

Riikka-Leena Leskelä ja Hennomari Mikkola

Toimeentulotuen asiakkaiden sote-palvelujen käyttö ja kustannukset Oulussa vuonna 2013



Kirjoittajat

Riikka-Leena Leskelä, tutkimusjohtaja, TkT
Nordic Healthcare Group
etunimi.sukunimi@nhg.fi

Hennamari Mikkola, yksikön päällikkö, tutkimusprofessori, dosentti, KTT
Kela
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kela

www.kela.fi/tutkimus

ISBN 978-952-284-141-4

ISSN 2323-9239

URI <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022051937076>

Helsinki 2022

Sisältö

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
2 Aineisto ja menetelmät	6
2.1 Aineiston kuvaus	6
2.2 Käytetyt luokittelut	6
2.3 Menetelmät	8
3 Tulokset.....	8
3.1 Sosiaali- ja terveystalvclujen käyttö.....	8
3.2 Sosiaali- ja terveystalvcluiden kustannukset toimeentulotuen saajilla	9
3.3 Sosiaali- ja terveystalvcluiden kustannusten eroja selittävät tekijät.....	12
4 Pohdinta ja johtopäätökset.....	13
4.1 Tulevaisuuden skenaariot	14
Lähteet	15
Liite	17

Tiivistelmä

Terveysongelmat ja taloudelliset ongelmat kulkevat usein käsi kädessä. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, mitä sote-palveluita toimeentulotuen saajat käyttävät, ja onko toimeentulotuen asiakkuus yhteydessä sote-palveluiden kokonaiskäyttöön ja siitä kertyviin kustannuksiin.

Tutkimuksen aineistona hyödynnettiin Oulun kaupungista, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä sekä Kelasta kerättyä asukastason rekisteriaineistoa sosiaali- ja terveystalouden kustannuksista ja etuuksista vuonna 2013. Aineistoa analysoitiin kuvailevilla analyyseillä sekä lineaarisilla regressiomalleilla.

Tutkimuksen keskeinen havainto on, että toimeentulotuen asiakkuus on yhteydessä korkeampiin sote-palveluista kertyviin kustannuksiin senkin jälkeen, kun mallissa huomioidaan asiakkuus eri sote-palveluissa. Paljon eri palveluita ja etuuksia tarvitsevan asiakkaan palvelukokonaisuuksia tulisikin koordinoita. Eri toimijoilla ei ole välttämättä edes tietoa siitä, missä eri palveluissa asiakkaalla on asiakkuus, joten tiedon integraatio tulisi ratkaista ensin.

Avainsanat: toimeentulotuki, asiakkaat, sosiaalipalvelut, terveystalouden palvelut, käyttö, kustannukset

1 Johdanto

Alueelliset ja sosioekonomiset terveyserot näyttävät vakiintuneen pysyväksi palvelujärjestelmämme piirteeksi (esim. Rotko ym. 2014; Blomgren 2018). Tuoreimmassa hallitusohjelmassa korostetaan eriarvoisuuden vähentämistä, köyhyyden ja osattomuuden vähentämistä ja aikuis-sosiaalityön kehittämistä. Tavoitteena on myös vähentää toimeentulotuen pitkäaikaista käyttöä. Yhtenä sote-palveluiden rakenneuudistuksen tavoitteena myös mainitaan ja paljon palveluita tarvitsevien asiakkaiden palveluiden yhteensovittaminen. (Valtioneuvosto 2019.) Erityisesti monialaisia palveluja tarvitsevien asiakkaiden (nk. yhteisasiakkaiden) palvelut tulisi saada sujumaan nykyistä paremmin (Hujala ja Lammintakanen 2018, 10). Myös asiakkaiden etuuksien ja palvelujen kokonaisuutta on tarkoitus tarkastella jatkossa tiiviimmin. Tavoitteina ovat kustannusten kasvun hillintä ja työkyvyn ylläpito, mutta myös terveyserojen vähentäminen ja sitä kautta hyvinvoinnin lisääminen.

Palvelujärjestelmän kehittämisen haasteena on se, että sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö jakautuvat väestössä epätasaisesti: suurin osa palvelujen ja etuuksien käytöstä kasautuu pienelle ryhmälle väestöstä (esim. Pekurinen ym. 2011; Leskelä ym. 2016; Vaalavuo 2016). Tiettyille väestöryhmille tiedetään kasautuvan paljon sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Näiden ryhmien palveluiden käyttö on muuta väestöä suurempaa. Esimerkkinä tällaisesta väestöryhmästä ovat toimeentulotuen saajat (Hannikainen-Ingman ym. 2013; Vaalavuo 2016; Vaalavuo ja Haula 2018; Vaalavuo ym. 2020). Vaalavuon ym. (2020) tutkimuksessa pääkaupunkiseudun 18–34-vuotiailla toimeentulotuen saajilla oli muihin ikätovereihin verrattuna yleisemmin terveysongelmia, joista korostuivat erityisesti mielenterveys- ja päihdehäiriöt.

Etenkin pitkittyessään taloudelliset ongelmat muodostavat riskin terveydellisille ongelmille, mikä lisää palvelutarvetta ja edelleen palveluiden käyttöä. Tämä voi johtua yhtäältä siitä, että jouduttaessa taloudelliseen ahdinkoon terveyden ennaltaehkäisy ja itsehoito saattavat jäädä sivuseikaksi ja terveyden ylläpitämiseen ei välttämättä löydy voimavaroja (Vaalavuo 2016). Tämä voi osaltaan edistää erilaisten sairauksien ilmenemistä. Toisaalta taloudellinen ahdinko saattaa olla seurausta siitä, että henkilö ei pysty terveysongelmista johtuen hankkimaan toimeentuloaan (Niemelä ym. 2015).

Pitkään jatkuessaan toimeentulotuen saanti ennustaa hyvinvointipuutteiden kasautumista ja edelleen lisääntyneitä sosiaali- ja terveyspalveluiden tarvetta (Hannikainen-Ingman ym. 2013, 107). Palvelujärjestelmän kehittäminen edellyttää kuitenkin tietoa siitä, miten taloudellinen huono-osaisuus on yhteydessä palveluiden käyttöön ja mihin palveluihin tarve erityisesti kohdistuu, kun puhutaan esimerkiksi toimeentulotuen saajista. Vaalavuon ym. (2020) tutkimuksessa psykiatrinen diagnoosi oli yhteydessä pitkittyneeseen toimeentulotuen saantiin erityisesti 18–24-vuotiailla, mutta ei enää 30–34-vuotiailla.

Tässä artikkelissa arvioidaan toimeentulotukiasiakkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä Oulussa vuonna 2013. Verrattuna aikaisempiin tutkimuksiin tässä artikkelissa tarkastellaan erityisesti sitä, mitä raskaiden sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakkuuksia oululaisilla toimeentulotuen saajilla oli ja kuinka suuria kustannuksia sote-palveluista ja Kelan sairaanhoitokorvauksista ja sote-palvelujen käyttöä tukevista etuuksista (ks. liite) kertyy. Lisäksi analysoidaan, eroavatko toimeentulotuen saajat joidenkin palvelujen käytön osalta muusta väestöstä.

Artikkelissa arvioidaan myös, miten paljon palveluiden käyttö ja kustannukset riippuvat toisaalta asiakkaan iästä ja toisaalta toimeentulotukiasiakkuuden kestosta. Tulosten perusteella voimme arvioida ja ennakoida, millaisia etuuksia ja palveluja toimeentulotuen asiakkaille tulisi kohdentaa, jotta apu ja tuki hyvinvoinnin edistämiseksi olisi mahdollisimman vaikuttavaa.

2 Aineisto ja menetelmät

2.1 Aineiston kuvaus

Tutkimuksen aineistona hyödynnettiin Oulun kaupungista, Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä sekä Kelasta kerättyä asukastason rekisteriaineistoa sosiaali- ja terveystalouden kustannuksista ja etuuksista vuonna 2013. Aineisto koostuu yksilö- ja tapahtumatason tiedoista koskien oululaisten sosiaali- ja terveystalouden käyttöä vuonna 2013. Aineistosta löytyy yksilötasolla tietoja julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytöstä ja kustannuksista, kunnan maksamista etuuksista (toimeentulotuki ja omaishoidon tuki), sekä Kelan korvaamista palveluista ja etuuksista. Tässä tutkimuksessa rajauduttiin tarkastelemaan niiden 18–64-vuotiaiden palveluiden käyttöä, jotka ovat olleet oululaisia 31.12.2013, jolloin aineiston kooksi muodostui 123 322 henkilöä. Työterveyshuollon kustannukset ja käyttö rajattiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle, sillä toimeentulotuen asiakkaat harvoin ovat työterveyshuollon piirissä. Aineisto on kuvattu tarkemmin julkaisussa Leskelä ym. (2016) ja mukaan otetut palvelut on esitetty liitteessä.

2.2 Käytetyt luokittelut

Aineistoon kuuluvat henkilöt luokiteltiin kahdeksaan eri ryhmään sosiaali- ja terveystalouden käytön perusteella noudattaen Leskelä ym. (2016) käyttämää luokittelua paljon palveluita tarvitsevista asiakkaista. Henkilö voi tässä luokituksessa kuulua vain yhteen asiakasryhmään. Jaottelu on suoritettu askeltavasti siten, että ensin on katsottu, kuinka moni tutkittava sijoittuu ensimmäiseen asiakasryhmään (ikäihmisten palvelujen asiakas), jäljelle jäävistä, kuinka moni toiseen (lastensuojelun palvelujen asiakas), ja niin edelleen, kunnes lopulta tutkittavat, jotka eivät sijoitu mihinkään muuhun kategoriaan, muodostavat oman kahdeksannen kategorian ("vain kevyitä palveluita"):

- ikäihmisten palvelujen asiakas: vähintään 1 kuukausi vanhainkodin, tehostetun palveluasumisen, vanhuspalveluiden kotihoidon tai terveystalouden omaishoidon tuen asiakkaana tai vähintään 90 vuorokautta terveyskeskuksen vuodeosastolla vuonna 2013 (N = 61)
- lastensuojelun palvelujen asiakas: vähintään 1 päivä sijoitettuna kodin ulkopuolelle tai vähintään 1 kuukausi lastensuojelun avohuollon asiakkaana vuonna 2013 (N = 183)
- vammais- ja kehitysvammaisten palvelujen asiakas: asiakkuus vähintään yhdessä seuraavista palveluista vuoden 2013 aikana: vaikeavammaisten palveluasuminen, omaishoidon tuki sosiaalipalveluissa, henkilökohtainen apu, vammais- ja kehitysvammaisten asumispalvelut tai kehitysvammaisten asumispalvelut ja laitoshoidon tuki (N = 1 395)
- päihde- ja mielenterveyspalvelujen asiakas: vähintään 1 päivä mielenterveys- ja päihde- ja mielenterveyspalveluiden asumispalveluissa tai päihde- ja mielenterveyspalveluiden hoitajaksolla ja asiakas on

käyttänyt psykiatrian ja mielenterveyspalveluita sekä päihdehuollon avopalveluita vuoden 2013 aikana (N = 709)

- pelkästään mielenterveyspalvelujen asiakas: vähintään 1 päivä mielenterveyspalveluiden tai psykiatrian hoitajaksolla tai asiakas on käyttänyt mielenterveyspalveluiden tai psykiatrian avopalveluita vuoden 2013 aikana, mutta ei ole käyttänyt päihdepalveluita (N = 4 620)
- pelkästään päihdepalvelujen asiakas: vähintään 1 päivä päihdekuntoutujien hoitajaksolla tai asiakas on käyttänyt päihdepalveluiden avopalveluita vuoden 2013 aikana, mutta ei ole käyttänyt mielenterveyspalveluita (N = 738)
- saanut kallista somaattista erikoissairaanhoidoa: asiakkaat, joilla sairaanhoitopiirin laskutus vuonna 2013 somaattisesta erikoissairaanhoidosta oli vähintään 3 000 euroa (N = 6 105)
- Vain kevyitä palveluita: kaikki muut (N = 109 511).

Askeltavassa jaottelussa on painotettu palvelumuodon ”ensisijaisuutta” asiakkaalle. Esimerkiksi ikäihmisten palveluiden piirissä olevilla on usein myös kallista somaattisen erikoissairaanhoidon palvelukäyttöä, mutta heidän jokapäiväisenä ensisijaisena palvelumuotonaan voidaan pitää ikäihmisten palveluita. Sama huomio pätee esimerkiksi lastensuojelun palveluiden asiakkaisiin, joilla on usein myös päihde- ja/tai mielenterveyspalveluiden käyttöä, mutta heidät luokitellaan tarkastelussa ensisijaisesti lastensuojelun asiakkaiksi.

Toimeentulotuen saannin osalta henkilöt on jaettu pääasiallisesti kahteen luokkaan sen mukaan, ovatko he saaneet toimeentulotukea vuonna 2013. Tässä tarkastelussa toimeentulotuen saajat on jaettu tukikuukausien määrän mukaan lyhyen aikaa (1–3 kk) ja pitkään (4–12 kk) etuutta saaneisiin.

Tarkastelu rajautuu henkilöihin, jotka ovat olleet toimeentulotukea saavan kotitalouden päähenkilöitä eli hakeneet tukea itselleen ja mahdollisesti perheelleen. Perheenjäseniä ei ole mahdollista tunnistaa aineistosta.

Toimeentulotuen saantia ja palveluiden käyttöä tarkastellaan lisäksi iän mukaan. Ikäluokittelussa käytetään kolmeluokkaista jaottelua: 18–29-vuotiaat, 30–44-vuotiaat ja 45–64-vuotiaat. Näin varmistamme sen, että tapausten lukumäärä ei jää liian pieneksi analyyseissa, joissa henkilön ikä on selittävä tekijä.

Kustannukset on laskettu jokaiselle asukkaalle rekisteritietojen perusteella: perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kustannukset Oulun kaupungin määrittämän tuotteistuksen perusteella, erikoissairaanhoidon kustannukset kuntalaskutustietojen perusteella ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen etuudet ja sote-palvelujen käyttöä tukevat etuudet (ks. liite) Kelan henkilölle maksamien korvauksien tai etuuksien perusteella. Kaikki kustannustiedot ovat siten peräisin rekistereistä, eikä erillistä kustannuslaskentaa ole tutkimuksessa tehty. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kustannukset ovat nettokustannuksia, eli kunnan maksettavaksi jäävät kustannukset sen jälkeen, kun asiakasmaksut on vähennetty. Kelan korvauksissa ja etuuksissa on mukana Kelan maksama osuus. Mukana kustannuksissa ovat kaikki tarkastelussa mukana olevien sote-palvelujen kustannukset sekä maksetut etuudet pois lukien toimeentulotuki (ks. tarkempi luettelo liitteestä). Tämä rajaus tehtiin, koska tarkoitus oli vertailla toimeentulotuen saajien

sote-palvelujen ja sairastamiseen tai toimintakykyyn liittyvien etuuksien käyttöä, jolloin vertailu tehdään ilman toimeentulotuen kustannuksia. Toimeentulotukitietoja on käytetty ainoastaan tunnistamaan toimeentulotuen saajat sekä toimeentulotukiasiakkuuden kesto.

2.3 Menetelmät

Analyysin ensimmäisessä vaiheessa verrataan toimeentulotuen saajia muihin samanikäisiin oululaisiin sen suhteen, miten he jakautuvat edellä kuvattuihin kahdeksaan asiakasryhmään. Toimeentulotuen saajien kohdalla jakautumista asiakasryhmiin vertaillaan myös toimeentulotukikuukausien määrän mukaan. Tämän jälkeen tarkastellaan tarkemmin sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön kustannusten jakaantumista eri asiakasryhmiin.

Lopuksi selvitetään toimeentulotuen asiakkuuden yhteyttä tarkastelussa oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksiin regressioanalyysin (OLS) avulla, jolloin voidaan huomioida myös muiden kustannuksiin yhteydessä olevien tekijöiden vaikutus. Regressioanalyysissä selitettävänä muuttujana käytetään sekä asiakaskohtaisia kustannuksia että kustannusten luonnollista logaritmia. Selittävinä muuttujina käytetään henkilön ikää, toimeentulotuen asiakkuutta, toimeentulotukikuukausien määrää, ja eri asiakasryhmiin kuulumista. Analyysissa malleihin lisätään vaiheittain selittävät muuttujat. Tarkastelukohteina ovat kaikki 18–64-vuotiaat oululaiset (mallit 1 ja 2) ja vain toimeentulotukea saaneet (mallit 3 ja 4).

Keskimääräisiä asukaskohtaisia kustannuksia tarkasteltaessa (kuviot 1 ja 2, s. 10) vammais- ja kehitysvamma palveluiden asiakkaat on poistettu analyysistä, sillä heidän vuotuiset kokonaiskustannukset ovat moninkertaisia muihin asiakasryhmiin nähden. Myös ne asiakasryhmät, joiden havaintomäärät jäivät alle 100 henkilön (ikäihmisten palvelut sekä lastensuojelun asiakkaat) jätettiin keskimääräisten kustannusten arvioimisesta pois, koska niiden vaikutus kustannusten kokonaisuuteen on lähes olematon. Regressiomallissa nämä asiakkaat ovat kuitenkin mukana.

3 Tulokset

3.1 Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

Vuonna 2013 6,4 prosenttia 18–64-vuotiaista oululaisista (7 943 henkilöä) sai vähintään yhden kuukauden ajan toimeentulotukea. Toimeentulotuen saaminen painottui nuoriin. 18–29-vuotiaista 10,6 prosenttia sai toimeentulotukea. Vanhemmissa ikäluokissa toimeentulotukea sai 5,5 prosenttia 30–44-vuotiaista ja 3,8 prosenttia 45–64-vuotiaista.

Toimeentulotukea saadaan yleisimmin joko lyhyen aikaa tilapäisenä etuutena – kuten etuuden alkuperäinen tarkoitus on ollut – tai pitkiä ajanjaksoja. 1 566 henkilöä (20 % kaikista saajista) sai toimeentulotukea kuukauden ja 1 055 henkilöä (13 %) kaksi kuukautta vuoden 2013 aikana. Vastaavasti 1 028 henkilöä (13 %) sai toimeentulotukea vuoden jokaisena kuukautena.

Taulukossa 1 (s. 9) on esitetty oululaisten jakautuminen taulukon 1 mukaisesti asiakasryhmiin toimeentulotuen keston mukaan. Toimeentulotukea saavat käyttävät selvästi yleisemmin raskaita sosiaali- ja terveyspalveluita kuin ne, jotka eivät ole joutuneet turvautumaan toimeentulotukeen. Ero palveluiden käytössä näkyy selvimmän mielenterveyspalveluiden kohdalla. Myös

päihdepalveluiden käyttö on selvästi muuta väestöä yleisempää toimeentulotuen saajien joukossa. Päihdepalveluiden käyttö vaikuttaa myös lisääntyvän toimeentulotuen keston kasvaessa. On kuitenkin syytä huomata, että suurin osa toimeentulotuen asiakkaista (n. 70 %) on käyttänyt vain kevyitä palveluita.

Taulukko 1. Oulun kaupungissa vuonna 2013 asuneet 18–64-vuotiaat henkilöt jaoteltuna asiakasryhmän ja toimeentulotuen tukikuukausien määrän mukaan, prosenttia.

	Ei toimeentulotukea	1–3 kuukautta toimeentulotukea	4–12 kuukautta toimeentulotukea
Ikäihmisten palveluiden asiakkaat	0,0	0,1	0,1
Lastensuojelun asiakkaat	0,1	0,8	0,9
Vammais- ja kehitysvamma- palveluiden asiakkaat	1,1	2,4	1,3
Päihde- ja mielenterveyspalveluiden asiakkaat	0,3	3,6	6,4
Mielenterveyspalveluiden asiakkaat	3,1	13,5	12,7
Päihdepalveluiden asiakkaat	0,3	2,9	5,4
Kalliin somaattisen erikoissairaanhoidon potilaat	4,9	6,1	5,4
Vain kevyitä palveluita	90,2	70,4	67,9
Yhteensä	100 (N = 115 379)	100 (N = 3 315)	100 (N = 4 628)

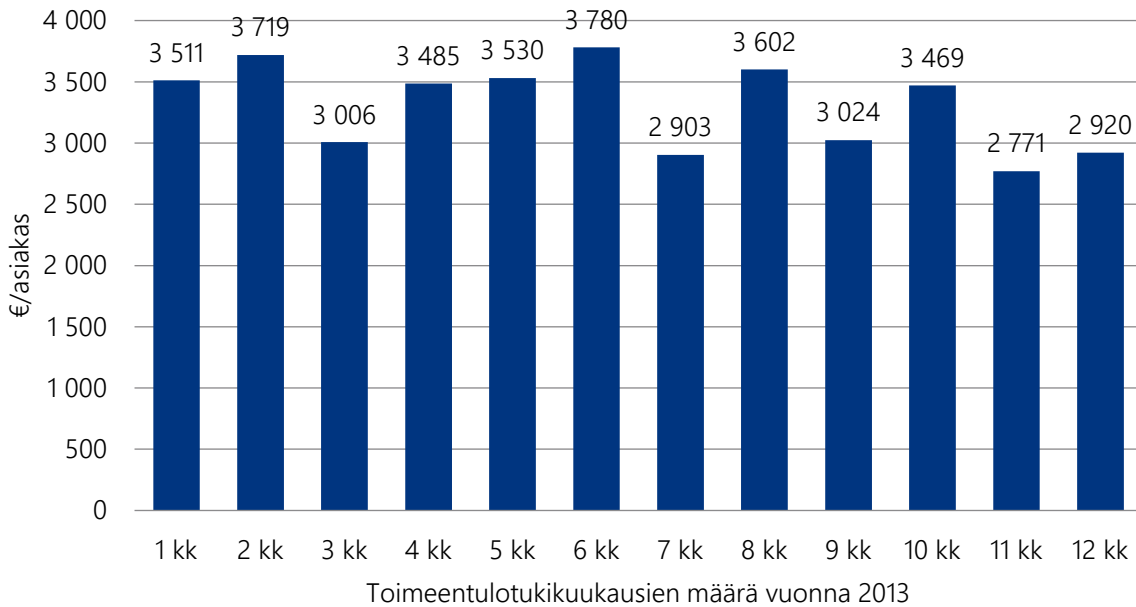
Kun toimeentulotuen saajien sote-palveluasiakkuuksia tarkastellaan iän mukaan, havaitaan, että nuorilla toimeentulotuen asiakkailla raskaiden sote-palveluiden käyttö on kaiken kaikkiaan vähäisintä: 72 prosenttia 18–29-vuotiaista toimeentulotuen saajista kuuluu ryhmään ”vain kevyitä palveluita”, kun taas 45–64-vuotiaista ryhmään ”vain kevyitä palveluita” kuuluu 67 prosenttia. Iän myötä varsinkin kalliin somaattisen sairaanhoidon tarve lisääntyy: 45–64-vuotiaista toimeentulotuen saajista 10 prosenttia kuuluu kalliin somaattisen erikoissairaanhoidon potilaisiin, kun vastaava luku 18–29-vuotiailla toimeentulotuen saajilla on 4 prosenttia. Nuorilla toimeentulotuen saajilla mielenterveyspalveluiden käyttö on yleisempää kuin vanhemmilla ikäryhmillä: nuorista asiakkaista 14 % on käyttänyt mielenterveyspalveluita, kun 45–64-vuotiaista toimeentulotuen saajista 11 prosenttia on mielenterveyspalvelujen asiakkaita.

3.2 Sosiaali- ja terveystalouden kustannukset toimeentulotuen saajilla

Keskimääräiset sosiaali- ja terveystalouden nettokustannukset ovat toimeentulotuen asiakkailla selvästi korkeammat kuin henkilöillä, jotka eivät ole toimeentulotuen asiakkaina: toimeentulotuen asiakkaiden nettokustannukset olivat keskimäärin noin 3 300 euroa vuodessa, kun muilla keskimääräiset kustannukset olivat noin 1 400 euroa vuodessa.

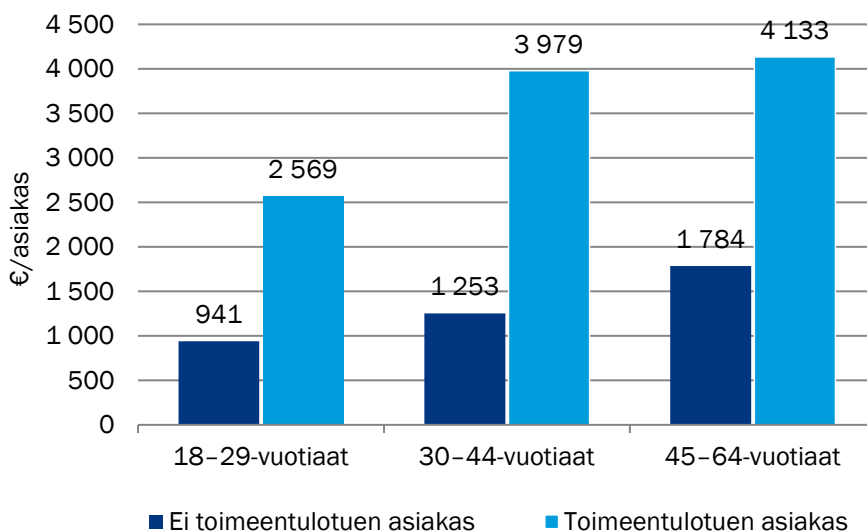
Sosiaali- ja terveystalveluiden sekä etuuskien kustannusten jakautumisessa toimeentulotuki-kuukausien määrän mukaan ei ole havaittavissa selvää trendiä (kuvio 1).

Kuvio 1. Sosiaali- ja terveystalveluiden ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen ja muiden sote-talveluita tukevien etuuskien (ks. liite) keskimääräiset kustannukset toimeentulotuen keston mukaan 18–64-vuotiailla oululaisilla vuonna 2013 (€/vuosi).



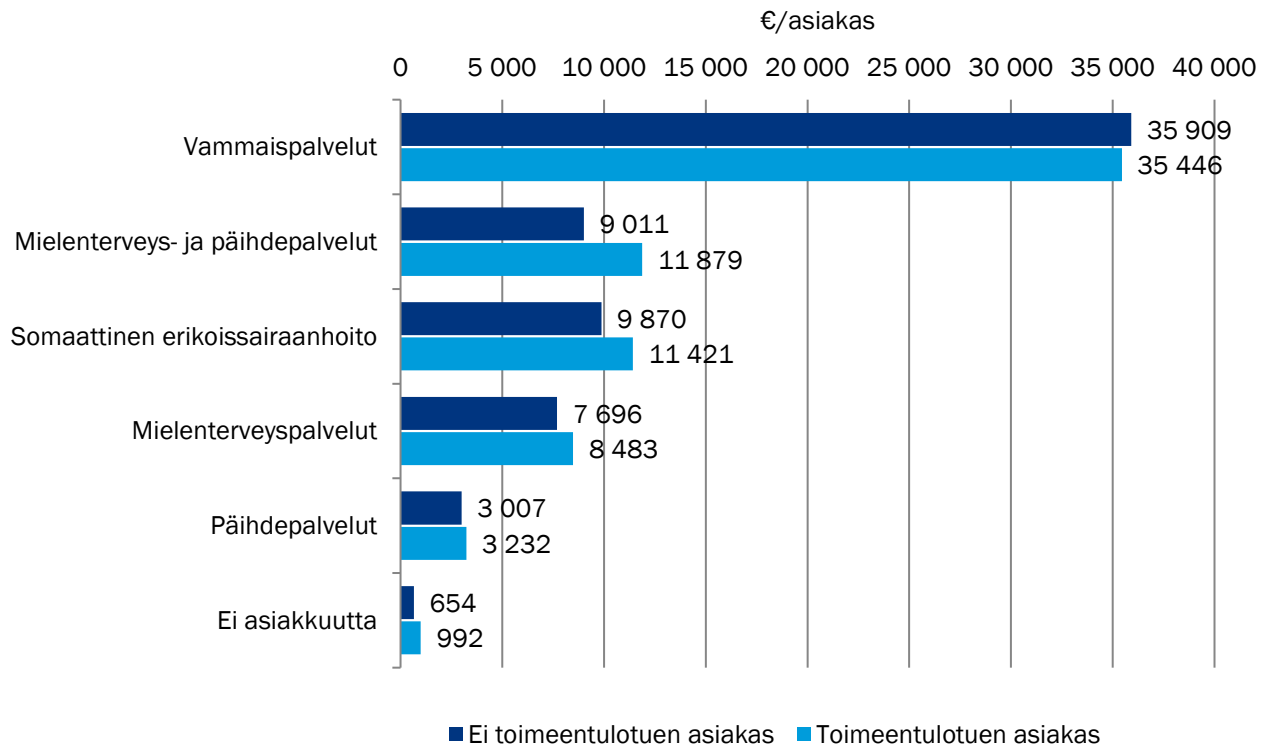
ällä sitä vastoin on suuri merkitys sosiaali- ja terveystalveluiden kustannusten jakautumisessa (kuvio 2). Ero toimeentulotuen asiakkaiden ja niiden, jotka eivät ole saaneet toimeentulotukea, välillä on jokaisessa ikäluokassa suuri. Ero on suurimmillaan 30–44-vuotiaiden ryhmässä. Tämän jälkeen toimeentulotuen asiakkaiden keskimääräinen kustannus kasvaa vain vähän, mutta muussa väestössä kustannusten kasvu iän myötä jatkuu.

Kuvio 2. Sosiaali- ja terveystalveluiden ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen ja muiden sote-talveluita tukevien etuuskien (ks. liite) keskimääräiset kustannukset toimeentulotuen keston mukaan (€/vuosi) vuonna 2013 Oulussa asuneilla työkäisillä.



Sosiaali- ja terveystalveluiden kustannusten ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen ja muiden sote-palveluita tukevien etuuksien (ks. liite) jakautuminen asiakasryhmittäin sekä toimeentulotuen asiakkailta että muilla oululaisilla on esitetty kuviossa 3. Ne asiakasryhmät, joissa oli vähän toimeentulotuen saajia (ikäihmisten palvelut ja lastensuojelun palvelut) on jätetty pois.

Kuvio 3. Sosiaali- ja terveystalveluiden kustannusten jakautuminen asiakasryhmittäin ja toimeentulotuen asiakkuuden mukaan (€/vuosi) vuonna 2013 Oulussa asuneilla työkäisillä.



Kuviosta 3 voidaan nähdä, että vammaispalveluiden asiakkaiden kustannukset ovat selvästi suuremmat kuin muilla asiakasryhmillä. Se on myös ainoa kategoria, jossa toimeentulotuen asiakkaiden keskimääräiset kustannukset ovat pienemmät kuin niillä vammaispalveluiden asiakkailta, jotka eivät ole saaneet toimeentulotukea. Muissa asiakasryhmissä toimeentulotuen asiakkaiden keskimääräiset sote-kustannukset ovat suurempia kuin niillä, jotka eivät ole saaneet toimeentulotukea. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkailta ero toimeentulotuen saajien ja muiden saman ryhmän asiakkaiden välillä on suurin: toimeentulotuen asiakkailta keskimääräiset kustannukset ovat yli 30 prosenttia suuremmat kuin niillä henkilöillä, jotka eivät saaneet toimeentulotukea. Myös niillä henkilöillä, jotka käyttävät vain kevyitä palveluita, toimeentulotuen saajien palvelukustannukset ovat suhteellisesti ottaen selvästi suuremmat. On myös muistettava, että tähän "vain kevyitä palveluita" -kategoriaan sijoittuu 90 prosenttia niistä, jotka eivät ole saaneet toimeentulotukea, ja lähes 70 prosenttia toimeentulotuen asiakkaista.

3.3 Sosiaali- ja terveystalveluiden kustannusten eroja selittävät tekijät

Sosiaali- ja terveystalveluiden kustannusten kanssa korreloivia tekijöitä tarkastelevan regressioanalyysin tulokset ovat taulukossa 2. Selitettävänä muuttujana ovat henkilön sosiaali- ja terveystalveluiden nettokustannukset ja kustannusten logaritmi.

Taulukko 2. Sosiaali- ja terveystalveluiden ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen ja muiden sote-palveluita tukevien etuuksien (ks. liite) kustannuksia selittävät tekijät. Regressioanalyysi.

Muuttujat	Malli 1 (sote-kustannukset)	Malli 2 (log sote-kustannukset)	Malli 3 (sote-kustannukset)	Malli 4 (log sote-kustannukset)
Vakiotermi	-257,90***	3,22***	136,43	4,26***
Ikä	22,87***	0,04***	41,79**	0,02***
Toimeentulotuen kesto	-83,28***	0,01	-90,01***	0,01
Toimeentulotuen asiakas	1 206,34***	0,49***	-	-
Saanut kallista somaattista erikoissairaanhoitoa	9 200,64***	4,00***	10 181,04***	3,84***
Vammaispalvelujen asiakas	35 001,74***	5,03***	33 839,61***	4,79***
Lastensuojelun asiakas	13 835,34***	4,43***	19 876,00***	4,14***
Ikäihmistien palvelujen asiakas	71 595,23***	5,55***	98 540,16***	5,70***
Päihde- ja mielenterveystalvelujen asiakas	9 770,21***	3,86***	10 997,81***	3,80***
Pelkästään mielenterveystalvelujen asiakas	7 148,22***	3,42***	7 494,87***	3,17***
Pelkästään päihdepalvelujen asiakas	2 195,48***	2,32***	2 275,75***	2,21***
Adj. R2	34,8 %	26,2 %	30,5 %	34,7 %
N	123 322	123 322	7 943	7 943

*** = $p < 0,001$, ** = $p < 0,01$, * = $p < 0,05$.

Mallissa 1 ja 2 mukana kaikki ikäryhmän oululaiset; mallissa 3 ja 4 vain toimeentulotuen asiakkaat.

Malleissa 1 ja 2 toimeentulotuen asiakkuus on tilastollisesti merkitsevä, vaikka kustannuksiin vaikuttavien talveluiden asiakkuudet ovat mukana selittävinä tekijöinä. Mallin 1 mukaan toimeentulotuen asiakkuus itsessään nostaa sosiaali- ja terveystalvelujen ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen ja muiden sote-palveluita tukevien etuuksien (ks. liite) asukaskohtaisia kustannuksia noin 1 200 euroa vuodessa. Tämä viittaa siihen, että toimeentulotuen asiakkaat ovat yleisesti ottaen enemmän erilaisten sosiaali- ja terveystalveluiden tarpeessa kuin muu vastaava väestö.

Asiakasryhmien ja iän vaikutus ovat myös tilastollisesti merkitseviä kaikissa malleissa, mutta toimeentulotuen keston vaikutus ei ole merkitsevä kaikissa malleissa. Toimeentulotuen kestolla on regressioanalyysin mukaan palveluiden kustannuksia vähentävä vaikutus, mutta tulos on jossain määrin tulkinnanvarainen, sillä logaritmuunnoksella tehdyissä analyyseissä toimeentulotuen keston tilastollinen merkitsevyys katoaa kokonaan

Korkeimmillaan yksittäisen mallin selitysaste (R²) on noin 35 prosenttia mallissa 1. Residuaalien tarkastelussa havaittiin, että jäännösten jakauma ei ollut riittävästi normaalijakauman mukainen malleissa, joissa selitettävänä muuttujana oli euromääräiset sosiaali- ja terveystalvvelujen ja Kelan etuuksien nettokustannukset (mallit 1 ja 3). Tämä korjaantui, kun selitettävä muuttuja muutettiin logaritmuotoon. Selitysaste laskee tämän korjauksen seurauksena mallissa 2, mutta nousee kun tarkastelemme ainoastaan toimeentulotuen asiakkaita mallissa 4.

4 Pohdinta ja johtopäätökset

Tutkimuksessa tarkasteltiin, mitä raskaita sosiaali- ja terveystalvveluiden asiakkuuksia oululaisilla toimeentulotuen saajilla oli vuonna 2013 ja kuinka suuria kustannuksia eri sote-palveluista, Kelan sairaanhoitovakuutuksen korvauksista ja muista sote-palveluista tukevista etuuksista (ks. liite) näille asiakkaille kertyy. Tutkimuskohteena olivat kaikki 18–64-vuotiaat oululaiset, joista 6,4 prosenttia (7 943 henkilöä) sai vuoden aikana vähintään yhden kuukauden ajan toimeentulotukea. Toimeentulotuen saaminen oli kaiken kaikkiaan Oulussa hieman vähäisempää kuin Suomessa keskimäärin (Virtanen ja Kiuru 2014). Vuonna 2019 toimeentulotuen saajien osuus työikäisestä väestöstä oli kasvanut 9,4 prosenttiin (Kelasto 2020). Toimeentulotuen saajien profiili etuuden keston mukaan noudattaa kuitenkin aikaisempien tutkimusten havaitsemaa trendiä, jossa etuutta saadaan pääasiassa joko lyhyen aikaa tilapäisiin toimeentulo-ongelmiin tai siitä on tullut syyperusteisia sosiaaliturvaetuuksia pysyvästi täydentävä toimeentulon muoto (ks. esim. Tanhua ja Kiuru 2017).

Toimeentulotuen asiakkaista noin 30 prosenttia oli jaoteltavissa johonkin seitsemään eri paljon palvelua tarvitsevasta asiakasryhmästä. Vastaavasti niistä, jotka eivät olleet saaneet toimeentulotukea, vain noin 10 prosenttia sijoittui johonkin näistä asiakasryhmistä. Toimeentulotuen asiakkaissa paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat ovat siten yliedustettuina.

Tulosten mukaan toimeentulotuen asiakkaiden käyttämien sosiaali- ja terveystalvveluiden ja Kelan sairaanhoitovakuutuksen ja muiden sote-palveluita tukevien etuuksien (ks. liite) kustannukset ovat korkeampia kuin niillä, jotka eivät ole toimeentulotuen asiakkaina. Vaikka tarkasteltaisiin pelkästään paljon palveluita käyttäneitä asiakasryhmiä, ero toimeentulotuen asiakkaiden ja muiden asiakkaiden välillä säilyy. Erityisen suuri ero on päihde- ja mielenterveystalvveluiden asiakkaiden ryhmässä.

Iän myötä keskimääräiset sosiaali- ja terveystalvveluiden kustannukset kasvavat, mikä on luonnollista seurausta erilaisten sairauksien esiintymisen yleistymisestä iän myötä. Kuitenkin toimeentulotuen saajien joukossa 30–44-vuotiailla keskimääräiset kustannukset olivat lähes yhtä korkeat kuin 45–64-vuotiailla. Heidän terveydentilansa ja toimintakykynsä on siis selvästi ikäisiään heikompi.

Toimeentulotuen kestolla ei ollut aineistomme perusteella odotettua vaikutusta, eli tuen keston pitkittyessä myös palveluiden tarve ja kustannukset olisivat lisääntyneet. Kyseessä on poikkeusaineisto, mikä tarkoittaa, että osa henkilöistä, jotka ovat saaneet toimeentulotukea vuoden 2013 aikana, ovat voineet saada tukea jo edellisellä vuonna tai tuen saanti voi jatkua vuoden 2014 puolelle. Tätä ei ole voitu huomioida tuen kestossa, mikä saattaa selittää tulokset.

Varovainen tulkinta tuloksista on, että toimeentulotuen asiakkuudella on sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannuksiin suurempi merkitys kuin toimeentulotuen kestolla. On myös mahdollista, että tulokset kertovat siitä, että taloudellisten ongelmien ja toimeentulotuen asiakkuuden pitkittyessä tapahtuu passivoitumista ja henkilö ei välttämättä hae hänelle kuuluvia palveluita ja etuuksia. Toisaalta korkeat palvelukustannukset lyhyen aikaa toimeentulotukea saavalla voi kertoa siitä, että henkilölle on tapahtunut jokin yllättävä vastoinkäyminen, joka vaatii kallista palvelua ja joka on johtanut tilapäiseen taloudelliseen ahdinkoon. Toimeentulotuen keston merkitystä palveluiden kustannuksiin olisi syytä jatkossa tarkastella pidemmän ajanjakson kattavilla aineistoilla, joissa asiakkuuden todellinen kesto olisi luotettavasti tiedossa.

Pienituloisuus ja toimeentulotuen saaminen eivät suoraan ennusta heikentynyttä terveyttä tai muunlaisia ongelmia, jotka lisäävät palvelutarvetta. Toimeentulotuen saajat muodostavat tässäkin suhteessa erittäin heterogeenisen ryhmän, mikä näkyy esimerkiksi lääkkeiden käytössä. Aaltosen ym. (2013) tutkimuksessa lähes puolelle toimeentulotukea saaneista kotitalouksista ei kirjattu lainkaan lääkemenoja ja niistäkin, joilla maksuja oli, neljänneksen lääkemenot jäivät vuoden aikana alle 50 euron. Ei voida siis sanoa, että toimeentulotuen asiakkuutta seuraisi aina lisääntynyt palvelutarve, vaan usein taustalla on muita tekijöitä, joiden tunnistaminen on tärkeää palveluiden asiakaslähtöisyyden lisäämiseksi.

4.1 Tulevaisuuden skenaariot

Perustoimeentulotuen maksatuksen siirtyminen Kelan hoidettavaksi vuoden 2017 alussa lisäsi toimeentulotuen saajien määrää koko Suomessa. Vuoden 2017 aikana tuen saajia oli noin 17 prosenttia enemmän kuin vuonna 2016 (Tanhua ja Kiuru 2019). On selvää, että sosiaaliturvajärjestelmää tulisi kehittää siihen suuntaan, että uusia toimeentulotukiasiakkuuksia syntyisi mahdollisimman vähän ja asiakkuudet eivät pääsisi pitkittymään. Lisäksi uusien toimeentulotukiasiakkaiden terveyteen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Kuten Vaalavuon ym. (2020) tutkimuksesta käy ilmi, erityinen huomio tulisi kiinnittää mielenterveyspalveluita tarvitseviin.

Kiistatta terveysongelmien, sosiaalisten ongelmien ja toimeentulon haasteiden välillä on yhteys: ne altistavat toinen toisilleen. Ongelmien ratkaiseminen vaatii usean eri ammattilaisen apua ja joskus myös moniammatillista yhteistyötä, sillä ongelmia ei välttämättä voi ratkoa yksitellen, vaan ongelmavyöhytiin on pureuduttava yhtä aikaa monesta suunnasta. Toimeentulotuen asiakkaat ovat usein monen sektorin ja palvelukokonaisuuden yhteisasiakkaita. Useita eri palveluita ja etuuksia tarvitsevan asiakkaan palvelukokonaisuuksia tulisi koordinoita ja asiakkaalla pitäisi olla nimetty vastuhenkilö, jonka vastuulla koordinointi on.

Toimeentulotukea tarvitsevien asiakkaiden palvelutarve voi olla laaja ja palveluita tuottaa ja rahoittaa monta eri toimijaa: kunta vastaa sosiaalipalveluista ja perusterveydenhuollosta, sairaanhoitopiiri erikoissairaanhoidosta ja Kela toimeentulotuesta ja mm. osasta kuntoutuspalveluita. Eri toimijoilla ei ole näkyvyyttä toistensa tekemiin toimenpiteisiin, eikä välttämättä edes

tietoa siitä, missä eri palveluissa asiakkaalla on asiakkuus, sillä tietojen yhdistäminen eri rekistereistä ei pääsääntöisesti ole sallittua. Tilanteeseen voi tuoda parannusta voimaan astunut säädös, jossa kunnat saavat toimeentulotuen asiakkaista tietoa Kelasta. Tämän kaltainen tietojen vaihto voi tulevaisuudessa auttaa myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän kehittämistyössä.

Yksi toimeentulotuen tarvetta ehkäisevä tekijä on työllisyyden ja työkyvyn tukeminen. Työelämän ulkopuolelle pudonneilla henkilöillä on kuitenkin rajallinen pääsy työkykyä tukeviin palveluihin, sillä nämä palvelut ovat pitkälti työnantajien, työterveyshuoltojen ja työeläkevakuutajien järjestämiä ja tarkoitettu työssä oleville. Kuntien vastuulla on järjestää terveystarkastuksia työttömille, mutta terveyskeskusten henkilöstöllä ei aina ole osaamista työkyvyn arviointiin tai sitä tukeviin toimenpiteisiin. Työterveyshuollon palveluiden ulottaminen työttömille voisi tukea heidän työkykyään ja olla omalta osaltaan ehkäisemässä toimeentulotuen tarvetta. Jatkossa syvällisemmän rekisteritutkimusten tarve on ilmeinen. Tutkimusajankohtaan (2013) nähden kansalliset rekisteritiedot toimeentulotuen asiakkaista ovat parantuneet merkittävästi tukipäätösten hallinnan siirryttyä Kelaan, jolloin syvällisemmän tutkimuksen tekeminen on mahdollista.

Lähteet

Aaltonen K, Ahola E, Martikainen J. Toimeentulotuen käyttö terveys- ja lääkemenoihin Helsingissä 2008–2010. Julkaisussa: Ahola E, Hiilamo H, toim. Köyhyyttä Helsingissä. Toimeentulotuen saajat ja käyttö 2008–2010. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 127, 2013: 99–110.

Blomgren J. [Maakuntien välillä on suuret terveyserot, ja se näkyy Kelan etuuksissa](#). Helsinki: Kela, tutkimusblogi 10.12.2018. Viitattu 3.7.2020.

Hannikainen-Ingman K, Kuivalainen S, Sallila S. Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Julkaisussa: Kuivalainen S, toim. Toimeentulotuki 2010-luvulla. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 9, 2013: 81–112.

Hujala A, Lammintakanen J. Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Helsinki: Kunnallisan alan kehittämissätiö, Julkaisuja 12, 2018.

Kelasto. [Tilasto toimeentulotuen saajista](#). Helsinki: Kela. Viitattu 26.6.2020.

Leskelä RL, Komssi V, Sandström S ym. Eri rahoituskanavien rooli oululaisten sosiaali- ja terveystalve- luissa. Suom Lääkäril 2016; 71 (11): 809–817.

Niemelä M, Kokkinen L, Pulkki J, Saarinen A, Tynkkynen LK, toim. Terveystenhuollon muutokset. Poli- tiikka, järjestelmä ja seuraukset. Tampere: University Press, 2015.

Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4, 2011.

Rotko T, Hannikainen-Ingman K, Murto J, Kauppinen T, Mustonen N. Terveysterojen kaventaminen käy- tännössä. Alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 2014; 79 (1): 92–99.

Tanhua H, Kiuru S. Toimeentulotuki 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 46, 2017.

Tanhua H, Kiuru S. Toimeentulotuki 2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 1, 2019.

Vaalavuo M. Toimeentulotukiasiakkaiden terveystalveluiden käyttö pääkaupunkiseudulla. Janus 2016; 24 (3): 230–250.

Vaalavuo M, Haula T. Nuorten toimeentulotukiasiakkaiden erikoissairaanhoidon, kuntoutustalveluiden ja lääkkeiden käyttö pääkaupunkiseudulla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 41, 2018.

Vaalavuo M, Haula T, Bakkum B. Nuoret aikuiset, terveys ja toimeentulotuki. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4, 2020.

Valtioneuvosto. Osallistava ja osaava Suomi. Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Helsinki: Valtioneuvosto, Valtioneuvoston julkaisuja 31, 2019.

Virtanen A, Kiuru S. Toimeentulotuki 2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tilastoraportti 34, 2014.

Liite

Taulukko. Mukana olevat kustannukset.

	Palvelu/etuus	Kuvaus	Kokonaisnetto-kustannus 2013
Terveys- palvelut	Avoterveydenhuollon palvelut	<ul style="list-style-type: none"> Vastaanottopalvelut Neuvolatoiminta ja kouluterveydenhuolto Suun terveydenhuolto Oulun omat erikoislääkärivastaanotot Kuntoutuspalvelut Oulun seudun yhteispäivystys 	61,8 milj. €
	Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin laskuttamat erikoissairaanhoiton palvelut	<ul style="list-style-type: none"> PPSHP:n palvelut (somaattinen ja psykiatria) Ostot muista sairaaloista (mm. HUS) 	191,1 milj. €, josta somaattiset erikoisalajat 172,0 milj. € ja psykiatria 19,1 milj. €
	Perusterveydenhuollon vuodeosastopalvelut	<ul style="list-style-type: none"> Oulun kaupunginsairaalan ja Haukiputaan osaston palvelut Ostopalvelut (kaksi yksityistä toimijaa) 	35,0 milj. €
	Oulun omat mielenterveys- ja päihdepalvelut ja psykiatrian laitos- ja avopalvelut	<ul style="list-style-type: none"> Avopalvelut (ml. lasten ja nuorten mt-palvelut) Laitospalvelut 	15,3 milj. €
Vanhus- palvelut	Kotona asumista tukevat palvelut	<ul style="list-style-type: none"> Kotihoito Kotihoidon palveluseteli Kotihoidon tukipalvelut 	23,4 milj. €
	Tehostettu palveluasuminen ja Ikääntyneiden laitoshoido ^a	<ul style="list-style-type: none"> Oma tuotanto Ostopalvelut Palveluseteli 	47,1 milj. €
Sosiaali- palvelut	Sosiaalitoimen asumispalvelut	<ul style="list-style-type: none"> Päihdekuntoutujien asumispalvelut Mielenterveyskuntoutujien asumispalvelut Kehitysvammaisten asumispalvelut 	35,6 milj. €
	Lastensuojelun palvelut	<ul style="list-style-type: none"> Perhehoito, ammatillinen perhekoti, lastensuojelulaitos Lastensuojelun avopalvelut 	29,2 milj. €
	Sosiaalitoimen etuudet	<ul style="list-style-type: none"> Omaishoidon tuki Kuljetuspalvelut (VpL, ShL) Henkilökohtainen apu 	22,5 milj. €
Asiakas- maksut ^b	Terveystoimen asiakasmaksut	<ul style="list-style-type: none"> Terveystoimen asiakasmaksut Vanhuspalveluiden asiakasmaksut 	28,3 milj. €
	Sairaanhoitopiiriin asiakasmaksut	PPSHP:n palveluiden asiakasmaksut	7,1 milj. €
	Sosiaalitoimen asiakasmaksut	Sosiaalitoimen palveluiden asiakasmaksut	2,7 milj. €
Kela	Sairaanhoitovakuutuksen alaiset etuudet: Kelan korvaama osuus	<ul style="list-style-type: none"> Lääkkeet Matkat Kuntoutus Yksityislääkärit Yksityiset hammaslääkärit Yksityinen tutkimus ja hoito 	71,2 milj. € (joista lääkkeet 42,3 milj. €)

	Palvelu/etuus	Kuvaus	Kokonaisnetto- kustannus 2013
	Sairaanhoitovakuutuksen alaiset etuudet: Asiakkaan omavastuu ^b	<ul style="list-style-type: none"> • Lääkkeet • Matkat • Kuntoutus • Yksityislääkärit • Yksityiset hammaslääkärit • Yksityinen tutkimus ja hoito 	42,6 milj. €
	Palvelua korvaavat etuudet	<ul style="list-style-type: none"> • Aikuisten ja lasten vammaistuet, eläkkeensaajan hoitotuki sekä ruokavaliokorvaus • Erityishoitoraha • Eläkkeensaajan asumistuki palveluasumiseen 	22,8 milj. €
Yhteensä			635,7 milj. €

a Tarkoittaa sosiaalihoitolain mukaista ikääntyneiden laitoshoidtoa.

b Ei mukana eniten palveluita tarvitsevien asukkaiden määrittämisessä.