon?** Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 93, 2015. 62 s. ISBN 978-951-669-974-8 (nid.), 978-951-669-975-5 (pdf).

Tutkimuksessa tarkastellaan Kelan maksamien sairaanhoitokorvausten (lääkekorvaukset, korvaukset yksityislääkärin palkkioista, korvaukset yksityisestä hammashoidosta, korvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkakorvaukset) jakautumista tulojen mukaan 25 vuotta täyttäneessä väestössä. Sairaanhoitokorvaukset ovat varsin merkittävä etuus: ne muodostivat noin 14 prosenttia Kelan etuuskuluista vuonna 2013. Korvauksia saaneiden osuuksia, korvaussummia ja korvaussensaajien itse maksamia omavastuuosuuksia ei ole aikaisemmin tarkasteltu systemaattisesti tulojen näkökulmasta eikä tulojen yhteyttä niihin ole tarkasteltu ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Tämä tutkimus täydentää tietotarvetta aiheesta, josta on vain vähän aiempaa tutkimustietoa.

Aineistona käytettiin Kelassa muodostettua, vuosia 2006–2011 koskevaa rekisteriaineistoa, jota varten yhdistettiin koko Suomen aikuisväestölle yksilötason väestötiedot, tiedot Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista sekä verottajan tiedot henkilöiden vuosittaisista veronalaisista tuloista. Tutkimus rajattiin 25 vuotta täyttäneisiin, joita oli aineistossa noin 3,8 miljoonaa. Tarkastelut tehtiin sekä koko 25 vuotta täyttäneelle väestölle että erikseen työikäisille ja eläkeikäisille miehille ja naisille. Henkilöt jaettiin tuloryhmiin 25 vuotta täyttäneen väestön tuloviidennesten mukaan. Iän, sukupuolen ja tulojen lisäksi huomioitiin asuinkunnan kaupunkimaisuus sekä suuralue. Ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmittäin tarkasteltiin etuuslajeittain korvauksia saaneiden osuuksia väestöstä, korvauskertojen vuosittaisia määriä sekä keskimääräisiä maksettuja korvaussummia ja henkilöiden itsensä maksamia omavastuuosuuksia. Pääosa analyysistä kohdistui vuoteen 2011, ja lisäksi tarkasteltiin, miten tilanne on muuttunut aikavälillä 2006–2011. Lukuja laskettiin sekä vakioimattomina aineistosta havaittuina osuuksina ja lukumäärinä että taustatekijät vakioituina, jolloin otettiin huomioon tuloryhmien väliset erot iässä, sukupuolella ja asuinalueessa.

Lääkekorvauksia saaneiden osuus väestöstä ei vaihdellut juurikaan tulojen mukaan. Matkakorvausten

saaminen oli käänteisessä yhteydessä tuloihin: korvauksia saivat useammat pieni- kuin suurituloiset. Korvauksia yksityislääkärin palkkioista, yksityisestä hammashoidosta ja yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sai johdonmukaisesti sitä suurempi osuus väestöstä, mitä suurituloisemmista oli kyse. 25 vuotta täyttäneestä väestöstä 85 prosenttia sai vähintään yhtä sairaanhoitokorvausten etuuslajia vuoden 2011 aikana. Koska eri etuuslajien korvaukset kohdistuivat tuloryhmiin eri tavalla, kaikkia sairaanhoitokorvauksia yhteensä tarkasteltaessa tuloryhmien väliset erot olivat varsin pieniä – poikkeuksena pienituloisimpien ryhmä, jossa korvausta saaneita oli jonkin verran vähemmän kuin muissa tuloryhmissä.

Euromääräisesti tarkastellen sairaanhoitokorvauksia maksettiin keskimäärin selvästi suuremmassa määrin pienituloisille kuin suurituloisille, mikä oli seurausta pienituloisten suuremmista lääkeli- ja matkakorvauksista. Pienituloiset maksoivat myös keskimääräistä enemmän omavastuita sairausvakuutuksen korvaamista lääkkeistä ja matkoista. Sen sijaan yksityisen sairaanhoidon palveluiden käytöstä korvauksia maksettiin suuremmassa määrin suurituloisille, jotka myös maksoivat vuositasolla pienituloisia enemmän omavastuita näiden palveluiden käytöstä.

**Avainsanat:** sairaanhoitokorvaukset, lääkekorvaukset, yksityislääkärin palkkiot, yksityinen hammashoito, yksityinen tutkimus ja hoito, matkakorvaukset, verotettavat tulot

## 1 Johdanto

Jenni Blomgren

Kela maksoi sairaanhoitokorvauksia (lääkekorvauksia, matkakorvauksia ja korvauksia yksityislääkäripalveluista, yksityisestä hammashoidosta sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta) vuonna 2013 noin 1,8 miljardia euroa ja niitä sai valtaosa väestöstä. Sairaanhoitokorvaukset muodostivat noin 14 prosenttia Kelan etuuskuluista vuonna 2013 – kyseessä on siis varsin merkittävä etuuskokonaisuus. Tietämys korvausten jakautumisesta väestössä on kuitenkin varsin ohutta ja hajanaista. Kaikkien korvauslajien osalta ei ole ollut käytettävissä eriteltyä ja selkeää tietoa korvaussensaajien ja maksettujen summien sosiodemografisesta jakautumisesta. Tämän tutkimuksen tarkoitus on täsmentää tietoa sairaanhoitokorvausten kohdentumisesta aikuisväestössä sukupuolen, ikäryhmän ja tulotason mukaan vuodet 2006–2011 kattavalla aineistolla. Tulosten avulla voidaan arvioida yhtäältä sitä, mitä sairaanhoitokorvausten jakautuminen kertoo yksityissektorin terveyspalveluiden käytöstä eri väestöryhmissä ja ryhmien välisistä terveyseroista, ja toisaalta sitä, kuinka korvaussummat kohdentuvat tuloryhmille. Lisäksi tutkimus tuottaa päätöksenteon taustatietoa, kun terveydenhuollon kokonaisuutta ja rahoitusjärjestelmää uudistetaan. Tutkimuksessa esitetään kaikista sairaanhoitokorvausten lajeista samantyyppiset tarkastelut, jolloin voidaan myös vertailla eri korvauslajien merkitystä eri väestöryhmissä ja saadaan kattava kokonaiskuva sairausvakuutusetuksien jakautumisesta väestössä. Korvauksia saaneiden osuuksia, korvaussummia ja korvaussensaajien itse maksamia omavastuuosuuksia ei ole aikaisemmin tarkasteltu systemaattisesti tulojen näkökulmasta eikä tulojen yhteyttä ole tarkasteltu ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Tutkimus täydentää siten tietotarvetta aiheesta, josta on vain vähän aiempaa tutkimustietoa.

Johdantoluvussa 1 esitetään aluksi katsaus sairaanhoitokorvausten rooliin Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä sekä tilastotietoa sairaanhoitokorvausten käytön trendeistä parin viime vuosikymmenen ajalta. Tämän jälkeen luodaan taustaa sosioekonomisten erojen tutkimukselle käymällä läpi tutkimustietoa suomalaisten sosioekonomisista terveyseroista, minkä jälkeen esitellään joitakin aiemmin saatuja tuloksia sairaanhoitokorvausten saamisen tuloryhmittäisistä eroista. Luvussa 2 kuvataan tutkimuksessa käytetty rekisteriaineisto ja menetelmät. Luvussa 3 luodaan yleiskatsaus sairaanhoitokorvausten saamiseen

tarkastellussa aineistossa. Kutakin korvauslajia tarkastellaan tämän jälkeen erillisissä alaluvuissa, joissa myös tehdään kullekin etuudelle ominaisia lisäanalyyssejä. Luvuissa 4–8 tarkastellaan erikseen lääkekorvauksia, korvauksia yksityislääkäripalveluista, korvauksia yksityisestä hammashoidosta, korvauksia yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkakorvauksia. Luvussa 9 käytämme yksilötasoisesta rekisteriaineistosta laskettuja lukuja vertaillaan Tilastokeskuksen kokoamasta kotitalouskohtaisesta tulonjaon palveluaineistosta laskettuihin lukuihin. Lopuksi luvussa 10 esitetään tulosten yhteenveto ja tutkimuksen johtopäätökset.

### 1.1 Sairaanhoitokorvaukset terveydenhuollon rahoitusjärjestelmässä

Sairaanhoitokorvaukset ovat osa julkista sairausvakuutusta, jonka piiriin kaikki Suomessa vakinaisesti asuvat kuuluvat. Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaan vakuutettu on oikeutettu korvauksiin tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä. Sairausvakuutus luotiin 1960-luvulla täydentämään julkista terveydenhuoltojärjestelmää. Sairausvakuutuksen avulla haluttiin tasata sairastamisesta aiheutuvia kuluja ja yhdenvertaistaa terveyspalveluiden saatavuutta. Sen avulla haluttiin myös parantaa palveluiden saatavuutta eri puolilla maata ja siirtää terveydenhuollon painopistettä sairaalahoidosta avohoidon suuntaan. Kun kansanterveyslain (L 66/1972) mukaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on kyse kunnalliseen itsehallintoon perustuvasta julkisesta terveydenhuollosta, jolle valinnanvapaus on ollut vierasta, sairausvakuutus on keskitettyä ja perustuu nimenomaan potilaiden valinnanvapauteen ja vakuutetuille itselleen maksettuihin korvauksiin (Mattila 2011; STM 2013a). Kansainvälisesti katsottuna Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on erikoinen, sillä järjestelmään kuuluu kaksi rinnakkaista julkisesti rahoitettua palvelukanavaa (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011). Kolmanneksi terveydenhuollon avohoidon toteuttamisen järjestelmäksi on vakiintunut työterveyshuolto, josta säädetään työterveyshuoltolaissa (L 743/1978) ja jota rahoittavat suurimmalta osin työnantajat.

Sairausvakuutus koostuu työtulovakuutuksesta ja sairaanhoitovakuutuksesta. Työtulovakuutuksesta maksetaan sairauspäivärahat, kuntoutusrahat, vanhempainpäivärahat sekä korvaukset työnantajille työntekijän vanhempainpäiväraha-ajan vuosilomakustannuksista ja työterveyshuollon

järjestämisestä. Tässä raportissa ei käsitellä työtu-  
lovakuutukseen kuuluvia etuuksia, vaan tarkastelu  
keskittyy sairaanhoitovakuutukseen. Kela maksaa  
sairausvakuutuslain perusteella yksityishenkilöille  
sairaanhoitokorvauksina osan lääkärin tai ham-  
maslääkärin määräämistä lääkkeistä, kliinisistä rav-  
intovalmisteista ja perusvoiteista, yksityislääkärin  
ja yksityisen hammashoidon palveluista, yksityis-  
lääkärin tai -hammaslääkärin määräämästä yksi-  
tyisestä tutkimuksesta tai hoidosta sekä sairauden,  
raskauden ja synnytyksen aiheuttamista matkoista  
ja yöpymisistä ja matkoista Kelan järjestämään kun-  
toutuksen (Kela 2013a). Lisäksi sairaanhoitova-  
kuutuksesta rahoitetaan kuntoutusmenot, korvauk-  
set Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle, maata-  
lousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan  
kuuluvat sairaanhoitokorvaukset sekä EU-maihin  
maksettavat sairaanhoitokustannusten korvaukset.  
Sairaanhoitokorvauksia ei makseta kunnallisen sai-  
raanhoidon avovastaanotolla annetusta lääkehoid-  
osta eikä sairaanhoidosta julkisen laitoshoidon tai  
sitä vastaavan hoidon ajalta. (STM 2013a.)

Yksityisen sairaanhoidon kustannuksia korvaava  
järjestelmä täydentää julkisia palveluita. Korvaukset  
määriteltiin aikanaan siten, etteivät vakuutettujen  
omavastuiden määrät muodostuisi vähävaraisille-  
kaan kohtuuttoman raskaiksi (HE 129/1962). Yksi-  
tysesektorin käyttö tuo asiakkaalle valinnanvapau-  
den lisäksi mahdollisuuden nopeampaan hoitoon  
pääsyyn ja mahdollisuuden toisen lääketieteellisen  
arvion (ns. *second opinion*) hankkimiseen (STM  
2013a). Yksityisten terveydenhuoltopalveluiden  
korvaukset ovatkin tuoneet etenkin maksukykyi-  
sille asutuskeskittymissä asuville henkilöille va-  
linnanvapautta ja joustavuutta terveystalveluiden  
piiriin hakeutumisessa. Lisäksi korvaukset edis-  
tävät tiettyjen erikoisalojen lääkäreiden vastaan-  
otolle pääsyä ja täydentävät kunnallista järjestelmää  
erityisesti silmälääkärin ja gynekologin palveluiden  
osalta (Mikkola ja Virta 2012). Samoin korvaukset  
yksityisestä hammashoidosta täydentävät vahvasti  
kunnallista järjestelmää, sillä pääsy kunnallisen  
suun terveydenhuollon piiriin on etenkin joillakin  
alueilla ollut hidasta (STM 2011). Sairaanhoitova-  
kuutuksen rooli yksityisten terveystalveluiden käy-  
tön edistäjänä on kuitenkin vähitellen heikentynyt  
korvaustason alennuttua alle kolmannekseen asiak-  
kaille aiheutuvista kustannuksista (ks. luku 1.2).

Sairausvakuutuksen lääkekorvaus- ja matkakorvaus-  
järjestelmä ovat erityyppisiä kuin yksityisten ter-  
veystalveluiden korvausjärjestelmä, eikä julkisella  
puolella ole erikseen vastaavia järjestelmiä. Lääke-  
ja matkakorvauksilla onkin merkittävä rooli tervey-

denhuollon kustannusten tasaajina. Lääkekorvaus-  
järjestelmän tarkoitus on turvata vakuutetuille sai-  
rauden hoidossa tarpeelliset avohoidon reseptilääk-  
keet kohtuullisin kustannuksin, ja matkakorvauk-  
set edistävät yhdenvertaista pääsyä sekä julkisten  
että yksityisten terveydenhuoltopalveluiden piiriin  
maan eri osissa (STM 2013a). Toisin kuin yksityisen  
sairaanhoidon korvaukset, lääkkeiden ja matkojen  
korvausasteet ovat pysyneet korkeina.

Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta vastaavat  
puoliksi valtio ja puoliksi vakuutetut. Vakuutettu-  
jen osuus rahoitetaan sairaanhoitomaksulla, joka  
on pakollinen veroluonteinen maksu. Vakuutetut  
(palkansaaajat, yrittäjät ja etuudensaaajat) maksavat  
ansiotuloistaan sairaanhoitomaksua, joka vuonna  
2014 oli 1,32 prosenttia kunnallisverotuksessa ve-  
rotettavista ansiotuloista ja 1,49 prosenttia vero-  
tettavista eläke- ja etuustuloista (VNa 808/2013).  
Valtio rahoittaa kuitenkin yksin sairaanhoidon  
korvaukset muihin EU-maihin.

Suomen terveydenhuollon rahoitukseen osallistu-  
vat kunnat, valtio, Kela, työnantajat sekä asia-  
kasmaksujen ja omavastuiden kautta kotitaloudet.  
Pienillä osuuksilla rahoitukseen osallistuvat myös  
yksityiset vakuutusyhtiöt, Asumisen rahoitus- ja  
kehittämiskeskus sekä Raha-automaattiyhdistys.  
Kelan osuus terveydenhuollon rahoituksesta oli  
14,5 prosenttia vuonna 2012 (THL 2014). Suomen  
terveydenhuollon rahoituksen monikanavaisuu-  
den on sanottu aiheuttavan monenlaisia ongelmia  
– esimerkiksi epätarkoituksenmukaista palvelui-  
den käyttöä, julkisen sektorin työvoimapolua, eri  
rahoittajatahojen osaoptimointia sekä ei-toivottuja  
taloudellisia kannustimia – ja sen on todettu ylläpi-  
tävän väestöryhmien ja alueiden välisiä terveyseroja  
(Pekurinen ym. 2011; Valtiontalouden tarkastusvi-  
rasto 2011). Erityisesti lääkkeiden ja matkojen osal-  
ta kustannusvastuun siirtoa ja osaoptimointia on  
todettu tapahtuvan silloin, kun hoitokokonaisuutta  
rahoitetaan sekä julkisesta terveydenhuollosta että  
sairausvakuutuksesta. Monikanavainen rahoitus-  
järjestelmä voi kannustaa kuntia siirtämään esi-  
merkiksi lääkekustannuksia sairausvakuutuksen  
maksettaviksi. Matkakorvausten osalta ongelmana  
pidetään muun muassa sitä, että kuntien ei tarvitse  
huolehtia palveluiden helposta tavoitettavuudesta,  
kun sairausvakuutus korvaa potilaan matkakulut.  
Esimerkiksi julkisten terveystalveluiden keskittä-  
misen seurauksena kasvaneet matkakustannukset  
tulevat sairausvakuutuksen, eivät kunnan, kustan-  
nettaviksi. (STM 2013a.)

Sairaanhoitokorvauksia kohtaan on viime vuosina esitetty paljon kritiikkiä, joka on kuitenkin kohdistunut pääasiassa yksityisen hoidon korvauksiin. Koska korvausasteet ovat jääneet jälkeen kustannusten noususta, korvausten katsotaan nykyisellään eriarvoistavan väestöä ja hyödyttävän lähinnä suurituloisia, joilla on varaa maksaa yksityispalveluiden käytöstä perittävät suuret omavastuuosuudet (Pekurinen ym. 2011; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011). Tähän perustuen onkin ehdotettu sairaanhoitokorvausten poistamista ja vastaavan summan siirtämistä julkiseen perusterveydenhuoltoon (Pekurinen ym. 2011). Toisaalta yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten säilyttämistä on puolustettu – ja jopa esitetty korvaustaksojen korottamista – vedoten siihen, että sairausvakuutus vähentää julkisiin palveluihin kohdistuvaa kysyntää ja se on lisäksi edullinen tapa rahoittaa palveluita, sillä maksukykyiset potilaat maksavat kustannukset pääosin itse (STM 2013a). Tällöin kritiikin kohteena ovat olleet pienet, kustannustasosta jälkeenjääneet korvaustaksat. Korvausten korottamista on perusteltu sillä, että pienituloisimmillekin pitäisi tarjota tosiasiallinen mahdollisuus käyttää yksityissektorin palveluita (STM 2013a).

Aina ei ole ilmaistu selkeästi, onko kritiikki kohdistettu itse yksityisen hoidon sairaanhoitokorvauksiin eli siihen, että verovaroin tuetaan yksityispalveluiden käyttöä, vai siihen, että maksukykyisillä henkilöillä on joka tapauksessa muita parempi mahdollisuus valita yksityislääkäri ja siten ohittaa kunnallisen järjestelmän hoitojonot (Pekurinen ym. 2011). Toistaiseksi ei ole arvioita siitä, kuinka moni yksityissektorin palveluita käyttävistä siirtyisi julkisen sektorin asiakkaiksi, jos sairaanhoitokorvaukset kokonaan poistettaisiin (STM 2013a). Ainakaan parinkymmenen vuoden seurannassa ei näytä siltä, että korvauksia saaneiden osuus väestöstä olisi reagoinut korvausasteen selvään laskuun (ks. luku 1.2). Toisaalta korvauksilla lienee suuri merkitys yksityispalveluiden käytön mahdollistajina nimenomaan pienituloisille – suurituloisten palvelujenkäyttöön korvauksilla lienee vähäisempi merkitys. Vaikka yksityisen terveydenhuollon korvaukset lakkautettaisiin, eriarvoisuus palveluiden käytössä todennäköisesti säilyisi, sillä varakkaat käyttäisivät oletettavasti joka tapauksessa yksityispalveluita (STM 2013a). Lisäksi yksityiset sairauskuluvakuutukset todennäköisesti lisääntyisivät, jolloin polarisaatio terveyskeskusjärjestelmää käyttävien pienituloisten ja yksityisiä palveluita käyttävien suurituloisten välillä saattaisi entisestään kasvaa (Pekurinen ym. 2011; STM 2013a). Jos keskiluokka ei itse hyödy rahoittamistaan palveluis-

ta, seurauksena voi lisäksi olla julkisen järjestelmän kannatuksen ja mahdollisesti laadunkin rapautuminen (Goodin ja Le Grand 1987).

## 1.2 Sairaanhoitokorvausten saajat ja kustannukset 1990–2013

Vuonna 2013 sairaanhoitokorvauksia (Kela-korvauksia) maksettiin 1,8 miljardia euroa 4,2 miljoonalle henkilölle 3,2 miljardin euron kustannuksista (taulukko 1, s. 7). Valtaosa, noin 70 prosenttia, korvauskuluista oli lääkekorvauksia (1,3 miljardia euroa). Maksettujen korvausten summa on reaalisesti eli inflaatiokorjattuna puolitoistakertaistunut 1990-luvun alusta. Kasvu on ollut suhteellisesti suurinta yksityisen hammashoidon korvauksissa sekä matka- ja lääkekorvauksissa, absoluuttisesti suurinta lääkekorvauksissa. Korvausten kasvua selittää muun muassa etuusjärjestelmän laajeneminen: esimerkiksi kasvu yksityisen hammashoidon korvauksissa 2000-luvun alussa johtuu pääasiassa siitä, että vasta vuoden 2002 joulukuusta lähtien koko väestö on ollut sairausvakuutuksen hammashuollon piirissä. Yksityislääkärin palkkioista tai yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta maksettuihin korvauksiin kuluva summa on reaalisesti pysytellyt suhteellisen samalla tasolla viimeiset parikymmentä vuotta.

Vielä 1990-luvulla sairaanhoitokorvauksia saaneiden osuus Suomen koko väestöstä oli 70 prosentin tuntumassa, mutta vuoteen 2013 mennessä vähintään kerran jotakin korvausta saaneiden osuus väestöstä oli noussut 77 prosenttiin. Suuri väestöosuus johtuu pitkälti lääkekorvauksista: väestöstä yli kaksi kolmannelle sai vuoden aikana vähintään kerran Kela-korvausta lääkeostoista. Erityisesti lääkekorvauksia saaneiden, hammashoidon korvauksia saaneiden sekä tutkimuksesta ja hoidosta korvauksia saaneiden väestöosuus on selvästi kasvanut viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Yksityislääkärin palkkioista ja matkoista korvauksia saaneiden osuudet ovat pysyneet melko vakaina.

Kaikkia sairaanhoitokorvauksia yhteensä tarkasteltaessa keskimääräinen korvausaste (maksettujen korvausten osuus kaikista asiakkaille koituneista kustannuksista) on pysynyt varsin tasaisesti 57–60 prosentin tuntumassa 1990-luvulta lähtien. Keskiarvot kuitenkin kätkevät taakseen eri etuuslajien erisuuntaisia kehityskulkuja (taulukko 1). Lääkekorvauksissa ja matkakorvauksissa korvausaste on 1990–2013 kasvanut: lääkkeissä 63 prosentista 70 prosenttiin, matkoissa 82 prosentista 88 prosenttiin.



**Taulukko 1.** Kelan maksamat sairaanhoitokorvaukset (2013 rahassa) ja korvausten saajat 1990–2013<sup>a</sup>.

	1990	1995	2000	2005	2010	2013
<b>Kaikki sairaanhoitokorvaukset</b>						
Maksetut korvaukset, milj. euroa	724,4	894,1	1 189,2	1 720,1	1 880,7	1 830,5
Korvausten perusteena olevat kustannukset, milj. euroa	1 267,8	1 558,1	2 042,9	2 891,6	3 108,7	3 166,6
Korvausaste (%)	57,1	57,4	58,2	59,5	60,5	57,8
Korvauksen saajia	3 578 159	3 554 594	3 702 695	3 783 171	4 170 379	4 213 603
Osuus väestöstä (%)	71,6	69,5	71,4	72,0	77,6	77,3
<b>Lääkkeet ja vastaavat valmisteet</b>						
Maksetut korvaukset, milj. euroa	466,7	619,1	853,5	1 277,3	1 322,9	1 273,0
Korvausten perusteena olevat kustannukset, milj. euroa	737,3	1 032,3	1 383,0	1 896,6	1 855,7	1 811,3
Korvausaste (%)	63,3	60,0	61,7	67,3	71,3	70,3
Korvauksen saajia	3 253 402	3 217 323	3 321 990	3 261 540	3 801 158	3 829 177
Osuus väestöstä (%)	65,1	62,9	64,1	62,1	70,7	70,2
<b>Yksityislääkärin palkkiot</b>						
Maksetut korvaukset, milj. euroa	73,3	68,7	75,4	74,1	79,2	73,4
Korvausten perusteena olevat kustannukset, milj. euroa	195,7	180,7	208,5	257,1	323,7	338,9
Korvausaste (%)	37,5	38,0	36,2	28,8	24,5	21,7
Korvauksen saajia	1 481 176	1 301 600	1 393 707	1 491 371	1 603 527	1 608 923
Osuus väestöstä (%)	29,6	25,4	26,9	28,4	29,8	29,5
<b>Yksityinen hammashoito</b>						
Maksetut korvaukset, milj. euroa	22,5	38,6	52,0	108,5	130,1	125,6
Korvausten perusteena olevat kustannukset, milj. euroa	39,4	72,6	115,3	311,6	363,8	391,2
Korvausaste (%)	57,1	53,1	45,1	34,8	35,8	32,1
Korvauksen saajia	166 541	268 523	469 707	1 016 408	1 039 166	1 090 606
Osuus väestöstä (%)	3,3	5,2	9,1	19,3	19,3	20,0
<b>Yksityinen tutkimus ja hoito</b>						
Maksetut korvaukset, milj. euroa	75,2	60,6	72,7	65,9	78,0	64,4
Korvausten perusteena olevat kustannukset, milj. euroa	189,6	146,0	179,7	204,9	265,6	292,5
Korvausaste (%)	39,7	41,5	40,5	32,1	29,4	22,0
Korvauksen saajia	845 239	633 879	739 493	849 265	1 064 566	1 182 474
Osuus väestöstä (%)	16,9	12,4	14,3	16,2	19,8	21,7
<b>Matkat</b>						
Maksetut korvaukset, milj. euroa	86,6	107,1	135,5	194,3	270,6	294,0
Korvausten perusteena olevat kustannukset, milj. euroa	105,8	126,4	156,5	221,5	300,0	332,8
Korvausaste (%)	81,8	84,8	86,6	87,7	90,2	88,4
Korvauksen saajia	614 538	520 609	572 863	623 940	669 406	673 752
Osuus väestöstä (%)	12,3	10,2	11,0	11,9	12,5	12,4

<sup>a</sup> Tilastointikäytännön mukaisesti luvut eivät sisällä rintamaveteraanien erityismatkakorvauksia.

Lähde: Kelan tilastot (Kela 2014d).

Sen sijaan yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioista sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta maksettujen korvausten korvausaste on lähes puolittunut vuodesta 1990. Yksityislääkärin palkkioista ja tutkimuksesta ja hoidosta maksettavat korvaukset kattavat nykyisin vain reilun viidenneksen kuluista, yksityisestä hammashoidosta kolmanneksen.

### 1.3 Sosioekonomiset terveyserot ja epätasa-arvo terveystalouden saatavuudessa

Sosioekonomisilla terveyseroilla tarkoitetaan yleensä koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen perusteella muodostuvien sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa (esim. Marmot 2006; Lahelma ym. 2007). Useissa tutkimuksissa sekä Suomessa että muissa maissa on havaittu, että korkeasti koulutetut, ylemmässä toimihenkilöasemassa olevat ja hyvätuloiset ovat terveempiä ja toimintakykyisempiä ja elävät pidempään kuin vähän koulutetut, työntekijäammateissa toimivat ja pienituloiset (Martikainen ym. 2001; Mackenbach ym. 2003; Kunst ym. 2005; Koskinen ym. 2007; Martelin ym. 2007; Rahkonen ym. 2007; Valkonen ym. 2007a ja 2007b; Mackenbach ym. 2008; Tarkiainen ym. 2011 ja 2012).

Sosioekonomiset kuolleisuuserot ovat sekä Suomea että muita maita koskevien tutkimusten mukaan yleensä suuremmat miehillä kuin naisilla, ja erot näyttävät erityisen suurilta silloin, kun mittarina käytetään suhteellisten erojen sijaan absoluuttisia eroja eri ryhmien välillä (Mackenbach ym. 2003 ja 2008; Mustard ja Etches 2003; Tarkiainen ym. 2012). Esimerkiksi vuonna 2007 alimmassa tuloviidenneksessä olevien 35-vuotiaiden miesten jäljellä olevan elinajanodote oli 12,5 vuotta lyhyempi kuin ylimmässä tuloviidenneksessä olevien miesten: 35-vuotias suurituloisimmassa viidenneksessä oleva mies saattoi odottaa elävänsä 82-vuotiaaksi mutta pienituloisimmassa viidenneksessä oleva vain noin 70-vuotiaaksi (Tarkiainen ym. 2011 ja 2012). Naisilla elinajanodotteiden ero pienituloisimpien ja suurituloisimpien välillä oli 6,8 vuotta. Tuloryhmien väliset erot olivat vuoteen 2007 tultaessa entisestään kärjistyneet: vuodesta 1988 ero oli kasvanut miehillä noin viidellä ja naisilla noin kolmella vuodella. (Tarkiainen ym. 2011 ja 2012.) Itse arvioidun terveyden mittaria käytettäessä sen sijaan sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen on havaittu naisilla ja miehillä olevan melko

samansuuruisia tai joissakin maissa naisilla jopa suurempia kuin miehillä (Kunst ym. 2005; Mackenbach ym. 2008).

Terveydentilan ja kuolleisuuden sosioekonomisten erojen on todettu Suomessa olevan varsin suuret etenkin moniin Länsi- ja Keski-Euroopan maihin verrattuna sekä miehillä että naisilla niin työikäisissä kuin vanhemmissakin ikäryhmissä (Mackenbach ym. 2003 ja 2008; Huisman ym. 2004; Kunst ym. 2005; OECD 2013). Yksi keskeinen syy tähän on suomalaisten verrattain suuri eriarvoisuus verenkierroelinten sairauksiin liittyvässä kuolleisuudessa, ja myös alkoholiin ja tupakointiin liittyvät kuolemat jakautuvat hyvin epätasaisesti väestöryhmien välillä (Mackenbach ym. 2008; Tarkiainen ym. 2012). Yleisemminkin terveystalouden erot väestöryhmien välillä vaikuttavat keskeisesti terveyseroihin. Terveystalouden eroihin puolestaan ovat yhteydessä muun muassa eri väestöryhmissä vallitsevat kulttuuriset tekijät, perinteet, arvot ja asenteet (Lahelma ym. 2007). Lisäksi terveyseroihin vaikuttavat ainakin erot taloudellisissa olosuhteissa, asumisessa, työoloissa sekä psykososiaalisissa elinolosuhteissa (Lahelma ym. 2007; Blomgren ja Hiilamo 2012). Kuitenkin näidenkin viime kädessä terveyteen vaikuttavien syiden takaa löytyy myös laajempia rakenteellisia eriarvoistavia tekijöitä, jotka ovat yhteydessä eri väestöryhmien elinoloihin, mahdollisuuksiin noudattaa terveyttä edistäviä elintapoja sekä alttiuteen käyttää terveydenhoitopalveluita. Tällaisia rakennetekijöitä ovat muun muassa yhteiskunnan sosiaaliset ja poliittiset olot, tulonjaon ja mahdollisuuksien epätasa-arvo, epäedulliset psykososiaaliset olosuhteet sekä terveystalouden piiriin pääsyn helppous (Mackenbach ym. 2003; Lahelma 2007; Marmot ja Allen 2014).

Sosioekonomisten ryhmien välillä havaittavien terveyserojen yhdeksi selitykseksi on tarjottu myös valikoitumista: ne, joiden terveys on heikko, jäävät muita todennäköisemmin vaille koulutusta ja päätyvät heikkoon yhteiskunnalliseen asemaan (esim. Lahelma ym. 2007). Valikoitumisen mahdollisesti aiheuttama harha pyritäänkin tutkimuksissa ottamaan huomioon monipuolisilla muuttujavaliokimilla, jolloin voidaan vakioda sekä terveyteen että sosioekonomiseen asemaan yhteydessä olevia tekijöitä.

Terveystalouden piiriin pääsyn epätasa-arvoisuuden on todettu olevan yksi terveyseroja kärjistävä tekijä, joskin tutkimusta aiheesta on toistaiseksi vähän eikä ole pystytty selvittämään, kuinka suuri osa suomalaisten terveyseroista johtuu siitä, että huo-

nommassa asemassa olevat ryhmät käyttävät muita vähemmän terveyspalveluita. Ei myöskään tarkkaan tiedetä, millaisten prosessien kautta vaikutus mahdollisesti kulkee. (Lahelma ym. 2007; Blomgren ja Hiilamo 2012.) Tiedetään kuitenkin, että terveyspalveluiden käyttö vaihtelee selvästi sosioekonomisen aseman mukaan: heikommassa sosioekonomisessa asemassa olevat käyttävät keskimäärin vähemmän terveyspalveluja ja hyötyvät niistä vähemmän kuin korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat. Tutkimusten mukaan eroja palvelujen käytössä löytyy muun muassa terveystarkastuksiin osallistumisessa, ennalta ehkäisevien palveluiden käytössä, lääkäriissäkäynneissä ja kirurgisissa hoidoissa (Häkkinen ja Alha 2006; Koponen ja Alha 2006; Manderbacka ym. 2007; Teperi ja Keskimäki 2007; Keskimäki ym. 2008). On todettu, että mitä enemmän markkinamekanismi vaikuttaa palvelujen tarjontaan, sitä suurempia ovat sosioekonomiset erot terveyspalvelujen käytössä – esimerkiksi hammashoitoon osallistumisen erot ovat Suomessa suuret, koska yksityissektorilla on hammashoidon järjestämisessä suuri painoarvo (Lahelma ym. 2007).

Väestöryhmien väliset erot palveluiden käytössä näyttävät erityisen kärjistyneiltä, kun huomioidaan se, että huono-osaiset yleensä sairastavat enemmän kuin hyväosaiset ja heidän palvelutarpeensa on näin ollen keskimäärin suurempi. Palvelujen tarpeen huomioivana mittarina on usein käytetty ns. horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksiä, jossa palvelujen käyttö on suhteutettu terveydentilan avulla mitattuun oletettuun palvelutarpeeseen (esim. van Doorslaer ym. 2004; Manderbacka ym. 2007). Suurituloiset käyvät Suomessa palvelutarpeeseensa suhteutettuna lääkäriissä useammin kuin pienituloiset. OECD:n 21 maan vertailussa 2000-luvun alussa havaittiin, että kun tarve otettiin huomioon, Suomi kuului suurituloisia suosivimpien maiden joukkoon vertailtaessa lääkäriissäkäynnin useutta tulojen mukaan (van Doorslaer ym. 2004). 2000-luvun ensikymmenen loppua koskevan tuoreemman, 18 maata kattavan tutkimuksen mukaan Suomi kuului edelleen eriarvoisimpien maiden ryhmään (Devaux ja de Looper 2012). Ilmiössä on kuitenkin selviä sektorikohtaisia eroja: pienituloiset käyvät terveyskeskuslääkäriissä suurituloisia useammin; suurituloiset puolestaan käyvät pienituloisia useammin yksityislääkäriissä ja työterveyslääkäriissä. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit sen sijaan ovat jakautuneet tuloryhmittäin tasaisesti (Häkkinen ja Alha 2006; Manderbacka ym. 2007).

Lääkäripalveluiden käytön väestöryhmäerojen on osittain todettu liittyvän Suomen terveyden-

huoltojärjestelmän sektoroitumiseen terveyskeskuspalveluihin, työterveyshuoltoon ja yksityislääkäripalveluihin (Teperi ym. 2009; OECD 2012). Terveyskeskuspalvelut ovat kaikkien käytettävissä, mutta jonotusajat voivat olla pitkiä ja lääkäriissäkäynnistä peritään yleensä maksu – joskin maksu on pienekö ja joissakin kunnissa sitä ei peritä lainkaan. Työssä käyvät sen sijaan voivat käyttää nopeasti saatavilla olevia työterveyshuollon palveluita, joihin useimmilla käyttäjillä liittyy myös maksuton sairaanhoito. Lisäksi kukin voi ostaa haluamiaan lääkäripalveluita suoraan yksityiseltä sektorilta, jos on varaa ja halukkuutta maksaa suuret omavastuuosuudet. Lääkäripalveluiden saatavuus ja hinta ovat siten perustavanlaatuisesti erilaisia eri väestöryhmille. Siinä missä hyvätuloinen työssä käyvä pääsee nopeasti ja ilmaiseksi työterveyshuollon palveluihin ja voi halutessaan käyttää kahta muutakin sektoria, työtön pienituloisen on hitaammin saatavien ja yleensä maksullisten terveyskeskuspalveluiden varassa. Tietoa ei kuitenkaan ole siitä, missä määrin palvelujärjestelmän monikanavaisuus vaikuttaa terveyseroihin.

#### *1.4 Aiempia tutkimuksia sairaanhoitokorvausten jakautumisesta tulojen mukaan*

Vaikka terveyspalveluiden käytön epätasaisesta jakautumisesta eri väestöryhmissä tiedetään jo suhteellisen paljon, suomalaisen universaaliin terveyspalvelujärjestelmään keskeisesti kuuluvien sairaanhoitokorvausten käytön sosioekonomisesta jakautumisesta ei ole kovin paljon tutkimusta. Sairaanhoitokorvausten saamista ja kustannuksia kyllä tilastoidaan väestön iän, sukupuolen ja asuinpaikan mukaan, mutta lisää tietoa kaivataan erityisesti korvausten jakautumisesta väestön sosioekonomisen aseman mukaan. Korvausten kohdentuminen eri väestöryhmille on merkittävää kansalaisten tasarvoisen kohtelun näkökulmasta. Joitakin aiempia, joskin pintapuoliseksi jääneitä tarkasteluja on kuitenkin tehty, ja niiden perusteella näyttää selvältä, että sekä sairaanhoitokorvausten saaminen että maksettujen korvausten määrä ovat yleensä yhteydessä henkilön tulotasoon. Yhteys on kuitenkin erilainen eri etuuslajeissa.

Lääkekorvausta saaneiden osuuksista ja korvausten jakautumisesta tuloryhmittäin ei ole juurikaan tuoretta julkaistua tietoa. Aihepiiristä on tietoa reseptilääkkeiden käytön näkökulmasta. 1990-luvun puolivälin väestötutkimuksen mukaan itse ilmoitettu reseptilääkkeiden käyttö ei vaihdellut tuloluokit-

tain (Arinen ym. 1998). Myöskään Terveys 2000 -tutkimuksessa reseptilääkkeitä käyttävien osuus ei miehillä vaihdellut tuloryhmittäin; naisista sen sijaan reseptilääkkeitä käytti sitä harvempi, mitä suurituloisemmista oli kyse (Klaukka 2006). Tilastokeskuksen tulojaon palveluaineistosta tehtyjen laskelmien perusteella lääkekorvaukset jakautuivat euromääräisesti varsin tasaisesti väestössä vuonna 2010 (Mikkola ym. 2012b). Yhtä indeksilukua tarkempaa tietoa ei kuitenkaan edellä mainitussa Mikkolan ym. (2012b) katsauksessa esitetty. Lääkekorvausten jakautumista on tarkasteltu myös maksettujen omavastuiden kautta. Tulojaon palveluaineiston mukaan lääkekorvauksia saaneiden maksamat omavastuut vaihtelivat vuonna 2005 jonkin verran ekvivalenttitulojen perusteella määriteltujen tulokymmenysten välillä. Yhteys oli kuitenkin epä johdonmukainen niin, että omavastuita maksoivat keskimäärin vähiten keskituloiset sekä aivan pienituloisimmat ja eniten yhtäältä toiseksi pienituloisimmassa kymmenyksessä olevat ja toisaalta suurituloisimmat. (Martikainen ym. 2008.) On huomioitava, että edellä mainitussa selvityksessä tarkasteltiin vain niitä, jotka ylipäätään olivat saaneet lääkekorvauksia, eikä sen perusteella voida tehdä päätelmiä lääkekorvausten saamisen jakautumisesta koko väestössä. Ylipäätään tietoa sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden käytön ja korvausten jakautumisesta on varsin vähän, eikä esimerkiksi tuoretta tietoa korvauksia saaneiden osuuksista tuloryhmittäin ole ollut saatavilla.

Yksityislääkärin palkkioista tutkimusta on enemmän, ja havaittu yhteys on odotettu ja johdonmukainen: mitä suuremmat ovat tulot, sitä todennäköisemmin saadaan korvauksia yksityissektorin lääkäripalveluista (Klaukka ja Maljanen 2001; Virta ja Toikka 2007; Haataja ym. 2008; Mikkola ym. 2012a; Blomgren ja Virta 2014). Tulonjakoaineistoon perustuvissa tutkimuksissa on lisäksi havaittu, että tulokymmenysten väliset erot korvausten saamisessa yksityislääkäripalveluiden perusteella jyrkentyivät 1990-luvun alusta 2000-luvun puoliväliin (Haataja ym. 2008; Mikkola ym. 2012a). Kuitenkin horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä tarkasteltuna – jolloin mitataan palvelujen jakautumista tuloluokittain, kun käyttö suhteutetaan palveluiden tarpeeseen – epätasa-arvoisuus yksityislääkärissäkäynneissä näytti jonkin verran kaventuneen 1980-luvun lopusta 2000-luvun alkuun (Manderbacka ym. 2007). 2000-luvulla lyhyemmässä seurannassa tuloryhmien erot eivät muuttuneet (Blomgren ja Virta 2014).

Yksityisen hammashoidon palkkioista maksetuista korvauksista on sekä tulonjakoaineistoon että verotettavien tulojen rekisteriaineistoon pohjautuvien tarkastelujen perusteella myös tiedossa, että korvaukset jakautuvat epätasaisesti tuloryhmittäin (Mikkola ym. 2012b; Jauhiainen ym. 2013). Lisäksi konsentraatioindeksejä vertailemalla on päätelty, että hammashoidon korvaukset näyttävät jakautuvan muita sairaanhoitokorvauksia keskimäärin epätasaisemmin väestössä, ja korvaukset ovat keskittyneet 2000-luvulla yhä vahvemmin suurituloisille (Mikkola ym. 2012b). Vastaavasti yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvaukset keskittyvät selvästi suurituloisimmille, ja tämän etuuslajin korvaukset ovat ainakin aikavälillä 1990–2010 olleet sairaanhoitokorvauksista vielä hammashoidon korvauksiakin vahvemmin yhteydessä tuloihin koko jakauman summaavia konsentraatioindeksejä tarkasteltaessa (Mikkola ym. 2012b). Tarkempaa tietoa yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvausten jakautumisesta taikka korvausta saaneiden osuuksista tuloluokittain ei kuitenkaan ole käytettävissä.

Myöskään matkakorvausten jakautumisesta tuloryhmän mukaan ei ole juuri lainkaan tutkimusta. Korvauksia tiedetään kuitenkin saatavan enemmän pieni- kuin suurituloisten ryhmissä (Palta 2008; Mikkola ym. 2012b). Matkakorvaukset ovat sairaanhoitokorvauksista ainoa etuuslaji, joka näyttää aiempien tarkastelujen perusteella olevan enemmän pienituloisten kuin suurituloisten etuus.

Yhteenvedon voidaan todeta, että jonkin verran kiinnostusta sairaanhoitokorvausten sosioekonomisen jakautumisen selvittämiseen on ollut, mutta olemassa oleva tieto on vielä varsin vähäistä ja pintapuolista. Kaikista etuuslajeista ei ole ollut käytettävissä eriteltyä tietoa korvauksensaajien ja maksettujen korvausten eikä etenkin potilaiden itse maksamien omavastuusummien väestöryhmittäisestä jakautumisesta, ja esimerkiksi korvauksia saaneiden tuloryhmittäisiä osuuksia naisilla ja miehillä ja/tai ikäryhmittäin ei ole ollut saatavilla. Aiempaa tutkimusta yleiskuvaa tarkemmin eriteltynä on olemassa ainoastaan lääkärinpalkkioista maksettujen korvausten osalta. Tarvetta on tutkimukselle, jossa eri etuuslajeja tarkastellaan systemaattisesti samaan tapaan ja tulokset esitetään väestöryhmittäin. Tietojen avulla voidaan arvioida yhtäältä sitä, mitä sairaanhoitokorvausten jakautuminen kertoo väestöryhmien välisistä terveyseroista ja yksityissektorin terveystalouden käytöstä, sekä toisaalta sitä, kuinka yhdenvertaisesti korvaukset jakautuvat eri ryhmille.

## 1.5 Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten sairaanhoitokorvausten saaminen sekä korvaus- ja omavastuussummat jakautuvat väestössä henkilökohtaisten veronalaisen vuositulojen mukaan työikäisillä ja eläkeikäisillä miehillä ja naisilla. Tutkimusta tehtäessä aineistoa oli tarvittavassa laajuudessa käytettävissä vuosilta 2006–2011. Valtaosa tarkasteluista keskittyy vuoteen 2011, mutta myös muutosta vuodesta 2006 vuoteen 2011 tarkastellaan, jotta saadaan yleiskuva siitä, onko korvausta saavien osuudessa tapahtumassa muutoksia, sekä siitä, miten tuolla aikavälillä tehdyt muutokset järjestelmässä ovat heijastuneet korvausten saamiseen ja ovatko muutokset olleet erilaisia eri tuloryhmissä. Aiempi tietämys sairaanhoitokorvausten jakautumisesta on epäsystemaattista, ja tässä raportissa esitetäänkin kaikkien sairaanhoitokorvausten etuuslajien osalta samantyyppiset tarkastelut. Tällöin voidaan vertailla eri korvauslajien merkitystä eri väestöryhmissä ja saadaan kattava kokonaiskuva sairaanhoitokorvausten jakautumisesta väestössä. Samalla voidaan arvioida, mitä kunkin korvauslajin jakautuminen väestössä kertoo sosioekonomisista terveyseroista Suomen aikuisväestössä. Tutkimus täydentää siten tietotarvetta aiheesta, josta on vain vähän aiempaa tutkimustietoa.

Kunkin etuuslajin osalta pyritään vastaamaan seuraaviin kysymyksiin:

1. Kuinka suuri osuus väestöstä sai kunkin etuuslajin sairaanhoitokorvauksia koko 25 vuotta täyttäneessä väestössä sekä erikseen työikäisiä ja eläkeikäisiä miehiä ja naisia tuloryhmittäin tarkasteltaessa? Mikä oli keskimääräinen korvauskertojen lukumäärä eri tuloryhmissä vuoden aikana?
2. Kuinka korvaussummat jakautuivat tuloryhmittäin ja kuinka suuret olivat keskimääräiset euromääräiset vuosittaiset korvaussummat ja omavastuussummat kussakin tuloryhmissä?
3. Kuinka paljon tulojen ja sairaanhoitokorvausten saamisen yhteys muuttui aikavälillä 2006–2011?

## 2 Aineisto ja menetelmät

Jenni Blomgren

### 2.1 Tutkimuksessa käytetyt rekisteriaineistot

Tutkimuksen aineistona käytettiin Kelassa muodostettua, vuosia 2006–2011 koskevaa rekisteriaineis-

toa, jota varten yhdistettiin Suomen aikuisväestölle yksilötason väestötiedot, tiedot Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista sekä verottajan tiedot henkilöiden vuosittaisista veronalaisista tuloista. Aineisto kattaa lähes koko Suomen väestön vuosilta 2006–2011. Kutakin vuotta tarkasteltiin analyysissa erikseen. Koska aineiston tulotiedot ovat vuosituloja, luettiin tutkimusväestöön vain ne henkilöt, joille löytyi kotikuntatieto Suomessa sekä tarkasteltavan vuoden lopussa että edellisen vuoden lopussa, jolloin oletuksena oli, että nämä henkilöt kuuluivat väestöön koko vuoden ajan. Vuoden aikana maasta muuttaneet, maahan tulleet tai kuolleet eivät siten kuulu tutkimusväestöön. Koska aineisto rajattiin koko vuoden maassa asuneisiin, raportin luvut sairaanhoitokorvausten saamisesta eivät täydellisesti täsmää julkaistujen tilastotietojen kanssa.

Lisärajaus tehtiin iän mukaan. Analyyseihin otettiin mukaan ne henkilöt, jotka olivat kunkin tarkasteltavan vuoden lopussa 25 vuotta täyttäneitä tai vanhempia, jotta heidät pystyttiin luokittelemaan tuloryhmiin henkilökohtaisten veronalaisen tulojensa perusteella. Tätä nuoremmat rajattiin aineiston ulkopuolelle<sup>1</sup>, sillä henkilökohtaisten tulojen ei voida tavallisesti katsoa olevan nuorilla luotettava taloudellisen tilanteen mittari. Alle 25-vuotiaista huomattavan suuri osa elää vielä ainakin osittain vanhempiansa tulojen varassa.

Aineistossa oli näillä rajauksilla vuosittain 2006–2011 noin 3,7–3,8 miljoonaa henkilöä. Aineiston jakaumat taustatekijöiden mukaan vuosilta 2006 ja 2011 ovat taulukossa 2 (s. 12).

Tarkastelut tehtiin koko 25 vuotta täyttäneelle väestölle sekä erikseen neljässä iän ja sukupuolen mukaisessa ryhmässä: työikäiset (25–64-vuotiaat) ja eläkeikäiset (65 vuotta täyttäneet) miehet ja naiset. Tutkittavat ryhmiteltiin veronalaisen tulojensa perusteella tuloryhmiin, jotka muodostettiin joka vuodelle erikseen kaikkien 25 vuotta täyttäneiden henkilöiden tuloviidennesten (kvintiilien) perusteella. Erillisiä ikä- ja sukupuoliryhmiä tarkasteltaessa käytettiin aina samoja vuosikohtaisia koko väestöstä laskettuja euromääräisiä tulo-erittelemään tuloryhmiä, koska niiden haluttiin ilmaisevan ostovoimaa samalla tavoin kaikissa analyysissa riippumatta siitä, mitä ikä- tai sukupuoliryhmää tarkasteltiin. Tuloviidennesten euromääräiset katkaisupisteet vuosilta 2006–2011 on koottu liitetäulukon 1. On huomattava, että veronalai-

<sup>1</sup> Vuonna 2011 sairaanhoitokorvauksista kahdeksan prosenttia maksettiin alle 25-vuotiaille.

**Taulukko 2.** Aineiston jakaumat vuosina 2006 ja 2011. Koko vuoden maassa asunut 25 vuotta täyttänyt väestö.

	25–64-vuotiaat				65 täyttäneet				Kaikki	
	Naiset		Miehet		Naiset		Miehet			
	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011	2006	2011
Ikä, mediaani (v)	46	46	45	46	75	74	72	72	51	52
Vuositulot, mediaani (€)	21 907	26 198	27 911	32 235	11 633	14 661	15 974	19 858	21 235	24 963
Tuloryhmä (%)										
I	18,5	18,8	15,5	17,0	37,6	33,2	18,5	16,2	20,0	20,0
II	17,3	16,1	11,2	10,9	40,2	41,4	36,8	35,8	20,0	20,0
III	25,9	24,9	15,5	15,6	14,3	16,1	23,3	23,9	20,0	20,0
IV	23,7	24,1	24,0	23,7	5,0	5,9	11,1	12,4	20,0	20,0
V	14,7	16,1	33,8	32,8	2,9	3,4	10,3	11,6	20,0	20,0
Suuralue (%)										
Helsinki- Uusimaa	30,2	30,9	28,6	29,4	22,0	23,5	20,9	22,4	27,6	28,3
Muu Etelä- Suomi	21,6	21,3	21,6	21,3	24,4	24,1	23,9	23,9	22,2	22,0
Länsi- Suomi	24,5	24,4	25,0	25,0	27,4	26,9	27,7	27,1	25,4	25,3
Pohjois- ja Itä-Suomi	23,2	22,9	24,3	23,9	25,6	24,9	26,9	26,0	24,3	23,9
Ahvenan- maa	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,5
Kuntatyyppi (%)										
Kaupunki- mainen kunta	63,1	70,0	60,8	68,2	56,3	63,3	52,2	60,1	60,2	67,3
Taajaan asuttu kunta	14,0	15,1	14,4	15,6	14,2	16,9	15,1	17,9	14,3	15,9
Maaseutu- mainen kunta	22,9	14,9	24,8	16,2	29,5	19,8	32,8	22,0	25,5	16,9
N	1 410 061	1 416 527	1 433 259	1 441 989	517 373	567 592	351 034	411 312	3 711 727	3 837 420

siin tuloihin sisältyvät ansiotulot, pääomatulot sekä veronalaiset tulonsiirrot mutta eivät kuitenkaan verottomat sosiaaliavustukset, kuten toimeentulotuki, asumistuet ja lapsilisä, eivätkä myöskään verottomat apurahat ja päivärahat.

Verotettavat tulot eivät aivan täydellisesti kuvaan henkilön kulutusmahdollisuuksia, sillä esimerkiksi verottomat tulonsiirrot voivat muodostaa valtaosan henkilön toimeentulosta, ja toisaalta verotus tasaa kulutusmahdollisuuksien eroja eri tuloluokkien välillä. Lisäksi kotitalouden muiden henkilöiden tuloja ei tässä aineistossa ole voitu huomioida. Jotta

saataisiin käsitys siitä, antaako henkilökohtaisten verotettavien tulojen käyttö oikean kuvan tulotason ja sairaanhoitokorvausten saamisen välisestä yhteydestä, tuloksia verrataan luvussa 9 Tilastokeskuksen tulojaon palveluaineistosta laskettuihin lukuihin, jotka perustuvat kotitalouden käytettävissä oleviin tuloihin, jotka on suhteutettu kotitalouden henkilölukumäärään.

Koska sekä henkilökohtaiset tulot että sairaanhoitokorvausten saaminen ovat yhteydessä hoidon tarvetta ja hoidon saatavuutta kuvaaviin tekijöihin (ks. liitetäulukko 2), otimme tarkasteluissa huomioon

tarpeen indikaattorina iän sekä palveluiden saatavuuden indikaattoreina maantieteellisen asuinpaikan ja asuinkunnan kuntatyyppin (taulukko 2).

Kaikista sairaanhoitokorvausten etuuslajeista tarkastellaan korvauksia saaneiden osuuksia väestöstä, korvauskertojen vuosittaisia määriä, mikäli tämä oli kyseisen etuuden kannalta kiinnostavaa, sekä keskimääräisiä maksettuja korvaussummia ja henkilöiden itsensä maksamia omavastuuosuuksia.

Sairaanhoitokorvaukseen oikeuttavista kustannuksista maksetaan yleensä omavastuuosuus, joka määräytyy eri etuuksissa eri tavoin. Lääkekorvauksissa omavastuuosuus määräytyy sen mukaan, ostaako henkilö peruskorvattavia lääkkeitä vai erityiskorvattavia lääkkeitä ja onko henkilö oikeutettu lisäkorvauksiin vuosittaisen lääkekaton eli omavastuuosuuden ylittyttyä. Yksityislääkärin ja yksityisen hammashoidon palkkioissa itse maksettava omavastuu on summa, joka kustannuksista jää maksettavaksi taksojen määrittämien sairaanhoitokorvausten vähentämisen jälkeen. Yksityisessä tutkimuksessa ja hoidossa oli vuoteen 2012 saakka käytössä jokaista samalla kertaa määrättyä hoitosarjaa kohden kiinteä 13,36 euron suuruinen omavastuu, jonka ylittymisen jälkeen korvauksia maksettiin toimenpiteittäin erikseen määriteltujen taksojen mukaan. Vuonna 2013 kiinteä omavastuu kuitenkin poistettiin. Matkakorvauksissa sen sijaan omavastuu on kiinteä: yhdensuuntaista matkaa kohden omavastuu oli 14,25 euroa vuonna 2013. Vuosittaisen matkakaton eli omavastuuosuuden ylittymisen jälkeen matkakustannukset voidaan korvata kokonaan.

Korvausensaajien itsensä maksamien omavastuuosuuksien euromääräiset summat on laskettu aineistosta etuuslajeittain jokaiselle henkilölle rekisteröityjen kustannusten ja korvausten erotuksena. On huomattava, että todelliset palvelun käytöstä aiheutuneet omavastuut ovat kuitenkin voineet olla tätä suuremmat – esimerkiksi tutkimuksen ja hoidon sekä matkojen osalta silloin, kun kustannukset ovat jääneet pienemmiksi kuin kiinteä omavastuu eikä korvausta ole lainkaan maksettu. Tällöin tapahtumasta ei ole myöskään jäänyt merkintää Kelan rekistereihin.

Käyntikertojen määrät rekisteröidään ja tilastoidaan Kelassa korvausten omavastuukertojen kautta. Jokainen korvaustapahtuma, josta korvausensaaja on maksanut omavastuun ja Kela korvannut loput, määritellään yhdeksi käyntikerraksi. Esimerkiksi lääkärissä- ja hammaslääkärissäkäynneissä oma-

vastuukerta vastaa melko hyvin käyntikertaa, mutta yksityisen tutkimuksen ja hoidon osalta omavastuukertojen määrä kertoo vain yhdellä kertaa määrättyjen hoitosarjojen lukumäärän, ei hoitosarjoihin sisältyvien käyntien määriä. Lääkkeiden osalta omavastuukertojen tarkastelu ei ole mielekäästä. Asian merkitystä kunkin etuuden tarkasteluissa käydään tarkemmin läpi asiaa käsittelevissä luvuissa.

Luvun 9 analyysissä käytetään Tulonjaon palveluaineistoa, jossa tulokäsitteenä on käytettävissä oleva ekvivalenttitulo. Aineisto kuvataan tarkemmin kyseisen luvun yhteydessä. Vertailun avulla voimme arvioida, miten henkilökohtaisten veronalaisten tulojen ja käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen perusteella määräytyvä tuloluokka vaikuttaa tuloksiin.

## 2.2 Tilastolliset menetelmät

Analyysissä tarkasteltiin kunakin vuonna eri etuuslajien sairaanhoitokorvauksia saaneiden osuuksia, vuosittaisia korvauskertoja sekä vuosittain maksettuja korvaussummia ja korvausensaajien itsensä maksamia omavastuuosuuksia. Väestöosuuksia ja korvauskertojen lukumääriä esitetään sekä vakioimattomina että vakioituina, jolloin on otettu huomioon tuloryhmien erot henkilöitä kuvaavissa taustatekijöissä (ikä, sukupuoli, asuinalue, kuntatyyppi). Vakiointia tehtiin pääasiassa suoran vakioinnin menetelmin eli painottaen tuloryhmittäin laskettuja lukuja vakioitavien taustatekijöiden jakaumalla koko tarkasteltavassa väestössä. Korvauskertojen lukumäärien osalta vakiointia tehtiin myös lineaarisilla regressiomalleilla. Vakioiduissa tuloksissa on siten tasattu tuloryhmien väliset jakaumaerot iän, sukupuolen, asuinalueen ja asuinkunnan tyyppin suhteen. Toisin sanoen vakioiduissa luvuissa otetaan huomioon esimerkiksi se, että tuloryhmässä II olevat ovat keskimääräistä ikääntyneempiä (ks. liitetaulukko 2) ja saattavat siksi käyttää terveystalvuita muita useammin. Kun ikä vakioidaan, nähdään, missä määrin tulot ovat yhteydessä sairaanhoitokorvausten saamiseen, kun tuloryhmien erilainen ikärakenne ei sotke yhteyttä. Vastaavasti esimerkiksi suurituloiset asuvat todennäköisemmin Etelä-Suomessa ja kaupunkialueilla, joissa yksityisen terveydenhuollon palveluita on saatavilla enemmän kuin syrjäisemmillä seuduilla, ja siten palveluiden käyttöalttius on näillä alueilla suurempi (STM 2013a). Toisaalta matkakorvauksia saadaan enemmän nimenomaan syrjäisillä alueilla, ja syrjäisillä alueilla asuvilla on keskimääräistä pienemmät tulot. Vakioiduista tuloksista nähdään

siten tulojen yhteys korvausten saamiseen, kun myös asuinpaikan sekoittava vaikutus on poistettu.

Euromääräisiä summia ajassa vertailtaessa tulokset esitetään vuoden 2011 rahassa, joten kyse on reaalisista – ei nimellisistä – muutoksista. Tilastollista testausta ei ollut tarpeen tehdä, sillä käytössä on väestöä koskeva kokonaisaineisto.

### 3 Yleiskatsaus: sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin

Jenni Blomgren

Tässä luvussa luodaan yleiskatsaus sairaanhoitokorvausten saamiseen, kustannuksiin, korvauksiin sekä maksettuihin omavastuuosuuksiin 25 vuotta täyttäneillä keskimäärin sekä tuloryhmittäin tarkasteltuna. Kunkin etuuslajin osalta tarkastelua laajennetaan luvuissa 4–8.

#### 3.1 Korvauksia saaneiden osuudet väestöstä 2006–2011

Vuonna 2011 kaikista 25 vuotta täyttäneistä suomalaisista sairaanhoitokorvauksia – kun kaikkia korvauslajeja tarkastellaan yhteensä – sai 85 prosenttia (kuvio 1, s. 15). Kaikkia korvauslajeja yhteensä tarkasteltaessa yhteys tuloihin ei ole johdonmukainen. Kuitenkin pienituloisimmassa viidenneksessä olevilla korvausta saaneiden osuus on selvästi pienempi kuin muissa tuloryhmissä. Korvauslajeja erikseen tarkasteltaessa tulojen yhteys korvauksen saamiseen on selkeämpi, mutta yhteyden suunta ja voimakkuus vaihtelevat etuuslajista toiseen. Kun lääke- ja erityisesti matkakorvausten saaminen keskittyy enemmän keskimääräistä pienituloisemmille, yksityisestä hammashoidosta sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta korvausta saaneiden osuus on selvästi sitä suurempi, mitä suurituloisempien ryhmästä on kyse. Myös yksityislääkärissäkäynneistä sai korvausta suurempi osuus suuri- kuin pienituloisista, mutta yhteys ei ole yhtä johdonmukainen kuin edellä mainituissa etuuslajeissa. Pienituloisimmat poikkeavat muista tuloryhmistä, jotka puolestaan eivät suuresti poikkea toisistaan.

Muutokset korvausta saaneiden osuuksissa olivat kaikkiaan melko vähäisiä aikavälillä 2006–2011, joskin yleistrendinä näyttää olleen korvausta saaneiden osuuden pieni kasvu. Erityisesti vuodesta 2010 vuoteen 2011 osuudet kasvoivat, mikä näkyy kaikissa tuloryhmissä. Selkeimmät muutokset joh-

tunevat etupäässä korvausjärjestelmän muutoksista – kuitenkin etuuslajeja erikseen tarkasteltaessa muutokset olivat erityyppisiä.

Lääkekorvauksia saaneiden osuus on vuosi vuodelta kasvanut, vaikka korvausjärjestelmään ei tullut muutoksia vuosien 2006 ja 2011 välillä lukuun ottamatta viitehintajärjestelmän käyttöönottoa vuonna 2009. Myöskään lääkärinpalkkioiden korvausjärjestelmässä ei tapahtunut muutoksia, ja myös korvauksia saaneiden osuudet ovat pysyneet vakaina. Sen sijaan hammashoidon korvaustaksoja korotettiin vuonna 2008. Lisäksi hammashoidon korvausjärjestelmä muuttui vuonna 2010, jolloin alettiin korvata suuhygienistin palveluja, jos ne oli määrännyt yksityisessä terveydenhuollossa toimiva hammaslääkäri. Muutos jonkin verran vähensi yksityishammaslääkärin palkkioista korvausta saaneiden osuuksia yhteensä sekä kaikissa tuloryhmissä, mutta hammaslääkärissäkäynnit näyttävät vastaavasti korvautuneen suuhygienistillä käynneillä. Vuonna 2011 hammashoidon taksoihin tuli joitakin pieniä muutoksia, jotka ovat saattaneet vaikuttaa tilastoituihin käyntimääriin; lisäksi osa suuhygienistillä käynneistä maksettavista korvauksista on voinut näkyä viiveellä vasta vuodesta 2011 lähtien (ks. Kela 2013b).

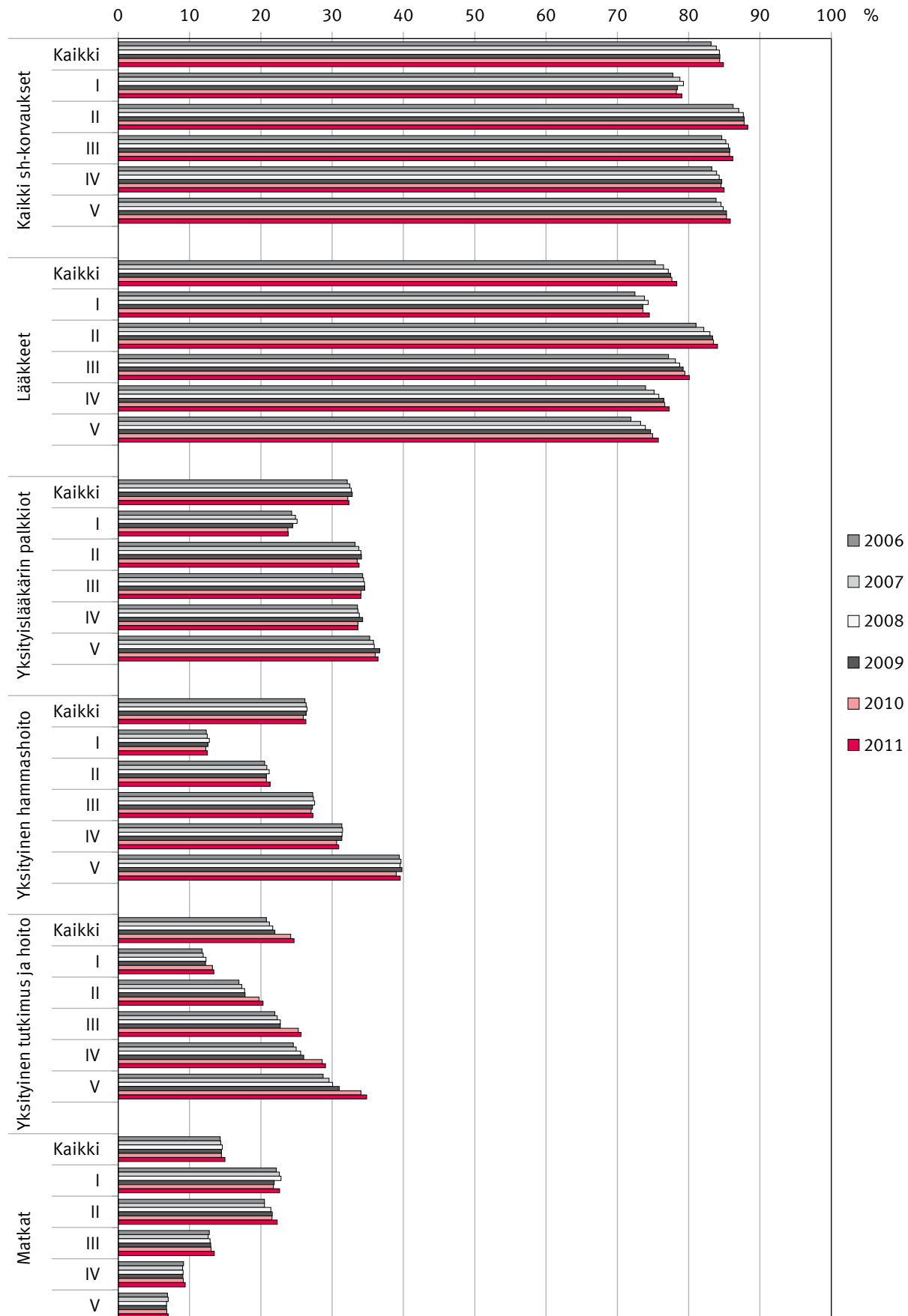
Tutkimuksen ja hoidon osalta sen sijaan yksityisiä palveluita käyttäneiden osuus näyttää joka tuloryhmässä säännönmukaisesti kasvaneen – erityisesti vuosien 2009 ja 2010 välillä, jolloin osuus kasvoi yhdestä kolmeen prosenttiyksikköä tuloryhmästä riippuen. Kasvua selittää pääasiassa hammasröntgentutkimusten korvaamiskäytännön muutos, jonka takia hammasröntgentutkimuksesta korvausta saaneiden määrä väestössä kasvoi yli 170 000:lla (Kela 2014d). Matkakorvausta saaneiden osuudet vastaavasti kasvoivat aikavälillä 2010–2011 erityisesti pienituloisten ryhmissä, minkä saattoi osaksi aiheuttaa ns. suorakorvausjärjestelmän käyttöönotto joissain sairaanhoitopiireissä. Järjestelmän piirissä olevissa taksimatkoissa korvaus vähennetään suoraan taksimatkan hinnasta, eikä matkustajan tarvitse enää hakea sitä Kelalta erikseen (ks. Mattila ja Tervola 2013).

#### 3.2 Kustannukset, korvaukset sekä itse maksetut omavastuut

Vuoden 2011 aikana aineiston 25 vuotta täyttäneelle väestölle korvattujen lääkkeiden, yksityisen sairaanhoidon ja matkojen kustannukset (korvauksensaajien ja sairausvakuutuksen yhteensä maksa-



**Kuvio 1.** Sairaanhoitokorvauksia vuosina 2006–2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloviidenneksittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat).

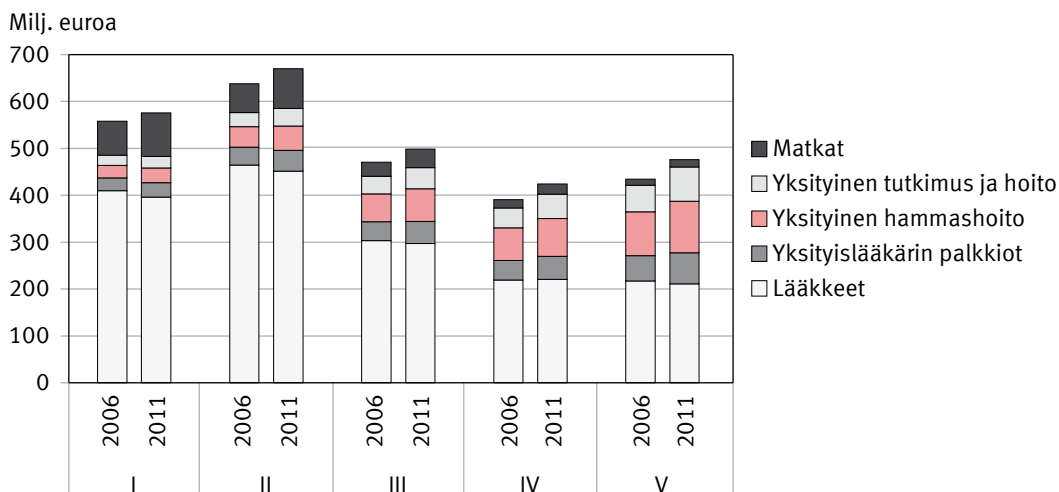


ma summa) olivat yhteensä 2,64 miljardia euroa. Kela maksoi näistä kustannuksista sairaanhoitokorvauksia 1,60 miljardia euroa, ja korvauksensaajien itsensä maksettavaksi jääneiden omavastuiden summa oli 1,04 miljardia euroa<sup>2</sup>. Kuvioissa 2–4 esitetään kustannusten, korvausten ja omavastuiden jakautuminen väestön tuloviidenneksiin vuosina 2006 ja 2011. Vuoden 2006 summat on muunnettu vuoden 2011 rahan arvoon.

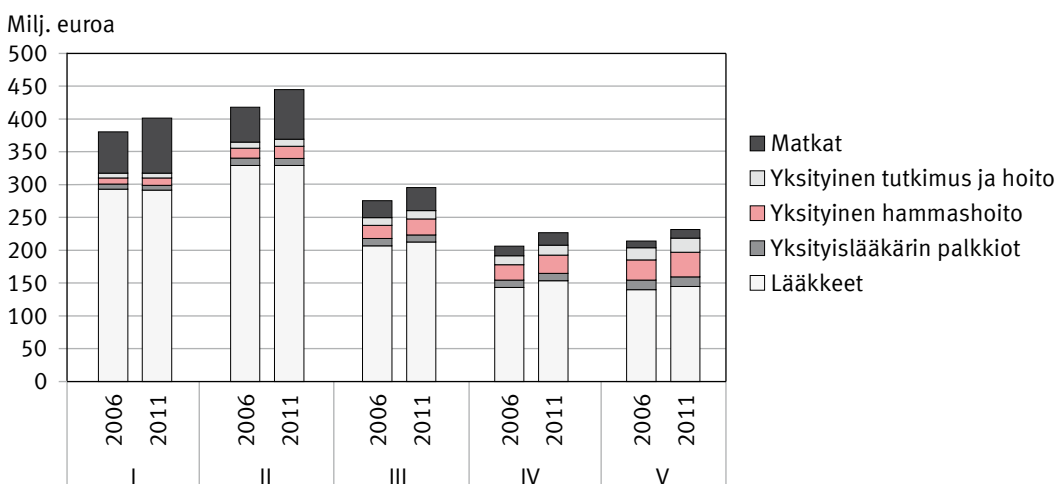
<sup>2</sup> Kelan tilastojen mukaan 25 vuotta täyttäneelle väestölle maksettiin vuonna 2011 sairaanhoitokorvauksia 1,66 miljardia euroa 2,72 miljardin euron kustannuksista. Ero tilastoituun tietoon johtuu pääasiassa siitä, että tässä käytettävä aineisto sisältää ainoastaan sekä vuoden alussa että lopussa maassa olleet mutta ei vuoden aikana maahan muuttaneita, maasta muuttaneita tai kuolleita.

Johtuen erityisesti lääkekorvausten mutta myös matkakorvausten painottumisesta pienituloisimmille ovat sekä yhteenlasketut kustannukset että myös Kelan maksamat sairaanhoitokorvaukset kohdentuneet keskimääräistä suuremmassa määrin pienituloisimmille tuloviidenneksille. Pienituloisimmalle 40 prosentille (tuloviidennekset I–II) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä maksettiin 53 prosenttia kaikista sairaanhoitokorvauksista vuonna 2011 (kuvio 3) ja heidän osuutensa aiheutuneista kustannuksista oli 47 prosenttia (kuvio 2). Kuvioista nousee esiin toiseksi pienituloisimpien ryhmä. Tuon tuloryhmän erityisyys johtuu pitkälti siitä, että ryhmässä on keskimääräistä enemmän eläkeikäisiä, joilla sairaanhoidon tarve on muihin tuloryhmiin

**Kuvio 2.** Kelan korvaamien lääkkeiden, yksityislääkäripalveluiden, yksityisen hammashoidon, yksityisen tutkimuksen ja hoidon sekä matkojen kustannukset yhteensä (sairanhoitokorvaukset ja omavastuut yhteenlaskettuna) 25 vuotta täyttäneellä väestöllä tuloviidenneksittäin vuosina 2006 ja 2011 (miljoonaa euroa vuoden 2011 rahassa).



**Kuvio 3.** Kelan maksamat sairaanhoitokorvaukset yhteensä 25 vuotta täyttäneellä väestöllä tuloviidenneksittäin vuosina 2006 ja 2011 (miljoonaa euroa vuoden 2011 rahassa).



luokittuvia suurempaa – ja tällöin he myös käyttävät paljon lääkkeitä ja sairaanhoitoa tulojensa pienuudesta huolimatta. Kaikkein pienituloisimmassa viidenneksessä sen sijaan on keskimääräistä useammin nuoria sekä opiskelijoita (joista yliopisto-opiskelijoilla on lisäksi oma terveydenhuoltojärjestelmänsä YTHS), mikä vaikuttaa myös heidän alttiuteensa käyttää yksityistä sairaanhoitoa. Lisäksi pienituloisimpien ryhmässä saattaa olla henkilöitä, jotka eivät ole käyttäneet sairausvakuutusetuksia esimerkiksi laitoksessa asumisen takia. Laitoksessa asumisesta ei kuitenkaan ollut aineistossa tietoa, joten tätä ryhmää ei voitu poistaa analyyseistä. Osa pienituloisimpien ryhmän henkilöistä on myös voinut tosiasiallisesti oleskella ulkomailla, jolloin heillä ei ole ollut veronalaisia tuloja Suomessa vaikka heidän virallinen osoitteensa olikin Suomessa.

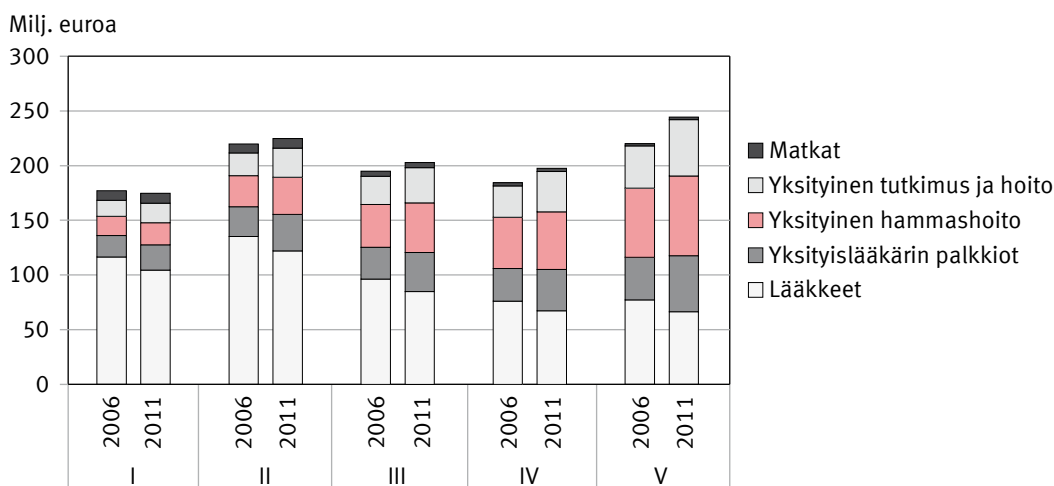
Itse maksetuissa kustannuksissa (omavastuut, kuvio 4) sen sijaan nousee esiin suurituloisin viidennes. Tämä johtuu paljolti siitä, että niissä palveluissa, joita suurituloiset käyttävät pienituloisia useammin (yksityislääkäripalvelut ja yksityinen hammashoito sekä tutkimus ja hoito), korvausaste on selvästi pienempi kuin pienituloisille painottuvissa lääkkeissä ja matkoissa (ks. taulukko 1), joten suurituloiset maksavat näiden palveluiden kustannukset suurimmaksi osaksi itse.

Vuoden 2011 rahan arvossa mitattuna tämän tutkimuksen 25 vuotta täyttäneen väestön korvausten perusteena olevat kustannukset kasvoivat noin 154 miljoonalla eurolla ja kustannusten perusteella maksetut korvaukset noin 106 miljoonalla eurolla eli seitsemällä prosentilla aikavälillä 2006–2011. Tuloryhmien väliset erot sairaanhoitokorvausten

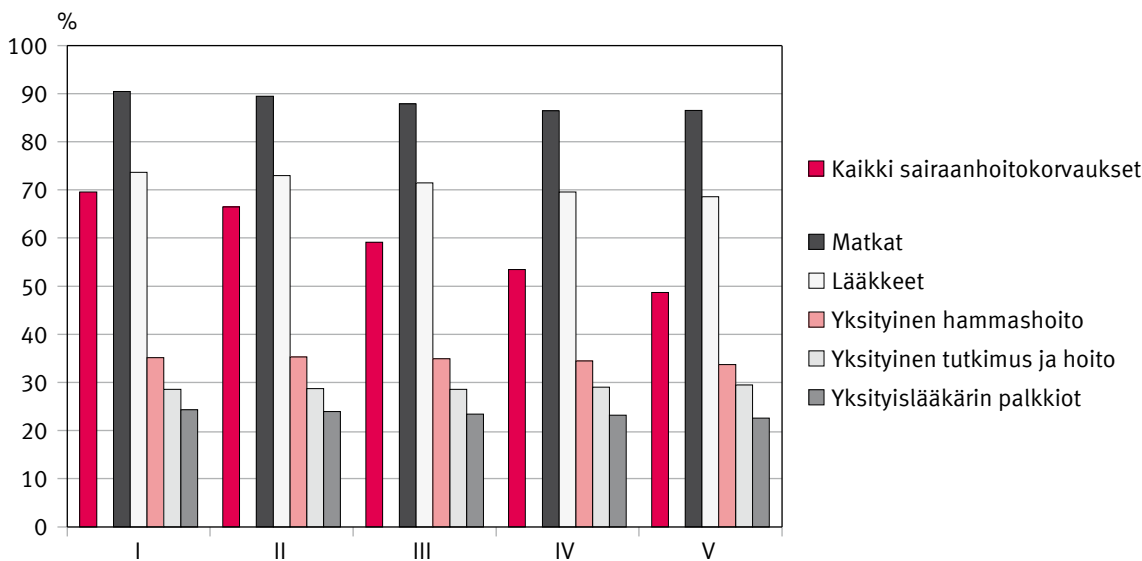
perusteena olevissa kustannuksissa, maksetuissa korvauksissa ja omavastuissa olivat kuitenkin molempina vuosina lähes identtiset. Euromääräinen korvaussumma (kuvio 3) kasvoi eniten tuloryhmässä II (kasvua 27 miljoonaa euroa vuoden 2011 rahassa laskettuna); muissa ryhmissä maksetut korvaukset kasvoivat 18–21 miljoonalla eurolla. Suhteellisesti korvaussumma kasvoi eniten tuloryhmässä IV (10 prosenttia), muissa tuloryhmissä kasvu oli viidestä kahdeksaan prosenttia. Korvauksensaajien itsensä maksettavaksi jääneet omavastuusummat (kuvio 4) sen sijaan kasvoivat aikavälillä 2006–2011 sitä enemmän, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse. Suurituloisimman viidenneksen maksamat omavastuut kasvoivat yhteensä 24 miljoonalla eurolla, kun pienituloisimpien maksamat omavastuut jopa pienivät kahdella miljoonalla eurolla. Suurituloisten maksamien omavastuiden kasvu johtuu pitkälti siitä, että itse korvausaste eli sairausvakuutuksen korvaama osuus on pienentynyt niissä etuuslajeissa, joita suurituloiset käyttävät keskimääräistä useammin (yksityislääkärissäkäynnit, yksityinen hammashoito sekä tutkimus ja hoito) mutta kasvanut niissä etuuslajeissa, joita pienituloiset käyttävät keskimääräistä useammin (lääkkeet ja matkat) (ks. taulukko 1). Lisäksi omavastuun kasvun painottuminen suurituloisille johtuu osittain siitä, että useissa etuuslajeissa sairaanhoitokorvauksen saajien osuus on kasvanut sitä enemmän, mitä suurituloisempien ryhmästä on kyse.

Etuuslajeittain katsottuna toteutuneet korvausasteet eivät juuri vaihtele tuloryhmittäin. Koska suurituloiset kuitenkin käyttävät pienituloisia enemmän matalan korvausasteen palveluita ja pienituloiset saavat keskimääräistä useammin korvauksia lääk-

**Kuvio 4.** Omavastuut yhteensä sairaanhoitokorvausten perusteena olleista kustannuksista 25 vuotta täyttäneellä väestöllä tuloviidenneksittäin vuosina 2006 ja 2011 (miljoonaa euroa vuoden 2011 rahassa).



**Kuvio 5.** Sairaanhoitokorvausten toteutuneet korvausasteet (korvausten osuus kustannuksista) 25 vuotta täyttäneellä väestöllä tuloviidenneksittäin vuonna 2011.



keistä ja matkoista, joissa korvausaste on korkea, sairaanhoitokorvausten kokonaiskorvausasteet ovat yhteensä sitä pienemmät, mitä suurempi-tuloisista henkilöistä on kyse. Kuviossa 5 esitetään toteutuneet korvausasteet tuloryhmittäin vuonna 2011. Vuonna 2011 sairausvakuutuksen korvaama osuus kaikista kustannuksista oli kaikkiaan noin 70 prosenttia pienituloisilla, mutta suurituloisilla vain 49 prosenttia.

## 4 Lääkekorvaukset

Katri Aaltonen

### 4.1 Tausta

Tässä luvussa tarkastellaan sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaisia lääkekorvauksia, joita voidaan maksaa sairauden hoitoon käytettävien lääkkeiden, kliinisten ravintovalmisteiden ja perusvoiteiden kustannuksista. Lääkekorvaukset maksetaan kolmessa korvausluokassa laskemalla korvaus prosentteina lääkkeen hinnasta tai viitehinnasta. Raportissa käsitellään vuosia 2006–2011, jolloin peruskorvaus oli 42 prosenttia lääkkeen hinnasta. Erityiskorvausta maksetaan eräiden vaikeiden ja pitkäaikaisten sairauksien hoitoon tarvittavista lääkkeistä. Vuosina 2006–2011 erityiskorvaus oli 72 prosenttia (alempi erityiskorvaus) tai 100 prosenttia (ylempi erityiskorvaus) lääkkeen hinnasta. Ylempi erityiskorvaus maksettiin 3 euron omavastuun ylittävältä osalta. Lääkkeiden hintalautakunta voi rajoittaa lääkkeen perus- tai erityiskorvattavuuden tiettyyn käyttöaiheeseen tai sairauden vaikeus-

asteeseen (rajoitetusti peruskorvattavat tai rajoitetusti erityiskorvattavat lääkkeet). Tässä raportissa tarkastellaan erikseen rajoitetusti peruskorvattuja lääkkeitä; rajoitetusti erityiskorvattavat lääkkeet on laskettu mukaan korvaustasonsa mukaisiin erityiskorvauksiin. Jos potilaan vuoden aikana itse maksamat lääkeostojen omavastuut ylittävät ns. lääkekaton (675,39 euroa vuonna 2011), sairausvakuutus korvaa ylittymisen jälkeisistä ostoista lääkekohtaisen omavastuun (1,50 euroa vuosina 2006–2011) ylittävän osan kokonaan. Tätä lääkkeiden lisäkorvausta maksetaan lääkärin määräämistä sairausvakuutuslain nojalla korvatuista lääkkeistä. Peruskorvaukseen ja lisäkorvaukseen ovat oikeutettuja kaikki vakuutetut. Erityiskorvausoikeutta ja oikeutta rajoitettuun korvaukseen haetaan potilaskohtaisesti lääkärintodistuksella Kelasta.

Tarkasteltavalla ajanjaksolla lääkekorvausjärjestelmää muutettiin ainoastaan vuonna 2009, kun Suomessa otettiin käyttöön geneerinen viitehintajärjestelmä ja samalla lääkevaihtoa laajennettiin koskemaan myös analogiamenettelmäpatentilla suojattuja lääkevalmisteita. Viitehintajärjestelmässä samaa lääkeainetta sisältävät valmisteet, jotka ovat koostumukseltaan samanarvoisia, kuuluvat samaan viitehintaryhmään. Lääkkeen vaihdon kieltävä potilas joutuu maksamaan viitehinnan ylittävän osuuden lääkkeen hinnasta kokonaan itse. Viitehintajärjestelmän mukanaan tuomasta lääkkeiden hintakilpailusta seurasi ensimmäisenä vuonna noin 110 miljoonan euron säästöt, jotka olivat arviolta 6 prosenttia korvattujen lääkkeiden kustannuksista (Martikainen ym. 2013).

Tässä luvussa tarkastellaan, miten tuloryhmät eroavat toisistaan lääkekorvausten suhteen. Luvussa tarkastellaan kalenterivuoden aikana korvausta saaneiden osuuksia ja keskimääräisiä korvaus- ja omavastuusummaa eri korvausluokissa tuloryhmän mukaan 25 vuotta täyttäneellä väestöllä sekä erikseen työikäisillä (25–64-vuotiaat) ja eläkeikäisillä (65 vuotta täyttäneet) miehillä ja naisilla. Lisäksi selvitetään, onko tilanne muuttunut aikavälillä 2006–2011.

Lukuja esitetään sekä vakioimattomina eli aineistosta laskettuina suorina prosenttiosuuksina, keskiarvoina tai mediaaneina, että vakioituina, jolloin on painottamalla tasattu tuloryhmien väliset erot henkilöiden iässä, maantieteellisessä asuinpaikassa, kuntatyypissä sekä kaikkia 25 vuotta täyttäneitä tarkasteltaessa myös sukupuolella. Vakioinnit on tehty kunkin tarkasteltavan ikä- ja sukupuoliryhmän sisällä siten, että vakioväestönä on kulloinkin tarkasteltavana oleva ryhmä.

#### 4.2 Lääkekorvauksia saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin

Lääkekorvauksia sai vuonna 2011 kaikista 25 vuotta täyttäneistä 78 prosenttia (kuvio 6, s. 20). Pienituloisimmilla ja suurituloisimmilla osuus oli lähes yhtä suuri (74 prosenttia ja 76 prosenttia); osuus oli suurin (84 prosenttia) toiseksi pienituloisimpien ryhmässä. Kaiken kaikkiaan lääkekorvauksia sai yli 70 prosenttia väestöstä kaikissa tuloryhmissä. Naisista korvauksia sai suurempi osuus kuin miehistä, ja eläkeikäisille maksettiin useammin korvauksia kuin työikäisille. Pienituloisimpien ryhmässä korvauksia saaneiden osuus oli muita tuloryhmiä pienempi, kun taas tuloryhmien II–V väliset erot olivat ikä- ja sukupuoliryhmien sisällä pieniä.

Kun tarkastellaan kaikkia 25 vuotta täyttäneitä, taustatekijöiden vakiointi tasasi eroja tuloryhmien II–V välillä ja muutti tuloryhmien keskinäistä järjestystä. Kun tuloryhmien väliset erot iässä, sukupuolella ja asuinalueella oli otettu huomioon, oli korvausta saaneiden osuus hieman suurempi suurituloisilla kuin pienituloisilla. Erityisesti toiseksi pienituloisimpien ryhmän suhteellisen suuri korvausta saaneiden osuus selittyi osittain sillä, että tässä ryhmässä oli paljon ikääntyneitä henkilöitä, jotka käyttävät paljon lääkkeitä. Toiseksi pienituloisimpien ryhmässä iän mediaani oli 64 vuotta, kun kahdessa suurituloisimpien ryhmässä se oli 47–48 vuotta (ks. liitetaulukko 2). Ikä- ja sukupuoliryhmittäin tarkasteltaessa vakiointi ei vaikuttanut juuri lainkaan. Va-

kiennissa iällä oli suurin merkitys, eikä etenkin asuinalueen vakiointi juuri vaikuttanut tuloksiin.

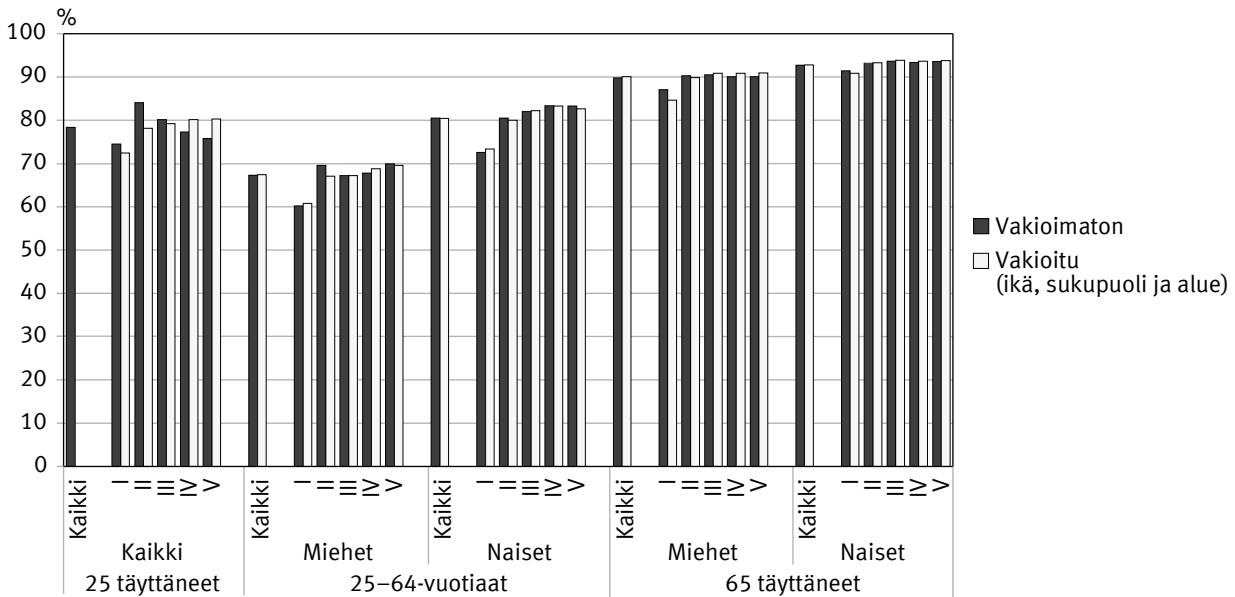
Pienituloisimpien ryhmän muita pienempää korvauksia saaneiden osuutta saattaa selittää se, että ryhmään kuuluu henkilöitä, joilla ei ole veronalaisia tuloja Suomessa ja jotka eivät myöskään ole ostaneet sairausvakuutuksesta korvattuja lääkkeitä. Luultavasti osalle näistä henkilöistä lääkkeet rahoittaa jokin muu taho, he esimerkiksi saavat lääkkeet laitoksesta tai ostavat ne korvattuina toisesta maasta. On myös mahdollista, että pienituloisuuden vuoksi osa jättää lääkkeitä ostamatta. Väestötason kyselytutkimuksen perusteella lääkkeiden ostamatta jättäminen kustannussyistä oli kohtalaisen yleistä pienituloisten keskuudessa, vaikka väestötasolla lääkkeitään tinki vain harva (Aaltonen ym. 2013a). Myös toimeentulotukea käytetään lääkemenoihin, mutta tätä käyttöä ei tilastoida eikä siitä ole käytettävissä paljon tutkimustietoa. Helsingiläisten osalta tiedetään, että kaikista toimeentulotukea saaneista kotitalouksista lääke- tai hoitotarvikemenoja kirjattiin vuosina 2008–2010 hieman yli puolelle (Aaltonen ym. 2013b).

Vuoteen 2006 verrattuna lääkekorvauksia saaneiden osuus oli vuoteen 2011 mennessä kasvanut 1–4 prosenttiyksikköä kaikissa edellä tarkastelluissa ryhmissä. Eniten lääkekorvauksia saaneiden osuus kasvoi suurituloisimmilla työikäisillä ja vähiten suurituloisimmilla eläkeikäisillä. Tuloryhmien väliset erot pysyivät kuitenkin lähes samanlaisina.

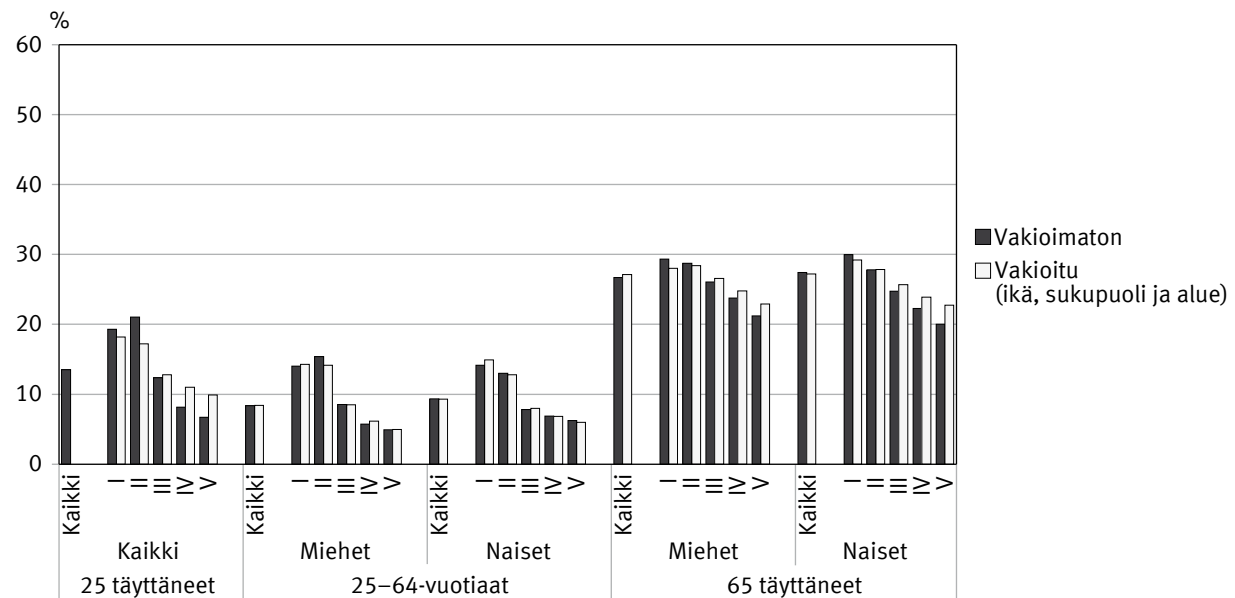
Kuvioissa 7–10 (s. 20–22) on tarkasteltu korvausta saaneiden osuuksia korvauslajeittain. Ylempää erityiskorvausta sai vuonna 2011 yhteensä 14 prosenttia kaikista 25 vuotta täyttäneistä. Alempaa erityiskorvausta tämän ikäisistä sai 21 prosenttia, lisäkorvausta 3 prosenttia ja rajoitettua peruskorvausta 3 prosenttia. Peruskorvausta sai 76 prosenttia 25 vuotta täyttäneestä väestöstä, eli lähes kaikki korvauksia saaneet. Peruskorvauksia saaneiden osuudet ovatkin lähes yhtenevät kaikkia korvauksia saaneiden jakauman (kuvio 6) kanssa, eikä niitä esitetä tässä erikseen.

Vuoteen 2006 verrattuna ylempää erityiskorvausta saaneiden osuus oli 2 prosenttiyksikköä suurempi, alempaa erityiskorvausta ja rajoitettua peruskorvausta saaneiden osuus pysyi lähes samana ja lisäkorvauksia saaneiden osuus oli yhden prosenttiyksikön pienempi. Eläkeikäisistä aiempaa useampi sai vuonna 2011 ylempää erityiskorvausta (miehet +4 prosenttiyksikköä ja naiset +3 prosenttiyksikköä) tai rajoitettua peruskorvausta (+1 ja +2 pro-

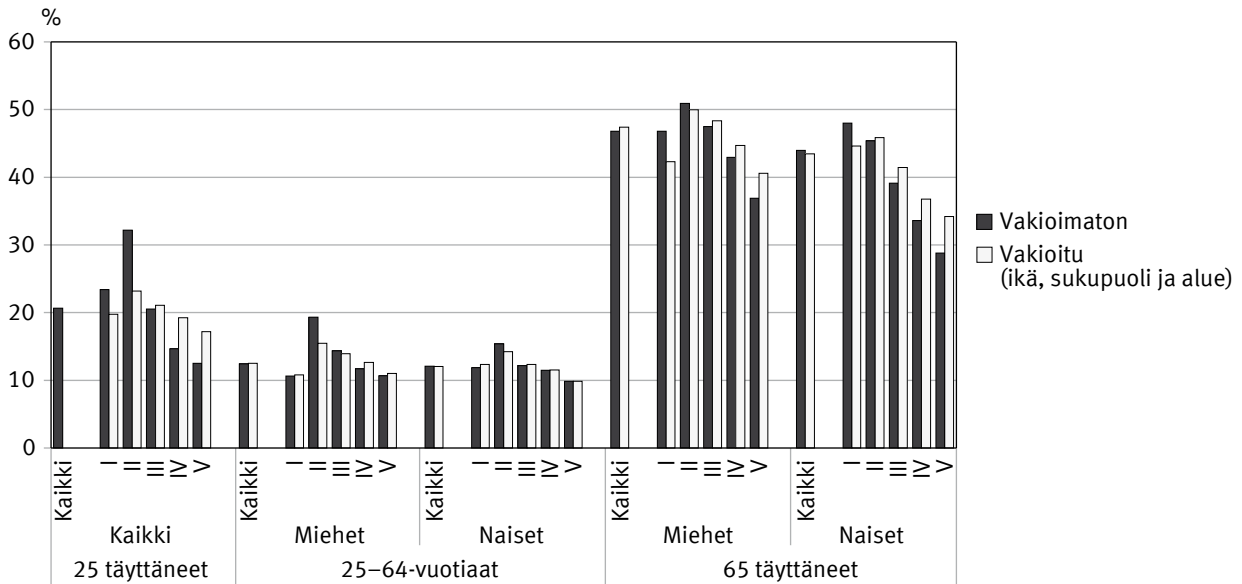
**Kuvio 6.** Lääkkeistä korvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



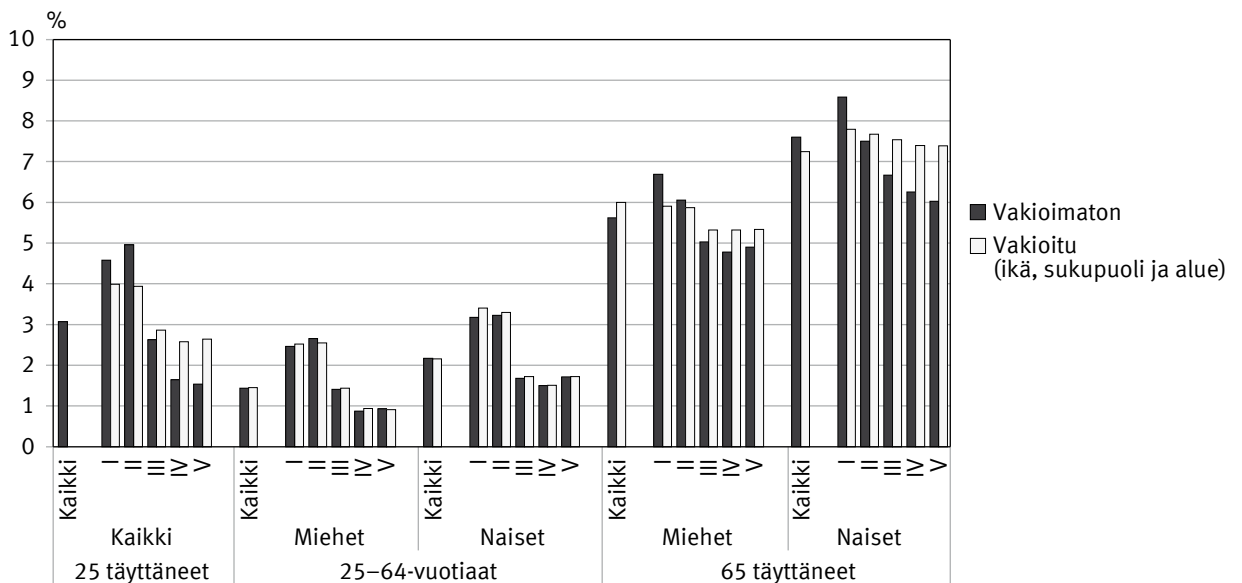
**Kuvio 7.** Lääkkeistä ylempää erityiskorvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



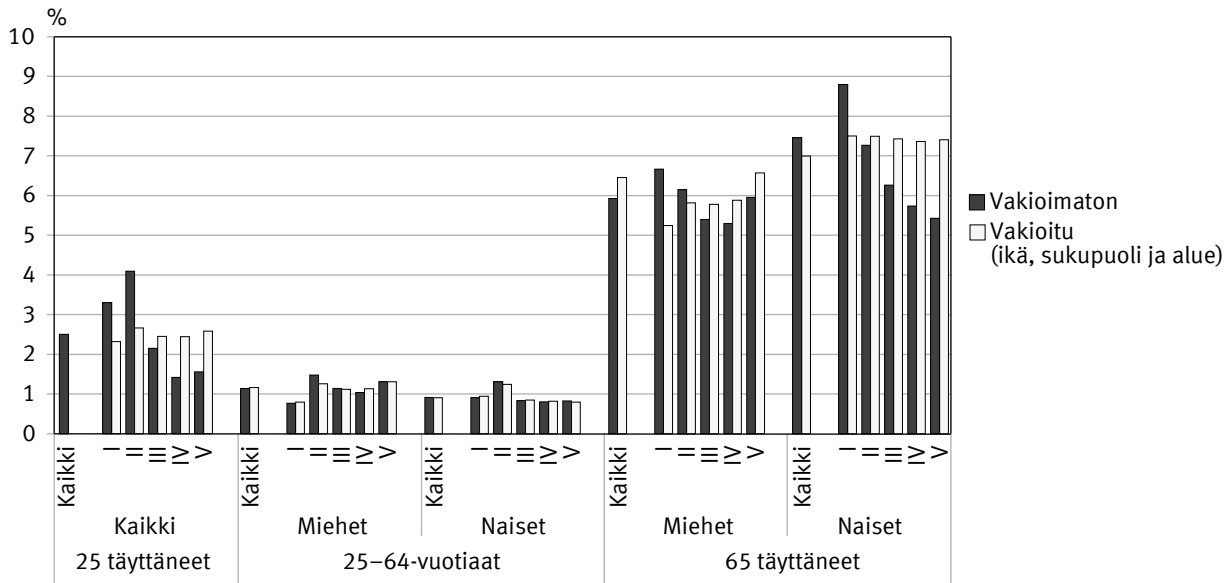
**Kuvio 8.** Lääkkeistä alempaa erityiskorvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



**Kuvio 9.** Lääkkeistä lisäkorvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



**Kuvio 10.** Lääkkeistä rajoitettua peruskorvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



senttiyksikköä), kun taas aiempaa harvempi sai alempaa erityiskorvausta (–2 ja –3 prosenttiyksikköä) tai lisäkorvausta (–4 ja –3 prosenttiyksikköä). Työikäisillä muutokset olivat pieniä, mutta pääosin saman suuntaisia kuin eläkeikäisillä.

Ylempää erityiskorvausta sai suhteellisesti suurempi osuus pienituloisista kuin suurituloisista (kuvio 7). Ero oli suurempi työikäisessä kuin eläkeikäisessä väestössä. Tuloryhmien väliset erot olivat samansuuntaisia iästä ja sukupuolesta riippumatta. Vakiointi tasasi hieman tuloryhmien välisiä eroja, mutta tuloryhmien järjestys pysyi pääosin samanlaisena. Myös alempaa erityiskorvausta saaneita oli pienituloisten ryhmissä suhteellisesti eniten (kuvio 8). Kaikkein pienituloisimpien ryhmässä alempaa erityiskorvausta saaneita oli kuitenkin selvästi vähemmän kuin toiseksi pienituloisimpien ryhmässä, myös vakioinnin jälkeen. Vakiointi tasasi tuloryhmien välisiä eroja etenkin työikäisillä.

Lisäkorvauksia saaneiden osuus oli selvästi suurempi kahdessa pienituloisimpien ryhmässä kuin suurituloisimpien ryhmissä (kuvio 9). Vakiointi tasasi eroja etenkin eläkeikäisillä, kun taas työikäisillä vakiointi ei juuri vaikuttanut tuloksiin. Rajoitettua peruskorvausta saaneet jakautuivat tuloryhmiin tasaisesti, etenkin vakioinnin jälkeen (kuvio 10). Työikäisillä eroja tuloryhmien välillä ei juuri ollut. Vakioimattomissa tuloksissa rajoitettua peruskorvausta sai suurempi osa pienituloisista kuin suurituloisista eläkeikäisistä. Vakioinnin jälkeen erot kuitenkin hävisivät lähes täysin.

#### 4.3 Lääkkeistä maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut

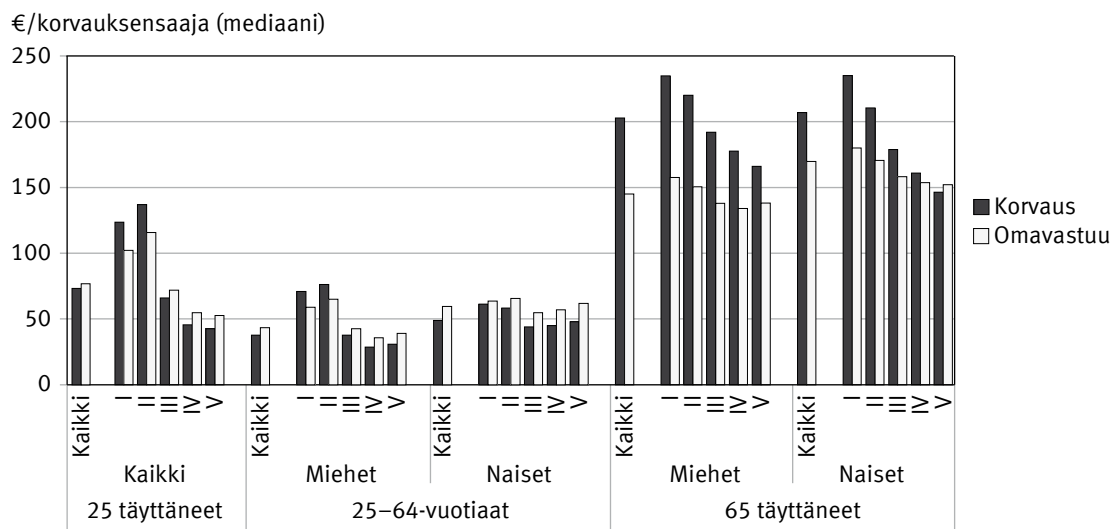
Seuraavassa tarkastellaan, kuinka paljon korvausta saaneet keskimäärin saivat vuoden aikana Kela-korvauksia lääkkeistä ja kuinka paljon he itse maksoivat niistä (omavastuut) eri tuloryhmissä (kuvio 11, s. 23). Keskimääräiset omavastuusummat tarkoittavat summia, jotka lääkekorvauksia saaneet henkilöt keskimäärin itse maksoivat korvattavista lääkkeistään vuositasolla.

Vähintään 25-vuotiaille korvausta saaneille maksettiin korvausta vuoden 2011 aikana keskimäärin 376 euroa (keskiarvo) ja keskimääräinen omavastuu oli 148 euroa. Mediaanikorvaus eli korvausjakautuman keskimmaiselle henkilölle maksettu korvaus oli 73 euroa (kuvio 11) ja mediaaniomavastuu 77 euroa. Keskiarvoluku on selvästi mediaanilukua suurempi sen vuoksi, että joillekin henkilöille korvataan vuositasolla erittäin suuria summia, vaikka valtaosaltaan korvaukset ovat keskiarvoa paljon pienempiä. Aiemmin on selvitetty, että Suomessa noin puolet lääkekorvauksista maksetaan vain 5 prosentille väestöstä (Saastamoinen ja Verho 2013).

Vuoden aikana maksetun korvauksen määrä (mediaani) vaihteli tuloryhmän mukaan 25 vuotta täyttäneillä suurituloisimpien ryhmän 43 eurosta toiseksi pienituloisimpien ryhmän 137 euroon. Vastaavasti omavastuun mediaani vaihteli 53 eurosta 116 euroon. Pienituloisten ryhmissä korvauksen,



**Kuvio 11.** Lääkkeistä vuoden 2011 aikana maksetut keskimääräiset korvaukset ja omavastuut korvauksen-saajaa kohden (€/korvauksensaaja, mediaani) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



ja myös omavastuun, mediaani oli suurempi kuin suurituloisten ryhmissä. Työikäisillä omavastuun mediaani oli suurempi kuin korvauksen mediaani, kun taas eläkeikäisillä korvauksen mediaani oli selvästi omavastuun mediaania suurempi.

Korvauslajeittain keskimääräiset korvaukset 25 vuotta täyttäneitä korvauksen saajaa kohden olivat 943 euroa ylempässä erityiskorvausluokassa, 264 euroa alemmassa erityiskorvausluokassa, 934 euroa lisäkorvauksissa, 614 euroa rajoitetuissa peruskorvauksissa ja 89 euroa peruskorvauksissa. Mediaanikorvaukset olivat 342 euroa ylempässä erityiskorvausluokassa, 145 euroa alemmassa erityiskorvausluokassa, 295 euroa lisäkorvauksissa, 144 euroa rajoitetuissa peruskorvauksissa ja 40 euroa peruskorvauksissa (kuviot 12, s. 24). Keskimääräiset korvaussummat olivat suuria erityisesti ylempässä erityiskorvausluokassa ja lisäkorvauksissa.

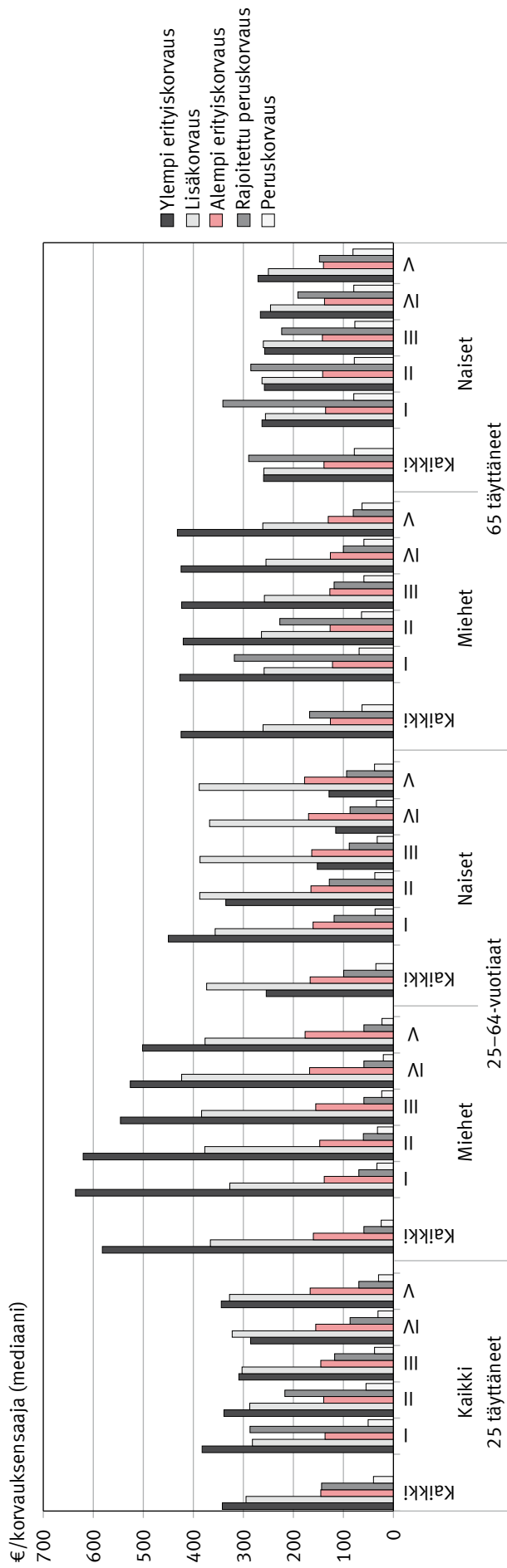
Ylemmät erityiskorvaukset, peruskorvaukset ja rajoitetut peruskorvaukset olivat keskimäärin suurempia pienituloisilla kuin suurituloisilla. Alemmat erityiskorvaukset ja lisäkorvaukset olivat keskimäärin hieman suurempia suurituloisilla kuin pienituloisilla, mutta tuloryhmien väliset erot olivat pieniä. Vuoteen 2006 verrattuna erot mediaanikorvauksissa pysyivät tuloryhmien välillä lähes samanlaisina. Lisäkorvauksen mediaani kasvoi kuitenkin hieman enemmän suurituloisilla kuin pienituloisilla.

#### 4.4 Lääkekorvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011

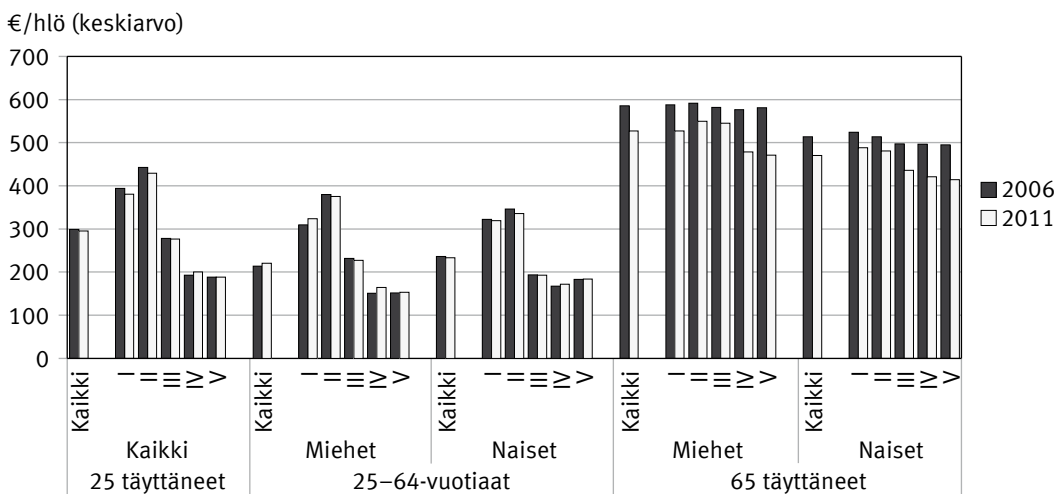
Kuviossa 13 (s. 25) esitetään vuosina 2006 ja 2011 maksetut korvaukset henkilöä kohden siten, että mukana ovat myös ne, jotka eivät ole saaneet korvauksia lainkaan. Jokaista väestön 25 vuotta täyttäneitä henkilöä kohden korvauksia maksettiin vuonna 2011 noin 295 euroa. Toiseksi pienituloisimpien tuloryhmässä korvaukset olivat keskimäärin 429 euroa ja suurituloisimpien 189 euroa henkilöä kohden.

Keskimääräinen korvaussumma pienentyi aikavälillä 2006–2011 reaalisesti henkeä kohden laskettuna noin 4 euroa ja korvausta saanutta kohti laskettuna noin 21 euroa. Korvaussumma pieneni eläkeikäisillä kaikissa tuloryhmissä mutta suuresti työikäisillä hieman kahdessa suurituloisimpien ryhmässä olevilla. Myös kaikkein pienituloisimmilla työikäisillä miehillä keskimääräinen korvaussumma kasvoi, muutoin työikäisillä miehillä ja naisilla tuloryhmissä I–III korvaussummat pienenevät. Korvaussummien pienenemiseen on osaltaan vaikuttanut viitehintajärjestelmän käyttöönotto vuonna 2009, minkä myötä lääkekorvausten kasvu on hidastunut ja useiden lääkkeiden hinnat ovat laskeneet merkittävästi (Saastamoinen ym. 2010; Martikainen ym. 2013). Kaikkiaan lääkekorvausmenot kasvoivat reaalisesti 3 prosenttia vuodesta 2006 vuoteen 2011 (nimelliskasvu 15 prosenttia) ja korvausta saaneiden määrä kasvoi 8 prosenttia.

**Kuvio 12.** Lääkkeistä vuoden 2011 aikana maksetut keskimääräiset korvaukset korvauksensaajaa kohden (€/korvauksensaaja, mediaani) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



**Kuvio 13.** Vuosina 2006 ja 2011 maksetut keskimääräiset lääkekorvaukset suhteutettuna ko. ryhmän koko väestöön (€/hlö, keskiarvo vuoden 2011 rahassa) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



#### 4.5 Yhteenvetoa lääkekorvauksista

Tuloryhmien väliset erot korvausta saaneiden osuuksissa olivat pieniä. Ilman vakiointia korvauksia saaneiden osuus oli suurin toiseksi pienituloisimpien ja pienin pienituloisimpien ryhmässä. Kun tuloryhmien väliset erot iässä, sukupuolella ja asuinalueella oli vakioitu, oli korvauksia saaneiden osuus hieman suurempi suurituloisilla kuin pienituloisilla. Erot selittyivät pääasiassa tuloryhmien erilaisella ikärakenteella. Korvauslajeittain ylempää erityiskorvausta ja lisäkorvausta saaneet olivat keskimääräistä useammin pienituloisia. Myös alempia erityiskorvauksia ja rajoitettuja peruskorvauksia sai suurempi osa pienituloisista kuin suurituloisista, mutta vakiointien jälkeen tuloryhmien väliset erot pienivät. Erot tuloryhmien välillä ovat pysyneet samankaltaisina aikavälillä 2006–2011.

Pienituloisille maksettiin vuosittain euromääräisesti keskimäärin enemmän korvauksia kuin suurituloisille. Korvauslajeittain peruskorvaukset, rajoitetut peruskorvaukset ja ylempää erityiskorvausta olivat keskimäärin suuremmat pienituloisilla kuin suurituloisilla, kun taas alemmat erityiskorvaukset ja lisäkorvaukset olivat suurituloisilla keskimäärin suuremmat kuin pienituloisilla. Vuosien 2006 ja 2011 välillä keskimääräinen maksettu korvaussumma reaalisesti hieman pieneni, mihin lienevät vaikuttaneet viitehintajärjestelmän myötä alentuneet lääkkeiden hinnat.

Lääkekorvauksia saaneita oli siten likimain yhtä paljon eri tuloryhmissä, mutta keskimääräiset

korvaukset olivat selvästi suuremmat pienituloisilla. Tämä johtuu pääosin tuloryhmien ikärakenteen eroista, mutta myös siitä, että vaikea sairaus yleensä heikentää edellytyksiä hankkia ansiotuloja. Tarkempi lääkekorvausten yhdenvertaisen jakautumisen arviointi edellyttäisi kuitenkin lääke- ja sairausrühmittäistä tarkastelua, jossa huomioitaisiin erot lääkehoidon tarpeessa.

Lääkekorvausten eri lajien tarkastelussa havaittiin, että tuloryhmien väliset erot olivat erisuuntaisia ja vaihtelivat väestöryhmittäin. Työikäisillä ylempää erityiskorvaukset painoutuivat pienituloisille. Voidaan olettaa, että tämä ryhmä sisältää vaikeasti sairaita henkilöitä, jotka ovat sairautensa vuoksi työelämän ulkopuolella. Myös rajoitetut peruskorvaukset painoutuivat euromääräisesti pienituloisille, vaikka tämän korvauksen piirissä olevat lääkkeet ovat kalliita ja niiden käyttö edellyttää merkittävän omavastuun maksamista. Kuitenkin rajoitetuissa korvauksissa tuloryhmien välinen ero näkyi lähinnä eläkeikäisillä ja saattaa johtua osin ikäryhmän sisäisistä ikärakenteen eroista. Esimerkiksi rajoitetun korvauksen piirissä olevien dementiaaläkkeiden käyttö painottuu 80 vuotta täyttäneisiin, ja he ovat myös keskimäärin pienituloisempia kuin vasta eläkeiän saavuttaneet.

Lääkekorvausten perusteella ei voida myöskään suoraan arvioida lääkkeiden tarvetta eikä käyttöä, koska korvaussummaan vaikuttaa käytettyjen lääkkeiden määrän lisäksi lääkkeiden hinta. Yksikin erittäin kallis mutta välttämätön lääke saa aikaan merkittäviä korvauskustannuksia, kun taas viite-

hinnan piirissä olevien halpojen lääkkeiden käyttö voi olla runsasta aiheuttaen vain vähäisiä korvausmenoja. Omavastuu voi vaikuttaa myös siten, että eri tuloryhmissä käytetään erihintaisia lääkkeitä saman sairauden hoidossa. Hintaeron perusteella ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöksiä hoidon rationaalisuudesta.

Korvauksiin liittyvissä tarkasteluissa jää myös huomioimatta, kuinka paljon ja mitä lääkkeitä jää rahanpuutteen vuoksi hankkimatta. Ei myöskään tiedetä, sisältyykö erityiskorvauksiin hoidon piiriin pääsemiseen liittyvää eriarvoisuutta.

## 5 Korvaukset yksityislääkärin palkkioista

Jenni Blomgren ja Lauri Virta

### 5.1 Tausta

Sairausvakuutuslain mukaan sairaanhoitona korvataan lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi sekä lääkärin antama hoito ja sairausvakuutuslain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset (L 1224/2004, luku 3). Lääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta perityt kustannukset korvataan vahvistetun korvaustaksan mukaisesti. Korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät säädetään valtioneuvoston asetuksella. Laatiessaan lääkärinpalkkiokuittia lääkärin tulee valita, sovelletaanko korvaukseen vastaanottopalkkiotaksaa vai toimenpidetaksaa. Vastaanottopalkkiotaksa on aikaperusteinen, ja korvauksen perusteena on lääkärin vastaanottoon käyttämää aikaa vastaava taksa. Tähän aikaperusteeseen taksaan sisältyvät myös vastaanotolla tehdyt pientoimenpiteet, ohjeiden antaminen ja reseptien kirjoittaminen. Korvattavista toimenpiteistä Kela on vahvistanut taksaluettelon (Kela 2014c), jossa mainittujen toimenpiteiden nimet ja koodit ovat pääosin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ylläpitämän luokituksen mukaiset.

Vuonna 2013 yksityislääkäreiden palkkioista maksettaviin sairaanhoitokorvauksiin kului yhteensä 73 miljoonaa euroa eli neljä prosenttia kyseisen vuoden kaikista sairaanhoitokorvauksista. Korvauksen saajia oli vuonna 2013 noin 1,6 miljoonaa. Korvausta saaneiden osuus Suomen väestöstä on pysynyt melko vakaasti vajaassa 30 prosentissa viimeisen kymmenen vuoden ajan. (Kela 2014d; ks. luku 1.)

Vuoteen 2012 saakka yksityislääkärisäkäyntien kustannuksia korvattiin taksoihin perustuen siten, että korvauksena voitiin maksaa enintään 60 prosenttia kullekin toimenpiteelle erikseen määritellystä taksasta. Vuoden 2013 alusta lähtien korvausjärjestelmää yksinkertaistettiin siten, että luovuttiin monille vakuutetuille vaikeasti tulkittavista prosenttiosuuksista ja määritettiin kullekin palkkiolle euroääräinen taksa, joka ilmaisee suoraan vakuutetulle maksettavan korvauksen määrän. Samalla taksatkin määriteltiin uudelleen siten, että korvauksensaajalle maksettava summa pysyi käytännössä ennallaan. Mainittu taksamuutos ei vaikuta tämän tutkimuksen analyysiin, jotka päättyvät vuoteen 2011. Korvausaste eli korvausten osuus lääkärinpalkkioista on vähitellen laskenut, koska korvaustaksoja ei ole 2000-luvulla päivitetty ja ne ovat jääneet jälkeen lääkärinpalkkioiden kasvusta. Vielä vuonna 2000 keskimääräinen toteutunut korvausaste oli 36 prosenttia, kun se oli 28 prosenttia vuonna 2006 ja enää 22 prosenttia vuonna 2013. (Kela 2014d.)

Tässä luvussa tarkastellaan, miten tuloryhmät eroavat toisistaan yksityislääkärin palkkioista saatujen korvausten suhteen. Luvussa tarkastellaan korvausta saaneiden osuuksia, keskimääräisiä korvauskertojen (vastaanottokäyntien ja toimenpiteiden) lukumääriä kalenterivuoden aikana sekä Kelan maksamia vuotuisia korvaussummia ja itse maksettuja omavastuita tuloryhmän mukaan. Tulokset esitetään koko 25 vuotta täyttäneelle väestölle sekä erikseen työikäisille (25–64-vuotiaat) ja eläkeikäisille (65 vuotta täyttäneet) miehille ja naisille. Lisäksi selvitetään, onko tilanne muuttunut aikavälillä 2006–2011.

Osuuksia ja korvauskertojen määriä koskevat luvut esitetään sekä vakioimattomina eli aineistosta laskettuina suorina prosenttiosuuksina tai keskiarvoina että vakioituina, jolloin on tasattu tuloryhmien väliset erot henkilöiden iässä, maantieteellisessä asuinpaikassa, kuntatypissä sekä kaikkia 25 vuotta täyttäneitä tarkasteltaessa myös sukupuoleessa. Vakioinnit on tehty kunkin tarkasteltavan ikä- ja sukupuoliryhmän sisällä siten, että vakioväestönä toimii aina kulloinkin tarkasteltavana oleva ryhmä. Ikä- ja sukupuoliryhmittäin esitetyt ”kaikki”-palkit on vakioitu käyttämällä vakioväestönä kaikkia työikäisiä tai kaikkia eläkeikäisiä. Euromääräisiä korvaus- ja omavastuusummia koskevat luvut esitetään vakioimattomina mediaaneina ja keskiarvoina vuoden 2011 rahassa.

## 5.2 Lääkäripalkkioista korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin

Yksityislääkäriin palkkioista korvausta vuoden 2011 aikana saaneiden osuus kunkin ryhmän väestöstä esitetään kuviossa 14. Käytännössä tulokset osoittavat samalla kalenterivuoden aikana yksityislääkäriin käyneiden osuudet kustakin tarkasteltavasta ryhmästä (ks. myös Blomgren ja Virta 2014). Korvauksia sai vuonna 2011 kaikista 25 vuotta täyttäneistä 32 prosenttia: 24 prosenttia pienituloisimmista ja 36 prosenttia suurituloisimmista. Työikäiset miehet kävivät muihin ryhmiin verrattuna harvoin yksityislääkäriin, ja tässä ryhmässä tulojen yhteys yksityislääkäriin käynteihin ei ollut yhtä selvä kuin kolmessa muussa ryhmässä. Naiset kävivät yksityislääkäriin miehiä useammin sekä työikäisinä että eläkeikäisinä. Työikäisten joukossa pienituloisimmistakin naisista yksityislääkäriin oli käynyt suurempi osuus kuin miehistä yhdessäkään tuloryhmässä. Suurituloisimmista eläkeikäisistä naisista kaksi kolmesta oli käynyt vuoden aikana vähintään kerran yksityislääkäriin, ja pienituloisimmistakin eläkeikäisistä naisista reilu kolmannes.

Kaikkien 25 vuotta täyttäneiden vakioimattomia osuuksia tarkasteltaessa tuloryhmät II–IV eivät poikenneet toisistaan. Sen sijaan taustatekijöiden vakioinnin seurauksena havaitaan tulojen ja yksityislääkäriin käymisen välillä likimain lineaarinen yhteys: erityisesti toiseksi pienituloisimpien ryhmän suhteellisen suuri yksityislääkäriin käyneiden osuus selittyi osittain sillä, että tässä ryhmässä oli paljon keskimääräistä ikääntyneempiä naisia, jotka

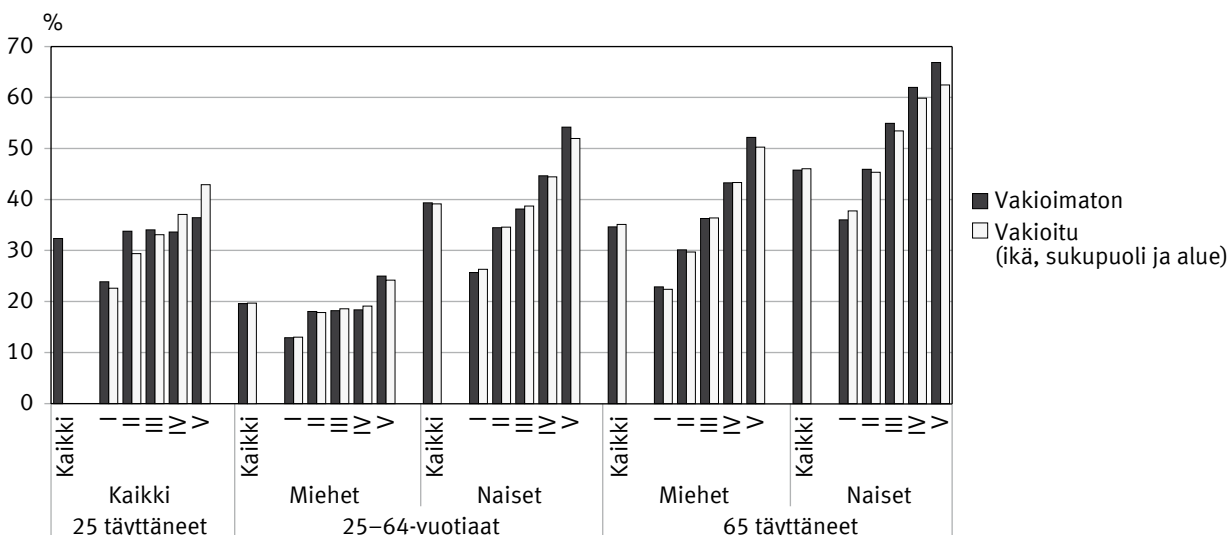
käyttävät paljon yksityislääkäripalveluita. Ikä- ja sukupuoli-ryhmittäin tarkasteltaessa vakiointi ei kuitenkaan vaikuttanut yhteyksiin yhtä voimakkaasti – koska sukupuolen vaikutus on tällöin poistettu ja iänkin vaikutus osittain – vaikka vakiointi jonkin verran tasoittikin tuloryhmien välisiä eroja.

Vuoteen 2006 verrattuna yksityislääkäriin käyneiden osuus ei ollut juuri mitenkään muuttunut (ks. myös Blomgren ja Virta 2014). Tosin naisilla, erityisesti työikäisillä, yksityislääkäriin käyneiden osuus hiukan pieneni jokaisessa tuloryhmässä (työikäisillä osuus laski 0,6–1,5 prosenttiyksikköä), samalla kun se miehillä hiukan kasvoi (työikäisillä 0,2–1 prosenttiyksikköä), joten naisten ja miesten ero yksityislääkäripalveluiden käytössä hiukan kasveni. Tuloryhmien väliset erot pysyivät kuitenkin samanlaisina aikavälillä 2006–2011.

## 5.3 Lääkäripalkkioiden korvauskertojen lukumäärät

Yksityislääkäriin käyntien määrät tilastoidaan korvausten omavastuukertojen mukaan, ja yleisimmin yksi lääkäriin käynti vastaakin yhtä tilastoitua korvausten omavastuukertaa. On kuitenkin mahdollista saada samalla käynnillä korvauksia useasta lääkäripalkkiosta, jos kyseessä on toimenpide, johon osallistuu enemmän kuin yksi lääkäri – tällöin jokainen korvaus tilastoituu Kelassa yhdeksi erilliseksi omavastuukerraksi. Esimerkiksi leikkausten yhteydessä monesti maksetaan korvaus erikseen sekä anestesia- ja leikkauksen lääkäriin palkkiosta. Siksi tässä luvussa puhutaan

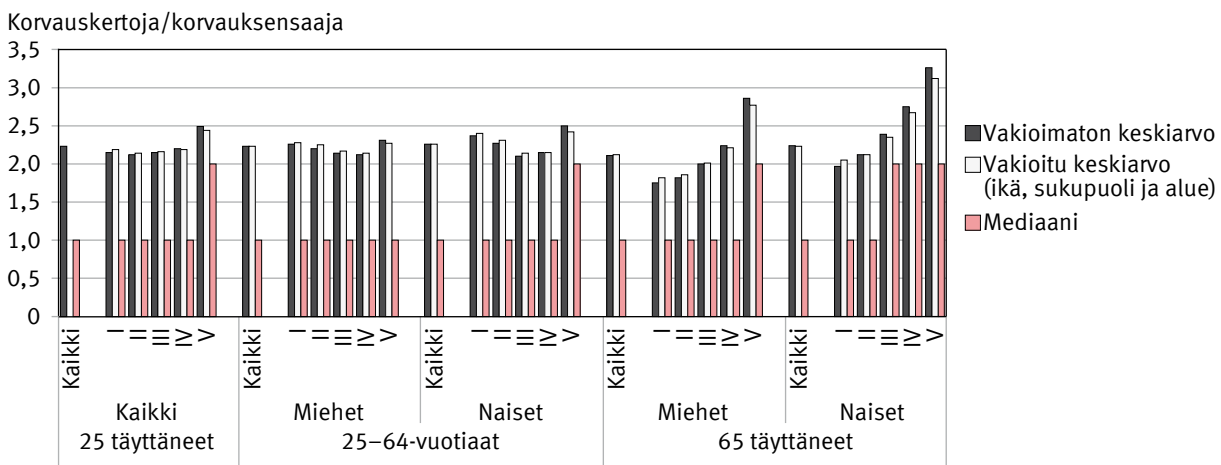
**Kuvio 14.** Yksityislääkäriin palkkioista korvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



korvauskerroista käyntikertojen määrän sijaan. Todennäköisesti käyntikertojen todellinen määrä ei juurikaan ole tilastoitua omavastuukertojen määrää pienempi.

Koko väestön jokaista 25 vuotta täyttänyttä kohden vuonna 2011 korvattiin 0,7 yksityislääkärin vastaanottokäyntiä tai toimenpidettä, ja tuloryhmittäin määrä vaihteli 0,5:stä 0,9:ään. Koko väestöä tarkasteltaessa tulojen yhteys oli samankaltainen korvauskertojen määriin kuin yksityislääkärissä käymiseen ylipäättään ja vakiointi vaikutti samalla tavoin. Kuviossa 15 esitetään keskimääräiset korvauskertojen lukumäärät (keskiarvot ja mediaanit) vuonna 2011 tuloryhmittäin korvausta vähintään kerran vuoden aikana saaneilla. Työikäisiä korvausta saaneita tarkasteltaessa havaitaan, että keskituloisilla oli hieman vähemmän korvauskertoja kuin pieni- ja suurituloisilla. Vuosittaiset korvauskertojen määrät eivät tosin työikäisillä kovin paljon vaihdelleet tulojen mukaan etenkin miehillä: korvauskertoja oli joka ryhmässä keskimäärin vähän yli kaksi, kun 25 vuotta täyttäneiden keskiarvo oli 2,3. Keskiarvoja nostaa se, että useilla henkilöillä vuosittaisen korvauskertojen määrä oli varsin suuri – joillakin se oli jopa lähes 200. Korvauskertojen mediaani 25 vuotta täyttäneillä oli kuitenkin yksi; tosin sanoen kun korvausta saaneet henkilöt asetetaan järjestykseen korvauskertojen määrän mukaan, näistä keskimääräisellä henkilöllä oli yksi korvattu lääkärint vastaanotto- tai toimenpidetä. Vähintään puolella korvausta saaneista oli siis yksi korvauskerta vuodessa. Mediaani oli työikäisillä joka tuloryhmässä yksi lukuun ottamatta suurituloisimpien naisten ryhmää, jonka mediaani oli kaksi korvauskertaa.

**Kuvio 15.** Keskimääräinen korvauskertojen vuosittainen lukumäärä (korvauskertoja/korvauksensaaja, vakioimaton ja vakioitu keskiarvo sekä mediaani) yksityislääkärissäkäynneistä korvausta vuonna 2011 saaneilla tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



Kuvioista 14 ja 15 havaitaan, että vaikka suhteellisen harvat työikäiset miehet käyttivät vuoden aikana yksityissektorin lääkäripalveluita, nämä käyttäneet saivat korvauksia kuitenkin yhtä usein kuin samanikäiset yksityispalveluita käyttäneet naiset, eikä korvauskertojen määrä riippunut henkilön tuloista. Se, ettei työikäisten korvauskertojen määrän välillä tullut esiin yhteyttä tuloihin, saattaa liittyä sairaanhoidon saatavuuteen työterveyshuollosta. Eläkeikäisillä sen sijaan korvauskertojen määrät olivat yhteydessä tuloihin myös yksityispalveluita käyttäneillä: mitä suuremmat olivat tulot, sitä useampia korvauskertoja vuodessa kertyi. Kaikkiaan eläkeikäisillä tulojen yhteys yksityislääkäripalveluiden käyttöön oli siten varsin vahva: tulot olivat yhteydessä sekä siihen, käytettiinkö yksityispalveluita, että yksityispalveluiden valinnan jälkeen vielä siihen, kuinka intensiivisesti yksityispalveluita käytettiin. On myös mahdollista, että suurituloisille eläkeikäisille tehtiin keskimääräistä useammin samalla käynnillä useampi kuin yksi korvattava toimenpide.

Taustatekijöiden vakiointi ei vaikuttanut suuresti myöskään korvauskertojen tuloryhmittäisistä eroista saatavaan kuvaan, joskin vakiointi jälleen hieman tasoitti tuloryhmien eroja. Vuoteen 2006 verrattuna vuosittaisessa korvauskertojen määrässä ei ollut tapahtunut käytännössä mitään muutosta. Keskimäärin korvauskertojen määrä väheni korvausta saaneilla 0,04:llä. Tuloryhmät eivät juuri poikenneet toisistaan, vaikkakin suurituloisimmilla korvauskertojen keskiarvo pieneni aavistuksen enemmän (vähennystä 0,06 korvauskertaa) kuin pienituloisilla (0,01).

#### 5.4 Lääkäripalkkioista maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut

Seuraavassa tarkastellaan, kuinka paljon korvausta saaneet keskimäärin saivat vuoden aikana Kelakorvauksia yksityislääkärisäkäynneistä ja kuinka paljon he itse maksoivat niistä (omavastuut) eri tuloryhmissä (kuvio 16). Vakuutetun ikä, sukupuoli ja tulotaso eivät vaikuta Kelan maksamien korvausten tasoon, eikä niiden pitäisi periaatteessa vaikuttaa lääkärin perimiin palkkioihinkaan (saman kestoisen aikataksan ja tietyn toimenpidetaksan puitteissa). Sen sijaan neljän tarkasteltavan ryhmän välillä on eroja muun muassa korvauskertojen määrissä, vastaanottavien lääkäreiden erikoisaloissa ja vastaanottoaikojen kestoissa, joten myös eri ryhmille maksetut keskimääräiset korvauskertymät olivat vuositasolla erilaisia.

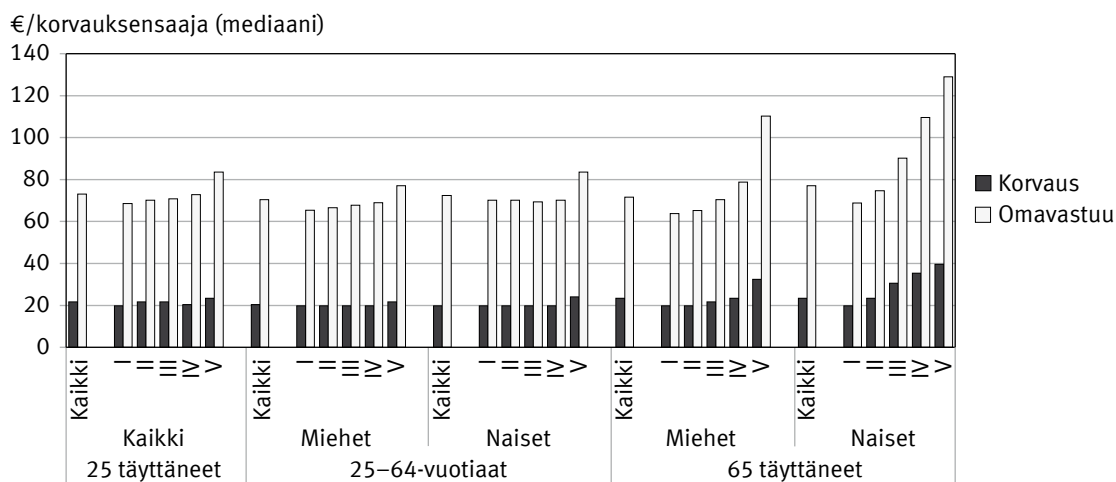
Korvausta saaneille vuoden aikana maksettu korvaussumma oli keskimäärin 45 euroa. Vaikka valtaosaltaan maksetut summat olivat keskiarvoa paljon pienempiä, keskiarvoa korottaa se, että joillekin henkilöille maksettiin vuositasolla melko suuriakin summia. Mediaanikorvaus eli korvausjakauman keskimmaiselle henkilölle maksettu korvaus oli 21,6 euroa (kuvio 16) eli käytännössä yhdeltä käynniltä maksettu korvaus, koska vuosittaisten korvauskertojen mediaani oli 25 vuotta täyttäneillä yksi.

Maksetun vuosikorvauksen mediaani vaihteli tuloryhmän mukaan kaikilla 25 vuotta täyttäneillä vain muutaman euron (noin 20 eurosta 23 euroon). Koska korvauskertojen määrä oli työikäisillä melko lailla sama tuloryhmästä riippumatta, myös makse-

tut keskimääräiset korvaussummat olivat eri tuloryhmissä melko samalla tasolla – lukuun ottamatta kaikkein suurituloisimpia. Tasaisuus johtuu myös siitä, että yhdestä lääkärissäkäynnistä maksettava keskimääräinen korvaus on ollut eri tuloryhmissä suhteellisen samantasoinen ja vuosittain korvatut eurot vastaavat siis tulosta, joka saadaan kertomalla käyntien määrä keskimääräisellä yhtä käyntiä kohden maksetulla korvauksella. Kuitenkin suurituloisimmilla keskimääräinen vuosittainen korvaussumma oli jonkin verran suurempi kuin muissa tuloryhmissä – sekä työikäisillä että eläkeikäisillä. Suurituloiset sekä käyttivät yksityispalveluita vuoden aikana muita useammin että heidän käyttämänsä palvelut olivat keskimääräistä kalliimpia, esimerkiksi suhteessa useammin erikoislääkärisäkäyntejä, joista maksettava korvaus on yleislääkärisäkäyntiä suurempi.

Keskimääräiset omavastuusummat tarkoittavat summia, jotka yksityislääkäripalveluita käyttäneet henkilöt keskimäärin maksoivat vuosittain omasta taskustaan yksityissektorin lääkärinpalkkioiden kattamiseksi, kun Kelan sairaanhoitokorvaukset oli vähennetty. Osa tosin saattoi saada maksamansa summan osittain tai kokonaan takaisin esimerkiksi yksityisten sairauskuluvakuutusten tai työnantajan kautta – kustannusten todellista maksajaa ei kuitenkaan voitu tässä tutkimuksessa huomioida. Omavastuut olivat pääpiirteissään sitä suuremmat, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse. Omavastuiden keskiarvo 25 vuotta täyttäneillä yksityislääkäripalveluita käyttäneillä oli 146 euroa, mutta mediaani vain 73 euroa johtuen siitä, että osalla henkilöistä oli huomattavasti keskiarvoa suurem-

**Kuvio 16.** Yksityislääkäripalkkioista vuoden 2011 aikana maksetut keskimääräiset korvaukset ja omavastuut korvaussensaajaa kohden (€/korvaussensaaja, mediaani) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.





mat omavastuut pääasiassa käyntikertojen suuren määrän seurauksena. Omavastuun mediaani vaihteli tuloryhmittäin pienituloisimman ryhmän maksamasta 69 eurosta suurituloisimpien maksamaan 84 euroon.

Verrattuna työikäisiin tulojen yhteys sekä korvauksiin että itse maksettuihin omavastuuihin oli eläkeikäisillä suoraviivaisempi. Etenkin molempien mediaanit olivat sitä suuremmat, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse. Tulos noudattelee edellä saatua kuvaa käyntikertojen lukumääristä.

Korvausta saaneille maksettu vuosittainen mediaanikorvaus kasvoi aikavälillä 2006–2011 reaalisesti keskimäärin euron työikäisillä, mutta pieneni eläkeikäisillä kahdesta neljään euroa. Lääkäripalkkioiden kallistumisen ja korvausasteen jälkeen jäämisen seurauksena itse maksetun vuosittaisen omavastuusumman mediaani oli korvausta saaneilla vuonna 2011 reaalisesti yhdeksän euroa suurempi kuin vuonna 2006 kaikkia 25 vuotta täyttäneitä korvausta saaneita tarkasteltaessa (vertailu 2011 rahan arvossa). Omavastuusumman kasvu oli sekä absoluuttisesti että suhteellisesti sitä suurempaa, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse.

### 5.5 Lääkäripalkkioista maksetut korvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011

Kuviossa 17 esitetään yksityislääkäripalkkioista yhteensä maksetut korvauskulut vuosina 2006 ja 2011 keskimäärin jokaisen ryhmän koko väestöä

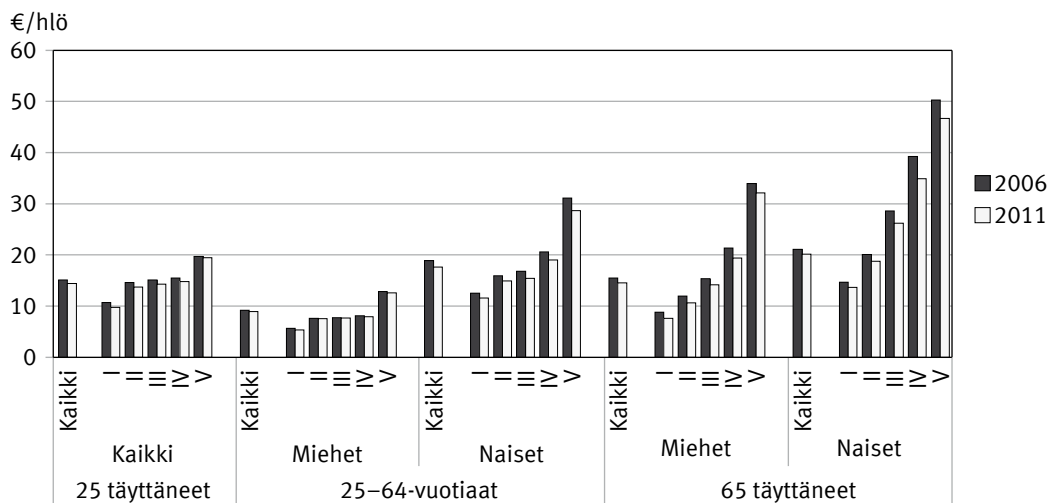
kohden laskettuna (jakajassa ovat siis mukana myös ne henkilöt, jotka eivät saaneet korvauksia). Koko väestön jokaista 25 vuotta täyttäneitä henkilöä kohden korvauskuluja lääkäripalkkioista koitui vuonna 2011 noin 14 euroa. Pienituloisimpien tuloryhmässä olevien korvauskustannukset olivat keskimäärin 10 euroa/henkilö, suurituloisimpien 19 euroa/henkilö. Henkilöä kohden maksetut korvaussummat olivat yhteydessä tuloihin samaan tapaan kuin korvausta saaneiden osuudet (kuvio 14).

Aikavälillä 2006–2011 keskimääräinen korvaus pieneni reaalisesti henkilöä kohden noin 0,7 euroa ja korvausta saaneille maksettu keskimääräinen korvaus pieneni noin 2,6 euroa. Vuosien 2006 ja 2011 välillä maksetut keskimääräiset korvaukset pienenivät reaalisesti jokaisessa ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmässä – sekä korvausta saaneisiin että koko väestöön suhteutettuna. Tämä johtuu korvaustason jälkeensä jäämisestä; korvausjärjestelmä ei ole kyseisenä aikana muuttunut, ja korvaustaksat jäivätkin yhä enemmän jälkeen lääkärisäkäyntien kustannusten noususta. Maksetun vuosittaisen korvaussumman pienenemiseen vaikuttaa myös se, että korvauskertojen määrätkin hieman vähenivät vuodesta 2006 vuoteen 2011.

### 5.6 Yhteenvetoa lääkäripalkkioiden korvauksista

Tuloryhmien välillä oli selviä eroja yksityislääkärisäkäynneistä korvausta saaneiden osuuksissa: mitä suuremmat henkilön tulot olivat, sitä todennäköisemmin hän sai korvausta yksityislääkäripalveluis-

**Kuvio 17.** Yksityislääkäripalkkioista vuosina 2006 ja 2011 maksetut keskimääräiset sairaanhoitokorvaukset suhteutettuna ryhmän koko väestöön (€/hlö, keskiarvo vuoden 2011 rahassa) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.





ta. Pienituloisimpien ryhmässä olevista korvausta sai 24 prosenttia, suurituloisimmista 36 prosenttia. Erot tuloryhmien välillä ovat pysyneet samankaltaisina aikavälillä 2006–2011. Korvausta saaneilla korvattujen lääkäriissäkäyntien vuosittaiset lukumäärät olivat 25–64-vuotiailla vuonna 2011 melko samanlaisia tuloryhmästä riippumatta, mutta eläkeikäisillä korvauskertojen määrätkin olivat sitä suurempia, mitä suurituloisemmista henkilöistä oli kyse. Vastaavasti suurituloisille maksettiin vuosittain euromääräisesti keskimäärin enemmän korvauksia kuin pienituloisille. Vuosien 2006 ja 2011 välillä keskimääräinen maksettu korvaussumma reaalisesti hieman pieneni, samalla kun omavastuuosuuksien vuosittainen summa kasvoi. Omavastuuosumman kasvu johtuu kustannusten noususta: korvaustaksat jäivät jälkeen lääkärinpalkkioiden kasvusta. Korvaussumman reaalisesti pienentyminen vaikutti pääosin korvaustason jälkeensäneisyys mutta jonkin verran myös käyntikertojen määrän lievä lasku.

Taustatekijöiden vakiointi hieman tasoitti tuloryhmien välisiä eroja muttei vaikuttanut suuresti tuloryhmien välisistä eroista saatavaan kuvaan. Erot eivät siten merkittävästi selittyneet tuloryhmien erilaisella väestörakenteella eli sillä, että eri tuloryhmissä olevilla terveyspalveluiden tarve (joka huomioitiin vakioimalla ikä) sekä palveluiden saatavuus (joka huomioitiin vakioimalla asuinseutu ja asuinkunnan kaupunkimaisuusaste) ovat erilaisia.

## 6 Korvaukset yksityisestä hammashoidosta

Jenni Blomgren ja Lauri Virta

### 6.1 Tausta

Kuten yksityislääkärin palkkioissa, myös hammashoidon korvauksissa on käytössä taksamalli, jossa korvausten enimmäismäärät on sidottu erikseen määriteltäisiin taksoihin, joiden suuruus riippuu muun muassa kyseisen toimenpiteen vaativuudesta (Kela 2013a). Korvausta maksetaan hammaslääkärin suorittamasta tutkimuksesta, ehkäisevästä hoidosta sekä hammassairaudesta ja suun alueen sairauksien hoidosta, mutta yleensä ei oikomishoidosta, proteettisista hoidoista eikä hammasteknisestä työstä (lukuun ottamatta rintamaveteraaneja ja miinanraivaajia, joille näitäkin hoitoja korvataan). Hammashoidon kustannukset korvataan tavallisesti hammashoitotoimenpiteiden mukaan, ja aikaperusteisen toimenpiteen korvaus perustuu kliiniseen työhön kuluneeseen aikaan. Vuoteen 2014 saakka

suun ja hampaiden tutkimus korvattiin kerran kalenterivuodessa, vuoden 2015 alusta lähtien kerran kahdessa vuodessa. Yksityisen hammashoidon korvauksia maksettiin vuonna 2013 yhteensä 126 miljoonaa euroa, mikä vastaa seitsemää prosenttia kaikista sairaanhoitokorvauksista. Korvauksia sai noin 1,1 miljoonaa henkilöä. Korvausta saaneiden osuus väestöstä vuonna 2013 oli 20 prosenttia, ja osuus on pysytellyt samalla tasolla vuodesta 2003, josta lähtien koko väestö on ollut sairausvakuutuksen hammashuollon piirissä (Kela 2013b ja 2014d).

Vuoden 2013 alusta lähtien yksityisen hammashoidon palkkioista on korvattu enintään erikseen määritellyn taksan mukainen euromääräinen summa. Vuosina 2001–2012 korvauksena maksettiin enintään 60 prosenttia kullekin toimenpiteelle vahvistetusta taksasta. Uudet taksat kuitenkin määriteltiin siten, että korvauksensaajalle maksettava summa pysyi käytännössä ennallaan. Vuoden 2013 taksamuutos ei vaikuta tässä tutkimuksessa esitettyihin aikavertailuihin, jotka kattavat vuodet 2006–2011.

Rintamaveteraanien hammashoidon korvaukset ovat suuremmat kuin muiden ja niitä maksetaan useamman tyyppisistä toimenpiteistä. Ennen vuoden 2013 alkua rintamaveteraaneille korvattiin 100 prosenttia taksan mukaisesta summasta, jos kyse oli hampaiden tutkimuksesta, ehkäisevästä hoidosta tai hammaslääkärin tai erikoishammasteknikon tekemästä proteettiseen hoitoon liittyvästä kliinisestä työstä. Protetiikan teknisestä työstä korvausta maksettiin 50 prosenttia vahvistetusta taksasta. Muusta veteraanien hammashoidosta korvaus oli 60 prosenttia taksasta. Vuoden 2013 alusta myös rintamaveteraanien ja miinanraivaajien hammashoidon taksat yksinkertaistettiin samalla tavoin siten, että taksa kertoo suoraan maksettavan korvauksen määrän.

Vuodesta 2010 lähtien Kela on korvannut suuhygienistin perimiä palkkioita silloin, kun suuhygienistin tekemä tutkimus ja hoito (suun ehkäisevä hoito, iensairauksien perushoito, suun ja hampaiden terveystarkastukset) perustuu yksityishammaslääkärin määräykseen. Korvaus suuhygienistin palkkiosta on ollut jo alusta lähtien euromääräinen vahvistetun taksan mukaan.

Yksityisen hammashoidon korvausaste eli korvausten osuus hammaslääkärin (vuodesta 2010 lähtien myös suuhygienistin) perimistä palkkioista on vuosien saatossa selvästi laskenut hammashoidon kustannustason noustessa. Keskimääräinen korvausaste oli 45 prosenttia vuonna 2000, enää 34 prosenttia vuonna 2006 ja vuoteen 2013 mennessä korvaus-

aste oli edelleen laskenut 32 prosenttiin (Kela 2014d). Tosin vuoden 2008 alusta taksoja korotettiin, minkä seurauksena toteutunut korvausaste nousi 32 prosentista 38 prosenttiin – mutta tämän jälkeen korvausaste on vähitellen laskenut takaisin 32 prosenttiin. Laskennallisen keskimääräisen korvausasteen muutokseen ovat vaikuttaneet vuoden 2008 tak-sankorotuksen lisäksi taksojen jälkeen jääminen kustannuksista sekä muutokset esimerkiksi sairausvakuutuksen hammashuollon laajuudessa sekä eri vuosina syntyneiden korvausasteissa (ks. esim. Kela 2013b). Lisäksi on havaittu, että vuoden 2008 tak-sankorotuksen hyöty ei koitunut pelkästään asiakkaille, vaan samalla myös yksityisen hammashoidon hinnat nousivat (Maljanen ym. 2011).

Tässä luvussa tarkastellaan edellisen, lääkärinpalkkioita koskevan luvun tapaan tuloryhmien välisiä eroja yksityisestä hammashoidosta korvausta saaneiden osuuksissa ja vuosittaisten korvauskertojen lukumäärissä sekä Kelan maksamissa korvaussummissa ja korvauksensaajien itsensä maksamissa omavastuissa. Tulokset esitetään koko 25 vuotta täyttäneelle väestölle sekä erikseen työikäisille (25–64-vuotiaat) ja eläkeikäisille (65 vuotta täyttäneet) miehille ja naisille. Lisäksi selvitetään, miten tilanne muuttui aikavälillä 2006–2011.

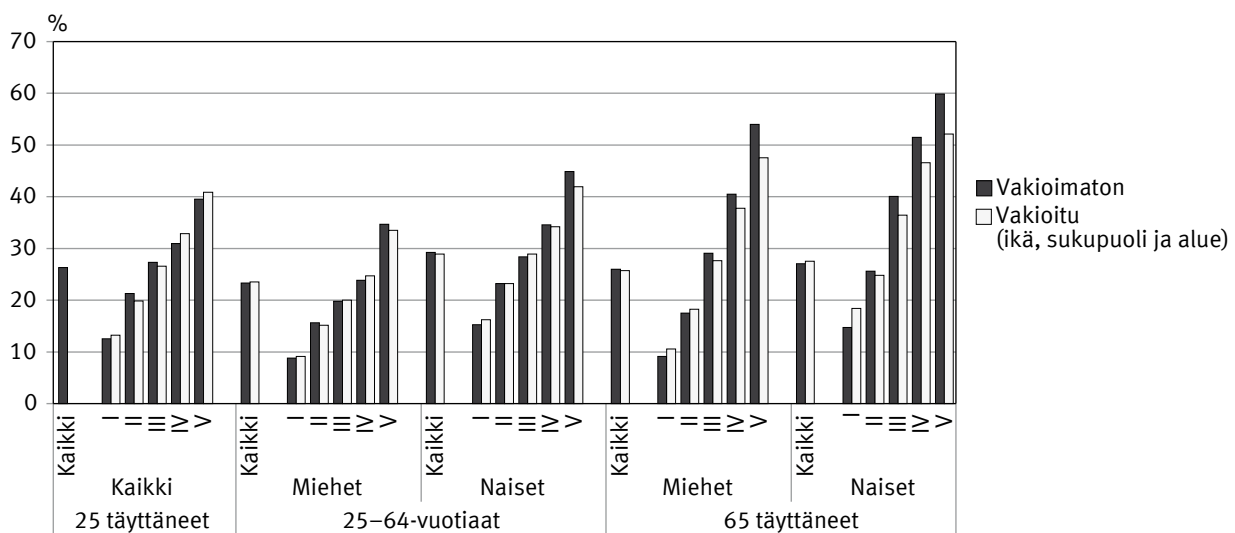
Laskelmissa ovat mukana kaikki edellä mainitut yksityisen hammashoidon korvaukset. Suuhygienistin palkkioita alettiin korvata vasta vuodesta 2010 alkaen, mutta koska osa hammaslääkärin tekemistä tutkimuksista ja hoidoista näyttää siirtyneen suuhygienistille, on suuhygienistin korvaukset laskettu yhteen muiden hammashoidon korvausten kanssa

vuonna 2011. Osuuksia ja korvauskertojen määriä koskevat luvut esitetään sekä vakioimattomina eli aineistosta laskettuina suorina prosenttiosuuksina tai keskiarvoina että vakioituina, jolloin on tasattu tuloryhmien väliset erot henkilöiden iässä, maantieteellisessä asuinpaikassa, kuntatyyppissä sekä kaikkia 25 vuotta täyttäneitä tarkasteltaessa myös sukupuolella. Sen sijaan korvausten ja omavastuiden euromääriä koskevat luvut esitetään vakioimattomina mediaaneina ja keskiarvoina.

## 6.2 Hammashoidosta korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin

Kuviossa 18 esitetään yksityisestä hammashoidosta korvausta vuoden 2011 aikana saaneiden osuus väestöstä eri ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmissä. Keskimäärin korvauksia sai vuoden aikana 26 prosenttia eli joka neljäs 25 vuotta täyttänyt. Osuus vaihteli melkoisesti tuloryhmittäin: pienituloisimmista korvauksia saaneita oli vain 13 prosenttia, kun heidän osuutensa suurituloisimmista oli 40 prosenttia. Työikäisistä harvemmat miehet saivat korvauksia kuin naiset, mutta tämä ero sukupuolten välillä ei ollut niin suuri kuin yksityislääkärin palkkioita tarkasteltaessa (luku 5). Yksityisen hammashoidon käytön tuloryhmäerot olivat eläkeikäisillä vielä suuremmat kuin työikäisillä. Suurituloisimpien ja pienituloisimpien välinen ero yksityisestä hammashoidosta korvausta saaneiden osuudessa oli 65 vuotta täyttäneillä miehillä kuusinkertainen, naisilla nelinkertainen. Suurituloisimmista eläkeikäisistä naisista 60 prosenttia ja miehistäkin yli puolet oli käynyt

**Kuvio 18.** Yksityisestä hammashoidosta korvausta vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



yksityisessä hammashoidossa vuoden aikana, kun pienituloisimmista vastaavat osuudet olivat 9–15 prosenttia.

Vakiointi vaikutti vain vähän tuloryhmien välisiin eroihin koko 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tarkasteltaessa, samoin työikäisillä. Eläkeikäisillä sen sijaan erityisesti suuralueen ja kunnan kaupunkimaisuusasteen vakioiminen vaikutti tuloryhmien eroista saatavaan kuvaan. Suurituloisimmat eläkeläiset asuvat pienituloisia useammin kunnissa, joissa on yksityisen hammashoidon tarjontaa enemmän kuin muualla (Etelä-Suomessa ja suurissa kaupungeissa), ja siten osa tuloryhmien välisistä eroista tasoittui tämän huomioimisella.

Vuoteen 2006 verrattuna hammashoidosta korvausta saaneiden osuudet olivat vuonna 2011 joka tuloryhmässä lähes identtiset, kun tarkastellaan kaikkia 25 vuotta täyttäneitä. Ikäryhmittäin kehitys kuitenkin vaihteli jonkin verran: työikäisillä korvausta saaneiden osuus keskimäärin aavistuksen pieneni (miehillä 0,7 prosenttiyksikköä, naisilla 0,8 prosenttiyksikköä), ja pieneneminen oli samankaltaista jokaisessa tuloryhmässä. Eläkeikäisillä sen sijaan korvausta saaneiden osuus nousi 2–3 prosenttiyksikköä, ja kasvua oli jokaisessa tuloryhmässä. Tämän aineiston perusteella ei voida sanoa, missä määrin vuosien 2006 ja 2011 välinen muutos osuuksissa johtuu siitä, että vuonna 2011 korvattiin myös suuhygienistin palkkioita. Jos korvaukset suuhygienistin palkkioista jätetään vuonna 2011 huomioimatta, oli yksityishammaslääkärin palkkioista korvauksia saaneiden osuus kaikkiaan jonkin verran pienentynyt vuodesta 2006. Osa korvattujen

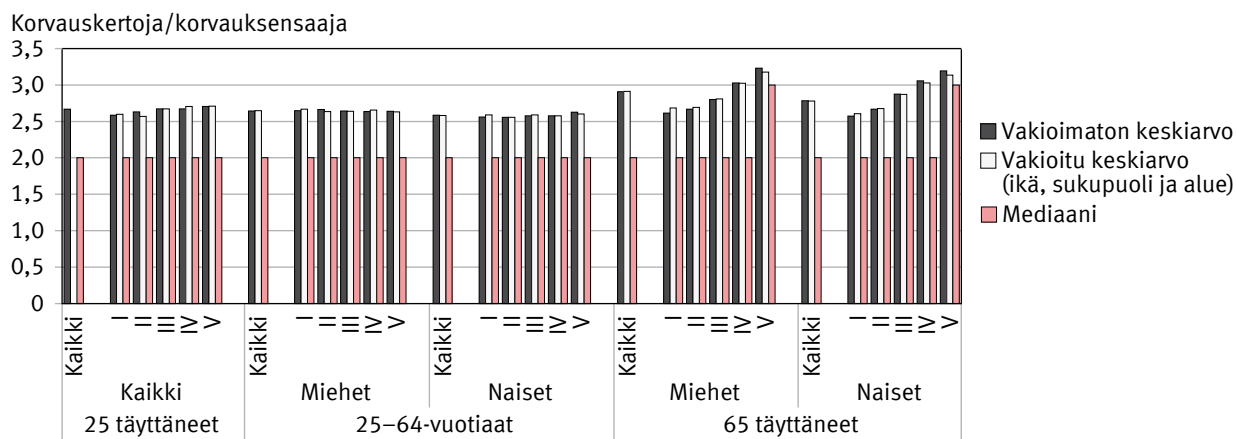
hammaslääkärissäkäyntien vähentymästä johtuu siitä, että suuhygienistit alkoivat tehdä toimenpiteitä, joita aiemmin tekivät hammaslääkärit. Tällä aineistolla ei päästä kuitenkaan tarkemmin perehtymään siihen, missä määrin suuhygienistit tuottivat sellaista tutkimusta ja hoitoa, jonka muuten olisivat tuottaneet hammaslääkärit, ja missä määrin käyntien korvaaminen on tuonut korvauksen piiriin myös täysin uusia korvauksensaajia.

### 6.3 Hammashoidon korvauskertojen lukumäärät

Koko väestön jokaista 25 vuotta täyttäneestä kohden korvattiin 0,7 yksityisessä hammashoidossa tehtyä tutkimusta, hoitoa tai toimenpidettä; tuloryhmittäin määrä vaihteli 0,3:sta 1,1:een. Koko väestöstä tarkasteltaessa tulojen yhteys oli samankaltainen korvauskertojen määriin kuin yksityisen hammashoidon käyttöön ylipäätään ja vakiointi vaikutti samalla tavoin.

Kuviossa 19 esitetään keskimääräiset korvauskertojen lukumäärät (keskiarvot) vuonna 2011 niiden joukossa, jotka saivat yksityisen hammashoidon korvauksia vuoden aikana. Korvauskertojen keskiarvo oli työikäisillä tuloista riippumaton: jokaisessa ryhmässä korvauskertoja oli vuodessa noin 2,6. Korvauskertojen mediaani eli jakauman keskimmäisen henkilön korvauskertojen määrä oli työikäisillä kaksi jokaisessa tarkastellussa ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmässä. Eläkeikäisillä korvauskertojen keskiarvo oli sitä suurempi, mitä suurituloisempien ryhmää tarkastellaan. Kuitenkin eläkeikäisilläkin korvauskertojen mediaani oli varsin tasainen suu-

**Kuvio 19.** Keskimääräinen korvauskertojen vuosittainen lukumäärä (korvauskertoja/korvauksensaaja, vakioimaton ja vakioitu keskiarvo sekä mediaani) yksityisestä hammashoidosta korvausta vuonna 2011 saaneilla tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



rituloisimpia lukuun ottamatta: tuloryhmissä I–IV mediaani oli kaksi korvauskertaa, tuloryhmässä V kolme korvauskertaa sekä miehillä että naisilla.

Samoin kuin yksityislääkärissä käyntien osalta (luku 5), myös yksityisen hammashoidon osalta tulojen yhteys yksityispalveluiden käyttöön oli siten eläkeikäisillä vielä selvempi kuin työikäisillä. Tulot olivat vahvassa yhteydessä sekä siihen, käyttikö henkilö ylipäättään yksityistä hammashoitoa, että lisäksi siihen, kuinka monta korvauskertaa vuoden aikana oli.

Taustatekijöiden vakioiminen ei käytännössä vaikuttanut korvauskertojen määrien tuloryhmäeroja koskeviin tuloksiin (kuvio 19). Muutokset aikavälillä 2006–2011 olivat vähäisiä: korvauskertojen vuosittainen määrä korvausta saaneilla pienentyi aavistuksen, noin 0,1:llä–0,2:lla käynnillä jokaisessa ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmässä.

#### 6.4 Hammashoidosta maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut

Hammaslääkärien tai suuhygienistien perimät palkkiot taikka Kelan korvaukset yksityisen hammashoidon käynneistä eivät riipu asiakkaan iästä, sukupuolesta tai tuloista. Rintamaveteraanit muodostavat poikkeuksen siten, että heille maksetut korvaukset ovat tietynlaisesta hammashoidosta (ks. luvun alku) suurempia kuin muilla. Siksi vuosittaisen korvauksen suuruuteen voi vaikuttaa henkilön ikä. Lisäksi eri ryhmien keskimääräinen korvauskertojen määrä sekä käytetyn palvelun tyyppi ja

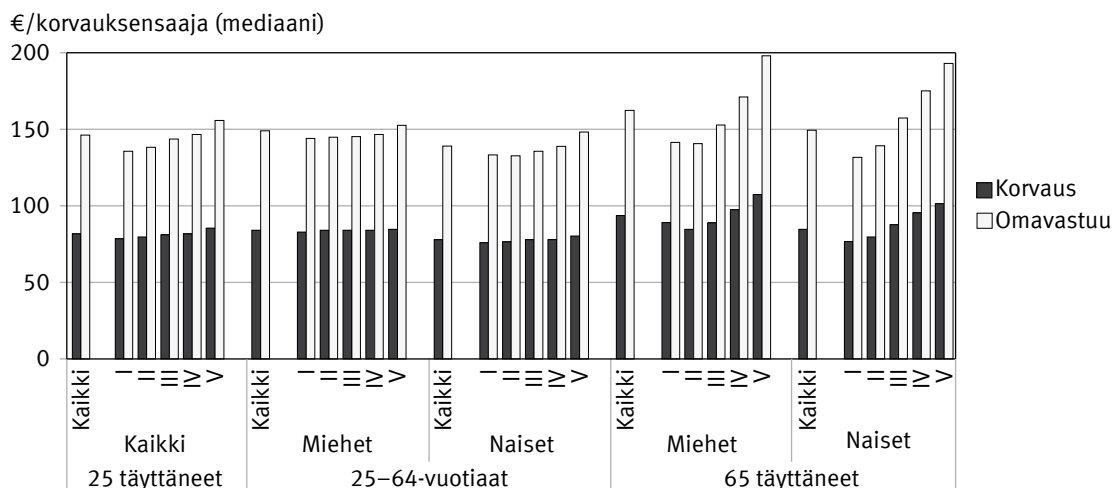
kalleus vaikuttavat vuosittain maksettuihin korvauskertymiin.

25 vuotta täyttäneille vuonna 2011 maksettujen korvausten keskiarvo oli 118 euroa. Vuosittainen mediaanikorvauskertymä oli kuitenkin tätä pienempi, 82 euroa (kuvio 20), sillä keskiarvoa nostaa se, että osalle korvauksia kertyi keskiarvoa huomattavasti suurempi summa. Mediaanin vaihtelu tuloryhmittäin oli pientä, 79–85 euroa, kun tarkastellaan kaikkia 25 vuotta täyttäneitä. Vaihtelun vähäisyys johtuu siitä, että myös korvauskertojen vuosittainen määrä eri tuloryhmissä oli työikäisillä keskimäärin yhtä suuri (kuvio 19). Työikäiset miehet saivat korvauksia hieman enemmän kuin naiset (84 vs. 78 euroa). Eläkeikäisillä sen sijaan maksettu vuosittainen korvaus oli yhteydessä tuloihin: mitä suurempituloisten ryhmä on kyseessä, sitä suurempi oli maksettujen korvausten mediaani.

Vuodesta 2006 koko 25 vuotta täyttäneen korvausta saaneen väestön vuosikorvauksen mediaani kasvoi reaalisesti kymmenen euroa vuoden 2011 hinnoissa. Kasvu oli karkeasti samanlaista joka tuloryhmässä lukuun ottamatta pienituloisimpia eläkeikäisiä miehiä, joiden vuosikorvauksen mediaani oli kasvanut vain yhdellä eurolla.

Kuviossa 20 esitetään myös itse maksetut keskimääräiset omavastuusummat eli vuoden aikana omasta taskusta yksityisestä hammashoidosta maksetut summat. Samoin kuin lääkärinpalkkioiden omavastuiden osalta, myöskään hammashoidon omavastuiden osalta ei kuitenkaan tiedetä, missä määrin asiakas todellisuudessa maksoi omavastuut

**Kuvio 20.** Yksityisestä hammashoidosta vuoden 2011 aikana maksetut keskimääräiset korvaukset ja omavastuut korvauksensaajaa kohden (€/korvauksensaaja, mediaani) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



itse ja missä määrin näitä korvattiin esimerkiksi työnantajan tai sairauskuluvakuutusten kautta.

Itse maksetut kustannukset olivat keskimäärin sitä suuremmat, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse – myös työikäisillä. Miehet maksoivat omavastuita hieman enemmän kuin naiset. Omavastuiden keskiarvo 25 vuotta täyttäneillä oli 223 euroa ja mediaani 146 euroa. Vuodesta 2006 omavastuun mediaani kasvoi reaalisesti 13 euroa. Omavastuusummat olivat hieman enemmän riippuvaisia tuloista kuin korvaukset. Työikäisillä tuloryhmän mukainen vaihtelu omavastuidenkin mediaaneissa oli kuitenkin melko pientä. Eläkeikäisillä sen sijaan maksetut omavastuut – samoin kuin korvatut summat – olivat selvästi yhteydessä tulotasoon. Tulos noudattaa sitä havaintoa, että myös korvauskertojen määrä oli eläkeikäisillä yhteydessä tuloihin. Lisäksi yhtäkin korvauskertaa kohden keskimäärin maksettu korvaussumma oli suurituloisilla hieman keskimääräistä suurempi (eläkeikäisillä suurituloisilla miehillä 46 euroa vs. keskiarvo 45 euroa; naisilla vastaavasti 45 euroa vs. keskiarvo 42 euroa). Tämä kertoo siitä, että suurituloisille tehtiin korvauskertaa kohden hieman keskimääräistä kalliimpia toimenpiteitä.

### 6.5 Hammashoidon korvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011

Kuviossa 21 (s. 36) esitetään vuosittaisten korvaussummien keskiarvot vuosina 2006 ja 2011 väestön jokaista henkilöä kohden laskettuna (jakajassa ovat siis nyt mukana myös ne, jotka eivät saaneet korvauksia yksityisestä hammashoidosta). Koko väestön jokaista 25 vuotta täyttänyttä kohden korvauksia maksettiin 31 euroa vuonna 2011 – pienituloisimmille 14 euroa ja suurituloisimmille 49 euroa. Henkilöä kohden maksetut korvaussummat olivat yhteydessä tuloihin samaan tapaan kuin korvausta saaneiden osuudet (kuvio 18). Suuhygienistin palkkioista maksettujen korvausten osuus kaikista korvauksista oli noin 6–8 prosenttia eri tuloryhmissä. Vuoden 2011 hinnoissa mitattuna keskimääräinen väestöön suhteutettu vuosikorvaus kasvoi reaalisesti neljällä eurolla ja korvausta saaneille maksettu keskimääräinen korvaus 16 eurolla. Korvausten kasvu johtuu pääasiassa vuoden 2008 taksakorotuksesta, sillä yksityisessä hammashoidossa olleiden väestöosuudessa ei tapahtunut suurta muutosta ja korvauskertojen määrät korvausta saaneilla jopa hieman laskivat. Täten korvausten kasvu ei näytä johtuvan siitä, että vuonna 2010 alettiin maksaa korvauksia myös suuhygienistillä käynneistä, koska nämä käynnit näyttävät korvanneen aikaisempia

hammaslääkärissäkäyntejä. Kasvua oli lähes jokaisessa ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmässä. Kuitenkin euromääräinen sekä useimmiten myös suhteellinen keskiarvokorvauksen kasvu oli sitä suurempaa, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse.

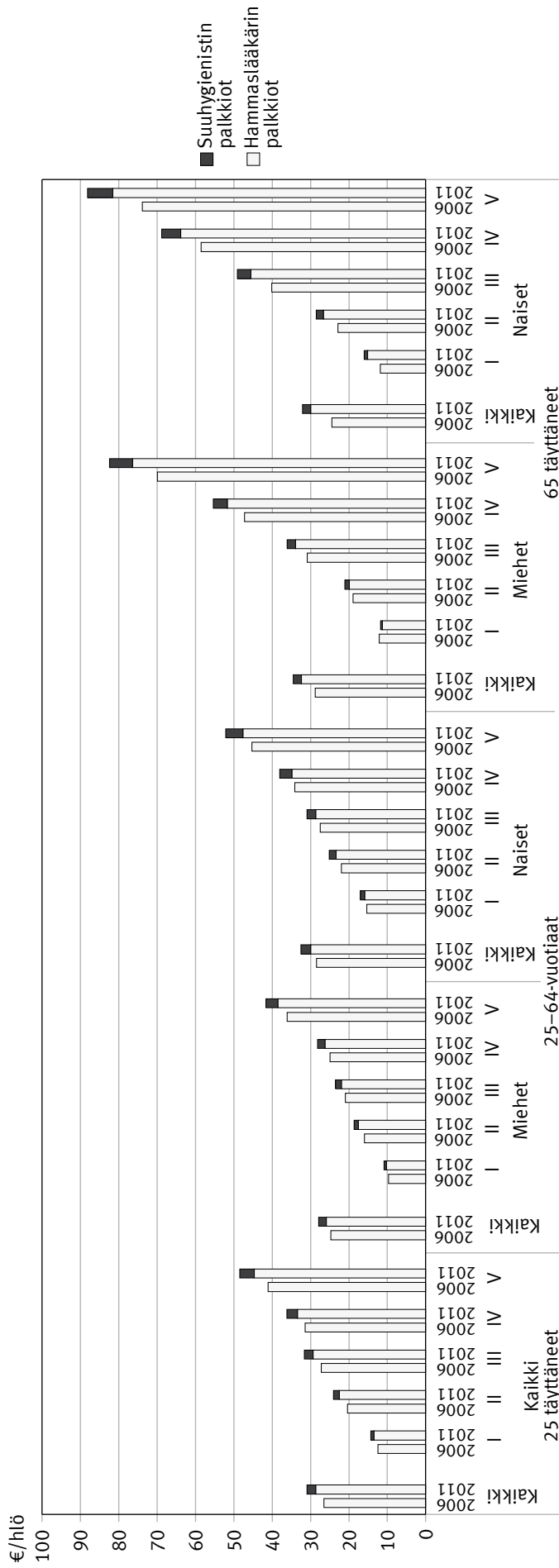
### 6.6 Yhteenvetoa hammashoidon korvauksista

Vastaavasti kuin yksityislääkärin palkkioiden osalta, myös yksityisen hammashoidon osalta tuloryhmien välillä oli huomattavat erot sairaanhoitokorvausten saamisessa ja siten yksityis palveluiden käytössä. Erot ääripäiden välillä olivat vielä suuremmat kuin yksityislääkärin palkkioista maksetuissa korvauksissa. Mitä suuremmat tulot henkilöllä oli, sitä todennäköisemmin hän oli vuonna 2011 saanut korvausta yksityisestä hammashoidosta. Kun suurituloisimpien ryhmässä olevista korvausta sai 40 prosenttia, pienituloisimmilla osuus oli vain 14 prosenttia. Aikavälillä 2006–2011 ei tapahtunut merkittäviä muutoksia tuloryhmien välisissä eroissa. Yksityisestä hammashoidosta korvausta saaneilla vuosittaiset korvauskertojen lukumäärät olivat työikäisillä tuloista riippumattomia, mutta eläkeikäisillä keskimääräiset korvauskertojen lukumäärätkin olivat suuremmat, jos henkilöllä oli suuret tulot. Vastaavasti suurituloisille eläkeläisille vuosittain maksettu korvaussumma oli keskimäärin suurempi kuin pienituloisille maksettu summa.

Vuosien 2006 ja 2011 välillä sekä keskimääräinen vuosittain maksettu korvaussumma että omavastuusumma kasvoivat reaalisesti. Korvaussumma kasvoi siitä huolimatta, että korvauskertojen määrä pysyi melko vakaana, sillä aikavälille sijoittuu yksityisen hammashoidon taksojen korotus vuoden 2008 alussa – taksojen korotuksella pyrittiin 40 prosentin korvaustasoon (Jauhiainen ym. 2013). Omavastuut kuitenkin kasvoivat, sillä myös hammashoidon kustannukset kasvoivat, ja pidemmällä aikavälillä korvaukset ovat taas jääneet jälkeen kustannusten noususta.

Useampi työikäinen nainen kuin mies kävi vuoden aikana yksityisessä hammashoidossa. Silti yksityissektoria käyttäneille miehille kertyi korvauskertoja yhtä paljon kuin naisille. Niistä maksettiin miehille yhteensä hieman enemmän korvauksia ja he maksoivat käynneistään enemmän omavastuuta. Tämä voidaan tulkita siten, että miehille tehtiin kalliimpia suun hoidon toimenpiteitä – kenties johtuen siitä, että miehet kävivät hammaslääkärissä harvemmin kuin naiset (vrt. Suominen ym. 2012). Yksityissek-

**Kuvio 21.** Yksityisestä hammashoidosta vuosina 2006 ja 2011 maksetut keskimääräiset sairaanhoitokorvaukset suhteutettuna ko. ryhmän koko väestöön (€/hlö, keskiarvo vuoden 2011 rahassa) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



torin hammashoidon käyttö on yleisempää kuin julkisen sektorin (Suominen ym. 2012). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei voida arvioida, kuinka suuri osuus niistä, jotka eivät käyttäneet yksityissektorin hammashoitopalveluita, käyttivät kuitenkin julkisen sektorin, YTHS:n tai muun tahon hammashoitoa. Aiemmankin tutkimuksen perusteella vaikuttaa kuitenkin selvältä, että etenkin suurituloiset hankkivat hammashoitonsa yksityissektorilta, kun taas useimmat pienituloiset kuin suurituloiset käyttävät julkisen sektorin hammashoitopalveluita (Suominen-Taipale ym. 2006).

## 7 Korvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta

Jenni Blomgren ja Lauri Virta

### 7.1 Tausta

Kela korvaa osan yksityislääkärin ja yksityisen hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista, kun tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut laissa tarkoitettu muu terveydenhuollon ammattihenkilö taikka kun toimenpide on tehty laissa yksityisestä terveydenhuollosta (L 152/1990) tarkoitettussa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Lisäksi edellytetään, että tutkimus tai hoito on määrätty sairauden hoitamiseksi tai se on ollut tarpeen mahdollisen sairauden toteamiseksi. Korvausta voidaan maksaa laboratoriotutkimuksista, radiologisista tutkimuksista, psykologisista tutkimuksista, patologian alaan kuuluvista tutkimuksista, sytostaattihoidosta, keinomunuaishoidosta, sairaanhoitotoimenpiteistä sekä fysioterapiasta. (Kela 2013a.) Psykologin tutkimus korvataan, kun kysymyksessä on lääkärin määräämä vakuutetun muuhun tutkimukseen tai hoitoon liittyvä tutkimus. Fysioterapian tai ihosairauksien valohoidon kustannuksia voidaan korvata myös terveystakeskus- tai sairaalalääkärin antamalla määräyksellä, muita ainoastaan yksityissektorin lääkärin läheteellä (Kela 2014a). Lääkärin määräämää fysioterapiaa ovat terapeuttinen käsittely sekä muu fysikaalinen hoito. Fysioterapian taksa jakautuu aikaperusteiseen fysioterapeuttisen hoidon taksaan ja nimikekohtaiseen fysikaalisen hoidon taksaan. Viime vuosina fysioterapian taksaan ei ole enää sisällynyt erillisiä laitekohtaisia taksoja. Fysioterapiaa voidaan korvata yhden päivän aikana enintään 60 minuuttia, ja saman lääkärinmääräyksen perusteella enintään viideltätoista hoitokerralta, kun hoito on annettu kolmen kuukauden kuluessa ensimmäisestä hoitokerrasta lukien.

Yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksia maksettiin vuonna 2013 noin 64 miljoonaa euroa, joista 17 miljoonaa (26 prosenttia) oli fysioterapian korvauksia ja 47 miljoonaa muun tutkimuksen ja hoidon korvauksia. 64 miljoonan euron korvaussumma vastasi vajaan neljän prosentin osuutta kaikista maksetuista sairaanhoitokorvauksista. Yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksia sai vuonna 2013 noin 1,2 miljoonaa suomalaista eli 22 prosenttia väestöstä. Fysioterapiasta korvausta sai 215 000 henkilöä, muusta tutkimuksesta ja hoidosta 1,06 miljoonaa henkilöä ja joillekin edellä mainituista korvattiin molempia, sekä fysioterapiaa että muuta tutkimusta ja hoitoa. Yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksia saaneiden väestöosuus on hiljalleen suurentunut viimeisen parinkymmenen vuoden ajan. (Kela 2013b ja 2014d.)

Kuten yksityislääkärin palkkioiden ja yksityisen hammashoidon, myös yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvausten enimmäismäärät on sidottu erikseen määriteltäviin taksoihin. Vuoden 2013 uudistukseen saakka korvauksen suuruus oli 75 prosenttia taksasta kiinteän omavastuun (13,46 euroa vuosina 2005–2012) ylittävältä summalta. Samalla kertaa määrättyistä tutkimuksista ja hoidoista perittiin kuitenkin vain yksi omavastuu – fysioterapiasarjasta perittiin kuitenkin erillinen omavastuu, vaikka se olisi määrätty samalla kertaa muiden tutkimusten tai hoitojen kanssa. Vuodesta 2013 alkaen korvaus on ollut suoraan vahvistetun korvaustaksan mukainen euromäärä tai enintään perityn maksun suuruinen. Kyseinen muutos samoin kuin samalla vuonna 2013 tutkimuksen ja hoidon korvauksiin tehdyt leikkaukset eivät vaikuta tässä esitettyihin ajallisiin vertailuihin. Tutkimuksen ja hoidon korvausaste on laskenut 2000-luvulla: vuonna 2000 korvausten osuus oli laskennallisesti noin 40 prosenttia kustannuksista, vuonna 2005 osuus oli 32 prosenttia ja vuonna 2013 korvausten leikkausten jälkeen enää 22 prosenttia.

Seuraavassa tarkastellaan, miten tuloryhmät eroavat toisistaan yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta saatujen sairaanhoitokorvausten suhteen. Luvussa tarkastellaan korvausta saaneiden vuosittaisia osuuksia, omavastuukertojen eli kerralla määrättyjen tutkimus- tai hoitosarjojen lukumääriä sekä Kelan maksamia vuotuisia keskimääräisiä korvaussummia ja henkilöiden itsensä maksamia omavastuusummia. Tarkasteluja tehdään sekä huomioiden kaikki tutkimuksen ja hoidon korvaukset kokonaisuutena että erikseen fysioterapian sekä toisaalta muun tutkimuksen ja hoidon kuin fysioterapian osalta. Tulokset esitetään koko 25 vuotta täyttäneestä väestöstä sekä

erikseen työikäisistä (25–64-vuotiaat) ja eläkeikäisistä (65 vuotta täyttäneet) naisista ja miehistä. Lisäksi selvitetään, miten tilanne on muuttunut 2006–2011.

Osuuksia ja omavastuukertojen määriä koskevat luvut esitetään sekä vakioimattomina eli aineistosta laskettuina suorina prosenttiosuuksina tai keskiarvoina että vakioituina, jolloin on painottamalla tasattu tuloryhmien väliset erot henkilöiden iässä, maantieteellisessä asuinpaikassa, kuntatyyppissä sekä kaikkia 25 vuotta täyttäneitä tarkasteltaessa myös sukupuolella. Euromääräiset korvaus- ja omavastuusummat esitetään vakioimattomina mediaaneina ja keskiarvoina.

## 7.2 Tutkimuksesta tai hoidosta korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin

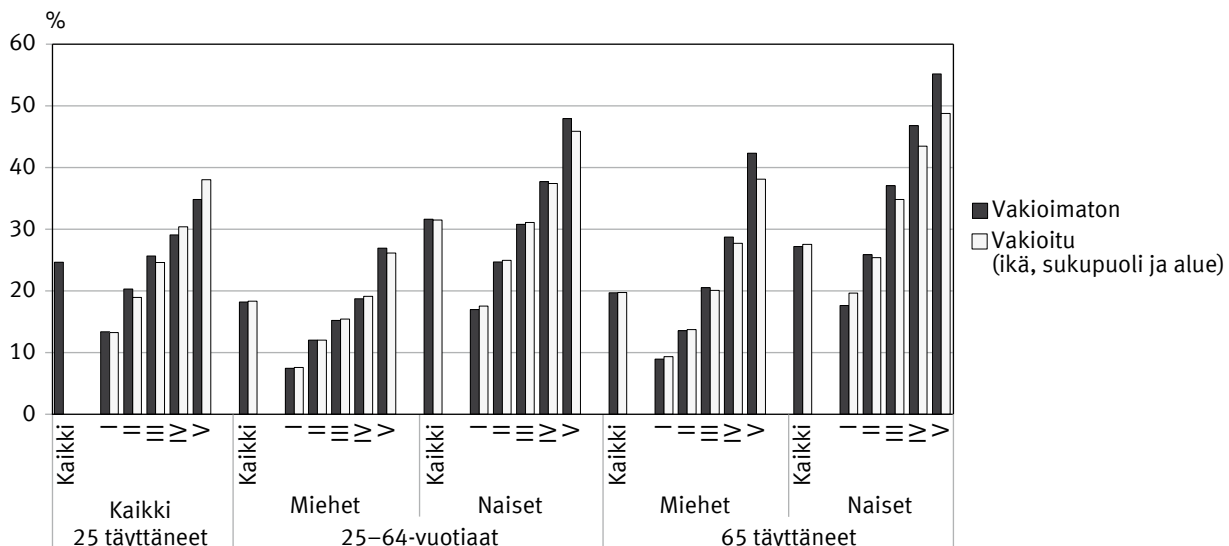
Kuviossa 22 esitetään yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta korvausta saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin iän ja sukupuolen mukaan. Kuviossa ovat mukana ne henkilöt, jotka saivat vuoden aikana korvausta jostakin tutkimuksesta ja hoidosta, mukaan lukien fysioterapiaa saaneet. Tutkimusta ja hoitoa ilman fysioterapiaa tarkasteltaessa tulojen yhteys korvausten saamiseen on käytännössä samanlainen kuin kuviossa 22, vaikka osuudet ovat luonnollisesti jonkin verran pienempiä (kuviota ei ole esitetty erikseen). Lisäksi kuviossa 23 (s. 39) esitetään erikseen fysioterapiasta korvausta saaneiden osuus (joillekin henkilöille on korvattu vuoden aikana myös muu-

ta yksityistä tutkimusta ja hoitoa) sekä kuviossa 24 (s. 39) niiden osuus, jotka saivat vuoden aikana korvausta pelkästään fysioterapiasta mutta eivät muusta tutkimuksesta ja hoidosta.

Yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksia sai vuoden 2011 aikana joka neljäs (25 prosenttia) 25 vuotta täyttäneistä. Tuloryhmien väliset erot olivat selvät ja tulotaso oli likimain lineaarisessa yhteydessä korvauksen saamiseen: pienituloisimmista henkilöistä korvauksia sai 13 prosenttia ja suurituloisimmista 35 prosenttia. Korvauksia saivat selvästi useammin naiset kuin miehet. Sukupuolten välisen eron selittävät suurimmaksi osaksi naisten gynekologiset tutkimukset, varsinkin työikäisillä (Kela 2014d).

Taustatekijöiden vakiointi eri ikä- ja sukupuoli-ryhmissä tasoitti hieman tuloryhmien välisiä eroja (kuviokuva 22). Erityisesti alueen – joka on yhteydessä yksityisten palveluiden tarjontaan – huomioon ottaminen selitti osan suurituloisimpien alttiudesta käyttää yksityistä tutkimusta ja hoitoa. Korvausta saaneiden osuudet kasvoivat vuodesta 2006 kaikkiaan neljä prosenttiyksikköä; kasvu oli prosenttiyksiköissä sitä suurempaa, mitä suurituloisempien ryhmästä oli kyse, mutta suhteellinen kasvu oli karkeasti samansuuruista kaikissa tuloryhmissä. Ainakin osittain kasvua selittää hammasröntgentutkimusten korvauskäytännössä tapahtunut muutos, jonka takia korvauksia saaneiden määrä kasvoi aikavälillä 2009–2010. Tämän tutkimuksen aineisto ei kuitenkaan mahdollistanut analysointia toimenpidetasolla.

**Kuvio 22.** Yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta (ml. fysioterapia) korvausta vuonna 2011 saaneiden osuus (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.

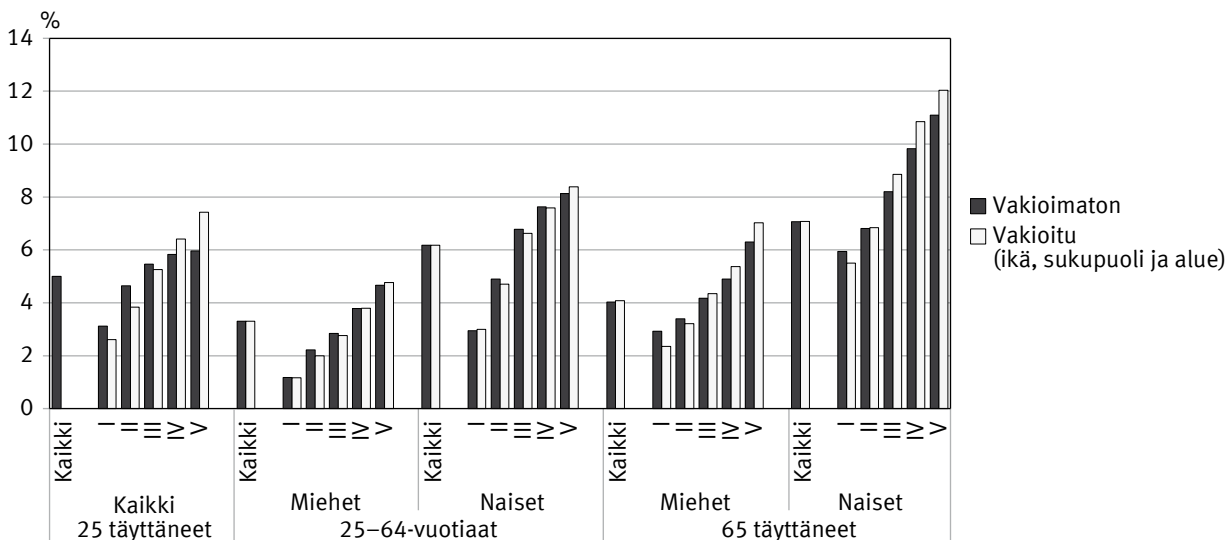




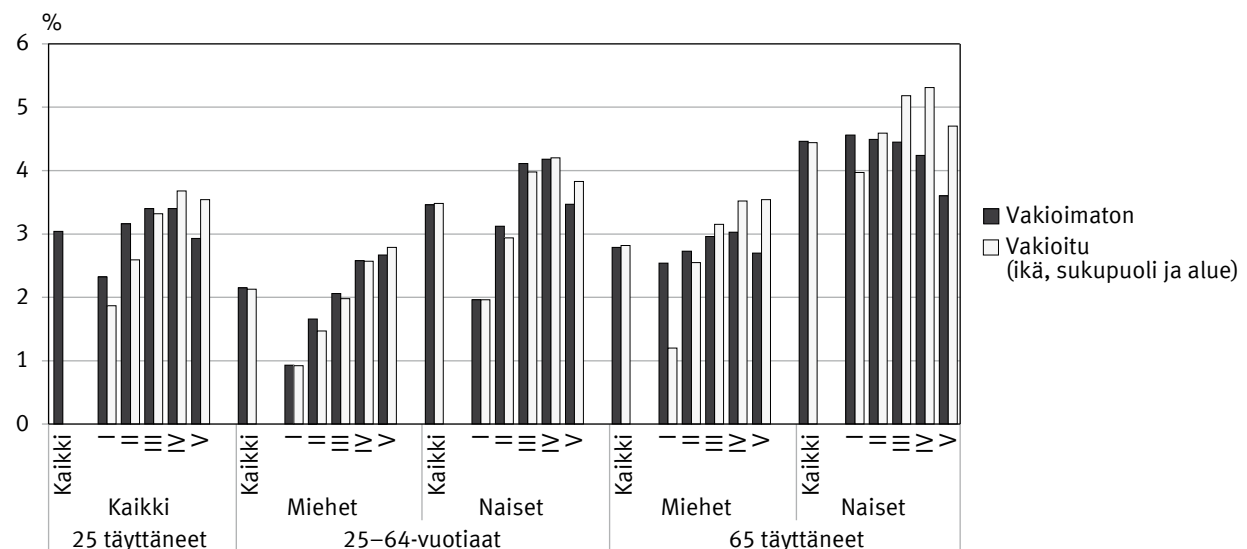
Myös fysioterapiasta korvauksia saaneiden osuus on selvästi yhteydessä tulotasoon, kun mukana ovat kaikki fysioterapiasta korvauksia saaneet riippumatta siitä, saivatko he myös muun tutkimuksen ja hoidon korvauksia (kuvio 23). Viisi prosenttia 25 vuotta täyttäneistä sai sairaanhoitokorvauksia yksityisestä fysioterapiasta. Sen sijaan pelkästään fysioterapiasta korvauksia saaneiden osuudella ei ollut johdonmukaista yhteyttä tuloryhmiin (kuvio 24). Kolme prosenttia kaikista 25 vuotta täyttäneistä sai korvausta yksityisestä fysioterapiasta saamatta korvausta muusta tutkimuksesta ja hoidosta; keskituloisista suurempi osuus sai korvauksia kuin pienitai suurituloisimmista. Taustatekijöiden vakiointi

kuitenkin muutti tulojen ja korvauksen saamisen yhteydestä saatavaa kuvaa: pienituloisimpien suuresta korvauksensaajien osuudesta selittyi osa, ja suurituloisimpien osalta korvauksensaajien osuus nousi. Erityisesti alueen vakioiminen (suuralue ja kunnan kaupunkimaisuusaste) vaikutti siihen, että vakioimattomat ja vakioidut osuudet erosivat toisistaan. Voidaankin olettaa, että pelkästään fysioterapian perusteella yksityisen hoidon korvauksia saaneista varsin suuri osa – erityisesti pienituloisista – on asiakkaita, jotka ovat saaneet lähetteensä fysioterapiaan julkiselta sektorilta. Kun kunnissa on eroa läheteiden kirjoittamisessa fysioterapiaan ja toisaalta julkisten fysioterapiapalveluiden tarjon-

**Kuvio 23.** Fysioterapiasta korvausta vuonna 2011 saaneiden (osalla myös muuta tutkimusta ja hoitoa ko. vuotena) osuudet 25 vuotta täyttäneestä väestöstä (%) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



**Kuvio 24.** Pelkästään fysioterapiasta korvausta vuonna 2011 saaneiden (henkilöllä ei muuta tutkimusta ja hoitoa ko. vuotena) osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



nassa, asuinkunta on tätä kautta yhteydessä siihen, kuinka suuri osa laajemman alueen väestöstä on saanut fysioterapiasta korvausta. Siten yksityisen fysioterapian palveluissa vaikuttaa ilmeiseltä, että pienituloisimmista suurempi osuus on hakeutunut hoitoon julkisen sektorin lähetteellä, kun taas suurituloisista suurempi osa yksityislääkärin lähetteellä.

On kuitenkin huomattava, että kuvion 24 prosentiosuudet ovat kauttaaltaan varsin pienet (alle viisi prosenttia), ja tuloryhmien väliset erot jäävät suurimmillaankin vain pariin prosenttiyksikköön. Tästä syystä myös vakiointien vaikutus näyttää silmämääräisesti suuremmalta verrattuna muihin tämän raportin vastaaviin kuvioihin.

### 7.3 Korvattujen tutkimus- tai hoitosarjojen vuosittaiset määrät

Tutkimuksen ja hoidon osalta Kela ei ole ennen vuotta 2013 rekisteröinyt yksittäisen korvauksensaajan käyntimääriä vaan vuosittaisia omavastuukertoja. Lääkärin samalla kerralla määräämältä tutkimus- ja hoitosarjalta perittiin asiakkaalta omavastuu vain yhden kerran vuosina 2005–2012 voimassa olleen käytännön mukaan – kuitenkin niin, että fysioterapiasta perittiin joka tapauksessa erillinen omavastuu. Tässä tarkastellaan omavastuukertojen määriä eli käytännössä määrättyjen tutkimus- tai hoitosarjojen vuosittaisia määriä korvauksensaajilla. Kyse ei ole siten yksittäisten käyntien määristä – esimerkiksi fysioterapia määrätään usein hoitosarjoina, ja käyntejä on todennäköisesti ollut useita, vaikka omavastuu on maksettu vain kerran. Jossain

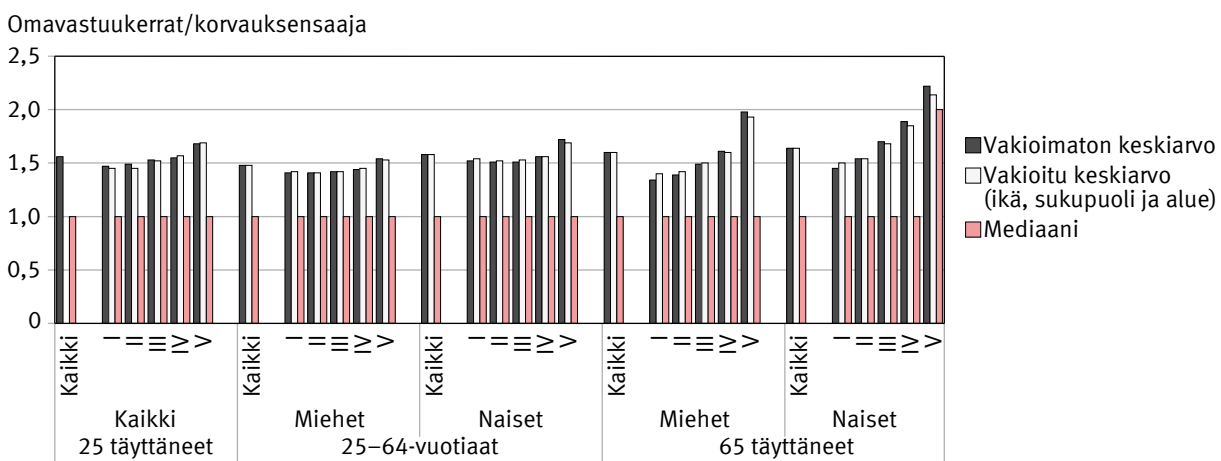
määrin käyntimäärien eroihin päästään käsiksi korvaussummia tarkasteltaessa seuraavassa alaluvussa.

Omavastuukertojen keskiarvo korvausta saanutta kohden ei työikäisillä juuri vaihdellut tulojen mukaan (kuvio 25). Työikäisillä omavastuukertoja eli määrättyjä tutkimuksia tai hoitoja tai niiden sarjoja oli keskimäärin 1,5 – suurituloisimmilla keskiarvo oli hieman muita suurempi. Eläkeikäisillä sen sijaan omavastuukertojen keskiarvo vuoden aikana oli sitä suurempi, mitä suurempi oli tulotaso. Kuitenkin jokaisessa tarkastellussa ikä-, sukupuoli- ja tuloryhmässä omavastuukertojen mediaani oli yksi – lukuun ottamatta suurituloisimpien ryhmän eläkeikäisiä naisia, joilla mediaani oli kaksi. Omavastuukertojen määrän muutokset aikavälillä 2006–2011 olivat tuskin havaittavia.

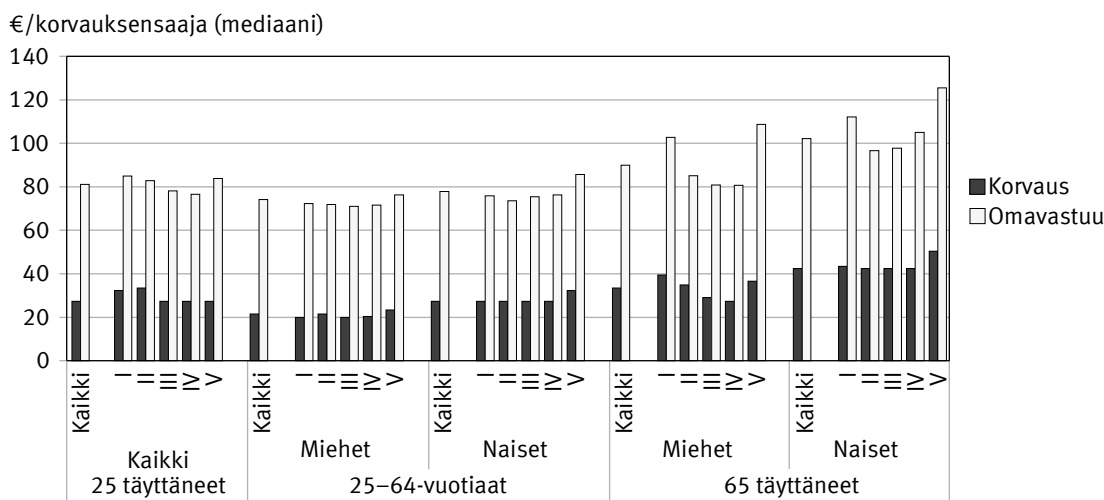
### 7.4 Tutkimuksesta ja hoidosta maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut

Tutkimuksesta ja hoidosta vuoden 2011 aikana maksettujen korvausten keskiarvo oli 71 euroa ja omavastuiden 174 euroa. Korvausten ja omavastuiden mediaanit olivat kuitenkin selvästi pienempiä – korvausten 27 euroa ja omavastuiden 81 euroa (kuvio 26, s. 41) – sillä keskiarvoja nostavat joidenkin henkilöiden paljon keskimääräistä suuremmat kustannukset. Samoin kuin omavastuukerrat (kuvio 25), myöskään keskimääräiset korvaussummat eivät paljoakaan vaihdelleet tuloryhmittäin. Työikäisillä miehillä mediaanikorvaussumma vaihteli tuloryhmän mukaan 20 eurosta 23 euroon, naisilla

**Kuvio 25.** Keskimääräinen omavastuukertojen vuosittainen lukumäärä (omavastuukerrat/korvauksensaaja, vakioimaton ja vakioitu keskiarvo sekä mediaani) yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta korvausta vuonna 2011 saaneilla tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



**Kuvio 26.** Yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta (ml. fysioterapia) vuoden 2011 aikana maksetut keskimääräiset korvaukset ja omavastuut korvauksensaajaa kohden (€/korvauksensaaja, mediaani) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



27 eurosta 32 euroon. Vaihtelua oli enemmän eläkeikäisillä, etenkin miehillä: keskituloisten korvaussummat olivat pienempiä kuin muiden. Siten keskituloiset ikääntyneet miehet näyttävät käyttäneen jossain määrin erilaisia tutkimuksen ja hoidon palveluita verrattuna tulojakauman ääriryhmiin. Vastaava tulos näkyy myös omavastuiden mediaaneissa eläkeikäisillä molemmilla sukupuolilla (kuvio 26). Korvauskertojen mediaani oli lähes joka ryhmässä yksi, ja siten kuvion 26 korvaukset vastaavat käytännössä yhdestä käyntikerrasta aiheutuneita korvauksia ja omavastuita. Vuoteen 2006 verrattuna korvausten mediaani oli hieman pienentynyt ja omavastuiden nousut.

### 7.5 Tutkimuksen ja hoidon korvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011

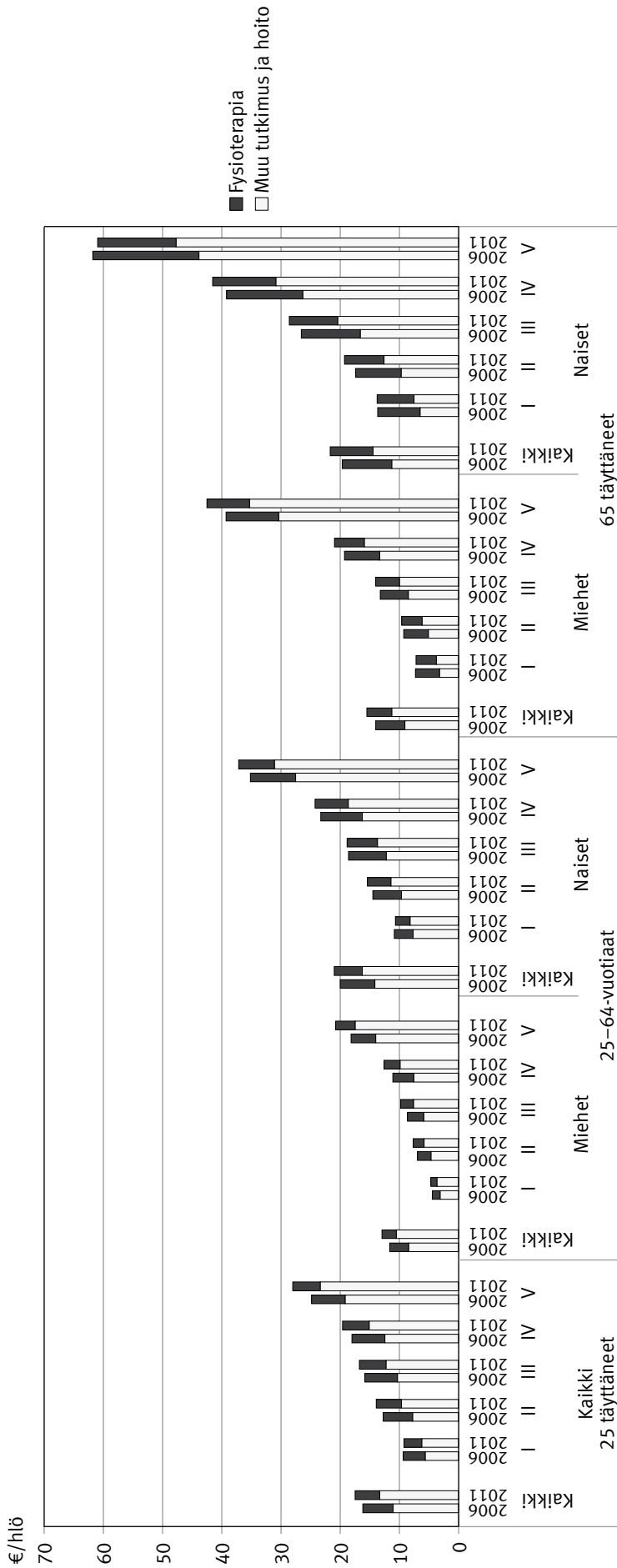
Kuviossa 27 (s. 42) eritellään tutkimuksesta ja hoidosta kullekin tuloryhmälle vuosina 2006 ja 2011 maksetut korvaukset suhteutettuna koko väestöön (ml. ne, jotka eivät saaneet korvauksia) vuoden 2011 hinnoissa. Vuonna 2011 koitui keskimäärin 16 euroa korvauskustannuksia henkeä kohden, joista viisi euroa oli fysioterapian ja 11 euroa muun tutkimuksen ja hoidon korvauksia. Pienituloisimpien ryhmässä korvaus jäi alle kymmenen euron, kun se suurituloisimmilla oli lähes 30 euroa henkeä kohden. Väestöä kohden laskettuna – kun laskelmassa vaikuttaa vahvasti korvausta saaneiden osuus – korvaussummat olivat voimakkaasti yhteydessä tuloryhmään. Etenkin eläkeikäisillä keskimääräiset korvauskulut olivat yhteydessä tuloihin.

Kun kaikki tutkimuksen ja hoidon korvaukset laskettiin yhteen, korvaukset henkeä kohden kasvoivat aavistuksen aikavälillä 2006–2011, keskimäärin noin euron ja suurimmillaankin vain kolme euroa vuoden 2011 hinnoissa. Muun tutkimuksen ja hoidon kuin fysioterapian korvaukset kasvoivat noin kahdella eurolla ja keskimäärin sitä enemmän, mitä suurituloisempien ryhmää tarkastellaan. Kasvu selittyneellä, että hammaslääkäreiden määräämiä radiologisia tutkimuksia alettiin vuonna 2010 korvata aikaisempaa laajemmin. Fysioterapiasta maksetut keskimääräiset korvaukset sen sijaan jonkin verran pienenevät: väestön henkilöä kohden laskettu korvaus pieni noin euron vuoden 2011 hinnoissa, ja pieneminen oli sitä suurempaa, mitä suurituloisemmista oli kyse (kuvio 27). Osittain havaittu tulos liittyy siihen, että fysioterapian keskimääräiset omavastuukerrat aavistuksen verran vähenivät aikavälillä 2006–2011, samalla kun muun tutkimuksen ja hoidon omavastuukertojen lukumäärä hiukan kasvoi.

### 7.6 Yhteenvetoa tutkimuksen ja hoidon korvauksista

Sairaanhoitokorvausten saaminen yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta oli vahvasti yhteydessä tuloryhmään vuonna 2011. Pienituloisimmista 25 vuotta täyttäneistä korvauksia sai 13 prosenttia ja suurituloisimmista 35 prosenttia eli useampi kuin joka kolmas. Pelkästään fysioterapiasta korvausta saaneiden osuus ei kasvanut yhtä suoraviivaisesti tulojen mukaan: korvauksia saivat useammat keskituloiset kuin pieni- tai suurituloiset. Asuinalueen ja

**Kuvio 27.** Yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta vuosina 2006 ja 2011 maksetut keskimääräiset sairaanhoitokorvaukset suhteutettuna ko. ryhmän koko väestöön (€/hiö, keskiarvo vuoden 2011 rahassa) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



kunnan kaupunkimaisuusasteen vakiointi toi esiin tulojen ja yksityisen fysioterapian käytön välisiä yhteyksiä. Fysioterapiaa koskevien tulosten tulkintaa hankaloittaa se, että yksityisestä fysioterapiasta saa korvausta myös julkisen sektorin lääkärin läheteellä, toisin kuin muusta yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta. Lähetekäytännöt puolestaan lienevät riippuvaisia asuinkunnasta.

Vuosittaisten omavastuukertojen eli yhdellä kertaa määrättyjen tutkimus- tai hoitosarjojen omavastuiden lukumäärässä ei ollut työikäisillä korvausta saaneilla eroa; sen sijaan eläkeikäisillä myös omavastuukertoja kertyi yksityistä tutkimusta ja hoitoa käyttäneillä sitä useampia, mitä suurituloisemmista oli kyse. Vastaavasti vuosittain maksettujen korvausten keskiarvosummat samoin kuin omavastuusummat olivat työikäisillä melko samansuuruisia tuloryhmästä riippumatta. Eläkeikäisillä sen sijaan oli vaihtelua tuloryhmittäin, joskin yhteys tuloihin oli epäsystemaattinen. Jokaista 25 vuotta täyttäneitä kohden korvauskustannuksia koitui vuonna 2011 yhteensä 16 euroa, joista viisi euroa oli fysioterapiakorvauksia.

## 8 Matkakorvaukset

Jussi Tervola

### 8.1 Tausta

Kela korvaa terveydellisistä syistä tehtyjen matkojen kustannuksia sairausvakuutuslain (L 1224/2004) nojalla. Matkakorvauksia myönnetään sairauden, raskauden ja synnytyksen aiheuttamien matkojen tarpeellisista kustannuksista sekä Kelan järjestämään kuntoutukseen tehtyjen matkojen kustannuksista. Matka korvataan yleensä lähimpään yksityisen tai julkisen terveydenhuollon lääkäriin tai hoitolaitokseen ja pääasiassa halvimman matkustustavan mukaan. Halvin matkustustapa on usein oma auto tai jokin julkinen kulkuneuvo, mutta puutteellisen liikenneverkon tai henkilön terveydentilan takia Kela voi korvata myös esimerkiksi taksilla tai jopa helikopterilla tehdyn matkan. Taksimatkojen osuus korvatuista matkoista on kasvanut merkittävästi 2000-luvulla. Vuonna 2013 yli kolme viidestä matkasta tehtiin taksilla.

Kela korvaa matkakustannukset kokonaan omavastuun ylittävältä osalta. Matkakohtainen omavastuu oli 9,25 euroa vuosina 2001–2012. Vuoden 2013 alusta omavastuuta korotettiin 14,25 euroon. Kuten lääkekorvauksissa, myös matkakorvauksissa on vuo- tuinen omavastuuosuus, jonka ylityttyä matkojen

kustannukset korvataan kokonaan. Vuodesta 2001 lähtien omavastuukatto on täyttynyt 17:stä korvattusta matkasta kalenterivuoden aikana. Vuoteen 2012 asti tämä vastasi noin 157:ää euroa. Vuodesta 2013 omavastuun enimmäismäärä on ollut noin 242 euroa. Matkakorvauksiin kuuluu myös yöpymisraha, joka maksetaan henkilöille, jotka joutuvat yöpymään matkan aikana tutkimuksen, hoidon tai liikenneolosuhteiden vuoksi. Yöpymisrahan osuus matkakorvauksista on pieni, noin 0,3 prosenttia. (Kela 2014 d.)

Vaikka matkakorvauksien saajia on vähemmän kuin muiden sairaanhoitokorvausten saajia, matkakorvausten kustannukset ovat lääkekorvausten jälkeen suurimmat. Vuonna 2013 niitä maksettiin 294 miljoonaa euroa. Ennen omavastuun korotusta vuonna 2013 matkakorvaukset ovat 2000-luvulla olleet suhteellisesti nopeimmin kasvava sairausvakuutusetuus keskimääräisen nimellisen vuosikasvun ollessa yhdeksän prosenttia. Syiksi kustannusten kasvuun on esitetty julkisen liikenneverkon harvenemista, terveyspalvelujen keskittämistä, liikennekustannusten kasvua ja väestön ikääntymistä (Mattila ja Tervola 2013). Esitettyjen syiden vaikutuksia ei kuitenkaan ole tutkittu.

Matkakorvausten luonteesta johtuen matkakorvauksia saavat erityisesti ne, jotka käyttävät paljon terveyspalveluja ja asuvat melko kaukana terveyspalveluiden tuottajasta. Tästä seuraa, että matkakorvauksia saa erityisesti ikääntynyt väestönosa. Vuonna 2011 yli puolet, 51 prosenttia, korvaussummasta maksettiin 65 vuotta täyttäneille. Lisäksi matkakorvauksia maksetaan suhteellisesti eniten maaseutumaisissa ja vähiten kaupunkimaisissa kunnissa asuville (Mattila ja Tervola 2013).

Tässä luvussa tarkastellaan matkakorvauksia vuoden 2011 aikana saaneiden osuuksia sekä maksettua korvaussummaa ja omavastuita tuloryhmittäin. Osuuksia koskevat luvut esitetään sekä vakioimattomina eli aineistosta laskettuina prosenttiosuuksina että vakioituina, jolloin on painottamalla taksattu tuloryhmien väliset erot henkilöiden iässä, maantieteellisessä asuinpaikassa, kuntatyyppissä sekä kaikkia 25 vuotta täyttäneitä tarkasteltaessa myös sukupuolella. Sen sijaan korvausten ja omavastuiden euromääriä koskevat luvut esitetään vakioimattomina mediaaneina ja keskiarvoina.

## 8.2 Matkakorvauksia saaneiden osuus väestöstä tuloryhmittäin

Matkakorvaukset kohdentuvat erityisesti pienituloisille. Yli 70 prosenttia matkakorvauksista maksettiin kahden alimman tuloryhmän edustajille (40 prosenttia väestöstä). Matkakorvausten painottuminen pienituloisille johtuu suurelta osin siitä, että iäkkäimmät ja sairaimmat, jotka saavat muita useammin matkakorvauksia, ovat useammin myös pienituloisia. Tämän takia on hyvä tarkastella aineistosta lasketun suoran jakauman lisäksi jakaumaa, jossa tarpeeseen vaikuttavat tekijät on vakioitu.

Kuviossa 28 on esitetty matkakorvauksia saaneiden osuudet 25 vuotta täyttäneessä väestössä tuloryhmittäin iän ja sukupuolen mukaan. Matkakorvausten saajia on selvästi enemmän pienituloisempien ryhmissä. Kahdessa pienituloisimpien ryhmässä matkakorvauksia on saanut reilu neljännes. Suurituloisempien ryhmissä matkakorvauksia saaneiden osuus on pienempi. Matkakorvaukset eivät kuitenkaan ole täysin pienituloisten etuus, sillä kuusi prosenttia suurituloisimmasta tuloryhmästä sai matkakorvauksia. Osuus oli kutakuinkin samansuuruinen suurituloisimmassakin persentiilissä (suurituloisin prosentti väestöstä). Tuloluokkien väliset erot ovat samanlaisia kaikissa tarkastelluissa ikä- ja sukupuoliryhmissä.

Matkakorvausten saaminen oli 65 vuotta täyttäneillä kolme kertaa yleisempää kuin alle 65-vuotiailla. Sukupuolten välillä ei ollut juurikaan eroja. Kaiken kaikkiaan matkakorvausten saajissa oli kuitenkin

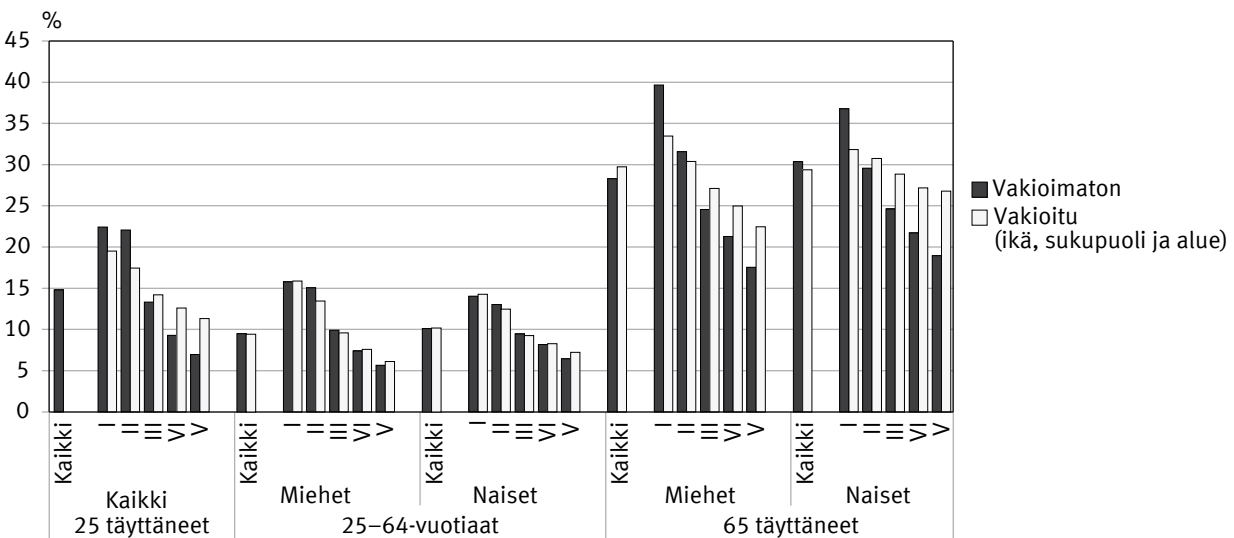
enemmän naisia (54 prosenttia saajista), sillä heitä on vanhemmissa ikäluokissa miehiä enemmän.

Matkakorvausten saajaosuuksien erot tuloryhmien välillä johtuvat osittain demografisista eroista. Iän, asuinpaikan ja sukupuolen vakiointi tasoitti selvästi tuloluokkien välisiä eroja. Kun vakioimattomien lukujen mukaan pienituloisimpien ryhmässä korvausten saajia oli kolminkertaisesti suurituloisimpiin nähden, vakioinnin jälkeen erot olivat enää kaksinkertaiset. Vakioinnilla ei ollut vaikutusta alle 65-vuotiaisiin. 65 vuotta täyttäneillä vakioinnilla oli kuitenkin suuri tuloryhmien eroja tasoittava vaikutus niin miehillä kuin naisillakin.

Keskimääräinen matkakorvauksien saaja sai vuoden aikana korvausta kahdesta yhdensuuntaisesta matkasta (mediaani). Pienituloiset ja 65 vuotta täyttäneet korvausten saajat matkustivat hieman useammin, keskimäärin kolme matkaa vuoden aikana. Keskimääräinen matkakorvauksen saaja jäi siis kauaksi omavastuun enimmäismäärän täyttämiseen vaadittavasta määrästä, joka on yli 17 korvattua matkaa vuoden aikana. Omavastuun enimmäismäärän täyttämisen jälkeen maksettuja korvauksia eli lisäkorvauksia sai kuitenkin lähes joka kymmenes matkakorvausten saaja. Kuviossa 29 (s. 45) on esitetty lisäkorvauksia saaneiden osuus matkakorvausten saajista tulo-, ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Matkojen lisäkorvausten saamista voidaan pitää merkkinä sairastamisen pitkäkestoisuudesta.

Naisista matkojen lisäkorvauksia sai noin joka kymmenes matkakorvauksen saaja, sekä yli että alle

**Kuvio 28.** Matkakorvauksia vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



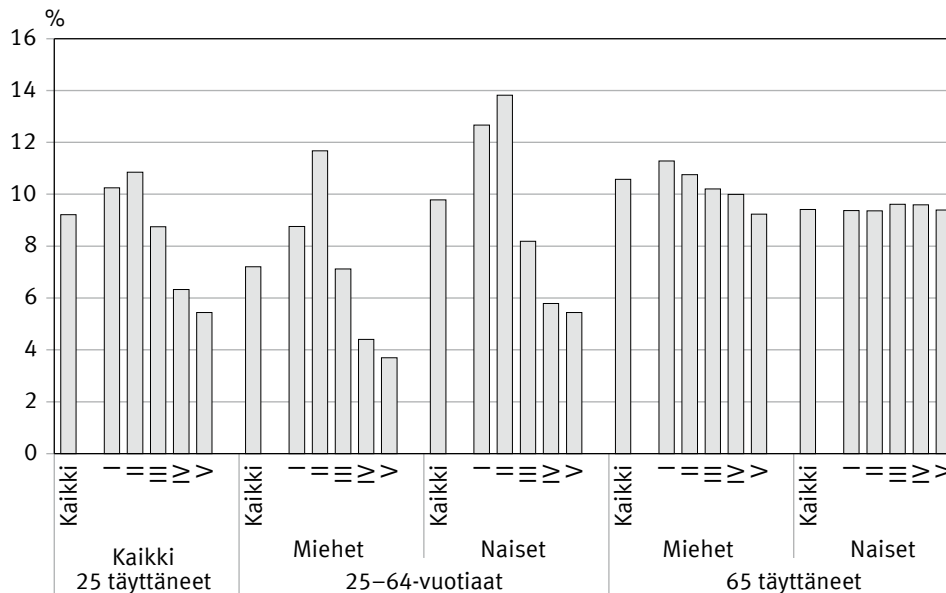
65-vuotiaista. Alle 65-vuotiaat matkakorvauksia saaneet miehet saivat lisäkorvauksia selvästi harvemmin kuin naiset, mutta 65 vuotta täyttäneet miehet saivat matkojen lisäkorvauksia jopa hieman naisia useammin. Eläkeikäisistä lisäkorvauksia saivat yhtä lailla pieni- kuin suurituloisetkin. Pienituloiset eläkeikäiset miehet saivat lisäkorvauksia hieman enemmän kuin suurituloiset. Ero oli kuitenkin jyrkempi työikäisillä, joilla pienituloiset matkakorvauksia saaneet saivat kaksi kertaa suurempituloisimpia useammin myös lisäkorvauksia. Tämä kertoo erityisesti siitä, että työikäisissä sai-

rastavimmat olivat myös muita useammin pienituloisia, kun taas eläkeikäisissä sairastavuudella ja tulotasolla ei ole selvää yhteyttä.

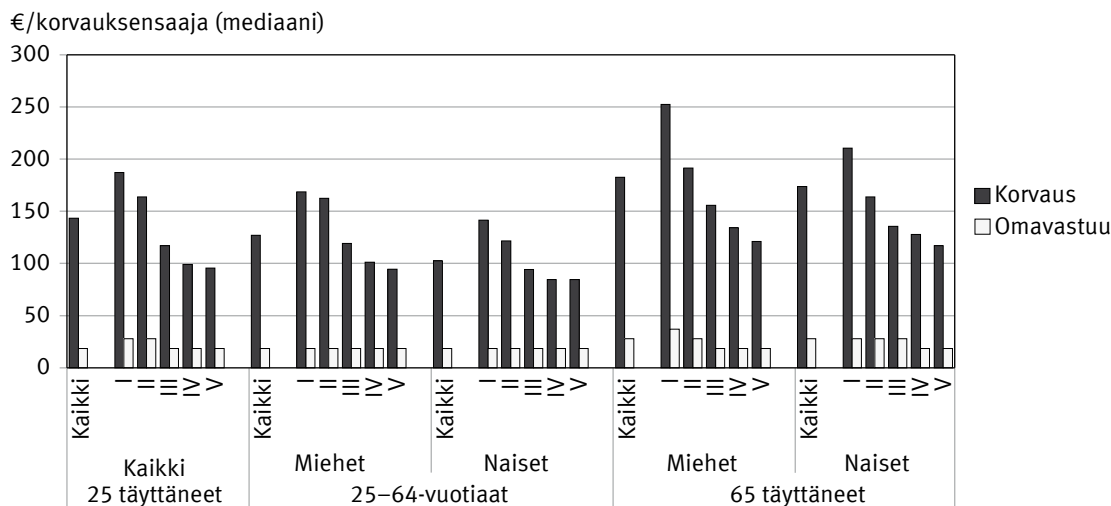
### 8.3 Matkoista ja yöpymisistä maksetut vuosittaiset korvaukset ja omavastuut

Vuoden aikana kertyneeseen matkakorvaussummaan vaikuttavat monet seikat, kuten matkojen määrä, matkojen pituus ja käytetyt kulkuneuvot. Kuvioista 30 nähdään, että vuonna 2011 keski-

**Kuvio 29.** Matkakorvausten lisäkorvauksia vuonna 2011 saaneiden osuudet (%) 25 vuotta täyttäneistä matkakorvauksia saaneista tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



**Kuvio 30.** Matkoista vuoden 2011 aikana maksetut keskimääräiset korvaukset ja omavastuut korvauksensaajaa kohden (€/korvauksensaaja, mediaani) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



määräinen saaja sai 140 euroa matkakorvauksia ja maksoi 18,5 euroa omavastuita (mediaani). Pienituloisimmilla ja ikääntyneemmillä saajilla keskimääräinen korvaus oli selvästi suurempi. Suurin keskimääräinen korvaus oli eläkeikäisillä pienituloisilla miehillä, joille maksettiin keskimäärin 250 euroa matkakorvauksia vuoden aikana. Keskimääräinen omavastuun määrä (18,5 euroa) vastaa kahden korvatun matkan omavastuuta, ja se oli suurin piirtein samansuuruinen jokaisessa tulo-, ikä- ja sukupuoliryhmässä.

#### 8.4 Matkakorvaukset väestöön suhteutettuna 2006–2011

Vuosina 2006–2011 matkakorvausten kokonaissumma kasvoi reaalisesti 73 miljoonaa euroa, josta yli 25-vuotiaiden osuus oli 61 miljoonaa euroa. Kuviossa 31 on esitetty matkakorvaussumma suhteutettuna väestön kokoon eri tulo-, ikä- ja sukupuoliryhmissä vuosina 2006 ja 2011. Vuonna 2006 matkakorvauksia maksettiin 45 euroa asukasta kohden vuoden 2011 rahassa ja vuonna 2011 jo noin 59 euroa asukasta kohden. Matkakorvaussumma väestöön suhteutettuna on kasvanut kaikissa tulo-, ikä- ja sukupuoliryhmissä. Kasvu oli suhteellisesti yhtä suurta kaikissa ikä- ja sukupuoliryhmissä. Tuloryhmistä korvausmäärän kasvu (samoin kuin saajaosuuksienkin kasvu, ks. luku 3) oli suhteellisesti suurinta toiseksi pienituloisimmassa ryhmässä (6,8 prosenttia vuodessa) ja pienintä toiseksi suurituloisimpien ryhmässä (4,8 prosenttia).

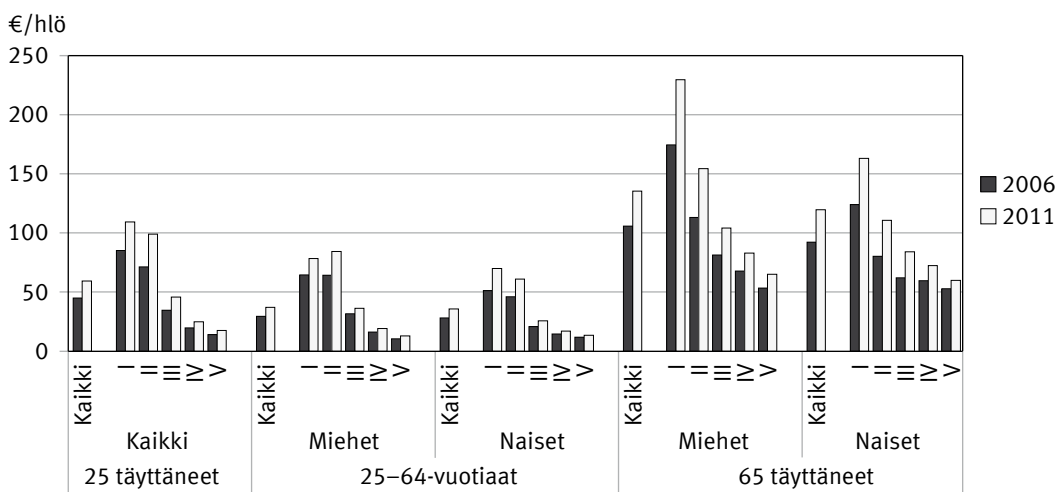
#### 8.5 Yhteenvetoa matkakorvauksista

Pienituloiset saavat matkakorvauksia selvästi todennäköisemmin kuin suurituloiset. Suurituloisimpien ryhmässä matkakorvauksia sai vuonna 2011 noin seitsemän prosenttia, kun pienituloisimpien ryhmässä niitä sai kolminkertainen määrä, noin 22 prosenttia tuloryhmän väestöstä. Pienituloisilla keskimääräinen korvauskertymä vuoden aikana oli myös selvästi suurempi kuin suurituloisilla. Pienituloisimpien ryhmässä keskimääräinen korvauskertymä oli 187 euroa ja suurituloisimpien noin puolet siitä, 96 euroa.

Matkakorvausten painottuminen pienituloisimpien ryhmiin johtuu suurelta osin siitä, että matkakorvauksia saavat erityisesti ikääntyneet, sairastavat sekä kaupunkialueiden ulkopuolella asuvat henkilöt. Ikä-, sukupuoli- ja aluejakauman vakioimisen jälkeen matkakorvausten kohdentuminen tulo- luokkiin tasoittui selvästi. Kun vakioimattomana suurituloisimpien ja pienituloisimpien ryhmän ero oli kolminkertainen, oli se mainittujen tekijöiden vakioimisen jälkeen enää alle kaksinkertainen.

Matkakorvausten menoerä on sairaanhoitokorvauksista toiseksi suurin, 294 miljoonaa euroa vuonna 2013. Vuosituhannen vaihteen jälkeen matkakorvaukset ovat olleet myös nopeimmin kasvava sairausvakuutusetus. Vuosina 2006–2011 matkakorvausten määrä kasvoi reaalisesti 5,7 prosenttia vuodessa. Kasvua on tapahtunut kaikissa ikä-, sukupuoli-, ja tuloryhmissä, mutta suhteellisesti suurinta kasvu on kuitenkin ollut pienituloisimpien ryhmissä.

**Kuvio 31.** Vuosina 2006 ja 2011 maksetut keskimääräiset matkakorvaukset suhteutettuna ko. ryhmän koko väestöön (€/hlö, keskiarvo vuoden 2011 rahassa) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.





## 9 Vertailu tulonjaon palveluaineistoon<sup>3</sup>

Jenni Blomgren

### 9.1 Vertailun tavoite

Edellisissä luvuissa esitettyjen analyysien tulokäsittelynä on henkilökohtainen vuositulo, joka sisältää tiedot veronalaisista ansio- ja pääomatuloista sekä veronalaisista tulonsiirroista. Kelassa muodostetussa henkilöperusteisessa rekisteriaineistossa ei ole tietoa tutkittavien henkilöiden verottomista tuloista ja etuuksista eikä heidän kotitalouksiensa kaikkien jäsenien tuloista eikä myöskään maksetuista veroista ja muista tulonsiirroista. Siten esimerkiksi verotettavien tulojen perusteella pienituloisimpien tuloryhmiin saattaa kuulua henkilöitä, jotka elävät tosiasiallisesti suurituloisessa kotitaloudessa ja joiden kulutusmahdollisuudet voivat tästä syystä olla suuremmat kuin heidän henkilökohtaisten tulojensa perusteella voisi olettaa. Toisaalta suurituloisilla henkilöillä voi olla pienituloisia puolisoja ja/tai paljon elätettäviä, jolloin heidän henkilökohtaiset kulutusmahdollisuutensa eivät välttämättä poikkeavat keskituloisen kulutusmahdollisuuksista.

Henkilökohtaisiin tuloihin perustuvat laskelmat saattavat siten antaa harhaanjohtavan kuvan sekä kulutusmahdollisuuksista että tulojen yhteydestä sairausvakuutusetuksien saamiseen. Jotta saataisiin kuva siitä, kuinka hyvin edellä esitetyt tulokset pätevät myös muita tulokäsitteitä käytettäessä, tässä luvussa esitetään vertailun vuoksi peruslaskelmia sairausvakuutusetuksia vuonna 2011 käyttäneistä. Tiedot perustuvat Tilastokeskuksen muodostamaan tulonjaon palveluaineistoon, jossa tulokäsittelynä on käytettävissä oleva ekvivalenttitulo eli kotitalouden kulutusyksikkömäärään suhteutettu käytettävissä oleva tulo.

### 9.2 Tulonjaon palveluaineisto

Tulonjaon palveluaineisto on vuosittain tuotettavasta Tilastokeskuksen tulo- ja elinolotutkimuksen tietokannasta johdettu kotitalous- ja henkilötason otospohjainen tutkimusaineisto. Palveluaineisto on henkilöperusteinen tiedosto, jossa kotitalouskohtaiset tulotiedot on viety talouden viitehenkilölle ja kotitalouskohtaiset luokittelutiedot kaikille kotitalouden jäsenille. Vuoden 2011 tulonjakoaineiston otoksessa vähintään 25-vuotiaiden määrä on 17 196, ja painotettuna koko väestön tasolle aineisto vastaa

3 787 296:ta henkilöä. Aineiston painotettu koko vastaa karkeasti tämän raportin muissa osioissa käytetyn rekisteriaineiston henkilömäärää.

Aineistosta laskettiin henkilöiden käytettävissä olevat ekvivalenttitulot. Ekvivalenttituloja laskettaessa huomioidaan kaikki kotitalouteen saadut palkka-, yrittäjä- ja omaisuustulot, luontoisedut ja saadut tulonsiirrot ja niiden summasta vähennetään kotitalouden maksamat tulonsiirrot (verot ja muut maksut)<sup>4</sup>. Tämän jälkeen tulot muunnetaan ekvivalenttituloiksi jakamalla kotitalouden käytettävissä olevat tulot kotitalouden kulutusyksikkömäärällä. Tällä tavalla pyritään saamaan erikokoisten ja erityyppisten kotitalouksien tulot vertailukelpoisiksi ottamalla huomioon yhteiskulutushyödyt eli ns. skaalaedut. Kulutusyksikköiden lukumäärä määriteltiin ns. OECD:n muunnetun kulutusyksikköasteikon perusteella. Tässä asteikossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1, muut 14 vuotta täyttäneet saavat painon 0,5 ja alle 14-vuotiaat painon 0,3<sup>4</sup>. Täten kulutusyksikkömäärä esimerkiksi nelihenkisessä perheessä, jossa on kaksi alle kouluikäistä lasta, on 2,1.

Aineisto jaettiin käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen perusteella kvintiileihin määritellen tuloviidennekset jälleen kaikkien 25 vuotta täyttäneiden tulojen perusteella. Ekvivalenttitulojen viidennes-ten (I–V) euromääräiset rajat tulonjakoaineiston henkilöillä olivat seuraavat: I: 0–17 988 euroa; II: 18 011–23 593 euroa; III: 23 594–29 390 euroa; IV: 29 396–37 650 euroa ja V: 37 657 euroa tai enemmän).

### 9.3 Sairaanhoitokorvauksia saaneet veronalaisten tulojen ja käytettävissä olevien tulojen mukaan

Taulukossa 3 (s. 48) esitetään rinnakkain sairaanhoitokorvausten käyttö veronalaisten tulojen perusteella ja käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen perusteella muodostetuissa tuloviidenneksissä kaikkien 25 vuotta täyttäneiden osalta vuonna 2011. Luvut esitetään tuloryhmittäin sekä vakioimattomina että vakioituina, jolloin on tasattu erikseen molemmissa aineistoissa erot eri tuloryhmiin kuuluvien henkilöiden sukupuolesta, iästä, asuinkunnan kaupunkimaisuudesta ja maantieteellisessä suuralueessa.

<sup>3</sup> Kiitokset Nico Maunulalle, joka laski tässä luvussa esitetyt tulonjakoaineistoon perustuvat tulokset.

<sup>4</sup> Käsitteistä ja määritelmistä ks. [www.stat.fi/til/tjt/kas.html](http://www.stat.fi/til/tjt/kas.html).

**Taulukko 3.** Sairaanhoitokorvauksia saaneiden vakioimaton ja vakioitu<sup>a</sup> osuus (%) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä etuuslajeittain veronalaisten henkilökohtaisten tulojen (verorekisteri) ja käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen (tulonjaon palveluaineisto) perusteella muodostetuissa tuloviidenneksissä vuonna 2011.

	Veronalaiset henkilökohtaiset tulot		Käytettävissä olevat ekvivalenttitulot	
	Vakioimaton	Vakioitu	Vakioimaton	Vakioitu
<b>Lääkkeet</b>				
Tuloryhmä I	74,5	72,4	80,4	78,5
Tuloryhmä II	84,0	78,1	80,5	79,3
Tuloryhmä III	80,1	79,2	79,4	79,7
Tuloryhmä IV	77,3	80,2	77,8	80,1
Tuloryhmä V	75,7	80,2	79,4	80,5
Kaikki	78,3		79,5	
<b>Yksityislääkärin palkkiot</b>				
Tuloryhmä I	23,9	22,6	23,8	22,3
Tuloryhmä II	33,8	29,4	30,5	28,9
Tuloryhmä III	34,1	33,1	33,7	33,9
Tuloryhmä IV	33,6	37,1	35,5	37,1
Tuloryhmä V	36,4	42,9	45,0	46,9
Kaikki	32,4		33,7	
<b>Yksityinen hammashoito</b>				
Tuloryhmä I	12,5	13,3	11,9	12,3
Tuloryhmä II	21,3	19,9	20,7	20,2
Tuloryhmä III	27,3	26,6	25,8	25,8
Tuloryhmä IV	30,9	32,9	34,5	35,4
Tuloryhmä V	39,5	40,9	44,0	43,0
Kaikki	26,3		27,4	
<b>Yksityinen tutkimus ja hoito</b>				
Tuloryhmä I	13,4	13,2	11,8	11,7
Tuloryhmä II	20,3	19,0	20,0	19,9
Tuloryhmä III	25,7	24,6	24,3	24,1
Tuloryhmä IV	29,1	30,4	30,1	30,4
Tuloryhmä V	34,8	38,0	38,9	38,7
Kaikki	24,7		25,0	
<b>Matkat ja yöpymiset</b>				
Tuloryhmä I	22,7	19,5	22,3	19,6
Tuloryhmä II	22,3	17,5	16,5	14,7
Tuloryhmä III	13,5	14,2	13,5	14,3
Tuloryhmä IV	9,4	12,6	9,8	12,2
Tuloryhmä V	7,0	11,3	8,7	10,0
Kaikki	15,0		14,2	

<sup>a</sup> Vakioimattomat luvut: aineistosta lasketut prosenttiosuudet. Vakioidut luvut: vakioitu ikä, asuinalue ja sukupuoli.

Tulokset ovat melko yhdenmukaiset kahdesta eri aineistosta ja kahdella eri tulokäsitteellä laskettuna. Aineistojen välillä on pientä eroavaisuutta siinä, kuinka suuri kokonaisuus 25 vuotta täyttäneistä oli saanut vuoden aikana korvauksia, mutta osuuk-sien erotus oli suurimmillaankin vain yhden prosenttiyksikön suuruinen. Lääkekorvauksia saaneiden osuus oli tulonjakoaineiston ekvivalenttitulojen mukaan vielä tasaisempi kuin henkilökohtaisten veronalaisten tulojen perusteella laskettuna – tuloryhmäerot käytännössä häviävät, ja edes tuloryhmä I ei käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen mukaan poikennut muista ryhmistä. Yksityislääkärin palkkioista maksettujen korvausten osalta vakioimattomat luvut poikkesivat jonkin verran toisistaan: ekvivalenttitulojen perusteella muodostettujen tuloryhmien yhteys korvauksen saamiseen oli johdonmukaisempi kuin veronalaisten tulojen perusteella tarkasteltuna. Eri aineistoista lasketut vakioidut osuudet olivat kuitenkin likimain samansuuruisia.

Yksityisen hammashoidon sekä yksityisen tutkimuksen ja hoidon osalta tulojen yhteys korvauksen saamiseen oli ekvivalenttituloihin perustuvan tuloryhmän mukaan hieman jyrkempi kuin henkilökohtaisiin veronalaisiin tuloihin perustuvan tuloryhmän mukaan, kun tarkastellaan vakioimattomia osuuksia. Vakioituna korvauksia saaneiden osuus vaihteli tuloryhmittäin kuitenkin käytännössä samalla tavalla riippumatta käytetystä tulokäsitteestä.

Matkakorvausten osalta vain tuloryhmän II tulokset poikkeavat olennaisesti kahdessa eri aineistossa. Veronalaisten tulojen mukaan laskettuna matkakorvausten saaminen oli likimain lineaarisessa käänteisessä yhteydessä tuloihin, kun taustatekijät oli vakioitu, mutta käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen perusteella laskettuna tuloryhmä II poikkesi linjasta. Yleisesti yhteys tulojen ja korvausten saamisen välillä näytti tästä poikkeamasta huolimatta kuitenkin samankaltaiselta aineistosta riippumatta.

Taulukossa 4 (s. 50) on esitetty vastaavat tulokset vakioimattomien lukujen osalta ikä- ja sukupuoliryhmittäin, jotta nähdään, paikantuvatko edellä havaitut eri tulokäsitteiden käytöstä aiheutuvat erot vain joihinkin alaryhmiin. Lääkekorvausten saamisen jakautuminen tuloryhmittäin on käytettävissä olevien tulojen mukaan tarkasteltuna tasaisempaa kuin verotulojen mukaan tarkasteltuna erityisesti työikäisillä miehillä mutta myös työikäisillä naisilla ja jossain määrin eläkeikäisissäkin ryhmissä. Aiemmin mainittu tuloryhmän I poikkeava tulos näkyy kaikissa ikä- ja sukupuoliryhmissä, mutta tuloryh-

män II erilainen tulos näissä kahdessa aineistossa on ilmeinen lähinnä työikäisillä miehillä. Veronalaisilla tuloilla tehdyissä vertailuissa havaittu lähes 10 prosentin ero saajaosuuksissa tuloryhmien I ja II välillä näyttäisi etenkin työikäisillä miehillä selittyvän sillä, että verotulojen mukaan pienituloisimpien ryhmässä on myös henkilöitä, joiden käytettävissä olevat tulot ovat veronalaisia tuloja suuremmat ja jotka sairastavat vähän. Verotettavien tulojen mukaan tuloryhmään I kuuluvista lääkkeistä vähän korvauksia saavista – erityisesti miehistä – siis ainakin osa sijoittuu kotitalouden käytettävissä olevien tulojen mukaan tuloryhmään II ja pienentää siten siinä aineistossa korvausta saaneiden osuutta verrattuna verotettavien tulojen aineistoon. Kyse saattaa olla esimerkiksi opiskelijoista ja nuorista työttömistä, jotka elävät kotitalouden muiden tulojen ja verottomien tulonsiirtojen varassa ja jotka eivät käytä korvattavia reseptilääkkeitä kenties hyvän terveydentilansa, rahavarojen vähäisyyden ja/tai palveluiden piiriin hakeutumattomuuden vuoksi.

Lääkärinpalkkioista maksettujen korvausten osalta tuloryhmien väliset erot eri aineistossa täsmentyvät: nimenomaan työikäisten osalta näyttää siltä, että tuloryhmien väliset erot ovat aavistuksen suurempia, kun niitä tarkastellaan verotettavien tulojen sijaan käytettävissä olevien tulojen kautta. Eläkeikäisillä sen sijaan tilanne on päinvastainen: tuloryhmäerot olivat pienemmät tulonjakoaineistossa kuin rekisteriaineistossa. Koska työikäisiä kuitenkin on aineistossa enemmän kuin eläkeikäisiä, painottuvat kaikkia 25-vuotiaita koskevissa kokonaistuloksissa (taulukko 3) työikäisten tulokset. Samanlainen tulos saadaan yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvausten saamista tarkasteltaessa. Samoin hammashoidon korvauksissa työikäisillä on hieman suuremmat tuloryhmäerot käytettävissä olevien tulojen kuin verotettavien tulojen mukaan tarkasteltuna. Eläkeikäisillä miehillä eroa hammashoidossa tulokäsitteen mukaan ei juuri ole; eläkeikäisillä naisilla sen sijaan erot ovat käytettävissä olevilla tuloilla tarkasteltaessa tässäkin etuuslajissa pienemmät.

Matkakorvausten osalta havaitaan, että yllä mainittu erisuuruinen korvauksensaajien osuus tuloryhmässä II kahdessa eri aineistossa näkyy erityisesti työikäisillä. Eläkeikäisillä naisilla eroja ei juuri ole; eläkeikäisillä miehillä lähinnä tuloryhmä III käyttäytyy eri tavalla verotettavien tulojen rekisteriaineistoon verrattuna.

Tarkastelun perusteella voidaan arvioida, että henkilökohtaisten veronalaisten tulojen käyttö tulotason mittarina käytettävissä olevien tulojen

**Taulukko 4.** Sairaanhoitokorvauksia saaneiden osuudet (%) 25–64-vuotiaista ja 65 vuotta täyttäneistä miehistä ja naisista etuuslajeittain veronalaisten henkilökohtaisten tulojen (verorekisteri) ja käytettävissä olevien ekvivalenttitulojen (tulonjaon palveluaineisto) perusteella muodostetuissa tuloryhmissä vuonna 2011.

	25–64-vuotiaat				65 vuotta täyttäneet				Kaikki	
	Miehet		Naiset		Miehet		Naiset		Kaikki	
	Vero- tulot	Käyt. tulot	Vero- tulot	Käyt. tulot	Vero- tulot	Käyt. tulot	Vero- tulot	Käyt. tulot	Vero- tulot	Käyt. tulot
<b>Lääkkeet</b>										
Tuloryhmä I	60,2	67,3	72,6	77,9	87,1	92,5	91,4	96,3	74,5	80,4
Tuloryhmä II	69,6	65,4	80,5	80,1	90,3	93,6	93,3	93,8	84,0	80,5
Tuloryhmä III	67,2	67,0	82,0	82,0	90,5	92,7	93,6	94,2	80,1	79,4
Tuloryhmä IV	67,8	67,2	83,3	82,3	90,0	93,5	93,3	97,5	77,3	77,8
Tuloryhmä V	70,0	69,8	83,3	85,3	90,1	88,7	93,5	93,5	75,7	79,4
Kaikki	67,3	67,5	80,5	81,8	89,7	92,5	92,7	95,1	78,3	79,5
<b>Yksityislääkärin palkkiot</b>										
Tuloryhmä I	12,9	12,7	25,7	23,6	22,9	22,6	36,0	39,3	23,9	23,8
Tuloryhmä II	18,0	14,5	34,5	32,3	30,1	34,7	45,9	48,1	33,8	30,5
Tuloryhmä III	18,2	18,7	38,1	39,6	36,3	37,6	54,9	55,3	34,1	33,7
Tuloryhmä IV	18,4	21,4	44,6	44,9	43,3	38,7	62,0	61,3	33,6	35,5
Tuloryhmä V	25,0	28,6	54,2	58,0	52,2	49,4	66,9	63,2	36,4	45,0
Kaikki	19,6	19,9	39,4	41,0	34,6	35,8	45,8	49,1	32,4	33,7
<b>Yksityinen hammashoito</b>										
Tuloryhmä I	8,5	8,4	14,7	13,4	9,0	8,4	14,4	16,3	12,5	11,9
Tuloryhmä II	15,1	14,8	22,4	19,8	17,1	21,4	25,0	30,7	21,3	20,7
Tuloryhmä III	19,2	21,8	27,3	25,5	28,4	29,6	39,0	34,4	27,3	25,8
Tuloryhmä IV	23,1	29,2	33,2	36,9	39,5	38,7	50,0	47,5	30,9	34,5
Tuloryhmä V	33,4	38,6	43,0	47,0	52,5	53,0	58,0	49,6	39,5	44,0
Kaikki	22,5	23,8	28,1	29,9	25,4	28,0	26,3	29,8	26,3	27,4
<b>Yksityinen tutkimus ja hoito</b>										
Tuloryhmä I	7,5	7,1	17,0	14,4	8,9	6,5	17,6	17,0	13,4	11,8
Tuloryhmä II	12,0	12,8	24,7	23,9	13,6	14,0	25,9	28,9	20,3	20,0
Tuloryhmä III	15,2	17,1	30,8	30,2	20,6	20,0	37,0	31,6	25,7	24,3
Tuloryhmä IV	18,7	19,5	37,7	39,9	28,7	23,3	46,8	44,5	29,1	30,1
Tuloryhmä V	26,9	28,1	47,9	49,0	42,3	34,4	55,1	49,9	34,8	38,9
Kaikki	18,2	17,7	31,6	32,8	19,7	18,3	27,2	28,8	24,7	25,0
<b>Matkat ja yöpymiset</b>										
Tuloryhmä I	16,0	13,8	14,4	14,8	39,9	37,3	37,0	37,0	22,7	22,3
Tuloryhmä II	15,3	9,7	13,4	10,1	31,8	28,8	29,7	27,9	22,3	16,5
Tuloryhmä III	10,0	8,1	9,6	10,7	24,7	28,7	24,8	22,7	13,5	13,5
Tuloryhmä IV	7,5	6,3	8,3	9,4	21,5	22,4	21,9	18,9	9,4	9,8
Tuloryhmä V	5,7	6,7	6,5	7,5	17,7	16,4	19,0	19,2	7,0	8,7
Kaikki	9,6	8,7	10,3	10,3	28,5	27,6	30,5	28,4	15,0	14,2

sijaan ei käytännössä vääristä johtopäätöksiä sairaanhoitokorvausten saamisen ja tulojen välisestä yhteydestä lukuun ottamatta lääkekorvauksia, joissa verotulojen mukaan havaittua alimman tuloryhmän muita pienempää saajaosuutta ei käytettävissä olevien tulojen perusteella tarkasteltuna havaittu. Tätä havaintoa lukuun ottamatta tulokäsitteellä ei näytä olevan kovin suurta merkitystä, tarkasteltiinpa sitten koko väestöä taikka erikseen työikäisiä tai eläkeikäisiä. Pieniä eroja eri alaryhmissä löytyi, mutta tuloryhmien järjestys ja ryhmien väliset erot olivat karkeasti ottaen samanlaisia tulokäsitteestä ja aineistosta riippumatta.

## 10 Yhteenveto ja pohdinta

Jenni Blomgren, Katri Aaltonen, Jussi Tervola ja Lauri Virta

### 10.1 Tulosten yhteenveto

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin eri etuuslajeina maksettujen sairaanhoitokorvausten jakautumista tuloryhmittäin 25 vuotta täyttäneessä väestössä. Sairaanhoitokorvausten etuuslajeja ovat korvaukset lääkkeistä, yksityislääkärin palkkioista, yksityisestä hammashoidosta, yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta sekä matkoista. Sairaanhoitokorvaukset ovat Kelalle merkittävä menoerä: vuonna 2013 korvauksia maksettiin noin 1,8 miljardia euroa, joka vastasi noin 14:ää prosenttia Kelan etuusmenoista. Korvauksia saaneiden osuuksia, korvaussummia ja korvauksensaajien itse maksamia omavastuuosuuksia ei ole aikaisemmin tarkasteltu systemaattisesti tulojen näkökulmasta. Tutkimus täydentää siten tietotarvetta aiheesta, josta on vain vähän aiempaa tutkimustietoa.

Aineistona käytettiin Kelassa muodostettua, vuosia 2006–2011 koskevaa rekisteriaineistoa, jota varten yhdistettiin koko Suomen aikuisväestölle yksilötason väestötiedot, tiedot Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista sekä verottajan tiedot henkilöiden vuosittaisista veronalaisista tuloista. Aineistossa oli vuonna 2011 noin 3,8 miljoonaa 25 vuotta täyttänyttä henkilöä, joita tarkasteltiin sekä yhtenä ryhmänä että erikseen neljässä iän ja sukupuolen mukaisessa ryhmässä: työikäiset (25–64-vuotiaat) ja eläkeikäiset (65 vuotta täyttäneet) miehet ja naiset. Henkilöt ryhmiteltiin verotettavien tulojensa mukaan viiteen tuloryhmään 25 vuotta täyttäneen väestön vuositulojen viidennesten perusteella. Analyyseissa tarkasteltiin eri etuuslajien sairaanhoitokorvauksia saaneiden osuuksia väestöstä, korvauskertojen vuosittaisia

määriä sekä keskimääräisiä maksettuja korvaussummia ja korvauksensaajien itsensä maksamia omavastuuosuuksia. Pääosa analyyseista kohdistui vuoteen 2011. Lisäksi tarkasteltiin, miten tilanne oli muuttunut aikavälillä 2006–2011. Lukuja laskettiin sekä vakioimattomina aineistosta havaittuina osuuksina ja lukumäärinä että taustatekijät vakioituina, jolloin otettiin huomioon tuloryhmien väliset erot iässä, sukupuolella ja asuinalueella.

Tuloryhmien väliset erot lääkekorvausta saaneiden osuuksissa olivat kaikkiaan melko pieniä. Lääkekorvauksia saaneiden osuus oli silti suurin toiseksi pienituloisimpien ryhmässä ja pienin kaikkein pienituloisimpien ryhmässä. Taustatekijöiden vakiointi toi kuitenkin analyyseissa esiin tulojen ja lääkekorvausten saamisen johdonmukaisemman yhteyden: korvauksia saivat hieman todennäköisemmin suurituloiset kuin pienituloiset. Korvauslajeittain tarkasteltaessa havaittiin, että suurituloisissa suuri korvausta saaneiden osuus johtui peruskorvattavien lääkkeiden korvausten yleisyydestä; sen sijaan pitkäaikaissairauksista kertovia lääkkeiden ylempiä erityiskorvauksia samoin kuin suurista lääkekustannuksista kertovia lisäkorvauksia pienituloiset saivat useammin kuin suurituloiset. Myös alempia erityiskorvauksia ja rajoitettuja peruskorvauksia sai suurempi osuus pienituloisista kuin suurituloisista. Euromääräisesti lääkekorvauksia maksettiin vuosittain enemmän pienituloisille kuin suurituloisille korvauksensaajille, sillä ylempät ja alemmat erityiskorvaukset ja lisäkorvaukset aiheuttavat keskimäärin peruskorvauksia suurempia kustannuksia. Tuloslääkekorvausten kohdistumisesta pienituloisille ei yllätä, sillä heikossa sosioekonomisessa asemassa olevilla pitkäaikaissairaudet ovat yleisempiä ja kuolleisuus suurempaa kuin hyvässä asemassa olevilla (Mackenbach ym. 1997; Tarkiainen ym. 2012).

Yksityisestä sairaanhoidosta eli yksityislääkärissäkäynneistä, yksityisen hammashoidon käynneistä sekä yksityisen tutkimuksen ja hoidon käynneistä korvausta saaneiden osuudet olivat vuonna 2011 erittäin selvässä yhteydessä tuloihin: mitä suuremmat olivat tulot, sitä todennäköisemmin ja sitä enemmän näiden palveluiden käytöstä saatiin korvauksia. Konsentraatioindeksiin perustuvia aikaisempia laskelmia mukaillen (Mikkola ym. 2012b) tuloryhmien väliset erot olivat suurimmat yksityisen hammashoidon sekä yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvausten saamisessa ja jonkin verran pienemmät yksityislääkärin palkkioista maksettuisa korvauksissa. Korvauksen saaminen yksityisestä fysioterapiasta ei kuitenkaan ollut yhtä johdonmukaisessa yhteydessä tuloihin niillä henkilöillä, jotka

eivät olleet saaneet korvausta muusta tutkimuksesta ja hoidosta. Tämä voi johtua siitä, että yksityisestä fysioterapiasta maksetaan korvausta myös silloin, kun hoito on määrätty julkisen sektorin lääkärin läheteellä. Tämä sekoittaa tulotason ja yksityisen fysioterapian käytön välistä yhteyttä.

Yksityisen sairaanhoidon korvausten saajia oli suhteessa väestöön suurituloisissa enemmän kuin pienituloisissa, mutta niiden työkäisten joukossa, jotka korvausta saivat, tulot eivät enää olleet yhteydessä korvauskertojen määriin – eläkeikäisillä sen sijaan olivat. Vastaavasti keskimääräiset kalenterivuoden aikana maksetut euromääräiset korvaukset ja omavastuut olivat työkäisillä melko samansuuruisia tuloryhmästä riippumatta, mutta suurituloisille eläkeikäisille maksettiin vuosittain euromääräisesti keskimäärin enemmän korvauksia kuin pienituloisille. Taustatekijöiden vakiointi yleensä jonkin verran tasoitti tuloryhmien välisiä eroja sekä korvausta saaneiden osuuksissa että korvauskertojen määrissä mutta ei suuresti vaikuttanut eroista saatavaan yleiskuvaan. Tuloryhmien väliset erot eivät siten merkittävästi selittyneet niiden erilaisilla väestörakenteilla.

Matkakorvausten saamisen yhteys tuloihin oli päinvastainen verrattuna yksityisestä sairaanhoidosta maksettuihin korvauksiin. Pienituloisista selvästi useammat saivat matkakorvauksia kuin suurituloisista, ja myös heidän vuosittainen korvauskertymänsä oli selvästi suurempi kuin suurituloisten. Matkakorvausten painottuminen pienituloisille liittyy suurelta osin siihen, että matkakorvauksia saavat erityisesti ikääntyneet, paljon sairastavat sekä kaupunkialueiden ulkopuolella asuvat henkilöt. Vakiointi tasoitti selvästi matkakorvausten kohdentumisen tuloryhmäeroja, mutta yhteys ei kadonnut kokonaan.

Valtaosa (85 prosenttia) 25 vuotta täyttäneestä väestöstä sai vuoden 2011 aikana vähintään yhden etuuslajin sairaanhoitokorvausta. Pääasiassa korvausten yleisyys johtuu lääkekorvauksista, joita sai 78 prosenttia väestöstä. Koska sairaanhoitokorvausten eri etuuslajeissa yhteys tuloihin oli erisuuntainen, kaikkia korvauksia yhteensä tarkasteltaessa tuloryhmien väliset erot olivat varsin vähäisiä – poikkeuksena kuitenkin pienituloisimpien ryhmä, jossa korvausta saaneiden osuus oli jonkin verran pienempi kuin muissa tuloryhmissä. Pienituloisimpien ryhmän pieni korvauksia saaneiden osuus voi olla yhteydessä siihen, että pienituloisimmilla ei ole varaa ostaa korvattavia reseptilääkkeitä taikka käyttää yksityisen sairaanhoidon palveluita (vrt.

Aaltonen ym. 2013a). Toisaalta ainakin lääkeku-  
luja korvataan jonkin verran toimeentulotuesta (Aaltonen ym. 2013b). Osa henkilöistä on myös saattanut käyttää yksityisiä palveluita esimerkiksi kunnan palvelusetelin avulla, jolloin käyttö ei näy Kelan korvausrekisterissä. Lääkekorvausten osalta tulosta selittää kuitenkin todennäköisimmin se, että veronalaisten tulojen mukaan pienituloisimpien ryhmään lukeutui henkilöitä, jotka käytettävissä olevien tulojensa perusteella tosiasiallisesti sijoittuivat korkeampiin tuloryhmiin. Tätä selitystä tukee ekvivalenteilla tuloilla tehty saajaosuuksien vertailu, jossa pienituloisimpien eroa muihin tuloryhmiin ei samassa määrin havaittu. Veronalaisten tulojen mukaan pienituloisimpiin lukeutuvat myös henkilöt, joilla ei vuoden aikana ollut lainkaan verotettavia tuloja Suomessa. Vaikka tutkimuksen kohdeväestönä oli vakinaisesti Suomessa asuva väestö, mahdollisesti ainakin osa näistä henkilöistä tosiasias-  
sa oleskeli ulkomailla eikä siten myöskään käyttänyt Suomen sairausvakuutusetuksia. Toisaalta osa pienituloisista tai tulottomista oli todennäköisesti julkisessa laitoshoidossa. Sairaanhoitokorvauksia voidaan maksaa vain avohoidon piirissä oleville; laitoksissa olevien terveydenhoitokustannusten maksuvelvollisuus on tavallisesti kunnalla. Näin ollen lääkekorvausten saajissa pienituloisimpien muita pienempi osuus selittyy pääosin sillä, että tähän tuloryhmään valikoituu toisaalta henkilöitä, jotka saavat lääkkeensä muuta kautta rahoitettuna, ja toisaalta henkilöitä, joiden käytettävissä olevat tulot olivat todellisuudessa veronalaisia tuloja suuremmat mutta jotka ovat esimerkiksi nuoren ikänsä perusteella keskimääräistä terveempiä.

Vuosien 2006 ja 2011 välillä havaitut muutokset korvausta saaneiden osuuksissa olivat varsin pieniä lääkekorvausten, yksityislääkärin palkkioiden ja matkojen osalta, mikä johtuu osittain siitä, että seuranta-aika oli melko lyhyt, sekä siitä, että kyseisellä aikavälillä näiden etuuksien korvausjärjestelmässä ei tapahtunut varsinaisia korvaussensaajien osuuteen yhteydessä olevia muutoksia. Toisaalta esimerkiksi yksityislääkäreiden palkkioista korvausta saaneiden osuus ei ole suuresti muuttunut edes parin viime vuosikymmenen aikana, jolloin korvausaste on selvästi laskenut (ks. luku 1.2). Yksityisen hammashoidon suuhygienistillä käynnit tulivat korvattaviksi vuonna 2010, ja samana vuonna yksityisen tutkimuksen ja hoidon osalta korvattavuuden piiriin tuli aiempaa useampia röntgentutkimuksia. Korvausta saaneiden keskimääräinen osuus väestöstä jonkin verran nousi näissä etuuslajeissa edellä mainituista syistä. Tuloryhmittäiset erot pysyivät tästä huolimatta

suunnilleen samanlaisina, koska muutokset olivat tuloryhmittäin samankaltaisia.

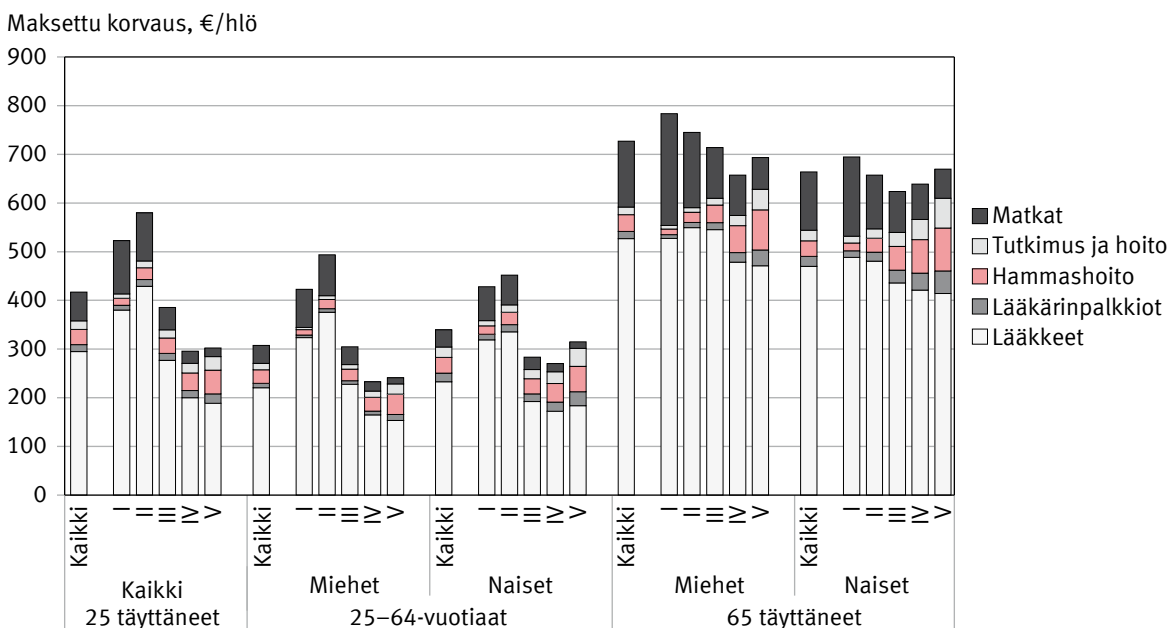
Keskimääräinen asukasta kohden maksettu kalenterivuoden aikana kertynyt korvaussumma pysyi lääkekorvauksissa reaalisesti melko samantasoisena vuosina 2006 ja 2011, pieneni hieman yksityislääkärin palkkioiden korvauksissa mutta kasvoi yksityisen hammashoidon, yksityisen tutkimuksen ja hoidon sekä matkojen korvauksissa. Lääkekorvausten kasvua on hillinnyt viitehintajärjestelmän käyttöönotto ja lääkevaihdon laajentaminen vuonna 2009 (Saastamoinen ym. 2010; Martikainen ym. 2013). Yksityisen hammashoidon korvausten kasvuun on vaikuttanut korvaustason nosto vuonna 2008 (Jauhiainen ym. 2013) sekä suuhygienistillä käyntien tulo korvattavuuden piiriin vuonna 2010. Yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksia puolestaan on nostanut hammasröntgentutkimusten korvauskäytännön muutos vuonna 2010. Toisaalta yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvausten kasvua hillitsi se, ettei korvauksia korotettu, vaikka palvelujen kustannukset nousivat. Samasta syystä yksityislääkärissäkäynneistä maksetut korvaukset reaalisesti hieman pienenivät.

Sairaanhoitokorvaukset yhteensä kasvoivat 25 vuotta täyttäneillä vuosien 2006 ja 2011 välillä reaalisesti yhteensä noin seitsemällä prosentilla vuoden 2011 rahassa mitattuna. Matkakorvauksissa kasvu oli sekä absoluuttisesti että suhteellisesti suurinta ja kasvu oli voimakkainta pienituloisimmissa ryh-

missä. Muiden etuuslajien korvaussummat eivät suuresti muuttuneet. Korvaussensaajien itsensä maksamat omavastuusummat yhteensä kasvoivat noin viidellä prosentilla aikavälillä 2006–2011, ja kasvu keskittyi yksityisen sairaanhoidon palveluista maksettuihin omavastuusummiin. Näissä omavastuiden kasvu johtui pääasiassa siitä, että korvausaste eli sairausvakuutuksen korvaama osuus jäi yhä enemmän jälkeen kustannusten noususta. Omavastuusummat kasvoivat eniten suurituloisilla, koska suurituloiset käyttivät korvattavaa yksityistä sairaanhoitoa enemmän kuin pienituloiset. Lääkekorvauksissa sen sijaan omavastuut pienenivät kaikissa tuloryhmissä.

Kuviossa 32 esitetään kootusti, kuinka paljon eri tuloryhmiin sijoittuvat työ- ja eläkeikäiset miehet ja naiset keskimäärin hyötyivät sairaanhoitokorvauksista euromääräisesti vuonna 2011. Kokonaisuutena sairaanhoitokorvauksia maksettiin selvästi eniten kahteen pienituloisimpien ryhmään kuuluneille. Tämä johtuu eritoten siitä, että pienituloisimmille maksettiin keskimäärin paljon lääke- ja matkakorvauksia. Tuloryhmät I ja II erottuvat muista etenkin työikäisten miesten ja naisten osalta. Eläkeikäisillä erot ryhmien välillä ovat jonkin verran pienemmät erityisesti siksi, että lääkekorvausten summa ei vaihdellut tuloryhmästä toiseen yhtä paljon kuin työikäisillä. Yksityisen sairaanhoidon yhteenlasketuista korvauksista (lääkärinpalkkioista, hammashoidosta sekä tutkimuksesta ja hoidosta maksetut korvauk-

**Kuvio 32.** Vuonna 2011 maksetut keskimääräiset sairaanhoitokorvaukset etuuslajeittain suhteutettuna ko. ryhmän koko väestöön (€/hlö, keskiarvo) tuloryhmittäin (I = pienituloisimmat, V = suurituloisimmat) iän ja sukupuolen mukaan.



set) suurituloiset hyötyivät selvästi muita enemmän – erityisesti 65 vuotta täyttäneet. Tulos oli selvä jo yksittäisiä etuuslajeja tarkasteltaessa, mutta kumulatiivisesti katsottuna tulos on vielä selkeämpi. Kun pienituloisimmat työikäiset miehet saivat yksityisen sairaanhoidon korvauksia vuonna 2011 keskimäärin 21 euroa henkeä kohden, suurituloisimmat eläkeikäiset naiset saivat niitä keskimäärin kymmenkertaisen määrän, lähes 200 euroa (kuvio 32).

Lääkekorvausten ja matkakorvausten euromääräinen kohdistuminen enemmän pieni- kuin suurituloisille on linjassa väestöryhmien välisiä terveyseroja koskevan tietämyksen kanssa: heikoimmassa sosioekonomisessa asemassa olevat sairastavat eniten, mistä syystä he myös käyttävät muita enemmän reseptilääkkeitä ja matkustavat terveydenhuoltopalveluiden piiriin. Sen sijaan yksityis palveluiden käyttö ei kerro terveyseroista, yhtäältä siksi, että yksityiset palvelut muodostavat vain osan kaikista terveyspalveluista ja terveyseronäkökulman tarkasteluun tarvittaisiin tiedot kaikkien sektoreiden palveluiden käytöstä. Toisaalta yksityisten palveluiden käyttö korreloi vahvasti tulotason kanssa. Koska suurten tulojen tiedetään ennustavan parempaa terveydentilaa, onkin mahdollista, että yksityissektoria käyttävät ovat terveempiä kuin muita terveydenhuollon sektoreita käyttävät henkilöt. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei kuitenkaan voida arvioida, missä määrin sairausvakuutuksesta korvatut lääkäripalvelut korvasivat tai täydensivät julkisen sektorin ja työterveyshuollon vastaavia palveluita. Tuloksistamme ei voi myöskään päätellä, kuinka paljon yksityis palveluita käyttäneet käyttivät myös julkisen sektorin tai työikäiset myös työterveyshuollon palveluita, eikä sitä, missä määrin näiden muiden sektoreiden palveluita käyttivät ne, jotka eivät lainkaan käyttäneet yksityis palveluita.

## 10.2 Aineiston arviointi

Tutkimuksen aineisto on poikkeuksellisen kattava, sillä se sisältää rekisteritiedot lähes kaikista 25 vuotta täyttäneistä Suomen väestöön kuuluneista vuosilta 2006–2011. Rekisteritiedoissa ei ole tutkittavien itse raportoisesta mahdollisesti aiheutuva harhaa kuten kyselyaineistoissa voi olla.

Sairaanhoitokorvausten saaminen perustui tässä tutkimuksessa korvausten maksuvuoteen, ja korvauksia tarkasteltiin vuosittaisten kertymien kautta. Tästä tarkastelutavasta voi aiheutua pientä virhettä tuloksiin, jos korvausten saamisen kautta tarkastellaan esimerkiksi yksityislääkärissä käynei-

den osuutta vuoden aikana. Joissakin tapauksissa korvauksen maksu on voinut viivästyä vuodenvaihteen yli, vaikka varsinainen lääkäriiskäynti olisi tapahtunut jo edellisen vuoden puolella. Vastaavasti lääkkeiden ja matkojen lisäkorvauksia on voitu saada vasta seuraavan vuoden puolella. Käynneistä maksettavia korvaustapahtumia siirtyy kuitenkin vastaavalla tavalla seuraavan vuoden puolelle joka vuonna. Siten ei ole syytä olettaa, että tästä aiheutuisi suurta systemaattista virhettä tuloksiin, joskin suorakorvausjärjestelmän yhä laajempi käyttöönnotto vähentää virhettä vuosi vuodelta jonkin verran.

Tässä tutkimuksessa tuloryhmät muodostettiin tutkittavien henkilökohtaisten verotettavien ansio- ja pääomatulojen perusteella. Tällaista tulokäsitettä kohtaan voidaan esittää kritiikkiä. Henkilö, jolla itsellään on vain vähän tai ei lainkaan verotettavia tuloja, voi asua kotitaloudessa, jonka muilla henkilöillä on suuret tulot ja jonka todelliset käytettävissä olevat tulot saattavat siten olla suuretkin oletettaessa, että kotitalouden saamat tulot jaetaan sen jäsenten kesken. Toisaalta suurituloisella henkilöillä saattaa olla useita pienituloisia tai tulottomia elätettäviä, jolloin henkilökohtainen tulotaso ei suoraan korreloi todellisen elintason kanssa. Lisäksi verottomat tulonsiirrot, kuten lapsilisä, asumistuet ja toimeentulotuki, eivät näy verotettavissa tuloissa. Kertynyttä varallisuutta, joka voi myös vaikuttaa elintasoon etenkin eläkeikäisellä väestöllä, emme myöskään kyenneet huomioimaan.

Tarkastelimme henkilökohtaisten verotettavien tulojen käytöstä mahdollisesti aiheutunutta epä-tarkkuutta tekemällä vertailua Tilastokeskuksen tulojaon palveluaineistosta laskettuihin lukuihin. Tulojaon palveluaineistossa tutkittava yksikkö on kotitalous ja tulot ovat ekvivalenttituloja eli kotitalouden kulutusyksikkömäärään suhteutettuja käytettävissä olevia tuloja, jotka sisältävät myös verottomat tulonsiirrot. Molemmilla tulokäsitteillä laskettuna tulokset tulojen ja sairaanhoitokorvausten saamisen yhteydestä vuonna 2011 olivat melko samanlaiset lukuun ottamatta lääkekorvauksia, joiden saajaosuudet olivat ekvivalenttitulojen mukaan tarkasteltuna tasaisempia kuin verotulojen mukaan tarkasteltuna – tosin lääkekorvausten saamisen tulojen mukainen jakauma oli muihin tarkasteltuihin etuuslajeihin verrattuna muutenkin tasaisempi myös verotulojen mukaan tarkasteltuna. Tarkastelun perusteella voidaan kuitenkin arvioida, että henkilökohtaisten veronalaisten tulojen käyttö tulotason mittarina käytettävissä olevien tulojen sijaan ei olennaisesti vääristä sairaanhoitokorvausten saamisen ja tulojen välisestä yhteydestä saatavaa kuvaa.



Aineistossa ei ollut käytössä muita tulojen ja sairausvakuutusetuksien käyttöön liittyviä tietoja, kuten pääasiallista toimintaa. Esimerkiksi opiskelijastatus voi tarkoittaa sekä pienituloisuutta että omaa terveydenhuoltojärjestelmää (YTHS), jonka piiriin kuuluvat opiskelijat todennäköisesti hakeutuvat muita harvemmin yksityispalveluiden käyttäjiksi. Tietoa ei ollut myöskään koulutuksesta, joka voi olla yhteydessä sekä tuloihin, terveydentilaan että palveluiden käyttöhalukkuuteen.

### 10.3 Sairaanhoitokorvausten rooli sairastamisen kustannusten tasaajana

Sairaanhoitokorvausten keskeinen tarkoitus on pienentää sairastamisesta aiheutuvaa taloudellista taakkaa ja edistää terveyspalveluiden yhdenvertaista käyttöä. Kustannuksiltaan merkittävimpiä sairaanhoitokorvausten etuuslajeja ovat lääkekorvaukset ja matkakorvaukset, jotka yhdessä kattoivat 86 prosenttia kaikista maksetuista korvauksista vuonna 2013. Lääkekorvausjärjestelmä pyrkii turvaamaan vakuutetuille sairauden hoidossa tarpeelliset avohoidon reseptilääkkeet kohtuullisin kustannuksin, ja matkakorvaukset edistävät yhdenvertaista pääsyä terveydenhuoltopalveluiden piiriin maan eri osissa (STM 2013a). Lääke- ja matkakorvausten korvausaste on pysynyt korkeana; vuonna 2013 lääkekustannuksista korvattiin keskimäärin 70 prosenttia ja matkakustannuksista 88 prosenttia.

Yksityisen sairaanhoidon korvaukset luotiin aikanaan edistämään sitä, että myös pienituloisilla olisi halutessaan mahdollisuus käyttää tarpeellisia yksityisen sairaanhoidon palveluita (HE 129/1962). Yksityissektorin käyttö lisää valinnanvapautta ja tarjoaa mahdollisuuden nopeaan hoitoon pääsyyn sekä toisen lääketieteellisen arvion (*second opinion*) hankkimiseen. Vielä 1980-luvulla yksityisten palveluiden korvausaste olikin noin 40–50 prosenttia kustannuksista, jolloin korvausten voi olettaa todella vaikuttaneen pienituloisten mahdollisuuteen käyttää yksityisen sairaanhoidon palveluita. Nykyään korvausten kattaessa enää reilun viidenneksen yksityislääkärin palkkioista sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta ja vajaan kolmanneksen yksityishammaslääkärin palkkioista voidaan kysyä, onko sairaanhoitokorvauksilla enää yksityissektorilta hankittujen lääketieteellisesti tarpeellisten palveluiden käyttömahdollisuuksia tasaavaa merkitystä.

Vaikka pienituloisista jonkin verran pienempi osuus kuin suurituloisista saa sairaanhoitokorvauksia, euromääräisesti korvaukset kokonaisuudessaan kui-

tenkin kohdentuvat enemmän pienituloisille kuin suurituloisille, sillä he käyttävät suurituloisia enemmän kalliita korvattavia lääkkeitä ja tekevät useammin sairaanhoitoon liittyviä korvattavia matkoja. Lääke- ja matkakorvausten saamisen voi myös katsoa indikoivan niitä saavien henkilöiden heikentyntä terveydentilaa. Lääkkeiden ja matkojen osalta korvaukset siten näyttävät tasoittavan sairastamisen kustannuksia pieni- ja suurituloisten välillä; näissä erityisesti pienituloisten käyttämissä etuuksissa myös korvausasteet ovat pysyneet korkeina.

Sairastamisen kuluja tasaavat lääkekorvaukset ja matkakorvaukset on organisoitu kokonaan Kelan hallinnoiman sairausvakuutuksen kautta eikä vastaavia järjestelmiä ole julkisella puolella; sen sijaan yksityisen terveydenhuollon käytöstä maksetut korvaukset täydentävät kunnallista terveydenhuoltojärjestelmää. Analyysit toivat esiin sen jo aiemminkin tiedossa olleen tuloksen, että yksityisen terveydenhuollon hoitopalvelujen korvaukset hyödyttävät suurituloisia keskimäärin enemmän kuin pienituloisia, vaikka järjestelmän tavoitteena on helpottaa yksityispalveluiden käyttöä myös niiden joukossa, joiden rahavarat ovat niukat. On selvää, että suuret omavastuuosuudet vaikeuttavat pieni- ja keskituloisten hakeutumista yksityiseen hoitoon (Mikkola ja Virta 2012). Yksityislääkärin palkkioista sekä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta maksettavia korvauksia onkin kritisoitu. Korvausjärjestelmän on argumentoitu eriarvoistavan väestöä korvausten kohdentuessa pääasiassa suurituloisille (Pekurinen ym. 2011; Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011). On osoitettu, että eri tuloryhmien erot lääkärin vastaanotolle pääsyyssä ovat Suomessa poikkeuksellisen suuret (van Doorslaer ym. 2004; Devaux ja de Looper 2012). Tätä eriarvoisuutta aiheuttaa muun muassa se, että suurituloiset käyttävät paljon yksityislääkäripalveluita, sekä se, että hyvässä työmarkkina-asemassa olevat ovat lisäksi työterveyshuollon piirissä. Toisaalta pienituloisten tiedetään vastaavasti hyödyntävän suurituloisia enemmän kunnallista terveyskeskusjärjestelmää, jolloin väestöryhmien väliset erot lääkäri- ja hammaslääkäripalveluiden käytössä ovat kokonaisuutena pienemmät kuin ainoastaan yksityistä sektoria tarkasteltaessa (Häkkinen ja Alha 2006; Manderbacka ym. 2007).

Terveydenhuoltojärjestelmässämme on siis havaittavissa polarisoitumista siten, että universaali kunnallinen järjestelmä huolehtii pääasiassa pienituloisten ja työelämän ulkopuolella olevien perusterveydenhuollosta, kun suurituloiset työssä käyvät käyttävät yksityissektorin ja työterveyshuollon palveluja. Suo-

malaisten suurten terveyserojen on esitetty olevan yhteydessä väestöryhmien eroihin terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa ja käytössä, joskaan sitä, kuinka paljon järjestelmä vaikuttaa eroihin, ei ole toistaiseksi pystytty määrittämään (Manderbacka ym. 2007). On ilmeistä, että ilman yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvauksiakin väestöryhmien erilainen mahdollisuus käyttää terveystalvueluita säilyisi, sillä työterveyshuoltojärjestelmää ei ainakaan toistaiseksi olla muuttamassa, ja maksukykyisillä olisi joka tapauksessa muita parempi mahdollisuus hakeutua omaehtoisesti yksityisten palveluiden piiriin. Toistaiseksi ei ole juurikaan tietoa siitä, missä määrin korvausjärjestelmä ohjaa potilaiden valintoja yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Erään kyselytutkimuksen suuntaantavien tulosten mukaan noin puolelle vastanneista Kela-korvauksella oli merkitystä yksityispuolvelun valinnassa, noin puolelle ei (Tuominen ym. 2011). Tarvitaan tarkempaa tietoa siitä, kuinka moni jättäisi yksityislääkärikkäykäynnin väliin ja hakeutuisi pelkästään julkisen sektorin terveystalvueluiden piiriin, jos nykyinen reilun viidenneskseen kustannuksista kattava korvaus kokonaan poistettaisiin. Todennäköisesti korvausasteen alenemisella tai korvausten kokonaan poistamisella ei ole merkitystä ainakaan suurituloisimmille yksityispuolveluiden käyttäjille. Jos yksityisen sairaanhoidon korvaukset poistettaisiin tai niitä edelleen alennettaisiin, euromääräisesti suurimpia häviöjä olisivat suurituloiset. Kuitenkin korvausten poisto saattaisi käytännössä vaikuttaa enemmän niihin pienituloisiin, jotka näitä korvauksia ovat saaneet, koska pienikin absoluuttinen korvaus saattaa olla tuntuva pienituloisen kukkarossa. Korvausten poisto siten joko vähentäisi nimenomaan pienituloisten yksityislääkärikkäykäntejä tai aiheuttaisi sen, että he joutuvat tinkimään muusta elintasostaan rahoittaakseen nämä käynnit. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmä (2013a) onkin kantanut huolta korvaustason laskusta ja pitänyt tärkeänä keinojen rakentamista korvaustason näivettymisen ehkäisemiseksi.

Lääkäriinpuolveluiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausjärjestelmän säilyttämistä sekä korvaustalvueluiden korotusta on puolustettu myös sillä, että sairausvakuutuskorvausten avulla vähennetään julkisen sektorin kuormittumista maksukykyisten hakiesa puolvelunsa yksityissektorilta ja kustantaessa ne suurelta osin itse suurten omavastuuosuuskuksien kautta – ja tästä on siten kohtuullista maksaa heille jonkinlainen kompensatio (Mikkola ym. 2011; STM 2013a). Erityisesti gynekologi- ja silmäluääkäripalveluita vakuutetut joutuvat usein hankkimaan itse yksityissektorilta, koska niiden saatavuus julki-

nessa terveydenhuollossa on rajallista (Mikkola ja Virta 2012). Myös hammastarkastuksissa ja muussa hammashoidossa yksityinen sektori helpottaa julkisen sektorin hoitovelvoitteita. Vaikka myös kunnat voivat palvelusetelin avulla purkaa hoitokorvauksia hankkimalla puolvelut yksityiseltä sektorilta, etenkin hammashoidon osalta lienee varsin yleistä, että maksukykyiset asiakkaat hakeutuvat suoraan yksityisen hammashoidon piiriin.

Edelleen korvausjärjestelmää on puolustettu sillä argumentilla, että jos yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvaukset poistettaisiin, vaarana olisi yksityisten terveystalvueluiden piiriin pääsyn polarisoituminen entisestään, koska korvausten poisto olisi omiaan luomaan lisämarkkinoita yksityisille vakuutuskuksille, joita todennäköisesti ottaisivat pääasiassa suurituloiset (STM 2013a). Korvausten poisto saattaisi myös rapauttaa koko sairausvakuutusjärjestelmän kannatusta veronmaksajien keskuudessa.

Vuoden 2011 jälkeen lääkekorvausjärjestelmään on tehty niin monta muutosta, ettei niiden yhteisvaikutuksista ole vielä hahmottunut selvää potilaskohtaista kuvaa. Vuonna 2013 lääkekorvausjärjestelmään tehtiin valtion talouden tasapainottamiseksi säästötoimia, joissa lääkekorvausten tasoa ja lääkkeiden tukkuhintoja alennettiin. Seuraavana vuonna lääketaksa-asetuksen uudistus muutti lääkkeiden vähittäismyyntihintojen laskentaperusteita. Molempien muutosten yhteydessä alennettiin myös lääkekustannusten vuotuista omavastuuosuutta (lääkekatto) (HE 113/2012; VNa 713/2013). Vuoden 2013 säästötoimista peruskorvauksen ja alemman erityiskorvauksen tason pienentäminen lisäsivät potilaiden omavastuumenoja, kun taas vuotuisen omavastuuosuuden pienentäminen vuonna 2013 noin 50 eurolla ja uudelleen vuonna 2014 noin 70 eurolla on merkittävästi vähentänyt suurimpia omavastuumenoja. Myös viitehintajärjestelmän ulkopuolella olevien lääkkeiden tukkuhintojen alentaminen 5 prosentilla vuonna 2013 tasasi korvaustalvueluiden alentamisesta johtuvien potilaalle koituvien kustannusten kasvua. Vuoden 2013 muutosten on arvioitu nostaneen keskimääräistä omavastuuta noin 9 eurolla korvausta saanutta kohden (Kela 2014b).

Vuonna 2013 voimaan tulleita lääkekorvausjärjestelmän muutoksia koskevien, Kelassa tehtyjen simulointien mukaan keskimääräisen omavastuun nousun ennakoitiin olevan suurempaa eläkeikäisillä kuin työikäisillä ja sitä kautta hieman suurempaa pienituloisilla kuin suurituloisilla (STM 2013b). Muutoksien todellisia vaikutuksia ei ole arvioitu

tuloryhmittäin, mutta ennakkolaskelmien mukaan omavastuun arvioitiin nousevan eniten sellaisilla henkilöillä, jotka aiemmin maksoivat lääkkeitään keskiuuria tai suurehkoja omavastuita (300–600 euroa vuodessa) mutta joiden vuotuinen omavastuusuus ei kuitenkaan täyttynyt. Laskelmien mukaan omavastuun arvioitiin kasvavan yli 30 eurolla vuodessa 10 prosentilla kaikista lääkekorvauksista saaneista. Ylempää erityiskorvausta saaneista vastaavan osuuden arvioitiin olevan 19 prosenttia ja alemmaa erityiskorvausta saaneista 30 prosenttia. (STM 2012; HE 113/2012.) Ylempään erityiskorvaukseen ei tehty muutoksia, joten omavastuun nousu selittyy henkilöiden käyttämällä muilla lääkkeillä.

Lääkkeiden omavastuusosuuden kasvu näyttäisi siten kohdistuvan yleisimmin kansansairauksia, kuten sydän- ja verisuonisairauksia, tyyppin 2 diabetesta ja astmaa, sairastaville henkilöille. Tämän tutkimuksen mukaan alemmat erityiskorvaukset jakautuivat tuloryhmissä kohtalaisen tasaisesti, joten muutoksetkin ovat oletettavasti kohdistuneet tuloryhmiin tasaisesti. Suhteellisesti muutos voi kuitenkin olla merkityksellisempi pienituloisille. Lisäksi muutoksen vaikutukset ovat saattaneet kumuloitua kotitalouksissa, joissa on useita pitkäaikaissairaita henkilöitä. Omavastuu pieneni merkittävästi ainoastaan henkilöillä, jotka ylittivät omavastuusosuuden, eli niillä, jotka maksoivat lääkkeitään eniten. Nämä henkilöt ovat kuitenkin vain pieni osa lääkkeitä käyttäjistä: vuonna 2013 vain 2,6 prosenttia väestöstä sai lisäkorvauksia.

Sosiaali- ja terveysministeriön 4.12.2014 antamassa tiedotteessa (STM 2014a) lääkekorvausjärjestelmään esitettiin lisättävän 45 euron vuotuinen alkuomavastuu 18 vuotta täyttäneille, ja samalla esitettiin peruskorvauksen nostamista 40 prosenttiin vuoden 2016 alusta alkaen. Muutosten vaikutuksia arvioivien ennakkolaskelmien mukaan omavastuumenot kasvaisivat lähes kaikilla lääkkeitä käyttävillä ja vaikutukset kohdistuisivat tuloryhmiin tasaisesti. Alkuomavastuun käyttöönotto vaikuttaisi erityisesti niihin, jotka käyttävät lääkkeitä vähän ja satunnaisesti tai käyttävät hyvin halpoja lääkkeitä. Paljon lääkkeitä käyttävillä omavastuu alenisi korkeamman korvaustason myötä. Koska ikääntyneet käyttävät paljon lääkkeitä ja ovat myös keskimäärin muuta väestöä pienituloisempia, nousisi omavastuu keskimäärin hieman enemmän suurituloisilla kuin pienituloisilla.

Myös matkakorvaukset ovat olleet leikkauspaineiden kohteena. Vuonna 2013 yhdensuuntaisen matkan korvauksen omavastuuta korotettiin 9,25

eurosta 14,25 euroon ja vuoden 2015 alusta edelleen 16 euroon. Korotusten seurauksena vuotuinen omavastuun enimmäismäärä on noussut noin 115 eurolla 272 euroon. Korotus jokaisesta korvatusta matkasta on käytännössä yhtä suuri, ja tämän takia korotuksen vaikutus riippuu suoraan siitä, kuinka monta matkaa henkilö tekee. Tutkimuksemme tulosten mukaan pienituloiset matkakorvausten saajat tekevät keskimäärin kolme matkaa vuoden aikana, kun suurituloiset tekevät niitä kaksi. Täten keskimääräinen pienituloisen maksaa reformista noin seitsemän euroa suurituloista enemmän. Lisäksi korotuksen tuloihin suhteutettu vaikutus on suurempi pienituloisilla.

Edellä olevien tietojen perusteella voidaan arvioida, että matkakorvausten leikkaus kohdentuu suhteellisesti enemmän pienituloisiin. Tutkimustietoa ei toistaiseksi ole siitä, miten matkakorvaukset tai niiden leikkaukset mahdollisesti vaikuttavat terveyspalveluiden käyttöön. Etenkin yhdessä muihin etuuksiin, kuten lääkekorvauksiin, kohdistuvien leikkausten kanssa matkakorvausten omavastuun kasvattamisen vaikutukset saattavat kertautua ja vaikeuttaa kaikkein pienituloisimpien asemaa.

Myös yksityisen tutkimuksen ja hoidon korvauksia leikattiin jonkin verran vuonna 2013, samalla kun korvaustaksat muutettiin euromääräisiksi ja omavastuiden perimiskäytäntöjä muutettiin. Leikkausten kohdistumisesta ja vaikutuksesta ei ole saatavilla tarkempia arvioita, mutta koska yksityistä tutkimusta ja hoitoa käyttävät pääasiassa suurituloiset, myös leikkausten voi olettaa vähentäneen suuremmissa määrin suurituloisille kuin pienituloisille maksettua korvaussummaa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uutta järjestämistapaa pohdittaessa on keskustelussa esitetty myös kaiken julkisen rahan siirtämistä samalle rahoittajataholle (esim. Forss ja Klaukka 2003; Aronkyytö ym. 2010) sekä sairaanhoitokorvausten siirtämistä kuntien terveydenhuoltobudjettiin (Pekurinen ym. 2011). Sosiaali- ja terveysministeriön kesällä 2014 valmistelemassa lakiluonnoksessa sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseksi (STM 2014b) ei kuitenkaan löydy mainintoja sairausvakuutuksen ja kunnallisen järjestelmän yhteensovittamisesta; sairausvakuutusta tai sairaanhoitokorvauksia ei lakiluonnoksessa ylipäätään mainita lainkaan. Sairausvakuutuksen kehittämissuunta tulevaisuudessa riippuu siitä, millaiseen sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämis- ja rahoittamisrakenteeseen lopulta päädytään (STM 2013a). Viimeaikaisen keskustelun perusteella näyttäisi siltä, että kokonaisuudistukses-

sa korvausjärjestelmää saatetaan jossain vaiheessa muuttaa ainakin yksityisestä sairaanhoidosta maksettavien korvausten mutta mahdollisesti myös lääke- ja matkakorvausten osalta.

Nykyjärjestelmän etuja (esimerkiksi pienituloisten sairastamisen kustannuksia tasaavien lääke- ja matkakorvausten osalta) ovat keskitetty hallinnointi Kelaan sekä korvausten maksaminen samoin perustein kaikille vakuutetuille. On epäselvää, toteutuisiko esimerkiksi eri alueilla asuvien välinen yhdenvertaisuus, jos korvauksiin kuuluva summa siirrettäisiin esimerkiksi hajautetuille terveydenhuollon järjestäjätahoille. Nykyisin sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat yhdessä vakuutetut ja valtio. Vakuutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaaajat) maksavat ansiotuloistaan sairaanhoitomaksua, joka vuonna 2014 oli 1,32 prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavista ansiotuloista ja 1,49 prosenttia verotettavista eläke- ja etuustuloista (VNa 808/2013). Jos sairaanhoitokorvaukset siirretään jossain muodossa kokonaan uusille sosiaali- ja terveystalouden järjestäjätahoille, myös rahoitusjärjestelmään tarvitaan muutoksia.

Sairaanhoitokorvausten käytön odotetaan kasvavan entisestään etenkin lääke- ja matkakorvausten osalta (STM 2013a). Ikääntyminen samoin kuin avohoidon yleistymisen ovat yhteydessä korvattavien lääkkeiden enenevään käyttöön. Matkakorvauksia lisäävät mm. palvelujen keskittyminen ja ostopalvelutoiminnan lisääntyminen, väestön ikääntyminen, polttoaineiden hintojen nousu, joukkoliikenteen väheneminen ja laitoshoidon väheneminen. Lisäksi eläkkeelle siirtyvät ikäluokat, jotka ovat tottuneet helposti ja nopeasti saatuihin työterveyshuollon palveluihin, käyttänevät tulevaisuudessa entistä enemmän yksityisen sairaanhoidon palveluita. Siten Kelan maksamilla sairaanhoitokorvauksilla tulee edelleen olemaan merkitystä Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä ja sen rahoitusrakenteessa.

## Lähteet

Aaltonen K, Miettinen J, Saastamoinen LK, Martikainen JE. Kenellä ei ole varaa lääkkeisiin? Julkaisussa: Airio I, toim. Toimeentuloturvan verkko kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset. Helsinki: Kela, Teemakirja 9, 2013a: 232–247.

Aaltonen K, Ahola E, Martikainen JE. Toimeentulotuen käyttö lääke- ja terveystalouden Helsingissä 2008–2010. Julkaisussa: Ahola E, Hiilamo H, toim. Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja

käyttö 2008–2010. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksia 127, 2013b: 99–110.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveystalouden käyttö. Terveystalouden väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Helsinki: Kela ja Stakes, SVT, 1998.

Aronkylä T, Hallipelto A, Kangasharju A. Uusi terveydenhuollon rahoitus- ja ohjausjärjestelmä. Helsinki: Sitra, Sitran selvityksiä 24, 2010.

Blomgren J, Hiilamo H. Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Julkaisussa: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H, toim. Kansallista vai paikallista? Puheen- vuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012: 76–88.

Blomgren J, Virta L. Tuloryhmien erot yksityislääkäripalvelujen käytössä eivät kasvaneet vuosina 2006–2011. Suomen Lääkärilehti 2014; 69 (8): 560–565.

Devaux M, de Looper M. Income-related inequalities in health service utilization in 19 OECD Countries, 2008–2009. Paris: OECD, OECD Health Working Papers 58, 2012.

Doorslaer E van, Masseria C, the OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD Countries. Paris: OECD, OECD Health Working Papers 14, 2004.

Forss M, Klaukka T. Yleinen terveysvakuutus – idea terveydenhuollon uudeksi rahoitusmalliksi. Suomen Lääkärilehti 2003; 58 (16–17): 1939–1940.

Goodin R, Le Grand J. Not only the poor. The middle classes and the welfare state. Lontoo: Allen & Unwin, 1987.

Haataja A, Juutilainen VP, Mattila Y. Yksityisiä terveystalouden palveluja käyttävät kaikki väestöryhmät. Sosiaalivakuutus 2008; 46 (6): 34–35.

HE 129/1962. Hallituksen esitys sairausvakuutuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.

HE 113/2012. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta.

- Huisman M, Kunst AE, Andersen O ym. Socio-economic inequalities in mortality among elderly people in 11 European populations. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004; 58 (6): 468–475.
- Häkkinen U, Alha P. Avohoitopalvelut. Julkaisussa: Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus*. Helsinki: KTL, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10, 2006: 32–43.
- Jauhiainen S, Holappa V, Maljanen T, Virta L, Helminen S, Mikkola H. Vaihtoehtoisia korvausmalleja hammashoidon sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi. Helsinki: Kela, Työpapereita 49, 2013.
- Kela. Kelan sairausvakuutustilasto 2012. Helsinki: Kela, SVT, 2013a.
- Kela. Kelan tilastollinen vuosikirja 2012. Helsinki: Kela, SVT, 2013b.
- Kela. Korvauksia tutkimuksesta ja hoidosta. Helsinki: Kela, 2014a. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/sairaanhoito\\_tutkimus-ja-hoito](http://www.kela.fi/sairaanhoito_tutkimus-ja-hoito)>. Viitattu 9.4.2014.
- Kela. Lääkekorvausmenot pienenevät 30 miljoonaa euroa. Kelan tiedote 24.3.2014. 2014b. Saatavissa: <[http://www.kela.fi/ajankohtaista-tutkimus/-/asset\\_publisher/iohc00EZrUPn/content/id/1568951](http://www.kela.fi/ajankohtaista-tutkimus/-/asset_publisher/iohc00EZrUPn/content/id/1568951)>. Viitattu 23.4.2014.
- Kela. Sairaanhoitokorvausten taksat. Helsinki: Kela, 2014c. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/taksat>>. Viitattu 1.8.2014.
- Kela. Kelan tilastotietokanta Kelasto. Helsinki: Kela, 2014d. Saatavissa: <<http://www.kela.fi/kelasto>>. Viitattu 9.4.2014.
- Keskimäki I, Manderbacka K, Teperi J. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Julkaisussa: Ashorn U, Lehto J, toim. Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes, 2008: 50–66.
- Klaukka T. Resepti- ja itsehoitolääkkeet. Julkaisussa: Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus*. Helsinki: KTL, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10, 2006: 68–75.
- Klaukka T, Maljanen T. Ketkä käyvät yksityislääkärissä? *Suomen Lääkärilehti* 2001; 56 (8): 911–914.
- Koponen P, Alha P. Terveystarkastukset, seulontatutkimukset ja terveyden edistäminen. Julkaisussa: Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalveluiden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 -tutkimus*. Helsinki: KTL, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10, 2006: 22–31.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Heliövaara M, Reunanen A, Lahelma E. Pitkäaikaissairastavuus. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 74–86.
- Kunst AE, Bos V, Lahelma E ym. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International Journal of Epidemiology* 2005; 34 (2): 295–305.
- Lahelma E, Rahkonen O, Koskinen S, Martelin T, Palosuo H. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 25–41.
- L 66/1972. Kansanterveyslaki.
- L 743/1978. Työterveyshuoltolaki.
- L 152/1990. Laki yksityisestä terveydenhuollosta.
- L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.
- Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhouf F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet* 1997; 349 (9066): 1655–1659.
- Mackenbach JP, Bos V, Andersen O ym. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six western European countries. *International Journal of Epidemiology* 2003; 32 (5): 830–837.
- Mackenbach JP, Stirbu I, Roskam AJ ym. Socio-economic Inequalities in Health in 22 European Countries. *The New England Journal of Medicine* 2008; 358 (23): 2468–2481.
- Maljanen T, Komu M, Mikkola H. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärin perimiin palkkioihin. Julkaisussa: Klavus J,

- toim. *Terveystaloustiede* 2011. Helsinki: THL, 2011: 28–33.
- Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Keskimäki I. *Terveysspalvelut*. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 179–196.
- Marmot M. Status syndrome. A challenge to medicine. *JAMA* 2006; 295 (11): 1304–1307.
- Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. *American Journal of Public Health* 2014; 104 (S4): S517–S519.
- Martelin T, Sainio P, Sulander T, Helakorpi S, Tuomi K, Koskinen S. *Toimintakyky*. Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 104–121.
- Martikainen J, Paltta P, Kehusmaa S. Eläkeläisten lääkemenot ovat suuret. *Sosiaalivakuutus* 2008; 46 (1): 12–14.
- Martikainen JE, Koskinen H, Maljanen T, Saastamoinen LK. Lääkkeiden hintojen ja kustannusten kehitys. Mitä lääkeväihdolla ja viitehintajärjestelmällä on saavutettu? *Sic! Lääketietoa Fimeasta* 2013; 3 (1): 24–27.
- Martikainen P, Mäkelä P, Koskinen S, Valkonen T. Income differences in mortality. A register based follow-up study of three million men and women. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30 (6): 1397–1405.
- Mattila Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? *Tutkimus Suomen terveydenhuollon suunta- viivoista*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 2011.
- Mattila Y, Tervola J. Matkakorvaukset toimeentuloturvan osana. *Matkakorvausjärjestelmän kehitys 1990-luvulta nykypäivään*. Julkaisussa: Airio I, toim. *Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset*. Helsinki: Kela, Teemakirja 9, 2013: 180–202.
- Mikkola H, Virta L. Miten sairaanhoitovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkärinpalkkioita? *Julkaisussa: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kela, 2012: 190–203.
- Mikkola H, Hujanen T, Virta L, Maljanen T. Annettaanko sairausvakuutuskorvausten näivettyä? *Suomen Lääkärilehti* 2011; 66 (6): 448–449.
- Mikkola H, Miettinen J, Ahonen A ym. Yksityislääkärikäyntien kehitys ikä- ja tuloryhmittäin. *Terveysspalvelut* 2012a; (1): 43–45.
- Mikkola H, Tillman P, Hiilamo H, Hujanen T, Tervola J, Järvisalo J. Sairausvakuutuksesta Gordionin solmun avaaja? *Muutostarpeita terveysspalvelujen rahoitusjärjestelmässä*. Julkaisussa: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H, toim. *Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta*. Helsinki: Kela, 2012b: 228–247.
- Mustard A, Etches CA. Gender differences in socioeconomic inequality in mortality. *Journal of Epidemiology & Community Health* 2003; 57 (12): 974–980.
- OECD. *OECD Economic Surveys: Finland 2012*. Paris: OECD, 2012.
- OECD. *Health at a Glance 2013. OECD indicators*. Paris: OECD, 2013.
- Paltta P. Kenelle korvataan? *Sairauden vuoksi tehtyjen matkojen korvaaminen Suomessa ja eräissä muissa maissa*. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 99, 2008.
- Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U ym. *Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet*. Helsinki: THL, Raportti 4, 2011.
- Rahkonen O, Talala K, Sulander T ym. Koettu terveys. *Julkaisussa: Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007: 65–73.
- Saastamoinen LK, Verho J. Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. *European Journal of Health Economics* 2013; 14 (3): 495–502.

- Saastamoinen LK, Martikainen JE, Haula T. Vii-  
tehintajärjestelmän ensimmäinen vuosi. Suomen  
lääketilasto 2009. Helsinki: Lääkealan turvallisuus-  
ja kehittämiskeskus Fimea ja Kela, 2010: 39–44.
- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä,  
kehittämistä ja valvontaa koskevan lainsäädännön  
uudistaminen. Peruslinjauksia valmistelevalle työ-  
ryhmän loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja  
terveysministeriön raportteja ja muistioita 7, 2011.
- STM. Lääkkeiden Kela-korvaus pienenesi, mutta  
lääkekatto laski. Liite: Laskelmia ehdotusten vai-  
kutuksista potilaille. Helsinki: STM, Tiedote 21,  
2012. Saatavissa: <[http://www.stm.fi/tiedotteet/  
tiedote/-/view/1579018](http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1579018)>. Viitattu 30.6.2014.
- STM. Sairaanhoitovakuutuksen rooli osana sosiaali-  
ja terveyspalvelujärjestelmää. Helsinki: STM, So-  
siaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita  
34, 2012 [2013a].
- STM. Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen.  
Lääkekorvausjärjestelmän kehittämistyöryhmä  
loppuraportti. Helsinki: STM, Sosiaali- ja terveys-  
ministeriön raportteja ja muistioita 33, 2012 [2013b].
- STM. Aikuisille 45 euron omavastuu reseptilääke-  
kustannuksista. Helsinki: STM, Tiedote 280, 2014a.  
Saatavissa: <[http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/  
view/1897492#fi](http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1897492#fi)>. Viitattu 22.2.2015.
- STM. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosi-  
aali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräiksi  
siihen liittyviksi laeiksi. Luonnos 18.8.2014, 2014b.  
Saatavilla: <[http://www.stm.fi/c/document\\_ library/  
get\\_file?folderId=10386860&name=DLFE-3122  
3.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860&name=DLFE-31223.pdf)>. Viitattu 21.8.2014.
- Suominen L, Vehkalahti M, Nguyen L. Suun tervey-  
denhuolto. Julkaisussa: Koskinen S, Lundqvist A,  
Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hy-  
vinvointi Suomessa 2011. Helsinki: THL, Raportti  
68, 2012: 181–183.
- Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M,  
Arinen SS. Hammashoitopalvelut. Julkaisussa:  
Häkkinen U, Alha P, toim. Terveyspalvelujen käyttö  
ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutki-  
mus. Helsinki: KTL, 2006: 55–67.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Val-  
konen T. Tuloluokkien väliset erot elinajanodot-  
teessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen  
Lääkärilehti 2011; 66 (48): 3651–3657.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Val-  
konen T. Trends in life expectancy by income from  
1988 to 2007: decomposition by age and cause of  
death. Journal of Epidemiology and Community  
Health 2012; 66 (7): 573–578.
- Teperi J, Keskimäki I. Terveyspalvelujen kohden-  
tumisen oikeudenmukaisuus. Julkaisussa: Saari J,  
Yeung AB, toim. Oikeudenmukaisuus hyvinvoin-  
tivaltiassa. Helsinki: Gaudeamus, 2007: 274–291.
- Teperi J, Porter ME, Vuorenkoski L, Baron JF. The  
Finnish health care system. A value-based perspec-  
tive. Helsinki: Sitra, Sitra reports 82, 2009.
- THL. Terveysministeriön menot ja rahoitus 2012.  
Helsinki: THL, SVT, 2014.
- Tuominen U, Hiilamo H, Dadi L, Mikkola H. Kela-  
korvausten merkitys yksityisten terveyspalveluiden  
käytössä. Julkaisussa: Klavus J, toim. Terveystalous-  
tiede 2011. Helsinki: THL, 2011: 34–38.
- Valkonen T, Ahonen H, Martikainen P, Remes H.  
Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Julkaisussa: Palo-  
suo H, Koskinen S, Lahelma E ym., toim. Terveys-  
eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveys-  
erojen muutokset 1980–2005. Helsinki: STM, So-  
siaali- ja terveysministeriön julkaisuja 23, 2007a:  
44–64.
- Valkonen T, Martikainen P, Remes H. Sosiaali-  
ryhmien väliset elinajanodote-erot ovat pysyneet  
suurina 2000-luvulla. Suomen Lääkärilehti 2007b;  
62 (42): 3891–3896.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoitova-  
kuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden  
ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Helsin-  
ki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Tulokselli-  
suustarkastuskertomus 228, 2011.
- Virta L, Toikka T. Kela-korvaus yksityislääkärin  
palkkioista muita useammin suurituloisille. Sosiaali-  
vakuutus 2007; 45 (5): 16–17.
- VNa 713/2013. Valtioneuvoston asetus lääketak-  
sasta.
- VNa 808/2013. Valtioneuvoston asetus sairausva-  
kuutusmaksujen maksuprosenteista vuonna 2014.

## Liitetaulukot

**Liitetaulukko 1.** Tuloryhmien euromääräiset rajat kunkin vuoden rahassa 25 vuotta täyttäneillä suomalaisilla 2006–2011.

Tulo- viiden- nes	Kokonaisaineistolla tehdyt rajat											
	2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	Min (≥)	Max (€)	Min (≥)	Max (€)	Min (≥)	Max (€)	Min (≥)	Max (€)	Min (≥)	Max (€)	Min (≥)	Max (€)
I	0	10 251	0	10 789	0	11 503	0	11 819	0	12 056	0	12 446
II	10 251	17 127	10 789	18 114	11 503	18 892	11 819	19 194	12 056	19 646	12 446	20 375
III	17 127	24 931	18 114	26 121	18 892	27 285	19 194	27 578	19 646	28 390	20 375	29 344
IV	24 931	34 569	26 121	36 338	27 285	37 815	27 578	37 995	28 390	39 300	29 344	40 708
V	34 569	Max	36 338	Max	37 815	Max	37 995	Max	39 300	Max	40 708	Max

**Liitetaulukko 2.** Taustatekijöiden jakaumat tuloryhmittäin 25 vuotta täyttäneellä väestöllä vuonna 2011.

	Tuloryhmä					
	I	II	III	IV	V	Kaikki
Ikä, mediaani	55	64	52	47	48	52
Sukupuoli (%)						
Nainen	59,3	60,3	57,9	48,9	32,2	51,7
Mies	40,7	39,7	42,2	51,1	67,8	48,3
Suuralue (%)						
Helsinki-Uusimaa	23,3	22,3	25,8	29,7	40,6	28,3
Muu Etelä-Suomi	22,1	23,9	22,9	21,9	19,1	22,0
Länsi-Suomi	26,8	27,2	25,9	24,9	21,6	25,3
Pohjois- ja Itä-Suomi	27,5	26,2	24,9	22,9	18,0	23,9
Ahvenanmaa	0,4	0,4	0,5	0,7	0,7	0,5
Kuntatyyppi (%)						
Kaupunkimainen kunta	61,8	63,6	66,6	68,5	76,0	67,3
Taajaan asuttu kunta	16,4	17,2	16,5	16,2	13,0	15,9
Maaseutumainen kunta	21,8	19,2	16,9	15,3	11,1	16,9
N	767 451	767 522	767 457	767 488	767 502	3 837 420