

Päivi Tillman, Pekka Heino ja Aarni Soppi

Sairausvakuutuksen lääke- ja matkakorvausten vuotuiset omavastuukatot

Laskelmia vuotuisten omavastuukattojen yhdistämisestä
ja liukuvasta vuosikatosta



Kirjoittajat

Päivi Tillman, erikoistutkija, VTL
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Aarni Soppi, tutkija, VTM
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

Pekka Heino, tutkija, FM
Kelan tutkimus
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISBN 978-952-284-118-6

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103308781>

Helsinki 2021

SISÄLTÖ

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Tutkimusaineisto ja menetelmät.....	6
2.1 Tutkimusaineisto.....	6
2.2 Menetelmät	6
3 Sairausvakuutuksen lääke- ja matkakustannusten vuotuinen omavastuu vuonna 2019	6
3.1 Vuotuisen omavastuun kohdentuminen samoille henkilöille	6
3.2 Vuotuisen omavastuun täyttymisen ajankohta.....	8
4 Lääke- ja matkakustannusten vuotuisen omavastuun yhdistäminen	10
4.1 Yhteisen lääke- ja matkakustannusten vuotuisen omavastuun saavuttaneiden määrä eri malleissa	11
4.2 Vuotuisen omavastuun muutos ikäryhmittäin eri malleissa	12
4.3 Sairausvakuutuksen korvausmenot eri malleissa.....	15
5 Lääke- ja matkakustannusten vuotuisen omavastuukaton täytyminen, jos kertymiskausi ei olisi kalenterivuosi.....	15
5.1 Vuotuisen omavastuukaton kertymäkausi alkaisi liukuvasti (liukuvan katon malli).....	16
5.2 Vuotuisen omavastuukaton kertymäkausi alkaisi muuna ajankohtana kuin vuoden alussa.....	17
6 Yhteenveto ja pohdinta	19
Lähteet	21
Liitteet	22

TIIVISTELMÄ

Terveydenhuollon kalenterivuositteiset maksukatot aiheuttavat erityisesti pitkäaikaissairaille terveysmenojen keskittymistä alkuvuoteen. Asiakkaiden maksamien kustannusten hillitsemiseksi on usein esitetty muun muassa maksukattojen yhdistämistä. Kela hallinnoi kahta terveydenhuollon kolmesta maksukatosta: sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaista lääkekustannusten vuotuista omavastuuta (ns. lääkekatto) ja matkakustannusten vuotuista omavastuuta (ns. matkakatto).

Saaduista ja haetuista lääke- ja matkakorvauksista kertyy Kelaan yksityiskohtaiset rekisteritiedot. Rekisteriaineisto mahdollistaa erilaisten laskelmien ja simulointien tekemisen. Tässä rekisteriselvityksessä tarkastellaan Kelan rekisteriaineistojen perusteella kolmella erilaisella yhteiskattomallilla erillisten lääke- ja matkakaton yhdistämistä yhteiseksi katoksi ja tämän vaikutuksia vakuutettujen maksamiin omavastuisiin ja sairausvakuutuksen korvausmenoihin.

Valtaosalla lääke- ja/tai matkakorvauksia käyttäneistä maksettavaksi jäävä omavastuu ei tarkastelussa olleilla yhteiskattomalleilla muuttuisi. Muutokset olisivat suurimmat iäkkäämmillä, joilla lääke- ja matkakulut ovat muutenkin suurimpia, ja useimmiten omavastuu pieneneisi. Omavastuun pieneneminen jakautuisi kuitenkin jonkin verran epätasaisesti, ja matkakaton sisältävää välikattomallia lukuun ottamatta etenkin ne häviäisivät, joilla on nykyisellään täyttynyt vain matkakatto. Yhteiskatosta hyötyisi myös pieni määrä henkilöitä, jotka nykyisellään eivät saavuta kumpaakaan vuosikattoa. Lääke- ja matkakorvausten yhteiskatto noin lääkekaton suuruisena lisäisi sairausvakuutuksen korvausmenoja erillisiin kattoihin verrattuna noin kaksi prosenttia.

Maksukattojen yhdistämisen lisäksi tarkastellaan myös toista tapaa, ns. liukuvaa kattoa, jolla voidaan ehkäistä potilaiden maksamien lääke- ja matkakustannusten kasaantumista alkuvuoteen. Liukuvassa katossa, joka on käytössä esimerkiksi Ruotsissa, vuotuiset omavastuut laskeaan ensimmäisen lääkeoston tai matkan päivämäärästä alkaen vuoden pituiselle jaksolle, jolloin kohdentuminen ei ole sidottu kalenterivuoteen tai muuhun etukäteen määriteltyyn ajanjaksoon. Liukuvalla katolla voitaisiin saada alkuvuoteen kertyviä maksuja tasattua, joskin etenkin lääkeostojen arviointi on käyttäytymisvaikutusten arvioinnin puuttuessa haastavaa.

Tässä julkaisussa omavastuita tarkastellaan ns. staattisesti, olemassa olevan aineiston perusteella, eikä muutoksilla oleteta olevan vaikutuksia vakuutettujen käyttäytymiseen. On kuitenkin selvää, että esimerkiksi nykytilanteessa hakematta jääviä matkakorvauksia voitaisiin hakea huomattavasti nykyistä enemmän, mikäli ne kerryttäisivät yhteistä vuosikattoa muiden sairaanhoidon kustannusten, kuten esimerkiksi lääkekustannusten kanssa.

Avainsanat: sairausvakuutus, korvaukset, matkakorvaukset, lääkekorvaukset, omavastuu, laskelmat

1 JOHDANTO

Sairauteen liittyvät asiakasmaksut ja omavastuut ja etenkin niiden kohdentuminen samoille henkilöille ja kasautuminen alkuvuoteen ovat viime vuosina nousseet toistuvasti julkiseen keskusteluun Suomessa. Myös terveydenhuollon kolmen erillisen vuosikaton yhdistäminen on ollut usein esillä keskusteluissa. Sitä selvitettiin jo kymmenen vuotta sitten SATA-komitean työkentelyn yhteydessä (Mikkola 2009) ja sen jälkeen mm. THL:n ja Kelan yhteisjulkaisussa (Tervola ja Heino 2020). Myös ns. asiakasmaksulain (L 734/1992) uudistukseen liittyvässä eduskunnan sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietinnössä (StVM 39/2020 vp) pidetään tärkeänä, että kokonaisuudistuksen yhteydessä selvitetään terveydenhuollon maksukaton sekä sairausvakuutuslain mukaisen lääkekaton ja matkakaton yhdistämistä paljon palveluja ja lääkkeitä käyttävien asiakkaiden aseman helpottamiseksi.

Tässä työpaperissa tarkastellaan sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaista lääke- ja matkakustannusten omavastuuta ja erityisesti niiden vuosittaisista omavastuusta eli ns. lääke- ja matkakattoa. Matkakustannuksien vuosittaisen omavastuun suuruus vuonna 2021 on 300 euroa/kalenterivuosi ja lääkekustannusten 579,78 euroa/kalenterivuosi, minkä lisäksi lääkekaton ylittymisen jälkeen jokaisesta korvattavasta lääkevalmisteesta maksetaan 2,50 euron omavastuukustannus.

Kelaan kertyvät yksityiskohtaiset rekisteritiedot (mm. lääkeoston tai matkan toteutuspäivämäärä, lääkeoston tai matkan kustannus ja sairausvakuutuksesta maksettu korvaus) kustakin lääkeostosta ja matkasta, josta on saatu tai haettu Kelasta sairausvakuutuskorvauksia. Tämän selvityksen tavoitteena on tarkastella näiden rekisteritietojen pohjalta sairausvakuutuksen maksukattojen kohdentumista väestöön ja arvioida niiden yhdistämisen mahdollisia vaikutuksia tätä varten kehitetyllä simulointimenetelmällä. Kunnallisen terveydenhuollon perimistä asiakasmaksuista ei ole olemassa vastaavaa valtakunnallista yksilörekisteriaineistoa maksetuista asiakasmaksuista, joten niitä ei ollut mahdollista yhdistää Kelan tietoihin.

Aluksi kuvataan sairausvakuutuksen lääke- ja matkakustannusten jakautumista ja päällekkäisyyttä ikäryhmittäin sekä alueellisesti vuonna 2019. Tämän jälkeen liitetään lääkeostot ja matkakustannukset laskennallisesti toisiinsa ja lasketaan uusi vuosiomavastuukertymä yhdistellyn aineiston perusteella kolmella eri tavalla sekä arvioidaan yhdistämisen vaikutuksia vakuutettujen omavastuukustannuksiin sekä sairausvakuutuksen korvausmenoihin. Lopuksi tarkastellaan vaihtoehtoisia malleja, joissa vuosiomavastuun kertymäkausi poikkeaa nykyjärjestelmän kalenterivuositaisesta kertymäkaudesta. Esimerkiksi Ruotsissa kertymäkausi määräytyy 12 kuukauden pituiselle jaksolle ensimmäisestä osto- tai matkapäivästä lähtien, eli ei ole ennalta sidottu tiettyyn kalenteriajankohtaan. Tarkastelemme kuukausitasolla katon saavuttaneiden potilaiden jakauman muutosta, jos kertymiskausi määräytyisikin ns. Ruotsin liukuvan katon mallin mukaan eli ensimmäisestä ostosta tai matkasta 12 kuukauden pituiselle ajanjaksolle, sekä lisäksi sitä, että vuosiomavastuun kertyminen alkaisikin nykyisen tammikuun sijasta vasta heinäkuun alussa.

2 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytetään Kelan sairausvakuutusrekisterin tietoja vuonna 2019 tehdyistä lääkeostoista ja matkoista, joista oli maksettu sairausvakuutuskorvausta tai jotka olivat kerryttäneet lääkkeiden alkuomavastuuta tai matkakattoa. Lääkeostotiedot sisältävät myös alle alkuomavastuun jääneet korvattavat lääkeostot. Matkatiedot sisältävät myös kustannuksiltaan alle omavastuun jääneet matkat, joista oli haettu korvauksia.

Vuonna 2019 lääkekorvauksia saaneita tai alle alkuomavastuun jääneitä sairausvakuutuksen korvauksen piiriin kuuluvia lääkeostoja tehneitä oli 3,86 miljoonaa henkilöä. Matkakorvauksia sai tai haki 0,6 miljoonaa henkilöä. Jompaakumpaa tai molempia etuuksia haki 3,9 miljoonaa henkilöä, mikä oli myös käytetyn tutkimusaineiston koko. Valtaosalla käyttäjistä lääkeostojen tai matkojen vuosikustannukset ovat alle 300 euroa, mutta pienellä osalla kustannukset olivat suuria (ks. liitekuvio).

2.2 Menetelmät

Tässä tutkimuksessa lääke- tai matkakorvauksia käyttäneille henkilöille laskettiin toteutuneiden lääkeostojen ja matkojen kustannusten ja vuonna 2019 voimassa olleiden sairausvakuutuksen korvausperusteiden perusteella laskennallinen omavastuukustannus, jonka perusteella arvioitiin kattojen täyttymistä.

Tutkimusaineistoon sovelletaan staattista simulointimenetelmään, jonka avulla on mahdollista laskea erilaisten yhdistetyn lääke- ja matkakaton mallien suoria kustannusvaikutuksia sairausvakuutukselle ja vakuutetuille. Siinä yhden vuoden aikana havaittuun yksilö- tai tapahtumatasoiseen aineistoon simuloidaan yhdistetyn lääke- ja matkakaton järjestelmä uudistus.

Simuloidun aineiston perusteella voidaan laskea järjestelmä uudistuksista seuraavat kustannusvaikutukset sillä oletuksella, että aineiston henkilöiden käyttäytyminen pysyy samana kuin lähtötilanteessa. Kahden vuoden aineistoa hyödynnetään, kun simuloidaan vaihtoehtoisia järjestelmä uudistuksia, kuten liukuvan katon mallia sekä keskeltä vuotta alkavan kertymäkauden mallia, joissa omavastuun kertymäkausi voi ulottua useammalle kalenterivuodelle.

3 SAIRAUSVAKUUTUKSEN LÄÄKE- JA MATKAKUSTANNUSTEN VUOTUINEN OMAVASTUU VUONNA 2019

3.1 Vuotuisen omavastuun kohdentuminen samoille henkilöille

Vuoden 2019 rekisteritietoihin perustuvassa aineistossa vuoden 2019 tasoisen lääkekustannusten vuotuisen omavastuukaton eli lääkekaton (572 euroa) saavuttaisi laskennallisesti 255 269 henkilöä, eli 4,6 % väestöstä. Matkakustannusten vuotuisen omavastuukaton matkakaton (300 euroa) puolestaan saavuttaisi 74 833 henkilöä, eli 1,4 % väestöstä. Jommankumman

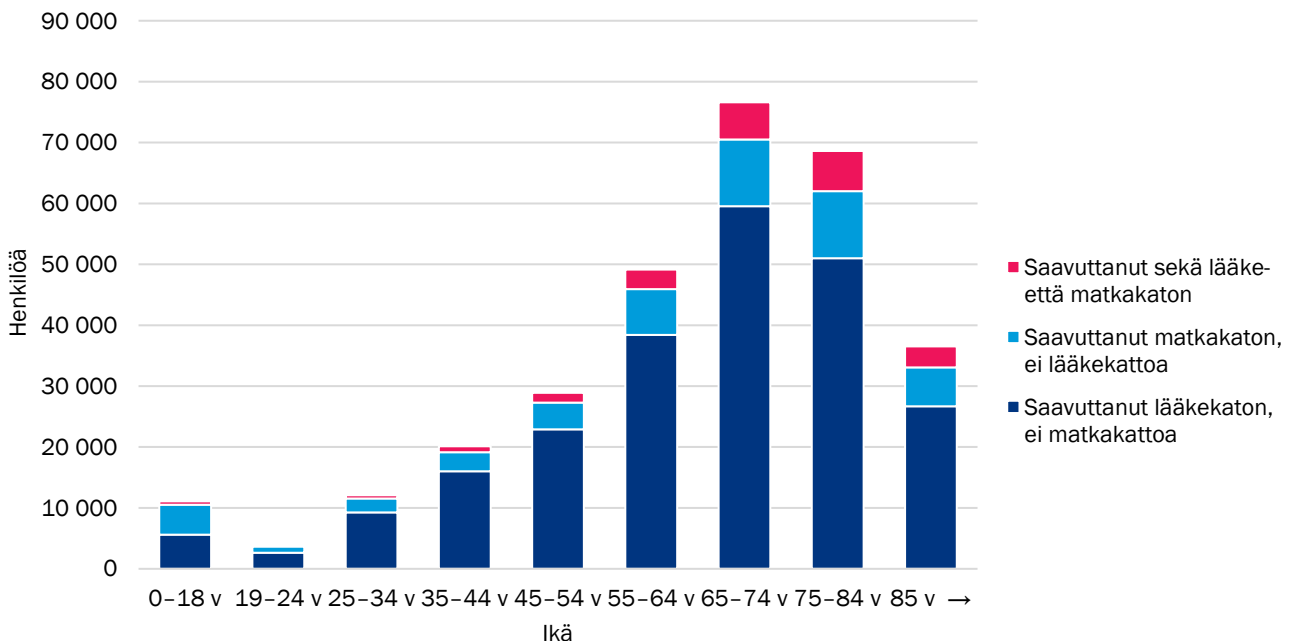
katon saavuttaisi 306 900 henkilöä, eli 5,6 % väestöstä. Molemmat katot saavutti 23 202 henkilöä, eli 0,4 % väestöstä.

Lääkekaton saavuttaneista 38 % sai sairausvakuutuksen korvauksia myös matkakustannuksista. Keskimääräinen matkakustannusten omavastuu lääkekaton ylittäneillä oli 56 euroa ja lääkekaton alle jääneillä 13 euroa. Lääkekorvausten saaminen on matkakorvauksia yleisempää, ja matkakaton saavuttaneista valtaosa, 91 %, sai myös lääkekorvauksia. Keskimääräinen lääkekustannusten omavastuu matkakaton saavuttaneilla oli 374 euroa ja matkakaton alle jääneillä 157 euroa.

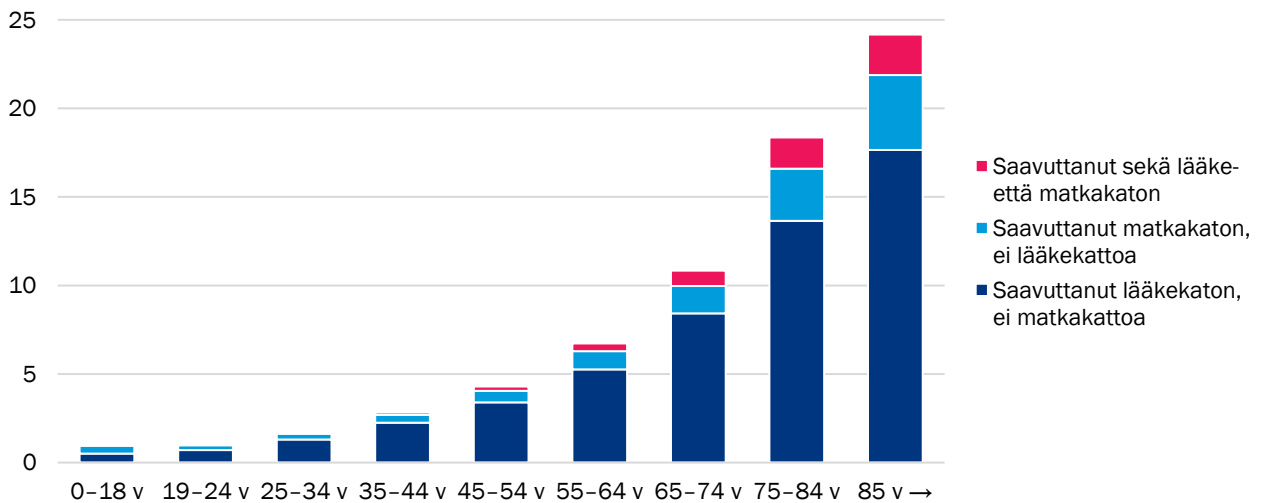
Kuten sairauskulut yleensäkin, myös lääke- ja matkakustannukset kertyvät etenkin iäkkäille: lääke- ja/tai matkakaton ylittäneistä 60 % on vähintään 65-vuotiaita (kuvio 1). Väestömäärän suhteutetuista tuloksista havaitaan vuosikattojen saavuttamisen lisääntyvän tasaisesti iän myötä (kuvio 2, s. 8), ja 85 vuotta täyttäneistä lähes joka neljäs on saavuttanut jommankumman tai molemmat sairausvakuutuksen vuosiomavastuut.

Suhteessa väestömäärään eniten molemmat tai jommankumman katot ylittäneitä on Etelä-Savossa ja Kainuussa ja vähiten Ahvenanmaalla (kuvio 3, s. 8). Etenkin matkakorvauksissa on isoja alueellisia eroja. Kuten aiemminkin on todettu (mm. Tillman 2020), on melko harvinaista, että samalla henkilöllä täyttyvät molemmat vuosikatot. Esimerkiksi säännöllisesti kuntoutusta saavat lapset tai dialyysipotilaat käyttävät paljon matkakorvauksia, mutta heillä ei välttämättä ole isoja lääkekustannuksia, koska he eivät käytä lääkkeitä ainakaan säännöllisesti tai he saavat ne erityiskorvattuna eli isommalla korvauksella, jolloin vuotuinen omavastuu ei välttämättä täyty.

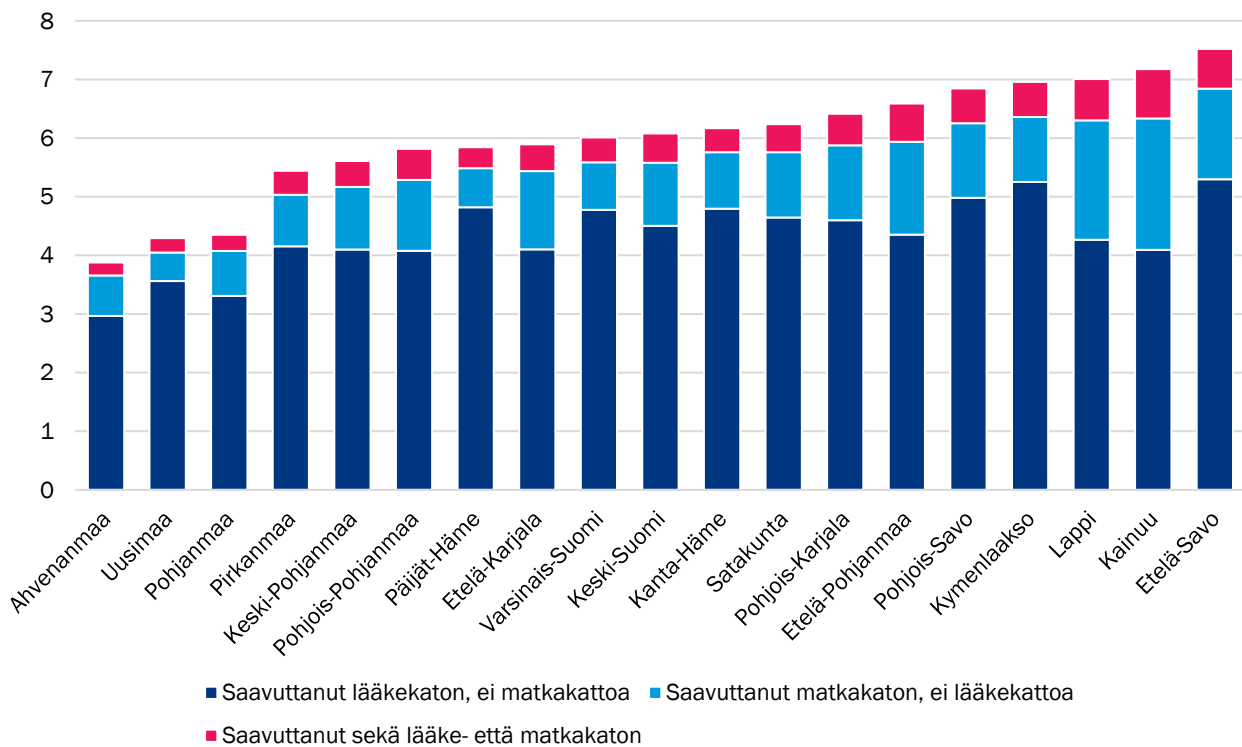
Kuvio 1. Lääkekaton, matkakaton ja molemmat laskennallisesti vuonna 2019 saavuttaneet ikäryhmittäin, henkilöä.



Kuvio 2. Lääkekaton, matkakaton ja molemmat vuonna 2019 saavuttaneet ikäryhmittäin, % väestöstä.



Kuvio 3. Lääkekaton, matkakaton ja molemmat katot vuonna 2019 saavuttaneet maakunnittain, % väestöstä.

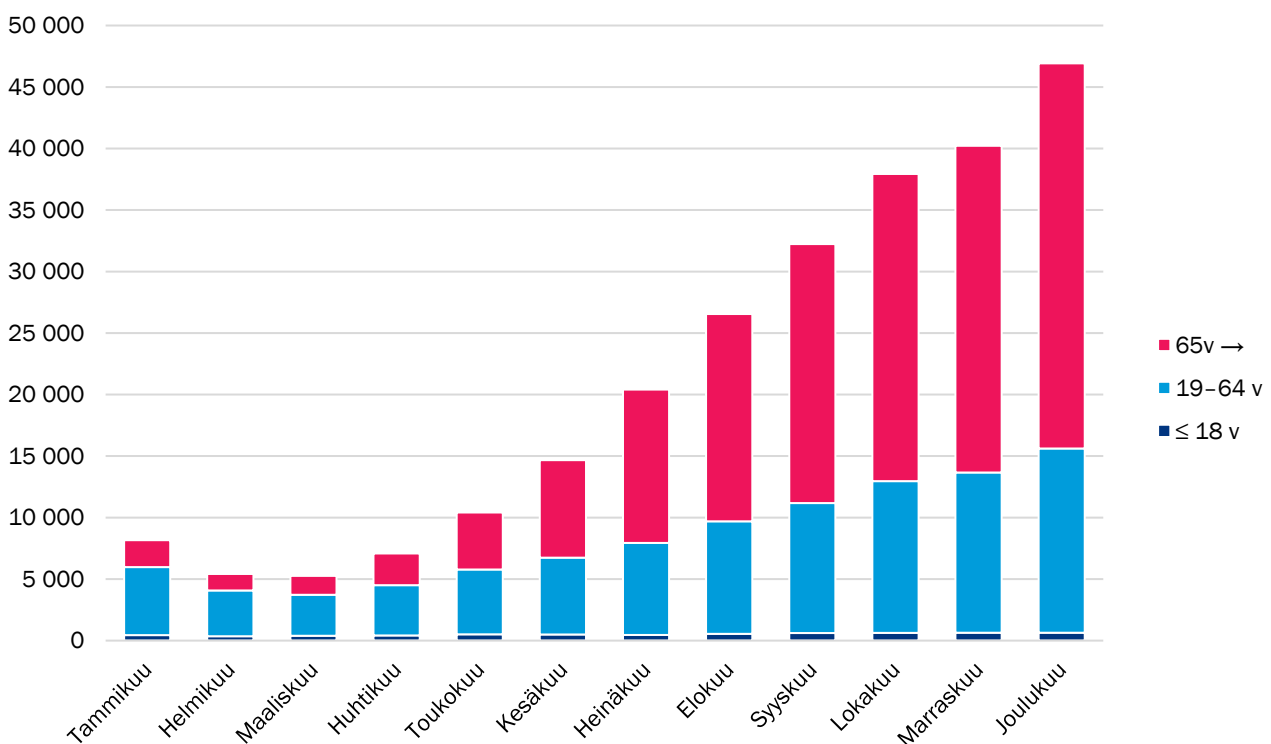


3.2 Vuotuisen omavastuun täyttymisen ajankohta

Sairausvakuutuksen vuotuiset omavastuut kertyvät Suomessa kalenterivuosisikohtaisesti. Toisin sanoen, vuodenvaihteessa kattokertymät nollautuvat ja vuoden alusta, 1.1. lähtien, maksetaan normaalisuuruiset omavastuut lääketoista ja matkakustannuksista kunnes vuotuinen omavastuu on täyttynyt.

Rekisteriaineistoista selvitettiin, missä vaiheessa kalenterivuotta vuosiomavastuun saavuttaneiden vuotuinen omavastuu on täyttynyt. Kuviosta 4 nähdään, että lääkekustannusten vuosiomavastuun täyttäneiden lääkkeiden käyttäjien määrä kasvaa verrattain tasaisesti vuoden loppua kohden. Lääkkeiden käyttäjät, joilla omavastuukatto tulee täyteen vuoden alussa, ovat pääosin työkäisiä ja suuri osa heidän lääkekustannuksistaan muodostuu kalliista rajoitetusti peruskorvattavista lääkkeistä. Joillakin lääkkeillä, tyypillisesti biologisilla valmisteilla, lääkekatto voidaan saavuttaa jo ensimmäisellä ostolla. Lisäksi vuonna 2019 oli vielä käytössä kalliiden lääkkeiden poikkeuslupamenettely, jossa kalliita, yli 1 000 euron lääkepakkauksia voitiin toimittaa apteekista yli kuukauden (kuitenkin enintään 3 kuukauden) lääkemäärä, mikäli asiakas oli estynyt asioimaan apteekissa kuukauden välein.¹

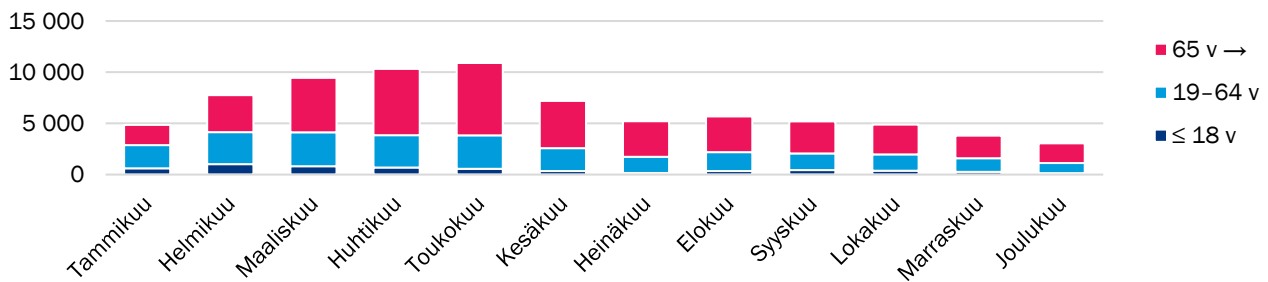
Kuvio 4. Lääkekaton vuonna 2019 saavuttaneiden lukumäärä täyttymiskuukauden mukaan ikäryhmittäin, henkilöä.



Matkakustannuksissa vuosiomavastuu täyttyy useimmiten jo vuoden alkukuukausina (kuvio 5, s. 10.). Tätä voi selittää se, että useat matkakorvauksia paljon käyttävät tekevät matkoja säännöllisesti ja käyvät esimerkiksi viikoittain dialyysihoidossa tai Kelan fysioterapia- tai muussa kuntoutuksessa (ks. mm. Tillman ja Maunula 2016), ja tällöin vuotuinen omavastuu täyttyy usein jo alkuvuonna, usein jopa vuoden ensimmäisten viikkojen aikana.

¹ Ks. [Kelan myöntämä kalliita lääkkeitä koskeva poikkeuslupa \(kela.fi\)](https://kela.fi).

Kuvio 5. Matkakaton vuonna 2019 saavuttaneiden lukumäärä täyttymiskuukauden mukaan ikäryhmittäin, henkilöä.



Lääke- ja matkakustannusten vuosiomavastuut täyttyvät yllättävän eri nopeudella. Kuvioista havaitaan, että vaikka lääkekaton ylittää huomattavasti matkakaton saavuttaneita useampi, ei ero vuoden ensimmäisen kuukauden aikana ole yhtä iso: matkakaton saavuttaa noin 5 000 henkilöä ja lääkekaton noin 8 000, kahtena ensimmäisenä kuukautena matkakaton saavuttaa noin 13 000 ja lääkekaton noin 14 000 henkilöä.

Matkakustannusten vuotuinen omavastuu täyttyy kaikilla ikäryhmillä useimmiten vuoden alkupuoliskolla. Matkakustannusten vuosikatto voi täytyä nopeimmillaan kuuteen hoito- tai kuntoutuskäyntiin liittyvien matkojen omavastuuosuuksilla (vuosiomavastuu on 300 euroa, yhdensuuntaisen matkan omavastuu kiinteä, korkeintaan 25 euroa), mikä säännöllisesti hoitoa tai kuntoutusta tarvitsevilla voi toteutua suhteellisen nopeasti, jopa parissa viikossa.

Lääkekustannusten vuotuinen omavastuu saavutetaan tyypillisesti loppuvuodesta, mikä johtuu pääasiassa lääkekaton korkeammasta tasosta. Yleensä ottaen potilas saavuttaa omavastuukaton sitä nopeammin, mitä suuremmat kuukausittaiset lääkekustannukset hänellä on. Poikkeuksena ovat potilaat, joiden lääkeostot koostuvat pääosin ylemmän erityiskorvausluokan lääkkeistä, joista maksetaan kiinteä ostokertakohtainen omavastuu, joka kerryttää omavastuuta vain vähän. Lääkeostot voivat keskittyä vuoden viimeisille kuukausille myös, mikäli potilaalla on vaikeuksia maksaa vuoden alussa lääkkeiden ostoon tarvittavaa omavastuuosuutta. Kyselytutkimusten perusteella tiedetään, että erityisesti pienituloiset ja pitkäaikaissairaat joutuvat tinkimään lääkeostoista kustannusten vuoksi (Aaltonen ym. 2013 ja 2015; Rikala ym. 2016).

4 LÄÄKE- JA MATKAKUSTANNUSTEN VUOTUISEN OMAVASTUUN YHDISTÄMINEN

Yhtenä ratkaisuna vuoden alkuun kasautuviin suuriin sairauskuluihin on esitetty eri terveydenhuollon asiakasmaksujen ja omavastuiden vuosikattojen yhdistämistä. Tässä luvussa arvioidaan laskennallisesti sairausvakuutuksen lääke- ja matkakustannusten vuotuisen omavastuukattojen eli lääke- ja matkakaton yhdistämistä.

Muodostimme kolme erityyppistä yhteiskattomallia, joissa kaikki mallit ovat tasakattomalleja (vuotuinen omavastuu on kaikille saman suuruinen eikä esimerkiksi henkilön tulotasosta riippuvainen).

1. Välikattomallissa yhdistetyn lääke- ja matkakaton suuruus on lääkekaton suuruinen (572 euroa) ja lisäksi matkakustannuksilla on erillinen, nykyisen vuotuisen omavastuun suuruinen välikatto (300 euroa). Kun maksettujen matkaomavastuiden määrä saavuttaa 300 euroa, ei sen jälkeen tarvitse maksaa omavastuuta matkakustannuksista, mutta yhteiskatto kertyy edelleen lääkeomavastuista kunnes yhdistetty katto saavuttaa 572 euroa.
2. Kustannusneutraalissa tasakattomallissa lääke- ja matkakustannusten yhteisen vuosikaton suuruus määräytyisi sen mukaan, että sairausvakuutuksen korvausmenot eivät muuttuisi. Sairausvakuutukselle kustannusneutraalissa tasakattomallissa tulee yhdistetyn lääke- ja matkakaton suuruudeksi 620,5 euroa.
3. Tasakattomalli on lääkekorvauksien vuotuisen omavastuun suuruinen, 572 euroa.

Tavoitteena on arvioida, kuinka monen henkilön omavastuu muuttuisi, joko kasvaisi tai pieneneisi, kattojen yhdistämisen seurauksena. Vaikutuksia kuvataan ikäryhmittäin ja alueellisesti. Ensimmäisessä ja kolmannessa mallissa arvioidaan myös vaikutuksia sairausvakuutuksen korvausmenoihin.

4.1 Yhteisen lääke- ja matkakustannusten vuotuisen omavastuun saavuttaneiden määrä eri malleissa

Laskennallisesti muodostetun sairausvakuutuksen lääke- ja matkakustannusten yhteiskaton kohdentumista verrattuna nykyiseen erillisten kattojen saavuttamiseen kuvataan taulukossa 1 (s. 12). Kun nykyisellä mallilla lääkekaton (572 euroa) saavuttaisi 255 269 henkilöä, matkakaton (300 euroa) 74 833 henkilöä ja jommankumman tai molemmat katot yhteensä 306 900 henkilöä, saavuttaisi yhteiskaton kahdessa kolmesta yhteiskattomallista hieman useampi henkilö (308 000 tai 332 000 henkilöä), ainoastaan kustannusneutraalilla, nykyisiä kattoja hieman suuremmalla yhteiskatolla sen saavuttaneiden määrä jäisi hieman nykyistä pienemmäksi, 294 000 henkilöön.

Kaikki ne, jotka nykyisellään ovat saavuttaneet sekä lääke- että matkakaton, ylittäisivät yhteiskaton kaikissa kolmessa mallissa. Niistä, jotka nykymallissa eivät ole saavuttaneet kumpaakaan vuosikattoa, vajaa prosentti, lukumääräisesti 16 000–30 000 henkilöä, saavuttaisi kuitenkin jokaisen yhteiskaton. Yhteiskaton suuruus oli kahdessa mallissa suuruudeltaan lääkekaton suuruinen, ja niinpä lääkekaton aiemmin saavuttaneet ylittäisivät yhteisenkin katon lukuun ottamatta noin 22 000 henkilöä, joiden yhteenlasketut lääke- ja matkakustannukset jäisivät sairausvakuutuksen korvausmenoille kustannusneutraalissa yhteiskatossa nykyisen vuosikaton (572 euroa) ja uuden yhteiskaton (620,50 euroa) väliin. Heille voisi näin ollen tulla korkeimmillaan näiden erotuksen eli vajaan 50 euron suuruinen lisäkustannus. Matkakaton suuruus on vain 300 euroa eli reilusti yhteiskattoa alhaisempi, mutta matkakaton saavuttaneista valtaosa saavuttaisi myös yhteiskaton, lukuun ottamatta välikattomallia, jossa matkakustannuksille olisi oma, nykyisen matkakaton suuruinen välikatto.

Välikattomalli tavallaan sisältää sekä nykyisen lääke- että matkakaton, joten kenenkään vuosiomavastuu ei voi kasvaa (ks. taulukko 1). Omavastuu joko pysyy samana tai pienenee. Niillä, joilla on vuoden aikana pelkkiä lääkekustannuksia tai pelkkiä matkakustannuksia, ei muutosta

tapahdu ja omavastuut pysyvät samoina kuin aiemminkin. Koska vuosiomavastuu olisi lääkekaton suuruinen, lääkekaton aiemminkin saavuttaneet saavuttaisivat sen mutta mahdollisesti ajallisesti aiempaa aikaisemmin, koska katto täytyisi lääkekustannusten lisäksi myös matkakustannuksista. Niillä, joilla on paljon sekä lääkeostoja että matkakustannuksia, välikattomalli vähentäisi omavastuita. Malli hyödyttäisi lisäksi niitä, joilla oli aiemmin täyttynyt vain matkakatto tai ei kumpikaan katto. Yhteiskaton saavuttaisi kuitenkin muita malleja harvempi, sillä matkakustannukset eivät 300 euron välikaton täytyttyä enää kerrytä yhteistä kattoa.

Kustannusneutraalissa mallissa, jossa vuosiomavastuu olisi hieman nykyistä lääkekattoa korkeampi, häviäisivät nykymalliin verrattuna ne, joiden lääkeomavastuut jäävät nykyisen ja korkeamman omavastuun väliin. Tämä on myös ainoa malli, jossa osa lääkekaton saavuttaneista menettäisi osan korvauksistaan.

Nykyisen lääkekaton suuruudessa tasakattomallissa omavastuu olisi kustannusneutraalia mallia jonkin verran pienempi, ja katon saavuttajia olisi vajaa 40 000 henkilöä enemmän.

Taulukko 1. Vuotuisen lääke- ja matkakustannusten omavastuun saavuttaminen nykyisellä korvausmallilla vs. laskennallisilla kolmella yhteiskattomallilla, henkilöiden määrä (lkm) ja osuus (%) lääke- tai matkakorvauksia saaneista.

Nykytila	Välikattomalli (572 euroa, jossa 300 euron välikatto matkakustannuksille)		Kustannusneutraali tasakattomalli (620,50 euroa)		Tasakattomalli (572 euroa)	
	Henkilöitä, jotka eivät saavuta kattoa, määrä (osuus)	Henkilöitä, jotka saavuttavat katon, määrä (osuus)	Henkilöitä, jotka eivät saavuta kattoa, määrä (osuus)	Henkilöitä, jotka saavuttavat katon, määrä (osuus)	Henkilöitä, jotka eivät saavuta kattoa, määrä (osuus)	Henkilöitä, jotka saavuttavat katon, määrä (osuus)
Ei saavuttanut kumpaakaan kattoa	3 562 073 (91,37 %)	29 340 (0,75 %)	3 574 883 (91,70 %)	16 530 (0,42 %)	3 560 962 (91,35 %)	30 451 (0,78 %)
Saavuttanut lääkekaton, ei matkakattoa	0 (0 %)	232 067 (5,95 %)	21 887 (0,56 %)	210 180 (5,39 %)	0 (0 %)	232 067 (5,95 %)
Saavuttanut matkakaton, ei lääkekattoa	28 159 (0,72 %)	23 472 (0,60 %)	7 298 (0,19 %)	44 333 (1,14 %)	5 642 (0,14 %)	45 989 (1,18 %)
Saavuttanut sekä lääkeettä matkakaton	0 (0 %)	23 202 (0,60 %)	0 (0 %)	23 202 (0,60 %)	0 (0 %)	23 202 (0,60 %)
Yhteensä	3 590 232 (92,09 %)	308 081 (7,90 %)	3 604 068 (92,45 %)	294 245 (7,55 %)	3 566 604 (91,49 %)	331 709 (8,51%)

4.2 Vuotuisen omavastuun muutos ikäryhmittäin eri malleissa

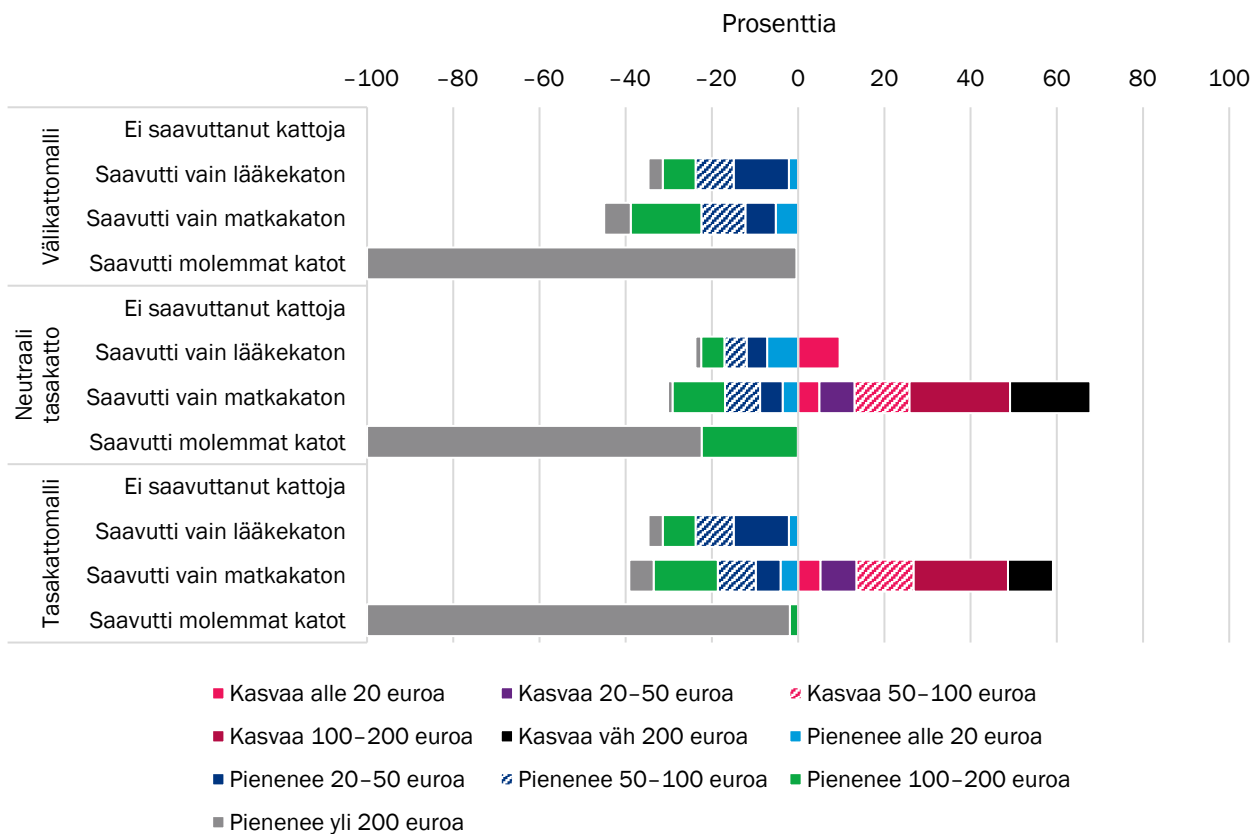
Tässä luvussa tarkastellaan yhteiskattoon siirtymisestä aiheutuvia omavastuumuutoksia eri ikäryhmissä. Valtaosalla lääke- ja matkakorvauksia saaneista kustannukset ovat vähäisiä, ja omavastuut pysyisivät yhteiskaton olemassaolosta huolimatta ennallaan (ks. esim. liitekuvio). Suuret lääke- ja matkakulut ja niiden myötä myös yhteiskatto kohdentuisi iäkkäille: alaikäisistä

Välikattomallissa kenenkään vuotuinen omavastuu ei kasvaisi, sillä malli sisältää molemmat nykyiset erilliset vuosiomavastuut. Kun katsotaan omavastuun muutoksia ikäryhmittäin, huomataan välikattomallista tulevien hyötyjen lisääntyvän tasaisesti iän myötä ja kohdistuvan etenkin vanhempiin ikäryhmiin. Lähes 10 %:lla 85 vuotta täyttäneistä vuotuinen omavastuu pienenee yli 100 euroa.

Muissa malleissa osalla vuotuinen omavastuu kasvaa ja osalla pienenee. Kustannusneutraalissa tasakattomallissa vuosiomavastuu olisi nykyisiä vuosiomavastuita suurempi, ja tässä mallissa on eniten "häviäjiä" eli henkilöitä, joiden vuosiomavastuu kasvaisi. Tyypillisimmillään omavastuu kasvaisi 20–50 euroa, mikä pitää sisällään lääkkeiden nykyisen vuosiomavastuun ja yhteiskaton erotuksen, 48,50 euroa. Pienellä osalla, yli 85-vuotiaistakin vain vajaalla 2 %:lla, kustannukset kasvaisivat tätä enemmän. Myös tasakattomallissa kustannukset kasvaisivat pienellä osalla.

Jos tarkastellaan hyötyjiä ja muutoksen suuruutta sen mukaan, ovatko he aiemmin saavuttaneet lääke- ja/tai matkakaton (kuvio 7), nähdään että välikattomallissa eniten hyötyisivät ne, joilla molemmat, sekä lääke- että matkakatto, olisivat erillisenäkin täyttyneet: lähes kaikki hyötyisivät yli 200 euroa. Häviäjät olisivat lähes pelkästään niitä, joilla vain matkakatto on aiemmin saavutettu. Jos kumpikaan katto ei muutenkaan ylittyisi, ei yhteisestä katostakaan juuri ole hyötyä. Niistä, joilla olisi vain matkakatto saavutettu, lähes puolella (45 %) omavastuu pienenesi yhteiskatossa, vastaavasti niistä, joilla pelkästään lääkekatto olisi muuten saavutettu, noin kolmannes hyötyisi.

Kuvio 7. Asiakkaiden maksamien omavastuiden muutos luokiteltuna sen mukaan, olivatko he saavuttaneet lääkekorvausten tai matkakustannusten vuotuisen omavastuun, % väestöstä.



4.3 Sairausvakuutuksen korvausmenot eri malleissa

Lopuksi tarkastellaan eri malleja sairausvakuutuksen korvausmenojen näkökulmasta (taulukko 3). Kustannusneutraalissa tasakattomallissa yhteiskatto on asetettu tasolle, jossa yhteenlasketut korvausmenot eivät kasva, ja muissa malleissa korvausmenot kasvaisivat vajaalla kahdella prosentilla, rahamääräisesti 17 tai 14 miljoonalla eurolla.

Taulukko 3. Sairausvakuutuksen korvausmenot, miljoonaa euroa, eri yhteiskattomalleissa.

	Nykymalli	Välikattomalli	Tasakattomalli 1 (kustannusneutr.)	Tasakattomalli 2
Lääkekorvaukset	1 570	1 582	1 575	1 586
Matkakorvaukset	346	351	341	344
Yhteensä	1 916	1 933	1 916	1 930

Jos tarkastellaan korvausmenoja nykyisten etuuslajien mukaan, lääkekorvausmenot lisääntyisivät kaikissa malleissa, mutta matkakorvausmenot vain yhdessä, välikattomallissa. Siinä isoille matkakustannuksille on oma nykymallin suuruinen väliomavastuu, mutta tämän alle jäävät matkakustannukset kerryttävät yhteistä vuosiomavastuuta lääkekustannusten kanssa, ja tämän katon täytyttyä ne korvataan kokonaan. Kustannusneutraalissa mallissa korvausmenot pysyisivät luonnollisesti samana, mutta siinäkin tapahtuisi etuuksien välistä uudelleenjakoa niin, että lääkekorvaukset kasvaisivat ja matkakorvaukset pienenisivät.

5 LÄÄKE- JA MATKAKUSTANNUSTEN VUOTUISEN OMAVASTUUKATON TÄYTTYMINEN, JOS KERTYMIKKAUSI EI OLISI KALENTERIVUOSI

Nykyisellään sairausvakuutuksen vuotuiset omavastuut, kuten myös kunnallinen asiakasmaksukatto, lasketaan kalenterivuodelle (1.1.–31.12.). Tämä tarkoittaa, että vuodenvaihteessa katkokertymät nollautuvat ja alkuvuonna kaikkien kolmen omavastuusuudet ja asiakasmaksut joudutaan maksamaan täysimääräisinä.

Vuosikertymä voisi kuitenkin ajoittua muuhunkin ajankohtaan kuin juuri kalenterivuoteen. Esimerkiksi Ruotsissa ja Tanskassa lääkekustannusten vuoden pituinen omavastuukausi alkaa ensimmäisestä lääkeostosta, ja Ruotsissa matkakustannusten vuotuisen omavastuun kertymäkausi alkaa ensimmäisestä matkasta². Toisaalta, Suomen nykymalliin liittyvän eri kattokertymien ajallisen päällekkäisyyden voisi poistaa myös sillä, että seuranta-ajanjaksot ajoittuisivat

² Ruotsissa laissa (Lag (1991:419) om resekostnadsersättning vid sjukresor) on säädetty, millaisten matkojen matkakustannuksista pitää maksaa korvauksia, mutta kukin maakärjäalue päättää yksityiskohtaiset korvausperusteet. Tietoa eri alueiden käytännöistä löytyy esimerkiksi maakärjäalueiden omilta verkkosivuilta tai kootusti esim. www.1177.se. Ruotsin lääkekorvausjärjestelmä on kuvattu [Tandvårds- och läkemedelsförmånsverketin verkkosivuilla \(tlv.se\)](#) ja Tanskan lääkekorvausjärjestelmä vastaavasti [Laegemiddelstyrelsenin verkkosivuilla \(laegemiddelstyrelsen.dk\)](#).

eri etuuksissa tai palveluissa eri ajalle mutta olisivat kuitenkin etukäteen säädettyjä ajanjaksoja, esimerkiksi matkakustannuksissa heinäkuun alusta kesäkuun loppuun ja lääkekustannuksissa nykyisellään eli tammikuun alusta joulukuun loppuun.

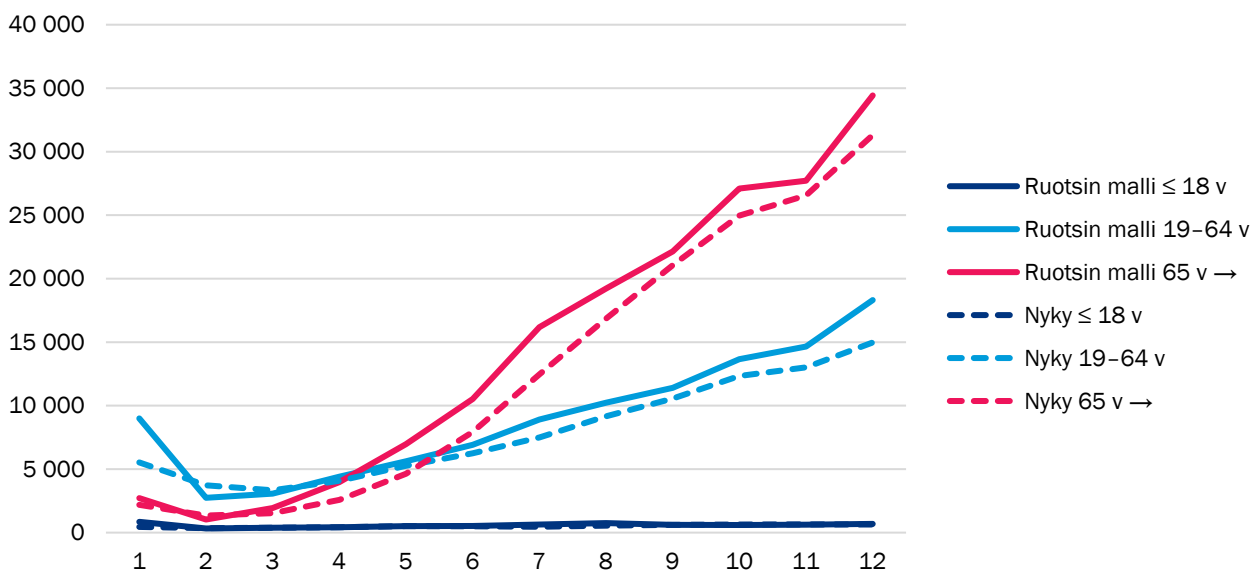
Simuloimme rekisteriaineistolla kahta erilaista mallia kertymäajalle: ns. Ruotsin ja Tanskan mallin mukainen liukuvan vuosikaton määrätymisjakso, jossa kertymäjakso alkaa ensimmäisestä ostosta ja kestää 12 kuukautta siitä eteenpäin sekä vuoden puolivälistä (1.7.) alkava 12 kuukauden pituinen kausi. Simuloinnit perustuvat vuonna 2019 voimassa olleen korvausjärjestelmän mukaisena tapahtuneisiin lääkeostoihin ja matkoihin, joten niissä ei ole huomioitu muutoksista aiheutuvia käyttäytymisvaikutuksia.

5.1 Vuotuisen omavastuukaton kertymäkausi alkaisi liukuvasti (liukuvan katon malli)

Kuviossa 8 on tarkasteltu ikäryhmittäin kuukausitasolla lääkekaton saavuttaneiden määrää liukuvasti määrättyvällä kattojaksolla ja nykyisellä kalenterivuosisikohtaisella mallilla. Liukuvan katon mallissa potilailla on aina 365 vuorokautta aikaa kerryttää omavastuuta. Näin ollen katon saavuttaneita potilaita on kuukausitasolla enemmän verrattuna nykyjärjestelmään, jossa omavastuut nollaantuvat vuoden vaihteessa riippumatta ensimmäisen oston ajankohdasta. Lisäksi työikäisiä katon saavuttaneita on liukuvan katon mallissa selvästi enemmän kertymäkauden ensimmäisenä kuukautena verrattuna nykyjärjestelmään. Tämä selittyy sillä, että liukuvan katon mallissa kertymäkauden alun määrittää potilaan ensimmäisen oston ajankohta.

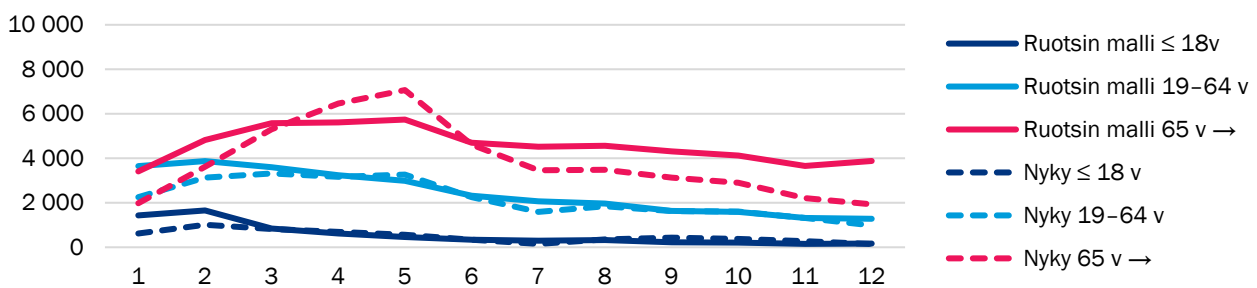
Voimassa olevassa lääkekorvausjärjestelmässä potilailla on vahvat kannustimet ostaa lääkkeitä varastoon vuoden lopussa. Näin ollen kertymäkauden ensimmäinen lääkeosto voi tulla vasta kolme kuukautta loppuvuoden ostojen jälkeen. Aineiston perusteella ensimmäinen lääkeosto tehdään keskimäärin noin 77 päivää (mediaani 41) vuoden vaihteen jälkeen.

Kuvio 8. Lääkekustannusten vuotuisen omavastuukaton saavuttamisen ajankohta ikäryhmittäin nykyisellä mallilla (kausi 1.1.–31.12., vaaka-akselin kohta 1 kuvaa tammikuuta) ja liukuvan katon mallilla, jossa kertymäkausi olisi 12 kuukautta ensimmäisestä ostosta (vaaka-akselin kohta 1 kuvaa ensimmäisen oston ajankohtaa).



Myös liukuvassa matkakattomallissa (kuvio 9) ensimmäisenä kuukautena matkakustannukset ovat suuremmat kuin nykymallin tammikuussa, johtuen samasta kuin lääkeostoissakin: koska katon kertymiskausi alkaa ensimmäisestä matkasta, liukuvan katon mallissa kaikilla jo määritelmällisesti on ensimmäisenä kuukautena matkakustannuksia, kun taas kalenterin mukaan määräytyvässä nykymallissa tammikuussa ei välttämättä tehdä matkoja. Aineiston perusteella ensimmäinen matka tehdään keskimäärin noin 137 päivää (mediaani 114) vuoden vaihteen jälkeen. Matkojen vuotuisen omavastuun saavuttaneiden määrä kahtena-kolmena jakson ensimmäisenä kuukautena olisi nykyistä tammi-maaliskuuta suurempi, mutta sitten katon saavuttaneiden määrä tasaantuisi loppukauden ajalle.

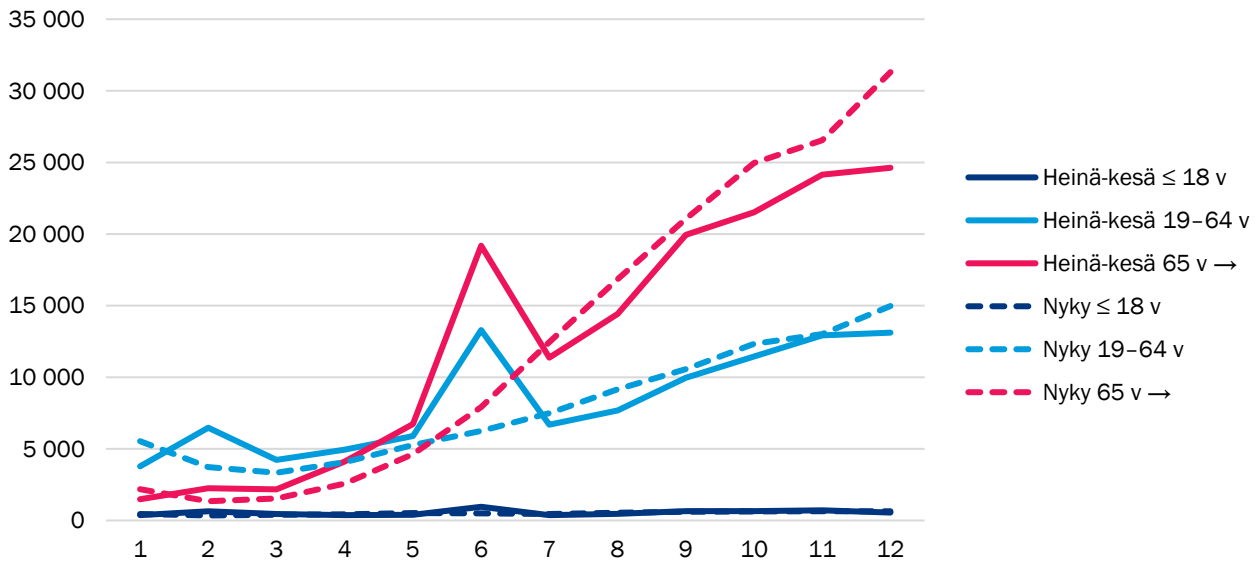
Kuvio 9. Matkakustannusten vuotuisen omavastuukaton saavuttamisen ajankohta ikäryhmittäin nykyisellä mallilla (kausi 1.1.–31.12., vaaka-akselin kohta 1 kuvaa tammikuuta) ja liukuvan katon mallilla, jossa kertymäkausi olisi 12 kuukautta ensimmäisestä ostosta (vaaka-akselin kohta 1 kuvaa ensimmäisen matkan ajankohtaa).



5.2 Vuotuisen omavastuukaton kertymäkausi alkaisi muuna ajankohtana kuin vuoden alussa

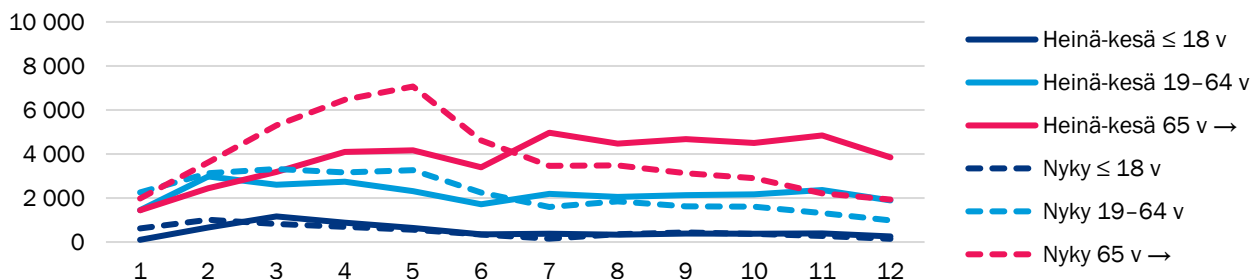
Vuoden puolivälistä alkavassa 12 kuukauden katossa ainoastaan omavastuukertymän alkamis- ja päättymisajankohta ovat erilaiset kuin nykyjärjestelmässä. Kuviossa 10 (s. 18) on esitetty simulointi, jossa lääkekaton kertymäkausi alkaa heinäkuussa. Tarkastelun heikkoutena on, että nykyjärjestelmässä havaittu lääkekaton ylittäneiden keskittyminen loppuvuoteen ajoittuu simuloinnissa keskelle heinäkuusta alkavaa kertymäkautta. Voidaan pitää todennäköisenä, että potilaat muuttaisivat ostokäyttäytymistään ja lääkekatto ylitettäisiin tyypillisesti lähellä kertymäkauden loppua eli touko-kesäkuussa, mikäli omavastuut nollaantuisivat uudistuksen myötä heinäkuun alussa.

Kuvio 10. Lääkekustannusten vuotuisen omavastuukaton saavuttamisen ajankohta ikäryhmittäin nykyisessä mallissa (kausi 1.1.–31.12., vaaka-akselin kohta 1 kuvaa tammikuuta) ja vaihtoehtoisella mallilla, jossa kertymäkausi olisi 1.7.–30.6. (vaaka-akselin kohta 1 kuvaa heinäkuuta).



Matkakorvausten (kuvio 11) kertymäkauden muuttuminen heinäkuusta alkavaksi näyttäisi ta-soittavan vuosikaton kertymisen nopeutta niin, että yhä useammalla katto saavutettaisiin vasta kertymäkauden loppupuolella. Toisin kuin lääkeostoja, matkoja ei juurikaan voi tehdä ns. en-nakkoon, eikä matkakorvauksissa esiinny lääkeostojen kaltaista ”piikkiä” matkamäärässä esi-merkiksi loppuvuonna. Voidaan ajatella, että koska hoito- ja kuntoutuskäyntejä voi olla kesä-kaudella harvemmin kuin alkuvuodesta esimerkiksi hoito- ja kuntoutusyksiköiden kesäsulku-jen vuoksi, katon täyttyminen voi tästä syystä osalla käyttäjistä kestää kauemmin kuin kalente-rivuoden alussa. Myös esimerkiksi tartuntatauteja sairastetaan kesällä talviaikaa vähemmän, mikä voi vähentää hoitokäyntien tarvetta kesäaikaan. Toisaalta säännöllisesti ympäri vuoden esimerkiksi keuhkokuumeiden käynnillä ajoituksella ei ole erityistä merkitystä.

Kuvio 11. Matkakustannusten vuotuisen omavastuukaton saavuttamisen ajankohta ikäryhmittäin nykyisessä mal-lissa (kausi 1.1.–31.12., vaaka-akselin kohta 1 kuvaa tammikuuta) ja vaihtoehtoisella mallilla, jossa kertymäkausi olisi 1.7.–30.6. (vaaka-akselin kohta 1 kuvaa heinäkuuta).



6 YHTEENVETO JA POHDINTA

Sairausvakuutuslain (L 1224/2004) mukaisilla korvauksilla on paljon käyttäjiä: noin 70 % Suomessa asuvista sai Kelasta sairausvakuutuskorvauksia vuonna 2019 tehdystä lääkeostosta, matkasta tai molemmista. Kuten sairaudet ja sairauskulut muutenkin, korvaukset kohdentuvat etenkin ikääntyneille. Lääke- ja matkakattojen kohdentuminen samalle henkilölle on laajasta käytöstä huolimatta kuitenkin suhteellisen harvinaista.

Kelaan kertyy lähes reaaliaikaisesti yksityiskohtaiset rekisteritiedot kustakin matkasta ja lääkeostosta, josta on saatu tai haettu sairausvakuutuskorvaus. Tämä kertyvä rekisteriaineisto mahdollistaa esimerkiksi simuloinnit, joilla voidaan etukäteen testata erilaisia etuusmuutoksia sekä arvioida niiden kohdentumista ja vaikutuksia. Tässä julkaisussa näitä aineistoja käytettiin lääke- ja matkakorvausten vuosittaisten omavastuuosuuksien eli vakuutettujen omavastuuosuuksille asetettujen maksukattojen kohdentumisen kuvaamiseen sekä laskelmiin mahdollisesta lääke- ja matkakustannusten vuotuisten omavastuiden yhteiskatosta ja sen kohdentumisesta sekä ns. liukuvasta, ensimmäisestä ostosta tai matkasta alkavasta kattokertymästä.

Lääke- ja matkakustannusten yhteiskatto suunnilleen lääkekaton suuruisena voisi olla hyödyllinen monelle. Valtaosalla omavastuut eivät muuttuisi mitenkään. Omavastuut pienenisivät etenkin ikääntyneillä, joilla sairauskulut ovat tyypillisesti suuret. Omavastuun pieneneminen jakautuisi kuitenkin jonkin verran epätasaisesti, ja matkakaton sisältävää välikattomallia lukuun ottamatta etenkin ne häviäisivät, joilla on nykyisellään täyttynyt vain matkakatto. Laskelmissa yhteiskaton suuruus oli määritelty noin lääkekaton suuruiseksi (572 euroa), joten lääkekaton aiemminkin saavuttaneet eivät häviäisi paitsi kustannusneutraalissa vuosikattomallissa, jossa omavastuu olisi hieman nykyistä suurempi. Sen sijaan suurin häviäjryhmä olisi pelkän 300 euron matkakaton aiemmin saavuttaneet: heistä noin puolella omavastuut kasvaisivat. Tätä oli mahdollista ehkäistä mallissa, joka sisälsi matkakustannuksille oman, matkakaton suuruisen välikaton. Yhteiskatto lisäisi sairausvakuutuksen korvausmenoja vajaa 2 %, kustannusneutraalissa mallissa korvaukset luonnollisesti pysyisivät ennallaan.

Yhteiskatto aiheuttaisi jossain määrin omavastuiden uudelleenjakoa, kun osa hyötyisi omavastuun pienenemisenä mutta osa häviäisi eli omavastuut kasvaisivat. Yhteiskatto ei helpottaisi alkuvuoteen kohdistuvaa maksurasitetta, vaan ehkä jopa lisäisi sitä, mikäli yhteiskaton suuruus olisi nykyisiä erillisiä kattoja korkeampi. Alkuvuoden maksurasitetta voisi auttaa vuosiomavastuun kertymisjakson muuttaminen nykyisestä kalenterivuoteen pohjautuvasta esimerkiksi Ruotsin ja Tanskan tapaan ns. liukuvaksi katoksi, jossa katon kertymiskausi alkaisi ensimmäisestä lääkeostosta tai matkasta ja kestäisi siitä vuoden eteenpäin. Osin vastaavasti toimisi malli, jossa kertymiskausi esimerkiksi yhdessä etuuslajissa olisikin toinen kuin kalenterivuosi, vaikkapa 1.7.–30.6. Kummassakin mallissa etenkin osalla matkakorvauksia saavista maksukatto täyttyisi nykyistä myöhemmin.

Yksi, teknisesti helpompi vaihtoehto olisi säilyttää lääkekatto kalenterivuositaisena ja siirtää matkakaton kertymäkausi alkamaan esimerkiksi keskeltä vuotta tai vaikka syyskuun alussa, tai päinvastoin. Tämä keventäisi alkuvuoteen kohdistuvia terveydenhuollon kustannuksia ainakin niillä potilailla, joilla täyttyy sekä matka- että lääkekatto, jos kohta heitä on melko vähän. Uu-

distuksesta aiheutuisi sairausvakuutukselle kertaluonteinen kustannus siirtymäkaudesta, mikäli se toteutetaan venyttämällä siirtymävaiheen omavastuukertymäkausi puolentoista vuoden pituiseksi.

Nykyjärjestelmään pohjautuvalla simuloinnilla ei voida kokonaisvaltaisesti arvioida Ruotsin mallin käyttöönotosta koituvia muutoksia sairausvakuutuksen korvausmenoihin ja potilaiden omavastuisiin. Tanskan lääkekorvausjärjestelmää koskevan tutkimuksen perusteella kuitenkin tiedetään, että potilaat lisäävät lääkkeitään myös liukuvan katon mallissa kertymäkauden loppua kohden, jolloin seuraavan kertymäkauden aloitusta on mahdollista siirtää pidemmälle tulevaisuuteen (Simonsen ym. 2017). Toisaalta tutkimuksessa todetaan, että lääkkeiden kokonaiskulutuksen ja edellisen kertymäkauden loppumisajankohdan ja seuraavan kertymäkauden alkamisajankohdan erotuksen olevan käänteisesti suhteellisia. Tutkimuksen perusteella lääkemenot kulutukseltaan korkeimpaan desiiliin kuuluvilla potilailla uusi kertymäkausi alkoi keskimäärin 14 päivän päästä edellisen kertymäkauden päättymisestä. (Simonsen ym. 2017.)

Tässä selvityksessä rajauduttiin eri vaihtoehtojen suoriin vaikutuksiin nykyiseen korvausmalliin perustuvan rekisteriaineiston perusteella. On kuitenkin huomattava, että omavastuun muutokset tai eri omavastuiden yhdistäminen vaikuttaisivat todennäköisesti myös vakuutettujen käyttäytymiseen. Esimerkiksi lääkkeiden kulutuksen on havaittu kasvavan lääkekaton saavuttamisen jälkeen (Verho 2012; Soppi ym. 2019). Kulutuksen muutoksen suuruus vaihtelee kuitenkin lääkkeen korvausluokan ja vakuutettujen iän mukaan. Matkakaton käyttäytymisvaikutuksista ei toistaiseksi ole julkaistu vastaavaa tutkimustietoa. Lisäksi, matkakorvauksia haetaan nykyisellään vähän – tilastotietoja vertaamalla voi havaita, että vain noin 13 %:sta toteutuneista, sairausvakuutuksen korvauksen piiriin kuuluvista matkoista on haettu sairausvakuutuksen korvauksia (Tillman 2017). Yhteiskatto voisi lisätä matkakorvausten hakemista: jos pienet, alle matkakohtaisen omavastuun jäävät matkakulut esimerkiksi omalla autolla tai julkisella liikenteellä tehdyistä matkoista kerryttävät vuotuista omavastuuta, yhteiskatossa niiden ilmoittamiseen voisi olla suurempi kannustin kuin nykyisessä pelkästään matkakustannusten omassa vuosikatossa. Tämä hyödyttäisi asiakkaita, toisaalta siitä aiheutuisi lisää hallinnollista työtä ja suuremmat korvausmenot.

Viime aikaisessa keskustelussa on tuotu esille erityisesti kaikkien kolmen terveydenhuollon maksukaton, Kelan lääke- ja matkakaton lisäksi kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksukatto, yhdistäminen. Esillä on aiemmin ollut myös pelkkä asiakasmaksukaton ja lääkekaton yhdistäminen. Siten pelkkä Kelan sairausvakuutuksen yhteiskatto ei liene realistinen toteutusvaihtoehto, mutta koska Kelan maksukatot muodostavat ison osan mahdollisesta laajemmasta yhteiskatosta, voidaan näitä arvioimalla tuoda esiin arvokasta tietoa esimerkiksi eri tyyppisten mallien hyvistä ja huonoista puolista. Lisäksi Kelan etu on huomattavan kattavat, tarkat ja ajantasaiset rekisteritiedot. Rekisteritietoihin perustuvien laskelmien lisäksi muutoksia tulee arvioida myös muilla tavoilla.

LÄHTEET

Aaltonen K, Miettinen J, Saastamoinen LK, Martikainen JE. Kenellä ei ole varaa lääkkeisiin? Julkaisussa: Airio I, toim. Toimeentuloturvan verkkoa kokemassa. Kansalaisten käsitykset ja odotukset. Helsinki: Kela, Teemakirja 9, 2013: 232–246.

Aaltonen K, Miettinen J, Airio I ym. Cost-related barriers to use of health services and prescription medicines in Finland. A cross-sectional survey. *European Journal of Public Health* 2015; 25 (3): 368–372.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

Mikkola H, Kapiainen S, Seppälä T ym. [Tutkimus terveydenhuollon maksukattojen yhdistämisestä](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Avauksia 10, 2009. Viitattu 25.11.2020.

Rikala M, Enlund H, Hämeen-Anttila K, Kuoppala J. Lääkkeet, lääkekorvaukset ja hoitopäätöksiin osallistuminen – väestön näkökulma. Helsinki: Fimea, Fimea kehittää, arvioi ja informoi 3, 2016.

Simonsen M, Skipper L, Skipper N. [Piling pills? Forward-looking behaviour and stockpiling of prescription drugs \(pdf\)](#). Aarhus: Aarhus University, Economics Working Papers 8, 2017.

Soppi A, Aaltonen K, Verho J. Lääkekaton vaikutus lääkekulutukseen. Julkaisussa: Pekola P, toim. [Terveydestaloustiede 2019. Terveystaloustieteen päivä 1.2.2019](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäpaperi 1, 2019. Viitattu 25.11.2020.

StVM 39/2020 vp. Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annetun lain 3 §:n ja tuomioistuinmaksulain 5 §:n muuttamisesta.

Tervola J, Heino P. [Onko yhdistetyssä terveydenhuollon maksukatossa järkeä? Vaikutusarvio eri vaihtoehtoista](#). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Työpäpaperi 22, 2020. Viitattu 25.11.2020.

Tillman P. [Matkakorvausten käytössä suuret alueelliset erot](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi 31.5.2017. Viitattu 25.11.2020.

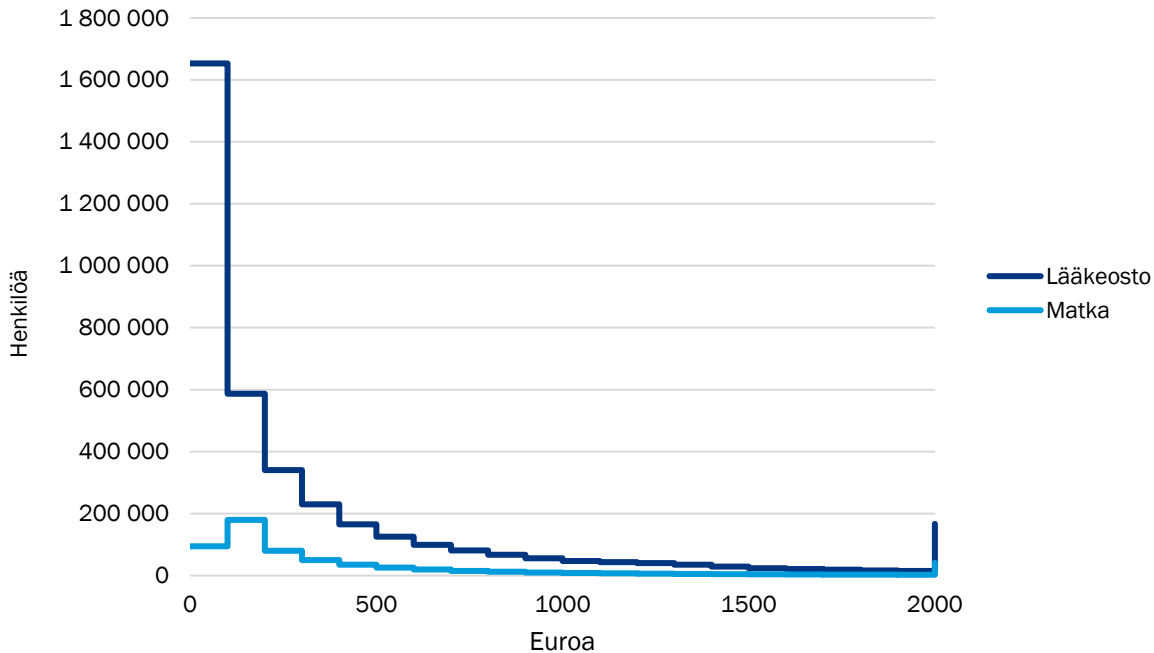
Tillman P. [Sairaalan kallis alkuvuosi](#). Helsinki: Kela, Tutkimusblogi 22.1.2020. Viitattu 25.11.2020.

Tillman P, Maunula N. [Sairausvakuutuksen matkakorvaukset liittyvät etenkin erikoissairaanhoidon. Rekisteritutkimus vuonna 2012 tehdyistä matkoista](#). Helsinki: Kela, Työpapereita 90, 2016. Viitattu 8.12.2020.

Verho J. [Omavastuukaton vaikutus lääkekulutukseen](#). Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 40, 2012. Viitattu 25.11.2020.

LIITTEET

Liitekuvio. Sairausvakuutuksen korvaamat lääke- ja matkakustannukset vuonna 2019 ja niiden jakautuminen.^a



^a Vaaka-akselilla esitetyt kustannukset on rajattu maksimissaan 2 000 euroon. Jakauman hännän piikki edustaa henkilöitä, joiden vuosikustannukset olivat vähintään 2 000 euroa.

Liitetaulukko 1. Asiakkaiden maksamien omavastuiden muuttuminen luokiteltuna rahamääräisesti ikäryhmittäin lääke- ja matkakustannuksissa eri yhteiskattomalleissa, %. Koko väestö.

Välikattomalli	0–18 v	19–64 v	65–74 v	75–84 v	85 v –
Omavastuu pysyy samana	99,8	98,8	94,7	87,7	79,2
Pienenee alle 5 euroa	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4
Pienenee 5–10 euroa	0,0	0,0	0,1	0,2	0,5
Pienenee 10–20 euroa	0,0	0,1	0,3	0,7	1,3
Pienenee 20–50 euroa	0,0	0,3	1,5	3,1	5,0
Pienenee 50–100 euroa	0,0	0,2	1,1	2,7	4,8
Pienenee 100–200 euroa	0,0	0,2	1,0	2,6	4,9
Pienenee yli 200 euroa	0,1	0,3	1,2	2,7	3,9

Kustannusneutraali tasakattomalli	0–18 v	19–64 v	65–74 v	75–84 v	85 v –
Kasvaa väh. 200 euroa	0,3	0,1	0,2	0,2	0,3
Kasvaa 100–200 euroa	0,1	0,2	0,4	0,7	0,9
Kasvaa 50–100 euroa	0,0	0,1	0,2	0,4	0,6
Kasvaa 20–50 euroa	0,4	2,2	5,8	7,7	7,5
Kasvaa 10–20 euroa	0,0	0,2	0,6	1,0	1,4

Kustannusneutraali tasakattomalli	0-18 v	19-64 v	65-74 v	75-84 v	85 v -
Kasvaa 5-10 euroa	0,0	0,0	0,2	0,3	0,4
Kasvaa alle 5 euroa	0,0	0,1	0,2	0,4	0,5
Ostavastuu pysyy samana	99,0	96,4	88,8	80,5	73,2
Pienenee alle 5 euroa	0,0	0,1	0,5	1,1	1,8
Pienenee 5-10 euroa	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5
Pienenee 10-20 euroa	0,0	0,0	0,2	0,4	0,9
Pienenee 20-50 euroa	0,0	0,1	0,6	1,5	2,7
Pienenee 50-100 euroa	0,0	0,1	0,6	1,6	3,1
Pienenee 100-200 euroa	0,0	0,2	0,9	2,2	4,0
Pienenee yli 200 euroa	0,1	0,2	0,8	1,7	2,3

Tasakattomalli	0-18 v	19-64 v	65-74 v	75-84 v	85 v -
Kasvaa väh. 200 euroa	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1
Kasvaa 100-200 euroa	0,1	0,2	0,3	0,5	0,6
Kasvaa 50-100 euroa	0,0	0,1	0,2	0,4	0,5
Kasvaa 20-50 euroa	0,0	0,1	0,1	0,3	0,4
Kasvaa 10-20 euroa	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Kasvaa 5-10 euroa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Kasvaa alle 5 euroa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Ostavastuu pysyy samana	99,4	98,4	93,9	86,5	77,5
Pienenee alle 5 euroa	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4
Pienenee 5-10 euroa	0,0	0,0	0,1	0,2	0,4
Pienenee 10-20 euroa	0,0	0,1	0,3	0,7	1,2
Pienenee 20-50 euroa	0,0	0,3	1,4	3,1	5,0
Pienenee 50-100 euroa	0,0	0,2	1,0	2,6	4,7
Pienenee 100-200 euroa	0,0	0,2	1,0	2,5	4,9
Pienenee yli 200 euroa	0,1	0,3	1,2	2,7	3,9

Liitetaulukko 2. Asiakkaiden maksamat omavastuut ikäryhmittäin lääke- ja matkakustannuksissa eri yhteiskattomalleissa, henkilöiden lukumäärä. Koko väestö.

Välikattomalli	0-18 v	19-64 v	65-74 v	75-84 v	85 v -
Ostavastuu pysyy samana	1 106 689	3 160 191	669 522	327 793	119 668
Pienenee alle 5 euroa	35	726	661	880	659
Pienenee 5-10 euroa	45	705	755	916	699
Pienenee 10-20 euroa	92	2 389	2 383	2 714	1 906
Pienenee 20-50 euroa	464	10 832	10 310	11 718	7 627
Pienenee 50-100 euroa	425	7 773	7 565	9 977	7 206
Pienenee 100-200 euroa	423	6 825	7 181	9 679	7 468
Pienenee yli 200 euroa	758	9 125	8 745	10 054	5 923

Kustannusneutraali tasakattomalli	0–18 v	19–64 v	65–74 v	75–84 v	85 v –
Kasvaa väh. 200 euroa	2 924	4 625	1 313	894	422
Kasvaa 100–200 euroa	977	5 082	2 767	2 504	1 295
Kasvaa 50–100 euroa	455	2 414	1 554	1 556	904
Kasvaa 20–50 euroa	4 914	70 645	41 122	28 645	11 375
Kasvaa 10–20 euroa	217	4 927	4 012	3 853	2 071
Kasvaa 5–10 euroa	103	1 554	1 266	1 247	661
Kasvaa alle 5 euroa	102	1 705	1 298	1 336	724
Ostavastuu pysyy samana	1 097 589	3 082 052	627 853	300 947	110 702
Pienenee alle 5 euroa	182	3 260	3 426	3 983	2646
Pienenee 5–10 euroa	28	861	865	1 050	800
Pienenee 10–20 euroa	54	1 187	1 224	1 587	1 295
Pienenee 20–50 euroa	192	3 936	4 025	5 580	4 118
Pienenee 50–100 euroa	269	4 411	4 547	6 146	4 753
Pienenee 100–200 euroa	307	5 935	6 301	8 227	5 988
Pienenee yli 200 euroa	618	5 972	5 549	6 176	3 402

Tasakattomalli	0–18 v	19–64 v	65–74 v	75–84 v	85 v –
Kasvaa väh. 200 euroa	2 469	2 418	461	258	116
Kasvaa 100–200 euroa	1 178	5 356	2 400	1 955	966
Kasvaa 50–100 euroa	509	2 741	1 605	1 509	822
Kasvaa 20–50 euroa	264	1 625	992	1 015	627
Kasvaa 10–20 euroa	70	481	323	366	187
Kasvaa 5–10 euroa	36	258	168	156	95
Kasvaa alle 5 euroa	42	240	145	166	103
Ostavastuu pysyy samana	1 102 189	3 148 139	664 208	323 159	117 197
Pienenee alle 5 euroa	36	650	629	811	637
Pienenee 5–10 euroa	35	675	697	872	655
Pienenee 10–20 euroa	85	2 314	2 310	2 667	1 865
Pienenee 20–50 euroa	456	10 582	10 157	11 553	7 516
Pienenee 50–100 euroa	405	7 513	7 386	9 805	7 087
Pienenee 100–200 euroa	409	6 711	7 088	9 528	7 404
Pienenee yli 200 euroa	748	8 863	8 553	9 911	5 879