

Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa

Jan Klavus

VTT, tutkimuspäällikkö

Stakes, Terveystaloustieteen keskus – CHESS

Jutta Järvelin

LL, MSc, tutkija

Stakes, Terveystaloustieteen keskus – CHESS

Markku Pekurinen

PhD, ryhmäpäällikkö

Stakes, Terveystaloustieteen keskus – CHESS

Hennamari Mikkola

KTT, erikoistutkija

Stakes, Terveystaloustieteen keskus – CHESS

1. Taustaa

Terveyspalvelujen käyttäjiltä perittävillä asiakasmaksuilla on kaksi keskeistä tavoitetta: maksutulojen kerääminen ja palvelujen käytön ohjaaminen. Maksujen vaikutus riippuu palvelujen hinnan ja käytön välisestä yhteydestä. Jos hinta ei vaikuta palvelujen käyttömäärään, eli palvelujen kysyntä on joustamatonta, asiakasmaksuja nostamalla voidaan periaatteessa kerätä runsaasti maksutuloja, mutta ei vaikuttaa palvelujen käytöstä aiheutuviin kustannuksiin. Jos taas asiakasmaksujen taso vaikuttaa merkittävästi palvelujen käyttöön, maksuilla saavutettavat maksukertymät jäävät vähäisiksi.

Asiakasmaksujen ohjaustavoite voi liittyä pyrkimykseen rajoittaa palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia tai pyrkimykseen ohja-

ta käyttöä tiettyihin palveluihin. Vaikka asiakasmaksuilla ei olisi vaikutusta palvelujen käytön kokonaismäärään, maksujen keskinäinen taso voi vaikuttaa käytön kohdentumiseen erilaisiin palveluihin tai eri sektoreille. Asiakasmaksujen taso saattaa vaikuttaa myös väestön terveydentilaan, jos maksujen korotus vähentää lääketieteellisesti tarpeellisia käyntejä tai hoitoja.

Asiakasmaksut käsittävät terveystalouden käyntimaksut (ml. hammashoidon käyntimaksut) sekä sairaaloiden poliklinikkamaksut ja hoitopäivämaksut. Lisäksi asiakasmaksuihin luetaan potilaiden omavastuuosuudet sairausvakuutuksen korvaamasta yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta, yksityisestä hammashuol-

losta sekä reseptilääkkeistä ja matkoista. Tässä tutkimuksessa silmälasien ja lääkinnällisten laitteiden hankinnasta aiheutuvia kuluja ei luetta asiakasmaksuihin.

Suomessa asiakasmaksuista on keskusteltu vilkkaasti taloudellisen laman, valtionosuusuu- distuksen ja maksupolitiikan uudistamisen yhteydessä. Asiakasmaksujen osuus terveyden- huollon kokonaismenoista kasvoi 1990-luvul- la noin viisi prosenttiyksikköä. Vuonna 2002 asiakasmaksujen osuus oli noin 20 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista (Stakes 2004). Suurimman osuuden asiakasmaksuista muodostivat avohoitomaksut (35 %) sekä lääke- keet ja farmaseuttiset tuotteet (33 %). Koh- tuuttoman korkeiden maksukulujen ehkäise- miseksi tarkoitettu maksukatto otettiin kunnal- lisisissa terveyspalveluissa käyttöön vuonna 2000. Sairausvakuutuksen korvaamisissa lääke- kuluissa maksukatto on ollut voimassa vuodes- ta 1986 ja matkakuluissa vuodesta 1988.

Tässä artikkelissa tarkastellaan asiakasmak- sujen talousteoreettisia perusteita ja maksujen vaikutuksia palvelujen käyttöön taloudellisen tehokkuuden ja oikeudenmukaisuuden näkö- kulmasta. Lisäksi arvioidaan asiakasmaksujen mahdollisuuksia terveydenhuollon rahoitus- muotona. Tarkastelussa käytetään apuna teo- reettista viitekehystä ja tutkimustietoa eri mai- den maksujärjestelmistä. Asiakasmaksujen tuottoa ja maksukattoja arvioidaan olemassa olevien tutkimusaineistojen pohjalta.¹

¹ *Tutkimus on osa Suomen Akatemian TERTTU -ohjelman banketta, jossa tarkastellaan terveydenhuollon rahoitusvaihtoehtoja ja arvioidaan rahoituksen muutostarpeita tulevaisuudessa. Hankkeen muissa osatutkimuksissa tarkastellaan muita terveydenhuollon rahoitusmuotoja, kuten veroraboi- tusta, julkista terveysvakuutusta, yksityistä terveysvakuutus- ta sekä tilimalleja.*

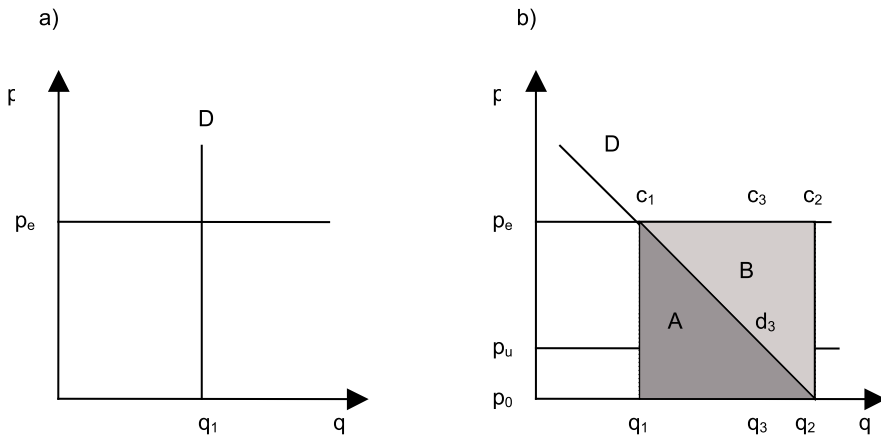
2. Asiakasmaksujen taloudelliset näkökohdat

Terveyspalvelujen markkinat eivät toimi aivan samoin kuin tavanomaisten tavaroiden ja pal- velujen markkinat. Terveyspalveluille tyypilli- siä piirteitä ovat epävarmuus sairauden ilmaan- tuvuudesta ja palvelujen tarpeesta, tiedon epä- symmetria palvelun tuottajan ja käyttäjän vä- lillä sekä ulkoisvaikutukset. Palvelujen tarpeen ennakoimattomuudesta aiheutuvaa taloudellis- ta riskiä voidaan pyrkiä vähentämään yksityi- sellä tai julkisella sairausvakuutuksella joka ta- saa sairastumiseen liittyvää taloudellista riskiä yli kuluttajan elinajan ja kuluttajien kesken. Vakuutusjärjestelmän olemassaolo voi johtaa tilanteeseen, jossa palveluja käytetään tai tuo- tetaan yli tarpeen.² Tästä vakuutusjärjestelmil- le tyypillisestä piirteestä käytetään taloustie- teessä nimitystä moraalinen vaara (moral ha- zard). Jos vakuutus alentaa merkittävästi kulut- tajan maksettavaksi jäävää osaa palvelun kus- tannuksista, markkinoilla voi esiintyä liikkaky- syntää. Esimerkkinä voidaan ajatella maksu- tonta työterveyshuoltoa, jota ihmiset saattavat nyt käyttää enemmän kuin jos käynnistä perit- täisiin kustannuksia vastaava maksu. Palvelu- jen käyttö ja kustannukset voivat kasvaa myös, jos vakuutuksen olemassaolo tekee kuluttajat välinpitämättömäksi erilaisista terveydellisistä riskitekijöistä, jolloin sairastumisriski ja palve- lujen käyttö kasvavat.

Moral hazard ei ole pelkästään kysyntäpuo- len ongelma, sillä vakuutuksen olemassaolo saattaa lisätä myös palvelujen tarjontaa. Mah- dollisuus siirtää hoidon kustannuksia kolman- nelle osapuolelle (vakuutusjärjestelmälle) voi

² *Verorahoitus toimii tässä tarkastelussa vakuutuksen ta- voin.*

Kuvio 1. Vakuutus ja terveystalvelujen kysyntä.



lisätä palvelujen tuottajien halukkuutta määrätä hoitotoimenpiteitä, vaikka ne eivät olisi potilaan terveyden kannalta täysin välttämättömiä. Tarjontapuolen moral hazard -ongelma liittyy palvelujen tuottajien kannustinjärjestelmiin, eli siihen millä periaatteella esimerkiksi lääkäreille tai sairaaloille maksetaan korvauksia hoitopalveluista. Tarjonta on suurempaa, jos lääkärit saavat korvauksen hoidettavien potilaiden tai suoritettujen toimenpiteiden lukumäärän perusteella kuin jos korvaus maksetaan esimerkiksi kiinteänä kuukausipalkkana. Varsinkin palvelujen tarjontapuolella vakuutuksen olemassaoloon liittyvä moral hazard -ongelma voi olla erilainen riippuen siitä onko kysymyksessä julkisesti vai yksityisesti tuotettu palvelu.

2.1 Asiaksmaksut, terveystalvelujen kysyntä ja tehokkuus

Palvelulle asetettavan maksun vaikutus palvelun käyttöön riippuu palvelun hintajoustosta. Jos palvelun kysyntä on täysin joustamatonta hinnan suhteen, asiakasmaksun suuruudella,

tai vaihtoehtoisesti vakuutuksen kattavuudella, ei ole vaikutusta kysyntään. Tällöin markkinoiden kysyntäkäyrä (D) on täysin pystysuora ja palveluja käytetään kaikilla hintatasoilla määrän q_1 verran (Kuvio 1a). Jos kysyntä on joustavaa, ja vakuutuksen olemassaolo asettaa hinnan tasapainohintaa (p_e) alemmalle tasolle, markkinoilla voi syntyä palvelujen liikakysyntää (Kuvio 1b).³ Jos palvelu on käytettävissä ilmaiseksi, liikakysyntä vastaa määrää $q_2 - q_1$, eli kysytyn määrän erotusta tasapainohinnalla (p_e) ja hinnan ollessa nolla (p_0). Jos palvelulle asetettaisiin p_u suuruinen asiakasmaksu, liikakysyntä pienenesi määrän $q_2 - q_3$ verran, mutta olisi yhä korkeammalla tasolla kuin jos palvelusta perittäisiin tuotantokustannuksia (c_1) vastaava hinta (p_e).

Vakuutuksen aiheuttama kysynnän lisäys ei välttämättä ole "liiallista" tai tarpeetonta, vaan

³ Tässä tarkastelussa liikakysyntä tarkoittaa palvelujen käytön määrää, jonka tuottaman hyvinvoinnin lisäyksen arvo kuluttajalle on pienempi kuin palvelujen tuotantokustannukset. Tämä tarkastelu ei ota kantaa siihen onko liikakysyntä hoidon kannalta tarpeellista ja siis vaikuttavaa vai ei.

vastaa sitä kysyntää ja palvelujen käyttöä, joka ei ole vapaasti toimivien markkinoiden olosuhteissa markkinaosapuolille taloudellisesti kannattavaa tai mahdollista. Vakuutuksen alentama hinta mahdollistaa terveystalouden palvelujen käytön myös niille kuluttajille, joilla ei aiemmin olisi ollut mahdollisuuksia käyttää palveluja ja maksaa palveluista täyttä markkinahintaa. Vaikka markkinatilanne on taloustieteen perinteisessä mielessä tehoton, yhteiskunta on valmis hyväksymään tämän tehottomuuden paremman palvelujen saatavuuden ja väestön terveydentilan saavuttamiseksi. Terveystalouden markkinoilla vallitsevan tiedon epäsymmetrian vuoksi tehottomuutta ei voida yhdistää pelkästään kuluttajien käyttäytymisestä johtuvaan liikakysyntään. Tiedon epätasaisen jakautumisen vuoksi kuluttajat eivät tee itsenäisiä päätöksiä käyttämistään palveluista ja niiden määrästä, vaan luovuttavat ainakin osaksi kysyntäpäätöksen palvelujen tarjoajille. Siten liikakysynnän aiheuttama tehottomuus terveystalouden markkinoilla riippuu olennaisesti myös palvelujen tarjoajien käyttäytymisestä.

Liikakysynnän yhteyttä tehottomuuteen voidaan tarkastella perinteisen taloustieteessä omaksutun taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta tai terveystaloustieteessä käytettävän tehokkuuden eli kustannus-vaikuttavuuden näkökulmasta. Keskeisenä erona näissä lähestymistavoissa on se miten ja kenen toimesta palvelujen kulutus- ja tarjontapäätökset tehdään. Tavanomaisilla hyödykemarkkinoilla kulutus päätöksen tekee asiakas. Päätöksen hoitoon hakeutumisesta tekee usein potilas itse, mutta jatkohoidosta ja siitä aiheutuvasta palvelujen käytöstä päättää potilasta hoitava lääkäri eli palvelun tuottaja.

Taloudellinen tehokkuus määritellään suhteessa yhteiskunnan hyvinvointitappioon otta-

matta kantaa siihen onko liikakysyntä hoidon kannalta tarpeellista ja siis vaikuttavaa vai ei. Tarpeeton käynti tarkoittaa tässä tarkastelussa käyntiä, josta ei ole potilaan terveyden kannalta olennaista merkitystä, eli käynnin vaikuttavuus on vähäinen tai olematon. Kulutuspäätös ja siihen liittyvät kustannukset ja rahamääräiset hyödyt määritellään yksilön hyvinvoinnin näkökulmasta. Vaikka määrällä q_2 tuotetaan ja käytetään enemmän palveluja kuin määrällä q_1 , liikakysyntä aiheuttaa tehottomuutta (Kuvio 1b). Tämä johtuu siitä, että määrää q_1 suuremmilla käyttömäärillä kuluttajan ylijäämää vastaava rahallinen arvo on pienempi kuin palvelujen tuotantokustannukset. Kokonaisuudessaan tämä liikakysynnän aiheuttama hyvinvointitappio on varjostetun alueen B suuruinen.⁴ Vastaavat voimavarat olisi mahdollista käyttää tehokkaammin vaihtoehtoisessa käytössä joko terveydenhuollossa tai jollakin muulla toimialalla.

Kustannus-vaikuttavuuden näkökulmasta tehokkuus määritellään sen perusteella, mikä on palvelujen kustannusten suhde sen vaikuttavuuteen. Hintamekanismilla palvelujen käyttöä pyritään ohjaamaan kustannusvaikuttaviin palveluihin ja terveystaloudellisilla ratkaisuille pyritään vaikuttamaan siihen, että terveydenhuollon käytettävissä olevat voimavarat hyödynnetään mahdollisimman tehokkaasti, eli että tarpeelliseen hoitoon suunnattavat palvelut ovat mahdollisimman vaikuttavia. Vaikuttavuutta arvioidaan terveydentilassa ja sen muutoksissa mitattavissa yksiköissä, esimerkik-

⁴ Kuluttajan ylijäämä pisteiden q_1 ja q_2 välillä on alueen A suuruinen. Alue $A + B$ kuvaa palvelujen tuotantokustannuksia. Hyvinvointitappio syntyy, koska määrää q_1 suuremmilla käyttö/tuotantomäärillä alue $A + B$ on suurempi kuin A, eli tuotantokustannukset ylittävät kuluttajan ylijäämän rahallisen arvon määrällä B.

si terveyteen liittyvässä elämänlaadussa (QALY), joille ei lasketa rahallista arvoa. Kustannusvaikuttavuutta ei voida määritellä suoraan Kuviossa 1b esitettyjen rahallisten yksiköiden suhteen, mutta erilaisia palveluita voidaan arvioida sen mukaan ovatko ne terveydellisesti vaikuttavia tai kuinka kustannus-vaikuttavia ne ovat suhteessa toisiinsa.

Asiakasmaksujen vaikutus liittyy siihen missä määrin niillä voidaan vähentää hoidon kannalta tarpeettomia käyntejä ja missä määrin myös tarpeellisten palvelujen käyttö vähenee. Sama koskee myös asiakasmaksujen ohjausvaikutusta ja allokatiivista tehokkuutta, eli sitä missä määrin asiakasmaksuilla voidaan ohjata palvelujen käyttöä joidenkin tiettyjen palvelujen tai sektorin suuntaan. Näin ollen vaikka tietty taloudellinen tehottomuus joudutaan hyväksymään yhteiskunnallisten terveyspalvelujen käyttöön liittyvien tavoitteiden saavuttamiseksi, ohjaamalla palvelujen käyttöä niihin palveluihin joiden kustannusvaikuttavuus on parempi, voidaan annettulla taloudellisella tehottomuudella saavuttaa väestön terveydentilan kannalta parempi lopputulos.

Koska julkisesti tuettujen terveyspalvelujen markkinoilla havaittavat hinnat (asiakasmaksut) eivät vastaa tasapainohinnoilla vallitsevia kysyntä- ja tarjontamääriä, liikakysyntä ilmenee myös hoitojonoina. Jonojen syntyyn vaikuttaa tarjontapuolen voimavarojen lisäksi palvelujen tuottajien mahdollisuus valita hoidettavat potilaat erilaisten tarve- ja kiireellisyystekijöiden perusteella. Hoitojonot ovat palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen käänköpuoli, jossa odotuksesta syntyvät aikakustannukset toimivat liikakysyntää säätävänä tekijänä. Hoitojonon muodostumiseen vaikuttavat myös perusterveydenhuollon lääkärit, mikäli he toimivat ”portinvartijan” roolissa ja vaikuttavat sii-

hen, milloin potilaat lähetetään jatkotoimenpiteisiin erikoissairaanhoidon.

Syynä jonojen syntyyn voi myös olla tarjonnan riittämättömyys, mikä voi johtua esimerkiksi poliittisista valinnoista, väärin mitoitettua palvelurakenteesta, palvelujen tuottajien monopoliasemasta ja taloudellisten kannustimien puutteellisuudesta. Käytännössä syyt terveyspalvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaamattomuuteen voivat johtua myös palvelujen järjestämistavoista, tiedon epäsymmetriasta ja tarvittavien palvelujen määrän vaikeasta ennakoitavuudesta. Osa kunnista budjetoit terveysmenonsa toistuvasti liian alhaisiksi. Toisaalta budjettirajoite on nykyjärjestelmässä kuntien tehokkain keino hillitä terveydenhuoltomenojen kasvua. Sairaanhoidopiirit saavat tulonsa tuottamiensa palvelujen ja niiden hintojen perusteella. Kunnilla on hyvin vähän keinoja vaikuttaa palvelujen hinnoitteluun. Mikäli sairaanhoidopiiriä uhkaa kesken vuoden rahapula, se ei juuri koskaan reagoi uhkaan sopeuttamalla tuotantoaan. Uhkaava budjettivaje kateetaan useimmiten palveluhintoja nostamalla.

2.2 Maksutuotto ja asiakasmaksujen kohdentuminen

Markkinoiden kysyntäkäyrän muoto sanelee sen kuinka paljon maksutuottoja asiakasmaksuilla voidaan kerätä. Jos kysyntä on joustavaa, p_u suuruuisella asiakasmaksulla saadaan alueen $p_0q_3d_3p_u$ suuruinen tuotto (Kuvio 1b). Tuotantokustannuksia vastaavalla hinnalla p_e tuotto olisi alueen $p_0q_1c_1p_e$ suuruinen. Koska palvelujen kysyntä vähenee hinnan noustessa, hintajousto määrittelee sen onko kokonaismaksutuotto suurempi tasapainohinnalla p_e vai asiakasmaksulla p_u . Mitä joustamattomampaa kysyntä on, sitä suurempi tuotto saadaan palve-

lun hintaa tai asiakasmaksua korottamalla. Ääriesimerkki olisi täysin joustamaton kysyntä, jolloin hintaa korottamalla tuottoja voitaisiin periaatteessa lisätä äärettömästi (Kuvio 1a).

Maksukaton olemassaolo saattaa muuttaa markkinoiden kysyntäkäyrän muotoa. Kun maksukatto on saavutettu, palvelun hinta ei rajoita kysynnän määrää ja hintajoustopuuruudesta riippuen kysyntä voi kasvaa merkittävästikin. Terveyspalvelujen luonteesta johtuen maksukaton vaikutus käyttöön ei käytännössä ole näin suoraviivainen. Terveyspalveluista perittävät hinnat eivät ole ainoa kuluttajan käyttöpäätökseen vaikuttava tekijä, vaan myös esimerkiksi aikakustannuksilla on merkittävä vaikutus palvelujen käyttöön. On kuitenkin mahdollista, että tietyissä palveluissa, esimerkiksi joidenkin lääkkeiden kohdalla, maksukatolla on kysyntää ja kokonaiskustannuksia lisäävä vaikutus. Tähän voivat osaltaan vaikuttaa palvelujen tarjoajien käyttäytymisessä tapahtuvat muutokset, kun potilaan taloudellinen tilanne ja selviytyminen maksuista eivät enää vaikuta päätöksentekoon.

Asiakasmaksuja ja palvelujen käyttöä voidaan arvioida myös niiden kohdentumisen perusteella. Asiakasmaksut eivät yleensä ole sidoksissa palvelujen käyttäjien tulotasoon, ja siten niiden vaikutukset palvelujen käyttöön ja toimeentuloon ovat merkittävämpiä alemmissä kuin ylemmissä tuloluokissa. Asiakasmaksujen kohdentumisen ja terveyspalvelujen käytön kannalta merkittävää on myös se, miten asiakasmaksut vaikuttavat eri väestöryhmiin, kuten vanhuksiin, kroonisesti sairaisiin tai lapsiperheisiin.

Asiakasmaksujen taloudellisia vaikutuksia arvioitaessa on otettava huomioon maksujen keräämisestä ja hallinnoinnista aiheutuvat kulut. Maksupolitiikan toimivuutta arvioineen

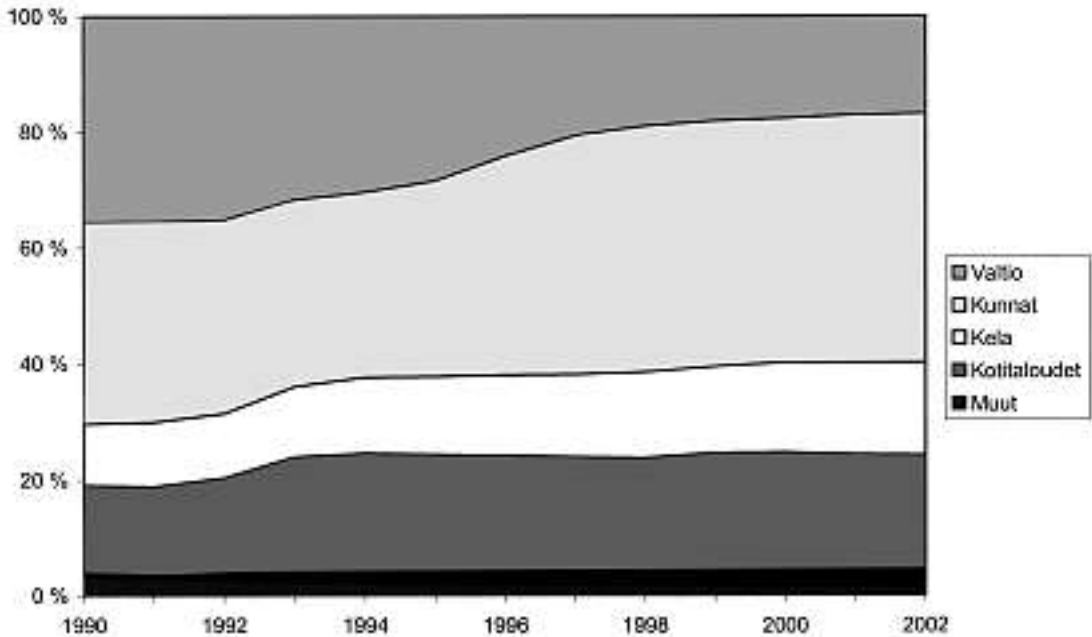
selvitysmiesraportin mukaan keskiuudessa sairaanhoitopiirissä maksukattoasioiden käsittely vaatii 3–4 henkilön työpanoksen (Jämsén 2003). Kustannukset johtuvat selvitysmiesraportin mukaan pitkälti siitä, että tehokkaita ja kattavia teknisiä ratkaisuja maksujen keräämiseen ja maksukaton hallinnointiin ei ole onnistuttu löytämään ja ottamaan käyttöön. Hallinnollisten kulujen suuruudesta ei toistaiseksi ole saatavilla kattavia tietoja, mikä johtuu tietojärjestelmien puutteellisuudesta ja siitä, että terveydenhuoltohenkilöstön työpanoksen arviointi eri osatekijöiden perusteella on monessa tapauksessa vaikeaa.

3. Asiakasmaksujen erityispiirteet Suomessa ja muualla

Suomessa terveydenhuollon maksupolitiikan lähtökohtana on ollut sosiaalinen oikeudenmukaisuus, palvelujen rahoittaminen pääosin verovaroin, palvelujen käyttäjien tasa-arvo sekä kuntien vapauden ja vastuun lisääminen maksuja määrättäessä. Vuonna 1993 voimaan tulleen asiakasmaksulain mukaan kunnallisista terveydenhuollon palveluista voidaan periä kunnan päättämä maksu, joka ei saa ylittää palvelujen tuottamisesta aiheutuvia kustannuksia. Kuntien liikkumavapautta rajoitettiin siten, että maksuttomat palvelut säädettiin lailla, ja rajoittamalla palveluista perittävän maksun enimmäismäärää silloin kun palvelun käyttöön liittyy merkittäviä yhteiskunnallisia tavoitteita. Maksuille voidaan säätää enimmäismäärä myös silloin, kun korkea maksu voi estää tarpeellisen palvelujen käytön tai väestön tasa-arvo edellyttää, että palvelusta perittävät maksut eivät poikkeaa olennaisesti eri puolilla maata.

Julkisen sektorin (valtio, kunnat, Kela) osuus terveydenhuollon kokonaismenoista kas-

Kuvio 2. Terveystuollon rahoitus 1990–2002.



voi aina 1970-luvun puoliväliin saakka. Terveystuoltomenoista noin 80 prosenttia rahoitettiin valtion ja kuntien verotuloilla sekä pakollisilla työnantajilta ja työntekijöiltä perittävillä sairausvakuutusmaksuilla. Osuus säilyi lähes muuttumattomana 1990-luvun alkuun asti. Viime vuosikymmenen alussa valtion ja kuntien maksuosuus pieneni ja sairausvakuutuksen sekä erityisesti palvelujen käyttäjien maksuosuus kasvoi (Kuvio 2). Osa palvelujen käyttäjien maksuosuuden kasvusta johtui sairauskulujen verovähennysoikeuden poistumisesta vuonna 1992. Palvelujen käyttäjien maksuosuutta on lisännyt lääkkeiden käyttömäärän kasvu ja entistä kalliimpien lääkehoitojen käyttöönotto. Samanaikaisesti eräät lääkkeet ovat siirtyneet sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän ulkopuolelle. Lääkkeiden käytössä tapah-

tuneet muutokset ovat vaikuttaneet myös sairausvakuutuksen rahoitusosuuteen, joka on kasvanut yhdessä lisääntyneiden lääkekorvausten kanssa. Viime vuosikymmenen puolivälin jälkeen kuntien rahoitusosuus on kasvanut voimakkaasti samalla kun valtion rahoitusosuus on pienentynyt. Menolajeittain tarkasteltuna palvelujen käyttäjien osuus kokonaismenoista oli suurin reseptilääkkeissä, yksityislääkäripalveluissa ja hammashoidossa. Suurin osa asiakasmaksujen kokonaiskertymästä oli peräisin näiden palvelujen käytöstä.

EU-maita koskevassa vertailussa asiakasmaksujen osuus kokonaismenoista on Suomessa varsin korkea (Taulukko 1). Vuonna 2001 osuus oli Suomeakin korkeampi Italiassa, Espanjassa ja Kreikassa, kun taas muissa verorahoitteisissa järjestelmissä, kuten Englannissa,

Taulukko 1. Asiakasmaksujen osuus (%) terveydenhuollon menoista EU-maissa 2001.

Luxemburg	7,5
Hollanti	8,8
Iso-Britannia	9,8
Ranska	10,2
Saksa	10,6
Irlanti	13,2
Tanska	16,0
Ruotsi	16,2
Belgia	16,6
Portugali	18,1
Itävalta	18,6
Suomi	20,2
Italia	20,3
Espanja	23,7
Kreikka	32,5

Lähde: World Health Organization, 2004

Ruotsissa ja Tanskassa asiakasmaksujen osuus oli selvästi alhaisempi.

3.1 Terveyspalvelujen käyttö, hintajoustot ja ohjausvaikutukset

Terveyspalvelujen hintajousto vaihtelee palvelutyypin mukaan. Suomessa ei ole juurikaan tehty hintajoustoja koskevaa tutkimusta, mutta eri palvelujen erityispiirteitä tarkastelemalla voidaan päätellä, että hinnan vaikutus kysyntään esimerkiksi lääkkeissä on erilainen kuin lääkäripalveluissa. Erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnin hintajousto on todennäköisesti alhaisempi kuin terveyskeskuskäynnin, sillä potilaan mahdollisuus päättää hoitoon hakeutumisesta on erikoissairaanhoidossa vähäisempi. Samoin voidaan päätellä, että sairaalan vuodeosastohoidon hintajousto on poliklinikkapalveluja alhaisempi, koska potilaalla on vähäisemmät mahdollisuudet vaikuttaa palvelujen käyttöön kuin perusterveydenhuollon ja eri-

koissairaanhoidon avopalveluissa. Toisaalta sairaalapalvelujen hinta saattaa vaikuttaa keskimääräisen hoitajakson pituuteen. Hintojen vaikutus käyttöön voi olla erilainen myös eri tulotasoilla. Alemmissä tuloluokissa hinnan vaikutus on yleensä suurempi kuin ylemmissä tuloluokissa. Tästä syystä hintojen tai asiakasmaksujen korotukset saattavat rajoittaa palvelujen käyttöä varsinkin alemmissä tuloluokissa, joissa myös sairastavuus on suurempaa kuin ylemmissä tuloluokissa.

Hyödykkeen oman hinnan lisäksi myös muiden hyödykkeiden hinnat vaikuttavat kysyntään määrään. Jos hyödykkeet ovat toisiaan kulutuksessa korvaavia, eli substituutteja, toisen hyödykkeen hinnan nousu johtaa toisen hyödykkeen kysynnän kasvuun. Esimerkiksi terveyskeskuskäynnistä perittävän asiakasmaksun noustessa yksityissektorin suhteellinen hinta laskee ja yksityislääkäriässä käynti muodostuu aikaisempaa edullisemmäksi vaihtoehdoksi. Sama pätee myös yksityisten terveysvakuutusten kysyntään – muutokset vakuutusten suhteellisissa hinnoissa vaikuttavat erilaisten vakuutusryppien kysyntään. Suomessa yksityiset terveysvakuutukset eivät ole kovin yleisiä, mutta julkisten terveyspalvelujen asiakasmaksujen korotukset saattavat lisätä yksityisten vakuutusten kysyntää. Koska verotukseen ja sairausvakuutusmaksuun perustuva julkinen vakuutus on pakollinen ja niihin liittyvät verot ja maksut on maksettava muista rinnakkaisista vakuutusmuodoista riippumatta, kuluttajan ei ole taloudellisesti järkevää hankkia yksityistä vakuutusta ja vakuuttaa itsensä useampaan kertaan. Jos julkisesti tarjottava palvelu ei vastaa kuluttajan odotuksia, kuluttaja saattaa tästä huolimatta olla halukas hankkimaan yksityisen vakuutuksen ja siirtyä käyttämään yksityisiä palveluja.

Taulukko 2. Terveyspalvelujen kysynnän hintajoustopot.

Tutkimus ja vuosi	Sektori/Palvelumuoto	Hintajousto
	Lääkäripalvelut:	
Scitovsky ja Snyder 1972	Lääkäriissäkäynti	-0.14
Beck, 1974	Lääkäriissäkäynti	-0.07
Newhouse ja Phelps, 1974	Lääkäriissäkäynti	-0.10
Scitovsky ja McCall, 1977	Lääkäriissäkäynti	-0.29
Wedig, 1988	Lääkäriissäkäynti	-0.16:sta-0.35:een
Cherkin, ym. 1989	Lääkäriissäkäynti	-0.04
Newhouse, ym., 1993	Hoitokulut	-0.17:stä-0.31:een
	Sairaalahoido:	
Newhouse ja Phelps, 1974	Keskimääräinen hoitoaika	-0.10
Newhouse ja Phelps, 1976	Hoidon todennäköisyys	-0.17
Newhouse, ym., 1993	Hoitokulut	-0.14:stä-0.17:ään
	Resptiläkkeet:	
Newhouse, ym., 1993	Lääkemääräykset	-0.17
O'Brien, 1989	Lääkemääräykset	-0.33
Lavers, 1989	Lääkemääräykset	-0.15:stä-0.20:een
Smith, 1993	Lääkemääräykset	-0.10
Hughes ja McGuire, 1995	Lääkemääräykset	-0.35
	Ehkäisevä hoito:	
Newhouse, ym., 1993	Hoitokulut	-0.17:sta-0.43:een
	Akuuttihoito:	
Newhouse, ym., 1993	Hoitokulut	-0.17:sta-0.32:een

3.2 Terveyspalvelujen kysynnän hintajousto: empiirinen kirjallisuuskatsaus

Terveyspalvelujen hinnan ja kysynnän yhteyttä on arvioitu lukuisissa tutkimuksissa. Tutkimukset osoittavat yhdenmukaisesti terveyspalvelujen kysynnän olevan joustamatonta hinnan suhteen. Lähes palvelumuodosta riippumatta terveyspalvelujen hintajousto näyttäisi asettuvan luvun -0.2 alapuolelle, mikä tarkoittaa, että 10 prosentin hinnan korotus vähentää palvelujen käyttöä enintään 2 prosenttia. Hintajousto on suurin ehkäisevissä terveyspalveluissa vaihdellen -0.17 ja -0.43 välillä (Newhouse 1993).

Hintajoustoja on laskettu myös eri palvelutyypeille sekä arvioitu sitä, miten hinta vaikuttaa palvelujen käyttöön, kun vakuutuksen korvasaste pienenee. Näissä tutkimuksissa on tarkasteltu myös julkisia rahoitusjärjestelmiä ja arvioitu riippuuko asiakasmaksun korotuksen kysyntävaikutus siitä kuinka suuren osan maksu muodostaa palvelun tuotantokustannuksista. Lisäksi hintajoustoja on arvioitu eri tulotasoilla ja väestöryhmittäin.

Lääkäripalvelut

Varhaisimmat terveyspalvelujen kysyntää koskevat tutkimukset tehtiin 1970-luvulla. Yhdysvaltalaiset Fuchs ja Kramer (1972) arvioivat

lääkäripalvelujen käytön hintajoustopuolella olevan -0.15 ja -0.20 välillä. Myöhemmin Rosett ja Huang (1973) arvioivat hintajoustoksi -0.35 , kun käyttäjien maksuosuus muodosti 20 prosenttia palvelun tuotantokustannuksista ja kasvavan voimakkaasti sitä mukaa kun käyttäjien maksuosuus kokonaiskustannuksista kasvoi (Taulukko 2). Aineistoiltaan ja menetelmiltään kehittyneemmässä tutkimuksessa Newhouse ja Phelps (1974) arvioivat lääkäripalvelujen käytön hintajoustoksi -0.12 kun palvelujen käyttäjien maksuosuus oli 20 ja 25 prosentin välillä. Osuuden ollessa 15–20 prosenttia, jousto oli selvästi pienempi (-0.07) ja pieneni edelleen (-0.04), kun maksujen osuus laski 10–15 prosenttiin tuotantokustannuksista.

Terveystilan ja hintajoustopuolelta arvioivassa tutkimuksessa Wedig (1988) osoitti, että huonommassa terveydentilassa olevilla hinnalla vaikutus palvelujen käyttöön oli selvästi alhaisempi (-0.16) kuin paremmassa terveydentilassa olevilla (-0.35). Sen sijaan tulotasolla tai sosioekonomisella asemalla ei näyttänyt olevan merkittävää vaikutusta hintajoustopuoleen (Scitovsky ja Snyder 1972, Cherkin ym. 1989). Myös ajan suhteen hinnalla vaikutus palvelujen käyttöön näyttää olevan vakaata (Scitovsky ja McCall 1977), eli hinnan muutoksen jälkeen vähentynyt käyttö jää pysyvästi alemmalle tasolle, mikäli hinta pysyy ennallaan.

Merkittävin terveyspalvelujen käytön ja hinnan välistä suhdetta selvittänyt tutkimus on RAND-tutkimuslaitoksen tekemä Health Insurance Experiment (HIE), jossa seurattiin usean vuoden ajan satunnaisesti valittujen kotitalouksien palvelujen käyttöä ja käytössä tapahtuvia muutoksia erilaisissa vakuutusjärjestelmissä (Newhouse 1993). Tutkimuksesta saatuja tuloksia pidetään myös eräänlaisena ”kultaisena standardina” terveyspalvelujen hinta-

joustoja arvioitaessa. Tutkimuksen merkittävimmät tulokset liittyivät havaintoon, jonka mukaan terveyspalvelujen maksujen korottaminen vähentää selvästi henkeä kohti laskettuja terveysmenoja. Ryhmässä, jossa terveyspalvelut annettiin ilmaiseksi, henkeä kohti lasketut kustannukset olivat 46 prosenttia korkeammat kuin ryhmässä, jossa palveluista perittävä maksu vastasi 95 prosenttia tuotantokustannuksista. Tutkimuksessa havaittiin myös, että maksujen lisääminen on epätydyttävä keino vähentää tarpeetonta palvelujen käyttöä. Käyttö väheni yhtä lailla sekä niissä hoidoissa, joista on vain vähän tai ei lainkaan terveydellistä hyötyä että niissä hoidoissa, joista on runsaasti terveydellistä hyötyä.

Vuodeosastohoito

Vuodeosastohoidon hintajoustoja koskevassa kirjallisuudessa on tarkasteltu hinnan vaikutuksia sekä sairaalahoidon todennäköisyyteen että hoitojakson pituuteen. Newhouse ja Phelps (1974) arvioivat, että potilaalta perittävä maksu ei juuri vaikuta siihen kuinka kauan potilas on sairaalassa hoidettavana. Jos hoitopäivän hinta nousee 10 prosenttia, keskimääräisen hoitojakson kesto lyhenee 1 prosentilla. Tutkimuksessa, jossa arvioitiin hinnan vaikutusta sekä sairaalan käyttöön että hoitojakson pituuteen, sairaalahoidon käytön hintajousto oli -0.17 ja hoitojakson pituuden hintajousto oli -0.06 (Newhouse ja Phelps 1976). Sairaaloiden vuodeosastohoidossa asiakasmaksujen tai vakuutuksen korvaustasolla ei ole vastaavaa merkitystä kuin lääkäri- tai avohoitopalveluissa (Newhouse 1993). Alhaisella asiakasmaksujen tasolla (0–25 %) vuodeosastohoidon hintajousto oli -0.17 ja korkeammalla tasolla (25–95 %) vain hieman alhaisempi, -0.14 . Tutkimustulokset viittaavat myös siihen, että vuode-

osastohoito ja avohoito eivät ole toisiaan korvaavia palveluja vaan pikemminkin toisiaan täydentäviä, eli komplementtipalveluja.

Reseptilääkkeet

Monissa Yhdysvalloissa tehdyissä tutkimuksissa reseptilääkkeiden hintajoustop on arvioitu vaihtelevan välillä -0.05 ja -0.17 . Näiden tutkimusten mukaan reseptilääkkeiden hintajoustop ei siis poikkea kovin paljoa muiden terveyspalvelujen hintajoustoista (Harris ym. 1990, Newhouse 1993, Smith 1993). Toisaalta tutkimustulokset ovat reseptilääkkeiden osalta sangen ristiriitaisia ja saattavat heijastella myös kulttuurisidonnaisia eroja, sillä Englannissa tehdyissä tutkimuksissa hintajoustop ovat huomattavasti korkeampia. O'Brien (1989) arvioi reseptilääkkeiden hintajoustopiksi -0.33 . Lisäksi reseptilääkkeiden ja käsikauppalääkkeiden välillä oli positiivinen korvaavuussuhde; reseptilääkkeiden hinnan noustessa 10 prosenttia, käsikauppalääkkeiden käyttö lisääntyi 1.7 prosenttia. Myös Hughesin ja McGuiren (1995) tutkimuksessa reseptilääkkeiden käyttö näytti olevan voimakkaammin yhteydessä niiden hintaan (-0.35) kuin mitä Yhdysvalloissa tehdyt tutkimukset osoittavat. Näiden tutkimusten välimaastoon sijoittuu Laversin (1989) esittämä arvio, jonka mukaan reseptilääkkeiden hintajoustop olisi välillä -0.15 ja -0.20 . Reseptilääkkeiden käyttö näyttäisi olevan voimakkaammin yhteydessä erilaisiin tarvetekijöihin kuin muiden, varsinkin lääkäripalvelujen, käyttö. Esimerkiksi iäkkäillä ja väestöryhmissä, joissa sairastavuus oli suurempaa, omavastuuosuuksissa ja korvausasteessa tapahtuvilla muutoksilla oli voimakkaampi vaikutus lääkkeiden käyttöön kuin muussa väestössä.

3.3 Oikeudenmukaisuus

Hintojen muutosten lisäksi myös kotitalouksien tuloissa tapahtuvilla muutoksilla saattaa olla vaikutuksia palvelujen käyttöön. Koska useimpien välttämättömien terveyspalvelujen kysyntä on hinnan suhteen joustamatonta, asiakasmaksujen ja omavastuiden korotukset eivät vaikuta niinkään palvelujen käyttöön vaan vähentävät palveluja tarvitsevien kotitalouksien muuhun kulutukseen jäävää tuloa. Maksujen korotusten vaikutuksia eri tulotasoilla olevien kotitalouksien taloudelliseen asemaan ei välttämättä havaita jos maksujen jakautumista tarkastellaan pelkästään suhteellisilla, kuten maksujen progressiivisuutta kuvaavilla mittareilla (Klavus 2000). Suhteellisilla mittareilla tarkoitetaan mittaamenetelmiä, jossa eri tulotasoilla olevia kotitalouksia arvioidaan pelkästään suhteessa muihin kotitalouksiin ottamatta huomioon kotitalouden tulojen tai terveyspalvelujen maksujen tasoa sekä niiden vaikutuksia kotitalouden toimeentulomahdollisuuksiin. Esimerkiksi 1990-luvulla tehdyissä laman vaikutusta arvioineissa tutkimuksissa rahoituksen suhteellista jakautumista kuvaavat progressiivisuusmittarit osoittivat alempien tuloluokkien suhteellisen rahoitusosuuden kasvaneen vain vähän, mutta palvelujen käyttäjien maksuosuuden kasvu yhdessä alentuneiden reaalitulojen kanssa heikensi selvästi kaikkein huonoimmassa taloudellisessa asemassa olevien kotitalouksien toimeentulomahdollisuuksia.

1990-luvun alun taloudellisen laman vaikutuksia arvioineissa tutkimuksissa selvitettiin oliko kotitalous joutunut käyttämään säästöjään tai turvautumaan ulkopuoliseen apuun sairauskulujen vuoksi. Ennen ja jälkeen laman säästöjään oli joutunut käyttämään noin 8 prosenttia kotitalouksista. Säästöjä käyttäneiden

osuus oli jonkin verran suurempi alemmissä tuloluokissa. Suurimmat muutokset tapahtuivat niiden kotitalouksien osuuksissa, jotka olivat joutuneet turvautumaan yksityishenkilöiltä saatavaan apuun tai kunnan toimeentulotukeen. Näiden kotitalouksien osuus oli suurin ja kasvoi selvästi kolmessa alimmassa tuloviidenneksessä. Lisäksi muita säännöllisiä menojaan oli joutunut supistamaan noin 12 prosenttia kotitalouksista. Alimmassa tuloviidenneksessä tämä osuus oli noin 20 prosenttia ja ylimmässä tuloviidenneksessä noin 5 prosenttia (Arinen ym. 1998).

WHO on määrittellyt kotitalouden terveydenhuoltomaksut katastrofaalisen korkeiksi, jos ne ylittävät 40 prosenttia kotitalouden maksukyvyistä. Kansainväliset vertailut osoittavat, että palvelujen käyttäjien rahoitusosuuden ja katastrofaalisten maksujen välillä on selvä positiivinen yhteys. Kun palvelujen käyttäjien maksuosuus ylittää 50 prosenttia terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta, katastrofaalisten maksujen osuus kasvaa nopeasti noin 5–10 prosenttiin väestöstä (Xu ym. 2003). Ennen nykyisen sairauskulujen maksukaton asettamista Suomessa katastrofaalisen rajan ylitti noin puoli prosenttia väestöstä, kun ainoastaan yksityiset, palvelujen käyttäjiltä perittävät maksut, otettiin huomioon. Kun myös julkinen, verojen ja sairausvakuutusmaksujen kautta tapahtuva rahoitus otettiin huomioon, vastaava väestöosuus oli lähes 1,5 prosenttia. Kansainvälisessä vertailussa nämä luvut ovat EU-maiden korkeimpia ja OECD-maita koskevassa vertailussa lähes Yhdysvaltain ja Sveitsin tasoa.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut ja sairausvakuutuksen piiriin kuuluvien palvelujen omavastuut jakautuvat tuloluokittain eri tavalla. Kunnallisen avohoidon ja sairaalahoidon käyttö on runsaampaa alemmissä tulo-

luokissa ja vastaavasti niihin liittyvät asiakasmaksut painottuvat näihin tulonsaajaryhmiin (Klavus ja Häkkinen 1995, Klavus ja Häkkinen 1996). Yksityisen avo- ja hammashoidon palveluja käytetään enemmän ylemmissä tuloluokissa. Reseptilääkkeiden käyttö on jakautunut tuloluokittain melko tasaisesti. Näin ollen myös asiakasmaksujen ja omavastuiden tasossa tapahtuvat muutokset kohdentuvat eri tavalla eri tuloluokkiin. Erilaisten maksujen tuloluokittaista jakautumista koskeva tutkimus osoittaa, että palvelujen käytössä olevista eroista huolimatta, kaikki terveyspalveluihin liittyvät maksut ja omavastuuosuudet ovat regressiivisiä (Klavus ja Häkkinen 1995). Voimakkaimmin regressiivisiä ovat sairaaloiden hoitopäivämaksut, kunnallisen avo- ja hammashoidon maksut, reseptilääkkeet ja sairausvakuutuksen korvaamat matkat.

Jos terveyspalvelujen maksujen suuruuden keskinäistä suhdetta muuttamalla halutaan ohjata palvelujen käyttöä joidenkin tiettyjen palvelujen suuntaan, on palvelujen hintajoustopohjalla otettava huomioon myös erilaisten maksujen jakautuminen suhteessa kotitalouksien tuloihin ja kulutusmahdollisuuksiin. Terveyden tasoon ja väestöryhmittäiseen jakautumiseen liittyvien terveyspoliittisten tavoitteiden toteutuminen ei ole yhteydessä pelkästään terveyspalvelujen saatavuuteen ja käyttömahdollisuuksiin, vaan myös muiden terveyteen vaikuttavien hyödykkeiden ja palvelujen kulutusmahdollisuuksiin.

3.4 Maksutuotto, maksukatto ja kotitalouksien toimeentulo

Asiakasmaksujen oikeudenmukaisuudesta ja ohjausvaikutuksista riippumatta voidaan arvioida yleisemmin maksujen taloudellista mer-

kitystä terveyspalvelujen rahoituksessa. Kokonaismaksukertymää tulisi arvioida nettomääräisesti, eli sen perusteella mikä on maksujen tuottojen ja toisaalta niiden keräämisestä ja hallinnoinnista syntyvien kulujen erotus. Joidenkin yksittäisten palvelujen osalta maksujen tuotto voi periaatteessa olla jopa negatiivinen, eli niiden keräämisestä syntyy enemmän menoja kuin niistä saadaan tuloja. Olemassa olevat tiedot hallinnollisten kulujen suuruudesta ovat ristiriitaisia, joten seuraavassa tarkastelussa niitä ei ole otettu huomioon.

Asiakasmaksujen tuoton ja maksukaton tarkastelussa käytettiin vuoden 1996 Terveydenhuollon väestötutkimuksen aineistoa. Aineistoon yhdistettiin henkilöiden sairaalakäyttötiedot hoitoilmoitusrekisteristä sekä rekisteripohjaiset tulotiedot. Tutkimusaineistot päivitettiin vuoden 2002 hinta- ja kustannustasoon ansiotasoindeksillä ja käyttämällä vuoden 2002 asiakasmaksuja.

Kotitalouksien asiakasmaksuina ja muina yksityisinä sairauskuluina maksamat terveydenhuollon käyttömenot vuonna 2002 olivat noin 2.1 miljardia euroa. Näistä noin 89 prosenttia muodostui avohoitomaksuista, sairaaloiden hoitopäivämaksuista sekä lääkkeistä ja farmaseuttisista tuotteista. Jäljelle jäävä osuus muodostui erilaisten lääkinnällisten laitteiden hankinnasta. Viimeksi mainitut eivät kuulu tämän tutkimuksen piiriin, joten tarkastelun kohteena olevat menot olivat suuruudeltaan noin 1.9 miljardia euroa. Näistä kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut ilman pitkäaikaisen hoidon tulosidonnaisia maksuja olivat noin 340 miljoonaa euroa.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut

Pääosa asiakasmaksujen tuotosta on peräisin hyvin pieneltä palveluja paljon käyttävältä vä-

estöryhmältä. Suomessa arviolta alle viisi prosenttia väestöstä aiheuttaa noin 80 prosenttia kunnallisen terveydenhuollon kustannuksista.⁵ Jos oletetaan, että maksujen korotus ei vaikuta palvelujen käyttöön, 10 prosentin suuruisella kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksujen korotuksella saataisiin noin 34 miljoonan suuruisen lisäyksen maksutuloihin. Tästä aiheutuisi palveluja paljon käyttävälle 5 prosentille väestöstä noin 27 miljoonan euron suuruiset lisäkustannukset ja lopulle terveyspalveluja vähemmän käyttävälle 95 prosentille ainoastaan 7 miljoonan euron suuruiset lisäkustannukset.

Laskelma havainnollistaa rahoituspohjan laajuuden merkityksen maksutuottojen keräämisessä ja terveyspalvelujen rahoituksessa. Edellä esitetty 10 prosentin lisäys asiakasmakuihin vastasi noin 0.3 prosenttia vuoden 2002 terveydenhuollon kokonaismenoista. Asiakasmaksujen maksukertymää voidaan verrata verotuksella saavutettavaan tulokertymään; kunnallisveron yhteydessä kerättävällä terveydenhuoltoon korvamerkityllä terveysverolla vastaava verotuotto saavutettaisiin 0.05 prosentin suuruisella keskimääräisen veroäyrin korotuksella. Jos korotus olisi suuruudeltaan kaksi prosenttia, veron tuotto olisi noin 1.25 miljardia euroa, mikä vastaisi noin 12 prosenttia vuoden 2002 terveydenhuollon kokonaismenoista. Kunnallisvero tai siihen liitetty korvamerkitty terveysvero jakautuu väestöryhmittäin tasaisesti, eikä sillä ole suoranaisia vaikutuksia palvelujen käyttöön. Verorahoitus on myös hallinnollisesti taloudellisempi tapa rahoittaa terveyspalveluja kuin yksittäisten asiakasmaksujen

⁵ Tämä osuus on yhdenmukainen muissa maissa tehtyjen terveyspalvelujen käytön ja kustannusten suhdetta koskevien tutkimusten kanssa (OECD 1987, Jönsson ja Musgrove 1997).

tai yksityisen vakuutuksen kautta tapahtuva rahoitus (Evans 1994, Rice 1997).

Edellinen laskelma tehtiin olettaen, että maksujen korotuksesta saatavat tulot olisivat täysimääräisesti käytettävissä terveyspalvelujen rahoitukseen. Asiaksmaksujen tarkastelun yhteydessä on otettava huomioon olemassa olevien maksukattojen vuoksi saamatta jääneiden maksutulojen suuruus sekä kysynnän hintajouaston vaikutus.

Maksukatto

Kunnallisen terveydenhuollon maksukaton rajan, 590 euroa, ylitti vuonna 2002 hieman yli kaksi prosenttia väestöstä (noin 105 000 henkilöä). Maksukaton ylittävä väestöosuus oli suhteellisen pieni, mutta maksukaton seurauksena saamatta jäänyt maksukertymä oli silti suuruudeltaan merkittävä. Ilman maksukattoa kunnallisista terveyspalveluista perittävien asiakasmaksujen tuotto olisi ollut lähes 30 prosenttia suurempi.

Maksujen korotukset kohdistuvat suurelta osin henkilöihin, joiden maksut jo ylittävät maksukaton. Näin edellä esitetty 10 prosentin korotus lisäisi maksukertymää vain noin viisi prosenttia eli noin 17 miljoonaa euroa, jos maksukatto pysyy ennallaan ja samalla otetaan huomioon kysynnän hintajousto. Tämä laskelma ei sisällä hallinnollisia kuluja.

Kunnallisen terveydenhuollon maksukaton ansioista kunnallisten terveyspalvelujen käytöstä perittävät maksut eivät muodostaneet missään tapauksessa yli 15 prosenttia kotitalouksien käytettävissä olevista tuloista (Taulukko 3). Ilman maksukattoa sellaisten kotitalouksien osuus, joiden käytettävissä olevista tuloista yli 15 prosenttia menee terveydenhuollon maksuihin, olisi ollut noin 1.5 prosenttia, mikä vastaa väestötasolla noin 36 000 kotitaloutta.

Edellisessä tarkastelussa mukana olivat ainoastaan kunnallisen terveydenhuollon maksut. Kun myös kotitalouksien lääkekulut otettiin huomioon, ilman kunnallisen terveydenhuollon ja lääkkeiden maksukattoa 15 prosenttia rajan olisi ylittänyt noin 4 prosenttia kotitalouksista eli noin 96 000 kotitaloutta (Taulukko 3). Korkeamman 25 prosentin tuloajan olisi ylittänyt 1.5 prosenttia kotitalouksista ja erittäin korkean, 40 prosentin rajan hieman yli 0.5 prosenttia kotitalouksista, yhteensä noin 12 000 kotitaloutta. Koska tutkimusaineistossa lääkekuluja ei ollut saatavilla yksilötasolla, niiden vaikutusta ei voinut tarkastella vastaavalla tavalla kuin kunnallisen terveydenhuollon maksuja ja maksukattoa. Voidaan kuitenkin arvioida, että maksukattojen ansiosta edelliset prosenttiosuudet alenevat huomattavasti ja esimerkiksi yli 25 prosenttia tuloistaan terveydenhuoltoon käyttävien osuus oli 0.3 ja 1 prosentin välillä (7 200–24 000 kotitaloutta).

Kun maksuihin lisätään yksityisten terveyspalvelujen käytöstä, hammashoidosta ja matkakuluista kotitalouksille aiheutuvat menot, tuloosuudet nousevat huomattavasti. Noin 11 prosentilla kotitalouksista terveydenhuollon maksuihin menee yli 15 % käytettävissä olevista tuloista (Taulukko 3). Erittäin korkeiden kustannusten rajan (40 %) ylittää noin 1.5 prosenttia kotitalouksista (noin 36 000 kotitaloutta). Kunnallisen terveydenhuollon, lääkkeiden ja matkakulujen maksukatot alentavat kotitalouksille koituvia kustannuksia, vaikka tässä yhteydessä tarkkoja lukuja lääkkeiden ja matkakulujen maksukattojen osalta ei voidakaan esittää.

4. Yhteenveto

Maksupolitiikka määrittelee sen, kuinka suuri osuus terveyspalvelujen kustannuksista peri-

Taulukko 3. Asiakasmaksujen osuus kotitalouksien käytettävissä olevista tuloista.

	Asiakasmaksujen tulo-osuus yli		
	15 %	25 %	40 %
Kunnallisten palvelujen asiakasmaksut			
Ilman maksukattoa			
Osuus (%) kotitalouksista	1,5	0,5	0,2
Kotitalouksien määrä	36 000	12 000	4 800
Maksukatto voimassa			
Osuus (%) kotitalouksista	0	0	0
Kotitalouksien määrä	~0	0	0
Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut ja lääkkeet			
Ilman maksukattoja			
Osuus (%) kotitalouksista	4	1,5	0,5
Kotitalouksien määrä	96 000	36 000	12 000
Maksukatot voimassa			
Osuus (%) kotitalouksista	~1–2	~0,3–1	~0–0,3
Kotitalouksien määrä	24 000–48 000	7 200–24 000	0–7 200
Kaikki asiakasmaksut			
Ilman maksukattoja			
Osuus (%) kotitalouksista	11	4,5	1,5
Kotitalouksien määrä	264 000	108 000	36 000
Maksukatot voimassa			
Osuus (%) kotitalouksista	~8	~2,5	~1
Kotitalouksien määrä	192 000	60 000	24 000

tään palvelujen käyttäjiltä. Terveydenhuollon asiakasmaksut ovat tehokas keino hallita palvelujen käytöstä aiheutuvia kustannuksia, jos niillä voidaan vaikuttaa palvelujen käyttöön. Olemassa olevan tutkimustiedon perusteella näyttää siltä, että palvelujen hinta ei ole palvelujen käytön kannalta ratkaiseva tekijä. Maksuja on myös vaikea kohdentaa siten, että käyttöä voitaisiin ohjata joihinkin tiettyihin palveluihin tai erityisesti niiden palvelujen käytön määrän vähentämiseen, jotka eivät ole terveydellisesti vaikuttavia. Terveydenhuollon kokonaisrahoituksen kannalta maksuilla ei ole suurta merkitystä, koska pääosa maksutuotoista on

peräisin suhteellisen pieneltä palveluja runsaasti käyttävältä väestönosalta. Näin ollen asiakasmaksujen rahoitus pohja on varsin kapea ja se väestöryhmä, jolta merkittävin osa maksukertymästä olisi peräisin, vapautuu maksuista maksukattojen seurauksena. Lisäksi asiakasmaksujen keräämiseen liittyvät hallinnolliset kustannukset pienentävät maksukertymää.

Kunnallisen terveydenhuollon maksukatto näyttää estävän tehokkaasti korkeiden maksurasitusten syntyä, ja kohdentuvan juuri siihen palveluja paljon käyttävään väestöryhmään, jossa maksut uhkaavat taloudellista selviytymistä. Suomessa vuonna 2000 käyttöön otettu

kunnallisen terveydenhuollon maksukatto varmistaa sen, että paljon sairastavien ja palveluja tarvitsevien kotitalouksien maksurasitus kunnallisten terveyspalvelujen osalta ei nouse yli 15 prosenttiin kotitalouden käytettävissä olevista tuloista. Ennen maksukaton käyttöön ottoa sellaisten kotitalouksien määrä, joissa terveydenhuollon maksut muodostivat 25 prosenttia tai jopa 40 prosenttia kotitalouden käytettävissä olevista tuloista, oli huomattavasti nykyistä suurempi. Suurimmat kustannukset kotitalouksille koituvat lääkkeiden sekä yksityisten lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käytöstä perittävistä maksuista. Lääkkeiden maksukatto näyttäisi hillitsevän jokseenkin tehokkaasti kaikkein korkeimpien lääkkeistä aiheutuvien maksurasitusten syntyä, mutta yhteenlaskettuna kotitalouden kaikki asiakasmaksut muodostavat maksukatoista huolimatta merkittävän suuren kulutuserän monille kotitalouksille.

Julkisissa terveyspalveluissa tulosisidonnaiset maksut eivät näytä perustelluilta, sillä suurituloiset ovat jo maksaneet palveluista pienituloisia suuremman osuuden korkeampina veroina. Porrastetuilla maksuilla saatava lisäys maksutuloihin jäisi todennäköisesti melko pieneksi, sillä ylempissä tuloluokissa julkisten palvelujen käyttö on vähäisempää ja saattaisi entuudestaan vähentyä julkisten ja yksityisten terveyspalvelujen välisen hintaeron pienentyessä. Terveydenhuollon maksukattojen tekeminen tulosisidonnaisiksi saattaisi olla väestön kannalta hyväksyttävämpää ja niiden toteuttamisvaihtoehtoja ja jakaumavaikutuksia kannattaisi tutkia yksityiskohtaisemmin.

Vaikka asiakasmaksujen käytölle terveydenhuollon rahoituksessa ei löydy vahvoja taloudellisia perusteita, saattaa olla tarkoituksenmukaista peria palvelujen käytöstä jonkinlainen rahallinen korvaus. Maksun periminen muis-

tuttaa kuluttajia siitä, että palvelujen tuottamiseen liittyy kustannuksia, eivätkä ilmaispalvelutkaan ole ilmaisia. Maksut eivät kuitenkaan saisi muodostua esteeksi tarpeellisena pidettyjen palvelujen käytölle, eikä niiden tuntuvalle korottamisella ainakaan kunnallisten terveyspalvelujen rahoituksen kannalta ole suurta taloudellista merkitystä. □

Kirjallisuus

- Arinen, S., Häkkinen U., Klaukka T., Klavus J., Lehtonen R. ja S. Aro: *Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö*. Stakes ja Kela, SVT: Terveys 1998:5.
- Cherkin, D. C., Grothaus, L. ja E. H. Wagner (1989): "The effect of office visit copayments on preventive care services in an HMO." *Inquiry*, vol. 27 (1), s. 24–38.
- Evans, R. G. (1994): *Market forces vs. regulation*. Discussion paper presented at the OECD high level conference of national experts on health care reform. Paris, 1994.
- Fuchs, V. R. ja M. J. Kramer (1972): *Determinants of expenditures for physicians' services in the United States, 1948–1968*. New York, 1972.
- Harris, B. L., Stergachis, A. ja L. D. Ried (1990): "The effect of drug copayments on utilization and cost of pharmaceuticals in a health maintenance organization." *Medical Care*, vol. 28 (10), s. 907–917.
- Hughes, D. ja A. McGuire (1995): "Patient charges and the utilization of NHS prescription medicines." *Health Economics*, vol. 4 (3), s. 213–220.
- Jämsén, R. (2003): *Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan toimivuus*. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita, 2003:12.
- Jönsson, B. ja P. Musgrove (1997): *Government Financing of Health Care*. Working paper presented at World Bank conference on innovations in health care financing, Washington D.C., March 1997.

- Klavus, J. (2000): *Empirical Studies on the Measurement of Distribution in Health Care*. Stakes, Research Reports 108. Saarijärvi, 2000.
- Klavus, J. ja U. Häkkinen (1995): *Terveyspalvelujen, käyttö, rahoitus ja tulojako*. Stakes, Raportteja 175. Jyväskylä, 1995.
- Klavus, J. ja U. Häkkinen (1996): "Health care and income distribution in Finland." *Health Policy*, vol. 38, s. 31–43.
- Lavers, R. (1989): "Prescription charges, the demand for prescriptions and morbidity." *Applied Economics*, vol. 21, s. 1043–1052.
- Newhouse, J. (1993): *Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment*. Harvard University Press, 1993.
- Newhouse, J. P. ja C. E. Phelps (1974): "Price and income elasticities for medical care services," teoksessa M. Perlman, toim., *The Economics of Health and Medical Care*, Macmillan, London.
- Newhouse, J. P. ja C. E. Phelps (1976): "New estimates of price and income elasticities," teoksessa R. Rosett, toim., *The Role of Health Insurance in the Health Services Sector*. National Bureau of Economic Research, New York.
- O'Brien, B. (1989): "The effect of patient charges on the utilization of prescription medicines." *Journal of Health Economics*, vol. 8 (1), s. 109–132.
- OECD (1987): *Financing and delivering health care: a comparative analysis of the OECD countries*. Paris, 1987.
- Rice, T. (1997): "Can markets give us the health system we want?" *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol. 22, s. 383–426.
- Rosett, R. N. ja L. F. Huang (1973): "The effect of health insurance on the demand for medical care." *Journal of Political Economy*, vol. 81, s. 281–305.
- Scitovsky, A. A. ja N. M. Snyder (1972): "Effect of coinsurance on use of physician services." *Social Security Bulletin*, vol. 35 (6), s. 3–19.
- Scitovsky, A. A. ja N. M. McCall (1977): "Coinsurance and the demand for physician services: four years later." *Social Security Bulletin*, vol. 40, s. 19–27.
- Smith, D. (1993): "The effects of copayments and generic substitution on the use and costs of prescription drugs." *Inquiry*, vol. 30, s. 189–198.
- Stakes (2004): *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportti 2002*, Helsinki, 2004.
- Wedig, G. J. (1988): "Health status and the demand for health." *Journal of Health Economics*, vol. 7, s. 151–163.
- Xu, K., Evans D. B., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J. ja C. J. L. Murray (2003): "Household catastrophic expenditure: a multicountry analysis." *The Lancet*, vol. 362, s. 11–117.