

ELÄKETURVAKESKUKSEN
TUTKIMUKSIA



Sosiaali- ja terveystalveluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle

MARIA VAALAVUO

ELÄKETURVAKESKUKSEN
TUTKIMUKSIA



Sosiaali- ja terveystalveluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle

MARIA VAALAVUO

Eläketurvakeskus

00065 ELÄKETURVAKESKUS

Puhelin 029 411 20 • Faksi 09 148 1172

Pensionskyddscentralen

00065 PENSIONSSKYDDSCENTRALEN

Telefon 029 411 20 • Fax 09 148 1172

Finnish Centre for Pensions

FI-00065 Eläketurvakeskus Finland

Phone +358 29 411 20 • Fax +358 9 148 1172

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

Helsinki 2018

ISBN 978-951-691-283-0 (nid.)

ISBN 978-951-691-284-7 (PDF)

ISSN 1236-3049 (painettu)

ISSN 1798-7482 (verkkojulkaisu)

SAATE

Eläketurvan riittävyden ja eläkkeensaajien toimeentulon tutkiminen on Eläketurvakeskuksen tutkimustoiminnan keskiössä. Tutkimuksissa on tyypillisesti tarkasteltu eläkkeensaajien eläkkeiden ja tulojen tasoa. Toimeentuloon vaikuttavat tulojen ohella oleellisesti myös välttämättömät menot, joista sosiaali- ja terveyspalveluiden menot ovat yksi keskeisimmistä. Eläkkeensaajilla sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve on muuta väestöä keskimääräistä suurempi – vanhemmilla iän mukana heikentyvän terveyden ja toimintakyvyn vuoksi ja nuoremilla työkyvyttömyyseläkkeen saajilla alentuneen työkyvyn ja heikomman terveydentilan vuoksi.

Siitä, miten paljon sosiaali- ja terveyspalvelumenot rasittavat eläkeläisten toimeentuloa, on kuitenkin hyvin vähän tutkimusta. Vielä vähemmän tiedetään, mikä on Pohjoismaille ominaisten julkisesti järjestettyjen ja rahoitettujen sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitys yksilöiden toimeentulolle. Kansainvälisissä tutkimuksissa on viime vuosina pyritty ottamaan kattavammin huomioon palveluiden kustannusten merkitys paitsi yksilön toimeentulolle myös tulonjaolle laajemminkin. Aikaisempaa suomalaista tutkimusta aiheesta ei kuitenkaan ole.

Eläketurvakeskus pyysi Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta tutkimusta eläkeläisten käyttämistä sosiaali- ja terveyspalveluista, niiden aiheuttamista menoista sekä palveluiden rahallisesta arvosta eläkkeensaajille. Erikoistutkija Maria Vaalavuoto on tutkimuksessa käyttänyt kansainvälisestikin hyvin ainutlaatuisia aineistoa, jossa on yksilötason tiedot niin käytetyistä palveluista ja saaduista lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden Kela-korvauksista kuin asuntokunnan tuloista. Käsillä on siis tutkimus, jossa analysoidaan ensimmäistä kertaa tällä tarkkuudella sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitystä toimeentulolle. Kiitän Maria Vaalavuotoa hyvästä yhteistyöstä ja sitoutuneesta työskentelystä. Samoin kiitän THL:n erikoistutkija Mikko Peltolaa, joka on muokannut aineistoa. Kiitokset kuuluvat myös ohjausryhmän jäsenille Kati Ahoselle ja Juha Rantalalle sekä julkaisuassistentti Merja Raunikselle, joka tämänkin tutkimuksen taittoi ja viimeisteli julkaisukuntoon.

Helsingissä huhtikuussa 2018

Susan Kuivalainen

Tutkimusosaston osastopäällikkö

TIIVISTELMÄ

Julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut tulonjaon näkökulmasta

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan eläkeläisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä Suomessa vuonna 2015. Tutkimuksessa analysoidaan sekä palveluiden käyttöön liittyviä tuotantokustannuksia eli palveluiden laskennallista rahallista arvoa että siitä aiheutuvia asiakasmaksuja palveluita käyttävälle. Lisäksi analysoidaan Kelan korvausten piirissä olevia lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuita. Tarkastelu tapahtuu ikä- ja tuloluokittain.

Julkiset palvelut tukevat ihmisten hyvinvointia monilla tavoin ja voidaan ajatella, että ne ovat osa julkista tulojen uudelleenjaon järjestelmää. Toisaalta palveluiden käytöstä aiheutuvat asiakasmaksut ja muut terveydenhoitoon liittyvät kustannukset yksilölle, kuten lääkkeiden omavastuut, voivat muuttua taloudelliseksi taakaksi etenkin pienituloisille sairaille. Koska yhteiskunnan varoin rahoitetaan suuri osa sosiaali- ja terveyspalveluista, on tärkeää katsoa, ketkä näitä palveluita käyttävät. Toisaalta tulee pohtia, kenelle käytöstä aiheutuva maksurasite kohdistuu.

Tällainen tutkimus antaa tietoa siitä, millaisia mahdollisia tulonjaollisia vaikutuksia olisi muutoksilla palveluiden rahoituspohjassa, esimerkiksi jos painopistettä siirretään verovaroin rahoitetuista palveluista kohti asiakasmaksuilla maksettavia palveluita. Ennen kaikkea näemme, miten palveluista saatava rahallinen arvo yhteiskunnassa jakautuu ja keihin kohdistuisivat mahdolliset muutokset palveluiden tarjonnassa.

Tutkimuksen pohjana ainutlaatuinen rekisteriaineisto

Tutkimusaineistoina on käytetty koko väestön kattavaa rekisteriaineistoa, johon on yhdistetty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitustiedot (HILMO-aineisto) ja Tilastokeskuksen tiedot tuloista ja henkilön sosioekonomisesta asemasta. Tiedot ovat vuodelle 2015. HILMO-aineisto pitää sisällään tiedon sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä ja sen mukaan on myös laskettu henkilön asiakasmaksut vuoden ajalta. Lisäksi aineistoon on yhdistetty Kelan rekisterit lääkkeiden ja matkojen omavastuista sekä yksityisten palveluiden käytöstä. Nämä tiedot on saatu 70 prosentin otokselle.

Tuotantokustannusten eli palveluiden rahallisen arvon laskemiseen on käytetty yksikkökustannuksia, jotka kertovat jokaiselle palvelun käyttökerralle tai

hoitojaksolle kustannustiedon. Kustannus on laskennallinen eikä siten välttämättä vastaa kuntien tilinpitoa. Asiakasmaksujen määrittäminen perustuu asiakasmaksulainsäädännössä esitettyihin enimmäismaksuihin. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen erikoistutkija Mikko Peltola liitti rekisteriaineistoon tiedot yksikkökustannuksista ja asiakasmaksuista, joten ilman hänen tärkeää työpanostaan tämä tutkimus olisi ollut mahdoton suorittaa.

Käytössä on siis ollut kansainvälisestikin ainutlaatuinen aineisto, joka tarjoaa mahdollisuuden hyvin yksityiskohtaiseen analyysiin. Vastaavanlaista tutkimusta ei ole samalla tarkkuudella tehty aiemmin, ja tuotantokustannusten sekä yksilölle aiheutuvien kustannusten samanaikainen tarkastelu on varmastikin ensimmäinen laatuaan.

Palveluiden käytössä huomattavia eroja ikä- ja tuloluokittain

Eläkeläisten vuoden 2015 aikana käyttämien palveluiden rahallinen arvo on keskimäärin 6 500 euroa eläkeläistä kohden. Maksetut asiakasmaksut kattavat tästä 12,7 prosenttia. Julkisten sosiaali- ja terveystalouden palveluiden käyttö on pääasiassa yleisempää tulonjaon alapäässä, eli pienituloiset eläkeläiset käyttävät näitä palveluita keskimäärin enemmän kuin suurituloiset. Suhteessa käytettävissä oleviin tuloihin palveluiden rahallinen arvo on erityisen merkittävä alimmassa tuloviidenneksessä. Tutkimus ei kuitenkaan analysoi palveluiden käyttöä suhteessa henkilön tarpeisiin; myöskään tyydyttämättömistä sosiaali- ja terveydenhuollon tarpeista ei aineiston perusteella voida tehdä johtopäätöksiä.

Yksittäisten palveluiden välillä on huomattavia eroja siinä, kuinka yleistä palvelun käyttö on, kuinka paljon palvelun tuottaminen maksaa, kuinka paljon asiakas itse palvelun käytöstä maksaa ja ketkä tarkalleen ottaen palvelua käyttävät. Perusterveydenhuollon avopalveluita käyttää suurin osa eläkeläisistä ikään ja tuloluokkaan katsomatta, erikoissairaanhoidon palveluita on käyttänyt yli puolet eläkeläisistä ja lyhytaikaisessa vuodeosastohoidossa on ollut noin viidennes eläkeläisistä vuoden aikana. Muiden palveluiden käyttö on huomattavasti harvinaisempaa, mutta usein kyseessä on myös tuotantokustannuksiltaan huomattavasti kalliimmat palvelut.

Kotihoidon palveluita on saanut noin joka seitsemäs eläkeläinen, mutta osuus on huomattavasti suurempi vanhemmissa ikäryhmissä, erityisesti yli 85-vuotiailla, joista lähes puolet on käyttänyt kotihoidon palveluita edes kerran vuoden aikana. Lisäksi ero pienituloisten ja suurituloisten välillä on iso kotihoidon käytössä: alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista yli 85-vuotiaista 49 prosent-

tia on saanut kotihoitoa verrattuna ylimmän tuloviidenneksen 40 prosenttiin. Osaksi tämä on yhteydessä yksin asumisen yleisyyteen erityisesti alimmassa tuloluokassa, mutta myös heikompaan terveydentilaan ja vähäisempään yksityisten palveluiden käyttöön. Riippuen palvelusta ja ikäryhmästä palveluiden käytössä on siis eroja tuloluokkien välillä. Tämä tarkoittaa, että hienojakoinen analyysi on tärkeää.

Huomionarvoista on myös se, että 18–54-vuotiaat eläkeläiset käyttävät paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, mikä liittyy luonnollisesti syihin olla työkyvyttömyyseläkkeellä tässä ikäryhmässä. Yli 85-vuotiaiden jälkeen palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset ovat korkeimmat juuri tässä ikäryhmässä. Muihin ikäryhmiin verrattuna 18–54-vuotiaat käyttävät erityisen usein muun sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluita. Sen sijaan eläkeläisten suurin ikäryhmä, eli 65–69-vuotiaat, koostuu pääosin vastikään eläkkeelle siirtyneistä kohtuullisen terveistä henkilöistä, mikä heijastuu myös heidän suhteellisen vähäiseen palveluiden käyttöön.

Lääkkeiden omavastuita on eläkeläisistä ollut yli 90 prosentilla (koko väestössä n. 70 %); muita yleisemmin vanhimmissa ikäryhmissä ja harvemmin alimmassa tuloluokassa. Matkojen omavastuita on sen sijaan maksettu harvemmin ylipäättään (25 % kaikista eläkeläisistä ja 10 % koko väestöstä), mutta ne ovat yleisempiä alemmissa tuloluokissa kuin ylemmissä tuloluokissa. Yksityisiä palveluita, joihin on haettu Kela-korvauksia, on käyttänyt hieman yli puolet eläkeläisistä (vastaavasti n. 40 % koko väestöstä), mutta 71 prosenttia ylimmästä tuloluokasta. Yksilön markkinoilta ostamista sosiaalihuollon palveluista ei aineistossa ole tietoa, mikä voi hieman vääristää kuvaa etenkin suurituloisten vanhuspalveluiden ja kotihoidon käytöstä ja siihen liittyvistä maksuista.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannukset taloudellinen rasite osalle eläkeläisistä

Kun koko väestössä vain harvoilla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut ja lääkkeiden ja matkojen omavastuut ylittävät 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista (nk. katastrofaaliset kustannukset Maaailman terveysjärjestö WHO:n terminologiassa), niin eläkeläisten parista löytyy useammin ryhmiä, joissa maksut kohoavat näin korkeiksi.

Etenkin nuorilla eläkeläisillä korkeat maksut suhteessa tuloihin ovat yleisiä (analyysissä ei ole tosin voitu huomioida esim. maksuvapautuksia tai maksujen alennuksia, eli luku voi hieman yliarvioida asiakasmaksujen suuruutta).

18–54-vuotiaista alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista eläkeläisistä 17 prosentilla maksut kohoavat yli 40 prosentin käytettävissä olevista tuloista, kun koko väestössä osuus on noin prosentin luokkaa ja kaikilla eläkeläisillä 3,6 prosenttia. Tämä selittyy erityisesti kehitysvammaisten asumis- ja laitospalveluissa asuvien korkeilla asiakasmaksuilla suhteessa tuloihin (ilman näitä henkilöitä prosenttiosuus laskee noin kymmenen prosenttiyksikköä). Myös kaikkien iäkkäimmässä ryhmässä korkeat kustannukset ovat suhteellisen yleisiä. Sinänsä tämä on luonnollista, sillä asiakasmaksut voivat olla jopa 85 prosenttia henkilön tuloista pitkäkestoisessa hoidossa.

Suhteessa palvelun rahalliseen arvoon asiakasmaksut ovat silti matalat etenkin vain takuueläkettä tai muuten pientä eläkettä saavilla. Jos esimerkiksi tehostetun asumispalvelun vuorokausikustannus on noin 140 euroa, ei 775 euron takuueläkkeellä voi kattaa kuin muutaman vuorokauden kustannuksen. Näin ollen voidaan ajatella, että julkisen palvelun tuottama tulonsiirto on käyttäjälleen huomattava asiakasmaksuista huolimatta. Ilman julkisia palveluita etenkin pitkäaikaisen hoivan kustannukset nousisivat suhteettoman suuriksi useimmilla eläkeläisillä – tai hoivan antamisen taakka siirtyisi esimerkiksi hoivantarpeessa olevan omaisille.

70 prosenttia kustannuksista keskittynyt 10 prosentille käyttäjistä

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita on käyttänyt noin 90 prosenttia kaikista eläkeläisistä, niin käytön volyymi ja intensiivisyys, eli kuinka usein ja kuinka pitkään henkilö palvelua käyttää, vaihtelee merkittävästi yksilöiden välillä. Keskiarvojen takana on huomattavaa vaihtelua ikäryhmien ja tuloluokkien sisälläkin. Kymmenen prosenttia palveluita käyttäneistä eläkeläisistä aiheuttaa noin 70 prosenttia kaikista tarkastelun alla olleista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannuksista. Vastaavia tuloksia on löydetty myös muissa tutkimuksissa, joissa on tarkasteltu kustannusten tai palveluiden käytön keskittymistä väestössä yleensä.

Keskimäärin näillä kymmenellä prosentilla vuodessa aiheutuneet kustannukset ovat noin 50 000 euroa (kun kustannukset keskimäärin ovat 6 500 euroa eläkeläistä kohden). Tähän palveluita käyttäneiden ryhmään kuuluu suhteellisesti enemmän yli 85-vuotiaita sekä myös 18–54-vuotiaita. Monet heistä asuvat pitkäkestoisesti asumis- tai laitospalvelussa. Vanhuksista monilla on dementia, kun taas nuoremmilla eläkeläisillä suuret kustannukset ovat yhteydessä psykoosiin ja epilepsiaan.

Palveluiden huomioiminen tulokäsitteessä ei ole ongelmantonta – mutta se olisi tärkeää

Tulonjaollisesta näkökulmasta voidaan ajatella, että palveluista saatavan hyödyn huomioiminen tasoittaa tuloeroja köyhimpien ja rikkaimpien eläkeläisten välillä. On kuitenkin muistettava, että palveluiden käyttö vastaa tiettyyn tarpeeseen, jota ei oteta huomioon tuloja mitattaessa. Toisaalta voidaan ajatella, että julkisten palveluiden olemassaolo vapauttaa yksilön tuloja vaihtoehtoiseen kulutukseen, kun henkilön ei tarvitse esimerkiksi ostaa yksityistä hoiva- tai sairauskuluvakuutusta tai palveluita markkinoilta. Pohdittavaksi tällöin jää, miten määrittää julkisille palveluille sopiva rahallinen hyöty tai arvo, joka voitaisiin ottaa osaksi laajempaa tulojen käsittelyä. Samalla voidaan ulottaa pohdinta siihen, kuka palveluista todella hyötyy: onko se palveluita suoraan käyttävä henkilö (kuten tässä tutkimuksessa on ajateltu), läheinen, joka vapautuu hoiva-velvoitteesta, vai kaikki järjestelmän kattavat henkilöt ylipäättään vakuutusperiaatteen mukaisesti? Näitä metodologisia ja teoreettisia kysymyksiä on pohdittu laajasti alan kirjallisuudessa.

Sosiaali- ja terveystalouden palveluiden käyttöä ja kustannuksia tarkastelevassa tutkimuksessa on jo aiemmin huomattu tiettyjen palveluiden osalta, että ne näyttävät hyödyttävän pienituloisia enemmän. Samalla on tosin todettu, että käytön ja kustannusten suhteuttaminen tarpeeseen (etenkin yksin asuminen ja terveydentila) tuottaa erilaisen tuloksen, joka viittaisi eriarvoisuuteen palveluiden käytössä. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida tehdä arvioita epäoikeudenmukaisuudesta tässä suhteessa, vaan analyysit on nähtävä kuvailuna palveluiden käytön jakautumisesta eläkeläisväestössä ilman normatiivista arviota siitä, mikä on palveluiden saavutettavuus ja tarpeiden tyydyttämisen taso ja missä määrin toteutuu yhdenvertaisuus palveluiden käytössä suhteessa tarpeeseen.

Kansainvälisissä vertailuissa ja elintason ajallisessa seuraamisessa julkisten palveluiden arvottaminen ja analysointi olisi kuitenkin tärkeää, sillä eläkkeiden, sosiaalietuuksien ja palkkojen riittävyys tietyn elintason saavuttamiseksi riippuu yhteiskunnallisesta kontekstista, joka pitää sisällään myös julkisten palveluiden saatavuuden. Eri maissa tai aikoina voidaan suosia joko rahallisia etuuksia (joilla henkilö voi itse ostaa tarvitsemansa palvelun) tai ei-rahallisia etuuksia (julkinen palvelu) saman päämäärän saavuttamiseksi (hoivan tarpeen tyydyttäminen). Näin ollen saattaa olla tuloksia jossain määrin jopa vääristävää, että näistä etuuksista vain ensimmäinen huomioidaan henkilön tai kotitalouden elintaso ja taloudellista tilaa tutkittaessa.

SUMMARY

Public social and health care services from the perspective of income distribution

This study analyses how retirees used social and health care services in Finland in 2015. The analysis covers the production costs relating to the services, that is, the computational monetary value of the services provided, as well as the customer fees paid by the users of the services. The analysis also includes the copayments of such drugs, travel costs and private sector services that are reimbursed by the Social Insurance Institution (Kela). The review is done by age and income groups.

Public services support individuals' wellbeing in many ways. The services can be viewed as part of the public income redistribution system. On the other hand, customer fees relating to these services and other health care expenses, such as copayments for medicines, can become a financial burden in particular for sick, low-income people. Since the majority of social and health care services are financed with tax revenues, it is important to examine who uses these services as well as who carries the burden of the expenses of that usage.

This type of research provides information on the potential impact on income distribution of changes in the funding of these services. For example, what happens if the balance shifts from services financed with tax revenues to services financed with customer fees? More importantly, we can see how the monetary value of the services used is distributed in society and who would be affected by changes in the supply of services.

Study based on unique register data

This study is based on register data that covers the entire population. The register data combines the data of the Care Register for Health Care with Statistics Finland's data on individuals' income and socioeconomic status. The data is for the year 2015. The Care Register for Health Care includes data on the use of social and health care services. The customer fees for one year per individual have been calculated based on it. In addition, the data has been supplemented with Kela's registers on copayments for medicines and travel costs and use of private sector services. That part of the data has been available for a 70 per cent representative random sample of the Finnish population.

The calculation of the cost of production, that is, the monetary value of the services, is based on cost per unit. The cost per unit includes data on costs for each time a service is used or for each treatment episode. The cost is computational and does not necessarily correspond to the accounts of the municipalities. The calculation of customer fees is based on the maximum amounts stated in the laws on customer fees. Mikko Peltola, senior researcher at the National Institute for Health and Welfare, combined the register data with the cost per unit and customer fee data. Without his valuable input, this study could not have been done.

The research data is unique, also from an international perspective, and offers the possibility to make a very detailed analysis. Similar research, with this degree of precision, has not been done before, and the simultaneous review of the production costs and the costs for the individual is certainly the first of its kind.

Use of services differs considerably by age and income group

The average monetary value of services used by retirees in 2015 was 6,500 euros per retiree. The paid customer fees covered 12.7 per cent of the expenses. As a rule, using public social and health care services was more common in the lower income brackets. In other words, on average, low-income retirees use these services more often than high-income retirees. Relative to the available income, the monetary value of the services was particularly significant in the lower income quintile. However, the study does not analyse the use of services relative to the individual's needs. Based on the data, it was also impossible to draw any conclusions on the extent of unmet social and health care needs.

The individual services differed greatly in terms of how commonly they were used, how much it cost to produce them, how much the customers paid for using them and who exactly used them. The outpatient services of primary healthcare were used by the majority of retirees, regardless of their age and income. More than half of the retirees used special health care services, and approximately every fifth retiree had been in short-term inpatient care in 2015. Other services were used considerably less frequently. These were more often than not services that are significantly more expensive to produce.

Around every seventh retiree used home care services, but the share was much higher in the older age groups, particularly among the over 85-year-olds. Of them, nearly every second used home care services at least once in 2015. The gap in the use of home care services between the low-income and the high-income retirees is wide: of the over-85-year-olds that belonged to the lowest income quintile, about

49 per cent used home care services while the same was true for only 40 per cent of the retirees in the highest income quintile. This gap is partly due to the fact that many retirees in the lowest income quintile live alone. In addition, they are less healthy and use private services to a lesser degree than the retirees in the higher income quintiles. In other words, there are differences between the income groups in the use of services based on the type of service and the age group. This makes a fine-grained analysis important.

It should also be noted that, in 2015, the 18–54-year-old retirees actively used social and health care services. This is naturally due to the underlying grounds for retirement on a disability pension in this age group. The costs deriving from using services were the next highest in this age group, following those of the over-85-year-olds. Compared to other age groups, the 18–54-year-olds used housing and residential care services frequently. The largest group of retirees, the 65–69-year-olds, on the other hand, were mainly recently retired individuals who were in fairly good health. This was also reflected in their relatively low use of services.

More than 90 per cent of the retirees (compared to approximately 70% of the total population) paid copayments for their medicines. This was more common among retirees in the oldest age groups and least common among retirees in the lowest income group. Copayments relating to travel costs were, generally speaking, less frequent (25% of all retirees and 10% of the total population), but they were more common in the lower income brackets than in the higher ones. Slightly more than half of all retirees (and 40% of the total population) used private services reimbursed by Kela. The share was 71 per cent among the retirees from the highest income group. The data does not include information on social care services purchased by individuals on the private market. This may distort the picture slightly, particularly relating to the use of elderly services and home care and related fees among the high-income retirees.

Some retirees burdened by social and health care expenses

While social and health care customer fees and copayments of medicines and travel costs exceeded 40 per cent of the disposable income (so-called catastrophic health expenditure in the terminology of the World Health Organisation) for only a small portion of the total population, they did so for a greater number of retirees.

It is particularly common that young retirees spend a large proportion of their income on fees. (It must be noted, though, that it was impossible to take into account, for example, exemptions from charges or reduced charges in the

analysis. That is why the figure may slightly exaggerate the amount of customer charges.) In 2015, the customer fees exceeded 40 per cent of the disposable income for 17 per cent of the 18–54-year-old retirees in the lowest income quintile. The equivalent rate for the total population was around one per cent, and of all retirees around 3.6 per cent. This was due, in particular, to the high copayments of the housing and residential care services of the mentally challenged relative to their income (if the users of these services were excluded, the rate would go down by approximately 10 percentage points). High expenses are relatively common also in the highest age groups of retirees. This is natural since the customer fees in long-term care can be as high as 85 per cent of the individual's income.

Nevertheless, relative to the monetary value of the service, the customer fees were low, especially among those who received only a guarantee pension or an otherwise small pension. For example, when 24-hour service housing cost about 140 euros per day in 2015, the guarantee pension of 775 euros would not have paid for more than a few days of such a service. That is why the income transfer produced by public services is considerable for its users, despite the customer fees. Without public services, the costs of long-term care, in particular, would rise and be disproportionately high for most retirees. Alternatively, the burden of providing the care would be transferred to the relatives of the individual needing it.

70% of costs concentrated on 10% of users

Although roughly 90 per cent of all retirees used social and health care services in 2015, the volume and intensity of the use (how often and for how long the service was used) varied greatly between the individuals. The averages hide a considerable fluctuation in the use even within age and income groups. 10 per cent of the retirees using the services generated roughly 70 per cent of all social and health care service expenditure under review. Similar results have been reached in other studies, in which the concentration of expenditure and service use have been studied for the general population.

On average, this 10 per cent of the retirees generated expenses that amounted to roughly 50,000 euros per person (when the average expense was 6,500 euros per retiree in 2015). This group of service users included a relatively higher number of over-85-year-olds and also 18–54-year-olds. Many of them used long-term housing and residence services. For many of the older retirees, the high expenses related to dementia while the high costs of the younger ones related to psychosis and epilepsy.

Including services in the concept of income – problematic but important

From the point of view of income distribution, taking into account the benefits from the services would narrow the income gaps between the poorest and the richest retirees. However, it should be remembered that services are used to meet certain needs. This fact is not taken into account when measuring income. On the other hand, public services enable individuals to consume their income on other things as they do not have to purchase, for example, care or health insurance or other services from the private sector. It follows that we should contemplate how to define an appropriate monetary benefit or value for public services that could be included in a wider definition of income. At the same time, we can extend the framework and think about who really benefits from the services: is it the person who uses the services (as argued in this study), the next of kin who is freed from the duty to care, or all persons covered by the system, according to the insurance principle? These methodological and theoretical questions have been examined extensively in the literature of this field.

In previous research on the use and expenses of social and health care services, it has been observed that low-income people seem to benefit more from certain services. At the same time, however, proportioning the use and the expenses to the need (in particular, to living alone and health status) would yield a different result, which would indicate inequity in the use of services. Based on the current study, we cannot assess inequity in this respect. Instead, this analysis should be seen as a description of how the use of services is distributed among retirees, without a normative assessment of the availability of the services, the level of meeting the needs, and the degree to which the use of services equals the need for these services.

In international comparisons and when monitoring the standard of living across time, it would be important to evaluate and analyse also public services. The adequacy of pensions, social benefits, and wages to reach a certain standard of living depends on the social context including the availability of public services. Different countries, at different times, opt for either monetary benefits (allowing individuals to purchase the services they need themselves) or in-kind benefits (public services) – or some sort of a combination of these two – to reach the same goals (to meet the need for care). That is why the results might actually be distorted to some degree if only monetary benefits are taken into account when the standard of living and the financial situation of a person or a household are assessed.

SISÄLTÖ

1 Johdanto	19
2 Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön yhteydessä olevat tekijät	24
3 Aineisto	28
3.1 Aineisto, käsitteet ja menetelmät	28
3.2 Palvelut, yksikkökustannukset ja asiakasmaksut	29
4 Tulokset	33
4.1 Eläkeläisten tulot ja yksin asuminen	33
4.2 Yleiskuva palveluiden käyttäjämääristä ja kustannuksista	35
4.3 Palveluita käyttäneet ikä- ja tuloluokittain	38
4.4 Kela-korvaukset ja omavastuita maksaneet.....	44
4.5 Palveluiden tuotantokustannusten kohdentuminen ikä- ja tuloluokittain.....	45
4.6 Lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuut.....	52
4.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut.....	55
4.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannusten keskittyminen.....	59
5 Keskustelu ja yhteenveto	62
Lähteet	65
Liitteet	71

1 Johdanto

Mahdollisuus käyttää julkisin varoin tuotettuja sosiaali- ja terveyspalveluita tukee eläkeläisten toimeentuloa ja hyvinvointia huomattavasti. Julkisten palveluiden tuottamaa hyötyä eläkeläisille voidaan tarkastella myös tulonjaon näkökulmasta, kun rinnastetaan julkisista palveluista saatava taloudellinen hyöty tulonsiirtoihin (Smeeding ym. 1993; Marical ym. 2006; Vaalavuo 2011; Verbist ym. 2012). Toisaalta yksilön sosiaali- ja terveydenhuoltomenot, kuten asiakasmaksut ja lääkkeiden käyttäjälle maksettavaksi jäävät lääkekustannukset, voivat olla iso kuluerä etenkin pienituloisille eläkeläisille.

Yhteiskunnan resurssien jakamisen näkökulmasta tässä tutkimuksessa selvitetään ennen kaikkea, miten eri väestöryhmät julkisista sosiaali- ja terveyspalveluista sekä sairausvakuutuslain nojalla maksettavista Kela-korvauksista hyötyvät. Nämä etuudet voidaan rahoittaa eri tavoin – verovaroin, sosiaaliturvamuksuin, yksityisin vakuutusin ja/tai asiakasmaksuin – ja eri rahoituslähteillä on erilainen tulonjaollinen vaikutus (van Doorslaer ym. 1999). Rahoituksen tulonjakovaikutusta tutkitaan tässä katsomalla, miten palveluiden käytöstä aiheutuva maksurasite, eli asiakasmaksut ja omavastuut, jakaantuu väestössä ja kuinka suuri osa henkilön tuloista kuluu sosiaali- ja terveydenhuoltomeneihin. Kun palveluiden järjestämiseen ja rahoitus pohjaan tehdään muutoksia, on ennakoarvioinnissa pohdittava vaikutuksia eri ryhmissä. Tämä tutkimus tuottaa uutta, yksityiskohtaista ja ajantasaista tietoa nämä kaksi aihetta silmällä pitäen, eli:

- 1) palveluiden rahallisen arvon jakautuminen eläkeläisväestössä ja
- 2) palveluiden käytöstä aiheutuvan maksurasitteen jakautuminen eläkeläisväestössä.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan yli 18-vuotiaiden eläkeläisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä, siitä aiheutuvia tuotantokustannuksia ja asiakasmaksuja sekä sairausvakuutuslain piiriin kuuluvista yksityisistä palveluista, lääkkeistä ja matkoista maksettuja omavastuuosuuksia Suomessa vuonna 2015. Tarkoituksena on analysoida, kuinka suuri osa eläkeläisistä erilaisia palveluita käyttää, mitä palveluita he tarkalleen käyttävät ja miten palveluihin käytetyt julkiset varat kohdentuvat ikä- ja tuloluokittain eläkeläisten keskuudessa. Samalla katsotaan, miten palveluiden käytöstä aiheutuvat asiakasmaksut sekä lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuut kohdentuvat eri väestöryhmissä ja miten ne kuormittavat etenkin pienituloisten eläkeläisten taloutta. Lisäk-

si analysoidaan palveluiden käytön ja siitä aiheutuvien tuotantokustannusten keskittymistä eläkeläisväestössä.

Julkisten palveluiden merkitys hyvinvointivaltion kokonaisuudessa on useissa maissa huomattava ja samalla palvelusektori on käymässä läpi suuria muutoksia, joten sosiaali- ja terveystalouden tarkastelu osana henkilöiden saamia etuuksia on tärkeää (Bönker & Wollmann 1996; Vaalavuo 2013). Jo nyt sairauden, vammaisuuden/työkyvyttömyyden ja vanhuuden sosiaalimenoista lähes 40 prosenttia menee palveluihin Suomessa.¹ Julkisten palveluiden rooli etenkin pitkäaikaishoivan tuottamisessa on tulevaisuudessa luultavasti entistä suurempi (OECD 2011). Esimerkiksi Hieda (2012) on kirjoittanut, että jälkiteollisessa hyvinvointivaltiossa ei enää voida tukeutua ainoastaan rahallisiin sosiaalietuuksiin ja perheiden tuottamaan hoivaan, vaan julkisen vallan on vastattava palveluiden kautta sosiaalisiin riskeihin. Ikärakenteen muutos entisestään korostaa sosiaali- ja terveystalouden asemaa hyvinvoinnin tuotannossa vanhe-nevissa yhteiskunnissa.

Suomi on muiden Pohjoismaiden kanssa ollut edelläkävijä esimerkiksi vanhustalouden kehittämisessä ja julkisten palveluiden käyttäjiä on Suomessa verrattain runsaasti (Sipilä 1997; Rodrigues ym. 2012; Szebehely & Meagher 2017).² Monissa muissa Euroopan maissa hoivan tuottaminen on yhä perheen ja markkinoiden harteilla. Julkisista palveluista saatavan hyödyn huomioiminen henkilöiden elintasoja mitattaessa olisikin tärkeää etenkin kansainvälisissä vertailuissa (Vaalavuo 2014). Eläkeläisten toimeentulon kohdalla voidaan esimerkiksi ajatella, että ”hyvinvointipakettia” suunnitellessaan, osa valtioista on päätenyt korkeampiin eläkkeisiin, joista henkilö itse kustantaa tarvitsemansa palvelut, tai vaihtoehtoisesti rahallisten etuuksien ja palveluiden kombinaatioon niin, että mahdollisesti pienempää eläkettä tukee laaja subventoitujen palveluiden kirjo. Julkisten palveluiden käytön tutkiminen luokitetaan tärkeään kontekstiin esimerkiksi eläkkeiden riittävyyden arvioinnille.

Aihe on erityisen ajankohtainen juuri nyt. Sen lisäksi että Suomessa ollaan uudistamassa merkittävästi sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää, on myös

1 Luku perustuu Eurostatin ESSPROS-tilastoon vuodelle 2015 (cash benefits vs. in-kind benefits, euros per inhabitant) huomioiden seuraavat toiminnot sairaus/terveydenhuolto (sickness/health care), vammaisuus/työkyvyttömyys (disability) ja vanhuus (old age). <http://ec.europa.eu/eurostat/web/social-protection/data/database> (viitattu 4.1.2018).

2 Tuoreessa artikkelissaan Szebehely ja Meagher (2017) tosin arvioivat, että vanhustalouden universaalisuus on Pohjoismaissa viime vuosina heikentynyt, kun tarveharkintaa on kiristetty palveluiden myöntämisessä ja asiakasmaksuja on korotettu. Lisäksi on merkkejä Ruotsista ja Suomesta, että perheen hoivan ja yksityisten palveluiden merkitys sitä myöten on yleistynyt.

asiakasmaksulainsäädäntö uudistuksen kohteena.³ Kelan sairausvakuutuslain mukaisesti korvauksiin on myös tehty jatkuvasti muutoksia säästösyistä, mikä osaltaan vaikuttaa sairaiden ihmisten maksutaakkaan ja elintason terveystulosten jälkeen (HE 106/2015).

Julkiset palvelut voidaan nähdä yhtenä tulonjaon muotona, joten on tärkeää tarkastella, miten niihin käytetyt varat todellisuudessa jakaantuvat yhteiskunnassa. Palveluiden käyttö luonnollisestikin lisääntyy iän myötä; yli 80-vuotiaiden parissa sosiaali- ja terveystulosten käyttö on huomattavasti suurempaa kuin vaikkapa 40-vuotiailla. Näin ollen eri-ikäisten henkilöiden keskittyminen eri tuloluokkiin vaikuttaa palveluiden käytön jakautumiseen myös tuloluokittain.⁴ Toisaalta ikä ei suinkaan ole ainoa tekijä, joka vaikuttaa palveluiden käyttöön, joten pelkästään sen perusteella ei voida ennustaa palveluiden käyttöä tai arvioida käytön oikeudenmukaisuutta (Vaalavuo ym. 2013). Varsinkin tutkittaessa vain eläkeläisten palveluiden käyttöä voi ikä olla huono indikaattori palveluntarpeesta, sillä nuoret eläkeläiset ovat pääasiassa työkyvyttömyyseläkkeellä ja siten luultavasti käyttävät terveystulosten terveyttä vanhuseläkeläisiä enemmän. Vaalavuo ym. (2013) havaitsivatkin, että työkyvyttömyys oli selkeästi yhteydessä suurempiin kustannuksiin sosiaali- ja terveystulosten osalta.

Oikeudenmukaisuudella terveydenhuollossa tarkoitetaan sitä, että samantyyppisillä tarpeilla saadaan samantyyppisiä palveluita. Tätä voidaan mitata mahdollisuudella käyttää terveystulosten ja palveluiden saatavuudella, järjestelmän kattavuudella, asiakasmaksujen osuudella, palveluiden käytöllä ja tyydyttämättömällä palveluiden tarpeella (de Looper & Lafortune 2009). Tällöin kuitenkin vaaditaan myös sitä, että näiden toteutumista väestössä katsotaan henkilöiden tarpeet huomioon ottaen. Epätasainen käyttö tai erilaiset asiakasmaksut väestö-

3 Sosiaali- ja terveysministeriön uutinen aiheesta (28.2.2017): http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/asiakasmaksujen-lainsaadanto-uudistetaan-kokonaan (viitattu 10.1.2018) sekä työryhmän asettamis- päätös (15.2.2017): <http://stm.fi/documents/1271139/4275707/asiakasmaksulainsaadannon-kokonais-uudistusta-valmistelevan-tyoryhman-asettamispaatos.pdf/dfab9b6d-eb59-4867-8ab4-a83f528f53de> (viitattu 10.1.2018).

4 Tuloja ja palveluiden käyttöä voitaisiin myös tarkastella pidemmällä aikavälillä jopa ihmisen koko elinkaaren läpi, jolloin iäkkäimpien henkilöiden keskittyminen pienituloisiin vaikuttaisi vähemmän saatavaan kukaan palveluiden tulonjaollisesta roolista. Yleensä pidempi aikaikkuna kaventaa tuloeroja, sillä on luonnollista, että henkilön tulot vähenevät ja kasvavat tietyissä elämänvaiheissa. Käytettävissä oleviin tuloihin perustuva tarkastelu ei myöskään huomioi sitä, että monilla vanhemmilla henkilöillä saattaa olla pieni eläke mutta esim. asuntovarallisuutta, joka ratkaisevasti vaikuttaa heidän elintasoonsa. 14:ää Euroopan maata koskevassa tutkimuksessa Rodrigues ym. (2017) havaitsivat, että varallisuuden käyttäminen sosioekonomisena statuksen perusteena johtaa tuloksiin, joissa kotihoidon käyttö kohdistuu vähäisemmin pienituloisille kuin silloin, kun sosioekonominen tausta perustuu käytettävissä oleviin tuloihin. Tulos osoittaa, että valittu sosioekonomisen taustan indikaattori vaikuttaa tuloksiin palveluiden käytön jakaantumisesta vanhusväestössä.

ryhmien välillä eivät vielä välttämättä merkitse *epäoikeudenmukaisuutta*.⁵ Aaltonen (2017) on todennut, että esimerkiksi asiakasmaksujen jakaantuminen itessään ei vielä kerro koko totuutta järjestelmän toimivuudesta tai palveluiden edullisuudesta käyttäjälle, sillä voi olla, että alemmat toteutuneet maksut pienituloisilla kertovatkin palveluiden heikommasta saatavuudesta ja taloudellisista esteistä käyttää palveluita. Tarpeita on toisaalta huomattavasti vaikeampi mitata kattavasti ja täsmällisesti.

Katastrofaalisilla terveystalouksilla tarkoitetaan WHO:n määritelmän mukaan tilannetta, jossa henkilön tai kotitalouden terveystalouden ylittävät 40 prosenttia kotitalouden tuloista *välttämättömien menojen jälkeen* (Xu ym. 2005). Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä rahoitetaan pääasiassa verovaroin ja lisäksi järjestelmään on luotu maksukattoja tai maksuvapautuksia, joiden ansiosta katastrofaaliset kustannukset ovat verrattain harvinaisia. Kyselytutkimuksista on kuitenkin käynyt ilmi, että etenkin pienituloiset ja sairaat henkilöt jättävät kustannussyistä lääkkeitä ostamatta tai lykkäävät lääkärikäyntejä (Hannukainen-Ingman ym. 2013; Aaltonen ym. 2015). Vaikka toimeentulotukea voidaan hakea terveystalouden kattamiseen, voi siihen liittyvä byrokratia, tietämättömyys tai stigma johtaa siihen, että ennemmin jätetään palveluita käyttämättä. Toisaalta tutkimuksista selviää myös, että terveydenhuoltoon liittyvät kustannukset voivat johtaa toimeentulotukeen turvautumiseen (Aaltonen ym. 2013; 2015; Vaalavuo 2016).⁶ Onkin hyvä huomata, että tieto palveluiden käytöstä ei välttämättä kerro siitä, että kaikki ja kaikkien hoidon tarpeet ovat tyydytetyt. Vanhusten hoivapalveluiden osalta van Aerschot (2014, 128) havaitsi, että 38 prosentilla vanhuksista, joilla oli tyydyttämättömiä avun tarpeita, korkeat palvelumaksut olivat esteenä palveluiden saannille ja eniten ilman riittävää apua olevia oli pienituloisissa.

Tämänkaltaista tutkimusta ei ole toteutettu Suomessa eikä kansainvälisestikään aineistojen puutteesta johtuen. Tavallisesti aiemmissa tutkimuksissa on keskitytty tekijöihin, jotka selittävät esimerkiksi vanhustenkotiin päätymistä. Tässä tutkimuksessa sitä vastoin katsotaan laajan aineiston avulla palveluiden sekä lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden käyttöä huomattavasti yksityis-

5 Oikeudenmukaisuuteen viittaa englannin kielen sana ”equity” ja ennen kaikkea ”horizontal equity”, kun taas epätasaisuuteen viittaa ”inequality”.

6 Myös EU-SILC-kyselyssä kartoitetut tyydyttämättömät terveydenhuollon tarpeet eri tuloluokissa mittaavat eriarvoisuutta palveluihin pääsyssä. Sen mukaan 7,1 prosentilla alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista suomalaisista oli tyydyttämättömiä terveydenhuollon tarpeita vuonna 2015 verrattuna 3,1 prosenttiin ylimmässä tuloluokassa. Eurostat: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/health-care/data/database> ”Unmet needs for health care”, mikä tahansa syy. (viitattu 10.1.2018)

kohtaisemmin ja kattavammin. Lisäksi kaikkiin eläkeläisiin, myös nuorempiin työkyvyttömyyseläkeläisiin, kohdistuva tarkastelu on uutta. Erityisesti tässä tutkimuksessa painotetaan tulonjaollista näkökulmaa. Le Grandia (1982) mukailen voidaan löytää viisi tasa-arvoisuuden muotoa palveluihin liittyen: 1) julkisten menojen, 2) lopullisten tulojen (eli kun käytettävissä oleviin tuloihin lisätään palveluiden käytöstä saatu rahallinen etu), 3) palveluiden käytön, 4) henkilölle maksettavaksi jäävien kustannusten ja 5) lopputulosten tasa-arvoisuus. Näistä ensimmäinen, kolmas ja neljäs ovat tarkastelun alla tässä tutkimuksessa.

Jatkotutkimuksessa on mahdollista tarkastella esimerkiksi maantieteellisiä eroja Suomen sisällä sekä paneeliaineistoa hyödyntämällä seurata palveluiden käytön muuttumista esimerkiksi eläkkeelle siirryttäessä tai viimeisinä elinvuosina. Tulevaisuudessa sote-uudistuksen vaikutuksia palveluiden käyttöön on luonnollisesti syytä seurata tarkasti.

2 Sosiaali- ja terveydenhuollon käyttöön yhteydessä olevat tekijät

Andersenin 1960-luvulla alun perin kehittämä viitekehys on hyvä lähtökohta sosiaali- ja terveystalveluiden käyttöä tutkittaessa. Siinä terveystalveluiden käyttöä selittävät altistavat (*predisposing*), mahdollistavat (*enabling*) ja tarpeeseen (*need*) liittyvät tekijät (Andersen & Newman 1973). Andersen on myöhemmin kirjoittanut (Andersen 1995), että sosiaaliset rakenteet (esim. etnisyyttä), terveystalveluuskomukset ja mahdollistavat resurssit (kuten tulot) voivat synnyttää järjestelmään epäoikeudenmukaisuutta, jos ne vaikuttavat siihen, kuka palveluita saa.

Altistaviin tekijöihin lukeutuvat sosiodemografiset tekijät, ennen kaikkea ikä ja sukupuoli, mutta myös siviilisääty, koulutustaso ja tulot, jotka kaikki vaikuttavat palveluiden käyttöön – tai oikeammin, ne ovat yhteydessä tarvetekijöihin, jotka ovat palveluiden käytön taustalla. Iän ja sosiaali- ja terveystalveluiden käytön yhteys on todettu vahvaksi kirjallisuudessa, mutta samalla tiedämme, että terve seniori käyttää todennäköisemmin kunnan uimahallin kuin terveystalvelusalan palveluita, kun taas vaikkapa vaikeista neurologisista ongelmista kärsivä nuori tuottaa huomattavasti suuremmat kustannukset terveydenhuollossa. Niinpä tarvetekijät, siis kognitiiviset ja fyysiset vajavuudet sekä sairastavuus, ovat keskeisessä asemassa palveluiden käytön ja siitä aiheutuvien kustannusten selittämisessä (Lehnert ym. 2011; Vaalavuo ym. 2013). Tarvetekijät voivat pitää sisälleen myös ”sosiaalisia tarpeita”, joihin voi laskea esimerkiksi epämuodollisen hoivan puutteen (yksin asuminen). Myös mahdollistaviin tekijöihin voidaan lukea tulot ja koulutus, jotka vaikuttavat käytössä olevien resurssien lisäksi henkilön kykyyn vaikuttaa hoidon saantiin ja laatuun. Lisäksi esimerkiksi maantieteellinen läheisyys voi olla tällainen mahdollistava tekijä.

Lukuisissa tutkimuksissa on analysoitu vanhusten kotihoidon ja laitoshoidon determinantteja. Näissä tutkimuksissa on havaittu, että korkea ikä, rajoitteet jokapäiväisten aktiviteettien suorittamisessa, puutteet liikuntakyvyssä, yksin asuminen, alhainen itse arvioitu terveydentila, dementia ja kognitiiviset heikkoudet, auton puute, aiempi laitoshoido, kuoleman läheisyys ja suuri lääkkeiden käyttö ovat yhteydessä kotihoidon saamiseen tai laitoshoidoon päättymiseen (Branch & Jette 1982; Jette ym. 1992; Breeze ym. 1999; Agüero-Torres ym. 2001; Stoddart ym. 2002; Martikainen ym. 2009; Luppa ym. 2010; de Meijer ym. 2011; Murphy & Martikainen 2013; Ilinca ym. 2017).

Suomalaisessa tutkimuksessa Nihtilä ym. (2008) havaitsivat, että dementian lisäksi muut krooniset sairaudet (kuten Parkinsonin tauti, diabetes ja mielenterveysongelmat) olivat voimakkaasti yhteydessä pitkäkestoiseen laitoshoittoon. Aiemmat tutkimukset osoittavat myös, että naimattomilla on heikompi terveydentila ja korkeampi kuolleisuus, mikä heijastuu kotihoidon ja laitoshoidon asiakkaiden profiilissa – myös sen takia, että naimattomilla tai yksin asuvilla on huonommin avuntarjoajia kotonaan (Goldman ym. 1995; Robards ym. 2012; Larsson ym. 2014).

Huomattavasti harvemmissä tutkimuksissa on pyritty analysoimaan henkilön taloudellisten resurssien suhdetta palveluiden käyttöön, joskin pienituloisuuden tai alemman sosioekonomisen taustan ja heikon terveyden tai työkyvyttömyyden yhteydestä on runsaasti evidenssiä (Lynch & Kaplan 2000; Siegrist & Marmot 2006; Karlsson ym. 2008; Mackenbach ym. 2008; Leinonen ym. 2012; WHO 2013; Polvinen 2016). Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella Luppala ym. (2010) kuitenkin totesivat, että sukupuolen, koulutuksen ja tulojen havaittu vaikutus palveluiden käyttöön vaihtelee tutkimusten välillä. Esimerkiksi Hancock ym. (2002) eivät löytäneet tulojen olevan yhteydessä vanhuskotihoidon Isossa-Britanniassa, kun muut tekijät otettiin huomioon, kun taas Mustard ym. (1999) päätyivät päinvastaiseen tulokseen Kanadassa. Ilincan ym. (2017) tutkimus yhdeksästä Euroopan maasta osoittaa, että hoivan tarve perustuen terveydentilaan ja yksinasumiseen selittää suuren osan erosta kotihoidon käytössä sosioekonomisten luokkien välillä, mutta osa erosta säilyy tämänkin jälkeen. Suomen osalta asiaa ovat tutkineet Nihtilä & Martikainen (2007), jotka havaitsivat alempien sosioekonomisten ryhmien olevan suuremmassa riskissä päätyä laitoshoittoon.

Valtionosuuksien määrätymisperusteiden uudistamista taustoittaneessa tutkimuksessa tarkasteltiin suurta osaa kaikista sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista, mutta siinä fokus oli ennen kaikkea järjestelmän uudistamista palvelevaa ja kattoi koko väestön. Tutkimuksessa kuitenkin huomattiin eräiden yleisten mutta vakavien sairauksien olevan voimakkaasti yhteydessä korkeampiin kustannuksiin. Myös toimeentulotukiasiakkuus oli yhteydessä korkeampiin kustannuksiin sosiaalipalveluissa, kun taas vanhustenhuollossa pienituloisuus oli yhteydessä pienempiin kustannuksiin, kun huomioon otettiin sairastavuus ja muita sosioekonomisia tekijöitä. (Vaalavuo ym. 2013.)

Muiden sosiaalipalveluiden käytöstä, esimerkiksi psykiatriset asumispalvelut tai päihdelaitoshuolto, on huomattavan vähän tietoa ja jokainen yksittäinen palvelu on erityinen käyttäjiensä profiilin ja palveluun päätyamisen deter-

minanttien suhteen. Aiempi tutkimus kuitenkin osoittaa, että vakavista psyykkisistä ongelmista kärsivillä on huomattavasti muita alhaisempi työllisyysaste ja he usein kuuluvat pienituloiseen väestöosaan (Bartel & Taubman 1986; Marwaha & Johnson 2004). Myös hoitajaksojen keskimääräinen pituus vaihtelee palveluiden välillä, mikä taas vaikuttaa keskimääräisiin kustannuksiin ja asiakasmaksuihin eri palveluissa.

Lääkkeiden käytön determinanteista on myös aiempaa tutkimusta: muuttamassa paikallisessa tutkimuksessa on todettu, että koettu terveydentila, sairauspoissaolot, työkyvyttömyyseläke ja krooniset sairaudet ovat (ei kovinkaan yllätyksellisesti) yhteydessä suurempaan lääkkeiden käyttöön. Lisäksi naiset käyttävät lääkkeitä useammin kuin miehet. (Al-Windi ym. 2004, tutkimus Ruotsista; Costa-Font ym. 2009, tutkimus Kataloniasta.) Lääkekustannusten jakauma on hyvin vinoutunut palveluiden käytön tavoin, eli vain pieni osa lääkkeiden käyttäjistä kuluttaa huomattavan osan kaikista lääkkeistä. Esimerkiksi Saastamoinen ja Verho (2013) havaitsivat, että kolme prosenttia lääkkeiden käyttäjistä aiheuttaa yli 22 prosenttia Kelan lääkekustannuksista. Näistä suurkäyttäjistä merkittävä osa oli vanhuksia ja lähes kaikilla oli krooninen tauti ja useita samanklaisia (ja osittain epäsopeviakin) lääkityksiä.

Monissa tutkimuksissa on todettu lisäksi, että korkeat kustannukset käyttäjälle tai omavastuuosuuden nostaminen vaikuttavat negatiivisesti lääkkeiden käyttöön samalla, kun ne useissa maissa muodostavat suuren osan yksilön maksettavaksi jääneistä terveydenhuollon kustannuksista. Katri Aaltosen (2017) väitöskirjassa on laaja katsaus tutkimuskirjallisuuteen lääkekustannuksista ja niiden omavastuiden kohdentumisesta eri väestöryhmiin esimerkiksi sukupuolen, tulo- tai koulutusluokan ja etnisyyden mukaan. Aiempi tutkimus näyttää painotuvan kuitenkin Yhdysvaltoihin. Yhteenvetona voi sanoa, että omavastuilla on regressiivinen vaikutus, eli pienituloiset maksavat lääkkeistään suhteellisesti enemmän, vaikka absoluuttiset maksut olisivatkin pienemmät kuin suurempituloisilla. Blomgren ym. (2015) havaitsivat, että Kelan korvaamat lääkkeiden ja matkojen kustannukset kohdentuivat keskimääräistä enemmän pienituloisimmalle 40 prosentille 25 vuotta täyttäneistä (mitä selitti eläkeläisten keskittymisen alimpiin tuloluokkiin).

Sairausvakuutuslain (1224/2004) perusteella Kela korvaa lääkkeiden lisäksi myös yksityisen sairaanhoidon kustannuksia. Tämänhetkisten tietojen mukaan näyttää kuitenkin siltä, että sote-uudistuksen myötä korvaukset loppuvat vuonna 2021. Jo nyt korvauksien tasoa on huomattavasti heikennetty aiemmasta tasosta. Kelan tietojen mukaan yli 1,5 miljoonaa henkilöä sai vuonna 2016

korvausta yksityislääkärikäynneistä, 1,0 miljoonaa henkilöä yksityisestä hammashoidosta ja 1,2 miljoonaa henkilöä yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta (Blomgren ym. 2017). Korvaustaso on viime vuosina laskenut ja esimerkiksi lääkärikäyntien osalta se oli 20,5 prosenttia vuonna 2015 ja 16,6 prosenttia vuonna 2016. Koska henkilö joutuu siis maksamaan suuren osan yksityisten palveluiden käytöstä Kela-korvausten jälkeenkin, monella pienituloisella ei ole varaa yksityisten palveluiden käyttöön. Tutkimus osoittaaakin, että korvausjärjestelmä hyödyttää eniten suurituloisia (Blomgren ym. 2015).

Suomen julkisessakin sosiaali- ja terveydenhuollossa palveluiden käyttäjät maksavat osan kustannuksista. Kotitaloudet rahoittavat nykyisin noin viidenneksen sosiaali- ja terveydenhuollon käyttömenoista Suomessa (THL 2017). Tästä osuudesta 57 prosenttia oli asiakasmaksuja.⁷ Asiakasmaksuja on puollettu taloudellisista näkökulmista, mutta niihin liittyy myös tärkeitä oikeudenmukaisuuskysymyksiä. Koska pienituloiset ovat keskimäärin sairaampia kuin hyvätuuloiset, kohdistuvat asiakasmaksut siten erityisesti pienituloisille. Asiakasmaksuja pidetään regressiivisenä terveydenhuollon rahoitusmuotona, sillä suhteessa omiin tuloihinsa, pienituloiset maksavat enemmän.⁸ (THL 2018.)

7 Toimintojen välillä on tosin huomattavia eroja sen suhteen, miten kustannukset kohdistuvat kotitalouksille. Esimerkiksi vuonna 2015 suun terveydenhuollosta kotitaloudet rahoittivat jopa 59,4 prosenttia ja lääkäreistä 44,0 prosenttia.

8 Asiakasmaksut jakaantuvat tasasuuruisiin maksuihin (esim. terveyskeskusten lääkärikäynnit ja sairaalan poliklinikkakäynnit) ja tulosisidonnaisiin maksuihin (esim. säännöllinen kotihoito ja pitkäaikainen laitoshoido). Tasasuuruiset maksut kerryttävät vuosittaista maksukattoa (679 euroa vuonna 2015), jonka jälkeen henkilö maksaa maksukaton piiriin kuuluvista maksuista ainoastaan lyhytaikaisen laitoshoidon ylläpitokustannukset. Palveluiden enimmäismaksut on määritelty laissa ja asetuksessa asiakasmaksuista (734/1992 ja 912/1992), mutta kunta voi myös periä pienempiä maksuja tai tarjota palveluita maksutta. Esimerkiksi Helsingissä terveyskeskuskäynnit ovat maksuttomia.

3 Aineisto

3.1 Aineisto, käsitteet ja menetelmät

Aineisto: Tutkimuksessa käytetään aineistona Tilastokeskuksen etäkäyttöympäristössä THL:n asiakasmaksuhankkeeseen (THL 2018) kerättyä aineistoa (käyttölupa TK-53-239-17), joka sisältää vuoden 2015 hoitoilmoitusrekisterin (HILMO) tiedot palveluiden käytöstä (terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon avopalvelut, vuodeosastohoito sekä asumispalvelut, laitoshoidon ja kotihoidon palvelut), Kelan rekisteritiedot lääkeostoista, matkakorvauksista, yksityisten palveluiden korvauksista ja erityiskorvausoikeuksista sekä Tilastokeskuksen tiedot henkilön sosioekonomisesta taustasta (esim. asutokunnan käytettävissä olevat tulot).⁹ Kelan rekisteriaineiston osalta käytössä on 70 prosentin edustava otos väestöstä, muiden tietojen osalta käytössä on koko väestön tiedot. Henkilöt, jotka ovat kuolleet vuoden 2015 aikana, eivät ole mukana aineistossa. Aineistosta puuttuu työterveyshuollon palvelut, mikä ei ole merkittävä ongelma eläkeläisiä tutkittaessa, mutta vaikuttaisi vertailuun työkäisten eläkeläisten ja työssäkäyvien välillä erityisesti perusterveydenhuollon kohdalla.

Eläkeläinen: Tilastokeskuksen aineiston perusteella määritellään, onko henkilö eläkeläinen.¹⁰ Eläkeläisiksi luetaan vanhuuden, työkyvyttömyyden tai muun sellaisen vuoksi pysyvästi työelämästä poissaolevat henkilöt. Tämä tieto viittaa kuitenkin vuoden 2014 sosioekonomiseen asemaan, kun muut tiedot ovat vuodelle 2015. Näin ollen vuonna 2015 eläkkeelle siirtyneet ovat aineistossamme ”ei-eläkeläisiä”, kun taas ne suhteellisen harvat tapaukset, jotka palasivat 2015 eläkkeeltä työelämään tai esimerkiksi opiskelemaan, lasketaan yhä eläkeläisiksi. Tämä ei todennäköisesti vaikuta tuloksiin kuitenkaan huomattavasti. Jatkotutkimuksen kannalta kiinnostavia tilanteita voisivat olla tällaiset siirtymät sosioekonomisten statusten välillä.

Tulot ja tulokvintiilit: Eläkeläiset on tutkimuksessa jaettu tuloviidenneksiin, eli kvintiileihin, huomioiden ainoastaan yli 18-vuotiaat eläkeläiset, joiden tulot olivat tiedossa (alle tuhannelta henkilöltä tulotiedot puuttuivat ja lisäksi noin 1 700 henkilöllä tulot olivat 0 euroa, näistä vain jälkimmäiset ovat muka-

9 Ks. lisätiedot THL (2016): Hilmo Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus. Määrittelyt ja ohjeistus: voimassa 1.1.2017 lähtien: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-690-2> (viitattu 24.1.2018) sekä Mölläri, K. & Saukkonen, S.-M. (2017): AvoHilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2018: Määrittelyt ja ohjeistus: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-925-5> (viitattu 24.1.2018).

10 Ks. Tilastokeskuksen luokitus: http://www.stat.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/001-1989/index.html (viitattu 17.12.2017).

na tuloluokittaisissa analyysseissa). Tulokäsittelenä on käytetty asuntokunnan yhteenlaskettuja käytettävissä olevia tuloja (eli tulot verojen ja tulonsiirtojen jälkeen), jotka on suhteutettu asuntokunnan koon ja rakenteen mukaan niin kutsuttua OECD:n muunnettua ekvivalenssiskaalaa käyttämällä. Siinä asuntokunnan ensimmäinen aikuinen saa arvon 1,0, seuraavat yli 14-vuotiaat henkilöt arvon 0,5 ja alle 13-vuotiaat arvon 0,3. Lähes 44 prosenttia eläkeläisistä asui yksin. Tulot on mitattu vuositasona.

Menetelmät: Tutkimus perustuu ennen kaikkea tilastolliseen kuvailuun, jossa katsotaan kustannusten, omavastuiden ja asiakasmaksujen kohdentumista erityisesti tuloluokittain eläkeläisten eri ikäryhmissä. Koska palveluiden käyttö keskittyy suhteellisen pieneen osaan väestöstä, tarkastellaan myös kustannusten keskittymistä väestössä ja analysoidaan paljon palveluita käyttävien profiilia. Koska käytössä on pääasiassa kokonaisaineisto, ei luottamusvälejä ole tarpeellista esittää.

3.2 Palvelut, yksikkökustannukset ja asiakasmaksut

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut: Tässä tutkimuksessa analyysit kohdistuvat kolmeen palvelukokonaisuuteen: 1) terveydenhuolto, 2) vanhusten palvelut ja 3) muu sosiaalihuolto (kuvio 3.1).

Terveydenhuollon kategoria voidaan jakaa edelleen perusterveydenhuollon avokäynteihin (esim. terveystarkastuksia, suun terveydenhuolto, lääkinällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 3 §)). Erikoissairaanhoito tarkoittaa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 3 §).

Vanhusten palvelut voidaan jakaa neljään ryhmään: vanhainkotihoitoon, tehostettuun palveluasumiseen, dementiaa sairastavien asumispalveluihin ja laitoshoidon sekä kotihoitoon. Tehostettu palveluasuminen on suunnattu paljon apua ja hoivaa tarvitseville. Henkilökuntaa on niissä paikalla ympäri vuorokau-

11 Perusterveydenhuolto tarkoittaa kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä ja sen osana terveystarkastuksia ja terveystarkastuksia, suun terveydenhuoltoa, lääkinällistä kuntoutusta, työterveyshuoltoa, ympäristöterveydenhuoltoa sekä päivystystä, avosairaanhoitoa, kotisairaala- ja sairaalahoitoa, mielenterveystyötä ja päihdetyötä siltä osin kuin niitä ei järjestetä sosiaalihuollossa tai erikoissairaanhoidossa (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 3 §).

12 Erikoissairaanhoito tarkoittaa lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, ensihoitoon, päivystykseen ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluita (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 3 §).

den. Kotihoito yhdistää sosiaalihuoltolakiin perustuvan kotipalvelun ja terveydenhuoltolakiin perustuvan kotisairaanhoidon. Kotihoidon palveluja voi vanhusien lisäksi tuki saada myös muut henkilöt, kuten vammaiset tai henkilöt, joiden toimintakyky on alentunut.

Muun sosiaalihuollon palveluihin kuuluu erilaiset asumispalvelut ja laitoshoido. Asumispalvelut ovat tarkoitettu henkilöille, jotka erilaisista syistä tarvitsevat tukea asumisensa järjestämiseen. Tällä tavoin tavoitteena on välttää henkilön päätyminen laitosasumiseen. Palveluasumista taas tarjotaan henkilöille, jotka vaativat enemmän tukea kuin tavanomaiseen asuntoon voidaan järjestää. Tällaisia henkilöitä ovat ikäihmisten lisäksi usein vammaiset, kehitysvammaiset sekä mielenterveys- ja päihdekuuntoutujat.¹³ Palveluasumista järjestetään tehostettuna eli ympärivuorokautisena ja ei-tehostettuna. Sosiaalihuollon avopalveluista ei löydy kattavaa kansallista rekisteritietoa, eli ne on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

Tuloksia esitellään pääasiallisesti kuuden eri ryhmän osalta:

- 1) perusterveydenhuolto (pois lukien suun terveydenhuolto ja kotihoito),
- 2) erikoissairaanhoido,
- 3) vuodeosastohoido,
- 4) vanhusten palvelut,
- 5) kotihoito (sisältää kotisairaanhoidon ja kotipalvelun) ja
- 6) muu sosiaalihuolto.

Kuvio 3.1.

Tutkimuksessa tarkastelun kohteena olevat julkiset palvelut.

Terveysthuolto		
Perusterveydenhuolto	Erikoissairaanhoido	Vuodeosastohoido
Vanhusten palvelut		
Vanhainkoti	Yli 65-vuotiaiden tehostettu palveluasuminen	Dementoituneiden asumispalvelut ja laitoshoido
	Kotihoito	
Muu sosiaalihuolto		
Alle 65-vuotiaiden palveluasuminen	Kehitysvammaisten asumispalvelut	Muu palveluasuminen
Kuntoutuslaitoshoido	Psykiatrian asumis- ja laitospalvelut	Päihdehuollon laitoshoido

13 Ks. lisää: <http://stm.fi/asumispalvelut-asunnon-muutostyot> (viitattu 28.11.2017).

Kela-korvaukset ja omavastuut: Palveluiden lisäksi tutkimuksessa kuvaillaan Kelan korvaamien reseptilääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuiden kohdentumista eläkeläisväestössä. Kelan tietojen osalta käytössä on 70 prosentin väestöotos, muiden tietojen osalta koko väestö. Poikkeavan korkeiden havaintojen takia lääkkeiden omavastuiden enimmäismääräksi on analyysissä asetettu 5 000 euroa ja matkojen omavastuiden enimmäismääräksi 272 euroa, joka oli matkakatto vuonna 2015.¹⁴

Palveluiden rahallinen arvo: Aiemmassa tutkimuksessa on kirjoitettu runsaasti siitä, miten palveluita pitäisi arvottaa tulonjakotutkimuksessa (esim. Smeeding ym. 1993; Vaalavuo 2011). Yleensä empiirisissä tutkimuksissa on käytetty palveluiden tuottamisen kustannuksia, vaikka tämä ei luultavasti vastaa palvelun käyttäjän arviota palvelun rahallisesta arvosta tai hyödystä. Tästä puutteesta huolimatta tässäkin tutkimuksessa palveluiden rahallinen arvo on sama kuin niiden tuotantokustannukset. Tämä tuotantokustannus perustuu THL:n laskemiin yksikkökustannuksiin (Kapiainen ym. 2014), mikä tarkoittaa, että yksittäisten henkilöiden tai väestöryhmien kohdalla kustannukset ovat huomattavasti tarkemmat kuin aiemmissa tutkimuksissa, joissa tuotantokustannus on perustunut aggregaattitason tietoon koko terveydenhuollon sektorin kustannuksista. Kustannus on laskennallinen eikä siten välttämättä vastaa kuntien tilinpitoa julkisten palveluiden kustannuksista.

Tällaisia yksikkökustannuksia käytetään tavallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksia arvioitaessa ja vertailtaessa. Yksikkökustannuksissa jokaiselle palvelulle on määritelty oma kustannus hyvin yksityiskohtaisella tasolla. Esimerkiksi perusterveydenhuollossa on oma yksikkökustannus muun muassa lääkärin vastaanottokäynnille, terveydenhoitajan neuvolakäynnille tai vaikkapa mielenterveysyksikön sairaanhoitajan kotikäynnille. Toisin sanoen kustannus riippuu toimintayksiköstä, palvelua antaneen henkilön ammatista ja yhteystavasta. Lisäksi kustannuksia on laskettu erikseen noin neljällekymmenelle sairausryhmälle (mukaan lukien terve aikuinen ja terve nuori/lapsi). Erikoissairaanhoidossa on käytetty huomattavaa määrää eri kustannuksia DRG-ryhmittäin ("diagnosis related groups"). Asumispalveluissa ja laitoshoidossa on hoitopäiväkohtaiset kustannukset erityyppisissä palveluissa, kuten vanhusten tehostettu palveluasuminen, vanhainkoti tai vammaisten autettu, ohjattu tai tuettu asuminen. Palvelun kustannukset ovat pääasiallisesti bruttokustannuksia, eli ne pitää-

14 Kelan korvaamista lääkkeistä ja matkoista lisää: <http://www.kela.fi/laakkeet> ja <http://www.kela.fi/matkat> (viitattu 24.1.2018). Korvauksiin ja omavastuuosuuksiin on tullut muutoksia vuoden 2015 jälkeen, niin että omavastuut ovat vuoden 2015 tasosta kasvaneet.

vät sisällään maksetut asiakasmaksut (ks. tarkka kuvaus yksikkökustannusten laskemisen menetelmistä ja kustannuksista palveluittain: Kapiainen ym. 2014).

Henkilölle on aineistossamme laskettu yksikkökustannusten perusteella yhteenlasketut kustannukset vuoden ajalta palveluittain. Tätä voidaan karkeasti pitää palveluista saatavana rahallisena hyötynä (englanniksi käytetään usein termiä "in-kind benefits"). Kustannusten käyttäminen palveluiden käytön analysoinnissa on käytännöllistä, sillä kustannukset heijastavat samanaikaisesti palvelun käytön intensiteettiä (esim. hoitajakson pituus tai käyntikertojen määrä) ja palvelutyyppin hintaa (esim. vaativa teho-osastohoito tai vanhainkotihoito ovat kalliimpia kuin terveysasemalla käynti tai kotihoidon palvelut).

Asiakasmaksut: Asiakasmaksut imputoitiin aineistoon asiakasmaksulaisissa (734/1992) ja -asetuksessa (912/1992) säädettyjen maksimimaksujen¹⁵ perusteella ja tulosidonnaiset maksut lisäksi henkilön tulojen perusteella (metodi ja rajoitukset on kuvattu tarkemmin THL:n (2018) asiakasmaksuja koskevassa laajassa selvityksessä). Asiakasmaksut jaetaan tässä tutkimuksessa *tasasuuruisiin* maksuihin, joihin kuuluvat muun muassa terveyskeskuksen lääkärikäynti, fysioterapiamaksut, sairaalan poliklinikkamaksut ja lyhytaikaisen laitoshoidon maksut sosiaali- ja terveydenhuollossa, sekä *tulosidonnaisiin* maksuihin, joihin kuuluvat säännöllinen ja jatkuva kotihoito ja pitkäkestoinen laitoshoido. Jatkuvan kotihoidon maksu määräytyy palvelun määrän, asiakkaan tulojen ja perheen koon mukaan. Pitkäkestoisesta laitoshoidosta taas voidaan velottaa enintään 85 prosenttia asiakkaan nettotuloista (kuitenkin enintään palvelun tuotantokustannus). Jos laitoshoidossa on suurempituloinen puoliso, maksu on enintään 42,5 prosenttia puolisojen yhteenlasketuista nettotuloista kuukaudessa. Tasasuuruisten maksujen osalta otetaan laskelmissa huomioon maksukatto, joka vuonna 2015 oli 679 euroa. Maksukaton täytyttyä asiakas saa maksukaton piiriin kuuluvat palvelut pääsääntöisesti maksutta. Lyhytaikaisesta laitoshoidosta peritään kuitenkin silloinkin ylläpitokustannus.

Kunnittaisia eroja asiakasmaksuissa ei ole voitu huomioida muuta kuin terveyskeskusmaksujen osalta (esim. että Helsingissä terveyskeskuksen lääkärikäynti on maksuton), myöskään mahdollisia asiakasmaksujen alennuksia tai perimättä jättämisiä asiakasmaksulain §11:n nojalla ei ole voitu ottaa huomioon. Laskemamme asiakasmaksut voivat näin ollen yliarvioida maksujen suuruuden.

15 Enimmäismaksut vuosina 2016–2017 (Sosiaali- ja terveysministeriö): <http://stm.fi/terveydenhuollonmaksut> (viitattu 17.12.2017) Aineistossa käytetty kuitenkin vuoden 2015 asiakasmaksutietoja.

4 Tulokset

Tässä luvussa esitellään empiirisen aineiston perusteella ensin muutamia taustatietoja eläkeläisistä ja siirrytään sitten kuvailemaan eläkeläisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä ja kustannuksia ensin yleisesti ja edelleen ikäryhmittäin ja tuloluokittain eriteltynä. Lisäksi esitellään lääkkeiden ja matkojen omavastuuta maksaneiden lukumäärää ja itselle maksettavaksi jääneitä lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden keskimääräisiä omavastuita. Tarkastelua täydentää asiakasmaksujen kohdentumisen kuvailu ja lopuksi kaikkien palveluiden kustannusten keskittymisen analysointi. Kaikki analyysit perustuvat edellä esitettyyn aineistoon vuodelta 2015 ja koskevat ainoastaan yli 18-vuotiaita eläkeläisiä.

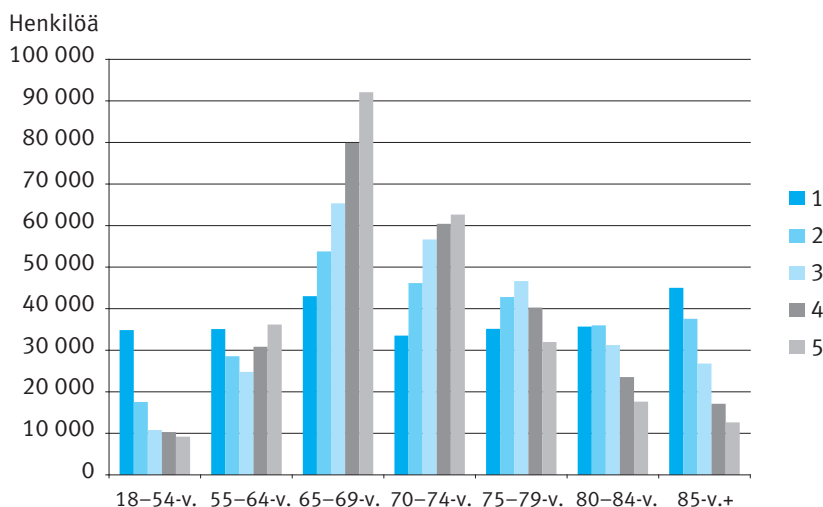
4.1 Eläkeläisten tulot ja yksin asuminen

Aineistossamme on 1,3 miljoonaa yli 18-vuotiasta eläkeläistä (kuvio 4.1). Näistä pieni osa, eli hieman alle 83 000 henkeä, on 18–54-vuotiaita. Heistä jopa 42 prosenttia kuuluu pienituloisimpaan tuloviidennekseen. Suurin ikäryhmä on 65–69-vuotiaat, joita on 334 000 henkeä. He taas kuuluvat alimpaan tuloluokkaan suhteellisesti harvemmin, mutta ovat absoluuttisesti suurin ikäryhmä kaikissa tuloluokissa. Vanhimmista (yli 85-vuotiaista) eläkeläisistä 32 prosenttia kuuluu pienituloisimpaan ja vain yhdeksän prosenttia rikkaimpaan tuloviidennekseen.

Taulukossa 4.1 on lisäksi esitelty eläkeläisten mediaanitulot iän ja sukupuolen mukaan. Ainoastaan nuorinta ikäryhmää lukuunottamatta naisten mediaanitulot ovat miesten tuloja pienemmät. Tästäkin taulukosta näkyy, että nuorimilla eläkeläisillä on selvästi muita alhaisemmat tulot. Suurimmat mediaanitulot taas on 65–74-vuotiailla. Vastaavat tulokset on havaittu myös aiemmassa eläkeläisten toimeentuloa koskevassa tutkimuksessa (Kuivalainen ym. 2017).

Kuvio 4.1.

Eläkeläisten lukumäärä ikä- ja tuloluokittain.



Huom. Tuloluokat on muodostettu perustuen vain yli 18-vuotiaisiin eläkeläisiin. Tulokäsittelenä on ekvivalentit käytettävissä olevat tulot, joissa ei ole huomioitu henkilön varallisuutta (esim. omistusasuntoa).

Taulukko 4.1.

Eläkeläisten mediaanitulot ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (euroa vuodessa).

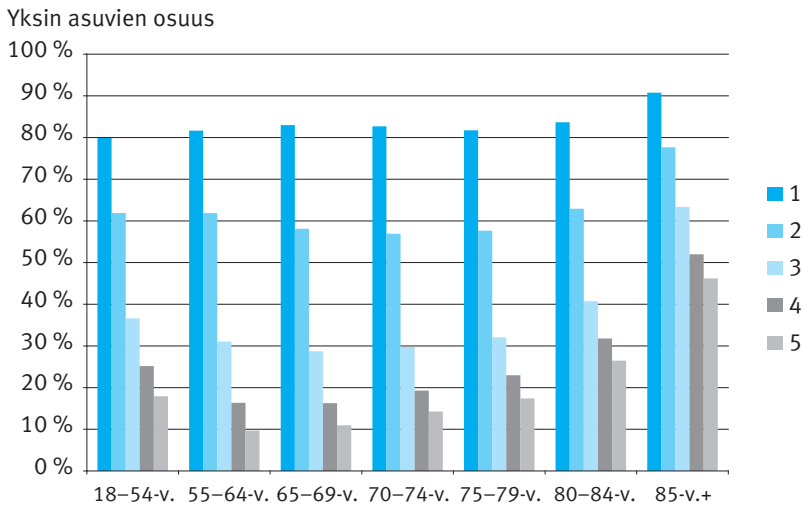
	Nainen	Mies
18-54 v.	16 594	15 847
55-64 v.	20 414	21 010
65-69 v.	22 054	23 716
70-74 v.	20 985	23 178
75-79 v.	19 070	21 468
80-84 v.	17 582	20 134
85-v.+	16 604	19 165

Ikäryhmien epätasainen sijoittuminen tulojakaumassa vaikuttaa tuloksiin, kun tarkastellaan palveluiden käyttöä tuloluokittain. Mutta iän lisäksi merkittävää on lisäksi se, miten muut taustatekijät ovat jakautuneet tuloluokittain. Esimerkiksi alimmassa tuloluokassa 84 prosenttia eläkeläisistä asuu yksin, kun taas ylimmässä tuloluokassa yksinasuvia on vain 15 prosenttia. Myös Kuivalainen ym. (2017) havaitsivat saman: yksin asuvilla eläkeläisillä on korkeampi pientuloisuusriski kuin perheellisillä. Ero yksin asumisessa tuloluokkien välillä on suurta kaikissa ikäryhmissä (kuvio 4.2).

Yksinasumisella on merkittävä vaikutus siihen, löytyykö henkilöltä kotoa apua päivittäisistä askareista selvitymiseen vai joutuuko henkilö turvautumaan kotihoitoon, jäämään vuodeosastolle pidemmäksi aikaa tai siirtymään esimerkiksi laitoshiitoon hieman aiemmin (Goldman ym. 1995; Robards ym. 2012; Larsson ym. 2014). Tulojen lisäksi yksin asuminen on yhteydessä eroihin palveluiden käytössä sukupuolten välillä: yli 85-vuotiaista naisista 83 prosenttia asui yksin, kun samanikäisistä miehistä yksin asui vain 49 prosenttia. Alle 65-vuotiaista eläkeläisnaisista taas pienempi osuus asui yksin verrattuna miehiin.

Kuvio 4.2.

Yksin asuvien osuus eläkeläisistä ikä- ja tuloluokan mukaan.



4.2 Yleiskuva palveluiden käyttäjämääristä ja kustannuksista

Kuvio 4.3 tarjoaa yleiskuvan, miten palveluiden rahallinen arvo (eli tuotantokustannukset sekä Kelan korvaukset) ja sosiaali- ja terveydenhuollosta henkilölle aiheutuneet suorat kustannukset (eli asiakasmaksut ja omavastuut) jakautuvat tuloluokkien kesken ja miten niiden arvo suhteutuu käytettävissä oleviin tuloihin. Eläkeläisten vuoden 2015 aikana käyttämien palveluiden rahallinen arvo on keskimäärin 6 500 euroa eläkeläistä kohden. Maksetut asiakasmaksut kattavat tästä 12,7 prosenttia.

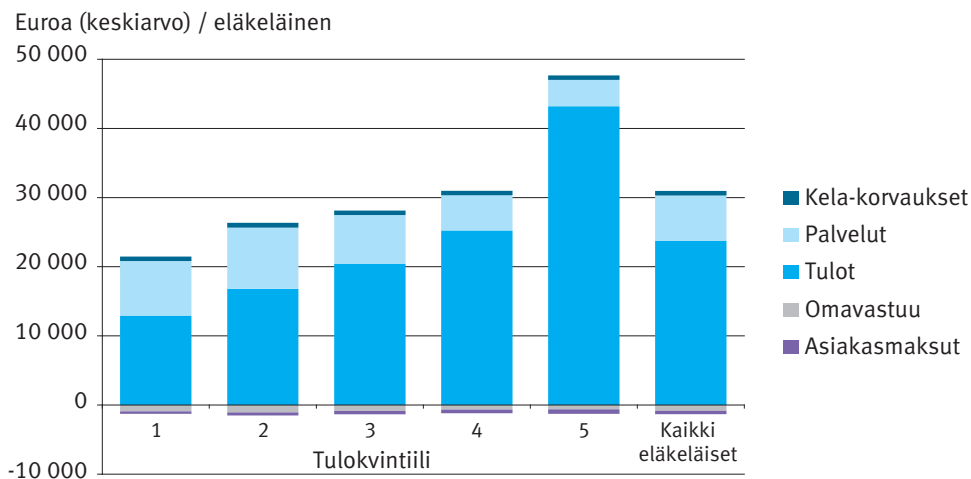
Tuloluokittaisessa tarkastelussa on ensinnäkin selvää, että julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kautta saatava etuus on suurempi tulonjaon alapäässä kuin yläpäässä sekä absoluuttisesti että suhteessa tuloihin. Jos palvelut siis huo-

mioitaisiin osaksi tulojen käsitettä – mikä sinänsä ei ole täysin ongelmatonta – kaventuivat tuloerot pieni- ja suurituloisten eläkeläisten välillä.

Toiseksi nähdään, että maksujen osuus on keskimäärin pieni suhteessa palveluiden rahalliseen arvoon. Tämä on sinänsä luonnollista: esimerkiksi takuueläkkeen taso oli 775,27 euroa kuukaudessa vuonna 2017, kun taas vuorokausihinta tehostetulle palveluasumiselle oli noin 140 euroa yksikkökustannusten mukaan.¹⁶ Koska asiakasmaksu pitkäaikaisesta hoidosta voi olla korkeintaan 85 prosenttia henkilön tuloista, ei takuueläke riitä kattamaan kuin neljä tai viisi päivää laitoshoidon todellisesta kustannuksesta. Samalla voidaan laskea, että koko vuodelta kustannus tehostetusta palveluasumisesta kohoaa yli 50 000 euron, kun taas vuosittaiset mediaanitulot esimerkiksi yli 85-vuotiailla jää reilusti alle 20 000 euron (ks. taulukko 4.1).¹⁷

Kuvio 4.3.

Tulojen, palveluiden rahallisen arvon, Kela-korvausten ja maksujen jakautuminen tuloiluokittain (euroa vuodessa).



Huom. Tulot ovat ekvivalentit käytettävissä olevat tulot henkilöä kohden. Palveluiden rahallinen arvo on laskettu vain sille henkilölle, joka palvelua on käyttänyt, eli niitä ei ole laskettu kotitaloustasolla. Lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden osalta on katsottu sekä henkilön saamia Kela-korvauksia ("hyödyt") että myös itse maksamia omavastuuosuuksia ("maksut"). Lääkekorvausten osalta enimmäiskorvaukseksi asetettiin 30 000 euroa ja matkakorvausten osalta 3 000 euroa suurien poikkeamien osalta. Samalla tavoin lääkkeiden omavastuiden enimmäismääräksi asetettiin 5 000 euroa ja matkojen omavastuiden enimmäismääräksi 272 euroa. Käytössä 70 prosentin otos. Yksityisten palveluiden korvauksille ja omavastuille ei asetettu enimmäismäärää.

16 Vuoden 2011 yksikkökustannus defloitoi hintaindeksillä vuoden 2016 hintatasoon.

17 Yksikkökustannukset pitävät sisällään maksetut asiakasmaksut, eli ovat keskimääräisiä bruttokustannuksia.

Taulukosta 4.2 käy ilmi palveluita käyttäneiden määrä ja osuus eläkeläisistä vuoden 2015 aikana. Lähes 89 prosenttia eläkeläisistä on käyttänyt jotakin sosiaali- ja terveydenhuollon palvelua vuoden aikana. Palveluiden välillä on kuitenkin huomattavia eroja siinä, kuinka yleistä käyttö on ja mitkä sen kustannukset ovat eläkeläistä tai käyttäjää kohti. Perusterveydenhuollon avopalveluiden käyttö on selvästi yleisintä: niitä käyttää yli miljoona eläkeläistä vuodessa eli jopa 83 prosenttia eläkeläisistä. Seuraavaksi yleisintä on erikoissairaanhoidon avopalveluiden käyttö, joka koskettaa yli puolta eläkeläisistä. Joka viides eläkeläinen on ollut lyhytaikaisessa (alle 90 päivän) vuodeosastohoidossa ja joka seitsemäs saanut kotiinsa kotihoidon palveluita. Muiden palveluiden käyttö koskettaa vain marginaalista osaa eläkeläisistä.

Palveluiden kustannuksia voidaan tarkastella joko eläkeläistä kohden tai palvelua käyttänyttä kohden. Ensimmäisessä heijastuu voimakkaasti palvelun käytön laajuus eläkeläisväestössä yleensä, joten pääasiassa tarkastelemme kustannuksia jälkimmäisen vaihtoehdon mukaisesti, mikä tuo paremmin esiin myös harvemmin käytettyjen mutta tuotantokustannuksiltaan huomattavan kalliiden palveluiden kustannukset. Jälkimmäinen tapa tuottaa aina huomattavasti suuremmat kustannukset. Ylipäätään on järkevää tarkastella samanaikaisesti palveluiden käytön yleisyyttä sekä käytöstä aiheutuvia kustannuksia käyttäjää kohden.

Kustannusten tai palvelun rahallisen arvon osalta nähdään, että asumis- ja laitospalveluiden kustannukset käyttäjää kohden ovat keskimäärin useita kymmeniä tuhansia euroja vuodessa. Ilman julkisia palveluita tällaiset kustannukset olisivat katastrofaaliset useimmille eläkeläisille tai ne tarkoittaisivat turvautumista läheisten tarjoamaan hoivaan ja omaishoittoon entistä voimakkaammin tai mahdollisesti varautumista kustannuksiin yksityisten pitkäaikaishoivan vakuutusten kautta.

Yleisimpien palveluiden eli perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avopalveluiden kustannukset ovat huomattavasti pienemmät, 579 ja 1 558 euroa palvelua käyttänyttä kohti vuoden 2015 aikana. Kaikkien palveluiden yhteenlasketut kustannukset käyttäjää kohden (minkä tahansa palvelun käyttö) ovat keskimäärin 7 365 euroa.

Taulukko 4.2.

Palveluita käyttäneiden määrä ja osuus eläkeläisistä sekä keskimääräiset kustannukset eläkeläistä ja käyttäjää kohden.

	Käyttäjien lukumäärä vuoden 2015 aikana	Osuus eläkeläisistä	Kustannus per eläkeläinen (EUR) (keskiarvo)	Kustannus per käyttäjä (EUR) (keskiarvo)
Perusterveydenhuolto	1 086 424	82,8 %	479	579
Erikoissairaanhoido	669 630	51,0 %	795	1 558
Lyhytaikainen vuodeosastohoito	299 389	22,8 %	1 670	7 321
Kotihoito	186 101	14,2 %	818	5 767
Tehostettu palveluasuminen yli 65 v.	44 898	3,4 %	1 071	31 315
Vanhainkoti	18 950	1,4 %	441	30 597
Kehitysvammaisten asumispalvelut	12 976	1,0 %	383	38 773
Dementia asumis- ja laitospalvelut	9 916	0,8 %	282	37 276
Psykiatrian asumis- ja laitospalvelut	8 248	0,6 %	217	34 526
Pitkäaikainen vuodeosastohoito	6 302	0,5 %	191	39 836
Muu palveluasuminen	5 803	0,4 %	99	22 450
Kuntoutuslaitoshoido	4 739	0,4 %	11	3 107
Tehostettu palveluasuminen alle 65 v.	2 295	0,2 %	70	40 586
Päihdehuollon laitoshuolto	2 205	0,2 %	6	3 509
Kaikki palvelut	1 164 715	88,7 %	6 536	7 365

4.3 Palveluita käyttäneet ikä- ja tuloluokittain

Jatkossa tarkastelemme palveluiden käyttöä hieman karkeammalla tasolla, eli palvelut on jaoteltu kuuteen kategoriaan: terveydenhuollon osalta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avopalveluihin sekä vuodeosastohoitoon; muiden palveluiden osalta kotihoitoon, vanhusten asumis- ja laitospalveluihin ja muihin sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluihin.

Taulukossa 4.3 on esitelty palveluiden käyttöä ikäryhmittäin ja tuloluokittain eri palveluissa. Kuten jo edellä todettiin, suurin osa eläkeläisistä ikäryhmästä riip-

pumatta on käyttänyt vuoden 2015 aikana perusterveydenhuollon avopalveluita (esim. terveyskeskuskäynnit). Myös erikoissairaanhoidon palveluita käyttäneitä on paljon. Vähiten heitä on 65–69-vuotiaiden ryhmässä (42,9 %), eli ryhmässä, jossa suuri osa on vasta siirtynyt vanhuseläkkeelle. Nuorimpien eläkkeensaajien ryhmässä käyttäjiä on huomattavasti enemmän (56,0 %), mikä todennäköisesti kertoo valikoitumisesta eläkkeelle terveyssyistä tässä ikäryhmässä. Sama ilmiö näkyy myös vuodeosastohoidon kohdalla. Terveyspalveluiden käyttö kuitenkin lisääntyy muuten iän myötä niin, että se on suurinta vanhimmassa ikäryhmässä.

Luonnollisesti vanhuspalveluiden käyttö on hyvinkin keskittynyttä vanhimpaan ikäryhmään. Yli 85-vuotiaista 24,1 prosenttia on vuoden aikana käyttänyt jotain vanhusten asumispalvelua tai ollut laitoshoidossa. Kotihoitoon on tästä ikäryhmästä turvautunut lähes puolet vuoden aikana. Kotihoitoa on käyttänyt tosin nuoremmisakin ryhmässä huomattavan moni verrattuna henkilöihin, jotka eivät saa eläkettä.

Muiden sosiaalipalveluiden käyttäjiä on vain pieni vähemmistö kaikissa ikäryhmissä lukuun ottamatta kehitysvammaisten asumispalveluita, joita on käyttänyt 10,7 prosenttia 18–54-vuotiaista eläkkeensaajista, sekä psykiatrian asumis- ja laitospalveluita, joita on käyttänyt hieman yli neljä prosenttia nuorimasta ikäryhmästä. Yhteensä muita sosiaalihuollon asumis- tai laitoshoitopalveluita on käyttänyt lähes 18 prosenttia nuorimmassa ikäryhmässä.

Taulukon alempi osa kuvaa palveluiden käyttöä tuloluokan mukaan. Huomattavin ero tuloluokkien välillä koskee kotihoidon käyttöä, joka vähenee selvästi tulojen kasvaessa. Terveyspalveluiden palveluissa käyttäjiä on taas eniten toiseksi alimmassa kvintiilissä.

Seuraavissa kuvioissa näitä lukuja on tarkasteltu samanaikaisesti ikä- ja tuloluokittain, jotta ikäryhmien epätasainen jakautuminen tulojakaumassa voidaan paremmin ottaa huomioon.

Taulukko 4.3.

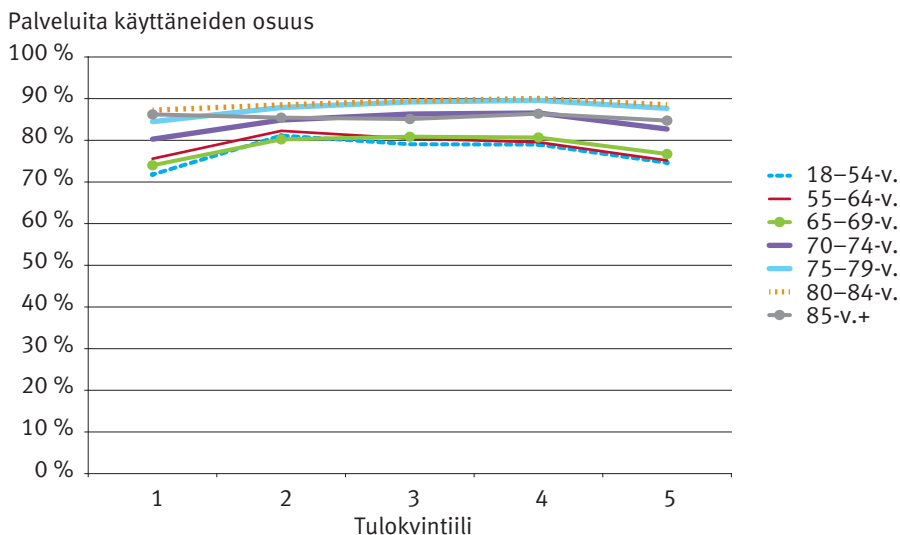
Palveluita käyttäneiden osuus ikä- ja tuloluokan mukaan.

	Perusterveydenhuolto	Erikoissairaanhoido	Vuodeosastoahoito	Kotihoito	Vanhusten palvelut	Muu sosiaalihoito
18–54 v.	75,9 %	56,0 %	20,1 %	6,6 %	0,4 %	17,9 %
55–64 v.	78,3 %	48,3 %	18,3 %	6,4 %	1,0 %	4,6 %
65–69 v.	78,7 %	42,9 %	15,9 %	4,5 %	1,1 %	1,0 %
70–74 v.	84,5 %	49,4 %	20,0 %	7,3 %	2,0 %	0,7 %
75–79 v.	87,9 %	55,4 %	25,8 %	15,4 %	4,8 %	0,8 %
80–84 v.	88,6 %	59,1 %	32,0 %	28,5 %	10,1 %	1,3 %
85-v.+	85,7 %	59,0 %	39,1 %	47,1 %	24,1 %	3,5 %
1	80,0 %	48,7 %	24,5 %	20,0 %	4,9 %	5,1 %
2	84,5 %	53,3 %	26,0 %	18,5 %	7,4 %	3,5 %
3	84,9 %	52,7 %	24,0 %	14,3 %	6,6 %	1,9 %
4	84,4 %	51,5 %	21,4 %	10,6 %	4,2 %	1,6 %
5	80,4 %	48,9 %	19,0 %	7,5 %	2,8 %	1,4 %

Kuviosta 4.4 nähdään, että perusterveydenhuollon palveluiden käyttö on vain vaatimattomasti yhteydessä tulotason kaikissa ikäryhmissä. Palveluita käyttäneitä on kuitenkin hieman enemmän tulonjaon keskivaiheilla etenkin nuoremmilla ikäryhmissä.

Kuvio 4.4.

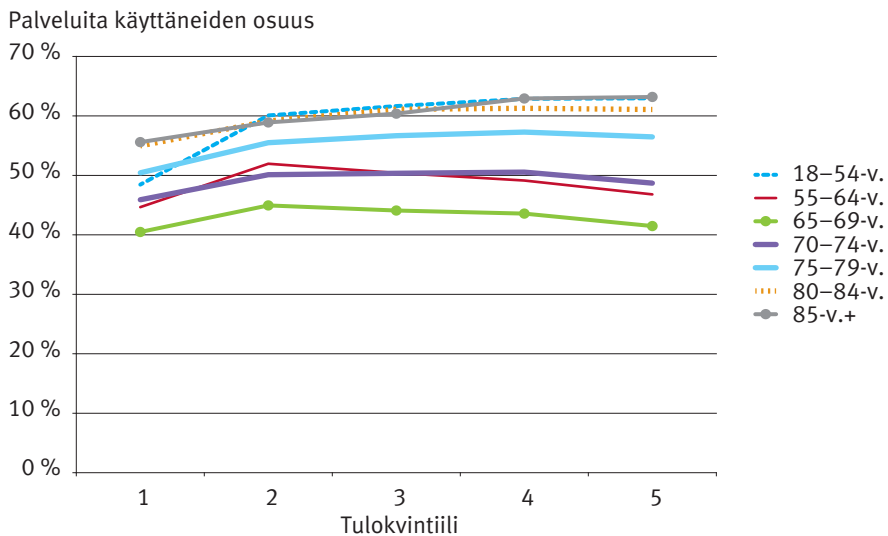
Perusterveydenhuollon avopalveluita käyttäneet, osuus ikä- ja tuloluokasta.



Erikoissairaanhoidon avopalveluissa käyttö sen sijaan lisääntyy tulojen kasvaessa lukuun ottamatta 55–74-vuotiaita, joiden kohdalla käyttö on yleisempää kolmessa keskimmaisessä tulokvintiilissä (kuvio 4.5). Alimpaan tuloluokkaan kuuluvat käyttävät harvemmin näitä palveluita kaikissa ikäryhmissä. Tämä voi tarkoittaa tyydyttämätöntä hoidon tarvetta, sillä pienituloisilla on yleensä enemmän terveysongelmia. Eroa ei tunnu selittävän muu palveluiden käyttö, koska esimerkiksi nuorimmassa ikäryhmässä ensimmäisen ja toisen tuloluokan välillä ei ole eroa muiden sosiaalihuollon palveluiden käytössä ja kuten perusterveydenhuollossa, vuodeosastohoidossakin olleiden osuudet ovat pienemmät tulonjaon ääripäissä (kuvio 4.6). Toisaalta vuodeosaston hoitajaksot ovat pidemmät pienituloisilla etenkin nuoremmissa ikäryhmissä (ks. liitekuvio 1).

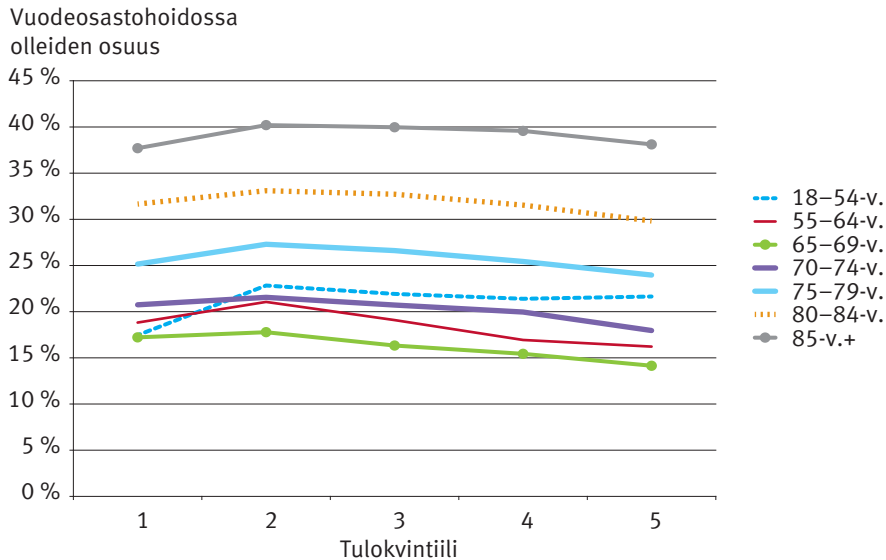
Kuvio 4.5.

Erikoissairaanhoidon avopalveluita käyttäneet, osuus ikä- ja tuloluokasta.



Kuvio 4.6.

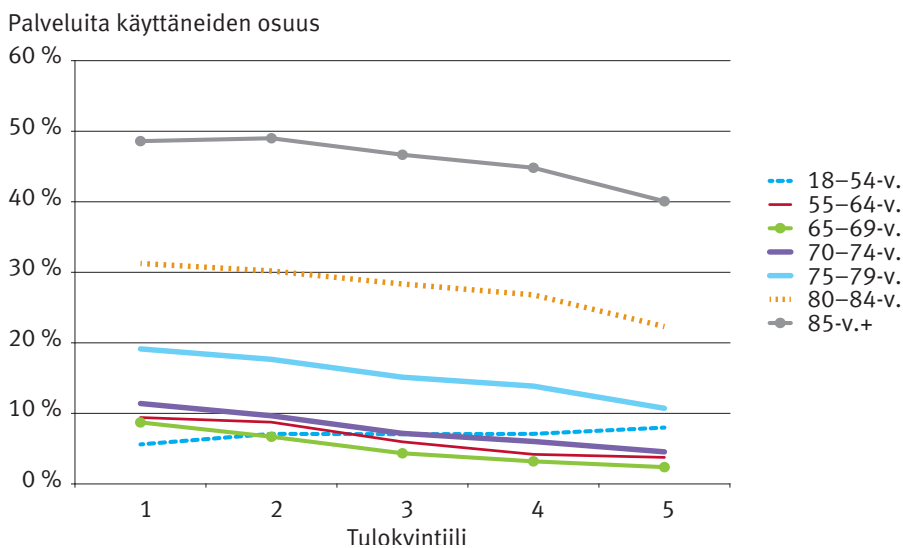
Vuodeosastohoidossa olleet, osuus ikä- ja tuloluokasta.



Kotihoidon palveluita käyttäneitä on enemmän pienituloisissa eläkeläisissä luokkaan ottamatta 18–54-vuotiaita, joista suurituloisimmilla käyttö on hieman yleisempää (kuvio 4.7). Yli 85-vuotiaista pienituloisista kotihoitoon oli turvautunut jopa 49 prosenttia verrattuna ylimmän tulokvintiin 40 prosenttiin.

Kuvio 4.7.

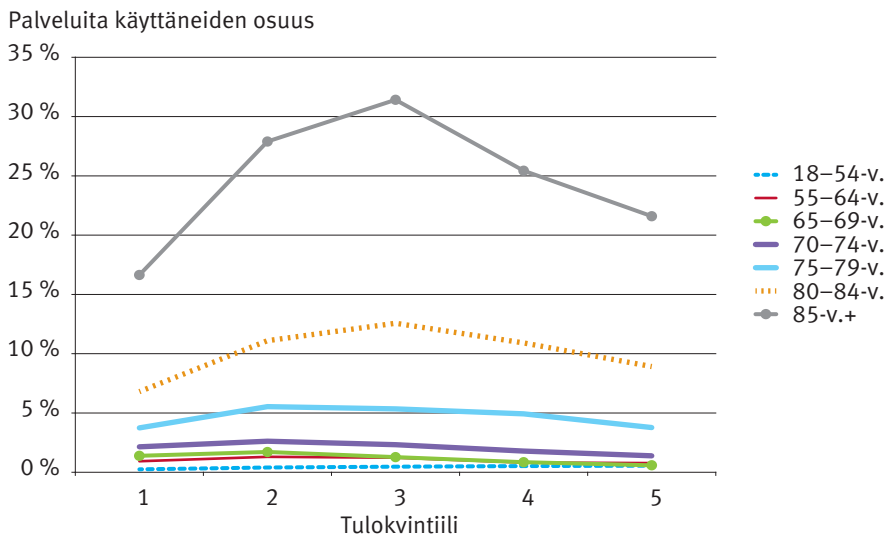
Kotihoidon palveluita käyttäneet, osuus ikä- ja tuloluokasta.



Vanhusten asumis- ja laitospalveluita käyttäneitä ei luonnollisestikaan ole monia nuoremmissa ikäryhmissä missään tuloluokassa. Vanhemmissa ikäryhmissä sen sijaan esiin tulee kiinnostava ylösalaisin oleva U-käyrä, eli keskimmäisessä kvintilissä palveluita käyttäneitä on selkeästi eniten varsinkin yli 85-vuotiaista, mutta myös 80–84-vuotiaista (kuvio 4.8). Myös hoitajakset ovat pidemmät tulonjaon keskivaiheilla (ks. liitekuvio 2).

Kuvio 4.8.

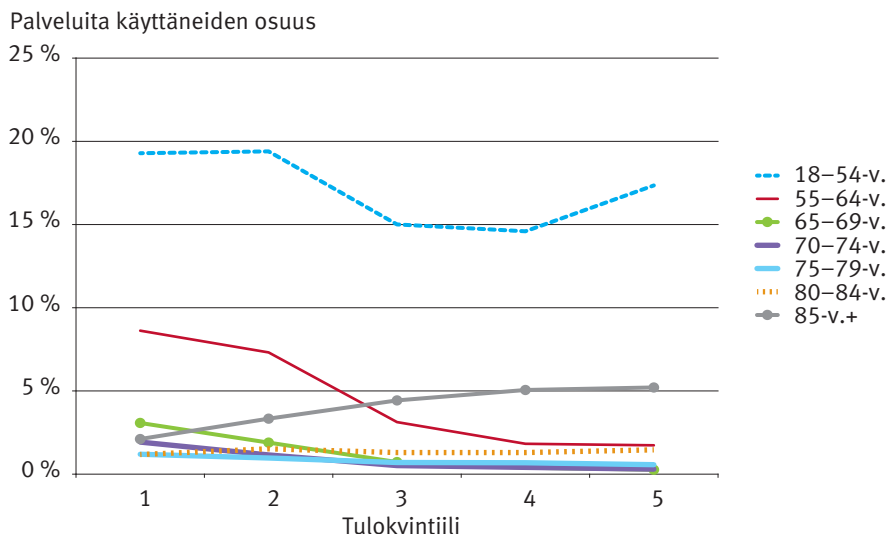
Vanhusten asumis- ja laitospalveluita käyttäneet, osuus ikä- ja tuloluokasta.



Muiden sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluiden käyttö on nuoremmilla eläkeläisillä yleisempää pienituloisilla, mikä selittyy varmaankin nuorten vammaisten palveluiden käytöllä (kuvio 4.9). Nämä henkilöt ovat usein hyvin pienituloisia (ks. myös Rantala 2017, työkyvyttömyyseläkeläisten pienituloisuudesta). Lähes viidennes 18–54-vuotiaista, jotka kuuluvat kahteen alimpaan tulokvintiliin, on käyttänyt muun sosiaalihuollon palveluita. Vanhimmassa ikäryhmässä palveluita käyttäneitä taas on hieman enemmän keski- ja suurituloisissa. Myös hoitajaksojen pituuksissa on huomattavia eroja tuloluokkien mukaan: pienituloisilla eläkeläisillä hoitajakset ovat keskimäärin pidemmät (ks. liitekuvio 3).

Kuvio 4.9.

Muun sosiaalihuollon asumis- ja laitospalveluita käyttäneet, osuus ikä- ja tuloluokasta.



4.4 Kela-korvaukset ja omavastuita maksaneet

Kelan sairausvakuutuslain perusteella maksamat lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden korvaukset tukevat eläkeläisten terveydenhuoltoa ja pienentävät siihen liittyviä kustannuksia. Tässä osiossa tarkastellaan, kuinka monet eläkeläiset ovat maksaneet lääkkeiden ja matkojen omavastuita Kelan korvausten jälkeen tai kuinka monet ovat käyttäneet yksityisiä lääkärin, hammashoidon tai muun tutkimuksen ja hoidon palveluita, joihin on hakenut Kelan korvausta. Tarkastelun ulkopuolelle jäävät kaikki ne lääkkeisiin, matkoihin ja yksityisiin palveluihin liittyvät kustannukset, joihin ei ole haettu korvauksia Kelasta.¹⁸ Kela-korvauksia koskevien analyysien osalta käytössä on 70 prosentin otos väestöstä.

Reseptilääkkeistä omavastuuosuuksia on maksanut yli 90 prosenttia kaikista eläkeläisistä (koko väestössä n. 70 %) (taulukko 4.4). Matkojen omavastuita on maksanut joka neljäs eläkeläinen (koko väestössä n. 10 %), joskin osuus on jopa 36 prosenttia 80–84-vuotiailla ja 47 prosenttia yli 85-vuotiailla. Matkojen omavastuut kohdistuvat useammin pienituloisiin, kun taas lääkkeiden omavastuita maksaneita on hieman vähemmän alimmassa tulokvintiilissä. Yksityisiä palveluita on käyttänyt yli puolet eläkeläisistä (vastaavasti n. 40 % koko väes-

¹⁸ Tietoa ei ole siitä, onko henkilöllä yksityinen sairauskuluvakuutus, jolla kustannuksia Kelan korvausten jälkeen voi lisäksi kattaa.

töstä), kuitenkin vain joka neljäs 18–54-vuotias eläkeläinen on käyttänyt yksityisiä palveluita. Yksityisten palveluiden käyttö lisääntyy huomattavasti tulojen myötä: rikkaimmassa tulokvintiilissä yli 70 prosenttia eläkeläisistä on käyttänyt yksityisiä palveluita, mikä on noin kaksinkertainen määrä alimpaan tulokvintiiliin verrattuna.

Taulukko 4.4.

Lääkkeiden ja matkojen omavastuita maksaneet ja yksityisiä palveluita käyttäneet, osuus ikäryhmästä ja tuloluokasta.

	Lääkkeiden omavastuut	Matkojen omavastuut	Yksityisten palveluiden käyttö
18–54 v.	83 %	25 %	25 %
55–64 v.	89 %	21 %	44 %
65–69 v.	88 %	15 %	55 %
70–74 v.	91 %	19 %	58 %
75–79 v.	94 %	27 %	57 %
80–84 v.	96 %	36 %	53 %
85 v.+	95 %	47 %	42 %
1	88 %	29 %	34 %
2	92 %	29 %	41 %
3	92 %	26 %	50 %
4	92 %	21 %	58 %
5	91 %	17 %	71 %
Kaikki	91 %	25 %	51 %

Huom. Yksityisten palveluiden käyttö on laskettu sen mukaan, onko henkilö hakenut Kela-korvausta.

4.5 Palveluiden tuotantokustannusten kohdentuminen ikä- ja tuloluokittain

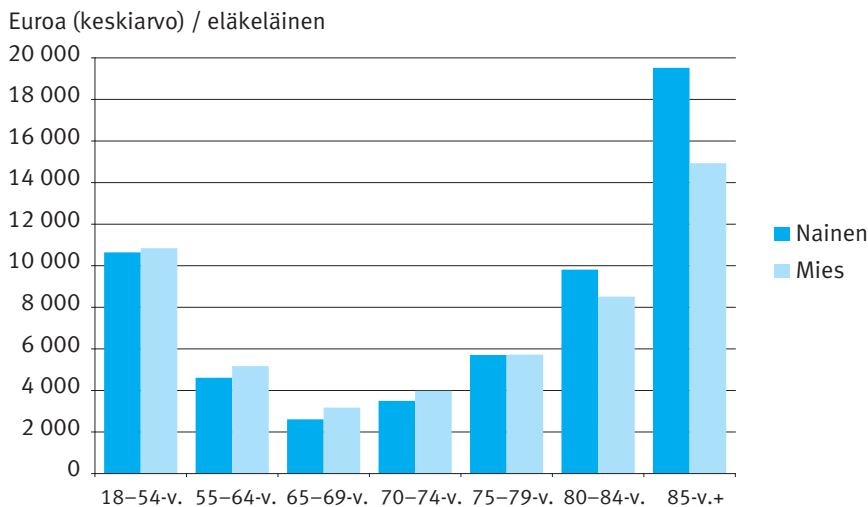
Tässä osiossa kuvaillaan tuotantokustannusten eli palveluiden rahallisen arvon kohdentumista samanaikaisesti niin ikä- kuin tuloluokittain. Kustannukset tarkoittavat palveluiden tuottamisesta aiheutuneita kustannuksia yksikkökustannusten perusteella. Vaikka palveluiden tuottamisen kustannus ei välttämättä täysin vastaa palvelusta saatavaa hyötyä palvelun käyttäjälle, voidaan ajatella, että se on etuuden rahallinen arvo. Kustannuksiin vaikuttaa niin palveluiden käytön yleisyys kuin myös intensiivisyys (esim. käyntimäärät ja hoitojakson pituus) sekä se, mikä palvelu tarkalleen on kyseessä. Kustannuksia voidaan siis

pitää hyvänä yleisindikaattorina, joka summaa yhteen monta ulottuvuutta palveluiden käyttöön liittyen.

Kuviossa 4.10 on esitetty sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käytöstä aiheutuneet kustannukset eläkeläistä kohden iän ja sukupuolen mukaan ja kuviossa 4.11 ikä- ja tuloluokan mukaan (mukana kaikki kuviossa 3.1 esitellyt palvelut). Ensinnäkin on selvää, että kustannukset ovat selkeästi korkeimmat yli 85-vuotiaiden ryhmässä, etenkin naisilla. Tämän jälkeen kustannukset ovat kuitenkin korkeimmat 18–54-vuotiailla eläkeläisillä, jolloin sukupuolten välillä ei näy merkittävää eroa. Yli 80-vuotiaita lukuun ottamatta, kustannukset laskevat kutakuinkin lineaarisesti tulojen kasvaessa.

Kuvio 4.10.

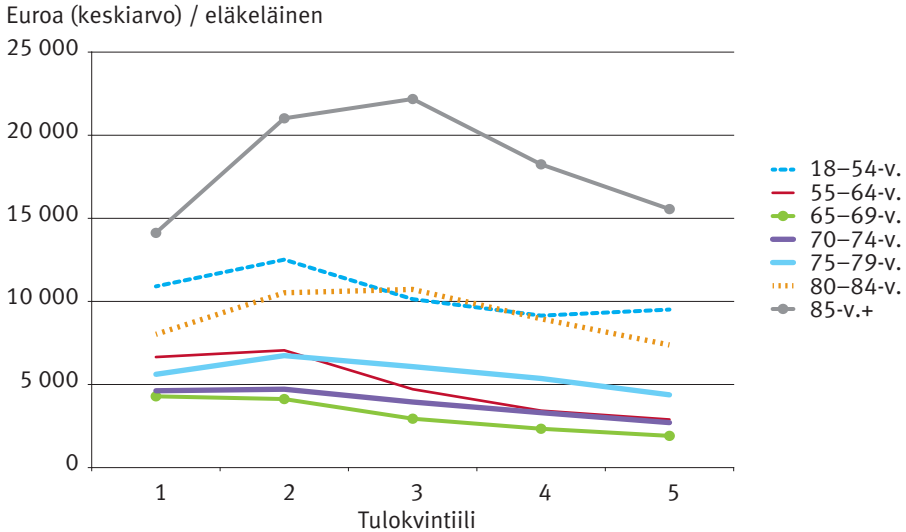
Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten palveluiden keskimääräiset kustannukset ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (euroa vuodessa).



Huom. Kustannukset sisältävät ne palvelut, jotka on kuviossa 3.1 esitelty. Ks. myös liitetätulukko 1, jossa on keskimääräiset kustannukset sukupuolen ja ikäryhmän mukaan kuudessa palvelukategoriassa erikseen.

Kuvio 4.11.

Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten palveluiden keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain (euroa vuodessa).



Huom. Kustannukset sisältävät ne palvelut, jotka on kuviossa 3.1 esitelty. Ks. myös liitetaulukko 2 mediaanikustannuksista ikä- ja tuloluokittain.

Taulukossa 4.5 on esitelty keskimääräiset kustannukset palveluita vuoden 2015 aikana käyttäneillä palveluryhmittäin. Erikoissairaanhoidossa ja vuodeosastohoidossa nuorimpien eläkeläisten keskimääräiset kustannukset ovat korkeammat kuin muissa ikäryhmissä viitaten jälleen siihen suuntaan, että tässä eläkeläisryhmässä on vakavia terveysongelmia, jotka vaativat intensiivistä hoitoa ja ovat mahdollisesti aiheuttaneet (työkyvyttömyys)eläkkeelle päättymisen. Lisäksi huomionarvoista on se, että vaikka vain marginaalinen osa käyttää eräitä sosiaalipalveluita, ovat kustannukset näissä palveluissa erittäin korkeat käyttäjää kohti – etenkin alimmassa tuloluokassa. Kotihoidon kustannukset ovat selkeästi korkeammat yli 85-vuotiailla eläkeläisillä.

Keskimääräisten kustannusten takaa löytyy kuitenkin huomattavan paljon heterogeenisuutta. Esimerkiksi noin 60 prosentilla perusterveydenhuollon palveluita käyttäneistä käyntimäärä jää alle kymmenen, kun noin puolella prosentilla käyntimerkintöjä on taas yli sata vuodessa. Samoin kotihoitoa käyttäneistä

46 prosentilla kotihoidon käyntejä on alle kymmenen vuodessa, kun lähes kolmanneksella käyntejä oli yli sata. Sekä perusterveydenhoidossa että etenkin kotihoidossa suuret käyntimäärät keskittyvät voimakkaasti tulonjaon alapäähän, mikä näkyy myös suuremmissa kustannuksissa alimmissa tuloluokissa. (Liite-
taulukko 3.)

Taulukko 4.5.

Vuoden 2015 aikana aiheutuneet keskimääräiset kustannukset kyseistä palvelua käyttäneillä ikäryhmittäin ja tuloluokittain (euroa vuodessa).

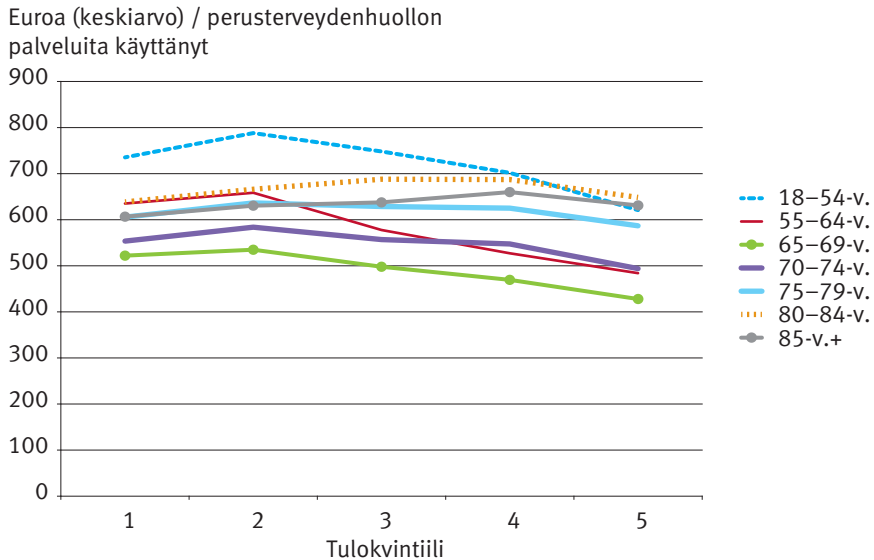
	Perusterveydenhuolto	Erikoissairaanhoito	Vuodeosastohoito	Kotihoito	Vanhusten palvelut	Muu sosiaalihoito
18–54 v.	732	2 899	11 305	3 003	30 037	33 427
55–64 v.	575	1 787	8 087	4 523	31 808	33 114
65–69 v.	481	1 447	6 683	4 262	30 180	30 114
70–74 v.	544	1 502	7 054	4 096	30 843	26 351
75–79 v.	619	1 460	7 505	4 557	32 510	21 094
80–84 v.	666	1 391	8 455	5 522	33 459	18 444
85-v.+	628	1 176	9 770	7 723	37 012	16 483
1	611	1 506	8 766	6 220	32 932	32 265
2	623	1 586	8 810	6 537	38 262	31 915
3	590	1 550	8 192	5 981	36 822	25 710
4	562	1 574	7 536	4 690	31 050	22 939
5	505	1 572	6 802	3 745	28 359	20 806

Seuraavaksi tarkastelemme samanaikaisesti näiden palveluiden kustannusten jakautumista ikä- ja tuloluokittain. Keskimääräisiä kustannuksia tarkastellaan vain niiden henkilöiden osalta, jotka palvelua ovat käyttäneet vuoden 2015 aikana.

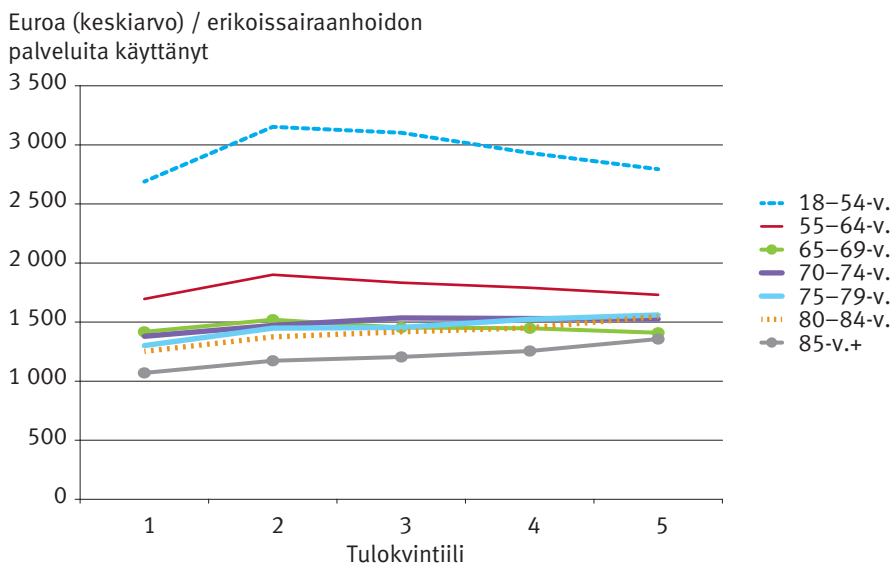
Perusterveydenhuollon kustannuksissa ei ole juuri eroja ikäryhmien välillä siinä, miten kustannukset tuloluokkien välillä jakaantuvat (kuvio 4.12). Yli 75-vuotiailla kustannukset ovat korkeimmat kolmessa keskimmaisessä tulokvinttilissä ja nuoremmissa ikäryhmissä kustannukset ovat suuremmat kahdessa tai kolmessa alimmassa kvinttilissä. Erikoissairaanhoidon kustannusten osalta tilanne on hieman erilainen (kuvio 4.13). Yli 70-vuotiailla kustannukset kasvavat hieman tulojen myötä. Kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä kustannukset ovat korkeimmat toisessa ja kolmannessa tuloluokassa.

Kuvio 4.12.

Perusterveydenhuollon avopalveluiden keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain.

**Kuvio 4.13.**

Erikoissairaanhoidon avopalveluiden keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain.

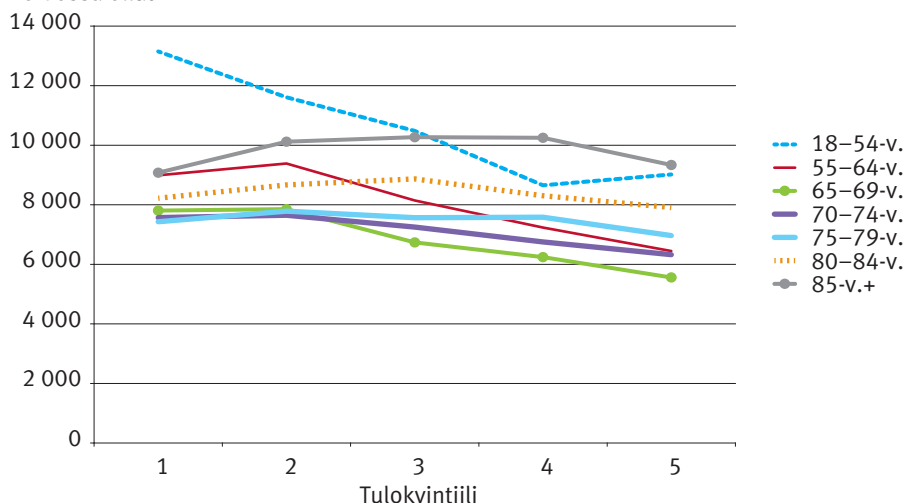


Vuodeosastohoidon kustannukset pienenevät huomattavasti tulojen kasvaessa (kuvio 4.14). Näin on etenkin 18–54-vuotiailla, joilla kustannukset ovat yli 4 000 euroa korkeammat alimmassa tuloryhmässä ylimpään tuloryhmään verrattuna. Ero tuloryhmien välillä pienenee iän myötä ja vanhimmassa ikäryhmässä ylimmässä tuloluokassa on itse asiassa hieman korkeammat kustannukset kuin alimmassa tuloluokassa.

Kuvio 4.14.

Vuodeosastohoidon keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain.

Euroa (keskiarvo) / vuodeosastohoidossa ollut



Kotihoidon kustannukset ovat suuremmat tulojen alapäässä lukuun ottamatta nuorinta ikäryhmää, jossa ylimmässä tuloryhmässä on lähes puolet korkeammat kustannukset kuin alimmassa tuloryhmässä (kuvio 4.15).¹⁹ Muissa ikäryhmissä tuloksiin heijastuu se, että alimmissa tuloryhmissä on enemmän yksin asuvia, jotka tarvitsevat useammin tukea kotona asumiseen.

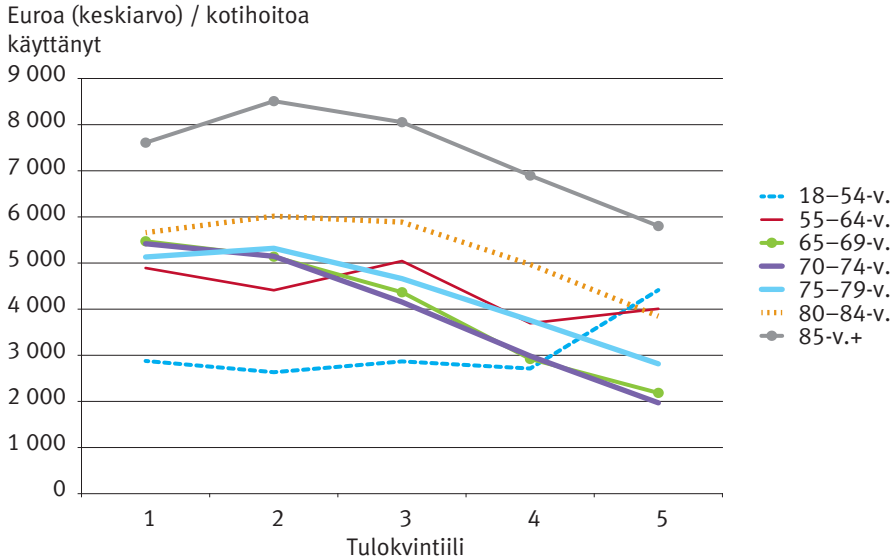
Myös vanhusten palveluissa kustannukset ovat suuremmat tulojen alapäässä, kuitenkin niin, että alimmassa tuloluokassa kustannukset ovat keskimäärin toista tulokvintiiliä alemmat (kuvio 4.16). Tässäkin kuviossa tulee esille se, että suurituloisiin kuuluu useammin terveempiä henkilöitä, joilla on mahdollisesti apua saatavilla kotona asuvalta puolisoilta. Kaikkein vanhimmassa ikäryh-

¹⁹ Kyseessä on todennäköisesti muutaman poikkeavan havainnon aiheuttama hyppy. Jos yli 30 000 euron kustannukset (noin 120 tapausta yhteensä) jätetään huomioimatta, niin ylin tuloluokka ei enää juurikaan erotu muista 18–54-vuotiaista.

mässä tulojen yhteys kustannuksiin on vähäisempi. Lisäksi on mahdollista, että etenkin suurituloiset ostavat hoivapalveluita markkinoilta (ks. esim. Puthenparambil & Kröger 2016; Szebehely & Meagher 2017).

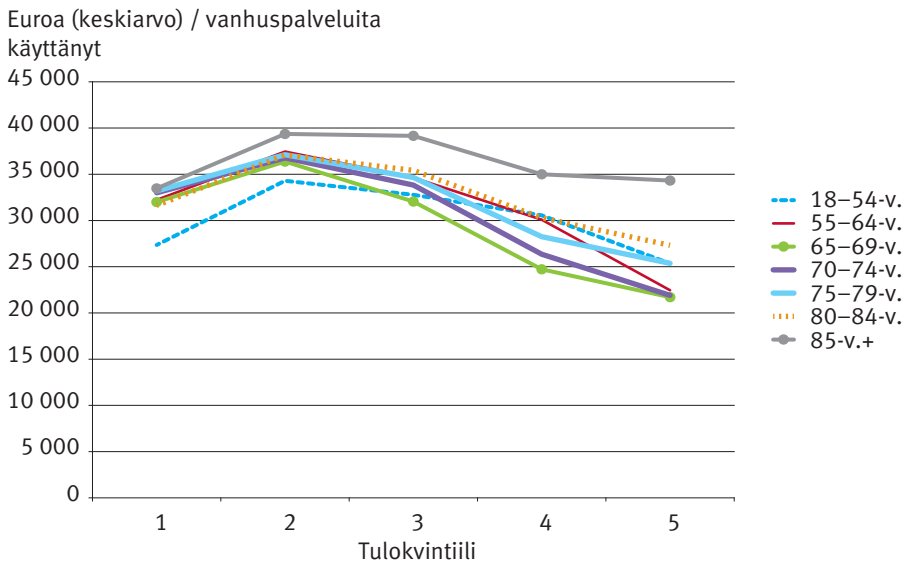
Kuvio 4.15.

Kotihoidon keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain.



Kuvio 4.16.

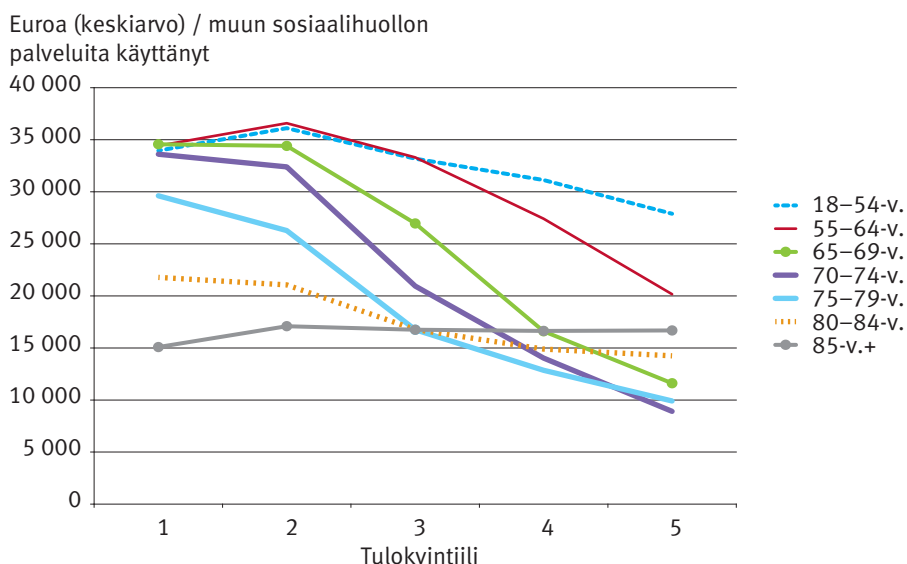
Vanhusten asumispalveluiden ja laitoshoidon keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain.



Jyrkimmät erot kustannuksissa tuloluokkien välillä löytyy muun sosiaalihuollon palveluissa, joissa näkyy hyvin vahvasti palveluiden käytön keskittyminen tulonjaon alapäähän lukuun ottamatta yli 85-vuotiaiden ikäryhmää ja jossain määrin myös 80–84-vuotiaiden ikäryhmää, joissa tulojen yhteys kustannuksiin on huomattavasti pienempi (kuvio 4.17).

Kuvio 4.17.

Muiden asumispalveluiden ja laitoshoidon keskimääräiset kustannukset ikä- ja tuloluokittain.



Kustannuksiin asumis- ja laitospalveluissa vaikuttaa luonnollisesti hoitojakson pituus (liitekuviot 1–3). Kun tarkastellaan hoitojaksojen pituutta eri palveluissa ikäryhmittäin ja tulokvintiileittäin, on kiinnostava huomata, että ylemmissä tulokvintiileissä hoitojaksot ovat tosiaan keskimäärin lähes poikkeuksetta lyhyempiä.

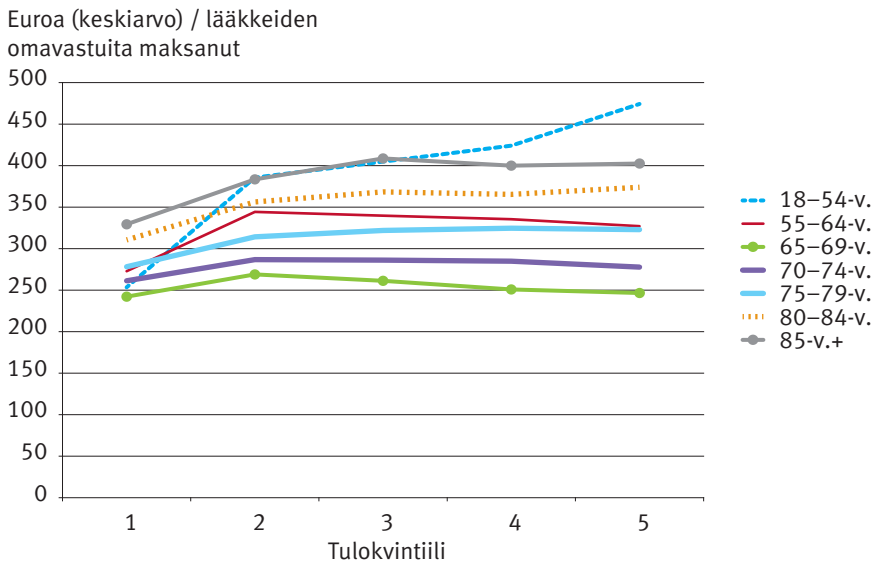
4.6 Lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuut

Tässä osiossa tarkastellaan, miten lääkkeiden, matkojen ja yksityisten palveluiden omavastuut keskimäärin jakautuvat ikä- ja tuloluokittain. Omavastuita tarkastellaan ainoastaan niiden henkilöiden osalta, jotka ovat niitä maksaneet. Omavastuiden osalta käytössä 70 prosentin otos väestöstä.

Alimmassa tuloluokassa lääkkeiden omavastuut ovat kaikissa ikäryhmissä pienemmät kuin muissa tuloluokissa (kuvio 4.18). Vaikka kuviossa on suurimmat poikkeamat korvattu enimmäismääräksi asetetulla 5 000 euron omavastuulla, on nuorimmassa ikäryhmässä edelleen poikkeavan suuria lukuja, jotka nostavat keskiarvoa ylimmässä tuloluokassa. Alimman tuloluokan muita pienemmät omavastuut voivat osaltaan johtua siitä, että tässä ryhmässä on enemmän laitoshoidossa olevia henkilöitä, joiden lääkkeiden kustannukset jäävät silloin kunnan maksettavaksi.

Kuvio 4.18.

Lääkkeiden keskimääräiset omavastuut ikä- ja tuloluokittain (vain niillä, joilla lääkkeiden omavastuita) (euroa vuodessa).



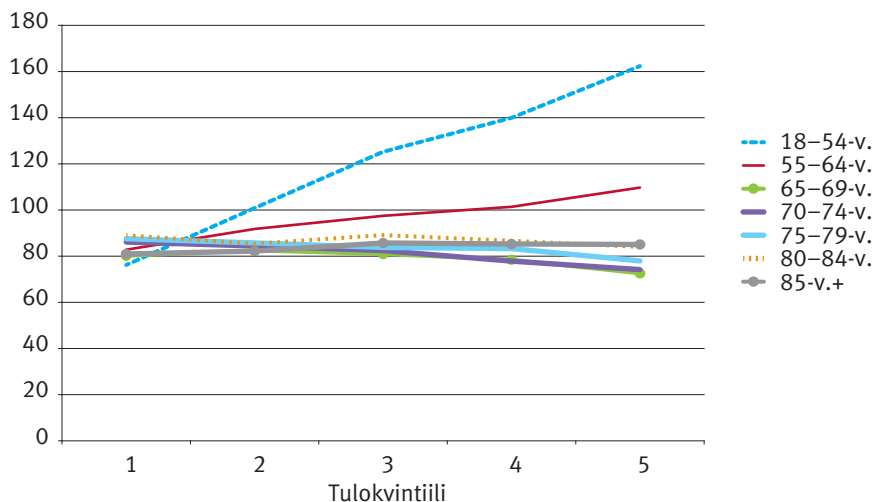
Huom. Lääkkeiden omavastuiden enimmäismääräksi asetettu 5 000 euroa suurimpien poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi.

Matkojen omavastuut ovat huomattavasti pienemmät kuin lääkkeiden omavastuut (kuvio 4.19). Niidenkin osalta nähdään, että omavastuut kasvavat selkeästi tulojen myötä nuorimmassa ikäryhmässä ja hieman maltillisemmin myös 55–64-vuotiaiden ryhmässä, kun muissa ikäryhmissä ne päinvastoin pienenevät tulojen kasvaessa.

Kuvio 4.19.

Matkojen keskimääräiset omavastuut ikä- ja tuloluokittain (vain niillä, joilla matkojen omavastuita) (euroa vuodessa).

Euroa (keskiarvo) / matkojen omavastuita maksanut

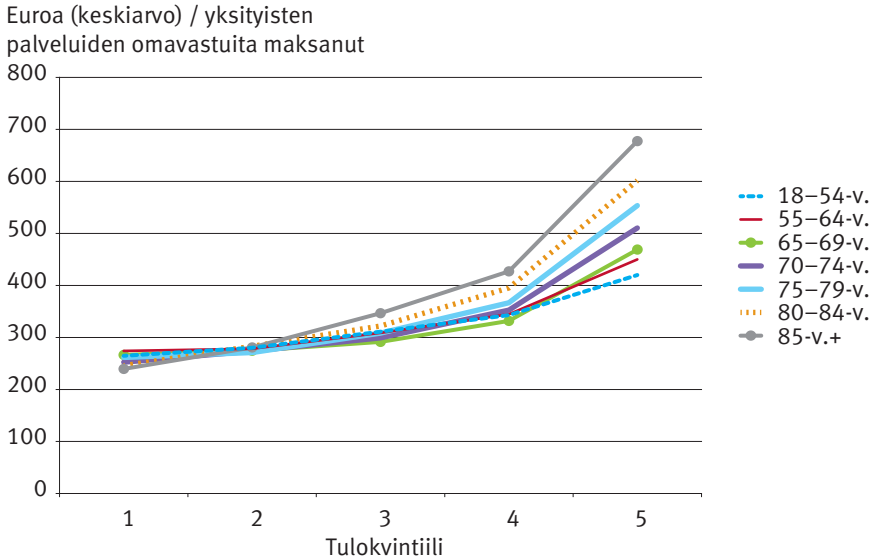


Huom. Matkojen omavastuiden enimmäismääräksi asetettu 272 euroa (matkakaton mukaisesti) suurimpien poikkeavien havaintojen kontrolloimiseksi.

Kuviosta 4.20 näkyy, että yksityisten palveluiden osalta omavastuut kasvavat selkeästi tulojen mukaan. Yli 70-vuotiailla ylimmässä tuloluokassa maksetut omavastuut ovat yli kaksinkertaiset alimpaan tuloluokkaan verrattuna. Eli sen lisäksi, että käyttäjiä on huomattavasti enemmän ylemmissä tuloluokissa, on myös omavastuut korkeammat suurituloisilla. Myös ikäryhmien väliset erot kasvavat tulonjaon yläpäässä, kun kahdessa alimmassa tulokvintiilissä yksityisten palveluiden omavastuut ovat lähes samat ikäryhmästä riippumatta.

Kuvio 4.20.

Yksityisten palveluiden keskimääräiset omavastuut ikä- ja tuloluokittain (vain niillä, joilla yksityisten palveluiden omavastuita) (euroa vuodessa).



4.7 Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut

Tässä osiossa tarkastellaan palveluiden käytöstä aiheutuneita asiakasmaksuja (pois lukien suun terveydenhuollon asiakasmaksut). Asiakasmaksut on jaettu tasasuuruisiin maksuihin, joiden osalta on huomioitu maksukatto, sekä tulosi-donnaisiin asiakasmaksuihin. Keskimääräisiä maksuja tarkastellaan ainoastaan niiden henkilöiden osalta, jotka maksuja ovat (potentiaalisesti) maksaneet.²⁰

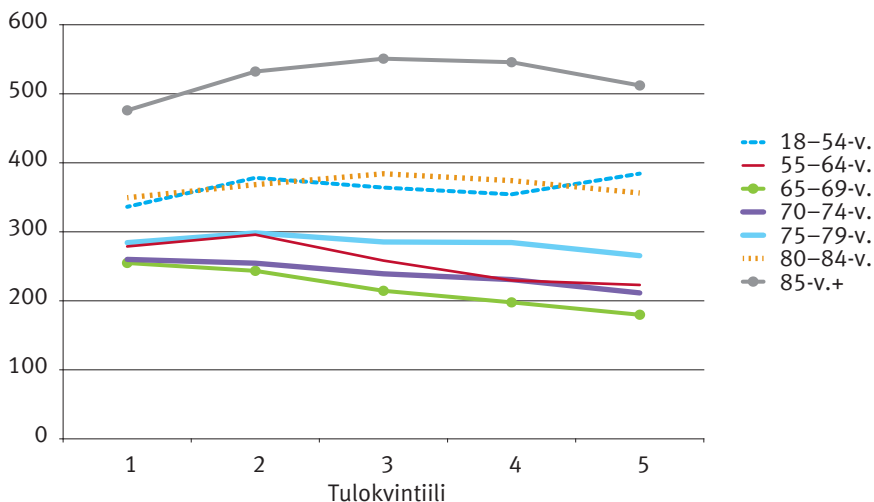
Vuoden aikana maksetut tasasuuruiset asiakasmaksut ovat keskimäärin 200 ja 600 euron välissä (kuvio 4.21). Korkeimmat maksut ovat vanhimmassa ikäryhmässä, mutta yhteys tuloluokkaan on suhteellisen vähäinen. Tulosi-donnaisissa maksuissa erot sekä ikäryhmien että tuloluokkien välillä ovat suuremmat (kuvio 4.22). Toisaalta kuvio heijastelee sitä, että maksut kasvavat tulojen myötä, mutta toisaalta myös sitä, että palveluiden käyttö on intensiivisempää pieni- ja keskituloisilla. (Ks. myös laajempi raportti asiakasmaksuista koko väestössä: THL 2018.)

²⁰ Koska asiakasmaksut on imputoitu aineistoon palveluiden käytön perusteella, emme tiedä todellisia asiakasmaksuja eli esimerkiksi sitä, että henkilö olisi vapautettu maksuista tai maksuja olisi alennettu. Myös kuntien välillä on eroja asiakasmaksuissa ja niitä ei ole otettu tässä huomioon terveyskeskusmaksuja lukuun ottamatta.

Kuvio 4.21.

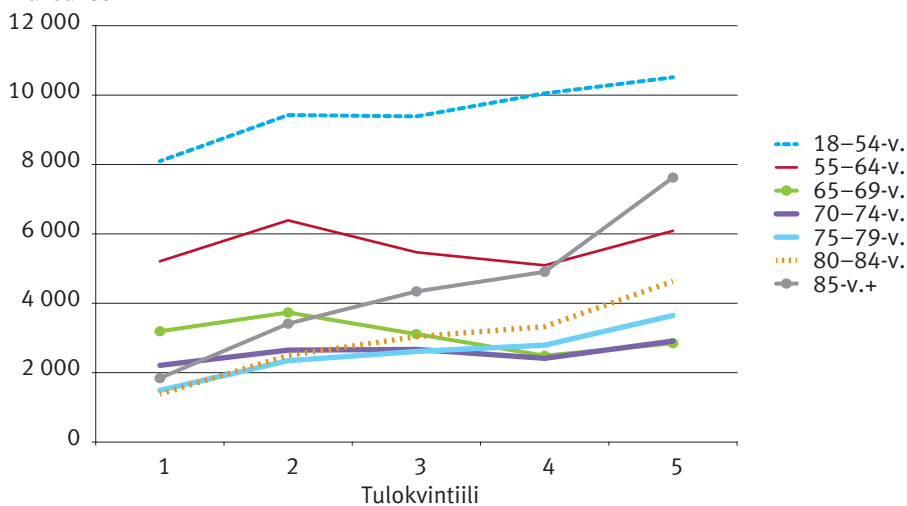
Eläkeläisten keskimäärin maksamat tasasuuruiset asiakasmaksut ikä- ja tuloluokittain vuoden 2015 aikana (vain ne, joilla ollut asiakasmaksuja) (euroa vuodessa).

Euroa (keskiarvo) / asiakasmaksuja
maksanut

**Kuvio 4.22.**

Eläkeläisten keskimäärin maksamat tulosidonnaiset asiakasmaksut ikä- ja tuloluokittain vuoden 2015 aikana (vain ne, joilla ollut asiakasmaksuja) (euroa vuodessa).

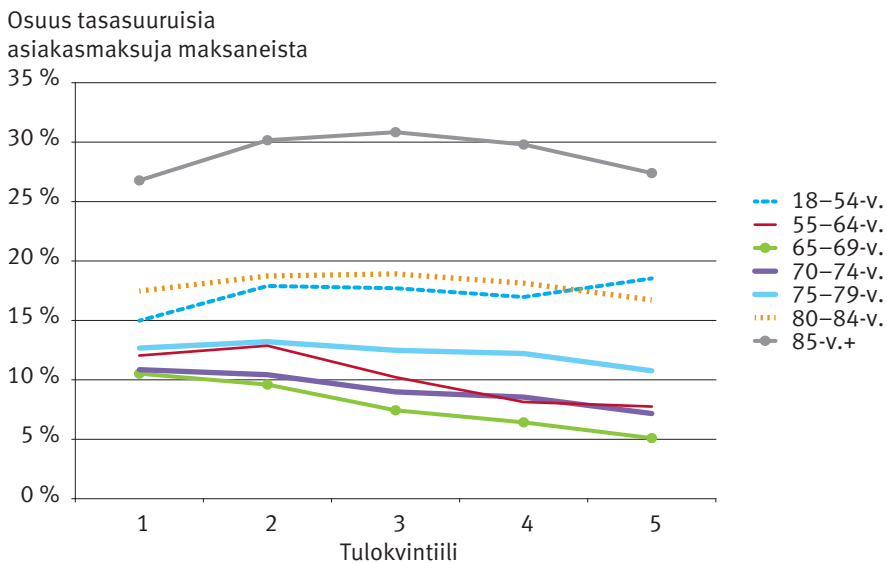
Euroa (keskiarvo) / asiakasmaksuja
maksanut



Kuviossa 4.23 on esitetty lisäksi niiden osuus, joilla maksukatto on täyttynyt vuoden 2015 aikana, eli jotka eivät ole tämän jälkeen enää maksaneet tasasuuruista asiakasmaksuja ylläpitokustannuksia lukuun ottamatta. Todennäköisesti tämä osuus on kasvanut vuoden 2016 aikana, kun tasasuuruista maksuja huomattavasti korotettiin, vaikka myös maksukatto nousi 679 eurosta 691 euroon. Maksukatto on täyttynyt yli neljänneksellä niistä yli 85-vuotiaista, jotka olivat maksaneet tasasuuruista maksuja, mutta muissa ikäryhmissä maksukatto on täyttynyt harvemmin. Etenkin 55–74-vuotiailla maksukaton täyttyminen on negatiivisesti yhteydessä tuloihin heijastellen kuviossa 4.21 esitettyjä keskimääräisiä tasasuuruista asiakasmaksuja.

Kuvio 4.23.

Osuus eläkeläisistä, joilla maksukatto (679 euroa) täyttynyt vuoden 2015 aikana (vain ne, jotka maksaneet tasasuuruista asiakasmaksuja).



Asiakasmaksujen ja muiden sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusten merkityksen arvioiminen vaatii yksilötasolla sitä, että tarkastellaan myös maksujen osuutta henkilön tuloista. Taulukossa 4.6 on esitetty se väestöosuus, jolla asiakasmaksujen sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuuosuuksien yhteenlaskettu osuus ylittää 40 prosenttia henkilön tuloista (analyysissä käytössä 70 prosentin otos väestöstä). Ylemmässä paneelissa on lisäksi esitetty sama asia ilman lääk-

keiden ja matkojen omavastuita, mikä vaikuttaa ennen kaikkea 80 vuotta täytäneiden tilanteeseen.

Yleensä katastrofaalisista kustannuksista puhutaan, kun terveydenhuollon menot ylittävät 40 prosenttia henkilön maksukyvyistä tai tuloista (tässä emme ole kuitenkaan voineet huomioida muita välttämättömiä menoja, jotka tällaisessa tarkastelussa tavallisesti otetaan huomioon). Suomalaisten kohdalla näin suuret maksut ovat harvinaisia, mutta tietyissä ryhmissä tämäkin raja ylittyy kohtalaisen usein kuten alla olevasta analyysistä näkyy. Pienituloiset 18–54-vuotiaat eläkeläiset ovat erityisen suuressa riskissä: lähes 17 prosentilla alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista maksut kohoavat yli 40 prosentin tuloista, toiseksi alimmassa tuloviidenneksessä osuus on 16 prosenttia ja ylimmässäkin tulo luokassa osuus on seitsemän prosenttia. Muissa ikäryhmissä suhteellisesti korkeat kustannukset ovat harvinaisempia yli 85-vuotiaita lukuunottamatta. Suuria maksuosuuksia selittää ennen kaikkea korkeat pitkäaikaishoidon asiakasmaksut, jotka voivat olla jopa 85 prosenttia henkilön tuloista. Jos kehitysvammaisten asumis- ja laitospalveluissa asuneet henkilöt jätetään pois analyysistä, niin niiden nuorten eläkeläisten osuus, joilla asiakasmaksut suhteessa tuloihin ylittävät 40 prosenttia, vähenee huomattavasti noin seitsemään prosenttiin ensimmäisessä ja toisessa tulokvintilissä. Toisin sanoen ikäryhmien väliset erot suurissa maksuissa kapenee, kun kehitysvammaiset jäävät tarkastelun ulkopuolelle.²¹

Lääkkeiden ja matkojen omavastuut rasittavat erityisesti 85 vuotta täyttäneitä. Heistä 7,1 prosentilla asiakasmaksut ylittävät 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista, mutta kun huomioidaan lisäksi lääkkeet ja matkat, osuus kasvaa 10,1 prosenttiin. Nuorimmassa ikäryhmässä lääkkeiden ja matkojen vaikutus katastrofaalisiin kustannuksiin on pieni: yli 40 prosentin tulo-osuuden ylittää 13,4 prosenttia ilman lääkkeitä ja matkoja ja 13,5 prosenttia niiden kanssa.

Tilastokeskuksen kulutustutkimusaineistoon perustuen on aiemmin havaittu, että terveyteen liittyvät menot muodostivat kuusi prosenttia eläkeläisten kokonaismenoista vuonna 2012 (Ahonen 2017, 134).

21 Kaikkia maksuttomia vammaisten ja kehitysvammaisten palveluita ei ole voitu huomioida analyysissä, eli vammaisten osalta asiakasmaksut voivat olla analyysissä todellisuutta suuremmat (toisaalta kaikkia näitä palveluita, esim. vammaisten päivätoiminta tai palveluasumiseen liittyvät erityispalvelut, ei löydy aineistostamme ollenkaan). Vammaispalveluiden asiakasmaksuja on esitelty THL:n Vammaispalvelujen käsikirjassa: <https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/palvelujen-jarjestamisprosessi/maksut> (viitattu 12.1.2018).

Taulukko 4.6.

Osuus, jolla sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuiden osuus tuloista ylittää 40 prosenttia ikä- ja tuloluokittain.

Osuus tuloista yli 40 % (ilman lääkkeitä ja matkoja)						
	1	2	3	4	5	Koko ikäryhmä
18–54 v.	16,7 %	15,9 %	10,6 %	8,7 %	6,4 %	13,5 %
55–64 v.	7,5 %	6,5 %	2,5 %	1,1 %	0,8 %	3,7 %
65–69 v.	2,9 %	1,9 %	0,7 %	0,3 %	0,2 %	0,9 %
70–74 v.	2,1 %	1,4 %	0,8 %	0,4 %	0,3 %	0,9 %
75–79 v.	1,9 %	2,0 %	1,4 %	1,2 %	0,8 %	1,5 %
80–84 v.	2,5 %	3,4 %	3,3 %	2,8 %	2,2 %	2,9 %
85 v.+	5,6 %	8,2 %	7,9 %	7,5 %	6,3 %	7,1 %
Osuus tuloista yli 40 % (lääkkeiden ja matkojen omavastuiden kanssa)						
	1	2	3	4	5	Koko ikäryhmä
18–54 v.	17,0 %	16,2 %	10,9 %	9,1 %	6,8 %	13,8 %
55–64 v.	7,9 %	6,8 %	2,6 %	1,2 %	0,7 %	3,8 %
65–69 v.	3,2 %	2,1 %	0,8 %	0,4 %	0,2 %	1,0 %
70–74 v.	2,4 %	2,0 %	1,0 %	0,6 %	0,3 %	1,1 %
75–79 v.	2,4 %	2,8 %	2,0 %	1,6 %	0,9 %	2,0 %
80–84 v.	3,6 %	5,4 %	4,8 %	3,6 %	2,5 %	4,2 %
85 v.+	8,0 %	12,5 %	11,8 %	9,7 %	7,4 %	10,1 %

Huom. Lääkkeiden omavastuiden enimmäismääräksi on asetettu 5 000 euroa ja matkojen omavastuiden enimmäismääräksi 272 euroa vuodessa. Yksityisten palveluiden omavastuita ei ole huomioitu laskelmassa ollenkaan. Henkilöt, joiden tulot olivat 0, on jätetty pois analyysistä.

4.8 Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannusten keskittyminen

Aiempi tutkimus on jo osoittanut, että sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannuksista suuri osa aiheutuu pienen ryhmän palveluiden käytöstä (Noro ym. 1999; Kapiainen ym. 2010). Tässäkin tutkimuksessa käytetyn aineiston perusteella nähdään, että kaikista yli 18-vuotiaan väestön kustannuksista 75 prosenttia kuluu eläkeläisten käyttämiin palveluihin (tässä ei kuitenkaan huomioida esim. työterveyshuoltoa, vaan ainoastaan kuvion 3.1 mukaiset palvelut). Toiseksi, vaikka lähes 90 prosenttia kaikista eläkeläisistä käyttää joitakin palveluita, niin kymmenen prosenttia heistä aiheuttaa 70 prosenttia kaikista kustannuksista (vastaavasti Kapiaisen ym. (2010) tulokset osoittavat, että pääkaupunki-

seudulla 80 prosenttia terveydenhuollon kustannuksista aiheutuu alle 10 prosentin palveluiden käytöstä). Kustannukset ovat siis erityisen keskittyneet pienelle ”kalliiden asiakkaiden” ryhmälle. Tässä ryhmässä keskimääräiset kustannukset ovat yli 50 000 euroa vuodessa.

Kun tätä kymmenen prosentin ryhmää, eli eniten palveluita käyttäneiden ryhmää, tarkastellaan lähemmin, niin nähdään, että 36 prosenttia heistä on yli 85-vuotiaita, vaikka heitä kaikista eläkeläisistä on vain 11 prosenttia (taulukko 4.7). Myös 18–54-vuotiaita kuuluu ryhmään kaksinkertainen määrä suhteessa osuuteen kaikista eläkeläisistä. Lisäksi kahteen pienituloisimpaan tuloviidenekseen kuuluvat ovat yliedustettuina ryhmässä.

Lähes puolet tästä ryhmästä oli käyttänyt vanhusten asumis- tai laitospalveluita, 22 prosenttia oli käyttänyt muita sosiaalihuollon asumis- tai laitospalveluita ja 55 prosenttia oli ollut vuodeosastohoidossa. Vastaavasti 80 prosenttia vanhusten asumis- ja laitospalveluita käyttäneistä, 78 prosenttia kehitysvammaisten asumis- ja laitospalveluita²² käyttäneistä ja jopa 95 prosenttia pitkäaikaisessa vuodeosastohoidossa (yli 90 päivää) olleista kuului kalleimpien asiakkaiden kymmenykseen. Koska monet kalliista potilaista oli asumis- tai laitospalveluiden piirissä, heistä 80 prosenttia oli yksin asuvia. Nuoremmissa ikäryhmissä kalliisiin potilaisiin/asiakkaisiin kuului huomattava määrä henkilöitä, jotka käyttivät psykoosilääkkeitä tai epilepsialääkkeitä (vastaavasti 41 ja 24 prosenttia 18–54-vuotiaista kalliista asiakkaista), kun taas iäkkäämmillä dementia oli yleistä (40 prosenttia 80–84-vuotiaista ja 41 prosenttia yli 85-vuotiaista kalliista asiakkaista).

Taulukko 4.7.

Kustannusten keskittyminen, kalleimmat kymmenen prosenttia ikä- ja tuloluokan mukaan.

	Osuus kalleimmas- ta 10 prosentista	Osuus kaikista eläkeläisistä		Osuus kalleimmas- ta 10 prosentista	Osuus kaikista eläkeläisistä
18–54 v.	11,6 %	6,3 %	1	26 %	20 %
55–64 v.	8,3 %	11,8 %	2	29 %	20 %
65–69 v.	8,2 %	25,5 %	3	22 %	20 %
70–74 v.	8,5 %	19,8 %	4	14 %	20 %
75–79 v.	11,7 %	15,0 %	5	9 %	20 %
80–84 v.	16,2 %	11,0 %			
85-v.+	35,6 %	10,6 %			

22 Pitää sisällään kehitysvammahuollon laitospalvelut sekä tuetun, autetun ja ohjatun asumisen.

Taulukossa 4.8 on lisäksi tarkasteltu, miten eri ikäryhmissä ja tuloluokissa henkilöt jakautuvat eri kustannusryhmiin (kustannuksiin sisältyy kaikki kuviossa 3.1 esitetyt palvelut). Alle 1 000 euron vuosikustannuksia on yli puolella eläkeläisistä, etenkin 55–74-vuotiaista ja ylimpään tuloluokkaan kuuluvista. Yli 5 000 euron kustannuksia on noin viidenneksellä eläkeläisistä, mutta yli 85-vuotiaiden ryhmässä jopa 49 prosentilla. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvista taas yli 25 prosentilla on yli 5 000 euron kustannukset, kun osuus on yli kymmenen prosenttiyksikköä pienempi ylimmässä tuloluokassa. Erittäin korkeisiin, eli yli 70 000 (50 000) euron, vuosikustannuksiin ylittää 1,2 (4,0) prosenttia eläkeläisistä, mutta jopa 4,3 (14,5) prosenttia yli 85-vuotiaista. Nämä tulokset osoittavat, että on tärkeää mennä keskiarvojen taakse.

Taulukko 4.8.

Kustannusryhmiin jakautuminen ikäryhmittäin ja tuloluokan mukaan.

	Alle 1 000 euroa	1 000– 4 999 euroa	5 000– 9 999 euroa	10 000– 19 999 euroa	20 000– 49 999 euroa	50 000– 69 999 euroa	Yli 70 000 euroa	Kaikki eläkeläi- set
18–54 v.	40,9 %	26,1 %	9,8 %	5,7 %	7,1 %	8,4 %	1,9 %	100,0 %
55–64 v.	58,9 %	24,4 %	6,3 %	3,6 %	3,3 %	2,8 %	0,7 %	100,0 %
65–69 v.	67,3 %	21,9 %	4,9 %	2,6 %	1,9 %	1,1 %	0,4 %	100,0 %
70–74 v.	59,7 %	26,2 %	6,1 %	3,5 %	2,5 %	1,4 %	0,5 %	100,0 %
75–79 v.	49,9 %	29,7 %	7,4 %	5,0 %	4,1 %	2,8 %	1,0 %	100,0 %
80–84 v.	40,0 %	30,2 %	8,4 %	6,9 %	7,0 %	5,7 %	1,8 %	100,0 %
85-v.+	27,1 %	23,9 %	8,6 %	8,6 %	13,0 %	14,5 %	4,3 %	100,0 %
1	50,0 %	24,8 %	7,2 %	5,5 %	6,3 %	4,5 %	1,7 %	100,0 %
2	47,5 %	26,0 %	7,2 %	5,3 %	5,9 %	6,4 %	1,7 %	100,0 %
3	51,7 %	26,2 %	6,8 %	4,6 %	4,6 %	4,9 %	1,2 %	100,0 %
4	56,1 %	26,3 %	6,6 %	4,1 %	3,5 %	2,6 %	0,8 %	100,0 %
5	60,9 %	24,8 %	6,0 %	3,4 %	2,7 %	1,6 %	0,5 %	100,0 %
Yhteensä	53,3 %	25,6 %	6,8 %	4,6 %	4,6 %	4,0 %	1,2 %	100,0 %

5 Keskustelu ja yhteenveto

Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin käytetään huomattavasti julkisia voimavaroja, jolloin kysymys niiden käytön jakautumisesta yhteiskunnassa on tärkeä. Kuka hyötyy ja kuinka paljon? Mitä tulokset kertovat mahdollisten muutosten vaikutuksista tulonjakoon ja ihmisten elintasoon eri ryhmissä? Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin yli 18-vuotiaiden eläkeläisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden käyttöä ja käytöstä aiheutuvien kustannusten jakautumista ikä- ja tuloluokittain sekä kustannusten keskittymistä vuonna 2015. Lisäksi analysoitiin asiakasmaksujen ja muiden omavastuuosuuksien kohdentumista.

Aineistona käytettiin laajaa koko Suomen väestön kattavaa rekisteriaineistoa (Kelan tietojen osalta 70 prosentin edustavaa otosta), joka sisälsi yksilötasolla kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut lukuun ottamatta sosiaalihuollon avopalveluita sekä Kelan tiedot lääkeostoista, matkakorvauksista ja yksityisten palveluiden käytöstä. Tämä kansainvälisestäikin poikkeuksellisen yksityiskohtainen aineisto antaa mahdollisuuden uudenlaiseen tarkasteluun ja tutkimustuloksiin, joita voidaan käyttää myös politiikkamuutosten vaikutustenarvioinnissa.

Ensinnäkin tulokset osoittavat, että pienituloisemmat eläkeläiset käyttävät julkisia palveluita huomattavasti muita enemmän. On kuitenkin huomioitava, että palveluiden välillä on suuria eroja niin ikä- kuin tuloluokittaisessa kohdentumisessa. Lisäksi palveluiden käyttöön liittyy paljon heterogeenisyyttä ryhmien sisällä, mikä on tärkeä huomata myös politiikkavaikutuksia pohdittaessa. Tulokset heijastavat kuitenkin pienituloisten eläkeläisten heikompaa terveydentilaa ja sitä, että he useammin asuvat yksin. Erityisesti korostuu nuorten eläkeläisten suuri palveluiden käyttö, mikä on luonnollisesti yhteydessä työkyvyttömyyden syihin. Tuloksista ei kuitenkaan voi päätellä, onko kaikki sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvät tarpeet riittävällä tavalla tyydytetty.

Toisaalta yleisempi ja intensiivisempi palveluiden käyttö tulonjaon alapäässä tarkoittaa, että myös asiakasmaksut ovat suuremmat pienituloisilla etenkin tuloihin suhteutettuna. Vaikka katastrofaaliset maksut ovat Suomessa yleisesti harvinaisia, tämän tutkimuksen tulokset kertovat, että osalla pienituloisista ja etenkin nuorista eläkeläisistä maksut ylittävät jopa 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista. Pitkäaikaisessa hoidossa olevilla tämä liittyy siihen, että asiakasmaksuja voidaan periä jopa 85 prosenttia henkilön tuloista. Kehitysvammaisten asumis- ja laitospalveluissa asuneiden korkeat asiakasmaksut suhteessa tuloihin selittävät suuren osan nuorten eläkeläisten suurista maksuista. Samal-

la on kuitenkin todettava, että intensiivisestä asumis- tai laitospalveluiden käytöstä aiheutuvat tuotantokustannukset ovat hyvin korkeat ja etenkin pienituloisen eläkkeestä voi asiakasmaksulla kattaa niistä vain pienen osan. Keskimäärin maksetut asiakasmaksut kattavat tuotantokustannuksista 12,7 prosenttia. Suhteessa henkilön käytettävissä oleviin tuloihin ja maksettuihin asiakasmaksuihin palveluiden arvo on merkittävä.

Kolmanneksi havaittiin, että lähes 90 prosenttia eläkeläisistä käyttää edes yhtä palvelua vuoden aikana, mutta noin 70 prosenttia kaikista tarkastelun alla olleista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden tuotantokustannuksista keskittyy kymmenelle prosentille palveluita käyttäneistä eläkeläisistä. Tässä ryhmässä kustannukset ovat keskimäärin 50 000 euroa vuodessa. Tähän eniten palveluita käyttävien ryhmään kuuluu paljon asumispalveluita käyttäviä tai laitoshoidossa olevia vanhuksia, mutta myös vakavasti sairaita nuorempia eläkeläisiä, jotka poikkeavat muutenkin monin tavoin muista eläkeläisistä. Toisaalta yli puolella eläkeläisistä kustannukset jäävät alle tuhannen euron vuodessa.

Tulonjaollisesta näkökulmasta voidaan ajatella, että palveluista saatavan hyödyn huomioiminen tasoittaa tuloeroja köyhimpien ja rikkaimpien eläkeläisten välillä. On kuitenkin muistettava, että palveluiden käyttö vastaa tiettyyn tarpeeseen, jota ei oteta huomioon tuloja mitattaessa. Jos siis palveluista saatava rahallinen hyöty halutaan lukea osaksi henkilön tai kotitalouden tuloja, voisi olla tarpeellista samalla muokata ekvivalenssiskaalaa niin, että se ottaa huomioon esimerkiksi sairaiden ja vammaisten erityistarpeet. Toisaalta voidaan ajatella, että julkisten palveluiden olemassaolo vapauttaa yksilön tuloja vaihtoehtoiseen kulutukseen, kun henkilön ei tarvitse esimerkiksi ostaa yksityistä hoiva- tai sairausvakuutusta tai palveluita markkinoilta. Pohdittavaksi tällöin jää, mikä olisi julkisten palveluiden sopiva rahallinen arvo, joka kuvastaisi käyttäjän saamaa hyötyä ja tulisi ottaa osaksi tulojen käsittelyä. Samalla voidaan ulottaa pohdinta siihen, kuka palveluista todella hyötyy: onko se palveluita suoraan käyttävä henkilö (kuten tässä tutkimuksessa on ajateltu), läheinen, joka vapautuu hoiva-velvoitteesta, vai kaikki järjestelmän kattavat henkilöt ylipäättään vakuutusperiaatteen mukaisesti? (Ks. laajempi keskustelu aiheesta: Vaalavuo 2011.)

Sosiaali- ja terveystalouden käyttöä ja kustannuksia tarkastelevassa tutkimuksessa on jo aiemmin huomattu tiettyjen palveluiden osalta, että ne näyttävät hyödyttävän pienituloisia enemmän. Samalla on tosin todettu, että käytön ja kustannusten suhteuttaminen tarpeeseen (etenkin yksin asuminen ja terveydentila) tuottaa erilaisen tuloksen, joka viittaisi eriarvoisuuteen (englanniksi "inequity") palveluiden käytössä (esim. van Doorslaer ym. 2000, terveystalouden

den käytöstä kymmenessä Euroopan maassa ja Yhdysvalloissa; Crespo-Cebada & Urbanos-Garrido 2012, iäkkäiden lääkärikäynneistä Espanjassa; Ilinca ym. 2017, kotihoidon käytöstä yhdeksässä Euroopan maassa). Tämän tutkimuksen perusteella ei voidakaan tehdä arvioita epäoikeudenmukaisuudesta tässä suhteessa, vaan analyysit on nähtävä kuvailuna palveluiden käytön jakautumisesta väestössä ilman normatiivista arviota siitä, mikä on palveluiden saavutettavuus, tarpeiden tyydyttämisen taso ja käytön jakautuminen suhteessa tarpeisiin. Tarpeiden huomioiminen jatkotutkimuksessa onkin tärkeä teema.

Tulevaisuudessa vastaavankaltainen tutkimus voisi keskittyä tulonjaollisen näkökulman lisäksi maantieteelliseen kustannusten jakautumiseen, mikä voisi olla relevanttia myös sote-uudistuksen myötä. Myös pitkittäisaineiston hyödyntäminen ja tarkasteluajanjakson pidentäminen toisivat innovatiivisen perspektiivin palveluiden käytön analyysiin ja pidemmän aikavälin tuloerojen seurantaan. Tarkastelujakson pidentäminen toisi esiin myös sen, että suurin osa henkilöistä käyttää palveluita monipuolisesti ja ainakin jossain vaiheessa elämäänsä. Aikasarjatarkastelu taas voisi kertoa politiikkamuutosten (esim. vanhusten hoidon painopisteen siirtyminen laitoshoidosta palveluasumiseen, kotihoitoon tai omaishoittoon tai muutokset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuissa) yhteydestä palveluiden käyttöön ja käytön jakautumiseen tuloluokittain. Jo nyt tämä tutkimus on kuitenkin poikkeuksellisen yksityiskohtainen ainutlaatuisen aineiston ansiosta. Aiemmassa tutkimuksessa ei ole samanaikaisesti tarkasteltu sekä palveluiden käyttöä että siitä aiheutuneita kustannuksia ja asiakasmaksuja.

LÄHTEET

- Aaltonen, K. & Ahola, E. & Martikainen, J. (2013) Toimeentulotuen käyttö terveys- ja lääkemenoihin Helsingissä 2008–2010. Teoksessa Ahola, E. & Hiilamo, H. (toim.) Köyhyyttä Helsingissä – Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. Kela: Helsinki.
- Aaltonen, K. & Miettinen, J. & Airio, I. & Martikainen, J. E. & Saastamoinen, L. K. & Bell, J. S. & Hartikainen, S. & Norris, P. (2015) Cost-related barriers to use of health services and prescription medicines in Finland: a cross-sectional survey. *European Journal of Public Health* 25(3): 368–372.
- Aaltonen, K. (2017) Affordability of medicines from the pharmaceutical system perspective. Comparative analysis of Finland and New Zealand. *Studies in social security and health*, 146. Kela: Helsinki.
- van Aerschot, L. (2014) Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Väitöskirja. Tampere University Press: Tampere.
- Ahonen, K. (2017) Eläkeläisten kulutus ja kulutuksen rakenne. Teoksessa Kuivalainen, S. & Rantala, J. & Ahonen, K. & Kuitto, K. & Palomäki, L.-M. (toim.) Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo 1995–2015. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 1/2017: Helsinki.
- Aguero-Torres, H. & von Strauss, E. & Viitanen, M. & Winblad, B. & Fratiglioni, L. (2001) Institutionalization in the elderly: The role of chronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology* 54: 795–810.
- Al-Windi, A. & Elmfeldt, D. & Svärdsudd, K. (2004) Determinants of drug utilisation in a Swedish municipality. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 13(2): 97–103.
- Andersen, R. & Newman, J.F. (1973) Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly: Health and Society* 51(1): 95–124.
- Andersen, R. (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36:1–10.
- Bartel A. & Taubman P. (1986) Some economic and demographic consequences of mental illness. *Journal of Labor Economics* 4(2): 243–256.

Blomgren, J. & Aaltonen, K. & Tervola, J. & Virta, L. (2015) Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Kelan tutkimus, Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 93/2015: Helsinki

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? Kelan tutkimus, työpapereita 121/2017: Helsinki.

Bönker, F. & Wollman, H. (1996) Incrementalism and reform waves: the case of social service reform in the Federal Republic of Germany. *Journal of European Public Policy* 3(3): 441–460.

Branch, L. G. & Jette, A. M. (1982) A Prospective study of long-term care institutionalization among the aged. *American Journal of Public Health* 72(12): 1373–1379.

Breeze, E. & Sloggett, A. & Fletcher, A. (1999) Socioeconomic and demographic predictors of mortality and institutional residence among middle aged and older people: results from the longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53: 765–774.

Costa-Font, J. & Kanavos, P. & Rovira, J. (2009) Determinants of out-of-pocket pharmaceutical expenditure and access to drugs in Catalonia. *Journal of Applied Economics* 39(5): 541–551.

Crespo-Cebada, E. & Urbanos-Garrido, R. M. (2012) Equity and equality in the use of GP services for elderly people: The Spanish case. *Health Policy* 104: 193–199.

van Doorslaer, E. & Wagstaff, A. & van der Burg, H. & Christiansen, T. & Citoni, G. & di Biase, R. & Gerdtham, U.-G. & Gerfin, M. & Gross, L. & Häkkinen, U. (1999) The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 18(1999): 291–313.

van Doorslaer, E. & Wagstaff, A. & van der Burg, H. & Christiansen, T. & de Graeve, D. & Duchesne, I. & Gerdtham, U.-G. & Gerfin, M. & Geurts, J. & Gross, L. (2000) Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 19(5): 553–583.

Goldman, N. & Koreman, S. & Weinstein, R. (1995) Marital Status and Health among the Elderly. *Social Science & Medicine* 40(12): 1717–1730.

Hancock, R. & Arthur, A. & Jagger, C. & Matthews, R. (2002) The Effect of older people's economic resources on care home entry under the United Kingdom's long-term care financing system. *The Journals of Gerontology: Series B* 57(5): 285–293.

Hieda, T. (2012) *Political Institutions and Elderly Care Policy. Comparative Politics of Long-Term Care in Advanced Democracies*. Palgrave MacMillan: New York.

Ilinca, S. & Rodrigues, R. & Schmidt, A. (2017) Fairness and eligibility to long-term care: an analysis of the factors driving inequality and inequity in the use of home care for older Europeans. *International Journal for Environmental Research and Public Health* 14(10): 1224.

Jette, A. M. & Branch, L. G. & Sleeper, L. A. & Feldman, H. & Sullivan, L. M. (1992) High-risk profiles for nursing home admission. *The Gerontologist* 32(5): 634–640.

Kapiainen, S. & Seppälä, T. T. & Häkkinen, U. & Lauharanta, J. & Roine, R. P. & Korppi-Tommola, M. (2010) Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. *THL Avauksia* 3/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Kapiainen, S. & Väisänen, A. & Haula, T. (2014) Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Karlsson, N. E. & Carstensen, J. M. & Gjesdal, S. & Alexanderson, K. A. E. (2008) Risk factors for disability pension in a population-based cohort of men and women on long-term sick-leave in Sweden. *European Journal of Public Health* 18(3): 224–231.

Kuivalainen, S. & Rantala, J. & Ahonen, K. & Kuitto, K. & Palomäki, L.-M. (2017) (toim.) *Eläkkeet ja eläkeläisten Toimeentulo 1995–2015*. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 01/2017: Helsinki.

Larsson, K. & Kåreholt, I. & Thorslund, M. (2014) Care utilisation in the last years of life in Sweden: the effects of gender and marital status differ by type of care. *European Journal of Ageing* 11: 349-359.

Le Grand, J. (1982) *Strategy of equality: redistribution and the social services*. Allen & Unwin: Lontoo.

Lehnert, T. & Heider, D. & Leicht, H. & Heinrich, S. & Corrieri, S. & Luppä, M. & Riedel-Heller, S. & König, H. H. (2011) Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. *Medical Care research and Review* 68: 387-420.

Leinonen, T. & Martikainen, P. & Lahelma, E. (2012) Interrelationships between education, occupational social class and income as determinants of disability pension. *Scandinavian Journal of Public Health* 40: 157–166.

de Looper M. & Lafortune G. (2009) *Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries*. Health working papers, nro. 43. OECD: Pariisi.

Luppa, M. & Luck, T. & Weyerer, S. & König, H. & Brahler, E. & Riedel-Heller, S. G. (2010) Prediction of institutionalization in the elderly. A Systematic review. *Age and Ageing* 39: 31–38.

Lynch, J. & Kaplan, G. (2000) Socioeconomic position. Teoksessa Berkman, L. F. & Kawachi, I. (toim.) *Social Epidemiology*. Oxford University Press: New York.

Mackenbach, J. P. & Strirbu, I. & Roskam, A. J. R. & Schaap, M. M. & Menvielle, G. & Leinsalu, M. & Kunst, A. E. (2008) Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *The New England Journal of Medicine* 358: 2468–2481.

Marical, F. & Mira d’Ercole, M. & Vaalavuo, M. & Verbist, G. (2006) Publicly-provided goods and the distribution of resources. Working paper for the Directorate for Employment, Labour and Social Affairs. OECD: Pariisi.

Martikainen, P. & Moustgaard, H. & Murphy, M. J. & Einiö, E. K. & Koskinen, S. & Martelin, T. & Noro, A. (2009) Gender, Living Arrangements and Social Circumstances as Determinants of Entry into and Exit from Long-Term Institutional Care at Older Ages: a Six Year Follow-Up Study of Older Finns. *The Gerontologist* 49(1): 34–45.

Marwaha S. & Johnson, S. (2004) Schizophrenia and employment. A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39: 337–349.

de Meijer, C. & Koopmanschap, M. & Bago d’Uva, T. & van Doorsaler, E. (2011) Determinants of long-term care spending: age, time to death or disability. *Journal of Health Economics* 30: 425–438.

Murphy, M. & Martikainen, P. (2013) Use of care services in relation to proximity to death among older people: Evidence from Finland. *Social Science & Medicine* 88 (2013): 39–47.

Mustard, C. & Finlayson, M. & Derksen, S. & Berthelot, J.-M. (1999) What determines the need for nursing home admission in a universally insured population? *Journal of Health Services Research & Policy* 4(4): 197–203.

Nihtilä, E. & Martikainen, P. (2007) Household income and other socio-economic determinants of long term institutional care among older adults in Finland. *Population Studies* 61(3): 299–314.

Nihtilä, E. & Martikainen, P. & Koskinen, S. & Reunanen, A. & Noro, A. & Häkkinen, U. (2008) Chronic conditions and the risk of long-term institutionalization among older people. *The European Journal of Public Health* 18(1): 77–84.

Noro, A. & Häkkinen, U. & Laitinen, O. J. (1999) Determinants of health service use and expenditure among the elderly Finnish population. *European Journal of Public Health* 9(3): 174–180.

- OECD (2011) Public long-term care financing arrangements in OECD countries. Teoksessa *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD: Pariisi: 213–245.
- Polvinen, A. (2016) Socioeconomic status and disability retirement in Finland. Causes, changes over time and mortality. Väitöskirja. Eläkerutvakeskuksen tutkimuksia 5/2016: Helsinki.
- Puthenparambil, J.M. & Kröger, T. (2016) Using private social care services in Finland: Free or forced choices for older people? *Journal of Social Services Research* 42 (2): 167–179.
- Rantala, J. (2017) Työkyvyttömyyseläkkeensaajien käytettävissä oleva tulo. Teoksessa Rantala, J. & Hietaniemi, M. & Nyman, H. & Laaksonen, M. & Kuivalainen, S. (toim.) *Työkyvyttömyyseläkkeensaajien eläketurva ja toimeentulo 2000-luvulla*. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 4/2017: Helsinki, 111–146.
- Robards, J. & Evandrou, M. & Falkingham, J. & Vlachantoni, A. (2012) Marital Status, Health and Mortality. *Maturitas* 73: 295–299.
- Rodrigues, R. & Huber, M. & Lamura, G. (2012) (toim.) *Facts and Figures on Healthy Ageing and Long-Term Care*. European Centre for Social Welfare Policy and Research: Wien.
- Rodrigues, R. & Ilinca, S. & Schmidt, A. E. (2017) Income-rich and wealth-poor? The impact of measures of socio-economic status in the analysis of the distribution of long-term care use among older people. *Health Economics*. Julkaistu verkkosivulla 12.10.2017 (“early view article”).
- Saastamoinen, L. K. & Verho, J. (2013) Drug expenditure of high-cost patients and their characteristics in Finland. *European Journal of Health Economics* 14: 495–502.
- Siegrist, J. & Marmot, M. (2006) *Social Inequalities in Health. New Evidence and Policy Implications*. Oxford University Press: Oxford.
- Sipilä, J. (1997) (toim.) *Social care services: the key to Scandinavian welfare model*. Avebury: Aldershot.
- Smeeding, T. M. & Saunders, P. & Coder, J. & Jenkins, S. & Fritzell, J. & Hagenars, A. J. M. & Hauser, R. & Wolfson, M. (1993) Poverty, inequality, and family living standards impacts across seven nations: the effect of noncash subsidies for health, education and housing. *Review of Income and Wealth. Series* 39(3): 229–256.
- Stoddart, H. & Whitley, E. & Harvey, I. & Sharp, D. (2002) What determines the use of home care services by elderly people? *Health & Social Care in the Community* 10(5): 348–360.

Szebehely, M. & Meagher, G. (2017) Nordic eldercare – weak universalism becoming weaker? *Journal of European Social Policy*. Julkaistu verkossa 10.12.2017.

THL (2017) Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2015. Tilastoraportti 26/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

THL (2018) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja. Raportti 30/2018. Valtioneuvoston kanslia: Helsinki.

Vaalavuo, M. (2011) Towards an improved measure of income inequality. The impact of public services on income distribution: an international comparison. PhD Thesis. European University Institute: Firenze.

Vaalavuo, M. (2013) The Redistributive impact of ‘Old’ and ‘New’ Social Spending. *Journal of Social Policy* 42(3): 513–539.

Vaalavuo, M. (2014) Tulonjako ja sosiaalipalvelut elinkaaren ääripäissä. Teoksessa Niemelä, M. (toim.) Eurooppalaiset elinolot. Kelan tutkimusosasto: Helsinki, 46–76.

Vaalavuo, M. (2016) The development of healthcare use among a cohort of Finnish social assistance clients: testing the social selection thesis. *Sociology of Health & Illness* 38(8): 1272–1286.

Vaalavuo, M. & Häkkinen, U. & Fredriksson, S. (2013) Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

WHO (2013) Review of Social Determinants and the Health Divide in the WHO European Region. Final Report. World Health Organization: Geneva.

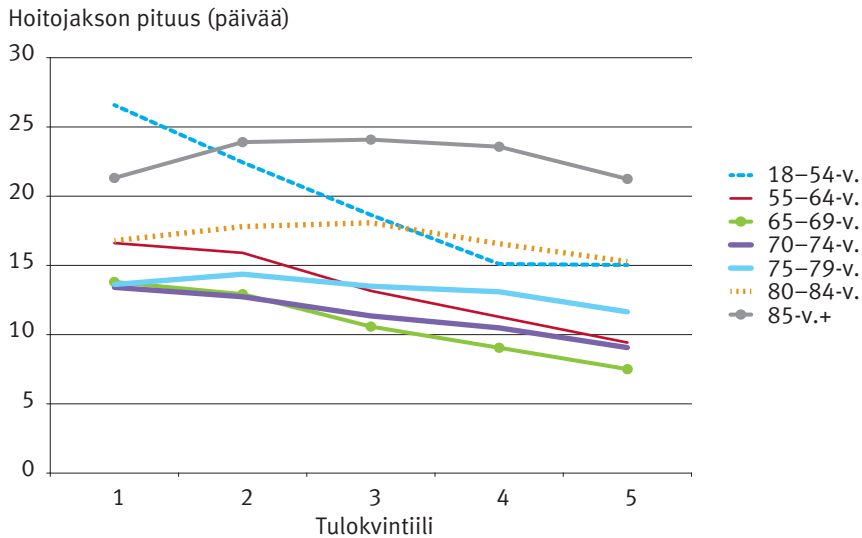
Verbist, G. & Förster, M. & Vaalavuo, M. (2012) The Impact of publicly provided services on the distribution of resources: review of new results and methods. OECD Social, Employment and Migration Working Papers No. 130. OECD: Pariisi.

Xu, K. & Evans, D. B. & Carrin, G. & Aguilar-Rivera, A.-M. (2005) Designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure. World Health Organization: Geneva.

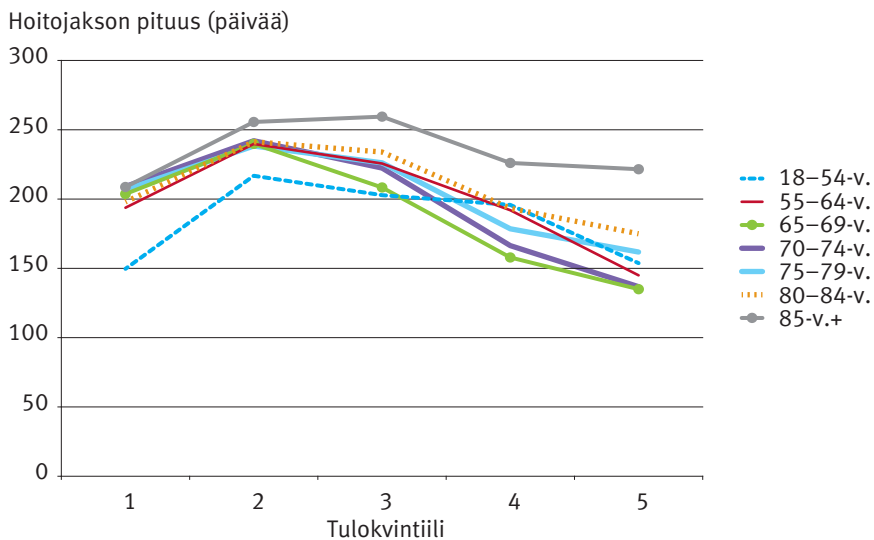
LIITTEET

Liitekuvio 1.

Vuodeosastohoidon keskimääräinen pituus ikä- ja tuloluokittain (vain ne, jotka olleet vuoden aikana vuodeosastohoidossa).

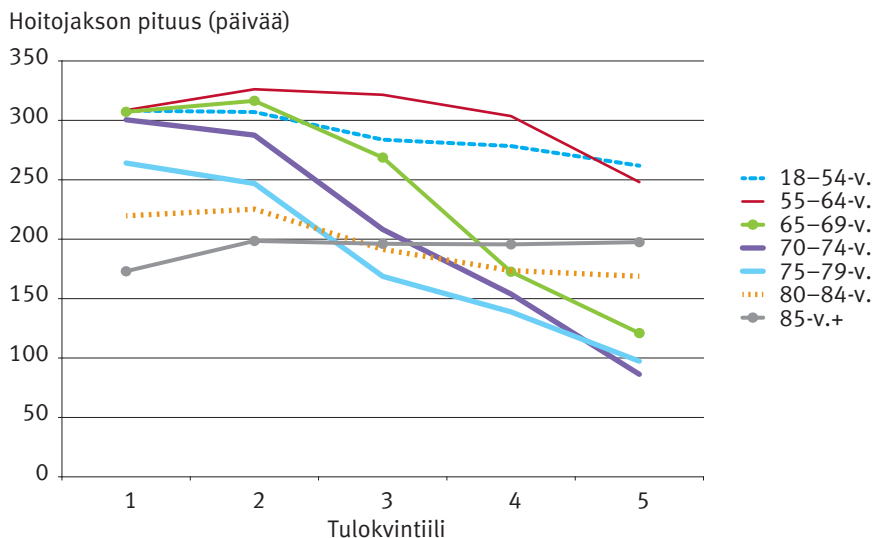
**Liitekuvio 2.**

Vanhusten asumispalvelu- tai laitoshoidon keskimääräinen pituus ikä- ja tuloluokittain (vain ne, jotka olleet vuoden aikana olleet asumispalvelussa tai laitoshoidossa).



Liitekuvio 3.

Muun sosiaalihuollon asumispalvelu- tai laitoshoidojakson keskimääräinen pituus ikä- ja tuloluokittain (vain ne, jotka olleet vuoden aikana olleet asumispalvelussa tai laitoshoidossa).

**Liitetaulukko 1.**

Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten palveluiden keskimääräiset kustannukset ikäryhmän ja sukupuolen mukaan palveluittain (euroa vuodessa).

	Perusterveydenhuolto		Erikoissairaanhoido		Vuodeosastohoito	
	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies
18-54 v.	656	477	1 924	1 389	2 252	2 291
55-64 v.	498	406	906	824	1 321	1 624
65-69 v.	401	354	595	649	900	1 236
70-74 v.	481	435	688	803	1 254	1 596
75-79 v.	562	520	739	901	1 777	2 152
80-84 v.	598	578	752	931	2 615	2 846
85-v.+	523	574	628	852	3 794	3 874
	Kotihoito		Vanhusten palvelut		Muu sosiaalihuolto	
	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies
18-54 v.	196	197	115	113	5 497	6 377
55-64 v.	248	327	296	332	1 344	1 656
65-69 v.	168	216	286	363	259	354
70-74 v.	296	300	615	621	166	226
75-79 v.	762	624	1 698	1 347	170	178
80-84 v.	1 811	1 208	3 763	2 741	272	211
85-v.+	4 009	2 742	9 969	6 344	598	544

Liitetaulukko 2.

Sosiaali- ja terveydenhuollon julkisten palveluiden mediaanikustannukset ikä- ja tulo-
luokittain (euroa vuodessa)

	1	2	3	4	5
18–54 v.	2 543	3 173	2 676	2 502	2 670
55–64 v.	1 179	1 237	934	806	739
65–69 v.	772	773	666	617	566
70–74 v.	918	931	852	821	735
75–79 v.	1 159	1 279	1 215	1 156	1 056
80–84 v.	1 621	1 983	1 965	1 776	1 583
85-v.+	3 366	7 791	9 488	5 601	4 192

Liitetaulukko 3.

Palveluiden käytön heterogeenisyys: alle kymmenen ja yli sata kertaa perusterveyden-
huollon tai kotihoidon palveluita käyttäneet (osuus kyseisiä palveluita käyttäneistä),
tuloluokittain.

	Perusterveydenhuolto		Kotihoito	
	1–9 käyntiä vuoden aikana	Yli 100 käyntiä vuoden aikana	1–9 käyntiä vuoden aikana	Yli 100 käyntiä vuoden aikana
1	59,0 %	0,6 %	39,2 %	29,9 %
2	57,1 %	0,5 %	42,5 %	30,9 %
3	59,6 %	0,4 %	47,2 %	27,6 %
4	62,2 %	0,3 %	52,0 %	22,8 %
5	68,7 %	0,2 %	56,2 %	19,4 %
Kaikki palvelua käyttäneet	61,3 %	0,4 %	45,4 %	27,5 %



ELÄKETURVAKESKUKSEN
TUTKIMUKSIA

Sosiaali- ja terveystalvaeluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle

Tutkimuksessa tarkasteltiin rekisteriaineiston avulla eläkeläisten sosiaali- ja terveystalvaeluiden käyttöä Suomessa vuonna 2015. Julkiset talvaelut tukevat ihmisten hyvinvointia monilla tavoin ja voidaan ajatella, että ne ovat osa tulojen uudelleenjaon järjestelmää. Toisaalta talvaeluiden käytöstä aiheutuvat asiakasmaksut ja muut terveydenhoitoon liittyvät kustannukset yksilölle voivat muuttua taloudelliseksi taakaksi etenkin pienituloisille sairaille.

ELÄKETURVAKESKUKSEN TUTKIMUKSIA

Eläketurvakeskus on lakisäätöinen työeläketurvan kehittäjä, asiantuntija ja yhteisten talvaelujen tuottaja. Tutkimuksia-sarjassa julkaistaan tutkimuksellisista lähtökohdista tehtyjä ja tieteelliset kriteerit täyttäviä tutkimuksia eläketurvaan ja eläkejärjestelmiin liittyvistä aiheista.



Eläketurvakeskus
PENSIONSSKYDDSCENTRALEN