

## Työpaperi 22/2020

Jussi Tervola (THL) ja Pekka Heino (Kela)

# Onko yhdistetyssä terveydenhuollon maksukatossa järkeä?

## Vaikutusarvio eri vaihtoehdoista

Yksi potentiaalinen ja usein ehdotettu keino kotitalouksien suurten terveystennojen pienentämiseksi on lääkekaton, asiakasmaksukaton ja matkakaton yhdistäminen yhdeksi maksukatoksi. Selvityksessä analysoidaan eri tavoilla yhdistetyn maksukaton potentiaalisia vaikutuksia kotitalouksien toimeentulon sekä julkistalouden näkökulmasta.

Tulosten mukaan kolmen katon yhdistäminen kustannusneutraalisti siirtää maksurasitetta yhteensä 30–40 miljoonaa euroa 220 000 eniten maksavalta henkilöltä 180 000 vähemmän maksavalle henkilölle. Maksukattojen yhdistäminen keventäisi ennen kaikkea terveydenhuollon suurkäyttäjien, iäkkäiden ja pienituloisten kotitalouksien maksurasitetta. Vastaavasti kustannusneutraali maksukattojen yhdistäminen kasvattaisi alle 65-vuotiaiden ja parempituloisten kotitalouksien maksuja.

Tulosten perusteella maksukattojen yhdistäminen on toimiva vaihtoehto, jos tavoitteena on helpottaa sairastavimpiin kotitalouksiin kohdistuvaa maksurasitetta vuositasolla. Jos tavoitteena on keventää erityisesti alkuvuoteen kohdistuvaa suurta maksurasitetta, jotkin muut vaihtoehdot ovat todennäköisesti toimivampia.

## Tiivistelmä

Jussi Tervola ja Pekka Heino. Onko yhdistetyssä terveydenhuollon maksukatossa järkeä? Vaikutusarvio eri vaihtoehtoista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpaperi 22/2020. 17 sivua. Helsinki 2020. ISBN 978-952-343-502-5 (verkkojulkaisu)

Kotitalouksien suuria terveysmenoja hillitään ennen kaikkea maksukatoilla, joita on Suomessa erikseen reseptilääkeostoille, julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuille ja terveydenhuoltoon liittyville matkakustannuksille. Yksi potentiaalinen ja usein ehdotettu keino kotitalouksien suurten terveysmenojen pienentämiseksi nykyisestä on eri maksukattojen yhdistäminen.

Tässä selvityksessä analysoidaan yhdistetyn maksukatons vaikutuksia kotitalouksien toimeentuloon eri ikä- ja tuloryhmissä sekä julkistalouteen. Selvitys on tehty mikrosimulointimenetelmällä ja se perustuu yksityiskohtaisiin rekisteritietoihin henkilöiden tuloista, lääkeostoista ja julkisten terveystalouksien käytöstä. Tarkastelussa on monta eri kustannusneutraalia yhdistämistä vaihtoehtoa sen mukaan, yhdistetäänkö myös matkakatto ja onko perheen lapsilla ja vanhemmalla yhteinen maksukatto, kuten asiakasmaksukatossa tällä hetkellä. Lisäksi tarkastellaan ei-kustannusneutraaleita vaihtoehtoja, jotka lisäävät tai vähentävät julkistalouden menoja.

Tulosten mukaan kolmen katon yhdistäminen kustannusneutraalisti siirtää maksurasitetta yhteensä 30–40 miljoonaa euroa 220 000 eniten maksavalta henkilöltä 180 000 vähemmän maksavalle henkilölle. Keskimääräinen maksurasitteen muutos olisi 154–176 euroa asiakasta kohden vuoden aikana. Maksukattojen yhdistäminen keventäisi etenkin yli 75-vuotiaiden ja palveluita eniten käyttävien maksurasitetta. Kattojen yhdistämisestä hyötyisivät ennen kaikkea pienituloiset kotitaloudet, ja useimmissa vaihtoehtoissa suurituloisten kotitalouksien sote-maksut kasvaisivat. Kustannusneutraalilla kattojen yhdistämisellä ei olisi merkittävää vaikutusta toimeentulotuen laskennalliseen tarpeeseen.

Kalenterivuoteen perustuvia maksukattoja on kritisoitu mm. siitä, että ne eivät juuri hillitse alkuvuoteen kohdistuvaa maksurasitetta. Maksukattojen yhdistäminen ei kuitenkaan poistaisi tätä ongelmaa, vaan se keventäisi lähinnä loppuvuoden maksurasitetta. Maksukattojen yhdistämisellä olisi todennäköisesti käyttäytymisvaikutuksia, joita selvityksessä arvioitiin vain sanallisesti. Erityisesti matkakorvausten hakeminen voisi yleistyä, mikä voisi nostaa kattojen yhdistämisen julkisia kustannuksia. Käyttäytymisvaikutusten suuruutta on kuitenkin kokonaisuudessaan haasteellista arvioida ilman soveltuvaa tutkimusnäyttöä.

Keskeinen käytännön haaste maksukattojen yhdistämiselle on nykyinen terveydenhuollon monikanavainen toimeenpano ja rahoitus. Maksukattojen yhdistäminen edellyttäisi Kelan ja kuntien tietojärjestelmien yhdistämistä, joka on mahdollista toteuttaa sote-uudistuksen yhteydessä.

Avainsanat: asiakasmaksut, lääkekorvaukset, matkakorvaukset, maksukatto, terveydenhuolto

## Sisällys

1 Johdanto .....	4
2 Miten laskelma tehtiin? .....	6
3 Kattojen täytyminen nykylainsäädännöllä .....	7
4 Kattojen yhdistämisen vaikutukset.....	9
5 Pohdinta.....	14
Lähteet.....	16
Liite .....	17

# 1 Johdanto

Kotitalouksien terveydenhuoltomenot koostuvat monesta erästä, joita säätelevät omat lainsäädäntölohkonsa. Reseptilääkeostojen, yksityisen terveydenhuollon maksujen ja terveyteen liittyvien matkojen omavastuut määräytyvät Kelan toimeenpaneman sairausvakuutuslainsäädännön kautta. Julkisten terveystalvelujen asiakasmaksut ovat sen sijaan kuntien ja kuntayhtymien määrittämiä, mutta asiakasmaksulaki määrää mm. niiden enimmäismäärät.

Sairastavimmilla henkilöillä eri lähteistä koostuvat terveydenhuollon maksut voivat kohota hyvin suuriksi. Suomessa maksurasitetta on pyritty pienentämään mm. asiakasmaksujen huojentamisvelvoitteella, tuloidonnaisten asiakasmaksujen vähimmäiskäyttövoroilla ja toisaalta vuotuisilla maksukatoilla. Lisäksi pienituloisimmat voivat saada toimeentulotukea terveydenhuollon maksuihin. Kansainvälisten vertailujen perusteella Suomi on kuitenkin onnistunut välttämään maksujen ”katastrofaalista” kasautumista vain keskinkertaisesti (WHO 2019). Vaikuttaa myös siltä, Suomen maksukatot ovat korkeammalla tasolla kuin muissa Pohjoismaissa, vaikkakin kattojen erilaiset piirteet vaikeuttavat maiden välistä vertailua (Keskimäki ym. 2018).

Kansainvälisesti katsoen maksukatto onkin ehkä yleisimmin käytetty keino suuren maksurasitteen ehkäisemiseksi. Sen täyttymisen jälkeen asiakas on pääosin<sup>1</sup> vapautettu maksuista loppuvuoden ajan. Suomessa on käytössä kolme maksukattoa erityyppisille maksuille: lääkekatto korvattujen reseptilääkkeiden omavastuulle (vuonna 2020 577,66 €/v), asiakasmaksukatto julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuille (683 €/v) ja matkakatto terveyteen liittyvien matkojen kustannuksille (300 €/v). Monien muiden maksujen, kuten suuren terveydenhuollon ja kotisairaanhoidon asiakasmaksujen kertymistä ei ole rajoitettu maksukatoilla, jolloin niistä kertyvät omavastuut voivat muodostua pahimmillaan hyvin korkeiksi. Marinin hallitus on kuitenkin ehdottanut myös näiden erien lisäämistä julkisen terveydenhuollon asiakasmaksukattoon (STM 2020).

Yksittäin eri maksukatot ehkäisevät suuria terveystalvelojen syntymistä tietyn menoerän osalta. Esimerkiksi monisairailta voi olla kuitenkin useita erityyppisiä terveystalveloja, jolloin omavastuiden yhteissumma voi muodostua korkeaksi. Jos kaikki kolme kattoa täyttyvät, yhteissummaksi tulee vuonna 2020 noin 1561 €/v. Koska kaikki katot kertyvät kalenterivuositain ja nollautuvat aina vuoden vaihtuessa, maksurasite keskittyy usein vuoden alkuun.

Suuren maksurasitteen ehkäisemiseksi on ehdotettu lukuisia keinoja, joista monet liittyvät maksukatton muuttamiseen tavalla tai toisella. On ehdotettu maksukatton hajauttamista siten, että eri kattojen kertyminen alkaisi eri kuukausina tai että ne alkaisivat kertyä sinä kuukautena, kun ensimmäinen maksu maksetaan. Lääkekaton osalta on myös ehdotettu katon jaksottamista esimerkiksi 12 kuukaudelle, osamaksumenettelyä tai sosiaalisen luototuksen kaltaista menettelyä (Ruskoaho 2018). Ehdotuksissa on kuitenkin ajoittain ollut vaihtelua ja epäselvyyttä siinä, mitä ongelmaa niillä pyritään korjaamaan: suurta maksukertymää koko vuoden ajalta vai vain alkuvuoden osalta.

Yksi usein esillä ollut keino maksurasitteen pienentämiseen on eri maksukatton yhdistäminen yhdeksi katoksi. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on asiantuntijalausunnoissaan (THL 2020) peräänkuulluttanut yhdistetyn maksukatton arviointia, ja sosiaali- ja terveystalvelun kattojärjestö SOSTE ry (2020) on ehdottanut yhdistettyä maksukattoa, jossa kuitenkin myös erilliset maksukatot säilyisivät. Tässä selvityksessä tarkastellaan yhdistetyn maksukatton vaikutuksia tarkemmin eri näkökulmista. Tarkastelu keskittyy ns.

---

<sup>1</sup> Maksukatton täyttymisen jälkeen reseptilääkkeistä peritään vielä 2,50 euroa ostokertaa kohti ja annosjaeltavista lääkkeistä 0,21 euroa toimitusviikkoa kohti. Myös lyhytaikaisesta laitoshoidosta voidaan periä enintään 22,50 euroa päivältä asiakasmaksukatton täytyttyä.

suoraviivaisesti yhdistettyyn maksukattoon, eikä porrastettuihin vaihtoehtoihin, joihin myös SOSTEn ehdottama malli kuuluu.

Yhdistetyn maksukaton idea on yksinkertaisesti se, että lääkeostojen, julkisen terveydenhuollon maksujen ja mahdollisesti matkakustannusten omavastuut kerryttäisivät samaa maksukattoa, mikä hillitsisi korkeita maksukertymiä. Aiemmin Mikkola ym. (2009) ovat arvioineet lääkekaton ja asiakasmaksukaton yhdistämistä eri vaihtoehtoilla. Arviossa kustannusneutraalin maksukaton taso oli noin 840 euroa ja yllättäen se olisi hieman nostanut kaikista pienituloisimpien maksuja. Arvioinnin jälkeen kuitenkin moni asia on muuttunut: väestö on ikääntynyt ja useita terveydenhuollon maksuja on korotettu (Aaltonen ym. 2017; Tervola ym. 2018). Myös rekisteriaineistot ja arviointimenetelmät ovat kehittyneet paljon.

Tässä selvityksessä keskitytään seuraaviin kysymyksiin: 1) mikä olisi eri tavoilla yhdistettyjen maksukattojen kustannusneutraali taso tällä hetkellä? 2) missä tulo- ja ikäryhmissä maksut kasvaisivat ja pienentyisivät kustannusneutraalin yhdistämisen seurauksena? Lisäksi tässä artikkelissa arvioidaan erilaisten eikustannusneutraalien yhdistämisen vaikutuksia.

Kattojen yhdistämisen voi tehdä monella tapaa. Vaihtoehtoja on mm. siinä, yhdistetäänkö kaikki kolme kattoa vai jätetäänkö matkakorvaukset yhdistetyn katon ulkopuolelle. Aiempi arvio (Mikkola ym. 2009) jätti matkakaton laskelman ulkopuolelle, koska matkakaton yhdistämisen katsottiin merkittävästi heikentävän sellaisten henkilöiden asemaa, joilla vain matkakulut olivat korkeita. Maksujen epätasainen jakautuminen on kuitenkin yhtäläillä mahdollista myös muiden erien eli lääkeostojen ja asiakasmaksujen välillä. Siksi käsillä olevassa selvityksessä tehdään laskelmat sekä ilman matkakaton yhdistämistä että sen kanssa.

Kattojen yhdistämisessä tulee tehdä myös valinta siitä, kerryttävätkö alaikäisen lapsen ja vanhemman maksut yhteistä kattoa. Tällä hetkellä vain asiakasmaksukatto on yhteinen lapselle ja (toiselle) vanhemmalle. Yhteinen katto parantaa jonkin verran lapsiperheiden asemaa, kun vanhemmalla ja lapsella on kummallakin sote-menoja. Tässä selvityksessä laskelmat tehdään kummallakin vaihtoehdolla: sekä täysin yksilöllisellä katolla että lapsen ja vanhemman yhteisellä katolla.

Laskelma tehdään SOTE-SISU-mikrosimulointimallilla, joka perustuu noin 800 000 henkilön rekisteriotosaineistoon. Pohja-aineiston tulotietojen ja simulointimallin avulla arvioimme myös, mikä vaikutus maksukattojen yhdistämisellä on toimeentulotuen tarpeeseen.

Seuraavaksi esittelemme tarkemmin laskelmassa käytetyt aineistot ja menetelmät, josta siirrymme kuvaamaan maksukattojen täyttymisen yleisyyttä ikä- ja tuloryhmissä. Tämän jälkeen esitämme varsinaiset vaikutusarviot maksukattojen yhdistämisestä ja lopuksi pohdimme niiden merkitystä.

## 2 Miten laskelma tehtiin?

Vaikutusarvio perustuu niin sanottuun SOTE-SISU-rekisteriaineistoon, johon on yhdistetty noin 800 000 henkilön rekisteritietoja mm. Digi- ja väestötietovirastosta, Verohallinnosta, Kelasta ja THL:stä vuodelta 2017. Käytännössä tutkimusaineisto on koottu yhdistämällä Tilastokeskuksen valmis SISU-rekisteriaineisto Kelan ylläpitämiin sairausvakuutuskorvausten rekisterien sekä THL:n ylläpitämän hoitoilmoitusrekisterin tietoihin.

Sairausvakuutuskorvausrekisterit sisältävät tiedot reseptilääkkeiden sekä matkojen korvauksista ja omavastuista. Hoitoilmoitusrekisteri sisältää tiedot julkisen terveydenhuollon käytöstä, jonka pohjalta voidaan arvioida asiakasmaksujen kertymistä. Arviot asiakasmaksuista perustuvat kuntien ja kuntayhtymien soveltamiin maksutasoihin noin vuodelta 2017 (ks. Tervola ym. 2019). Käytetty otosaineisto edustaa koko väestöä, ja selvityksessä esitetyt luvut on painotettu vastaamaan vaikutuksia koko väestön tasolla.

Arviointi tehdään mikrosimulointimenetelmällä. Aineisto sisältää henkilöiden maksutapahtumat päivätasolla, mikä mahdollistaa maksukatton muutosten tarkan arvioinnin. Arvio perustuu vuoden 2017 palvelujen ja lääkkeiden käyttötietoihin, mutta henkilöiden maksut on ”ajantasaistettu” uusimpaan lainsäädäntöön simuloimalla ne vuoden 2020 lainsäädännön mukaan. Tällöin mm. lääkekattoon tehdyt viimeaikaiset muutokset tulee huomioida.

Asiakasmaksujen osalta otamme ensisijaiseksi lähtökohdaksi Marinin hallituksen alustavasti ehdottamaa lainsäädäntöä (STM 2020), jossa myös suun terveydenhuollon sekä tilapäisen kotisairaanhoidon maksut kerryttävät maksukattoa, ja terveyskeskuksen hoitajakäynnit sekä alaikäisten poliklinikkakäynnit ovat maksuttomia. Kaikissa selvityksen laskelmissa myös toimeentulotuesta korvattujen asiakasmaksujen oletetaan kerryttävän maksukattoa, mikä vastaa ehdotettua lainsäädäntöä (STM 2020), mutta eroaa nykylainsäädännöstä. Lisäksi oletamme, että palvelunjärjestäjät eivät ole soveltaneet asiakasmaksulain 11 § 2 momentin toimintatapaa, jonka mukaan kunta voi huojentaa terveydenhuollon asiakasmaksuja, jos niiden katsotaan vaarantavan asiakkaan ”toimeentulon edellytyksiä”. Toisin kuin sosiaalihuollon maksuissa sekä tulosidon- naisissa maksuissa, maksukattoa kerryttävien maksujen harkinnanvarainen alentaminen on vapaaehtoista.

Vertaamme lähtötilanteen maksukertymiä simuloituihin maksuihin, jotka perittäisiin yhdistetyn maksukatton vallitessa. Laskelma on staattinen, joten palvelujen ja lääkkeiden käytön oletetaan pysyvän vuoden 2017 toteuman mukaisena. Yhdistetyn maksukatton mahdollisia käyttäytymisvaikutuksia pohditaan viimeisessä luvussa.

Osassa arvioista vanhemmalla ja hänen alaikäisellä lapsellaan on yhteinen maksukatto. Olemme valinneet yhteiseen maksukattoon sen vanhemman, jolla on enemmän terveydenhuollon maksuja vuoden aikana. Arvioimme lisäksi yhdistetyn maksukatton vaikutukset myös kotitalouksien perustoimeentulotuen tarpeeseen. Arvio kotitalouksien oikeudesta toimeentulotukeen perustuu SISU-mikrosimulointimallilla laskettuihin vuositulotietoihin sekä kuukausittaisten sote-maksujen määrään vuoden 2020 lainsäädännön perusteella. Vuoden 2020 euromääräiset lakiparametrit on deflatoitu aineistovuoden (2017) tasolle. Tulojen kuukausivaihtelua ei siis pystytä huomioimaan, mutta sote-maksujen kuukausivaihtelu on otettu huomioon. Lisäksi laskelmassa ei pystytä ottamaan huomioon sellaista kotitalouksien varallisuutta, joka saattaa poistaa kotitalouden oikeuden toimeentulotukeen.

## 3 Kattojen täytyminen nykyainsäädännöllä

Taulukossa 1 on esitetty kattojen nykytasot sekä tietoa kattojen ylittymisestä nykyainsäädännöllä. Tiedot pohjautuvat aineistosimulointeihin. Taulukosta nähdään, että noin 7 prosentilla eli 410 000 suomalaisella ylittyy jokin maksukatto. Eri katoista lääkekatto ylittyy yleisimmin. Se ylittyy noin neljännesmiljoonalla henkilöllä vuoden aikana. Matkakatto ylittyy selvästi harvinten. Toisaalta jos luvut suhteutetaan kyseisen korvauksen saajiin tai palvelun käyttäjiin, matkakatto ylittyy suhteellisesti useimmin, yli kymmenyksellä matkakorvausten saajista.

**Taulukko 1. Maksukattojen tasot ja maksukatot ylittäneiden henkilöiden lukumäärät. Laskennallinen arvio vuoden 2017 palvelukäytön ja vuoden 2020<sup>a</sup> lainsäädännön mukaan**

	Lääkekatto	Asiakasmaksukatto <sup>a</sup>	Matkakatto	Yhteensä
Maksukatto vuonna 2020, €/v	577,66	683	300	1 560,66
Katon ylittäneitä, hlö	243 000	190 000	64 000	410 000
Katon ylittäneitä, % väestöstä	4,4	3,4	1,2	7,4
Katon ylittäneitä, % asiakkaista <sup>b</sup>	6,5	4,7	11,1	9,1
Joista lääkekaton ylittäneitä, %	(100)	25,8	30,4	59,2 <sup>c</sup>
asiakasmaksukaton ylittäneitä, %	20,2	(100)	47,0	46,4 <sup>c</sup>
matkakaton ylittäneitä, %	8,0	15,8	(100)	15,6 <sup>c</sup>
kaikkien kattojen ylittäneitä, %	4,8	6,2	18,3	2,9 <sup>c</sup>

Huom. Taulukon laskennalliset tiedot lääkekaton ja matkakaton ylittäneistä eroavat Kelan tilastoimista lisäkorvausten saajista.

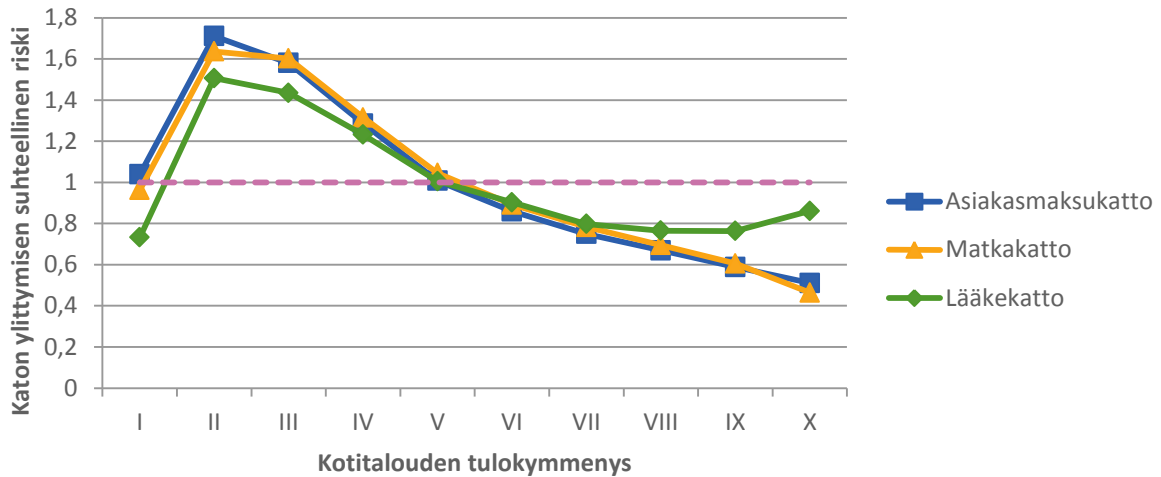
<sup>a</sup> Asiakasmaksukaton tiedot on arvioitu vahvistamattomalla, hallituksen ehdottamalla lainsäädännöllä (STM 2020).

<sup>b</sup> Asiakkailta viitataan kyseisen sv-korvauksen saajiin ja asiakasmaksukaton kohdalla julkisen terveydenhuollon käyttäjiin.

<sup>c</sup> Osuus asiakkaista, joilla täyttynyt vähintään yksi katto.

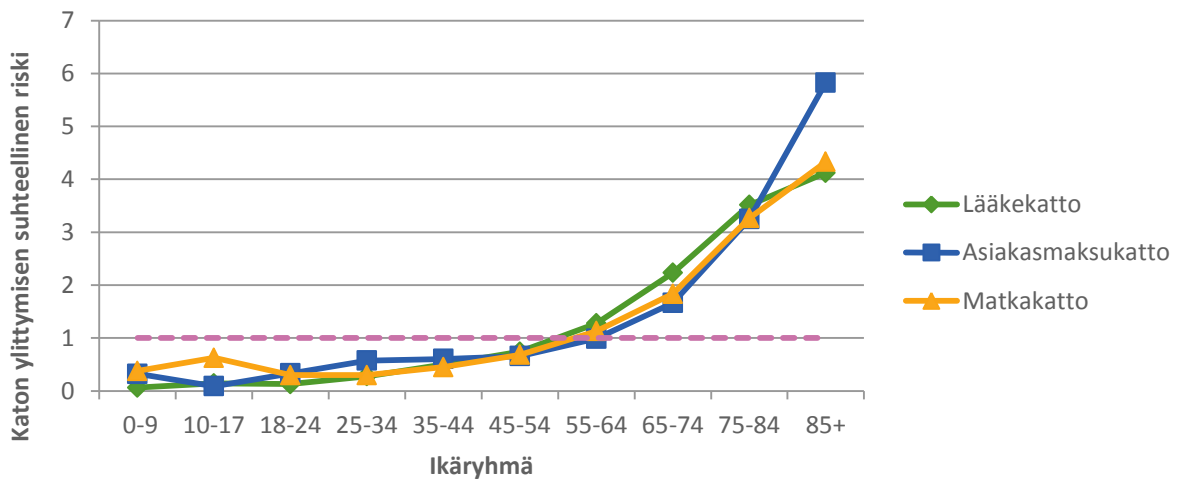
Ainakin yhden maksukaton ylittäneistä 18 prosentilla eli 75 000 henkilöllä ylittyy myös jokin toinen katto. Arviolta 12 000 henkilöllä ylittyy kaikki kolme kattoa vuoden aikana. Lukumäärällisesti yleisin yhdistelmä on, että henkilöllä ylittyy sekä lääke- että asiakasmaksukatto. Toisaalta matkakaton ylittäjillä on suhteellisesti yleisintä, että jokin toinenkin katto ylittyy. Lähes puolella (47 %) matkakaton ylittäneistä henkilöistä ylittyy myös asiakasmaksukatto.

Tiedetään, että lääkkeiden ja matkojen omavastuut sekä asiakasmaksut kohdistuvat ennen kaikkea pienituloisille ja ikääntyneille (Blomgren ym. 2016; Peltola & Vaalavuo 2018; Tervola ym. 2020). Kuviosta 1 nähdään, että myös maksukatot täyttyvät yleisimmin pienituloisissa kotitalouksissa. Lisäksi eri kattojen samanaikainen ylittyminen on yleisintä alimmissa tulokymmenyksissä (ei kuviossa). Aivan alimmassa tulokymmenyksessä maksukatto täyttyy kuitenkin suhteellisen harvoin, mikä on linjassa omavastuiden ja asiakasmaksujen jakautumisen kanssa (Tervola ym. 2020). Alimmassa tulokymmenyksessä on mm. paljon opiskelijoita, joilla on suhteellisen vähän terveysmenoja ja toisaalta joiden opiskelijaterveydenhuollon maksuja ei lasketa maksukattoon. Alimmassa tulokymmenyksessä voi olla myös heikosta maksukyvyistä johtuvaa tyydyttämätöntä terveyspalveluiden tarvetta. Kuviosta 1 nähdään myös, että lääkekaton täyttyminen ei kohdennu yhtä voimakkaasti pienituloisiin kuin asiakasmaksu- ja matkakaton täyttyminen, mikä on linjassa eri omavastuiden kohdentumisen kanssa (Tervola ym. 2020).



**Kuvio 1. Maksukaton ylittymisen suhteellinen riski henkilötasolla kotitalouden tulokymmenyksen mukaan (1= väestössä keskimäärin). Vuoden 2017 palvelunkäyttö ja vuoden 2020 lainsäädäntö**

Maksukatot täyttyvät etenkin henkilöillä, joilla on muita suurempi tarve terveydenhuollolle ja jotka käyttävät terveydenhuoltoa eniten. Heitä on suhteellisesti eniten iäkkäiden keskuudessa. Yli 85-vuotiaista reilulla kolmanneksella täyttyy jokin maksukatto, ja kymmenellä prosentilla heistä täyttyi vähintään kaksi kattoa. Harvimminkin maksukatto täyttyy 18–24-vuotiailla. Kuviosta 2 nähdään, että lääke-, asiakasmaksu- ja matkakatto täyttyvät suhteellisesti melko samoissa määrin eri ikäryhmissä. Asiakasmaksukatto täyttyy muita kattoja useammin vielä yli 85-vuotiailla. Matkakatto täyttyy muita useammin alaikäisillä.



**Kuvio 2. Maksukaton ylittymisen suhteellinen riski henkilön ikäryhmän mukaan (1= väestössä keskimäärin). Vuoden 2017 palvelunkäyttö ja vuoden 2020 lainsäädäntö**

Eri maksukattojen yleisyydestä ei kuitenkaan voi suoraan päätellä yhdistetyn maksukaton vaikutuksia. Yhdistetty maksukatto voi hyvin täytyä, vaikka yhtään erillistä maksukattoa ei täyttyisi. Siksi seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin yhdistetyn maksukaton vaikutuksia.



## 4 Kattojen yhdistämisen vaikutukset

Taulukossa 2 on esitetty kustannusneutraalin yhdistetyn maksukaton vaikutuksia viidellä eri vaihtoehdolla. Vaihtoehdot eroavat sen suhteen, yhdistetäänkö myös matkakatto lääke- ja asiakasmaksukaton kanssa, ja onko alaikäisillä lapsilla yhteinen maksukatto vanhemman kanssa. Laskelmat perustuvat asiakasmaksujen osalta hallituksen lakiesityksen luonnoksen mukaiseen lainsäädäntöön (STM 2020), mutta viidennessä sarakkeessa on esitetty kattojen yhdistäminen asiakasmaksujen nykyllä lainsäädännön (2020) mukaan.

Kustannusneutraalin yhdistetyn maksukaton taso vaihtelisi vaihtoehdosta riippuen 939 ja 1 031 euron välillä. Pienimmillään (939 €/v) kustannusneutraali maksukatto olisi, jos yhdistetään vain lääke- ja asiakasmaksukatto niin, että alaikäisillä olisi omat maksukattonsa. Suurimmillaan (1 031 €/v) se on silloin, jos myös matkakatto yhdistetään, ja alaikäisillä olisi yhteinen maksukatto vanhemman kanssa.

Yhdistetyt maksukatot ovat odotetusti huomattavasti pienempiä kuin nykykattojen yhteenlaskettu taso (1561 €/v), mutta kuitenkin korkeampi kuin yksikään yksittäinen nykyinen katto. Kaiken kaikkiaan kattojen yhdistäminen siirtäisi 28–37 miljoonaa euroa enemmän maksavilta asiakkailta vähemmän maksaville. Jos matkakatto olisi mukana yhdistetyssä katossa, uudelleenjaon määrä olisi korkeampi eli 37 miljoonaa euroa. Nykylainsäädännöllä noin 7,4 prosentilla väestöstä täyttyy vähintään yksi maksukatto. Yhdistetty maksukatto täyttyisi tätä pienemmällä joukolla, mutta kuitenkin selvästi suuremmalla joukolla kuin yksikään yksittäinen katto nykyisin (vrt. taulukko 1).

Maksukattojen kustannusneutraali yhdistäminen muuttaisi noin 400 000 henkilön omavastuita. Kustannusneutraalissa uudistuksessa menettäjiä olisi hieman enemmän kuin hyötyjiä. Siksi keskimääräinen hyöty olisi joka vaihtoehdossa vastaavasti korkeampi kuin keskimääräinen menetys. Esimerkiksi kaikkien kolmen katon yhdistämisessä keskimääräinen hyöty olisi esimerkiksi 176 €/v ja keskimääräinen menetys 154 €/v.

**Taulukko 2. Kattojen kustannusneutraalin yhdistämisen vaikutukset viidellä eri vaihtoehdolla. Vuoden 2017 palvelunkäyttö ja vuoden 2020 lainsäädäntö**

	Lääke +asma	Lääke +asma	Lääke+asma +matka	Lääke+asma +matka	Lääke+asma +matka
Alaikäiset vanhemman katossa		X		X	X
Uusi asiakasmaksulainsäädäntö (HE)	X	X	X	X	
Neutraali katon taso, €/v	939	957	1008	1031	1015
Uudelleenjaettu määrä, M€	28	28	37	37	37
Uuden katon ylittäjiä, % väestöstä	6,1	5,7	6,5	6,1	5,9
Vaikutusjoukko, 1000 hlö	406	422	428	446	443
Hyötyjiä, % vaikutusjoukosta	45	48	44	47	46
Keskiahio, €/v	153	140	194	176	178
Keskimenetys, €/v	127	127	155	154	155
Lääkeomavastuut, muutos M€	+6	+6	+8	+8	+10
Asiakasmaksut, muutos M€	-6	-6	-7	-7	-8
Matkaomavastuut, muutos M€			-1	-2	-2
Toimeentulotukioikeus, muutos M€	+2	+1	+3	+3	+2

Huom. kustannusneutraalius on asetettu maksujen suhteen ilman toimeentulotuen huomiointia. Vaikutusjoukkoon ja keskimuutoksiin on laskettu kaikki henkilöt, joilla maksut muuttuu enemmän kuin yhden euron vuodessa.

Taulukosta 2 nähdään myös, että maksukattojen kustannusneutraali yhdistäminen lisäisi kotitalouksien maksamia reseptilääkkeiden omavastuita noin 6-10 miljoonaa euroa ja vähentäisi vastaavasti maksettuja

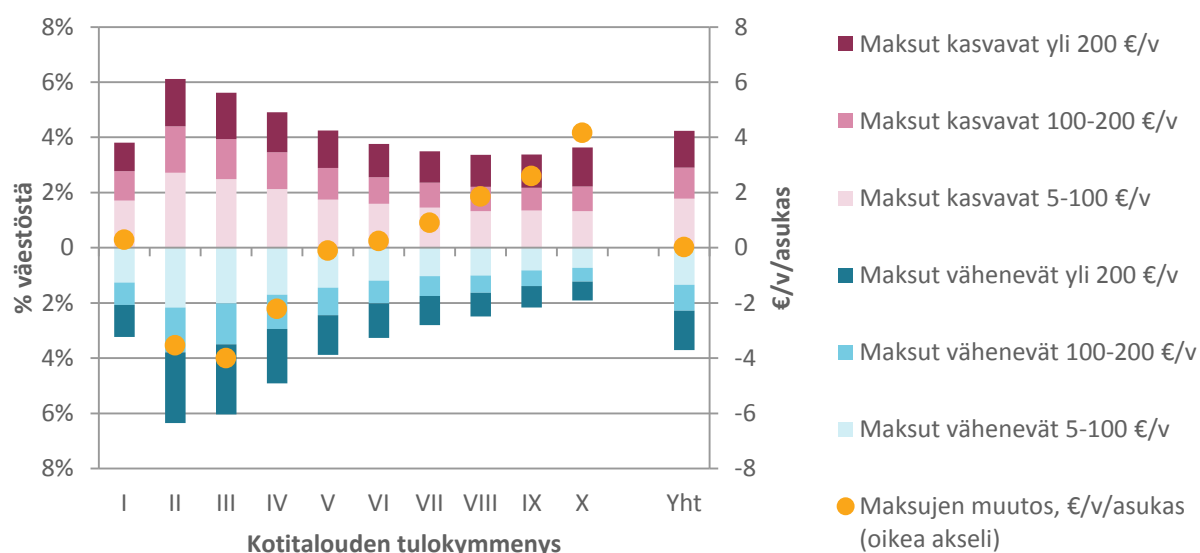
asiakasmaksuja. Jos matkakatto yhdistettäisiin samaan kattoon, myös matkojen omavastuut vähenisivät hieman. Nämä vaikutukset perustuvat siihen, miten erityyppiset menoerät korreloivat keskenään henkilötasolla. Lääkekaton ylittäjillä muut maksukatot täyttyvät suhteellisen harvinten (Taulukko 1). Heidän joukossaan on siten todennäköisesti työterveyshuollon tai yksityisen terveydenhuollon käyttäjiä, joille ei kerry julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuja.

Taulukon 2 eri vaihtoehdot on asetettu kustannusneutraaleiksi maksumuutosten suhteen. Maksujen lisäksi reformilla voisi olla vaikutusta toimeentulotuen menoihin. Arvion mukaan vaikutus toimeentulotukeen olisi marginaalisesti käyttöä lisäävä. Tulos selittyy pitkälti maksukattojen yhdistämisen tulonjakovaikutuksilla ja toisaalta maksujen kuukausivaihtelulla, joihin palaamme myöhemmin.

Kaikissa kustannusneutraaleissa vaihtoehdoissa maksukattojen yhdistäminen keventää erityisesti toiseksi ja kolmanneksi alimman tulokymmenyksen maksurasitetta ja vastaavasti lisää sitä parempituloisilla. Muutoksen vaikutus on keskimäärin sitä positiivisempi, mitä pienituloisempaa tulokymmenystä tarkastellaan. Poikkeuksena tästä on alin tulokymmenys, jossa maksut voivat jopa kasvaa hieman kustannusneutraalin yhdistämisen seurauksena. Jos matkakatto yhdistetään kustannusneutraalisti samaan maksukattoon, pienituloisten asema paranee hieman enemmän kuin jos se säilytettäisiin erillisenä. Alaikäisen ja vanhemman yhteinen maksukatto ei juuri muuta maksukattojen yhdistämisen tulonjakovaikutusta.

Seuraavaksi keskitymme analysoimaan taulukossa 2 esitetyn neljännen kustannusneutraalin vaihtoehdon vaikutuksia (matkakatto mukana, alaikäisillä ja vanhemmalla yhteinen katto). Kuvioista 3 nähdään, että kaikissa tulokymmenyksissä osa henkilöistä hyötyy ja osa menettää kattojen yhdistämisen seurauksena. Ylimmissä ja aivan alimmassa tulokymmenyksessä menettäjiä on enemmän hyötyjiä. Muuten alimmissa tulokymmenyksissä menettäjiä ja hyötyjiä on suurin piirtein yhtä paljon.

Tulonjakovaikutus ei kuitenkaan synny vain hyötyjien ja voittajien määrän mukaan, vaan myös maksumuutoksen suuruuden perusteella. Alimmissa tulokymmenyksissä keskimääräinen hyöty on suurempi kuin keskimääräinen menetys, minkä johdosta keskimääräinen toimeentulo parantuu alinta tulokymmenystä lukuun ottamatta. Ylimmissä tulokymmenyksissä ero on päinvastainen.

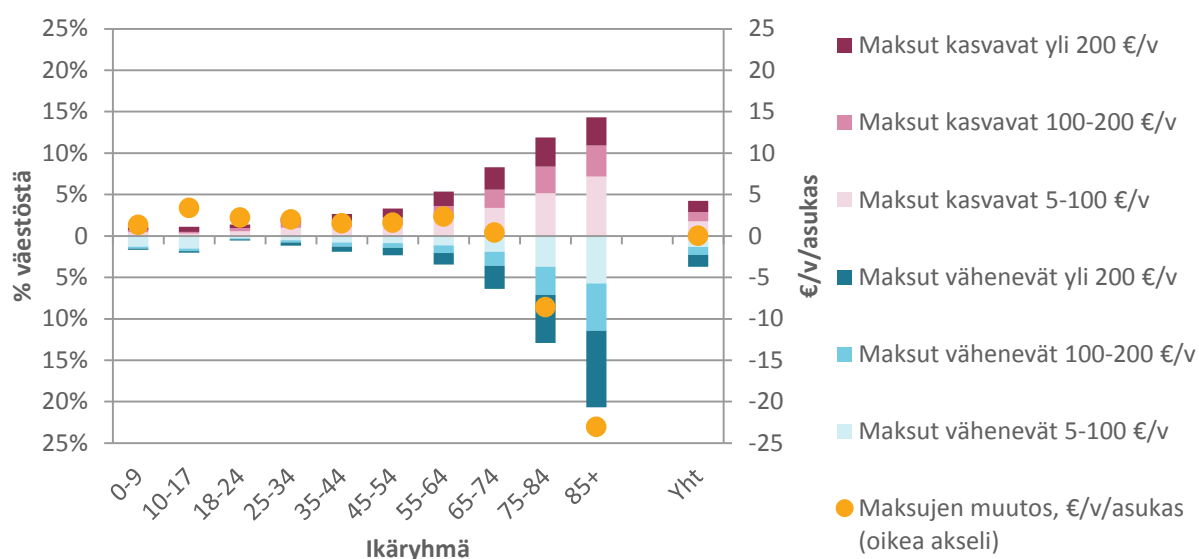


**Kuvio 3. Kustannusneutraalisti yhdistetyn maksukaton vaikutukset henkilöittäin kotitalouden tulokymmenyksen mukaan. Vuoden 2017 palvelunkäyttö ja vuoden 2020 lainsäädäntö**

On hyvä huomioda, että kuviossa 3 esitetyt luvut ovat euromääräisiä. Tuloihin suhteutettuna vaikutukset näyttäytyisivät paljon voimakkaampina pienituloisten keskuudessa ja toisaalta pienempinä suurituloisten

keskuudessa. Lisäksi pelkästään tuloihin perustuvat kymmenykset eivät välttämättä kuvaa toimeentuloa luotettavasti, sillä terveydenhuollon käyttö ja siihen liittyvät maksut ovat suurimmillaan toiseksi alimmassa tulokymmenyksessä (Tervola ym. 2020). Vaihtoehtoinen tarkastelu on muodostaa tulokymmenykset terveydenhuoltomenojen jälkeen käteen jäävien tulojen mukaan. Silloin kattojen yhdistäminen helpottaa eumääräisesti eniten toimeentuloa alimman tulokymmenyksen kotitalouksissa (ks. liitekuvio 1).

Kuviossa 4 on esitetty saman vaihtoehdon vaikutukset eri ikäryhmissä. Vaikutukset painottuvat voimakkaasti ikääntyneisiin sekä henkilöiden lukumäärän että keskimääräisen vaikutuksen näkökulmasta. Maksukattojen kustannusneutraali yhdistäminen nostaa keskimääräisiä omavastuukertymiä kaikissa alle 65-vuotiaiden ryhmissä. 65–74-vuotiaiden kohdalla maksukattojen yhdistäminen on kutakuinkin kustannusneutraalia. Yli 75-vuotiaiden ryhmissä, jossa eri kattojen täytyminen ja suuret omavastuukertymät ovat yleisiä, omavastuukertymät pienentyvät reilusti. Jokaisessa ikäryhmässä on kuitenkin sekä hyötyjiä että menettäjiä.



**Kuvio 4. Kustannusneutraalisti yhdistetyn maksukaton vaikutukset ikäryhmittäin. Vuoden 2017 palvelunkäyttö ja vuoden 2020 lainsäädäntö**

Yllä esitetyissä tarkasteluissa maksukatot yhdistettiin kustannusneutraalisti. Taulukossa 3 on esitetty viiden eritasoisen yhdistetyn maksukaton vaikutukset maksukertymiin. Analyysi keskittyy jälleen neljanteen vaihtoehtoon, jossa yhdistetään kaikki kolme kattoa, ja alaikäisillä ja vanhemmalla on yhteinen katto. Asiakasmaksut perustuvat hallituksen esityksen luonnokseen (STM 2020).

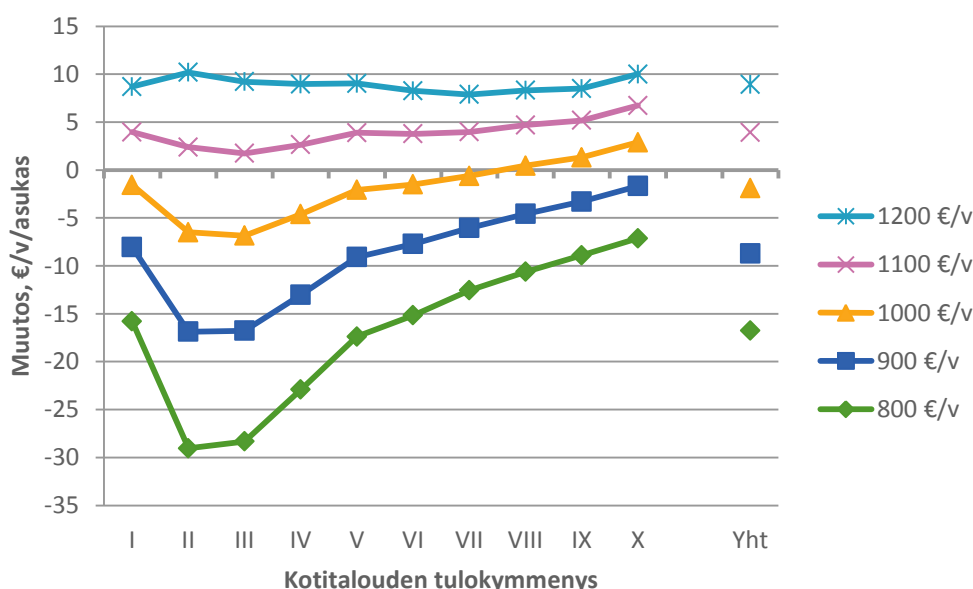
Yhdistetty maksukatto, jonka taso olisi 800 euroa, vähentäisi kotitalouksien maksuja 71 miljoonaa euroa. Vastaavasti 1200 euron maksukatto lisäisi maksuja 38 miljoonaa euroa. Mitä matalampi yhdistetty katto olisi, sitä suurempaa määrää ihmisiä se koskettaisi ja sitä useampi henkilö siitä hyötyisi. 800 ja 900 euron suuret yhdistetyt katot pienentäisivät kaikkia eri maksueriä, mukaan lukien lääkkeiden omavastuita, jotka kustannusneutraaleissa vaihtoehtoisissa kasvaisivat. Sen sijaan 1200 euron katossa kaikki omavastuuerät kasvaisivat.

**Taulukko 3. Kattojen yhdistämisen vaikutukset viidellä eri kattotasolla. Vuoden 2017 palvelukäyttö ja vuoden 2020 lainsäädäntö**

Katon taso, €/v	800	900	1000	1100	1200
Kotitalouksien maksujen muutos, M€	-71	-37	-8	+16	+38
Uudellenjaettu määrä, M€	84	60	41	44	56
Uuden katon ylittäjiä, % väestöstä	8,8	7,4	6,4	5,5	4,8
Vaikutusjoukko, 1000 hlö	527	481	452	436	427
Hyötyjiä, % vaikutusjoukosta	74	62	50	39	30
Keskihyöty, €/v	215	200	182	161	139
Keskimenetys, €/v	98	124	147	167	186
Lääkeomavastuut, muutos M€	-26	-9	+5	+16	+26
Asiakasmaksut, muutos M€	-35	-21	-10	0	+8
Matkaomavastuut, muutos M€	-10	-6	-3	0	+3
Toimeentulotukioikeus, muutos M€	-7	-3	+1	+5	+9

Huom. kaikissa vaihtoehdoissa yhdistetään kaikki kolme maksukattoa niin, että alaikäisillä ja vanhemmalla on yhteinen katto. Toimeentulotukioikeuden muutokset eivät ole mukana julkistaloudellisissa kokonaisvaikutuksissa tai keskimuutoksissa.

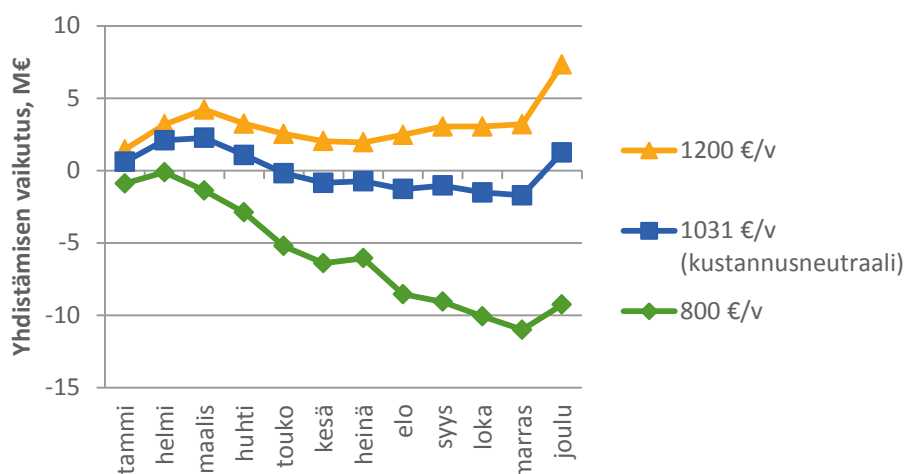
Kuviossa 5 on esitetty erisuuruisten yhdistettyjen maksukattojen tulonjakovaikutuksia. Mitä suurempi katto olisi, sitä vähemmän se helpottaisi pienituloisten toimeentuloa suhteessa suurituloisiin. Yhdistetyn katon asettaminen 800 tai 900 euroon laskee maksuja keskimäärin kaikissa tulokymmenyksissä kohdistuen voimakkaammin tulojakauman alapäähän. Sen sijaan katon asettaminen 1100 tai 1200 euroon nostaa maksuja keskimäärin kaikissa tulokymmenyksissä. Sen sijaan 1000 euron yhdistetty katto, joka on lähellä kustannusneutraalia vaihtoehtoa, laskee maksuja pienituloisimmissa tulokymmenyksissä ja nostaa niitä suurituloisimmissa.

**Kuvio 5. Maksukattojen yhdistämisen tulonjakovaikutukset viidellä eri kattotasolla**

Huom. vaihtoehdoissa yhdistetään kaikki kolme maksukattoa. Alaikäisillä ja vanhemmalla on yhteinen maksukatto.

Yksi keskeinen motivaatio yhdistetylle maksukatolle on keventää maksutaakkaa, joka kohdistuu vuotuisten maksukattojen takia alkuvuoteen. On kuitenkin epäselvää, helpottaisiko yhdistetty maksukatto alkuvuoden

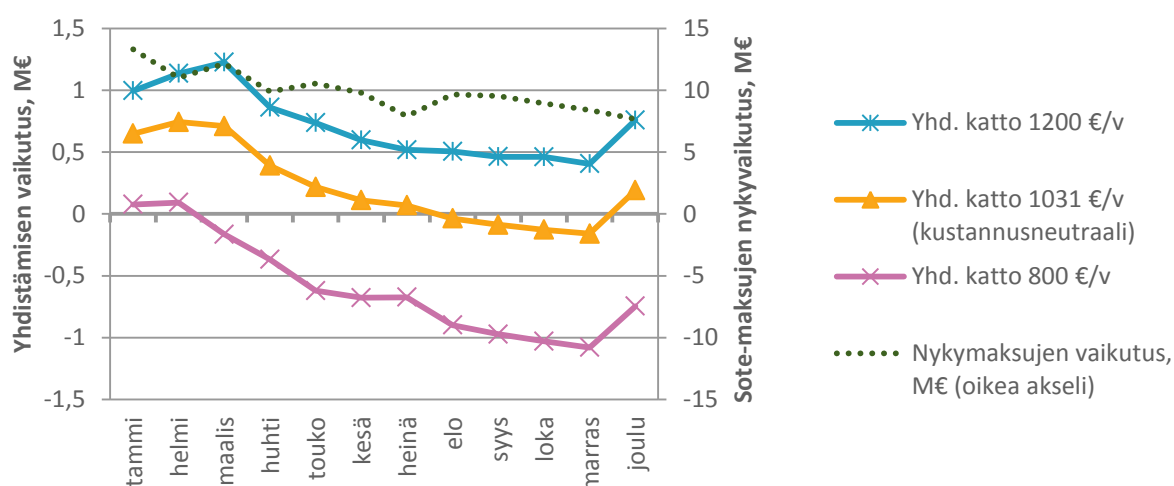
maksurasitetta keskimäärin. Kuviossa 6 on esitetty, miten sote-maksujen kuukausittaiset kokonaissummat muuttuisivat, jos maksukatot yhdistettäisiin. Kaikissa vaihtoehdoissa maksukatot yhdistäminen vaikuttaisi eniten loppuvuoden maksuihin. Kustannusneutraali yhdistäminen jopa lisää jonkin verran alkuvuoteen kohdistuvaa maksurasitusta.



**Kuvio 6. Kattojen yhdistämisen sote-maksujen kokonaissummaan kuukausitasolla kolmella eri yhdistetyn katon tasolla**

Huom. vaihtoehdoissa yhdistetään kaikki kolme maksukattoa. Alaikäisillä ja vanhemmalla on yhteinen katto.

Kuvio 6 keskittyy maksuihin yleisesti, mutta on mahdollista, että vaikutus olisi erilainen pienituloisten keskuudessa, joille suurimmat maksukertymät keskittyvät. Yksi indikaattori maksurasitteelle pienituloisten keskuudessa on laskennallinen toimeentulotukioikeuden muutos. Kaiken kaikkiaan sote-maksut lisäävät toimeentulotukioikeutta laskennallisesti vuoden aikana noin 120 miljoonaa euroa, joka kohdistuu odotetusti enemmän alkuvuoteen (kuvio 7). Maksukatot yhdistäminen vähentäisi toimeentulotuen tarvetta ennen kaikkea loppuvuonna. Matalinkaan maksukattovaihtoehto ei vähennä laskennallisen toimeentulotuen määrää alkuvuonna.



**Kuvio 7. Kattojen yhdistämisen vaikutukset laskennalliseen toimeentulotukisummaan kuukausittain**

Huom. kuukausivaihtelu perustuu sote-maksuihin. Henkilöiden tuloista käytetään vuoden keskimääräistä tietoa.

## 5 Pohdinta

Tässä selvityksessä arvioitiin lääkekaton, asiakasmaksukaton ja matkakaton vaikutuksia sekä kustannusneutraalisti että eri maksukattotasolla. Maksukattojen yhdistäminen on yksi tapa lieventää eniten sairastaviin ja pienituloisiin kotitalouksiin kohdistuvaa maksurasitetta. Tulosten perusteella maksukattojen kustannusneutraali yhdistäminen siirtäisi noin 30–40 miljoonaa euroa väestönosalta toiselle. Se koskettaisi noin 400 000 henkilöä ja keskimäärin siirtyvä summa olisi noin 165 euroa vuodessa henkilöä kohden.

Maksukattojen yhdistämisessä maksurasite siirtyy automaattisesti eniten maksavilta yksilöiltä vähemmän maksaville. Yhdistäminen heikentää niiden asemaa, joiden kulut keskittyvät vain yhteen kuluerään, esimerkiksi lääkeostoihin. Maksukattojen kustannusneutraali yhdistäminen on myös tulonsiirto nuoremmilta iäkkäille sekä oletettavasti vähemmän sairastavilta enemmän sairastaville. Kustannusneutraalissa ja julkistalouden menoja kasvattavissa vaihtoehdoissa keskimääräinen maksurasite siirtyy pienituloisilta parempituloisille sillä poikkeuksella, että aivan alimman tulokymmenyksen kotitalouksissa keskimääräinen maksurasite kasvaisi lievästi, koska heihin kohdistuu vähemmän sote-maksuja (esim. Tervola ym. 2020). Tulos on yhteneväinen aiemman maksukattojen yhdistämistä koskevan selvityksen kanssa (Mikkola ym. 2009). Osittain havaintoa selittää alimmassa tulokymmenyksessä olevat opiskelijat, joilla on ikääntyneitä pienempi tarve käyttää terveydenhuollon palveluja. Toisaalta alimman tulo luokan maksurasituksen kasvu voi myös olla merkki pienituloisimpien tyydyttämättömästä palvelutarpeesta.

Selvitys osoittaa, että maksukattojen yhdistäminen on tehoton tapa ehkäistä alkuvuoden korkeaa maksurasitetta. Edes julkisia menoja lisäävät yhdistämisvaihtoehdot eivät pienentäisi tarvetta toimeentulotuelle alkuvuonna, vaan ainoastaan loppuvuonna.

Tällä hetkellä eri maksukatot kohdistuvat osittain eri väestöryhmille. Lääkkeiden omavastuut kohdistuvat muita eriä tasaisemmin eri tuloryhmiin. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut ja matkojen omavastuut kohdistuvat enemmän pienituloisille kotitalouksille (Tervola ym. 2020). Suurempituloiset voivat turvautua julkisen terveydenhuollon sijasta työterveyshuoltoon tai yksityisiin terveyspalveluihin. Tuloryhmien lisäksi kohdentuminen on hieman erilaista mm. maantieteellisesti: matkojen omavastuut kohdistuvat ennen kaikkea haja-asutusalueilla asuville (Kela 2020).

Aiempi arvio (Mikkola ym. 2009) jätti matkakaton laskelman ulkopuolelle, koska matkakaton yhdistämisen katsottiin merkittävästi heikentävän sellaisten henkilöiden asemaa, joilla vain matkakulut olivat korkeita. Tämän selvityksen perusteella matkakaton ylittäneillä myös muut maksukatot ovat ylittyneet huomattavan yleisesti. Matkakorvausten saajien asema paranisi keskimäärin kattojen yhdistämisen seurauksena.

Alaikäisten lasten ja vanhempien sisällyttäminen samaan yhdistettyyn maksukattoon parantaisi lapsiperheiden asemaa jonkin verran lääkkeiden ja matkojen omavastuiden osalta. Lasten korkeat terveydenhuoltomenot ovat hyvin harvinaisia, mutta silloin kun niitä on, ne ovat keskimäärin suuria. Lasten lisääminen samaan yhdistettyyn maksukattoon kustannusneutraalisti edellyttää katon nostamista noin 20 eurolla.

Tässä selvityksessä esitetyt tulokset olivat laskennallisia eikä niissä ole huomioitu sitä, hakevatko henkilöt lisäkorvauksia, joihin he ovat oikeutettuja katon täyttymisen jälkeen. Kelassa lääke- ja matkakattojen täyttymisen seuranta on automatisoitu, ja vuoden 2020 alusta lääkkeiden lisäkorvaukset maksetaan ilman erillistä hakemusta (Kela 2019). Asiakasmaksukaton osalta vastuu katon täyttymisen seuraamisesta on edelleen asiakkaalla, ja siksi on mahdollista, että moni katon ylittäneistä ei ole tietoinen oikeudestaan maksuvapautukseen. Mikkolan ym. (2009) mukaan katon ylittäneitä oli vuonna 2006 noin 84 000 henkilöä, joista noin 71 000 eli 85 prosenttia oli hakenut vapautuksen katon ylittävistä asiakasmaksuista. Maksukattojen

yhdistäminen vaatisi tietojärjestelmä uudistuksen, jonka yhteydessä vastuu myös asiakasmaksujen seuramisesta olisi luontevaa siirtää palvelujärjestäjälle. Samalla asiakkaiden oikeusturva paranisi.

Tämän selvityksen laskelma oli staattinen eli se ei ottanut huomioon kattojen yhdistämisen mahdollisesti aiheuttamia käyttäytymisvaikutuksia. Sopin ym. (2019) mukaan lääkekattoon liittyvät käyttäytymisvaikutukset ovat merkittäviä: katon täytyminen lisäsi lääkeostoja 23 prosenttia. Asiakasmaksukaton ja matkakaton täyttymisen käyttäytymisvaikutuksista ei ole kuitenkaan samanlaista tutkimustietoa. Suomen julkisessa terveydenhuollossa on oma portinvartijamekanisminsa, mikä voi lieventää maksujen käyttäytymisvaikutuksia. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että perusterveydenhuollon maksut vaikuttavat hieman palvelujen käyttöön toisin kuin erikoissairaanhoidossa (Kiil & Houlberg 2014).

Lääkkeiden osalta maksukattojen yhdistäminen kustannusneutraalisti aiheuttaisi käyttäytymisvaikutuksia todennäköisesti kumpaankin suuntaan: sekä lääkeostoja lisäen että niitä vähentäen. Maksukattojen yhdistäminen kasvattaisi staattisessa arvioissa lääkeomavastuiden määrää 6-8 miljoonaa euroa, mikä osaltaan todennäköisesti vähentäisi lääkeostoja. Toisaalta yhdistetyn maksukaton ylittäneitä olisi enemmän kuin nykyisellä lääkekatoilla, mikä lisäisi lääkeostoja. Voi siis hyvin olla, että erisuuntaiset käyttäytymisvaikutukset lääkeostoihin kumoaisivat toisensa julkistalouden näkökulmasta. Sen sijaan matkakorvausten osalta on arvioitu, että vain murto-osasta terveyteen liittyvistä matkoista haetaan nykyisin korvauksia (Paltta 2009). On todennäköistä, että kattojen yhdistäminen lisäisi matkakorvausten hakemista, sillä maksuttomiin matkakustannuksiin oikeutettujen henkilöiden määrä jopa viisinkertaistuisi. Siltä osin staattiset arviot voivat aliarvioida kustannuksia julkistaloudelle. Käyttäytymisvaikutusten tarkempi arviointi on kuitenkin hyvin epävarmaa nykyisen tutkimustiedon perusteella.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän julkinen rahoitus ja toimeenpano ovat ns. monikanavaisia. Lääke- ja matkakorvaukset ovat Kelan toimeenpanemia ja ne rahoitetaan julkisesta sairausvakuutuksesta. Julkisen terveydenhuollon järjestäminen on sen sijaan kuntien vastuulla. Keskeinen haaste tai hidaste maksukaton yhdistämisessä on ollut sairausvakuutuskorvausten ja asiakasmaksujen erilliset toimeenpanijat ja erillinen rahoituspohja. Tämän selvityksen mukaan kattojen kustannusneutraali yhdistäminen siirtäisi julkisten menojen painopistettä hieman nykyisestä lääkekorvausjärjestelmästä kuntien terveystalouksiin. Jos yhdistetty maksukatto katsotaan tarpeelliseksi uudistukseksi, oivallinen hetki sen toteuttamiseen olisi sote-uudistuksen yhteydessä, jolloin uudistetaan terveydenhuollon rahoituspohjaa ja investoidaan uusiin tietojärjestelmiin.

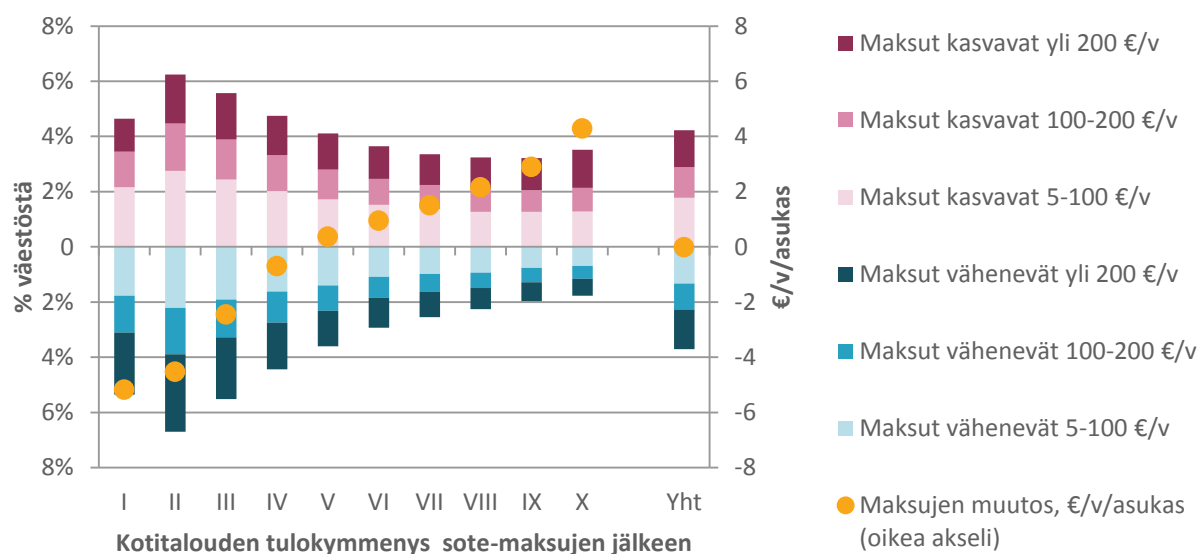
Tulosten perusteella maksukattojen yhdistäminen on toimiva vaihtoehto, jos tavoitteena on helpottaa sairastavimpiin kotitalouksiin kohdistuvaa maksurasitetta vuositasona. Jos kuitenkin tavoitteena on keventää erityisesti alkuvuoteen kohdistuvaa suurta maksurasitetta, tulisi selvittää muita vaihtoehtoja, kuten osamaksunennettelyä tai eri maksukattojen nollautumisen hajauttamista eri kuukausille.

## Lähteet

- Aaltonen K, Heino P, Ahola E ja Martikainen J E. (2017). Estimating the economic effects of pharmaceutical reimbursement scheme reform by microsimulation. *Research on Finnish Society* 10, 23-33.
- Blomgren J, Aaltonen K, Tervola J ja Virta L. (2015). Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Kela, Helsinki.
- Kela (2019). Ensi vuonna tieto lääkekaton täyttymisestä näkyy heti apteekissa. Saatavilla: [https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset\\_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/ensi-vuonna-tieto-laakekaton-tayttymisesta-nakyy-heti-apteekissa](https://www.kela.fi/ajankohtaista-henkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/ensi-vuonna-tieto-laakekaton-tayttymisesta-nakyy-heti-apteekissa)
- Kela (2020). Sairaanhoitokorvausten saajat/ Matkat. Saatavilla: [http://raportit.kela.fi/ibi\\_apps/WFServlet?IBIF\\_ex=NIT130AL](http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT130AL)
- Keskimäki I, Koivusalo M, Liukko E ja Tynkkynen L-K. (2018). Kansainvälisiä kokemuksia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Teoksessa Vaalavuo M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus, s. 41–65. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018.
- Kiil A ja Houlberg K. (2014). How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics*, 15(8), 813-828.
- Mikkola H, Kapiainen S, Seppälä T, Peltola M, Tuominen U, Pekurinen M ja Häkkinen U. (2009). Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä. *Avauksia* 10/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Palta P. (2009). Matkakorvauksia käytetään aktiivisimmin Kestilässä. *Sosiaalivakuutus* 1/2009. Helsinki: Kela.
- Peltola M ja Vaalavuo M. (2018). Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä oma-vastuiden kohdentuminen väestössä. Teoksessa Vaalavuo M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus, s. 66–105. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30.
- Ruskoaho H. (2018). Lääkekorvausjärjestelmän kehittäminen. Selvityshenkilön loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 20/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Soppi A, Aaltonen K, Verho J. (2019). Lääkekaton vaikutus lääkekulutukseen. Teoksessa Pekola P, toim. *Terveystalous-tiede* 2019. Työpäpaperi 1/2019, 56–61. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- SOSTE (2020). SOSTEn lausunto asiakasmaksulain uudistamiseen 20.1.2020. Saatavilla: <https://www.soste.fi/wp-content/uploads/2020/01/2020-01-17-soste-lausunto-stm-asiakasmaksulain-alustavat-suunnitelmat.pdf>
- STM (2020). Luonnos hallituksen esitykseksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta 12.2.2020. Saatavilla: <https://stm.fi/documents/1271139/20825107/Luonnos+-+HE+laiksi+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+asiakasmaksuista+annetun+lain+muuttamisesta.pdf/be75e427-c194-7214-7f76-1fb7d2079be8/Luonnos+-+HE+laiksi+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+asiakasmaksuista+annetun+lain+muuttamisesta.pdf>
- Tervola J, Aaltonen K, Heino P, Kajantie M, Kari H, Ollonqvist J. (2020). Kotitalouksien terveystulojen vaikutukset köyhyyteen Suomessa. *INVEST Working Papers* 1/2020.
- Tervola J, Mukkila S, Ilmarinen K ja Kapiainen S. (2018). The distributional effects of out-of-pocket health payments in Finland 2010–2018. Discussion paper 35. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tervola J, Haaga T ja Ilmarinen K. (2019). Terveydenhuollon asiakasmaksujen alueellinen vaihtelu Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 48. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- THL (2020). Lausunto luonnoksesta hallituksen esitykseksi asiakasmaksulain muuttamisesta. 27.3.2020. Saatavilla: <https://thl.fi/documents/10531/5516754/Laki+sosiaali-+ja+terveydenhuollon+asiakasmaksuista%2C+allekirjoitettu.pdf/ee366ee3-2134-2be5-3101-cf7005194da8?t=1586866486507>
- WHO (2019). Catastrophic out-of-pocket health spending (SDG indicator 3.8.2 and regional indicators where available). Saatavilla: <https://apps.who.int/gho/portal/uhc-fp-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1020201>



# Liite



## Liitekuvio 1. Kustannusneutraalisti yhdistetyn maksukaton vaikutukset henkilöittäin tulokymmenyksen mukaan, kun tulokymmenykset muodostetaan sote-maksujen jälkeisten tulojen perusteella

Huom. tuloista on vähennetty vain maksukattoja kerryttävät, vuoden 2020 lainsäädännön mukaiset sote-maksut, ei tulosidonnaisia maksuja.