

INVEST

#NewWelfareState

INVEST Working Papers 1/2020

Kotitalouksien terveystenonon vaikutukset köyhyteen Suomessa

Jussi Tervola, tutkimuspäällikkö, Terveyden 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, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

24.1.2020

INVEST Working papers 1/2020

Kotitalouksien terveysten menojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa

Jussi Tervola, tutkimuspäällikkö, Terveyden 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, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

24.1.2020

Turku 2019

ISBN 978-951-29-7977-6

TIIVISTELMÄ

Köyhyyttä mitataan usein kotitalouksien tulojen perusteella ilman että vaihtelevia kulutustarpeita, esimerkiksi terveydenhuoltoon liittyen, huomioidaan. Tässä tutkimuksessa täydennämme näkökulmaa ja katsomme, kuinka paljon ja missä väestöryhmissä kotitalouksien terveysmenot lisäävät tuloköyhyyttä Suomessa vuonna 2017. Lisäksi vertailemme eri terveysmenolajien, kuten lääketojen ja julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen, vaikutuksia köyhyyteen. Tulosten perusteella terveysmenot lisäävät Suomen pienituloisuusastetta yhden prosenttiyksikön ja minimibudjettiköyhyyttä puoli prosenttiyksikköä. Yli 85-vuotiailla köyhyys lisääntyy eniten. Terveysmenot lisäävät köyhyyttä myös työkyvyttömyyseläkeläisillä, 75–84-vuotiailla ja työttömillä. Valtaosa (70 %) terveysmenojen köyhdyttävästä vaikutuksesta kohdistuu niille kotitalouksille, jotka ovat jo tulojen perusteella köyhiä. Eri terveysmenolajeista suurimmat köyhdyttävät vaikutukset on julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuilla.

1. JOHDANTO

Suomessa kotitaloudet rahoittavat noin viidenneksen terveydenhuollon kokonaismenoista suorilla palvelumaksuilla ja lääkeostoilla. Osuus on Pohjoismaiden korkein ja OECD-maiden keskiluokkaa. Viimeisen vuosikymmenen aikana terveydenhuollon maksuja on korotettu useita kertoja julkisen talouden tasapainottamiseksi, mikä on lisännyt terveydenhuollon rahoituksen regressiivisyyttä. (Keskimäki ym. 2019.)

Terveysmenojen vaikutuksista kotitalouksien toimeentuloon löytyy kuitenkin vain vähän tietoa. Köyhyyttä mitataan usein kotitalouksien tulojen perusteella ilman että huomioitaisiin vaihtelevat tarpeet esimerkiksi terveydenhuollon käytölle. Sairaammilla henkilöillä on suurempi tarve terveyspalveluiden ja lääkkeiden kulutukseen, mikä heikentää heidän toimeentuloaan suhteessa muihin. Tiedetään myös, että sairastaminen on yhteydessä pienempiin tuloihin (mm. Mackenbach 2012), mikä lisää terveydenhuollon maksujen ja omavastuiden potentiaalisia köyhyysvaikutuksia. Suomessa esimerkiksi Peltola ja Vaalavuo (2018) ovatkin havainneet, että terveydenhuollon asiakasmaksut ja omavastuut kasautuvat henkilöille, jotka ovat ikääntyneitä tai pienituloisia.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme, kuinka paljon ja missä väestöryhmissä kotitalouksien terveysmenot lisäävät köyhyyttä Suomessa vuonna 2017. Lisäksi vertailemme eri terveysmenolajien asiakasmaksujen vaikutuksia köyhyyteen. Tutkimus täydentää Tervola ym. (2018) analyysia, joka keskittyi vain julkisten terveyspalvelujen asiakasmaksuihin. Nyt terveysmenot on huomioitu kattavasti: mukana analyysissa ovat julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen lisäksi lääkkeiden, yksityisten terveyspalvelujen kulutus ja silmälasien kulutus.

Tutkimuksen tavoite on tuottaa ennen kaikkea tietoa päätöksenteon tueksi, sillä suurin osa terveysmenoista on poliittisesti säädeltyä. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuista säädetään asiakasmaksulaissa (L 734/1992) ja sairausvakuutuksen korvaamien terveydenhuollon palveluiden ja lääkkeiden omavastuista sairausvakuutuslaissa (L 1224/2004). Asiakasmaksupolitiikan periaatteina on, että asiakkaalta perittävien maksujen tulee olla kohtuullisia eikä niiden suuruus saisi muodostua esteeksi palvelujen käytölle. Toisaalta tavoitteena on ehkäistä myös epätarkoituksenmukaista palvelujen käyttöä. Käytännössä potilaille kertyvien maksujen kokonaisuutta on ollut vaikea seurata, koska terveysmenoista kerätään vain osittaisia tietoja ja nekin toisistaan erillisiin hallinnollisiin rekistereihin.

Tutkimus perustuu kattavaan SOTE-SISU-rekisteriaineistoon, johon on kerätty tietoja kotitalouksien terveysmenoista ainutkertaisen kattavasti noin 800 000 otoshenkilöltä. Tiedot reseptilääkeostoista, yksityisten terveyspalvelujen kulutuksesta ja terveyteen liittyvistä matkakustannuksista pohjautuvat Kelan ylläpitämiin korvausrekistereihin. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut on arvioitu palvelun käytön perusteella hoitoilmoitusrekisteristä. Arviot kotitalouksien itsehoitolääkkeiden, lääkinnällisten valmisteiden ja silmälasien kulutuksesta pohjautuvat kulutustutkimusaineistoon. Köyhyysvaikutusten arvioimista varten aineisto sisältää myös kattavat tiedot kotitalouksien tuloista.

Seuraavaksi esittelemme vielä tarkemmin tutkimuksessa käytetyn aineiston sekä menetelmän. Tämän jälkeen siirrymme tuloksiin. Lopuksi pohdimme analyysin rajoituksia sekä tulosten merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudessa.

2. TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus pohjautuu hallinnollisista rekistereistä koottuun SOTE-SISU-aineistoon, joka kattaa noin 800 000 hengen tiedot vuodelta 2017. Analyysin perusjoukkona on Suomen asuntokuntaväestö vuoden lopussa. Vuoden aikana kuolleet ja laitospväestö eli pitkäaikaisesti esimerkiksi vanhainko-deissa, hoitolaitoksissa, vankiloissa tai sairaaloissa asuneet on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle.

Julkisen terveydenhuollon maksut on arvioitu palvelujen käyttötietojen perusteella. Arviossa on otettu huomioon kunnittain vaihtelevat maksutasot (ks. tarkemmin Tervola ym. 2019). Julkisen terveydenhuollon maksut sisältävät perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, kotihoidon, lyhyt- aikaisen (alle 3 kuukautta) laitoshoidon ja suun terveydenhuollon maksut. Analyysi sisältää kotihoi- don osalta myös sosiaalihuollon maksuja, koska terveydenhuolloksi laskettavaa kotisairaanhoidoa ja sosiaalihuollon piiriin kuuluvaa kotipalvelua ei pystytä luotettavasti erottelemaan aineistosta. Analyysissa ei ole mukana pitkäaikaisen laitoshoidon maksuja, koska laitospväestö on rajattu tutki- muksen ulkopuolelle.

Kotitalouksien reseptilääkkeiden, yksityisen terveydenhuollon ja terveyteen liittyvien matkojen käy- tetyt menot perustuvat Kelan maksurekisterien tietoihin (ml. alkuomavastuun alle jääneet korvatta- vat ostot). Lääkkeiden ja matkojen maksukatto on otettu huomioon laskennallisesti, millä on pyritty huomioimaan viiveet maksukattojen soveltamisessa. Analyysi ei sisällä sellaisia reseptilääkkeitä, matkoja tai yksityisen terveydenhuollon palveluita, jotka eivät kuulu sairausvakuutuksen piiriin tai joista ei ole haettu sairausvakuutuskorvausta. Omavastuut on otettu huomioon sellaisenaan, em- mekä havaitse jos kotitalous on saanut yksityisiä vakuutuskorvauksia menoihinsa. Täten osa oma- vastuista on yliarvioitu. Tätä kompensoi osin se, ettei analyysissä ole myöskään huomioitu ter- veysmenoina yksityisiä vakuutusmaksuja (ks. Kajantie 2019).

Tutkimuksessa on pyritty tuottamaan vertailukelpoinen terveysmenokäsite kulutustutkimuksen kanssa, joka on kansainvälisesti vakiintunut aineistolähde kotitalouksien terveysmenorasitteen tutkimiseen (esim. WHO 2019). Kaikista kulutustutkimuksen terveysmenoista ei kuitenkaan ole olemassa rekisteritietoa, mitä varten rekisteritietoja on täydennetty kulutustutkimuksen (N=3 673) avulla tiettyjen kulutuserien osalta. Näitä ovat itsehoitolääkkeet, vitamiini- ja hivenainevalmisteet, lääkkeenomaiset luontaistuotteet, lääkinnälliset tarvikkeet ja silmälasit.

Kyseiset terveysmenot on imputoitu eli arvioitu laskennallisesti kulutustutkimuksen perusteella. Imputointi on tehty regressioanalyysillä, ja siinä on käytetty hyväksi tietoa siitä, miten kyseiset ter- veysmenot kohdistuvat tulojen mukaan, ikä- ja sukupuoliryhmiin, toimeentulotuen saajiin, työkyvyt- tömyyseläkeläisiin sekä muita terveydenhuollon maksuja maksaneisiin henkilöihin. Imputointi teh- dään erikseen silmälasille ja muille puuttuville terveysmenoille. Kulutuserät on imputoitu arvioimal- la erikseen kulutuserän todennäköisyys ja sen euromäärä. Toisin sanoen euromäärän toteutumisen (kyllä/ei) arvotaan arvioidun todennäköisyyden perusteella (ks. liitetäulukko 1).

Joitain eroja kulutustutkimuksen käyttämään terveysmenokäsitteeseen kuitenkin säilyy imputoinnin jälkeenkkin. Toisin kuin tämän tutkimuksen aineistossa, kulutustutkimuksen terveysmenoihin ei ole sisällytetty terveyteen liittyviä matkakustannuksia tai yksityisen vakuutuksen korvaamia terveysme- noja. Toinen ero on, että kulutustutkimuksen terveysmenoihin sisältyy hierontapalveluiden kulutus sekä ne reseptilääkeostot ja yksityisen terveydenhuollon maksut, jotka eivät kuulu julkisen sairaus- vakuutuksen piiriin.

Mittaamme terveysmenojen vaikutuksia köyhyyteen laskemalla, miten tuloköyhyyssasteet muuttu- vat, kun vähennämme terveysmenot kotitalouksien tuloista (ks. Wagstaff & Doorslaer 2003). Toisin sanoen köyhyyttä analysoidaan ensiksi kotitalouksien varsinaisilla tuloilla ja sen jälkeen niillä tuloil-

la, mitä kotitaloudelta jää käytettäväksi terveystulojen jälkeen. Tarkastelemme terveystulojen köyhyysvaikutuksia koko väestössä sekä ikä-, sukupuoli- ja sosioekonomisissa ryhmissä.

Tutkimuksessa köyhyyttä ja terveystuloja mitataan kotitaloustasolla. Tulokäsitteenä on käytettävissä oleva ekvivalentti rahatulo, jossa erikokoiset kotitaloudet on skaalattu vertailukelpoiseksi OECD:n modifioidulla ekvivalenssiskaalalla. Kotitalouden tulot sisältävät myös kotitalouksien saaman toimeentulotuen, josta on voitu korvata terveystuloja. Siten kotitalouksien terveystulot voivat joissain tapauksissa myös kasvattaa kotitalouden tuloja toimeentulotuen kautta.

Suomessa, kuten muissakin länsimaissa köyhyys on ennen kaikkea suhteellista eikä absoluuttista. Suhteellista köyhyyttä mitataan vakiintuneesti mediaanituloihin sidotuilla pienituloisuusasteilla. Tässä tutkimuksessa käytämme pienituloisuusastetta, jossa köyhyysrajana on 60 prosenttia väestön ekvivalentista mediaanitulosta.

Pienituloisuusastetta mittarina on kritisoitu muun muassa siitä, että sen köyhyysraja ei huomioi kulutustarpeita, jotka vaihtelevat esimerkiksi iän ja asuinpaikan mukaan (esim. Penne ym. 2016). Toinen tutkimuksessa käytetty mittari, minimibudjettiköyhyys, perustuu konkreettisemmin kulutustarpeisiin (Mäkinen 2017). Se kertoo, kuinka monen henkilön tulot ovat alle kohtuulliseksi katsotun vähimmäiskulutuksen eli ns. viitebudjetin. Viitebudjetti pohjautuu kuluttaja- ja asiantuntijahaastatteluihin (Lehtinen & Aalto 2019). Siinä on huomioitu eri alueilla ja omistusmuodoissa vaihtelevat asumiskustannukset sekä ikääntyneiden erilaiset kulutustarpeet. Viitebudjetin asumismenolukuna on vuokra-asujilla alueellisesti vaihteleva ARA-keskivuokra (€/m²) ja omistusasujilla koko maan keskimääräinen vastike (€/m²), joka on erisuuruinen kerrostaloasujille ja muille omistusasujille. Asunnon oletuskoot perustuvat Kelan asumistukitilaston (2018) keskimääräisiin neliömääriin. Viitebudjettiköyhyyden asumismenon laskentaa on tarkemmin selostanut Mukkila ym. (2019).

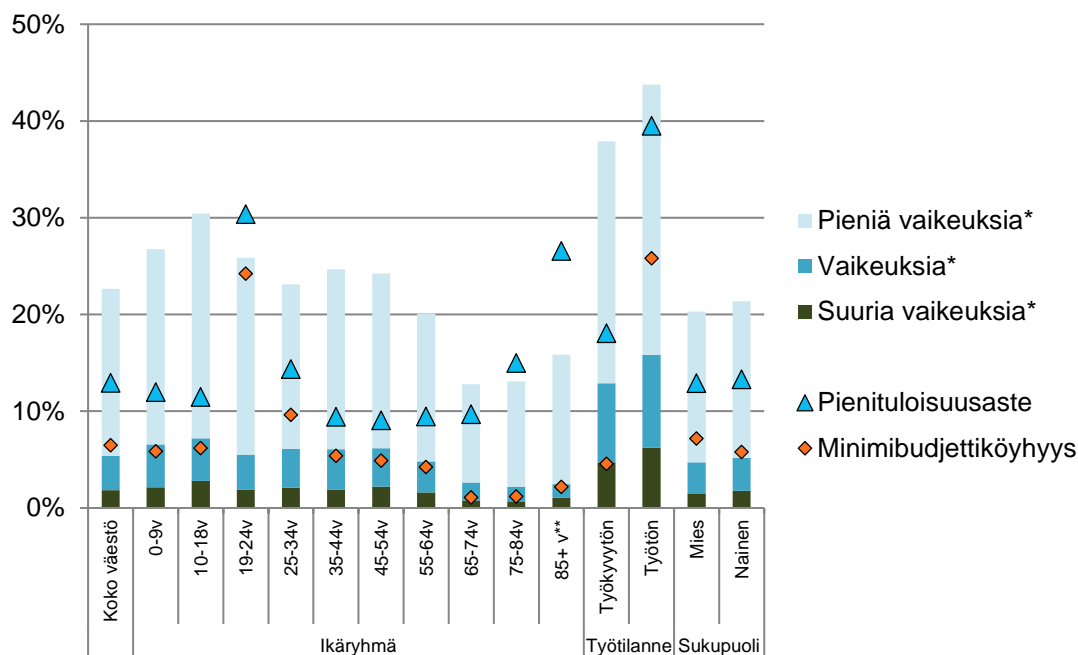
On hyvä tiedostaa, että kun terveystulot vähennetään tuloista, edellä mainitut köyhyysrajatkin alenevat. Mediaanitulo ja siten pienituloisuusasteen köyhyysraja pienenee. Viitebudjetti sisältää myös terveystuloja, jotka vähennetään budjetista, kun terveystulot vähennetään kotitalouksien tuloista. Kun köyhyysrajat alenevat, osa kotitalouksista siirtyy tällöin pois köyhyydestä köyhyysrajan yläpuolelle. Terveystuloilla on siis kaksisuuntainen vaikutus köyhyyteen.

3. TULOKSET

Kuvioon 1 on koottu köyhyyden lähtötilanne eri väestöryhmissä Suomessa vuonna 2017. Kuvioon on liitetty myös tuloköyhyysmittareita täydentävää tietoa subjektiivisista eli koetuista toimeentulovaikeuksista. Pienituloisuusaste antaa yleisimmän kuvan köyhyydestä sekä koko väestön tasolla (13 %) että eri väestöryhmissä. Minimibudjettiköyhyys (6 %) ja pieniä suurempien toimeentulovaikeuksien yleisyys (5 %) ovat melko samalla tasolla koko maan tasolla, mutta myös monissa väestöryhmissä.

Nuorten lisäksi yli 85-vuotiaiden pienituloisuusaste on hyvin korkealla, mutta koettujen toimeentulovaikeuksien ja minimibudjettiköyhyyden kohdalla ikääntyneiden köyhyys näyttyy muuta ikäryhmiä harvinaisempana. Ikääntyneiden kokemien toimeentulovaikeuksien harvinaisuus voi heijastaa ikääntyneille kertynyttä (asunto)varallisuutta¹. Tuloköyhyysmittareista minimibudjettiköyhyys on erityisen harvinaista ikääntyneiden keskuudessa: siinä heijastuu omistusasumisen pienet oletusmenot ja ikääntyneiden pienemmäksi arvioidut ruoantarpeet viitebudjetissa.

¹ Ahosen ym. (2018) vain eläkeläisiin keskittyvässä kyselyssä on raportoitu paljon yleisempiä toimeentulovaikeuksien osuuksia. Erot saattavat heijastaa erilaisia tiedonkeruumenetelmiä (puhelin- ja postikysely).



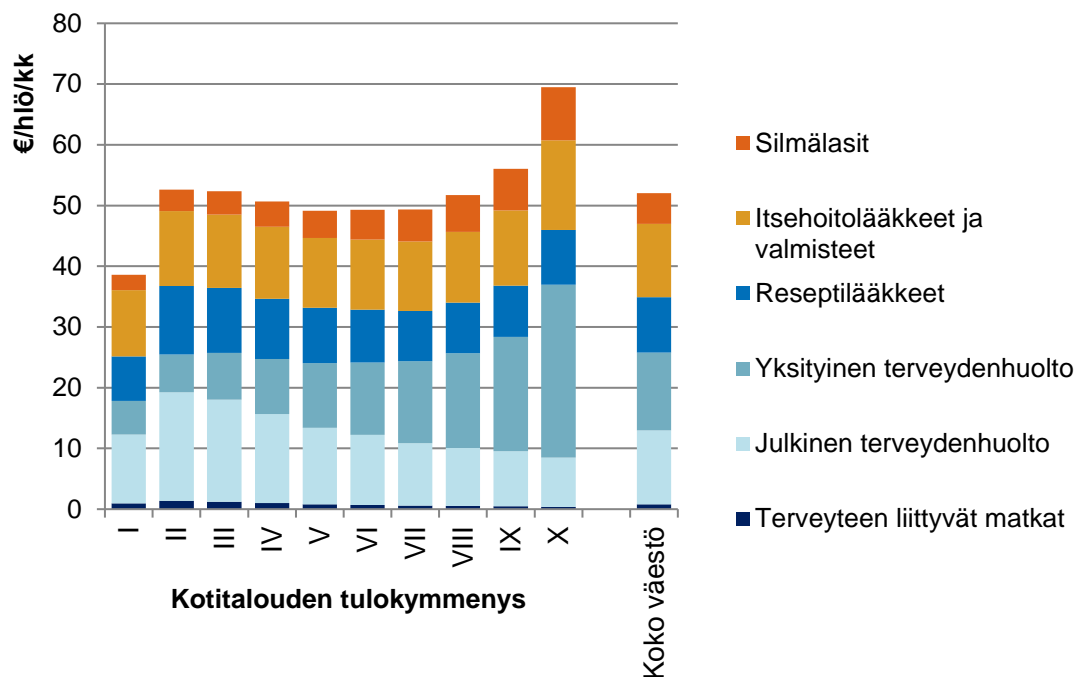
Kuvio 1. Koettujen toimeentulovaikeuksien sekä tuloköyhyyden yleisyys eri väestöryhmissä Suomessa vuonna 2017 (% väestöstä). Perustuu kotitalouden tuloihin.

* Niiden henkilöiden osuus, jotka asuvat kotitalouksissa, joissa viitehenkilö on raportoinut pieniä vaikeuksia, vaikeuksia tai suuria vaikeuksia tavanomaisten menojen kattamisessa. Laskettu EU-SILC-kyselyaineistosta (N=24 818).

** Koettujen toimeentulovaikeuksien kohdalla kaksi ylintä ikäluokkaa ovat 75–80-vuotiaat ja yli 80-vuotiaat.

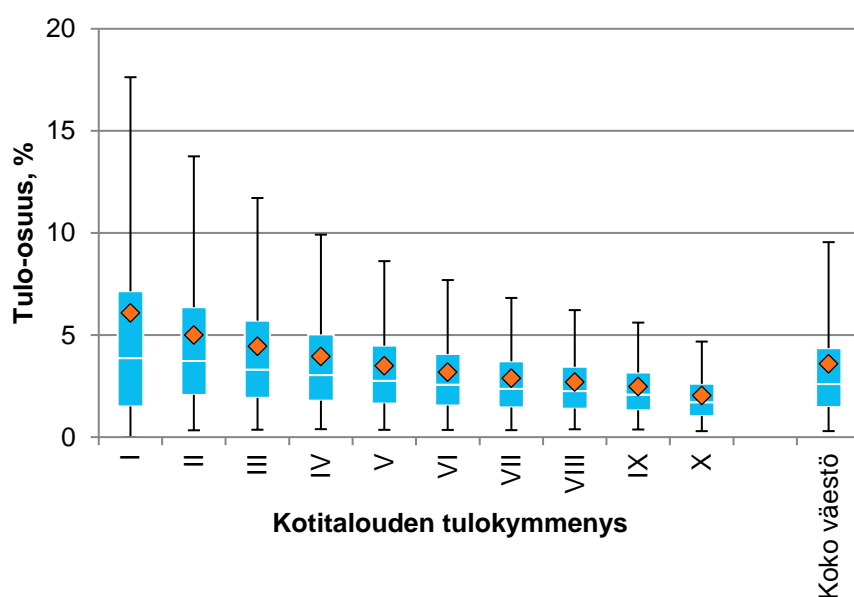
Objektiivisten ja subjektiivisten mittareiden väliset erot saman ryhmän sisällä voivat heijastaa esimerkiksi erityisryhmille, kuten opiskelijoille, tuettujen palveluiden vaikutusta (asuminen, ruokailu, joukkoliikenne). Työkyvyttömyyseläkeläisillä pientä tuloköyhyyttä suhteessa koettuihin vaikeuksiin voivat selittää myös suuret terveysmenot, joita tuloköyhyyssmittarit eivät huomioi.

Kuviossa 2 on esitetty kotitalouksien terveysmenojen jakautuminen menolajeittain ja tulokymmenyksittäin. Kuviosta nähdään, että keskimääräinen suomalainen kuluttaa terveyteen 50 euroa kuukaudessa. Hyvätuloisin kymmenes kuluttaa terveyteen selvästi eniten ja pienituloisin kymmenes vähiten. Näiden välille jäävät kymmenykset kuluttavat suurin piirtein yhtä paljon euromääräisesti. Terveysmenojen sisältö vaihtelee kuitenkin merkittävästi suurituloisimpiin kymmenykseen siirryttäessä. Kun pienituloisilla korostuvat julkisen terveydenhuollon maksut ja lääkkeet, suurituloisemmilla painottuu yksityisen terveyden huollon maksut ja silmälasien kulutus.



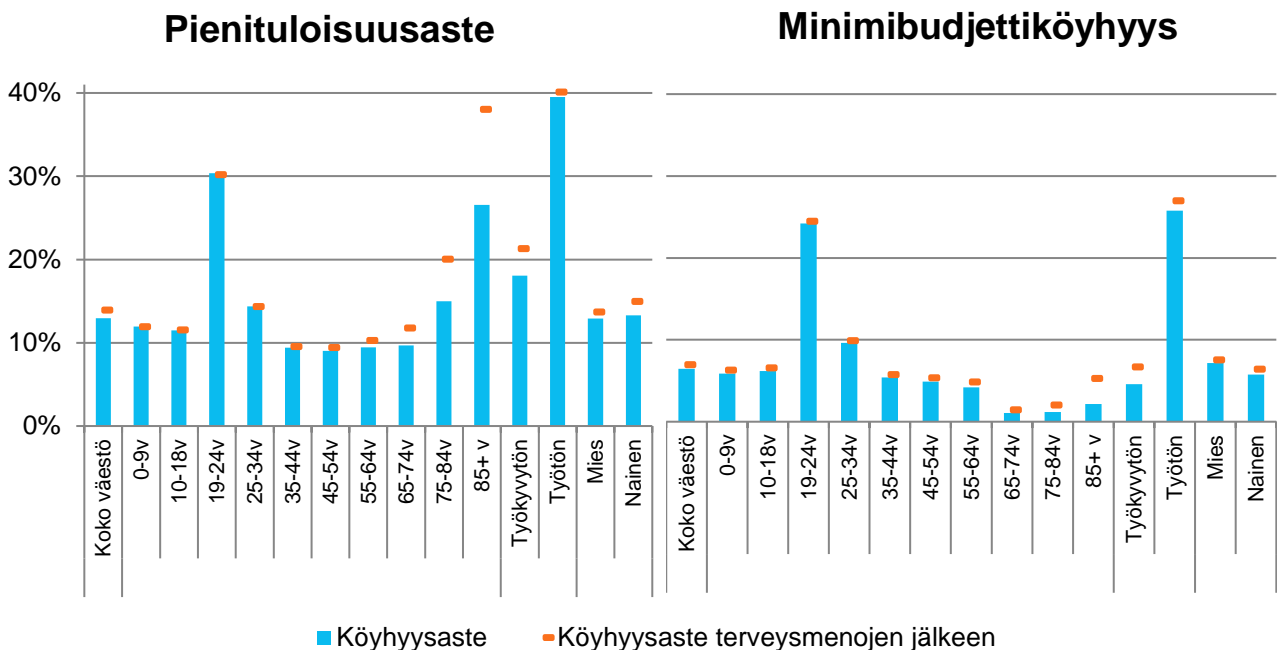
Kuvio 2. Keskimääräiset terveysmenot (€/hlö/kk) vuonna 2017 terveysmenolajeittain ja tulokymmenyksittäin.

Kun terveysmenot suhteutetaan kotitalouksien tuloihin, kuva muuttuu päinvastaiseksi (kuvio 3). Kotitaloudet kuluttavat terveyteen keskimäärin 3,6 prosenttia tuloistaan. Pienituloisimmassa tulokymmenyksessä terveyteen kulutetaan keskimäärin kuusi prosenttia, kun ylimmässä tulokymmenyksessä osuus on kaksi prosenttia tuloista. Suurimmat suhteelliset terveysmenot löytyvät pienituloisimmista tulokymmenyksistä. Pienituloisimmassa tulokymmenyksessä viidellä prosentilla terveysmenot muodostavat yli 18 prosenttia kotitalouden tuloista. Terveysmenojen tulo-osuudet pienentyvät tasaisesti sen mukaan, mitä suurituloisemmasta kotitaloudesta on kysymys.



Kuvio 3. Kotitalouden terveysmenojen tulo-osuuden jakauma tulokymmenyksittäin. 5., 25., 50., 75. ja 95. persentiilit sekä keskiarvo (vinoneliö).

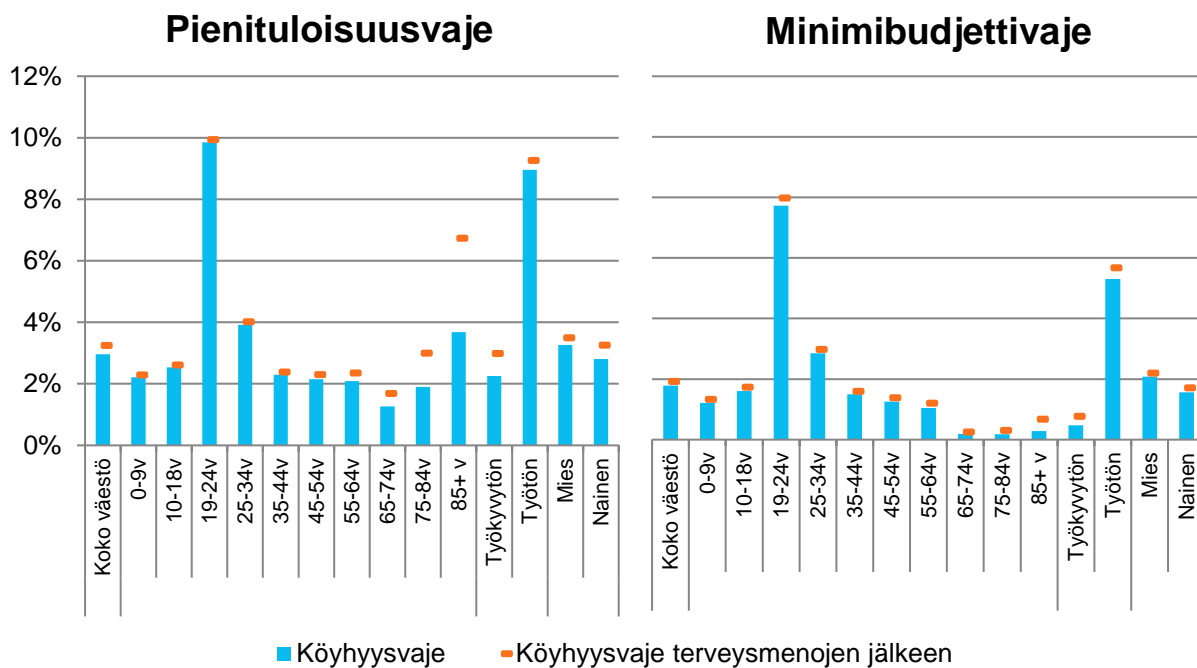
Kuvioissa 4a ja 4b on esitetty, miten tuloköyhyysasteet muuttuvat, kun terveysmenot vähennetään kotitalouksien tuloista. Ikääntyneiden ja erityisesti yli 85-vuotiaiden tuloköyhyys kasvaa huomattavasti. Heidän pienituloisuusasteensa kasvaa 27 prosentista 38 prosenttiin ja minimibudjettiköyhyys kahdesta viiteen prosenttiin. Myös työkyvyttömyyseläkeläisten ja 75–84-vuotiaiden köyhyysasteet reagoivat selvästi. Minimibudjettiköyhyys reagoi terveysmenoihin vähemmän kuin pienituloisuusaste. Tämä johtuu siitä, että minimibudjettiköyhyyden raja on alempana, ja kaikkein pienituloisimmilla kotitalouksilla on vähiten terveysmenoja (kuvio 2). Pienituloisuusraja on yksinasuvalla noin 1240 euroa kuukaudessa ja se laskee 40 euroa, kun terveysmenot huomioidaan. Keskimääräinen minimibudjetti on yksinasuvalla noin 965 euroa kuukaudessa ja se laskee 35 euroa, kun terveysmenot huomioidaan.



Kuviot 4a-b. Terveysmenojen vaikutukset pienituloisuusasteeseen (a) ja minimibudjettiköyhyyteen (b) eri väestöryhmissä vuonna 2017.

Tulokset ovat samansuuntaisia, joskin paljon voimakkaampia, kuin aiemmassa tutkimuksessa (Tervola ym. 2018), jossa huomioitiin vain julkisten terveystalouksien asiakasmaksut. Asiakasmaksut lisäsivät koko väestön pienituloisuutta 0,5 prosenttiyksikköä, kun tässä kattavasti huomioidut terveysmenot 1,0 prosenttiyksikköä. Ero tulosten välillä on terveystalouksien laajuus huomioon ottaen melko pieni, mikä selittyy pitkälti sillä, että julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut kohdistuvat voimakkaammin pienituloisille kuin muut terveystalouksilajit.

Köyhyysasteen muutos kertoo terveystalouksien vaikutuksesta köyhien määrässä, mutta ei huomioi sitä, että terveystalouksien voivat syventää jo olemassa olevaa köyhyyttä. Köyhyysvajeella voidaan sen sijaan mitata myös kotitalouden tulojen ja köyhyysrajan suhteellista eroa. Muutokset keskimääräisessä köyhyysvajeessa ovat kuitenkin väestöryhmittäin hyvin samansuuntaisia kuin muutokset köyhyysasteissa (kuviot 5a-b). Suurin ero on siinä, että köyhyysvajeella mitattuna terveystalouksien vaikuttavat jonkin verran myös työttömien minimibudjettiköyhyyteen.

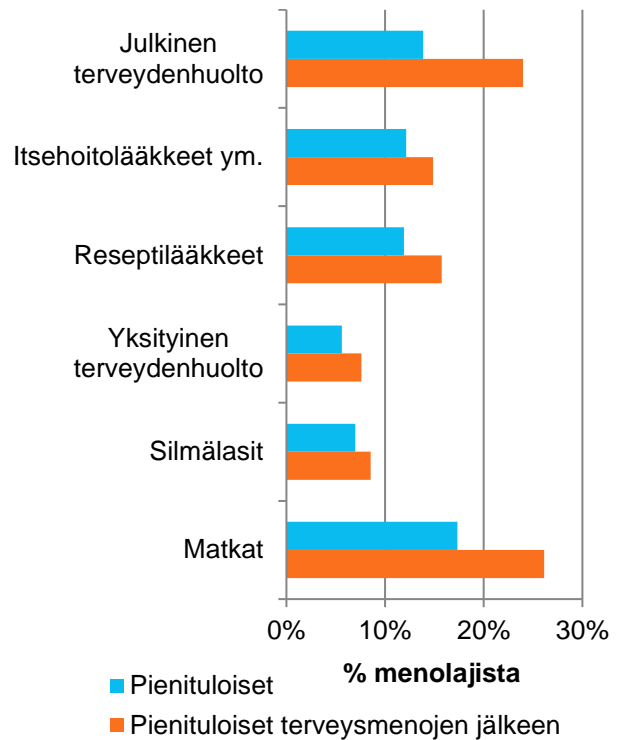
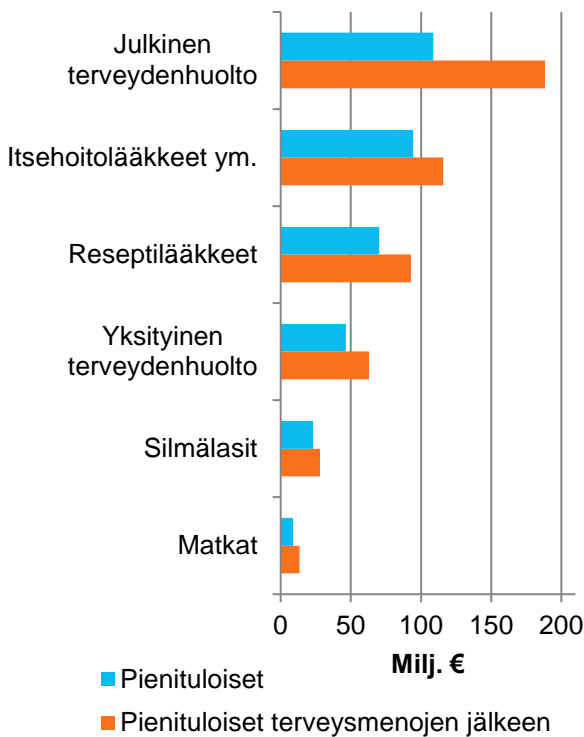


Kuviot 5a-b. Terveismenojen vaikutukset keskimääräiseen pienituloisuus- ja minimibudjettivajeeseen eri väestöryhmissä vuonna 2017.

Huom. köyhyysojan yläpuolella olevat laskettu mukaan keskiarvoon vajeella 0.

Kuviosta 2 nähtiin, että alimpaan tulokymmenykseen kuuluvien kotitalouksien terveismenot koostuvat ennen kaikkea julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuista, itsehoitolääkkeistä ja -valmisteista ja reseptilääkkeistä. Tästä voidaan päätellä, että erityisesti näiden erien pienentäminen keventäisi pienituloisten terveismenorasitetta. Poliittikkatoimenpiteet eivät kuitenkaan kohdistu pienituloisiin tehokkaasti, jos suuri osa kyseisestä menolajista kohdistuu parempituloisille. Tämän seikan selkeyttämiseksi kuvioissa 6a ja 6b on esitetty pienituloisille kohdistuvat terveismenot lajeittain sekä euroissa (vasemmalla) että osuutena menolajin kokonaismäärästä (oikealla). Vasen kuvio kertoo kunkin menolajin laajuuden pienituloisten keskuudessa ja oikeanpuoleinen kuvio kertoo, kuinka suuri osa kustakin menolajista kohdistuu pienituloisille.

Euromääräisestä tarkastelusta nähdään, että suurin terveismenolaji pienituloisten keskuudessa ovat julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut. Matkojen omavastuut ovat pienituloisille pienin menoerä. Kun eurot suhteutetaan menoerän kokonaismäärään (oikealla), matkojen omavastuut kohdistuvat pienituloisille eniten, ja yksityisen terveydenhuollon omavastuut vähiten.



Kuvio 6a-b. Pienituloisille kotitalouksille kohdistuvat terveysmenot lajeittain, milj. euroa (vasen) sekä % menolajista (oikea). Pienituloisuusrajana 60 prosenttia mediaanitulosta.

Kuvioissa 6a ja 6b on esitetty terveysmenojen kohdistuminen pienituloisille, kun pienituloisuus on määritelty tulojen (sininen pylväs) ja terveysmenojen jälkeisten tulojen kautta (oranssi pylväs). Useissa tapauksissa sininen pylväs on lähes yhtä korkea kuin oranssi, mikä viittaa siihen, että valtaosa (70 %) terveysmenojen köyhdyttävästä vaikutuksesta kohdistuu niihin kotitalouksiin, jotka ovat jo valmiiksi pienituloisia. Pylväiden ero heijastaa sitä, miten kukin menolaji köyhdyttää niitä kotitalouksia, jotka eivät ole tulojen perusteella pienituloisia. Erityisesti julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut näyttävät siirtävän kotitalouksia köyhyysrajan alapuolelle.

4. POHDINTA

Tutkimuksessa analysoitiin kotitalouksien terveysmenojen köyhdyttäviä vaikutuksia. Tulosten mukaan kotitalouksien terveysmenot köyhdyttävät erityisesti yli 75-vuotiaita ja työkyvyttömyyseläkeläisiä. Se, miksi erityisesti ikääntyneiden köyhyys lisääntyy kun terveysmenot huomioidaan, johtuu siitä, että sairastamisen riski kasvaa iän myötä. Suuret terveydenhuollon kustannukset liittyvät usein monisairastavuuteen (Beard ym. 206; Marengoni ym. 2011). 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. Kuviossa 2 esitetty eri menolajien jakautuminen tuloluokittain viittaa siihen, että kotitalouden suuret tulot mahdollistavat yksityisten terveyspalvelujen käytön, kun taas pienet tulot voivat mahdollisesti haitata terveyspalveluihin hakeutumista. Tulojen ja palvelujen käytön yhteys voi tuoda jonkin verran harhaa tutkimuksen tuloksiin. Jos esimerkiksi julkisten terveyspalvelujen palvelun käytölle on paljon raken-

teellisiä - esimerkiksi pitkiin odotusaikoihin tai korkeisiin maksuihin liittyviä - esteitä, terveismenoja ei pääse syntymään. Tehtäessä esimerkiksi kansainvälistä vertailua asiakasmaksujen kasautumisesta (esim. WHO 2019) on siis syytä pitää mielessä tyydyttymättömien palvelutarpeiden laajuus eri maissa. Kyselyiden perusteella Suomessa noin kuusi prosenttia aikuisväestöstä kokee tyydyttymätöntä terveyspalvelujen tarvetta, mikä on noin kaksinkertaisesti EU:n keskiarvoon nähden (Eurostat 2019).

Jatkossa olisikin tärkeää saada tarkempaa tutkimusnäyttöä Suomesta, kuinka paljon esteitä asiakasmaksut ja omavastuut asettavat palvelun käytölle, tai toisin sanoen, miten maksujen tasot vaikuttavat terveyspalvelujen käyttöön. Tämä mahdollistaisi maksupolitiikan tavoitteiden kuten terveyspalveluiden 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 (THL 2019), voi olla köyhdyttäviä vaikutuksia. Toinen aineiston puute on se, että julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut on imputoitu palvelujen käytön perusteella. Tämän johdosta analyysissä ei ole pystytty huomioimaan asiakasmaksulain 11 §, joka antaa kunnille mahdollisuuden huojentaa asiakasmaksuja, jos ne vaarantavat asiakkaan maksukyvyt. Voi siis olla, että julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja on tässä analyysissä yliarvioitu. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietopohjaa olisikin syytä parantaa perittyjen asiakasmaksujen osalta.

Terveismenojen köyhyysvaikutuksia tulkittaessa on syytä muistaa, että terveyspalvelut ovat paitsi kotitalouksien kuluerä, myös merkittävä tulonsiirto terveiltä sairaille. Julkisesta terveydenhuollosta noin 90 prosenttia katetaan verovaroin (THL 2019). Samoin korvattavien lääkkeiden kustannuksista sairausvakuutus korvaa lähes 70 prosenttia (mt). Väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveydenhuollon kohdistuu merkittävää kasvupainetta. Siksi on entistä tärkeämpää, että päätöksenteon tukena on tarkkaa tietoa resurssien ja terveismenojen kohdistumisesta eri sosioekonomisiin ryhmiin.

Lähteet

Ahonen Kati, Palomäki Liisa-Maria & Polvinen Anu (2018). Eläkeläisten toimeentulokokemukset vuonna 2017. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 3/2018. Helsinki: Eläketurvakeskus.

Beard John, Officer Alana, Araujo de Carvalho Islene, Sadana Ritu, ym. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet* 2016; 387: 2145–54.

Eurostat (2019). Unmet health care needs statistics. Viitattu 17.1.2019. Saatavissa: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics#Unmet_needs_for_health_care

Kajantie Mira (2019). Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia hankitaan yhä enemmän – selvä enemmistö jää tappiolle. *Tieto & Trendit* 1/2019. Viitattu 17.1.2019. Saatavissa: <https://www.tilastokeskus.fi/tietotrendit/artikkelit/2019/yksityisia-sairauskuluvakuutuksia-hankitaan-yha-enemman-selva-enemmisto-jaa-tappiolle/>

Keskimäki Ilmo, Tynkkynen Liina-Kaisa, Reissell Eeva, ym. (2019). Finland: Health system review. *Health Systems in Transition* 21(2): 1– 166.

Lehtinen Anna-Riitta & Aalto Ulla K. (2019). Kohtuullisen minimin viitebudjettien laadinta ja käyttö. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 115(1): 11-23.

Mackenbach, Johan P. (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: the explanation of a paradox, *Social science & medicine*, vol. 75, no. 4, pp. 761-769.

Marengoni Alessandra, Angleman Sara, Melis René, Mangialasche Francesca ym. (2011) Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*; 10: 430–39.

Mukkila Susanna, Ilmakunnas Ilari, Moisio Pasi & Saikkonen Paula (2019). Köyhyys ja perusturvan riittävyys. Teoksessa Kestilä Laura & Karvonen Sakari, toim. *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mäkinen Lauri (2017). Viitebudjetti köyhyyden mittarina–muuttuuko köyhyyden kuva? *Yhteiskuntapolitiikka* 82(2): 153-164.

Peltola Mikko & Vaalavuo Maria (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä omavastuiden kohdentuminen väestössä. Teoksessa Vaalavuo Maria, toim. *Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus*, s. 66–105. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30.

Penne Tess, Cussó Parcerisas Irene, Mäkinen Lauri, Storms Bérénice & Goedemé Tim (2016). Can reference budgets be used as a poverty line? *VLAS-Studies* 30.

Tervola Jussi, Mukkila Susanna, Ilmarinen Katja & Kapiainen Satu (2018). The distributional effects of out-of-pocket health payments in Finland 2010–2018. Discussion paper 35. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Tervola Jussi, Haaga Tapio & Ilmarinen Katja (2019). Terveydenhuollon asiakasmaksujen alueellinen vaihtelu Suomessa. *Tutkimuksesta tiiviisti* 48. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2017. Viitattu 17.1.2019. Saatavissa: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus>

Wagstaff Adam & van Doorslaer, Eddy (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health economics* 12(11): 921–933.

WHO (2019). Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Regional report. Barcelona: World Health Organization.

Liitetaulukko 1. Kulutustutkimuksesta estimoidut itsehoitolääkkeiden ja silmälasien imputointimallit, kotitalouskohtainen.

	Itsehoitolääkkeet ja -valmisteet ¹				Silmälasit ²			
	Todennäköisyys (0-100)		€/vuosi		Todennäköisyys (0-100)		€/vuosi	
	Kerroin	p	Kerroin	p	Kerroin	p	Kerroin	p
Vakio	11,55	0,001	514,57	0,000	8,66	0,010	50,61	0,317
Käytettävissä olevat tulot, ekv 10 000 €	6,158	0,001	-102,820	0,016	5,602	0,001	130,144	0,000
Käytettävissä olevat tulot ² , ekv 10 000 €	-0,887	0,000	21,699	0,000	-0,415	0,061	-10,761	0,001
Käytettävissä olevat tulot ³ , ekv 10 000 €	0,025	0,000	-0,529	0,000	0,009	0,154	0,216	0,007
Alle 3-vuotias, hlö lkm	8,18	0,018	79,92	0,233	1,14	0,724	17,60	0,672
3–12-vuotias, hlö lkm	1,82	0,171	19,83	0,451	2,78	0,025	-1,55	0,919
13–16-vuotias, hlö lkm	7,68	0,002	89,83	0,066	4,21	0,076	59,56	0,035
17–24-vuotias, hlö lkm	2,54	0,195	67,88	0,101	5,65	0,002	-8,94	0,705
25–34-vuotias, hlö lkm	5,55	0,007	160,58	0,000	0,60	0,757	-72,34	0,007
35–54-vuotias, hlö lkm	5,36	0,004	119,06	0,003	3,43	0,052	13,65	0,563
55–64-vuotias, hlö lkm	5,11	0,017	142,23	0,002	2,80	0,163	124,86	0,000
65–74-vuotias, hlö lkm	15,44	0,000	152,76	0,000	4,62	0,011	107,59	0,000
75–84-vuotias, hlö lkm	18,56	0,000	153,51	0,001	-0,85	0,704	155,76	0,000
yli 84-vuotias, hlö lkm	15,83	0,000	256,08	0,005	1,75	0,661	4,36	0,944
Nainen (viitehenkilö tai puoliso, alle 65v)	12,67	0,000	-82,70	0,168	4,59	0,050	29,88	0,394
Työkyvyttömyyseläkeläinen, hlö lkm	4,59	0,161	81,33	0,227	2,15	0,485	-68,03	0,102
Toimeentulotukea saava kotitalous	4,43	0,179	-161,15	0,031	-4,96	0,109	-29,67	0,551
Reseptilääkkeet, ekv €	0,014	0,000	0,086	0,012	0,002	0,359	0,039	0,111
Julkinen suun terveydenhuolto, ekv €	-0,005	0,412	-0,287	0,042	0,017	0,003	-0,068	0,288
Julkinen perusterveydenhuolto, ekv €	-0,003	0,517	0,052	0,548	0,004	0,283	0,029	0,567
Yksityinen suun terveydenhuolto, ekv €	0,001	0,616	0,110	0,000	0,002	0,065	0,040	0,001
Yksityinen perusterveydenhuolto, ekv €	0,000	0,976	0,163	0,012	0,002	0,361	0,009	0,787

¹ Kulutustutkimuksen hyödykeryhmät 6.1.1.1.2-4, 6.1.1.2 ja 6.1.1.3S1

² Kulutustutkimuksen hyödykeryhmä 6.1.1.3.1

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 lippulaivanhanke.