

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

Asiakasmaksuasetuksen vuoden 2025 muutosten kohdentuminen

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on laatinut tämän vaikutusarvion sosiaali- ja terveysministeriön pyynnöstä vuodelle 2025 esitettyjen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksumuutosten valmistelua varten.

Muutos

Hallitus tavoittelee asiakasmaksujen korotuksilla 150 miljoonan euron säästöjä julkistalouteen. Säästö on päätetty toteuttaa korottamalla asiakasmaksuasetuksessa mainittuja terveydenhuollon tasasuuruisia maksuja seuraavasti:

- 45 % korotus: poliklinikkakäynti, päiväkirurgia, sarjahoito, fysioterapia.
- 22,5 % korotus: terveyskeskuksen lääkärikäynti, suun terveydenhuolto, lyhytaikainen laitoshoido, tilapäinen kotisairaanhoido, päivä- ja yöhoito, kuntoutuslaitoshoido.

Ei muutosta: maksukatto, lyhytaikaisen laitoshoidon maksu katon täyttymisen jälkeen.

Vaikutusarvion menetelmästä ja aineistosta

Vaikutusarvio on tehty SOTE-SISU-simulointimallilla (esim. Tervola ym. 2020; Aaltonen ym. 2023). Laskelmissa asiakasmaksut on arvioitu THL:n hoitoilmoitusrekistereihin (HILMO) kirjattuihin palvelujen käyntitietojen perusteella, koska yksilötason rekisteritietoa koko Suomessa maksetuista asiakasmaksuista ei ole saatavilla. HILMO-tiedot perustuvat terveydenhuollon henkilöstön manuaalisiin kirjauksiin ja niissä on aika ajoin puutteita.

Mallissa palvelujen käyttötiedot ovat melko vanhat, vuodelta 2017. Vuoden 2017 jälkeen terveydenhuollon palvelukäytössä on tapahtunut paljon muutoksia, joista osa on väliaikaisia koronapandemiasta johtuvia

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

muutoksia ja osa pysyvämpiä pitempiaikaisista trendeistä johtuvia muutoksia (mm. ikääntyminen, etäpalvelujen yleistyminen). Näitä vaikutuksia on vaikea erottaa toisistaan. HILMO-tietojen perusteella erikoissairaanhoidon laitoshoitajaksot ovat vähentyneet 18 prosenttia ja avohoitokäynnit yleistyneet 15 prosenttia vuosina 2017–2022. Perusterveydenhuollon lääkärikäynnit ovat vähentyneet 28 prosenttia. Perusterveydenhuollon luvut ovat kuitenkin jossain määrin epäluotettavia, sillä pääkaupunkiseudun kuntien tiedontoimituksissa on havaittu puutteita vuodesta 2021 lähtien. Näissä laskelmissa on käytetty tietopohjana vuoden 2017 tilannetta, joka antaa osaltaan vanhentuneen kuvan, mutta uudempien tietojen käytössä olisi omat vääristyneisyytensä esimerkiksi koronapandemiasta johtuen.

Laskelma perustuu maksujen lakisääteisiin enimmäismääriin, joten arvioidut vaikutukset ovat siltä osin hieman yliarvioituja. Tiedetään kuitenkin, että hyvin harva alue enää poikkeaa enimmäismääristä, joten aluetasojen huomioiminen muuttaisi vaikutusarviota vain hyvin vähän. Ainoat merkittävät poikkeamat ovat, ettei Helsinki peri terveystieteiden lääkärikäyntimaksua eikä HUS peri maksua lyhytaikaisesta psykiatrisesta laitoshoidosta.

Maksukatto on otettu laskelmassa huomioon laskennallisesti. Todellisuudessa maksukaton seuraaminen on asiakkaan vastuulla, ja on todennäköistä, että osa asiakkaista ei havaitse maksukaton täyttymistään ja maksaa täydet maksut myös maksukaton täyttymisen jälkeen. Siltä osin laskelma voi aliarvioida vaikutuksia.

Viimeaikaisten tutkimusten perusteella tiedetään, että varsinkin perusterveydenhuollossa asiakasmaksutaso voi vaikuttaa palvelujen käyttöön. Haagan ym. (2023; 2024) tutkimuksista johdettujen hintajoustojen perusteella 10 prosentin maksunkorotus terveystieteidenlääkärin käyntimaksuun vähentäisi palvelun käyttöä arviolta 2,6–2,7 prosenttia. Tämä tarkoittaisi, että nyt toteutettava 22,5 prosentin maksunkorotus vähentäisi terveystieteidenlääkärikäyntejä 5,9–6,1 prosenttia. Tutkimustieto ei kuitenkaan kerro tarkemmin, mitä vaikutuksia näillä käymättä jääneillä käynneillä olisi. Jos asiakkaiden

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

terveysongelmat eivät niistä pahene, ne tuottavat suoraa säästöä julkistaloudelle. Jos kuitenkin asiakkaiden terveysongelmien hoito lykkääntyy maksujen takia, on mahdollista, että terveysongelmat pahentuvat ja sairauksien hoito tulee entistä kalliimmaksi myöhemmässä vaiheessa. Mm. näiden epävarmuuksien vuoksi näitä käyttäytymisvaikutuksia ei huomioida tässä laskelmassa.

Yleistä maksujen kohdentumisesta

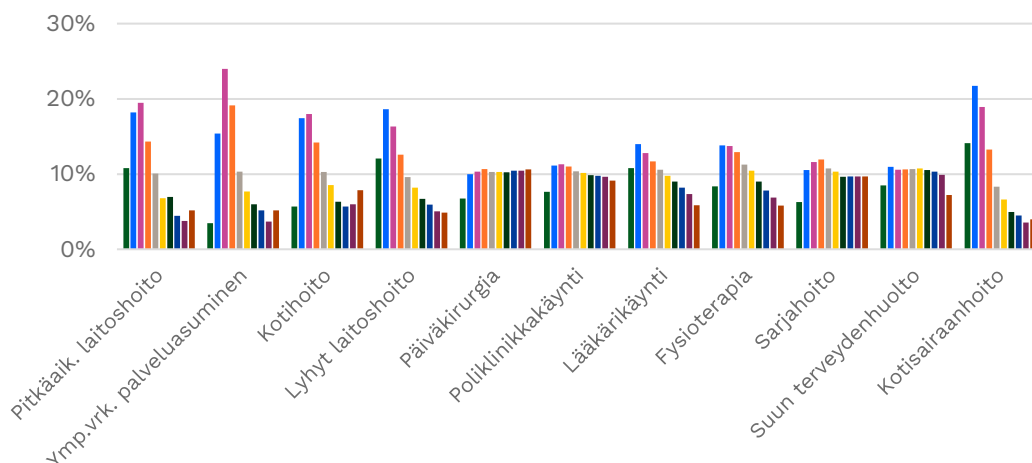
Terveyspalvelujen tarve on yhteydessä sosioekonomiseen taustaan. Yleisesti terveyspalvelujen tarve on suurempi työvoiman ulkopuolella (työttömät, työkyvyttömät, vanhuuseläkeläiset) kuin työntekijöillä. Lisäksi työntekijät ovat yleisesti työterveyspalvelujen piirissä, joista ei makseta asiakasmaksuja. Hyvätuloiset henkilöt käyttävät muita useammin yksityisiä palveluja. Kaikista näistä syistä johtuen julkisten terveyspalvelujen asiakasmaksut kohdistuvat yleisemmin pienituloisille kuin suurituloisille kotitalouksille.

Kohdentumisessa on kuitenkin eroja palvelutyyppin mukaan. Alla olevasta kuviosta nähdään, että tulosidonnaisten maksujen kertymät (pitkäaikainen laitoshoido, ympärivuorokautinen palveluasuminen, kotihoito) tulevat pääosin pienituloisilta talouksilta. Tämä johtuu asiakkaiden tulojakaumasta. Maksu itsessään on lievästi progressiivinen eli suurituloisiin painottuva, koska maksuissa on vähimmäiskäyttövara/suojaosa suojaamassa kaikkein pienituloisimpia asiakkaita.

Jos keskitytään tarkastelemaan tasasuuruisia maksuja, nähdään että erityisesti perusterveydenhuollon ja laitoshoidon maksut (ja asiakkaat) painottuvat pienituloisiin kotitalouksiin. Sen sijaan erikoissairaanhoidon ja suun terveydenhuollon maksut painottuvat melko tasaisesti kaikkien tulokymmenyksien kotitalouksiin. Nyt maksuja on päätetty kohdistaa erityisesti erikoissairaanhoidon osittain juuri tästä syystä.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024



Kuvio 1. Maksukertymien jakautuminen kotitalouden tulokymmenyksen mukaan. Arvio SOTE-SISU-mallilla vuoden 2017 väestön ja palvelukäytön sekä vuoden 2024 lainsäädännön mukaan.

Vaikutusarviot

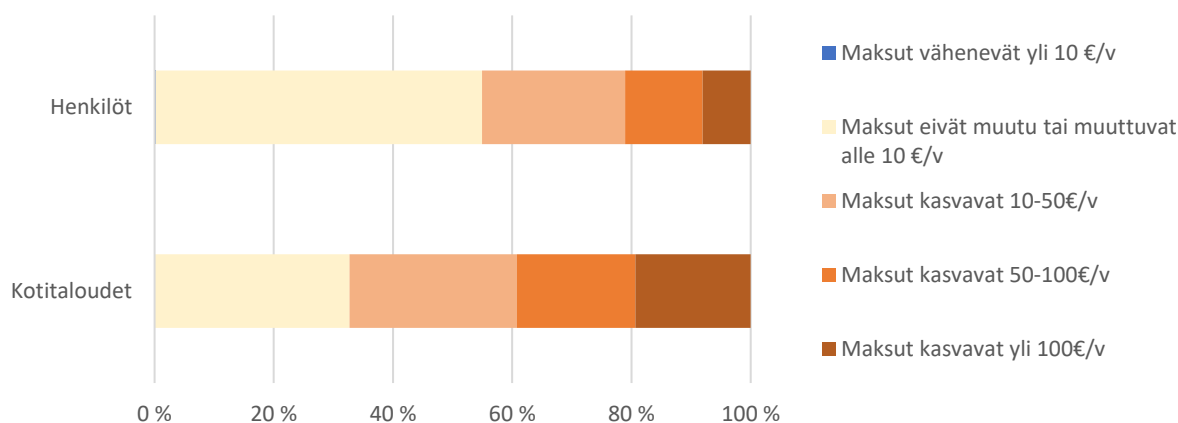
Seuraavassa on esitetty arvioituja maksumuutoksia henkilötasolla vuoden aikana euroissa mitattuna. Vuoden 2017 palvelukäytön perusteella asiakasmaksujen korotukset koskettavat 53 prosenttia Suomen väestöstä eli noin 2,9 miljoonaa henkilöä. Seuraavissa analyyseissa on kuitenkin rajattu kaikkein pienimmät alle 10 euron vuosimuutokset pois tarkastelusta. Esimerkiksi jos henkilöllä on vuoden aikana vain yksi lääkärikäynti terveyskeskuksessa, vaikuttaa korotukset häneen vain 5,20 euroa.

Kun rajataan kaikkein pienimmät muutokset pois, asiakasmaksujen korotukset koskettavat 45 prosenttia Suomen väestöstä eli noin 2,5 miljoonaa henkilöä. Henkilöillä, joilla asiakasmaksut muuttuvat vähintään 10 euroa vuodessa, keskimääräinen maksukertymän muutos on +59 euroa vuodessa (mediaani +46 €/v). Valtaosalla niistä, joilla maksut muuttuvat yli 10 euroa, maksumuutos on alle 50 euroa vuodessa. Noin kahdeksalla prosentilla väestöstä maksut muuttuvat yli 100 euroa vuodessa. Teoreettinen maksimi maksukorotukselle on 225 euroa vuodessa henkilöä kohden (maksimimuutos on 45 prosentin

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

maksukorotus, jolla saavutetaan maksukaton taso eli 762 euroa). Hyvin pienellä joukolla (0,4 % väestöstä) muutos on yli 200 euroa vuodessa. Joissain harvinaisissa tapauksissa henkilön maksut voivat myös pienentyä (0,2 % väestöstä). Nämä tilanteet syntyvät, kun vanhempi ja lapset kerryttävät samaa kattoa ja toisen maksujen kasvu täyttää katon, jolloin toisen maksut pienentyvät tai poistuvat. Kotitaloustasolla kenenkään maksut eivät kuitenkaan pienene. Maksukorotukset koskettavat arviolta 67 prosenttia Suomen kotitalouksista.

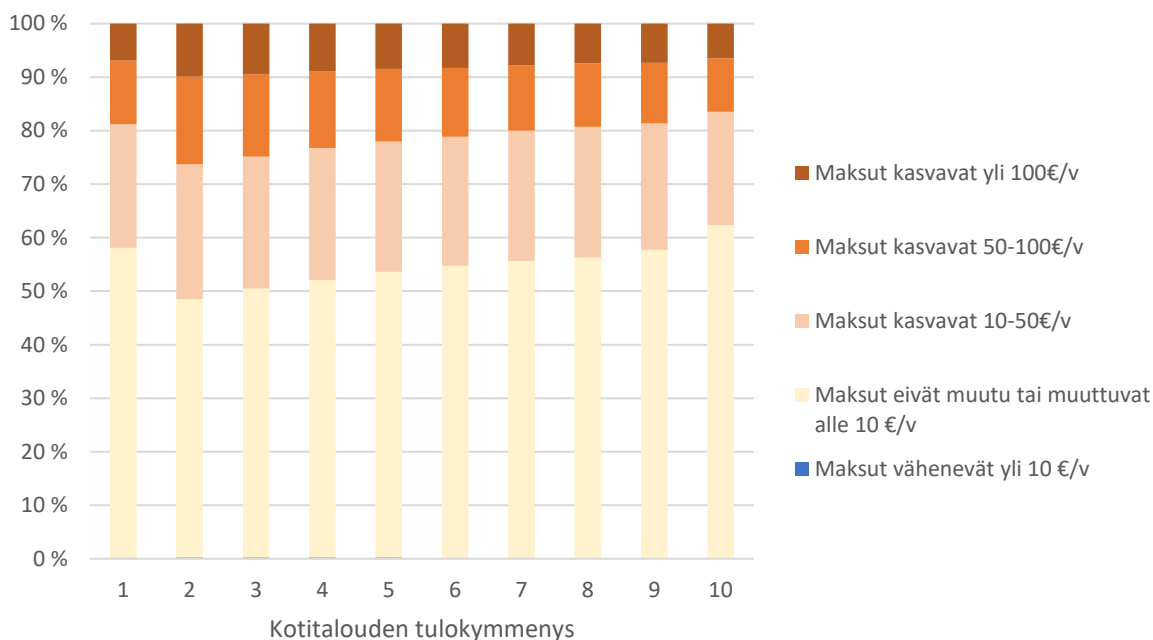


Kuvio 2. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset henkilöittäin ja kotitalouksittain.

Vaikutukset koskettavat kotitalouksia tulojakauman eri päissä melko tasaisesti, mutta hieman yleisemmin pienituloisten kuin suurituloisten kotitalouksien jäseniä. Eniten vaikutukset kohdistuvat toiseksi alimpaan tulokymmenykseen. On hyvä huomioda, että tässä muutoksia on analysoitu euromääräisesti. Suhteessa kotitalouden maksukykyyn (esim. tuloihin) muutokset kohdentuvat voimakkaammin tulojakauman alapäähän.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

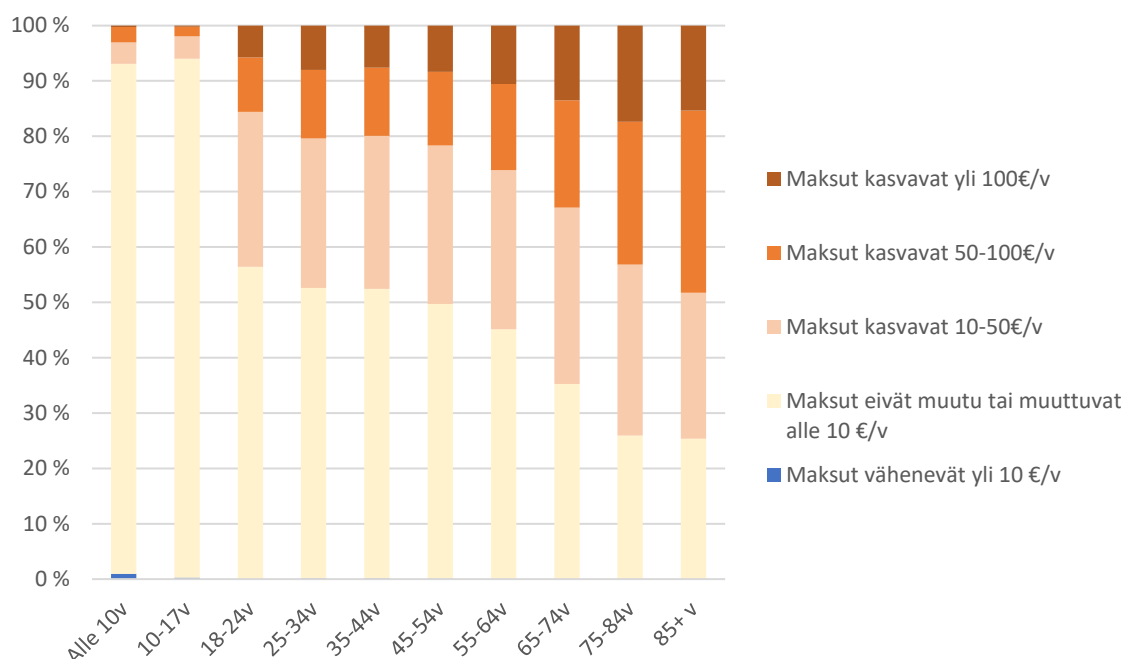


Kuvio 3. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset kotitalouden tulokymmenyksen mukaan.

Ikääntyneet käyttävät terveyspalveluita useammin kuin työikäiset tai lapset, koska iän myötä terveysongelmia ilmenee enemmän. Mitä vanhempi henkilö on, sitä todennäköisempää on, että maksujen korotukset myös vaikuttavat häneen. Alaikäiset ovat vapautettuja monista maksuista, joten muutokset vaikuttavat vain seitsemään prosenttiin alaikäisistä. Sen sijaan muutokset koskettavat arviolta 74:ää prosenttia yli 85-vuotiaista.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

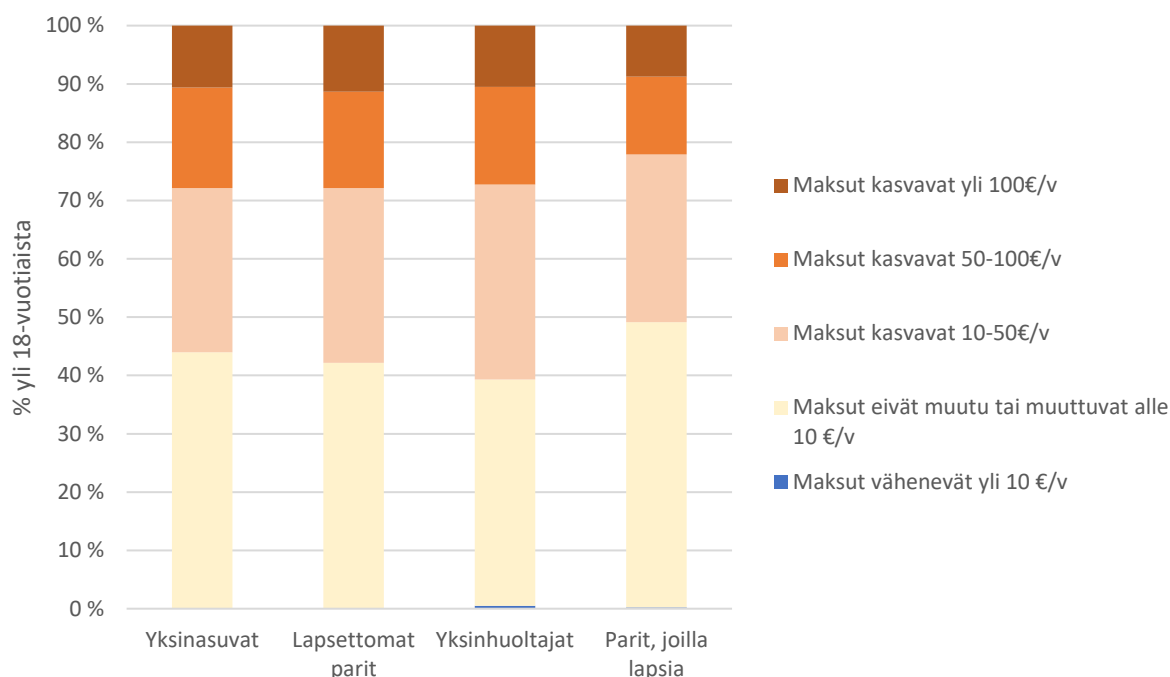


Kuvio 4. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset ikäryhmittäin.

Eri kotitaloustyypeissä elävistä yli 18-vuotiaista muutokset kohdentuvat erityisesti yksinhuoltajiin (61 %), lapsettomiin pariskuntiin (58 %) ja yksinasuviin (56 %). Vähiten muutokset kohdistuvat pariskuntiin, joilla on lapsia (51 %). Erot heijastanevat kotitaloustyyppäisiä eroja sairastavuudessa, tulotasossa ja iässä.

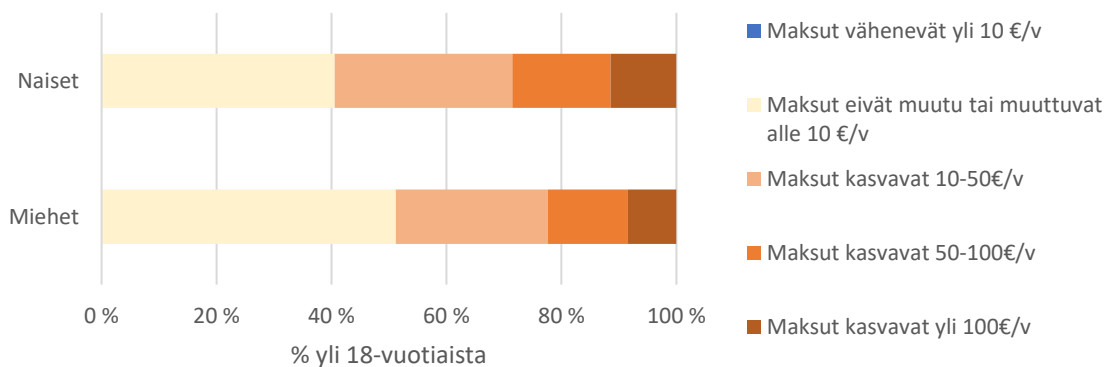
Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024



Kuvio 5. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset erilaisissa kotitalouksissa.

Ikäjakama on yksi (mutta ei ainoa) syy, miksi muutokset kohdistuvat enemmän naisiin. Korotukset koskettavat arviolta 60 prosenttia yli 18-vuotiaista naisista ja 49 prosenttia yli 18-vuotiaista miehistä. Myös isot korotukset ovat tyypillisempiä naisilla: 11 prosenttia naisista ja kahdeksan prosenttia miehistä kokevat yli 100 euron vuosimuutoksen.

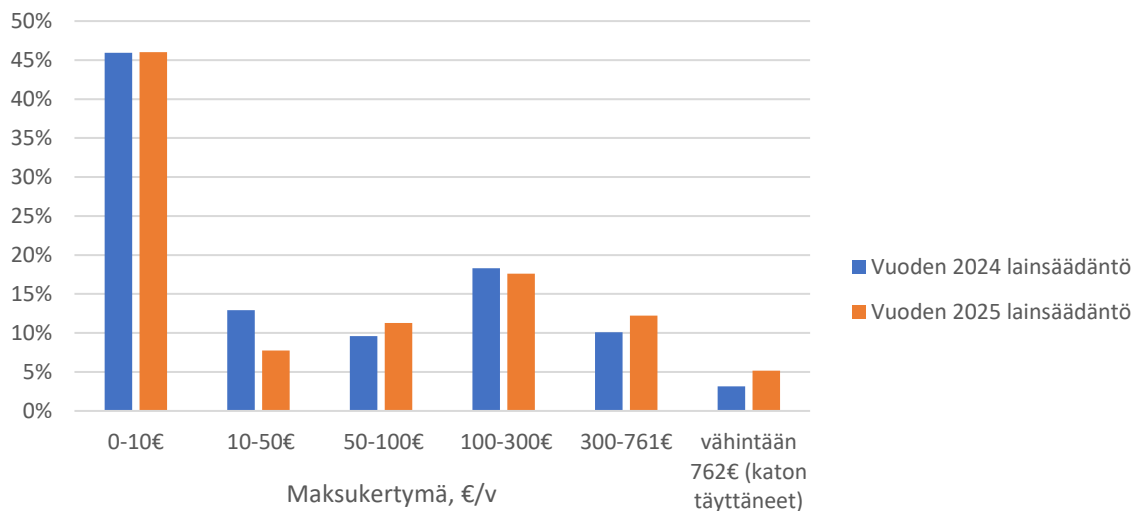


Kuvio 6. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset naisille ja miehille.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

Alla olevassa kuviossa on kuvattu vuodenaikaisten maksukertymien jakaumaa ja maksukorotusten aiheuttamaa muutosta. Jakaumassa on huomioitu vain tasasuuruiset terveyspalvelujen maksut, jotka kerryttävät maksukattoa. Kun ei oteta huomioon 0–10 euron maksukertymiä, kaikkein yleisin maksukertymä vuoden aikana on 100–300 euroa. Tämän joukon koko pysyy melko samana myös maksukorotusten jälkeen, mutta luokkien välillä tapahtuu muutoksia. Maksukorotusten takia pieniä 10–50 euron maksukertymiä on jatkossa enää vain harvalla. Aiemmin arviolta 3,6 prosentilla väestöstä (5,0 % asiakkaista) on ollut käyntejä, joista ei ole peritty maksuja tai on peritty pienempiä maksuja maksukaton täyttymisen takia. Korotusten jälkeen näitä henkilöitä on 5,8 prosenttia väestöstä (7,9 % asiakkaista). Kaiken kaikkiaan katon ylittäneiden henkilöiden määrä kasvaa korotusten myötä siis noin 58 prosenttia.



Kuvio 7. Vuodenaikaisten maksukertymien jakauma ja maksukorotusten aiheuttama muutos.

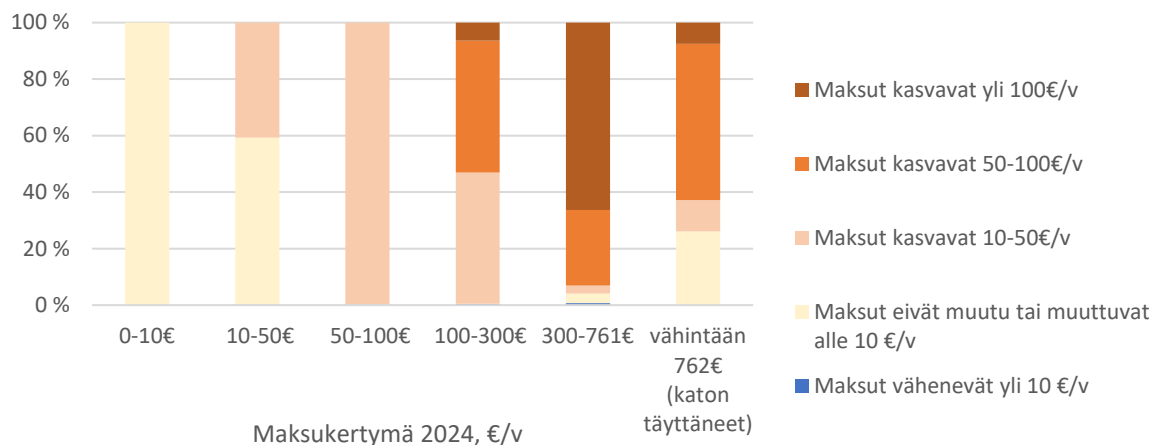
Maksut kasvavat sitä enemmän mitä suurempi on ollut aiempi maksukertymä. Poikkeuksena on kuitenkin maksukaton täyttäneet, joilla maksut kasvavat tyypillisesti vähemmän kuin niillä, joiden maksukertymä ennen muutoksia on 300–761 euroa vuodessa.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

Mielenkiintoista on, että edes maksukatto ei suojaa maksukorotuksilta, vaan maksut kasvavat arviolta myös 74 prosentilla maksukaton ylittäneistä. Tämä johtuu siitä, että valtaosalla maksukaton ylittäneistä on laitoshoitajaksoja, joista peritään maksu vielä maksukaton jälkeen. (Vain lyhytaikaisesta laitoshoidosta peritään tasasuuruinen maksu. Laitushoitajakso on määritelty lyhytaikaiseksi lainmukaisesti ensimmäisen kolmen kuukauden ajalta. Jos laitushoitajaksolle on päätös pitkäaikaishoidosta, niin se on määritelty pitkäaikaiseksi heti jakson alusta.)

Korotusten myötä maksukatto täyttyy aiemmin, joten useammasta laitushoitopäivästä peritään maksu maksukaton täyttymisen jälkeen.

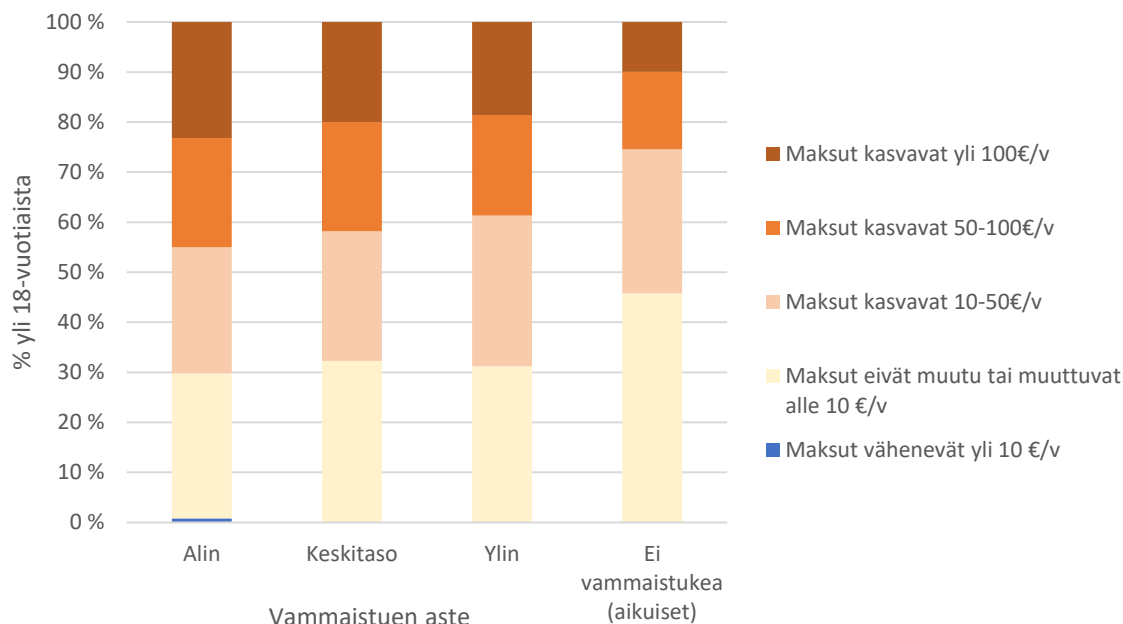


Kuvio 8. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset vuoden 2024 maksukertymän mukaan.

Muutokset kohdistuvat terveyspalvelujen tarpeen mukaan. Tämä näkyy myös siinä, että muutos kohdistuu esimerkiksi enemmän vammaistuen saajiin (69 % henkilöistä) kuin muihin (54 %). Muutokset kuitenkin näyttävät kohdetuvan melko tasaisesti riippumatta saadun vammaistuen asteesta. Alaikäiset ovat vapautettu valtaosasta maksuja, minkä takia alla olevassa kuviossa on rajauduttu yli 18-vuotiaisiin.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024

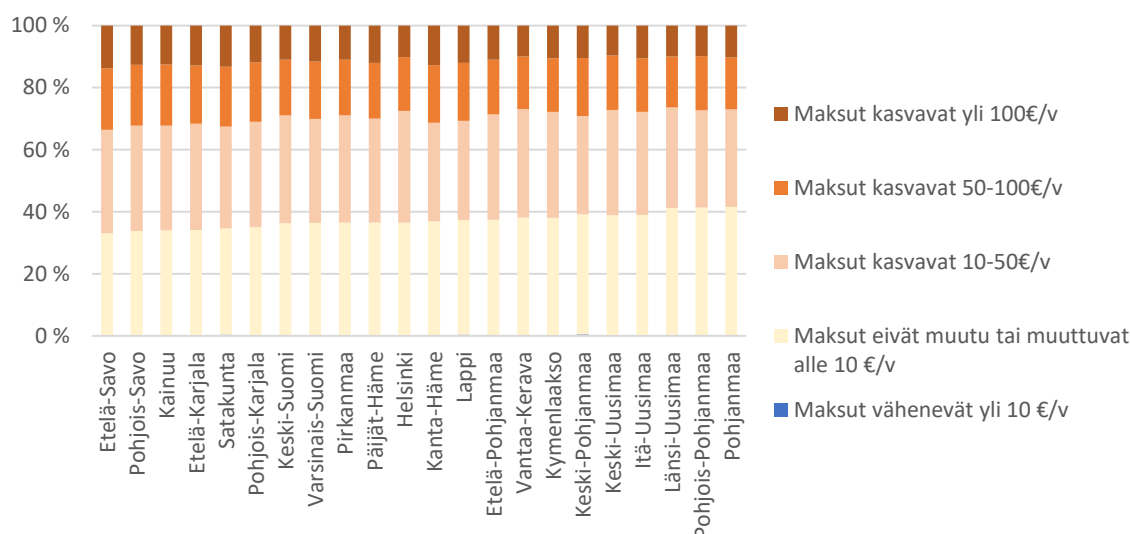


Kuvio 9. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset vammaistuen asteen mukaan.

Vaikutukset kohdistuvat melko tasaisesti eri hyvinvointialueiden asukkaisiin, mutta eroja tulee jonkin verran esimerkiksi ikärakenteen vaihtelun takia. Maksukorotukset koskettavat väestöä yleisemmin Etelä-Savossa, jossa 67 prosenttia väestöstä on maksumuutosten piirissä. Pohjanmaan hyvinvointialueella vaikutukset kohdistuvat pienimpään joukkoon, 59 prosenttiin väestöstä. On muistettava, että tässäkin kuviossa on oletettu hyvinvointialueiden keräävän asiakasmaksuja enimmäismäärien mukaan. Kuvio ei siis huomioi mahdollisia eroja maksutasoissa.

Jussi Tervola ja
Joonas Ollonqvist

17.6.2024



Kuvio 10. Maksumuutosten arvioidut vaikutukset hyvinvointialueittain.

Lähteet

Aaltonen K, Tervola J, Heino P (2023). Analysing the effects of healthcare payment policies in conjunction with tax-benefit policies: A microsimulation study with real-world healthcare data. *International Journal of Microsimulation* 16(1): 89–107.

Haaga T, Böckerman P, Kortelainen M, Tukiainen J (2024). Does abolishing a copayment increase doctor visits? A comparative case study. *The B.E. Journal of Economic Analysis & Policy*, 24(1):187–204.

Haaga T, Böckerman P, Kortelainen M, Tukiainen, J (2023). Do Adolescents from Low-Income Families Respond More to Cost-Sharing in Primary Care? OSF working paper <https://osf.io/r83sg>.

Tervola J, Aaltonen K, Heino P, Kajantie M, Heini K, Ollonqvist J (2020). Kotitalouksien terveystennojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa. *INVEST Working Papers* 1/2020.

[Puuttuvat Avohilmo-tiedot palveluntuottajittain, thl.fi](https://thl.fi)