

Kotitalouksien terveysmenot lisäävät erityisesti ikääntyneiden ja työkyvyttömiä köyhyyttä

Jussi Tervola tutkimuspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Katri Aaltonen erikoistutkija, Turun yliopisto ja Kelan tutkimus

Pekka Heino tutkija, Kelan tutkimus

Mira Kajantie yliaktuaari, Tilastokeskus

Heini Kari tutkija, Kelan tutkimus

Joonas Ollonqvist tutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Köyhyyttä mitataan usein kotitalouksien tulojen perusteella, vaikka siihen vaikuttavat myös kotitalouksien vaihtelevat kulutustarpeet. Esimerkiksi sairaammilla henkilöillä on suurempi tarve terveyspalveluiden ja lääkkeiden kulutukseen, mikä heikentää heidän toimeentuloaan suhteessa muihin. Tiedetään myös, että sairastaminen on yhteydessä pieniin tuloihin, mikä lisää terveydenhuollon maksujen ja omavastuiden potentiaalisia köyhyysvaikutuksia.

Tässä tutkimuksessa katsomme, kuinka paljon ja missä väestöryhmissä kotitalouksien terveysmenot lisäävät köyhyyttä Suomessa vuonna 2017. Lisäksi vertailemme eri terveysmenolajien kuten lääkkeitä ja julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen vaikutuksia köyhyyteen. Tutkimus perustuu kattavaan SOTE-SISU-rekisteriaineistoon, joka sisältää kotitalouksien tulotietojen lisäksi ainutlaatuisen kattavat tiedot kotitalouksien terveysmenoista.

Eri terveysmenolajeista julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut lisäävät köyhyyttä eniten

Tulosten perusteella kotitalouksien terveysmenot lisäävät köyhyyttä niin pienituloisuusasteella kuin minimibudjettiköyhyydellä mitattuna. Eri väestöryhmistä yli 85-vuotiaiden köyhyys lisääntyy eniten. Terveysmenot lisäävät köyhyyttä myös työkyvyttömyyseläkeläisillä, 75–84-vuotiailla ja työttömällä. Valtaosa (70 %) terveysmenojen köyhdyttävästä vaikutuksesta kohdistuu kotitalouksille, jotka ovat jo tulojen perusteella köyhiä. Loput (30 %) kohdistuvat kotitalouksiin, jotka ovat köyhiä vasta, kun terveysmenot huomioidaan. Eri terveysmenolajeista selkeästi suurimmat köyhdyttävät vaikutukset on julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuilla.

JOHDANTO

Politiikan tavoitteena on tarpeenmukainen terveystalouden käyttö kohtuullisin maksuin

Suomessa terveydenhuollon asiakasmaksupolitiikan periaatteina on, että asiakkaalta perittävien maksujen tulee olla kohtuullisia eikä niiden suuruus saisi muodostua esteeksi palvelujen käyttämiselle. Toisaalta tavoitteena on myös ehkäistä epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään asiakasmaksulaissa (L 734/1992) ja sairausvakuutuksen korvaamien terveydenhuollon palveluiden ja lääkkeiden omavastuista sairausvakuutuslaissa (L 1224/2004). Käytännössä potilaille kertyvien maksujen kokonaisuutta on ollut vaikea seurata, koska maksuista kerätään vain osittaisia tietoja ja nekin toisistaan erillisiin hallinnollisiin rekistereihin.

Viime vuosina terveydenhuollon maksuja on korotettu säästökeinona

Suomessa kotitaloudet rahoittavat noin viidenneksen terveydenhuollon kokonaismenoista suorilla asiakasmaksuilla ja omavastuilla. Osuus on Pohjoismaiden korkein ja OECD-maiden keskiluokkaa. Viimeisen vuosikymmenen aikana terveydenhuollon maksuja on korotettu useita kertoja julkisen talouden tasapainottamiseksi. Korotusten kohdentumisesta ja köyhyysvaikutuksista ei ole tehty kokonaisvaikutusarvioita. Aiemmista selvityksistä tiedetään, että terveydenhuollon asiakasmaksut ja omavastuut kasautuvat henkilöille, jotka ovat ikääntyneitä tai pienituloisia.

TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus perustuu laajaan Suomen väestöä edustavaan rekisteriaineistoon

Tutkimus pohjautuu hallinnollisista rekistereistä koottuun SOTE-SISU-aineistoon, joka kattaa noin 800 000 hengen tiedot vuodelta 2017. Julkisen terveydenhuollon maksut on arvioitu käyttötietojen perusteella. Kotitalouksien reseptilääkkeiden, yksityisen terveydenhuollon ja terveyteen liittyvien matkojen käytetyt menot perustuvat Kelan maksurekisterien tietoihin (ml. alkuomavastuun alle jääneet korvattavat ostot). Rekisteritietoja on täydennetty kulutustutkimuksen kyselytiedon avulla niiden terveystalouden osalta, joista ei ole saatavilla tarkkaa rekisteritietoa (itsehoitolääkkeet, vitamiini- ja hivenainevalmisteet, lääkkeenomaiset luontais- tuotteet, lääkinnälliset tarvikkeet ja silmälasit).

Maksujen vaikutuksia köyhyyteen voidaan mitata useilla mittareilla

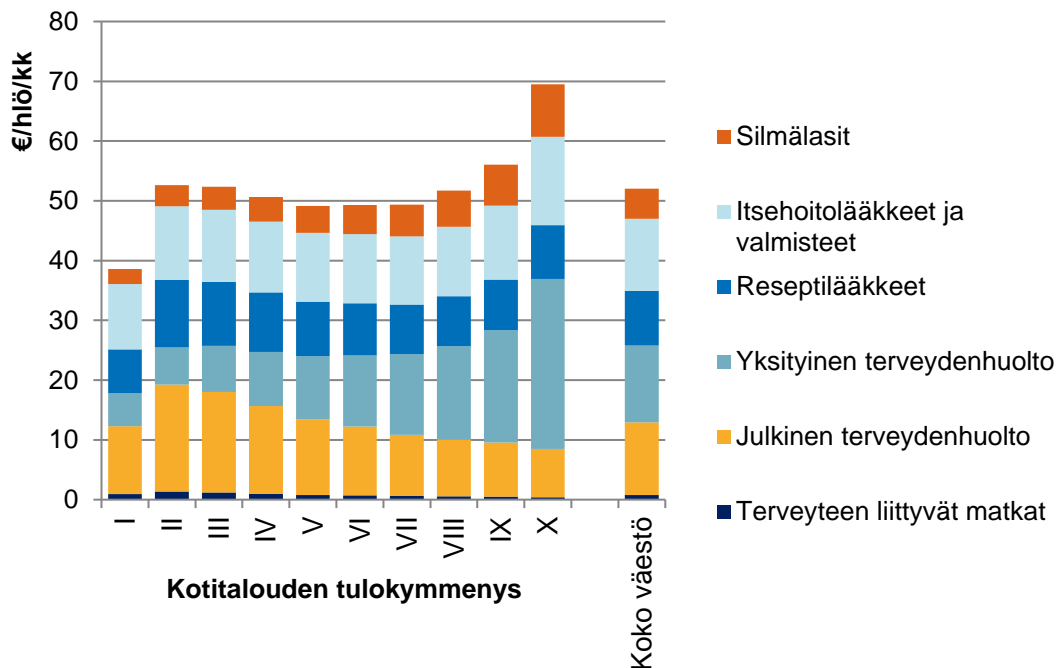
Mittaamme terveystalouden vaikutuksia köyhyyteen laskemalla, miten tuloköyhyysasteet muuttuvat, kun vähennämme terveystalouden tuloista. Toisin sanoen köyhyyttä analysoidaan ensiksi varsinaisilla tuloilla ja sen jälkeen niillä tuloilla, mitä kotitaloudelta jää käytettäväksi terveystalouden jälkeen. Tarkastelemme kotitalouksien terveystalouden köyhyysvaikutuksia koko väestössä sekä ikä-, sukupuoli- ja sosioekonomisissa ryhmissä.

Tutkimuksessa terveysmenojen köyhyysvaikutuksia mitataan kotitaloustasolla ja kahdella eri köyhyysmittarilla: 1) pienituloisuusasteella, jossa köyhyysrajana on 60 prosenttia väestön mediaanitulosta sekä 2) minimibudjettiköyhyydellä, joka kertoo, kuinka monen henkilön tulot ovat alle kohtuulliseksi katsotun vähimmäiskulutuksen eli ns. viitebudjetin. Viitebudjetti pohjautuu kuluttaja- ja asiantuntijahaastatteluihin. Siinä on huomioitu eri alueilla ja omistusmuodoissa vaihtelevat asumiskustannukset sekä ikääntyneiden erilaiset kulutustarpeet.

TULOKSET

Pienituloiset kuluttavat terveyteen suhteellisesti muita enemmän

Keskimääräinen suomalainen kuluttaa terveyteen 50 euroa kuukaudessa. Tuloryhmittäin tarkasteltuna väestön hyvätuloisimpaan kymmenekseen kuuluva kotitalous kuluttaa terveyteen selvästi eniten ja pienituloisimpaan kymmenekseen kuuluva vähiten. Näiden tuloryhmien välille jäävät kotitaloudet kuluttavat suurin piirtein yhtä paljon euromääräisesti. Terveysmenojen sisältö vaihtelee kuitenkin merkittävästi suurituloisimpiin kymmenyksiin siirryttäessä. Kun pienituloisilla korostuvat julkisen terveydenhuollon maksut ja lääkkeet, suurituloisemmilla painottuu yksityisen terveyden huollon maksut ja silmälasien kulutus. Kuviossa 1 on esitetty kotitalouksien terveysmenojen jakautuminen menolajeittain ja tulokymmenyksittäin.



Kuvio 1. Keskimääräiset terveysmenot vuonna 2017 terveystenolajeittain ja tulokymmenyksittäin, €/hlö/kk.

Terveysteen liittyvien matkojen omavastuut ja julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut kohdistuvat pienituloisille voimakkaimmin

Alimpaan tulokymmenyksen kuuluvien kotitalouksien terveystenot koostuvat ennen kaikkea julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuista sekä itsehoitolääkkeistä ja -valmisteista. Eri-tyisesti näiden menolajien pienentäminen keventäisi pienituloisten terveystenorasitetta. Suhteessa menolajin kokonaissummaan, matkojen omavastuut kohdistuvat pienituloisille voimakkaimmin, vaikka ovatkin keskimäärin hyvin pieni menolaji kotitalouksille.

Suurimmat suhteelliset terveysmenot löytyvät pienituloisimmista tulokymmenyksistä.

Kun kotitalouden terveysmenot suhteutetaan saatuihin tuloihin, kuva muuttuu päinvas-
taiseksi. Kotitaloudet kuluttavat terveyteen keskimäärin 3,6 prosenttia tuloistaan. Pienitloi-
simmassa tulokymmenyksessä terveyteen kulutetaan keskimäärin kuusi prosenttia kotitalou-
den tuloista, kun ylimmässä tulokymmenyksessä osuus on kaksi prosenttia. Terveysmenojen
tulo-osuudet pienentyvät tasaisesti sen mukaan, mitä suurituloisemmasta kotitaloudesta on
kysymys.

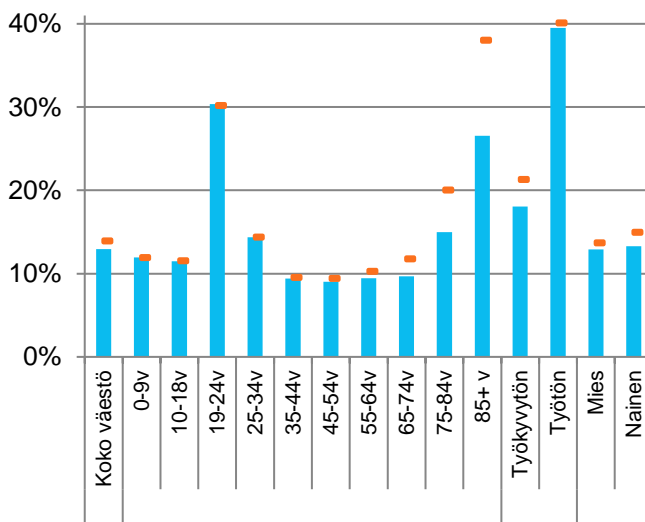
Erityisesti ikääntyneiden köyhyys yleistyy, kun terveysmenot huomioidaan

Kuvioissa 2a ja 2b on esitetty, miten tuloköyhyysasteet muuttuvat, kun terveysmenot vähen-
netään kotitalouksien tuloista. Koko väestön pienituloisuusaste kasvaa 12,9 prosentista 13,9
prosenttiin ja minimibudjetti köyhyys yleistyy 6,5 prosentista 7,0 prosenttiin.

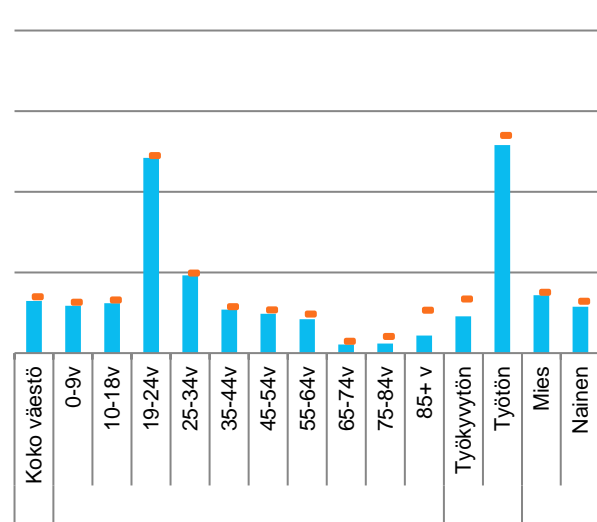
*Ikääntyneiden ja erityisesti yli 85-vuotiaiden tuloköyhyys kasvaa huomatta-
vasti.*

Heidän pienituloisuusasteensa kasvaa 27 prosentista 38 prosenttiin. Myös työkyvyttömyys-
eläkeläisten ja 75–84-vuotiaiden köyhyysasteet reagoivat selvästi. Minimibudjettiköyhyydellä
mitattuna terveysmenot lisäävät myös työttömien köyhyyttä.

Pienituloisuusaste



Minimibudjettiköyhyys



■ Köyhysaste ■ Köyhysaste terveysmenojen jälkeen

**Kuviot 2a-b. Terveysmenojen vaikutukset pienituloisuusasteeseen (a) ja minimibudjettiköyhyy-
teen (b) eri väestöryhmissä vuonna 2017.**

Köyhyysasteen muutos kertoo muutoksesta köyhien määrässä, mutta ei huomioi sitä, että terveystenot syventävät jo olemassa olevaa köyhyyttä. Köyhyyden syventyminen kohdistuu kuitenkin pitkälti samoihin väestöryhmiin kuin köyhyysasteen muutokset. Noin 70 prosenttia pienituloisten kotitalouksien terveystenotoista kohdistuu kotitalouksille, jotka ovat jo tulojen perusteella pienituloisia. Loput 30 prosenttia kohdistuu niille kotitalouksille, jotka pienituloisia vasta, kun terveystenot huomioidaan. Eri terveystenotlajeista julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuilla on suurin rooli sekä köyhyyden syventymisessä että köyhyysasteen muutoksissa.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa analysoitiin kotitalouksien terveystenotojen köyhdyttäviä vaikutuksia. Tulosten mukaan kotitalouksien terveystenot köyhdyttävät erityisesti yli 85-vuotiaita, mutta myös työkyvyttömyyseläkeläisiä, 75–84-vuotiaita ja työttömiä. Se, miksi erityisesti ikääntyneiden köyhyys lisääntyy kun terveystenot huomioidaan, johtuu siitä, että sairastamisen riski kasvaa iän myötä. Suuret terveydenhuollon kustannukset liittyvät usein monisairastavuuteen. Myös tulotaso suhteessa muihin ryhmiin yleensä heikkenee eläkkeellä. Toisaalta kertynyt varallisuus voi kompensoida pienen eläkkeen aiheuttamaa köyhyyttä.

Terveysspalvelujen käyttö on jossain määrin riippuvainen kotitalouden tulotasosta. Eri menolajien jakautuminen tuloiluokittain viittaa siihen, että kotitalouden suuret tulot mahdollistavat yksityisten terveysspalvelujen käytön, kun taas pienet tulot voivat mahdollisesti haitata terveysspalveluihin hakeutumista ylipäättään. Tulojen ja palvelujen käytön yhteys voi tuoda jonkin verran harhaa tutkimuksen tuloksiin. Jos esimerkiksi julkisten terveysspalvelujen palvelun käytölle on paljon rakenteellisia - esimerkiksi pitkiin odotusaikoihin tai korkeisiin maksuihin liittyviä - esteitä, terveystenotoja ei pääse syntymään. Analyysia tulkittaessa on siis syytä pitää mielessä tyydyttymättömien palvelutarpeiden laajuus. Kyselyiden perusteella Suomessa noin kuusi prosenttia aikuisväestöstä kokee tyydyttymättömyyttä terveysspalvelujen tarvetta, mikä on noin kaksinkertaisesti EU:n keskiarvoon nähden.

Jatkossa olisikin tärkeää saada tutkimusnäyttöä Suomesta, miten terveydenhuollon maksujen ja omavastuiden tasot vaikuttavat terveysspalvelujen käyttöön eri tuloiluokissa. Tämä mahdollistaisi maksupolitiikan tavoitteiden kuten terveysspalveluiden tarpeenmukaisen käytön paremman arvioimisen.

Vaikka tutkimuksessa käytetty aineisto on ainutlaatuinen, puutteita on edelleen. Se ei sisällä tietoja ei-korvattavista reseptilääkkeistä, matkoista tai yksityisen terveydenhuollon käynneistä. Erityisesti ei-korvattavilla reseptilääkkeillä, jotka muodostavat 11 prosenttia reseptilääkkeiden omavastuista, voi olla köyhdyttäviä vaikutuksia. Toinen aineiston puute on se, että julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut on arvioitu palvelujen käytön perusteella. Tämän johdosta analyysissa ei ole pystytty huomioimaan asiakasmaksulain 11 §, joka antaa kunnille mahdollisuuden huojentaa asiakasmaksuja, jos ne vaarantavat asiakkaan maksukyvyyn. Voi siis olla, että julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja on tässä analyysissa yliarvioitu. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjaa olisikin syytä parantaa perittyjen asiakasmaksujen osalta.

Terveyssmenojen köyhyysvaikutuksia tulkittaessa on syytä muistaa, että terveysspalvelut ovat paitsi kotitalouksien kuluerä, myös merkittävä tulonsiirto terveiltä sairaille. Julkisesta tervey-

denhuollosta noin 90 prosenttia katetaan verovaroin. Samoin korvattavien lääkkeiden kustannuksista sairausvakuutus korvaa lähes 70 prosenttia. Väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveydenhuoltomenoihin kohdistuu merkittävää kasvupainetta. Siksi on entistä tärkeämpää, että päätöksenteon tukena on tarkkaa tietoa resurssien ja terveysmenojen kohdistumisesta maksumukavuuden mukaan.

Yhteenveto toimenpide-ehdotuksista

- Erityisesti ikääntyneiden ja työkyvyttömiä toimeentulon kokonaisarviointi edellyttää tulotietojen lisäksi tietoa kotitalouksien sosiaali- ja terveydenhuollon menoista
- Pienituloisiin kotitalouksiin kohdistuvaa terveysmenorasitetta voidaan keventää tehokkaimmin alentamalla julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja
- Eri terveysmenolajeista yksityisen terveydenhuollon omavastuiden suuruudella on vähiten merkitystä pienituloisten toimeentulolle

Lisätietoja:

Tutkimuspäällikkö, VTT Jussi Tervola, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Puh. 029 524 6134, jussi.tervola@thl.fi

Tervolan asiantuntemuksen piiriin kuuluvat Suomen sosiaaliturvajärjestelmä, vaikutusarviot ja terveydenhuollon asiakasmaksut ja omavastuut.

<https://thl.fi/fi/thl/organisaatio/osastot-ja-yksikot/jarjestelmat/terveys-ja-sosiaalitalous/henki-losto/jussi-tervola>

Eriarvoistumisen, interventioiden ja hyvinvointiyhteiskunnan tutkimuksen hanke INVEST keskittyy yhteiskunnallisen eriarvoisuuden vähentämiseen ja hyvinvointivaltion uudistamiseen. Lasten, nuorten ja nuorten aikuisten hyvinvointia parannetaan uusia interventioita kehittämällä. Tavoitteena on tarjota Suomelle ja muille yhteiskunnille nykyistä tasa-arvoisempi sekä taloudellisesti, väestöllisesti ja sosiaalisesti kestävämpi hyvinvointivaltiomalli. Tavoitteisiin päästään etsimällä lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja osaamisen kehittymistä rajoittavat tekijät, tunnistamalla näihin liittyvät aukkokohtat hyvinvointivaltion olemassa olevissa tuissa ja palveluissa sekä kehittämällä tieteelliseen näyttöön perustuvia interventioita aukkokohtien paikkaamiseksi. INVEST on Suomen Akatemian lippulaivahanke.