



# Kotitalouksien terveystenon vaikutukset toimeentuloon Suomessa – Tiivistelmä WHO:n maaraportista

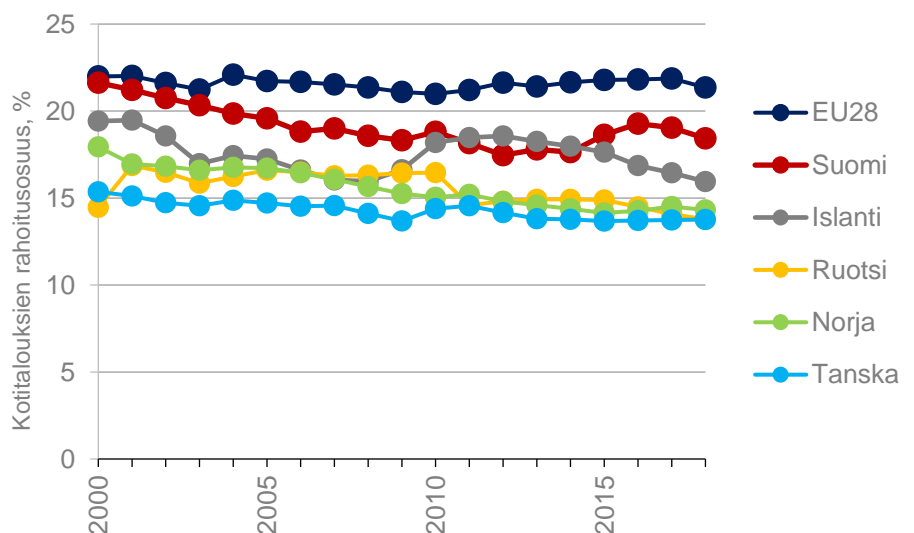
## PÄÄLÖYDÖKSET

- Suomessa kotitaloudet rahoittavat pohjoismaisittain suuren osan terveydenhuollosta asiakasmaksuina ja omavastuina (17,5 % v. 2019).
- Erityisesti kotihoidosta ja palveluasumisesta rahoitetaan verrattain suuri osuus asiakasmaksuilla.
- 3,3 % kotitalouksista köyhtyi tai oli köyhyysriskissä terveystenon seurauksena. 3,8 %:lla kotitalouksista terveystenot olivat katastrofaalisia eli hyvin korkeita suhteessa maksukykyyn vuonna 2016.
- Katastrofaaliset terveystenot olivat Suomessa yleisempiä kuin muissa Pohjoismaissa ja monissa Länsi-Euroopan maissa.
- Katastrofaaliset terveystenot harvinaistuivat hieman vuosina 2006–2016 huolimatta asiakasmaksujen korotuksista ja lääkekorvausten leikkauksista.

Tutkimuksessa tarkastelemme terveydenhuollon palvelujen ja lääkkeiden käytöstä kotitalouksille aiheutuvaa maksutaakkaa Suomessa. Analyysit perustuvat Tilastokeskuksen kulu- ja tulostutkimusaineistoihin vuosilta 2006, 2012 ja 2016 sekä kansainvälisiin tilastolähteisiin. Kotitalouksien maksutaakkaa mitataan suhteessa kotitalouksien maksukykyyn (katastrofaaliset terveystenot) sekä suhteessa köyhyysrajaan (köyhdyttävät terveystenot) käyttäen Maailman terveysjärjestön (WHO) kehittämiä mittareita. Tuloksia verrataan muista Pohjoismaista ja Euroopan maista saatuihin tuloksiin. Lisäksi luomme katsauksen kansainvälisiin tilastoihin terveydenhuollon rahoituksesta ja tyydyttymättömistä palvelutarpeista.

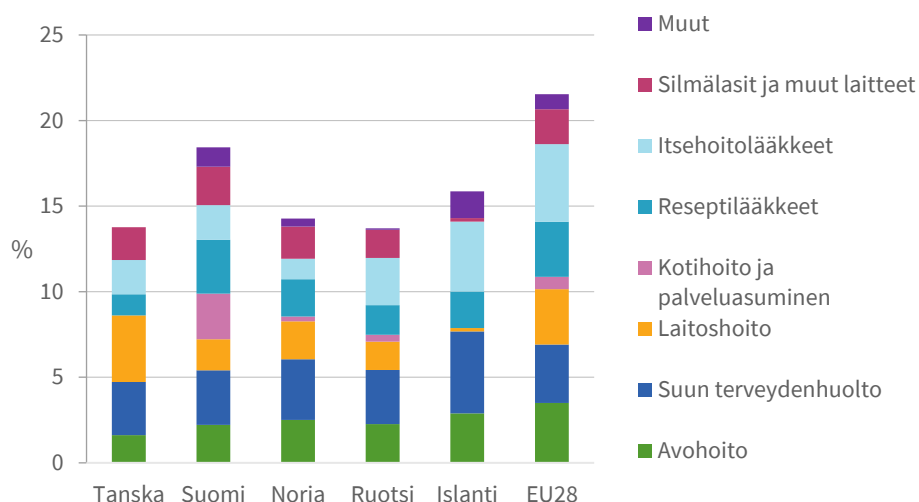
## Kotitalouksien rooli terveydenhuollon rahoituksessa

Suomessa julkisten terveydenhuoltomenon suhde bruttokansantuotteeseen on pohjoismaisittain matala, mutta korkeampi kuin EU-maissa keskimäärin. Myös terveydenhuollon osuus julkisista menoista on Suomessa pienempi kuin muissa Pohjoismaissa ja EU-maissa keskimäärin. Verrattain pienet julkiset menot heijastuvat kotitalouksien korkeammassa rahoitusosuudessa. Kotitaloudet rahoittavat Suomessa suuremman osan terveydenhuollon menoista omavastuina ja asiakasmaksuina kuin muissa Pohjoismaissa, mutta pienemmän kuin EU-maissa keskimäärin (kuvio 1). Vuodesta 2000 lähtien kotitalouksien rahoitusosuus on pääsääntöisesti laskenut, mutta suhteessa muihin Pohjoismaihin Suomen taso on pysynyt korkeana. Rahoitusosuuden vaihteluun ovat vaikuttaneet muun muassa lakimuutokset sekä muutokset terveydenhuollon painopisteissä, esimerkiksi kotihoidon yleistymisen suhteessa laitoshoidon.



**Kuvio 1. Kotitalouksien suora rahoitusosuus terveydenhuollon kokonaismenoista, Suomi ja muut valitut maat, 2000–2018. Lähde: WHO (2021).**

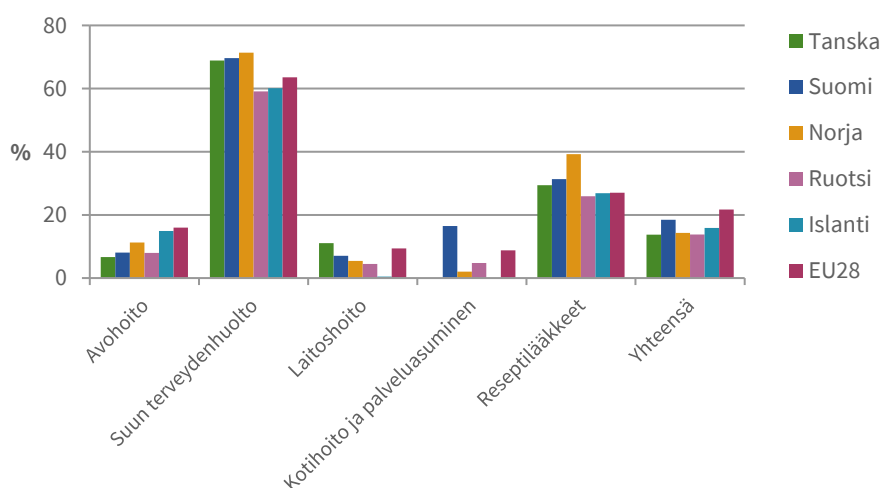
Muihin Pohjoismaihin verrattuna Suomen kotitalouksien korkea rahoitusosuus selittyy reseptilääkeostoilla sekä kotihoidon ja palveluasumisen maksuilla (kuvio 2). Muissa erissä kotitalouksien rahoitussummat ovat samaa suuruusluokkaa kuin muissa Pohjoismaissa ja pienemmät kuin EU-maissa keskimäärin.



**Kuvio 2. Kotitalouksien rahoitusosuus terveydenhuollon kokonaismenoista toiminnoittain vuonna 2018. Lähde: OECD (2021) ja Eurostat (2021).**

Huom. EU-keskiarvo on suuntaa antava tilastotietojen puutteiden takia.

Kuvio 2 jättää kuitenkin epäselväksi johtuuko kotitalouksien rahoitussummien erot yleisemmästä käytöstä vai korkeammista omavastuista. Tarkemman tarkastelun perusteella Suomen ja muiden Pohjoismaiden välinen ero reseptilääkkeiden osuudessa johtuu ennen kaikkea suuremmista kokonaiskustannuksista, koska korvausaste ei erotu selvästi muista Pohjoismaista (kuvio 3). Korkeammat kustannukset taas voivat johtua eroista lääkkeiden hinnoissa, käytetyssä lääkevalikoimassa tai lääkkeiden määrällisessä kulutuksessa. Kotihoidon ja palveluasumisen kohdalla kotitalouksien suuri rahoitussumma näyttävät johtuvan suuremmista asiakasmaksuista, jotka ovat Suomessa selvästi suuremmat kuin muissa Pohjoismaissa ja EU:ssa keskimäärin (kuvio 3). Kotitalouksien osuus avohoidon kustannuksista sen sijaan on Suomessa pohjoismaisittain ja EU-tasolla melko matala.



**Kuvio 3. Kotitalouksien rahoitusosuus joidenkin toimintojen kokonaismenoista vuonna 2018 Pohjoismaissa ja EU:ssa. Lähde: OECD (2021) ja Eurostat (2021).**

Huom. EU-keskiarvot ovat suuntaa antavia tilastotietojen puutteiden takia.

## Näin tutkimus tehtiin:

Kotitalouksien terveystennojen aiheuttamaa maksutaakkaa mitattiin kulutustutkimusaineistoilla vuosina 2006, 2012 ja 2016.

Kulutustutkimus on otostutkimus asuntokuntaväestön kulutusmenoista eli se ei kata laitosväestöä. Vuonna 2016 se sisälsi 3 673:n kotitalouden tiedot.

Tiedot kulutusmenoista kerätään

- puhelin- tai käyntihaastattelulla
- kotitalouksien ostokuiteista (päivittäistavaraostokset, mm. lääkkeet)
- kulutuksen muistikirjoista (muut menot)
- rekisteriaineistoista (Väestörekisteritiedot, toimeentuloon ja sosiaalietuuksiin liittyvät rekisterit)

Menot kerätään tietyltä ajanjaksolta, jonka perusteella koko vuoden kulutus arvioidaan laskennallisesti. Esimerkiksi terveystennojen kulutus perustuu kolmen kuukauden ajanjaksoon ja lääkkeiden kulutus kahden viikon jaksoon.

## Terveystennoja koskeva lainsäädäntö ja sen keskeiset muutokset tutkimusjakson aikana 2006-2016

Julkisen terveystennohuollon palveluiden maksullisuus ja niistä perittävät enimmäismaksut perustuvat lakiin ja asetukseen sosiaali- ja terveystennohuollon asiakasmaksuista. Kunnat ja sairaanhoitopiirit voivat määrittää halutessaan enimmäismaksua pienemmän maksun. Maksujen enimmäismääriä korotettiin 9,5 prosentilla vuonna 2015 ja 27,5 prosentilla vuonna 2016, ja valtaosa kunnista on korottanut maksuja näiden mukaisesti (Haaga 2019).

Avohoidon reseptilääkkeiden hinnoista ja korvattavuudesta säädetään sairausvakuutuslaissa. Lääkkeiden hintojen kasvuun on pyritty vaikuttamaan lukuisin säädösmuutoksien vuosien 2006 ja 2016 välillä, esimerkiksi ottamalla käyttöön viitehintajärjestelmä vuonna 2009, leikkaamalla viitehintajärjestelmän ulkopuolella olevien korvattavien lääkkeiden tukuhintoja 5 prosentilla vuonna 2013 ja muuttamalla apteekkien katetta määrittävää lääketaksaa vuonna 2014. Omavastuita korotettiin säästösyistä vuosina 2013 ja 2016 korvaustojen korotusten sekä alkuomavastuun käyttöönoton kautta, tosin osalla potilaista omavastuut pienenevät muun muassa lääkekaton alentamisen kautta (vuosina 2013 ja 2014).

Yksityisten terveystennojen hinnat määrytyvät markkinaehtoisesti, mutta asiakas saa valtaosasta palveluita Kela-korvauksen, josta säädetään sairausvakuutuslaissa sekä siihen liittyvässä asetuksessa. Korvauksen osuus palveluiden hinnoista on pienentynyt pitkään, koska taksoja ei ole korotettu hintojen noustessa. Lisäksi korvauksia on leikattu 2010-luvulla useamman kerran. Vuonna 2006 yksityisen lääkäripalkkion korvausaste oli keskimäärin 27,5 prosenttia ja vuonna 2020 se oli lähes puolittunut, 14,4 prosenttiin (Kela 2021).

Julkisen ja yksityisen terveystennohuollon lisäksi työnantajat järjestävät laajasti perusterveystennohuollon palveluja työntekijöilleen. Sairaanhoidon järjestäminen osana työterveystennohuollon on työnantajalle vapaaehtoista, mutta työnantajalle korvataan osa sen kustannuksista julkisen sairausvakuutuksen kautta. Työterveystennohuollon palveluista ei peritä asiakasmaksuja.

Julkiseen terveystennohuollon piiriin kuuluu myös koulu- ja opiskelijaterveystennohuolto. Julkisesti sairausvakuutuksesta rahoitettiin tutkimusjakson aikana osin myös Ylioppilaiden Terveystennohuoltosäätiön (YTHS) järjestämiä terveystennohuollon palveluja yliopisto-opiskelijoille.

Vapaaehtoisilla yksityisillä sairausvakuutuksilla on verrattain pieni, mutta kasvava rooli terveystennohuollon rahoituksessa Suomessa (2 % vuonna 2018, THL (2021)). Yksityisiä vakuutuksia hankitaan erityisesti lapsille madaltamaan yksityisten terveystennojen ja lääkkeiden kustannuksia. Myös työnantajien tarjoamat yksityiset vakuutukset ovat yleistyneet. Vakuutukset painottuvat voimakkaasti parempituloisille. Kulutustutkimuksen mukaan vuonna 2016 lähes joka kolmannessa ylimmän tuloviidenneksen kotitaloudessa oli vakuutus, kun taas alimmassa tuloviidenneksessä vakuutus oli harvemmassa kuin joka kymmennessä kotitaloudessa (Kajantie 2019).

## Kotitalouksien terveystennojen kehitys 2006-2016

Kulutustutkimuksen kyselyaineiston perusteella valtaosa, noin 85 prosenttia suomalaisista kotitalouksista käytti rahaa terveystennoon liittyviin palveluihin tai hyödykkeisiin vuosina 2006, 2012 ja 2016. Ylimmässä kulutusviidenneksessä terveystennoja oli yleisemmin kuin alimmassa (92 % vs. 78 % kotitalouksista vuonna 2016). Erot kulutusviidenneksen välillä kasvoivat vuosina 2006-2016. Tarkkaa syytä erojen kasvulle ei tiedetä, mutta se voi johtua kasva-neista eroista palvelujen käytössä tai toimeentulotuella korvattujen maksujen yleistymisestä alimmassa tuloviidenneksessä (kulutustutkimusaineisto ei sisällä kolmannen osapuolen maksamia terveystennoja).

Terveystennot muodostivat keskimäärin noin 4 prosenttia kotitalouksien kokonaiskulutuksesta vuonna 2016 (kuvio 4), mikä vastaa 623 euroa vuodessa henkeä kohden. Terveystennojen jakauma on regressiivinen, eli alimmissa kulutusviidenneksissä terveystennot ovat suuremmat suhteessa tuloihin kuin ylimmissä kulutusviidenneksissä, joissa kuitenkin kulutetaan euromääräisesti enemmän terveystennoon. Erot ylimmän ja alimman kulutusviidenneksen välillä kapenevat hieman vuosina 2006-2012 (kuvio 4), mikä johtui osin kokonaiskulutuksen kasvusta ja terveystennojen esiintyvyyden pienemisestä alimmassa kulutusviidenneksessä.

## Taloudellisen turvan mittaaminen:

Taloudellista turvaa tutkittiin käyttämällä kahta WHO:n kehittämää mittausta:

### 1. Köyhdyttävät terveystenot (impoverishing health spending)

Terveystenot ovat köyhdyttäviä, jos kotitalouden kulutusmenot ilman terveystenonoja eivät riitä perustarpeiden (basic needs line) kattamiseen.

Perustarpeiden rajana on se summa, jonka kotitaloudet keskimäärin käyttävät välttämättömiin perustarpeisiin, eli elintarvikkeisiin ja asumiseen, kulutusjakauman alapäässä (25.-35. persenttiin välillä).

Vuoden 2016 kulutustutkimusaineiston perusteella laskettu perustarpeiden raja oli vuokra-asujilla 614 euroa ja omistusasujilla 336 euroa kuukaudessa kulutusyksikköä kohden. Köyhyysriskin rajana käytetään 120 % perustarpeiden rajasta.

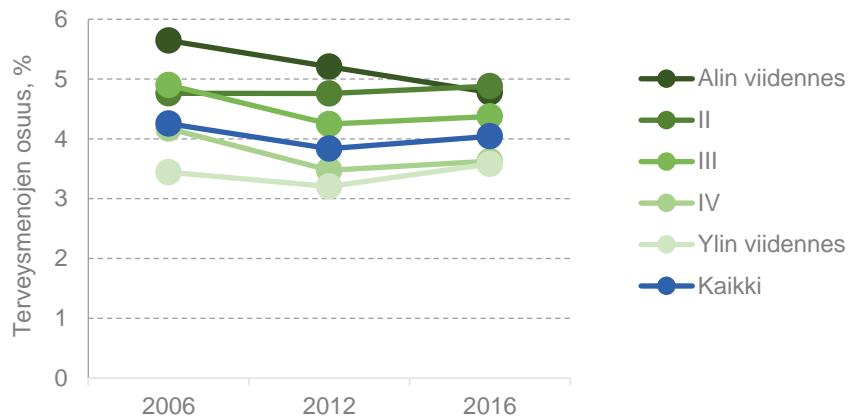
On syytä huomioida, että Suomessa yleisimmin käytetty tuloihin perustuva pienituloisuusraja on huomattavasti korkeampi, 1 202 euroa kulutusyksikköä kohden vuonna 2016. WHO:n menetelmän mukaisen köyhyysrajan alle jäi vuonna 2016 vain noin 1 % suomalaisista kotitalouksista, kun taas pienituloisuusrajan alla oli 11 %.

### 2. Katastrofaaliset terveystenot (catastrophic health spending)

Katastrofaaliset terveystenot mitaavat terveystenon suhdetta kotitalouksien käytettävissä oleviin resursseihin eli kotitalouksien maksukykyyn.

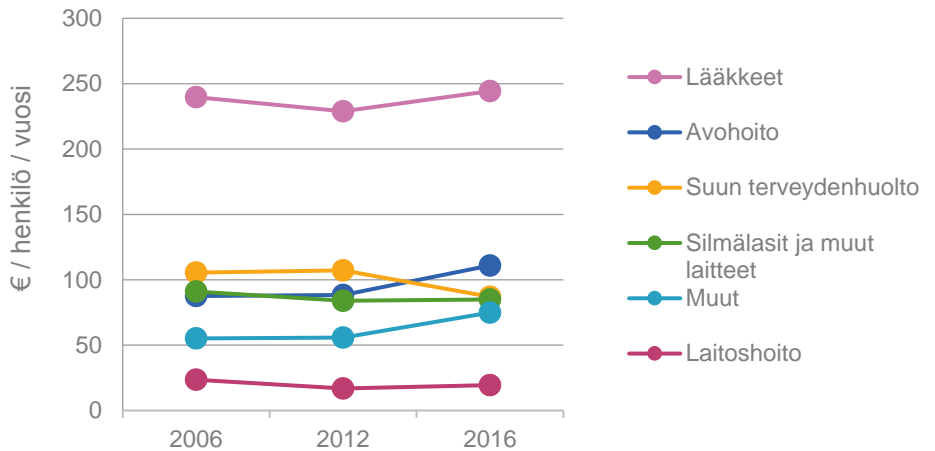
Kotitalouksien maksukyky vastaa kotitalouksien kokonaiskulutusta, josta on vähennetty perustarpeiden raja (ks. yllä).

Terveystenot katsotaan katastrofaaliksi, jos ne ovat yli 40 % kotitalouden laskennallisesta maksukykyvästä.



**Kuvio 4. Terveystenon keskimääräinen osuus kotitalouksien kokonaiskulutuksesta kulutusviidenneksittäin, 2006–2016. Lähde: Kulutustutkimusaineisto.**

Eniten kotitaloudet käyttivät rahaa lääkkeisiin, jotka muodostivat lähes 40 prosenttia kotitalouksien kaikista terveystenonoista. Seuraavaksi suurimmat menoerät vuonna 2016 olivat avohoidon palvelujen asiakasmaksut (18 % terveystenonoista) ja suun terveydenhuollon maksut (14 %) (kuvio 5). Vuosien 2006 ja 2012 välillä keskimääräiset menoerät pysyivät likipitään muuttumattomina, mutta vuonna 2016 kotitalouksien menot lääkkeisiin ja avohoittoon olivat vuoteen 2012 nähden kasvaneet ja menot suun terveydenhuoltoon pienentyneet (kuvio 5).



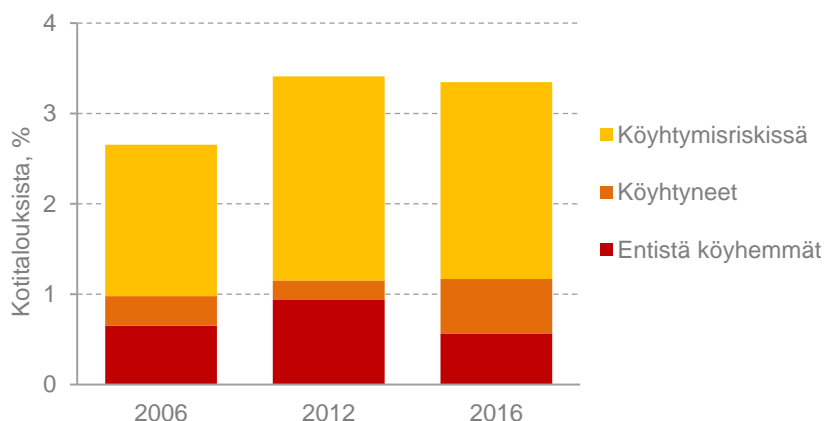
**Kuvio 5. Kotitalouksien keskimääräiset terveystenot käyttökohteittain 2006–2016. Lähde: Kulutustutkimusaineisto.**

Lääkemenot sisältävät reseptilääkkeiden (45 % vuonna 2016), itsehoitolääkkeiden (34 %) ja vitamiini- ja hivenainevalmisteiden kustannukset (21 %). Lääkemenon kasvu vuosien 2012 ja 2016 välillä johtui kasvaneista menoista kahteen jälkimmäiseen kululajiin, menot reseptilääkkeisiin pysyivät sitä vastoin muuttumattomina. Avohoidon menot koostuvat puolestaan yksityisten palvelujen käyttöön liittyvistä menoista (43 % vuonna 2016), kunnallisten terveyskeskuspalvelujen asiakasmaksuista (31 %) ja julkisen terveydenhuollon poliklinikamaksuista (26 %). Avohoidon menon kasvun taustalla on ennen kaikkea kunnalliset palvelut, joiden asiakasmaksuja korotettiin vuosina 2015 ja 2016. On kuitenkin huomioidava, että vuoden 2016 asiakasmaksujen korotusten vaikutukset eivät näy tuloksissa täysimääräisesti, koska osa kunnista otti korotuksen käyttöön viiveellä (Haaga 2019) ja toisaalta palvelujen käyttöä kysyttiin kolmen viime kuukauden ajalta, jolloin osa vuoden 2016 tiedoista koskee vuotta 2015. Suun terveydenhuollon maksut koostuivat valtaosin yksityisten palvelujen käytöstä (73 %) ja menon pienentyminen vuonna 2016 johtuu pääosin palvelukäytön vähenemisestä yksityisellä sektorilla, minkä taustalla lienevät Kela-korvausten leikkaukset (Blomgren ym. 2017; Lindén ja Nolvi 2019).

## Köyhdyttävät ja katastrofaaliset terveystennot

Köyhdyttävien ja katastrofaalisten terveystennojen yleisyyttä tarkasteltiin käyttämällä WHO:n kehittämia mittareita (ks. sivupalkki).

Kulutustutkimusaineiston perusteella vuonna 2016 yhteensä 3,3 prosenttia kotitalouksista köyhtyi tai oli köyhyysriskissä terveystennojen vuoksi (kuvio 6). Kotitalouksista 0,6 prosenttia putosi köyhyysrajan alle terveystennojen takia, 0,6 prosenttia oli köyhyysrajan alla jo ennen terveystennojen huomioimista ja köyhtyi niiden vuoksi entisestään ja 2,2 prosenttia oli köyhyysriskissä terveystennojen vuoksi. Terveystennojen aiheuttama köyhtyminen tai köyhyysriskissä oleminen oli vuonna 2012 hieman yleisempää kuin vuonna 2006, mutta lähes samalla tasolla vuosina 2012 ja 2016.



**Kuvio 6. Köyhdyttävien terveystennojen yleisyys 2006–2016. Lähde: Kulutustutkimusaineisto.**

Maksukykyyn nähden katastrofaalisia suuriksi (yli 40 % maksukyvyvystä) arvioitavia terveystennoja oli 3,8 prosentilla kotitalouksista vuonna 2016 (kuvio 7). Osuus laski hieman aiemmista tarkasteluvuosista, vuonna 2006 katastrofaalisia terveystennoja oli 4,3 prosentilla kotitalouksista. Katastrofaaliset menot aiheutuivat pääosin lääkkeistä, avohoidon maksuista ja suun terveydenhuollon maksuista. Lääkkeiden osuus pieneni ja suun terveydenhuollon palvelujen sekä muiden pääosin yksityisten terveystennojen (esim. fysioterapia, psykoterapia, kuntoutus, matkakulut) osuudet kasvoivat vuosien 2006 ja 2016 välillä.

Katastrofaaliset terveystennot painoutuivat vahvasti alimpiin kulutusviidenneksiin, missä ne kasoutuivat pitkälti samoihin kotitalouksiin kuin köyhdyttävät terveystennotkin. Alimmissa kulutusviidenneksissä 12 prosentilla kotitalouksista oli katastrofaalisen suuret terveystennot, toiseksi alimmissa 5 prosentilla ja ylimmässä alle yhdellä prosentilla. Alimmissa kulutusviidenneksissä suurin katastrofaalisia menoja aiheuttanut erä olivat lääkkeet. Ylimmässä kulutusviidenneksessä katastrofaalisten menojen taustalla oli pääosin avohoidon palvelujen ja suun terveydenhuollon menoja, heijastaen yksityisten palvelujen yleisempää käyttöä.

Kotitalouksissa, joissa oli katastrofaalisia menoja, asui yleisimmin yksi tai useampi yli 65-vuotias henkilö, mikä on odotettavaa, koska terveydenhuollon tarve yleistyy iän karttuessa. Kotitalouksissa, joiden viitehenkilö oli 70-79-vuotias, katastrofaaliset menot olivat selvästi harvinaisempia vuosina 2012 ja 2016 kuin vuonna 2006. Tämä johtuu pääosin siitä, että ikääntyneiden myöhemmät ikäluokat ovat keskimäärin varakkaampia kuin aiemmat. Katastrofaaliset maksut olivat yleisiä erityisesti vanhuuseläkeläisten (8,6 % vuonna 2016), pitkäaikaistyöttömien (7,1 %) ja työkyvyttömyyseläkeläisten (6,9 %) keskuudessa.

Suomessa katastrofaalisia maksuja kokevien kotitalouksien osuus on korkea verrattuna muihin Pohjoismaihin ja Länsi-Euroopan maihin (kuvio 7). Yleisesti ottaen katastrofaalisten menojen yleisyydellä on vahva korrelaatio kotitalouksien suoran rahoitusosuuden kanssa. Tämä tarkoittaa, että maissa, joissa kotitaloudet rahoittavat suuremman osan terveydenhuollon menoista suoraan, myös katastrofaaliset menot ovat tyypillisesti yleisempiä kuin maissa, joissa kotitalouksien osuus kokonaismenoista on pienempi.



**Kuvio 7. Katastrofaalisten terveystennojen yleisyys sekä kotitalouksien terveystennojen osuus terveydenhuollon kokonaismenoista. Lähde: WHO Barcelonan toimisto (katastrofaaliset menot) ja WHO (2021) (kotitalouksien rahoitusosuus).**

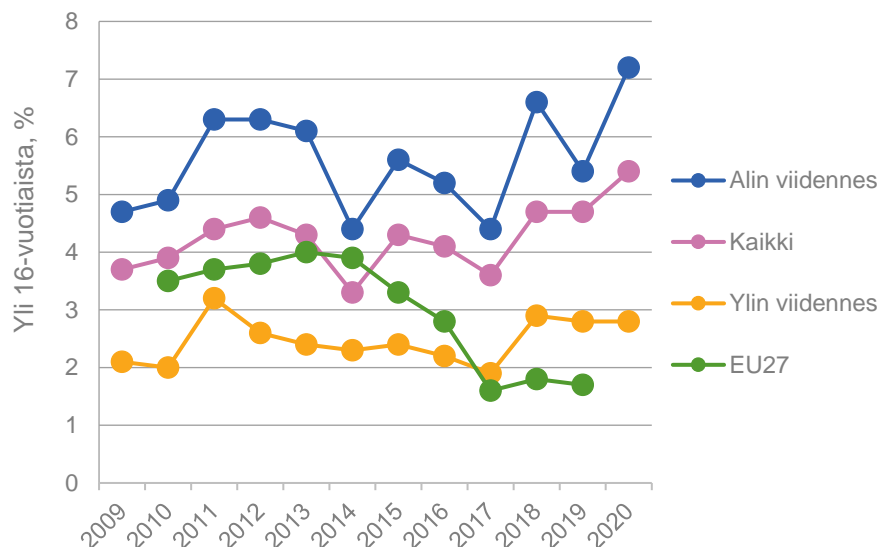
## Terveydenhuollon saatavuus ja tyydyttymättömät palvelutarpeet

Terveydenhuollon maksuja tarkasteltaessa on myös olennaista huomioida palveluiden saatavuus ja tyydyttymättömät palvelutarpeet, koska pieni maksutaakka voi johtua siitä, että palveluja jätetään syystä tai toisesta käyttämättä tarpeesta huolimatta.

Eurooppalaisen EU-SILC-kyselyn perusteella tyydyttymättömät terveydenhuollon palvelutarpeet ovat Suomessa verrattain yleisiä. Vuonna 2019 tyydyttämätöntä terveyspalvelujen tarvetta kustannusten, etäisyyden tai jonotusaikojen vuoksi raportoi suomalaisista noin 4,7 prosenttia ja EU-maissa keskimäärin 1,7 prosenttia vastaajista. Vastaavasti tyydyttämätöntä suun terveydenhuollon tarvetta raportoi Suomessa 5,5 prosenttia ja EU-maissa keskimäärin 2,9 prosenttia. Kyselyssä suomalaiset raportoivat tyydyttymättömiä palvelutarpeita yleisimmin pitkien jonotusaikojen takia ja vain harvoin korkeiden asiakasmaksujen vuoksi. Vielä 2010-luvun alussa tyydyttymättömiä terveydenhuollon palvelutarpeita tavattiin Suomessa kutakuinkin saman verran kuin EU-maissa keskimäärin. Toisin kuin Suomessa, tyydyttymättömät palvelutarpeet ovat EU-maissa kuitenkin yleisesti vähentyneet (kuvio 8).

Pienempituloiset raportoivat Suomessa tyydyttämätöntä palvelujen tarvetta selvästi yleisemmin kuin parempituloiset (kuvio 8). Vuonna 2020 alimmassa tuloviidenneksessä 7,2 prosenttia kotitalouksista raportoi tyydyttämätöntä terveydenhuollon palvelujen tarvetta ja ylimmässä tuloviidenneksessä 2,8 prosenttia. Tuloryhmien väliset erot ovat pysyneet melko samanlaisina sekä terveydenhuollon että suun terveydenhuollon osalta vuosina 2009-2020.





**Kuvio 8. Tyydyttämättömien terveydenhuollon palvelutarpeiden yleisyys Suomessa tuloviidenneksittäin ja EU:ssa keskimäärin, 2009–2020. Lähde: Eurostat (2021).**

Toisessa eurooppalaisessa terveyden ja terveyspalveluihin keskittyvässä EHIS-kyselyssä on kartoitettu missä määrin terveyspalveluita tarvitsevat kansalaiset ovat kokeneet tyydyttämättömyyttä palvelujen tarvetta. EHIS-kyselyssä on lisäksi kysytty tyydyttämättömyyttä tarvetta liittyen reseptilääkkeisiin. Toisin EU-SILC-kyselyssä, EHIS-kyselyssä voi ilmoittaa monta syytä samassa vastauksessa. Viimeisimmän, vuonna 2014 kerätyn EHIS-kyselyn mukaan sekä kustannukset että jonotusajat olivat merkittäviä syitä tyydyttämättömälle terveydenhuollon tarpeelle Suomessa. Suomalaiset raportoivat tyydyttämättömyyttä terveydenhuollon palvelujen ja lääkkeiden tarvetta kustannusten vuoksi useammin kuin vastaajat muissa Pohjoismaissa ja EU-maissa keskimäärin. Islannissa ja Tanskassa vastaajat raportoivat tyydyttämättömyyttä hammashoidon tarvetta kustannusten vuoksi suomalaisia vastaajia yleisemmin, mutta muissa Pohjoismaissa ja EU-maissa keskimäärin suomalaisia harvemmin.

## Yhteenveto

Valtaosalla suomalaisista kotitalouksista on terveystennoja vuosittain. Keskimäärin menot olivat 623 euroa henkilöä kohden vuonna 2016. Pienituloisemmille terveystennot muodostivat suuremman osan kokonaiskulutuksesta kuin suurempituloisille, vaikka euromääräisesti suurituloisemmat kotitaloudet käyttivät enemmän rahaa terveydenhuoltoon. Eniten kotitaloudet käyttivät rahaa lääkkeisiin, avohoidon palveluihin ja suun terveydenhuoltoon.

Selvityksen mukaan kotitalouksien terveystennot kokonaisuudessaan muuttuivat vuosien 2006 ja 2016 välillä vain vähän 2010-luvun lukuisista omavastuu- ja asiakasmaksuihin tehdyistä korotuksista huolimatta. Syynä on osittain se, että osa korotuksista vähensi palvelujen käyttöä, kuten vaikuttaa käyneen yksityisen suun terveydenhuollon palvelujen käytön kohdalla korvausten leikkausten myötä. Toisaalta reseptilääkkeissä hintojen aleneminen hintasäätelyn kautta vaikuttaa kompensoineen omavastuukorotusten vaikutuksia. Avohoidon maksujen korotukset näkyvät sen sijaan tuloksissa selvästi erityisesti julkisen terveydenhuollon osalta, mutta myös yksityisessä terveydenhuollossa.

Vuonna 2016 3,3 prosenttia kotitalouksista köyhtyi tai oli köyhyysriskissä terveystennojen seurauksena. 3,8 prosentilla kotitalouksista terveystennot olivat ns. katastrofaalisia. Katastrofaaliset terveystennot olivat Suomessa yleisempiä kuin muissa Pohjoismaissa ja Länsi-Euroopan maissa. Katastrofaalisia terveystennoja esiintyi lähinnä alimmassa kulutusviidenneksessä ja heillä menoja aiheutui etenkin lääkkeistä. Toiseksi suurin katastrofaalisten tennojen aiheuttaja oli avohoito ja kolmanneksi suurin suun terveydenhuolto. Katastrofaaliset tennot painoutuivat ikääntyneisiin, pitkäaikaistyöttömiin ja työkyvyttömyyseläkeläisiin.

Tutkimusjakson aikana katastrofaalisten menojen yleisyys laski hieman ja köyhdyttävät terveysmenot pysyivät melko samalla tasolla. Osaltaan muutos johtui todennäköisesti siitä, että alimman kulutusviidenneksen maksukyky parani tutkimusjakson aikana. Maksukyvyyn paraneminen taas voi olla seurausta mm. siitä, että myöhemmät eläkeläiskohortit olivat varakkaampia tai että pienituloisten toimeentuloturvaa parannettiin vuosina 2011-2015. Toisaalta terveyskulujen esiintyvyysskin väheni mikä saattaa johtua siitä, että terveyskuluja korvattiin yhä enemmän toimeentulotuesta, ja ne jäivät siten kulutustutkimuksen ulkopuolelle tai siitä, että suun terveydenhuollon käyttö väheni maksukorotusten myötä.

Suomessa on laaja sosiaaliturvajärjestelmä, joka turvaa kotitalouksien toimeentuloa elämän eri vaiheissa sekä erilaisten sosiaalisten riskien varalta. Sen ansiosta vain harva kokee vakavaa aineellista puutetta tai syvää köyhyyttä. Toisaalta kotitaloudet rahoittavat suoraan suhteellisen suuren osuuden terveydenhuollon kokonaismenoista verrattuna muihin Pohjoismaihin. Erityisesti kotihoidon ja palveluasumisen maksut sekä reseptilääkeostot ovat suurempia Suomessa kuin muissa Pohjoismaissa. Eurooppalaiset kyselyt osoittavat, että suomalaiset kokevat tyydyttämättömyyttä terveyspalvelujen tarvetta verrattain usein. Tyydyttämätön palvelujen tarve kohdistuu etenkin alemmassa sosioekonomisessa asemassa oleviin ja sitä aiheuttavat ensisijaisesti pitkät odotusajat.

Terveydenhuoltoon liittyvä taloudellinen turva vaikuttaa olevan Suomessa heikompi kuin monissa muissa Pohjoismaissa ja monissa Länsi-Euroopan maissa. Hoidon taloudelliseen saatavuuteen ja hoitoon liittyvistä maksuista aiheutuviin toimeentulo-ongelmiin vaikuttavat ainakin seuraavat terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät:

- Terveydenhuollon järjestelmän pirstaleisuus johtaa erilaiseen terveydenhuollon saatavuuteen työmarkkina-aseman ja maksukyvyyn mukaan. Yksityisten vakuutusten merkitys on pieni mutta kasvava ja niiden yleistymisen voi lisätä sosioekonomisia eroja terveydenhuollon saatavuudessa entisestään.
- Asiakasmaksuja tai omavastuita peritään lähes kaikista terveydenhuollon palveluista ja ne ovat paikoin suhteellisen korkeita. Kolme erillistä kalenterivuositteista maksukattoa monimutkaistavat järjestelmää ja ne muodostavat yhteenlaskettuna merkittävän kuluuerän. Maksukatot eivät kata kaikkia maksuja ja niiden täytyminen johtaa osin vain maksujen alenemiseen. Kaikkia maksukattoja ei myöskään seurata automaattisesti.
- Haavoittuvien ryhmien taloudellinen turva on osin riittämättömyyttä. Korkea palvelujen tarve tai pienet tulot eivät lähtökohtaisesti oikeuta vapautuksiin asiakasmaksuista ja omavastuista. Toimeentulotuki paikkaa osin näitä aukkoja pienituloisimmilla, mutta siihen liittyy merkittävää alikäyttöä, minkä taustalla voi olla esimerkiksi puutteellista tietoa mahdollisuuksista hakea toimeentulotukea, viimesijaiseen tukimuotoon liittyvää koettua häpeää, hakemusprosessiin liittyvää tai sen oletettua monimutkaisuutta. Viimesijaisen etuuden käyttöön liittyy myös ongelmia, kuten mahdolliset kannustinloukut.
- Suun terveydenhuollon palvelujen maksut ovat suhteellisen korkeita ja pitkät jonot heikentävät mahdollisuuksia saada hoitoa. Julkisten asiakasmaksujen korotusten ja yksityisen terveydenhuollon korvausten leikkausten myötä suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on vähentynyt ja tyydyttämättömien palveluntarpeiden raportointi on yleistynyt.
- Nykyjärjestelmässä terveydenhuollon järjestäjillä on vain vähäisesti kannustimia pyrkiä vaikuttamaan lääkehoidon rationaalisuuteen, koska niillä ei ole rahoitusvastuuta määrättyistä lääkkeistä. Lisäksi korvattavien lääkkeiden valikoiman kattavuutta ei arvioida kokonaisuutena ja monet jokapäiväiset lääkkeet ovat korvausjärjestelmän ulkopuolella. Prosenttiperusteiset korvaukset johtavat lisäksi suuriin omavastuisiin, jos lääkkeen hinta on korkea.
- Terveydenhuollon osuus valtion budjetista on pieni ja kotitalouksien osuus menoista suuri verrattuna muihin Pohjoismaihin. Rahoituksen painopiste on siten suuremmassa määrin suorissa asiakasmaksuissa ja omavastuissa.



## Keinoja taloudellisen turvan parantamiseksi

Taloudellisen turvan parantamiseen liittyviä muutoksia on jo näkyvissä vuonna 2021 ja 2022 voimaan tulleen ja tulevan uuden asiakasmaksulainsäädännön myötä. Esimerkiksi lasten poliklinikkakäyntien maksut ja sairaanhoitajakäyntien maksut poistuvat ja julkisesta suun terveydenhuollosta kertyvät asiakasmaksut sisällytetään asiakasmaksukattoon. Myös tulevan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen tavoitteena on parantaa hoidon saatavuutta ja vähentää eriarvoisuutta, mutta niistä keinoista, joilla tavoitteisiin on tarkoitus päästä, ei ole vielä tehty konkreettisia päätöksiä.

Hoidon saatavuuteen ja taloudelliseen turvaan liittyvää eriarvoisuutta voitaisiin korjata seuraavilla keinoilla:

- kohtuullistamalla tai poistamalla julkisen terveydenhuollon palveluiden, etenkin perusterveydenhuollon asiakasmaksuja
- parantamalla pienituloisten kotitalouksien sekä paljon terveydenhuoltoa tarvitsevien taloudellista turvaa kehittämällä integroitua ja proaktiivista tarveperustaista maksuvapautusjärjestelmää nykyisen erillisen toimeentulotukeen perustuvaan korvausjärjestelmän lisäksi
- automatisoimalla maksukattojen seurantaan myös julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen osalta. Maksujen nykyistä kootumpi seuranta kerryttäisi tietopohjaa maksujen kumuloitumisen ja kohdentumisen arvioimiseksi.
- uudistamalla maksukattoja esimerkiksi yhdistämällä niitä, ja poistamalla maksukaton täyttymisen jälkeen maksettavat maksut. Kolmen terveydenhuollon maksukaton yhdistäminen pienentäisi suurimpia maksutaakkoja, mutta ilman lisärahoitusta nostaisi joidenkin maksutaakkaa (Tervola & Heino 2020).
- hillitsemällä lääkekustannuksia ensisijaisesti parantamalla lääkehoidon rationaalisuutta esimerkiksi lääkkeenmäärittämiskäytäntöjen kautta.

---

## WHO:n maaraportti

Tervola J, Aaltonen K, Tallgren F. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Finland. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2021. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

## Lähteet

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

Eurostat (2021). Eurostat database (web-sivu). Brussels: European Commission (<https://ec.europa.eu/eurostat/web/main/data/database>).

Haaga T (2019). Terveyskeskusten asiakasmaksut joulukuussa 2018: Aineisto lääkäri- ja hoitajavastaanottojen asiakasmaksuista 2013 – 2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. (<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-362-5>).

Kajantie M (2019). Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia hankitaan yhä enemmän – selvä enemmistö jää tappiolle. Tieto & Trendit; 1/2019.

Kela (2021). Sairaanhoitokorvausten saajat ja maksetut korvaukset (web-sivu). Helsinki: Kela (<http://raportit.kela.fi/linkki/42069559>).

Linden M, Nolvi K (2019). Kela-korvauksen leikkaukset ja yksityisen hammashoidon kysyntä Suomen kunnissa 2006–2017. Kansantaloudellinen aikakauskirja 115.

OECD (2021). Health expenditure and financing (web-sivu). Pariisi: OECD (<https://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA#>).

Tervola J, Heino P (2020). Onko yhdistetyssä terveydenhuollon maksukatossa järkeä? Vaikutusarvio eri vaihtoehtoista. Työpaperi 22/2020. Helsinki: Terveysten ja Hyvinvoinnin Laitos (THL) (<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-502-5>).

THL (2020). Terveystenhuollon menot ja rahoitus 2018. Tilastoraportti 23/2020. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) (<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020062345337>).

WHO (2021). Global Health Expenditure Database (web-sivu). (<https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>).

### Tämän julkaisun viite:

Tervola J, Aaltonen K, Tallgren F (2021). Kotitalouksien terveystenon vaikutukset toimeentuloon Suomessa – Tiivistelmä WHO:n maaraportista. Tutkimuksesta tiiviisti 48/2021. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.



### Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-705-0 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-705-0>