



Eläkettä saavan hoitotuen hakijoiden avun tarpeet, hoivan kustannukset ja taloudellinen tilanne

Minna Zechner, Katja Ilmarinen, Anne Korpelainen

Ikääntyessä sairaudet, hoivan tarpeet ja niistä aiheutuvat kustannukset lisääntyvät. Etenkin pienituloisilla vanhuuseläkkeen saajilla hoivan ja hoidon itse maksettavat kustannukset lisäävät taloudellisen huono-osaisuuden riskiä. Tutkimuksessa tarkastellaan Kelan eläkettä saavan hoitotuen 65-vuotiaita ja sitä vanhempia hakijoita ja etuuden saajia 2017–2022. Etuutta voivat saada eläkeläiset, joilla on toimintakykyä heikentävä sairaus tai vamma. Tutkimus tuottaa tietoa ikääntyneiden hoivan ja hoidon tarpeista, niistä aiheutuvista itse maksettavista kustannuksista ja taloudellisesta tilanteesta. Aineistona ovat Kelan etuushakemusten tilastot. Vuonna 2022 eläkettä saavan hoitotukea saavia 65 vuotta täyttäneitä oli 152 343, joista yli 60 prosenttia oli naisia. Aineiston perusteella hoitotuen saajien keskimääräiset kuukausittaiset itse maksettavat kustannukset voivat olla yli 800 eurosta aina tuhanteen euroon saakka. Verrattaessa summia 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille laskettuihin viitebudjetteihin sekä keskimääräisiin eläkkeisiin havaitaan, että hoivan itse maksettavat kustannukset voivat olla katastrofaaliset, eli viedä yli 40 prosenttia tuloista. Kustannukset voivat lisätä toimeentulovaikeuksia ja olla este tarpeellisten sosiaali- tai terveyspalveluiden käytölle, jolloin perustuslain mukainen riittävien palveluiden saatavuus jää toteutumatta.

Johdanto

Hoivan kustannusten kohdentuminen ikääntyneille

Hoivaa tarvitaan, kun henkilö ei itse selviydy arkisista toimista, kuten pukeutumisesta, peseytymisestä (päivittäin toistuvat toiminnot), ruoka- ja pyykinhuollosta, siivoamisesta ja esimerkiksi lääkkeiden ostosta (instrumentaaliset toiminnot) (Anttonen & Zechner 2011). Usein hoivan tarvitsijoilla on terveydellisiä ongelmia, joiden vuoksi he tarvitsevat *hoivaa* ja

terveydenhuollon palveluita. Kun arkipäivän toiminnoista selviytymiseen tai oman terveyden hoitamiseen tarvitaan apua, oli kyse sitten lääkkeiden jakamisesta, siivoamisesta tai kaupassa käynnistä, siitä aiheutuu kustannuksia, joita aikaisemmin ei ollut. Nämä kustannukset voivat syntyä palveluiden asiakasmaksuista tai hoivan tarpeisiin vastaamisessa olennaisten tavaroitten ja tarvikkeiden ostamisesta. Tällaisia voivat olla esimerkiksi lääkkeet, inkontinenssitarvikkeet tai turvalaitteet. Kyse on siis *pitkäaikaishoidon* (sisältäen hoivan ja hoidon) kustannuksista.

Julkisessa ja poliittisessa keskustelussa sekä tutkimuksessa on pohdittu lähinnä hoivan julkisia menoja ja kustannuksia (esim. Karjalainen & Mäki-Petäjä-Leinonen 2020; Tikka 2023). Jonkin verran on tutkittu myös asiakkaiden maksamia palvelumaksuja (esim. Gnanamanickam ym. 2018; Angrisani ym. 2022) sekä kustannuksia, joita aiheutuu iäkkäitä omaisinaan hoivaaville (esim. Keating ym. 2014; Shemeikka ym. 2017; Vaalavuo 2018a). Kaikkiaan pitkäaikaishoitoa tarvitsevalle ikääntyneelle aiheutuvia kustannuksia on tutkittu vähän (esim. Palmer ym. 2015; Ilmarinen 2019; Moody ym. 2021; Forma ym. 2023) ja tutkimukset ovat kohdentuneet usein vain sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä ja lääkkeistä aiheutuviin kustannuksiin (esim. Gnanamanickam ym. 2018; del Pozo-Rubio & Jiménez-Rubio 2019; Li ym. 2024). Tietoa hoivan ja hoidon kustannusten kokonaisuudesta, joka aiheutuu palveluja ja apua tarvitsevalle henkilölle toimintakykyä heikentävästä sairaudesta tai vammasta (ks. Forma ym. 2023), on vielä vähän. Esimerkiksi tukipalvelut, kuten siivous, liikkuminen ja ateriapalvelut, on otettu huomioon vain harvassa asiakasmaksututkimuksessa (Ilmarinen ym. 2022), eikä hoivan itse maksettuja kustannuksia huomioida viitebudjeteissa, joiden avulla arvioidaan, paljonko sujuvaan arkeen tarvitaan rahaa.

Pitkäaikaishoidon asiakkaiden itse kattamiin kustannuksiin on kansainvälisissä organisaatioissa kiinnitetty huomiota vasta viime vuosina. Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestö OECD ja Euroopan unioni aloittivat vuonna 2023 työpajojen sarjan tavoitteenaan systemaattisesti kerätä tietoa näistä kustannuksista. OECD kokoaa tilastoja 65-vuotiaiden ja sitä vanhempien pitkäaikaishoidon itse maksettavista kustannuksista (*out-of-pocket costs*). Luvut kattavat sen pitkäaikaishoidon kustannusten (palveluiden) osuuden, joka jää julkisen rahoituksen (mukaan lukien rahaetuudet) ulkopuolelle ikääntyneiden maksettavaksi. Luvut kuvaavat pitkäaikaishoidon itse katettuja kustannuksia ikääntyneiden käytettävissä olevista mediaanituloista julkisen tuen jälkeen, netto-

varallisuutta vailla oleville ja hoivan tarpeen mukaan. Tarpeet on jaoteltu kolmeen porttaaseen: vähäinen, kohtalainen ja suuri tarkoittaen 6.5, 22.5 ja 41.25 tuntia hoivaa tai hoivapalvelua viikossa. Tilaston mukaan kotona asuville itse maksettavien kustannusten osuus on Suomessa vain prosentin luokkaa kaikissa hoivan tarpeen tasoissa ja Ruotsissa 11 prosenttia, kun tarve on kohtalainen tai suuri. Sen sijaan ympärivuorokautisessa asumisessa, jonne pääsee vain, kun hoivan tarve on suuri, tämä osuus on Suomessa 67 prosenttia ja Ruotsissa 11 prosenttia (OECD 2023a).

Suomen luvut heijastavat asiakasmaksukäytäntöä, jossa kotihoidon asiakasmaksut ovat tulosidonnaisia ja ympärivuorokautisessa hoivassa asiakasmaksu on 85 prosenttia tuloista siten, että asukkaalle jää käyttörahaa vähintään 110–165 € kuukaudessa (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 734/1992). Esimerkiksi Espanjassa, Italiassa, Kreikassa, Liettuaissa, Portugalissa, Puolassa ja Ranskassa pitkäaikaishoidon itse katetut kustannukset kohtalaisen määrän hoivaa tarvitsevilla ovat yli puolet mediaanituloista (OECD 2023a).

Mikäli kustannukset ovat yli puolet tuloista, on kyse katastrofaalisista kustannuksista. Maailman terveysjärjestö (WHO) määrittää terveydenhuollon kustannukset katastrofaaliseksi, mikäli ne ylittävät 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista, mutta pitkäaikaishoidon katastrofaalisia kustannuksia on tutkittu vasta hyvin vähän (esim. del Pozo-Rubio & Jiménez-Rubio 2019; del Pozo-Rubio ym. 2020). Suomessa katastrofaaliset kustannukset ovat harvinaisia, mutta nuorilla eläkeläisillä (18–54-vuotiaat) niitä on lähes joka viidennellä, ja 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä niitä on viidellä prosentilla (Vaalavuo 2018a; 2018b). Euroopassa pitkäaikaishoidon itse katetut kustannukset ovat silti keskimäärin korkeammat kuin terveydenhuollon kustannukset (Angrisani ym. 2022). Samansuuntaisesti Suomessa kotitaloudet kattavat pienemmän osuuden terveydenhuollon kuin pitkäaikaishoidon rahoituksesta (Puroharju 2023).

Ikääntyessä toimintakyky heikkenee, ja 65–74-vuotiaista reilulla viidenneksellä on avuntarvetta heikentyneen toimintakyvyn vuoksi (Ilmarinen ym. 2023). Hoivan ja avun tarpeet lisääntyvät erityisesti 75 ikävuoden jälkeen, jolloin lähes puolella on avun tarvetta, naisilla yleisemmin kuin miehillä (Sääksjärvi ym. 2023). Tämän tutkimuksen kohderyhmänä ovat 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat, joita on Suomessa 1,3 miljoonaa (Tilastokeskus 2023b). Sotkanetin tilastojen mukaan heistä 96 prosenttia asui kotona, 2,5 prosenttia sai hoivaa omaishoidon tuen turvin, 8 prosenttia oli säännöllisen kotihoidon piirissä ja 3,5 prosenttia oli ympärivuorokautisen hoivan palveluiden piirissä vuonna 2023. Sosioekonomisesti heikoimmassa asemassa olevat sairastavat enemmän ja käyttävät vähemmän terveyspalveluita tarpeeseensa nähden kuin sosioekonomisesti paremmassa asemassa olevat (Manderbacka ym. 2017). Toisaalta 85 vuotta täyttäneillä kotihoidon käyttö on alimmassa tuloviidenneksessä yleisempää kuin ylimmässä (Vaalavuo 2018b). Tämä johtunee yksin asumisen yleisyydestä alimmassa tuloluokassa sekä heikomasta terveydentilasta ja vähäisemmästä yksityisten palveluiden käytöstä.

Hoivan itse maksetut kustannukset ja ikääntyneiden taloudellinen tilanne

Toimeentulon näkökulmasta tilanne on vaikea, kun runsas palveluiden käyttö yhdistyy pienituloisuuteen. Pienituloisuusaste on 68–75-vuotiailla 10 prosentin tietämillä sekä miehillä että naisilla, mutta 88 vuotta täyttäneillä se on miehillä 18 ja naisilla 33 prosenttia (Tilastokeskus 2023a). Naisilla tulot ovat matalammat, he elävät pidempään, useammin yksin ja pidempään kroonisista sairauksista kärsien kuin miehet, eivätkä naiset pitkäikäisempinä usein saa puolisoiltaan omaishoivaa (Austad 2006; Vaalavuo 2018b; Vaiva-kollektiivi 2020). Pienituloisuuden riski on yksinasuvilla ikääntyneillä moninkertainen perheellisiin verrattuna (Rantala ym. 2019).

Hoivan ja hoidon itse maksetut kustannukset lisääntyvät pitkäaikaishoidon tarpeiden myötä, ja etenkin pienituloisilla ne lisäävät taloudellisen huono-osaisuuden riskiä. Kotitalouksien terveydenhuollon asiakasmaksut ja muut kustannukset köyhdyttävät erityisesti työkyvyttömyyseläkeläisiä ja yli 75-vuotiaita. (Tervola ym. 2020; Puurtinen & Teittinen 2023.) Suurin osa, lähes kolme neljänneistä, vanhuuseläkeläisistä kuitenkin kokee tavanomaisten arjen kustannusten kattamisen vähintään melko helpoksi, ja terveyteen liittyvien kustannusten kattamisen kokee helpoksi reilut 70 prosenttia. Toisaalta eläkeläiset, joiden kotitalouden tulot ovat alle 1500 euroa kuukaudessa, ovat vuoden sisällä joutuneet taloudellisista syistä joko usein (8 %) tai melko usein (30 %) vähentämään terveydenhoitoon tai lääkkeisiin liittyvää kulutusta (Palomäki ym. 2021, 40). Kun talous on tiukoilla, jätetään tarpeellisia palveluita ja muuta tukea käyttämättä korkeaksi koettujen kustannusten vuoksi (van Aerschoot & Sihto 2022), jolloin riittäviä palveluita ei saada. Suomessa kotona asuvista pitkäaikaishoitoa tarvitsevista, joilla on vähintään yksi avuntarve liittyen päivittäin toistuviin tai instrumentaaleihin toimintoihin, jopa 54 prosenttia kokee saavansa liian vähän apua (OECD 2023b). Etenkin pienituloisilla eläkeläisillä terveydenhuollon palveluiden käytöstä ja lääkkeistä aiheutuvat kustannukset ovat tyyppillisimpiä välttämättömiä kustannuksia, joiden kattamisessa on vaikeuksia (Palomäki ym. 2021), ja yli 10 prosenttia pienituloisista ikääntyneistä on rahanpuutteen vuoksi jättänyt käymättä lääkärissä (Hannikainen 2018).

Kustannusten kattaminen on vaikeaa erityisesti aikaisemmin työkyvyttömyyseläkkeellä olleilla vanhuuseläkeläisillä, etenkin jos työkyvyttömyyseläkkeen syynä ovat mielenterveysongelmat (Polvinen ym. 2020). Pitkäaikaishoidon kustannuksia voi päätyä ulosottoon, mikä voi johtaa maksuhäiriömerkintään. Reilulla kolmella prosentilla yli 64-vuotiaista on maksuhäiriömerkintä, ja miehillä (4,3 %) ne ovat yleisempiä kuin naisilla (Enento 2023).

Taulukko 1. Hoivan tarpeeseen vastaamisesta aiheutuvia kustannuksia.

Hoivan tarpeeseen vastaavat palvelut	Materiaalit ja välineet	Osallistuminen
avustajat	apuvälineet, avustava teknologia ja niiden ylläpito	liikkuminen*
kuntoutus	erityisruoat	palveluiden tilaaminen kotiin
omaishoiva	hoiva- tai hoitotarvikkeet	tulkit ja avustajat
sosiaalipalvelut	hygieniatarvikkeet	
terveyspalvelut	kodin muutostyöt	
tukipalvelut (esim. ateria-, siivous-, turvapalvelut)	lääkkeet	

* Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöön liittyvä liikkuminen sisältyy tukipalveluihin.

Ulosotossa olevia yli 62-vuotiaita velallisia oli vuonna 2022 noin 37 000 (Ulosottolaitos 2023). Samana vuonna sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja oli ulosotossa eri ikäillä kaikkiaan 490 000 euroa, ja etenkin kotihoidon ja terveyskeskusk maksujen maksut ulosotossa ovat lisääntyneet (SOSTE 2023). Silti vain 1,6 prosenttia yli 64-vuotiaista sai toimeentulotukea jossain vaiheessa vuotta 2023. Vanhuuseläkeikäisillä toimeentulotuesta painottuvat terveydenhuoltoon liittyvät kustannukset enemmän kuin nuorempiin ikäryhmiin kuuluvilla (Kuivalainen 2020). Vammais-etuuden, jollainen eläkettä saavan hoitotuki on, saajat saavat perustoimeentulotukea kaikissa ikäluokissa muuta väestöä yleisemmin (Korpela & Teittinen 2022). Etenkin vammais-etuksia saavat 60–79-vuotiaat naiset saavat toimeentulotukea melko usein (Havakka & Härkönen 2021).

Hoivan itse maksettujen kustannusten kokonaisuus

Sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakasmaksut ovat vain osa ikääntyneiden pitkäaikaishoidon itse maksettuja kustannuksia. Muita kustannuksia on tutkimuksissa kartoitettu kysymällä niitä hoivaa tarvitsevilta henkilöiltä esimerkiksi päiväkirjojen avulla, mutta tähän menetelmään sisältyy epätarkkuutta, sillä ihmiset eivät aina ole kovin hyvin perillä kustannuksistaan

(esim. Chappell ym. 2004; Forma ym. 2023). Lisäksi käsitykset siitä, mitkä kustannukset ovat hoivan tarpeen tai vamman aikaansaamia, vaihtelevat. Tästä syystä tarkkojen tilastojen tekeminen hoivan itse katetuista kokonaiskustannuksista on hankalaa.

Taulukkoon 1 on koottu tuloksia tutkimuksista, joissa joko iäkkäiltä hoivaa tarvitsevilta tai aikuisilta vammaisilta henkilöiltä on kysytty hoivan tarpeeseen vastaamisesta aiheutuneita kustannuksia. Kustannukset voi karkeasti jaotella (taulukko 1) palveluiden käytöstä, materiaaleista ja välineistä sekä osallistumisesta aiheutuviin kustannuksiin (Chappell ym. 2004; Cullinan ym. 2011; Palmer ym. 2015; Moody ym. 2021; Forma ym. 2023).

Työssäkäyntiin liittyvät kustannukset jätettiin pois, koska hoivaa tarvitsevien ikääntyneiden työssäkäynti on vähäistä. Tärkeää on kuitenkin huomioida niitä kustannuksia, joita syntyy, kun hoivaa tarvitseva henkilö elää tavallista elämää, kuten harrastaa tai käy elokuvissa (ks. Hanass-Hancock ym. 2017). Lisäkustannuksia voi aiheutua siitä, että kampaaja on tilattava kotiin, tai harrastukseen menemiseen tarvitaan erityistä kulkuneuvoa. Lisäksi maaseudulla ja kaupungissa kustannukset voivat olla erilaisia. Perustarpeita, kuten asumista ja ruokaa, ei taulukossa ole huomioitu, koska näitä kustannuksia on myös ilman hoivan tarpeita. Erityisruoat, ravinteet ja esteetön asunto voivat olla osa hoivan tarpeeseen vastaamisen kustannuksia, ja

ne on sisällytetty materiaaleihin ja välineisiin. Aikaa, jota kuluu esimerkiksi palveluiden hakemiseen, hallinnointiin, käyttöön ja ammattilaisten opastamiseen (Chappell ym. 2004; Hanass-Hancock ym. 2017), ei taulukkoon sisällytetty, koska tarkasteltavana ovat suorat taloudelliset kustannukset.

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tarkastelun kohteena on Kansaneläkelaitoksen (Kela) hallinnoiman eläkettä saavan hoitotuen 65-vuotiaat ja sitä vanhemmat hakijat ja etuuk-sien saajat 2017–2022. Tutkimusvuosien valinta vaikuttanut se, että perustoimeentulotuen hallinta on ollut Kelalla vuodesta 2017, jolloin on mahdollista huomioida, saavatko eläkettä saavan hoitotuen saajat useammin toimeentulotukea kuin muut samanikäiset. Eläkettä saavan hoitotukea voivat saada eläkeläiset, joilla on toimintakykyä heikentävä sairaus tai vamma. Eläkettä saavan hoitotuesta säädetään laissa vammaisuuksista (570/2007), ja sen tarkoituksena on ”tukea Suomessa asuvan vammaisen tai pitkäaikaisesti sairaan henkilön selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, osallistumisesta työhön tai opiskeluun sekä toimintakyvyn ylläpitämistä, kotona asumista, kuntoutusta ja hoitoa” (1§). Oikeus eläkettä saavan hoitotukeen on Suomessa asuvalla 16 vuotta täyttäneellä henkilöllä, joka saa Suomesta tai ulkomailta esimerkiksi vanhuuseläkettä, työkyvyttömyyseläkettä, kuntoutustukea tai leskeneläkettä. Oikeutta tukeen ei ole, jos on osatyökyvyttömyyseläkkeellä tai työttömyyseläkkeellä.

Tämän kuvailevan tutkimuksen tarkoituksena on lisätä tietoa ikääntyneiden hoivan ja hoidon tarpeista, itse maksetuista kustannuksista, joita hakijat liittävät sairauteensa, sekä heidän taloudellisesta tilanteestaan. Aineistona ovat Kelan etuushakemusten tilastot, joita ei voida yksilöidä. Tavoitteena on aineiston avulla vastata seuraaviin 65-vuotiaita ja sitä vanhempia koskeviin tutkimuskysymyksiin:

- 1) Millainen hakijoiden taloudellinen tilanne oli takuueläkkeen, eläkkeensaajan asumistuen, perustoimeentulon ja kansaneläkkeen avulla tarkasteltuna?
- 2) Miten paljon apua etuuden hakijat ilmoittivat tarvitsevansa?
- 3) Millaisiin kustannuksiin etuutta haettiin?

Sosiaalipoliittinen konteksti: julkista tukea pitkäaikaishoidon kustannusten kattamiseen

Hyvinvointivaltio tulee vastaan pitkäaikaishoidon kustannuksissa, jolloin etuudet ja korvaavuudet vähentävät hoivaa tarvitsevan kattamaa osuutta. Myös pääosin julkisin varoin rahoitetut sosiaali- ja terveystaloudet ovat tärkeitä hoivaa ja hoitoa tarvitsevien toimeentulon kannalta (Vaalavuo 2018b; Puurtinen & Teittinen 2023). Maksuosuudet eroavat palveluiden välillä: osa palveluista ja tarvikkeista maksetaan kokonaan itse, osa on maksuttomia ja osasta peritään omavastuuosuus (Forma ym. 2023). Eläkettä saavan hoitotukea esitellään tarkimmin, jotta analyysin avulla saadut tulokset tulevat ymmärrettäviksi. Muita etuuksia esitellään taulukossa 2.

Eläkettä saavan hoitotuen saamiseksi henkilön toimintakyvyn on oltava sairauden tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti heikentynyt vähintään vuoden ajan siten, että sairaudesta tai vammasta aiheutuu avun tai ohjauksen ja valvonnan tarvetta henkilökohtaisissa toiminnoissa (Laki vammaisuuksista 570/2007, 9 §). Etuusoikeus ei perustu vamman tai sairauden vaikeusasteeseen vaan siihen, miten sairaus tai vamma vaikuttaa toimintakykyyn ja arjessa selviytymiseen. Hoitotuki myönnetään toistaiseksi, jos etuudensaajan tilanne ei todennäköisesti tule siinä määrin kohentumaan, että etuusoikeus lakkaisi tai etuuden taso alenisi. Mikäli toimintakyvyn koheneminen on mahdollista, etuus myönnetään määräaikaisena. (Kela 2023a.)

Eläkettä saavan hoitotuen hakemukseen liitetään lääkärintodistus terveydentilasta ja sairauden tai vammän laadusta ja selvitetään muun muassa avun, ohjauksen ja valvonnan tarpeet ja sairaudesta tai vammasta aiheutuvat erityiskustannukset. Tuet on porrastettu henkilön tuen tarpeen mukaan perustukeen, korotettuun tukeen ja ylimpään tukeen. (Laki vammaisetuksista 570/2007, 2, 18, 20 §.) Perushoitotukea (84,17 €/kk, vuonna 2025) saadakseen on tarvittava vähintään viikoittain apua tai valvontaa henkilökohtaisissa toimissa. Korotettua hoitotukea (183,36 €/kk) voi saada henkilö, joka tarvitsee päivittäistä aikaa vievää apua useissa henkilökohtaisissa toiminnoissa ja paljon säännöllistä ohjausta ja valvontaa. Korotetun hoitotuen voi saada myös silloin, jos on oikeus perushoitotukeen sekä kuukausittaisia erityiskustannuksia korotetun hoitotuen verran. Ylintä hoitotukea (387,73 €/kk) myönnetään, mikäli henkilö tarvitsee ympärivuorokautista hoitoa ja valvontaa ja pärjää yksin vain lyhyitä aikoja. Ylintä hoitotukea ei voi saada kustannusten perusteella. Eläkettä saavan hoitotuki on veroton etuus, jonka myöntämiseen tulot tai omaisuus eivät vaikuta (Kela 2024). Joissain tapauksissa Kela voi kokonaisharkinnalla myöntää hoitotukea myös, vaikka avuntarveperuste ei täytyisi (Kela 2023a). Etuutta haettaessa huomioitavat erityiskustannukset ovat toimintakykyä heikentävästä sairaudesta tai vammasta aiheutuvat tarpeelliset ja jatkuvat kustannukset, jotka ovat ylimäärisiä terveille henkilölle aiheutuviin tavanomaisiin kustannuksiin nähden. Tällaisia ovat muun muassa kotipalvelun, tukipalveluiden, palveluasumisen ja laitoshoidon kustannukset. Sähköiset tai virtuaalipalvelut, kuten ruoka-automaatin tai kotihoidon etäkäynnit, voidaan harkinnan mukaan huomioida kustannuksina. Erityiskustannuksiin ei lasketa esimerkiksi turvavälikkeistä, hoitotarvikkeista tai erityisruokavalioista aiheutuvia kustannuksia. (Kela 2023a.)

Tyypillinen 65 vuotta täyttänyt etuuden saaja on muistisairautta sairastava Uudellamaalla

asuva yli 70-vuotias nainen (Puurtinen & Teittinen 2023). Muistisairaudet ovat etenkin iäkkäiden (75+) takuueläkettä saavien etuuden hakijoiden yleisin sairaus (35 %), ja sen jälkeen tulevat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä sydänsairaudet (11 % kumpikin) (Palanne & Puurtinen 2023).

Julkisrahoitteisten etuuksien hyödyt eivät jakaudu tasaisesti. Esimerkiksi kotitalousvähenys ei hyödytä pienituloisia, vaan suurempituloiset kotitaloudet käyttävät sitä enemmän, ja yhden hengen taloudet voivat hyödyntää sen vain kertaalleen, kun kahden hengen taloudessa kumpikin voi hyödyntää sen. Vähennys hyödyttää kuluttajia, jotka olisivat muutenkin kuluttaneet kotitalouspalveluita. (Harju ym. 2021.) Etuuksia ei aina osata hakea; esimerkiksi sosiaalihuollon ja tulosisäntätoimenpiteiden terveydenhuollon asiakasmaksu on alennettava tai jätettävä perimättä, jos periminen vaarantaa asiakkaan tai hänen perheensä toimeentulon (STM 2023a; 2023b), mutta mahdollisuutta käytetään harvoin (Saarela 2020).

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona ovat Kelan rekisteritiedot eläkettä saavan hoitotuesta 2017–2022. Aineisto sisältää tiedot 65 vuotta täyttäneistä henkilöistä. Aineistossa on a) hoitotuen myönnteisten ja kielteisten ratkaisujen lukumäärä vuosittain, b) hoitotukea saaneiden lukumäärä vuosittain ryhmiteltynä sukupuolen, iän, avuntarpeiden määrän ja myönnetyn tuen tason mukaan, c) tieto myöntöratkaisuista ja niissä esitetyistä kustannuksista kustannuslajeittain vuosittain ja tieto ratkaisujen määrästä kustannuslajeittain etuuden tason, iän ja sukupuolen mukaan, sekä d) tieto siitä, kuinka moni etuuden saaja saa samaan aikaan kansaneläkettä, takuueläkettä tai perustoimeentulotukea. Aineisto on saatu pyydettyä Kelan tutkimusosastolta valmiiksi anonymisoituna laskentataulukoissa, eikä siinä ollut yksilötason tietoa. Aineistoa säilytettiin tutkijoiden salasanoin suo-

Taulukko 2. Pitkäaikaishoidon kustannuksien kattamista helpottavia etuuksia.

Etuus	Summa	Huomioita
Hyvinvointialueet		
Julkisen terveydenhuollon maksukatto	762 €/vuosi	Tämän jälkeen maksukaton piiriin kuuluvat palvelut pääosin maksuttomia
Omaishoidon tuki (Laki omaishoidon tuesta 937/2005)	Vähintään 472,15 €/kk	Hoitopalkkio ja palvelut omaisen tai läheisen hoitoon
Apuvälineet	Maksuttomia	Esim. pyörätuoli, rollaattori, suihkutuoli
Sosiaalihuoltolain (1301/2014) mukainen kuljetuspalvelu	Omavastuu julkisen liikenteen mukaan	Sairauden tai vamman mukanaan tuoma liikuntarajoitus
Vammaispalvelulain (675/2023) mukainen kuljetuspalvelu	Omavastuu julkisen liikenteen mukaan	Vaikeavammaiselle kohtuulliset kuljetuspalvelut
Asunnon muutostyöt	Maksuttomia	Vammaispalveluin mukainen etuus
Kela		
Reseptilääkkeiden korvattavuus	Lääkekatto 762 €	Tämän jälkeen omavastuu 2,5 €/lääke
Terveydenhuollon matkakatto	300 € (omavastuu 25 €/matka)	Tämän jälkeen omavastuuta 25 € ei makseta
Toimeentulotuki		Taso riippuu tuloista, menoista ja varallisuudesta
Eläkettä saavan hoitotuki	84,17 / 183,36 / 387,73 €/kk	Vammainen tai pitkäaikaissairas eläkkeensaaja
Vammaistuki	109,97 / 256,62 / 497,60 €/kk	16 v. täyttänyt, jolla vamma tai pitkäaikaissairaus
Kansaneläke	783,41 €/kk	Yksin asuvan täysi kansaneläke
Takuueläke	986,30 €/kk	Pienituloisimpien eläkeläisten indeksiin sidottu toimeentulo
Verohallinto		
Veronmaksukyvyyn alentumisvähennys	1400 €	Harkinnanvarainen, sairauden perusteella myönnettävä
Kotitalousvähennys	1600 €/hlö/vuosi	Ostettaessa kotitalous-, hoiva- tai hoitotyön palveluja

jatuissa tiedostokansioissa, ja se oli vain tutkijoiden käytössä. Aineisto tuhotaan tutkimuksen julkaisemisen jälkeen.

Aineiston tarkastelussa eläkettä saavan hoitotukea saavat henkilöt jaettiin kolmeen ikäryhmään (65–74-vuotiaat; 75–84-vuotiaat ja 85 vuotta täyttäneet), jotta tuen kohdentumista ja kustannuksia oli mahdollista tarkastella eri-ikäisillä. Menetelmällisesti tulokset saatiin kuvailemalla lukumääriä, laskemalla hoivasta esitettyjä kustannuksia ja prosenttiosuuksin. Tarkempi kuvailu esimerkiksi hajontalukujen avulla ei ollut mahdollista, koska aineistossa ei ollut yksilötason tietoa etuuden hakijoista

tai saajista. Hoitotuen saajia verrattiin samanikäiseen väestöön käyttämällä Tilastokeskuksen StatFin-tilastoja.

Etuuden hakijat olivat kirjanneet hakemuslomakkeelle kustannuksia vammasta tai sairaudesta aiheutuvasta palvelun tai avun käytöstä (joko kuukausi- tai vuositasolla), ja kustannukset on todennettu erillisillä selvityksillä tai liitteillä (joita ei ollut mukana käytetyssä aineistossa). Etuusratkaisuihin ei välttämättä hyväksytty kaikkia hakijan esittämiä kustannuksia. Hakemuslomakkeessa on valmis lista kustannuslajeista, jotka ovat: palveluasuminen, kotihoito/kotisairaanhoito, siivouspalvelu, kauppa-

palvelu, ateriapalvelun kuljetusmaksu, muu tukipalvelu, mikä?, lääkärikäynnit, lääkärin määräämä kuntoutus ja hoito, toistuvat sairaalamaksut, lääkkeet, joista et ole saanut Kela-korvausta, sekä sairaudenhoitoon tai kuntoutukseen liittyvät matkakustannukset, joista et ole saanut Kela-korvausta. Muu tukipalvelu voi sisältää esimerkiksi omaishoitajan vapaiden ja perhehoidon kustannuksia, omaiselle maksettavia korvauksia tai edunvalvontapalkkion, mutta näitä ei huomioida etuusratkaisuisissa (Puurtinen 2023). Esimerkiksi sairausvakuutuslain mukaan korvattavista kustannuksista hyväksytään vain omavastuuosuudet. Hakijoilla on mahdollisuus hakemuksen lisätietokohdassa esittää myös muita kustannuksia.

Aineistossa ei ole yksittäisen hakijan esittämiä tietoja palvelun tai avun käytöstä aiheutuneista kustannuksista. Tämä on syytä ottaa huomioon tuloksia tulkittaessa. Kustannuksia kustannuslajeittain kuvasi aineistossa yksi luku kultakin vuodelta: hakijoiden yhteensä esittämät kustannukset kyseessä olevasta kustannuslajista vuosittain. Lisäksi aineistossa oli tieto kyseessä olevaan kustannuslajiin tehtyjen ratkaisujen määrästä vuodessa. Analyysissa esitetyt kustannukset kustannuslajeittain jaettiin kyseisen kustannuslajin ratkaisujen määrällä vuodessa ja saatu summa edelleen kahdella toista. Näin saatiin kustannuslajeille keskimääräinen kustannus, joka kuvaa sitä, millaisia itse maksettuja kustannuksia hankitusta palvelusta tai avusta voi kuukaudessa muodostua. Analyysiin valittiin kustannuslajit, joita hakijat olivat yleisimmin hakemuksissa esittäneet. Ulkopuolelle jätettiin kustannuslajit, joiden ratkaisuja oli alle 10 vuodessa. Näitä olivat esimerkiksi avustajan kustannukset ja turvapuhelein. Ulkopuolelle jätettiin myös palveluasumisen kustannus, koska sen sisällöstä ei ole tietoa, ja kustannukseen kuuluvat palvelut oletettavasti vaihtelevat suuresti hakijoiden välillä. Kustannustarkastelu tehtiin vain perus- ja korotetun tuen ratkaisuihin, koska kustannukset eivät vaikuta ylimmän tuen myöntämiseen, ja siten kustannuksia oli kirjattu vähän.

Tulokset

Etuuden saajat ja heidän taloudellinen tilanteensa

Vuoden 2022 lopussa Kelan eläkettä saavan hoitotukea sai 152 343 henkilöä (65 vuotta täyttäneet), ja tuen saajien määrä sekä osuus samanikäisestä väestöstä oli laskenut vuodesta 2017. Etuuden saajissa oli naisia enemmän kuin miehiä, vaikka naisten osuus hieman väheni ajanjaksolla 2017–2022 (taulukko 3). Etuutta vuonna 2022 sai 5 prosenttia 65–74-vuotiaista, 12 prosenttia 74–84-vuotiaista ja 39 prosenttia 85 vuotta täyttäneistä.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna vuonna 2022 eläkettä saavan hoitotuen saajissa oli vähiten 65–74-vuotiaita eli 35 340 (23 %), 75–84-vuotiaita oli 54 793 (36 %), ja yleisimmin hoitotukea saivat 85 vuotta täyttäneet, joita oli 62 210 (41 %). Nuorimmassa ikäryhmässä (65–74-vuotiaat) oli yhtä paljon miehiä ja naisia. Ikäryhmässä 75–84-vuotiaat naisia oli noin 60 prosenttia, ja 85 vuotta täyttäneissä naisia oli 74 prosenttia. Sukupuolten osuuksissa eri ikäluokissa ei tapahtunut suurta muutosta ajanjaksolla 2017–2022.

Seuraavaksi tarkastellaan hoitotukea saavien taloudellista tilannetta huomioimalla heidän saamiaan muita Kelan etuuksia. Vuonna 2022 hoitotuen saajista puolet sai kansaneläkettä ja noin joka kymmenes takuueläkettä.

Eläkkeensaajan asumistukea sai lähes 30 prosenttia ja perustoimeentulotukea muutama prosentti (taulukko 4). Kansaneläkettä saavien osuus laski tarkasteluajanjaksolla 57 prosentista 51 prosenttiin. Muissa etuuksissa ei juuri tapahtunut muutosta.

Hoitotuen luokkien yleisyys ja avuntarpeet hoitotuen luokissa

Seuraavaksi esitellään etuuden hakijoiden hakemuksissaan esittämiä avun, ohjauksen ja valvonnan tarpeita (jatkossa avuntarve) vuonna 2022 tehdyissä etuuden myönnteisissä rat-

Taulukko 3. Eläkettä saavan hoitotuen saajat (lukumäärä) sukupuolen mukaan, osuus tuen saajista sukupuolittain ja osuus samanikäisestä väestöstä, 65 vuotta täyttäneet, 2017–2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Naiset	107902	105873	103984	101624	99584	95784
Osuus tuen saajista, %	65	64	64	63	63	63
Osuus samanikäisestä väestöstä, %	16	16	15	14	14	13
Miehet	58803	58877	58828	58589	58405	56559
Osuus tuen saajista, %	35	36	36	37	37	37
Osuus samanikäisestä väestöstä, %	11	11	11	11	10	10
Yhteensä	166705	164750	162812	160213	157989	152343

Taulukko 4. Eläkettä saavan hoitotuen saajien muita Kelan etuuksia, osuus (%) hoitotuen saajista, 65 vuotta täyttäneet, 2017–2022.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Takuueläke	8	8	8	9	9	9
Eläkkeensaajan asumistuki	28	28	29	29	28	28
Perustoimeentulotuki	3	4	4	3	3	3
Kansaneläke	57	56	54	53	52	51

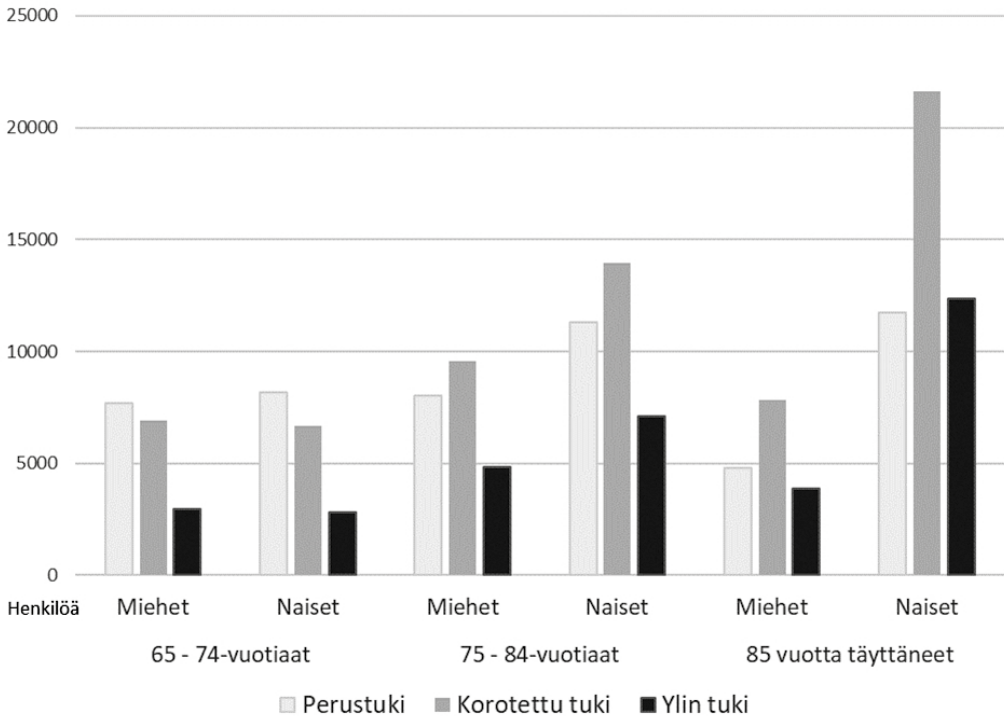
Taulukko 5. Avun tarve eläkettä saavan hoitotuen luokissa^a, (osuus, %, kyseessä olevan tuen myöntötarkaisuista), 65 vuotta täyttäneet, 2022.

	Perustuki (%)	Korotettu tuki (%)	Ylin tuki (%)
Viikoittaista	29	10	1
Päivittäistä	56	44	6
Päivittäistä ja aikaa vievää	5	39	36
Yhtämittaista	2	4	56
Ei tarvetta ^b	7	2	0
Tieto puuttuu	1	0	1

^a Yhdessä hoitotukiratkaisussa voidaan ratkaista useampi kuin yksi etuuden taso. Tämän vuoksi ratkaisun tietoja esimerkiksi avuntarpeesta voi olla useampi kuin yksi per ratkaisu, ja osuudet voivat ylittää 100 prosenttia.

^b Ennen lakimuutosta 1.6.2015 kaikkia tukiluokkia on voitu myöntää toimintakyvyn heikkenemisen ja erityiskulujen perusteella, vaikka avuntarvetta ei olisi. Kun asiakkaan hoitotuki on myönnetty vanhan lainsäädännön perusteella, tukeen ei tehdä tarkistusta lainmuutoksen vuoksi. Kela voi myös kokonaisharkinnalla myöntää hoitotukea heikentyneen toimintakyvyn perusteella, vaikka avun tarve ei täytyisi. Sokealla, liikuntakyvyttömällä ja varhaiskuurolla on aina oikeus perustukeen riippumatta avun tarpeesta. (Kela 2023a.)

kaisuissa hoitotuen eri luokissa. Kaikista etuuden saajista sai perustukea 38 prosenttia vuonna 2017 ja 34 prosenttia vuonna 2022. Perustuen saamiseksi on tarvittava vähintään viikoittaista apua tai valvontaa henkilökohtaisissa toiminnoissa. Perustukea saavista enemmistö oli naisia kaikissa ikäryhmissä (kuvio 1). Vajaa kolmasosa perustuen saajista tarvitsi apua viikoittain ja yli puolet päivittäin. Lähes joka kymmenennellä avun tarve oli päivittäistä ja aikaa vievää tai yhtämittaista (taulukko 5).



Kuvio 1. Eläkkeensaajan hoitotukea saavat (lukumäärä), sukupuolen, iän ja tuen luokan mukaan, 65 vuotta täyttäneet, 2022.

Korotettua tukea sai 39 prosenttia vuonna 2017 ja 44 prosenttia vuonna 2022. Korotettua tukea saadakseen on tarvittava aikaa vievää apua joka päivä useissa henkilökohtaisissa toiminnoissa sekä paljon säännöllistä ohjausta ja valvontaa. Korotetun hoitotuen voi saada, jos on oikeus perushoitotukeen ja lisäksi erityiskustannuksia korotetun hoitotuen verran kuukausittain. Korotetun tuen saajissa oli miehiä nuorimmissa ikäryhmässä (65–74) hieman enemmän kuin naisia, mutta kahdessa vanhemmassa ikäryhmässä naisten osuus oli suurempi ollen jo yli kaksinkertainen 85 vuotta täyttäneiden ryhmässä (kuvio 1).

Korotetun tuen saajista 44 prosenttia tarvitsi apua päivittäin ja 43 prosentilla avuntarve oli päivittäistä ja aikaa vievää tai yhtämittaista (taulukko 5). Ylintä tukea saaneista yli kolmannes tarvitsi päivittäistä ja aikaa vievää apua ja yli puolet yhtämittaista apua (tauluk-

ko 5). Etuuden saajista ylintä tukea sai 24 prosenttia vuonna 2017 ja 22 prosenttia vuonna 2022. Ylintä tukea saadakseen on tarvittava ympärivuorokautista hoitoa ja valvontaa, eikä henkilö selviydy yksin kuin vain lyhyitä aikoja. Valtaosa ylimmän tuen saajista oli naisia, nuorinta ikäryhmää (65–74-vuotiaat) lukuun ottamatta. (Kuvio 1)

Hoivan tarpeeseen vastaamisen kustannuksia

Eläkettä saavan hoitotuen hakulomakkeessa kysytään hakijan sairaudesta tai vammasta aiheuttuvia kustannuksia. Kun verrataan kustannuksia vuosien 2017 ja 2022 välillä, ei niissä ollut suuria eroja, joten tässä keskitytään vuoteen 2022. Hakijat esittivät vuonna 2022 kustannuksia kaiken kaikkiaan 53 627 411 euron edestä, ja niistä hyväksyttiin 39 853 314 euroa

(74 %). Perustuen myöntöratkaisuisa kolme yleisintä kustannuslajia olivat sairausvakuutuslain mukaan korvattavien lääkkeiden ja matkojen omavastuuosuudet sekä lääkäri- ja hoitokäynnit (taulukko 6). Perustuen saajista 65–74-vuotiaat miehet esittivät kustannuksia yhteensä keskimäärin 825 euroa kuukaudessa, kun vastaava summa oli naisilla 861 euroa. 75–84-vuotiaista miehet esittivät kustannuksia yhteensä 820 euroa, naiset taas 785 euroa. Myös vanhimmassa ikäluokassa miesten esittämät kustannukset olivat suuremmat (892 €) kuin naisilla (732 €).

Korotetun tuen myöntöratkaisuisa kolme yleisintä kustannuslajia (eniten ratkaisuja vuodessa) olivat sairausvakuutuslain mukaan korvattavat lääkkeet, kotihoito ja kotisairaanhoido sekä sairausvakuutuslain mukaan korvattavat matkat. Kustannuksissa oli hieman sukupuolten välistä vaihtelua. Korotetun tuen ratkaisuisa 65–74-vuotiaat miehet esittivät yhteensä kustannuksia 1 171 euroa ja naiset 1 380 euroa kuukaudessa. 75–84-vuotiaista miehet esittivät kustannuksia yhteensä 1 089 euroa, naiset taas 978 euroa. Vanhimmassa ikäluokassa miesten esittämät kustannukset olivat myös hieman suuremmat (1 055 €) kuin naisilla (1031 €).

Taulukko 6. Hakijoiden esittämät keskimääräiset sairaudesta tai vammasta aiheutuneet kustannukset kustannuslajeittain perus- ja korotetun tuen myöntöratkaisuisa, euroa per kuukausi, 65 vuotta täyttäneet, 2022.

Kustannuslaji*	Perustuki Esitetyt kustannukset €/kk	Korotettu tuki Esitetyt kustannukset €/kk
Kotihoito ja kotisairaanhoido	116	290
Siivouskustannukset	80	110
Ateriapalvelun kuljetusmaksu	168	172
Muut avustamisen ja hoivan kustannukset	60	63
Lääkäri- ja hoitokäynnit	29	35
Hammaslääkäri- ja hammashoitokäynnit	37	29
Toistuvat sairaalakäynnit ja intervallihoido	61	83
Terapia ja kuntoutus	66	76
Sairausvakuutuslain mukaan korvattavat lääkkeet	31	37
Muut lääkekustannukset	31	40
Sairausvakuutuslain mukaan korvattavat matkat	14	15
Muut matkakustannukset	36	40
Muut	91	82
Yhteensä	819	1071

*Ratkaisutilaston kustannuslajit eivät ole täysin samat kuin hakemuslomakkeen kustannuslajit. Tämä johtuu siitä, että lomakkeen Muut tukipalvelut ja lomakkeen Lisätietoja-kohdissa hakijoiden esittämät kustannukset on Kelan hakemuskäsittelyssä ryhmitelty omiksi kustannuslajeikseen. Näitä ovat muun muassa sairausvakuutuslain mukaan korvattavat lääkkeet ja matkat.

Suurimmat itse maksetut kustannukset syntyivät ateriapalvelun kuljetusmaksusta, kotihoidosta ja kotisairaanhoidosta sekä siivouskustannuksista perus- ja korotetun tuen saajien esittämänä. Toistuvat sairaalakäynnit ja intervallihoido, terapia ja kuntoutus sekä muut avustamisen ja hoivan kustannukset olivat useita kymmeniä euroja kuukaudessa.

Keskimääräisten kustannusten mukaan ovat perustuen saajilla esitetyt itse maksetut kustannukset yli 800 ja korotetun tuen saajilla yli tuhat euroa kuukaudessa, mikäli henkilöllä on kaikkia näitä kustannuksia. Perustuen saajien kustannukset olivat keskimäärin 460 euroa (56 % kaikista kustannuksista) ja korotetun tuen saajilla 675 euroa (63 %) kuukaudessa, kun yhteen laskettiin hoivaksi tulkittavat kustannukset (kotipalvelu ja kotisairaanhoido, siivouskustannukset, ateriapalvelu, muut avustamisen ja hoivan kustannukset sekä muut matkakustannukset). Terveys- ja huollon kustannuksia (kaikki loput kustannukset paitsi kohta muut) oli perustuen saajilla keskimäärin 269 (32 % kaikista kustannuksista) ja korotetun tuen saajilla 315 (29 %) euroa kuukaudessa.

Pohdinta

Vaikka ikääntyneiden määrä on lisääntynyt, eläkettä saavan hoitotuen saajien määrä pienenee siten, että vuonna 2017 eläkettä saavan hoitotukea sai 14 ja vuonna 2022 enää 12 prosenttia 65-vuotiaista ja sitä vanhemmista. Kyse on suuresta määrästä, koska vuonna 2017 Suomessa oli hieman alle 1,2 ja vuonna 2022 lähes 1,3 miljoonaa 65-vuotiaista tai sitä vanhemmista henkilöä (Tilastokeskus 2023b). Etuuden saajia oli vuonna 2022 hieman vähemmän (152 343) kuin ne noin 172 000 henkilöä, jotka Sotkanetin tilastojen mukaan vuonna 2023 saivat hoivaa joko omaishoidon, kotihoidon tai ympärivuorokautisten asumispalveluiden avulla. Pitkäaikaishoidon asiakkaiden määrät vähenivät vuodesta 2021 vuoteen 2022 kaikkiaan 5,8 prosenttia, kotihoidon käyntien määrä vä-

heni 5 prosenttia ja asumispalveluiden asiakkaiden määrä laski 2,7 prosenttia (Mielikäinen & Kuronen 2023; Saukkonen & Marttila 2023). Iäkkäitä on yhä enemmän, mutta etuuksien ja palveluiden saaminen on yhä vaikeampaa, ja vaikuttaa siltä, että yhä suurempi osuus pitkäaikaishoidon kustannuksista maksetaan itse. Joka viides 75 vuotta täyttäenistä koki asiakasmaksujen hankaloittaneen sosiaalipalveluiden, kuten kotihoidon, saamista (Ilmarinen & Aalto 2023).

Eläkkeensaajan hoitotuen saajista noin 40 prosenttia oli täyttänyt 85 vuotta. Korkea ikä heijastelee sitä, että toimintakyvyn vaikeudet, muistisairaudet ja avun tarve ovat yleisiä (Edgren ym. 2024). Apua arjen askareissa tarvitsee varsin moni, vajaa puolet 75 vuotta täyttäenistä, mutta merkittävä osa apua tarvitsevista kokee, että ei saa sitä riittävästi (Ilmarinen ym. 2023; OECD 2023b). Eri tasoisen hoitotuen saajista 63–92 prosentilla avun tarve oli vähintään päivittäistä. Ikääntyneistä hieman vajaa kolmannes kertoo, että saa kotihoitoa liian vähän tai ei saa palvelua ollenkaan, vaikka tarvetta olisi (Aalto ym. 2023). Riittämättömän avuntarpeen taustalla vaikuttavat monet asiat – muun muassa se, että julkisen pitkäaikaishoidon myöntämisen perusteet ovat tiukentuneet ja palvelut kohdennetaan kaikkein eniten apua tarvitseville. Lisäksi kotihoidossa keskitytään entistä enemmän sairauksien ja terveyden hoitoon, ja muihin tarpeisiin, kuten kaupassakäyntiin tai pyykinpesuun, tulee hankkia apua tuki- ja palveluista, joiden asiakasmaksut voivat olla palveluiden käytön esteenä. (Ilmarinen ym. 2022; Van Aerscht & Kröger 2023.) Esitelty analyysi osoittaa, että sekä palveluille että eläkkeensaajan hoitotuelle on selkeä tarve.

Eläkkeensaajan hoitotuen saajissa naisten osuus oli heidän väestöosuuttaan suurempi jokaisessa, erityisesti vanhimmassa, ikäryhmässä, joten etuus kohdentuu etenkin iäkkäimmille naisille. Etuuden kohdentumista voi tältä osin pitää onnistuneena, koska naisten terveys on yleensä heikompi kuin miesten, mutta he elävät pidempään ja heidän tulotasonsa on ma-

talampi kuin miesten (Austad 2006; Vaalavuo 2018b; Gordon & Hubbard 2020). Iäkikäillä naisilla on miehiä yleisemmin avun tarpeita sekä vaikeuksia arkitoimissa (Ilmarinen ym. 2023; Sääksjärvi ym. 2023). Koska naiset elävät pidempään, he saavat miehiä harvemmin puolisoltaan omaishoivaa. Lisäksi naisten eläkkeet ovat noin 80 prosenttia miesten kokonaiseläkkeestä, joten yksityisten palveluiden ostamiseen ei naisilla välttämättä ole varaa, ja he hakevat etuutta ehkä sen vuoksi aktiivisemmin (ks. Vaiva-kollektiivi 2020; Kuivalainen ym. 2022). Eläkettä saavan hoitotuki on etenkin ikääntyneiden hoivaa tarvitsevien naisten toimeentulon kannalta merkittävä etuus. Jatkossa on tärkeää pohtia sitä, miksi miesten osuus hakijoista on väestöosuutta matalampi.

Eläkkeensaajan hoitotukea saavat ilmoittivat hoitotuen hakemuksissa varsin runsasta hoivan ja hoidon tarvetta. Pitkäaikaishoidon runsas tarve tarkoittaa todennäköisesti myös korkeita itse maksettuja kustannuksia, joista voi kertyä kokonaisuutena suuri summa. Laskelmat osoittavat, että itse katetut kustannukset voivat olla korkeimmillaan hieman alle ja jopa yli tuhat euroa kuukaudessa (perustuen saajien esittämät yli 800 €/kk, korotetun tuen saajien yli 1000 €/kk), mikäli henkilö tarvitsee paljon apua arjessaan ja hänen on käytettävä paljon hoiva- ja terveydenhuollon palveluita. Kuten muuallakin Euroopassa (Angrisani ym. 2022), hoivan itse maksettuja kustannuksia oli aineistossa enemmän kuin terveydenhuollon kustannuksia. Sekä perustuen että korotetun tuen saajien kustannuksista noin kolmannes oli terveydenhuollon kustannuksia, muun muassa lääkärikäyntien ja sairaaloiden asiakasmaksuja ja matkakuluja. Toimeentuloa tarkasteltaessa olisi siten tärkeää huomioida myös hoivan itse katetut kustannukset, kuten kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksut – ei yksinomaan terveydenhuollon asiakasmaksuja. On tärkeää huomioida, että terveydenhuollon palveluiden rahoituksesta vuonna 2021 katettiin 3,8 prosenttia asiakasmaksuin, kun ikääntyneiden palveluista (kotihoito ja asumispalvelut) asiakas-

maksuin katettiin 15 prosenttia (ks. Puroharju 2023). Selvästi suurempi osuus hoivapalveluista kuin terveydenhuollon palveluista aiheutuvista kustannuksista maksetaan itse.

Kustannuksia voidaan pitää katastrofaalisina, mikäli ne ylittävät 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista. Verrattaessa itse maksettuja kustannuksia 65-vuotiaille ja sitä vanhemmille laskettuihin viitebudjetteihin havaitaan, että ne voivat korkeimmillaan olla lähes yhden hengen kuukauden viitebudjetin tasolla. Yksin asuvan miehen viitebudjetti vaihteli 1119 ja 1773 euron ja naisen viitebudjetti 1102 ja 1769 euron välillä. (Grahn ym. 2022; Lehtinen 2022; Takuusäätiö 2023.) Hoivan tarpeeseen vastaamisesta aiheutuneita kustannuksia ei näissä viitebudjeteissa ole huomioitu. Viitebudjeteissa arvioidut terveydenhuollon kuukausittaiset menot (45–47 euroa) riittäisivät kattamaan lähinnä aineistossa esitetyt matkakustannukset. Mikäli huomioidaan vain Kelan hyväksymät osuudet etuuden hakijoiden esittämistä kustannuksista (noin kolme neljäsosaa), eli perustuen saajilla 614 euroa ja korotetun tuen saajilla 803 euroa kuukaudessa, vievät ne edelleen valtaosan viitebudjetista.

Kun verrataan hoivan tarpeeseen vastaamisesta aiheutuneita kustannuksia naisten (1427 €/kk) ja miesten (2037 €/kk) keskimääräisiin työeläkkeisiin, ovat sekä perustuen saajien että korotetun tuen saajien esittämät kustannukset myös katastrofaaliset (yli 40 % käytettävissä olevista tuloista). Tutkimusta siitä, minkä suuruista tukea ikääntyneet henkilöt tarvitsivat kattamaan hoivakustannuksia, ei löytynyt, mutta vammaisia henkilöitä käsittelevistä tutkimusten avulla tätä voi pohtia. On tehty arvioita siitä, paljonko korkeampi tulotaso on tarpeen vammaiselle henkilölle, jotta hänen elämänlaatunsa on samalla tasolla kuin vammattoman henkilön. Irlantilaiseen aineistoon perustuvassa laskelmassa (Cullinan ym. 2011) vammaisen henkilö tarvitsisi pitkällä ajanjaksoilla 20–24 prosenttia korkeammat tulot kuin vammaton. Yhdysvalloissa on arvioitu vammaisten henkilöiden tarvitsevan 29 prosenttia

korkeammat tulot päästäkseen samaan elintasoon kuin vammaton henkilö (Morris ym. 2022). Suomalaisessa viitebudjetissa tämä tarkoittaisi sitä, että yksin asuvan iäkkään ja vammaisen tai paljon hoivaa tarvitsevan miehen viitebudjetin tulisi olla 1 443–2 287 ja naisen 1 421–2 282 euroa riippuen siitä, mikä viitebudjetti otetaan lähtökohdaksi. Suurella osalla vanhuuseläkeläisistä toimeentulon taso ylittää viitebudjetin, sillä vanhuuseläkkeensaajan keskimääräinen kokonaiseläke oli 1 929 €/kk vuonna 2022. Yltääkseen samaan elämänlantuun kuin irlantilaisessa tai yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, tulisi hoivaa tarvitsevan henkilön keskimääräisen kokonaiseläkkeen olla välillä 2 315–2 488 €/kk (20 tai 29 prosenttia korkeampi). Tällaisilla eläketasoilla hoivan kustannukset eivät todennäköisesti olisi katastrofaaliset (mikäli tulo olisi kokonaisuudessaan käytettävissä). Osa kustannuksista tosin kasvaisi tulosidonnaisten asiakasmaksujen myötä.

Noin puolet eläkettä saavan hoitotuen saajista saa kansaneläkettä, mikä on keskimääräistä enemmän, sillä vuonna 2022 kaikista vanhuuseläkeläisistä 32 prosenttia sai joko vain kansaneläkettä tai sekä kansaneläkettä ja työeläkettä (Kuivalainen ym. 2022). Myös perustoimeentulotukea saavia on eläkettä saavan hoitotuen saajissa enemmän (3–4 %) kuin vastaavan ikäisessä väestössä (1,2–1,4 %) vuosien 2017 ja 2022 välisenä aikana (Kela 2023b). Eläkettä saavan hoitotuen saajista lähes 30 prosenttia saa eläkkeensaajan asumistukea, mikä edelleen kertoo ryhmän pienituloisuudesta (ks. Havakka & Härkönen 2021). OECD:n (2023c) arvion mukaan suomalaisista ikääntyneistä (65 vuotta täyttäneistä) noin 20 prosenttia on köyhyysriskissä, mutta pitkäaikaishoidon tarpeessa olevista ikääntyneistä osuus on yli 30 prosenttia. Etenkin pitkittänyt köyhyys on ongelmallista; se on yleisempää ikääntyneillä kuin nuoremmilla ikäryhmillä, ja yleistä se on etenkin yli 80-vuotiailla naisilla (van Aerschot & Sihto 2022). Pienituloisilla ikääntyneillä on parempituloisiin verrattuna enemmän sairauksia ja enemmän hoidon ja hoivan tarpeita

(Lumme ym. 2020). Sosioekonominen asema, etenkin tulotaso, vaikuttaa myös kuolleisuuteen, varsinkin miehillä (Hoffmann ym. 2019). Pienituloiset ikääntyneet tarvitsevat ja saavat esimerkiksi kotipalvelua ja kotisairaanhoidon parempituloisia useammin (Hannikainen 2018; Vaalavuo 2018b), mutta niistäkin aiheutuu kustannuksia (Ilmarinen ym. 2022).

Esitetyt laskelmat perustuvat 65 vuotta täyttäneiden henkilöiden itse ilmoitettuihin palvelun tai avun kustannuksiin, mutta on tarpeen huomioida yksilötason tietojen puuttuminen aineistosta. Kaikilla etuuden saajilla ei ole kaikkia aineistossa esitettyjä kustannuslajeja, joten itse katettujen kustannusten määrä voi olla myös pienempi kuin mitä tässä esiin tuodut. Lisäksi on syytä huomioida itse maksettujen kustannusten keskimääräisyys: esitetyt kustannukset on tässä laskettu kuukausittaisiksi, mutta kustannukset eivät välttämättä jakaudu ajallisesti näin tasaisesti. Tutkimuksen vahvuutena on se, että käytössä oli kokonaisaineisto.

Johtopäätökset

Eläkkeensaajan hoitotukea saaneiden ikääntyneiden esittämät hoivan ja hoidon kustannukset osoittavat, että avusta ja palveluista voi kertyä itse maksettavaksi merkittävä summa kuukaudessa. Erityisesti pienituloisilla ja paljon apua ja hoivaa tarvitsevilla kustannukset voivat johtaa taloudelliseen niukkuuteen. Tällöin saatetaan jättää tarvittavia palveluita ja lääkkeitä hankkimatta (esim. Vaalavuo 2018b), jolloin perustuslain tavoittelema yhdenvertainen palveluiden saamisen periaate jää toteutumatta. Palveluiden asiakasmaksuja tai hoivan kustannuksia kuvaavat aineistot eivät aina sisällä hoivan itse maksettujen kustannusten kokonaisuutta. Esimerkiksi OECD:n (2023c) arvioon perustuvat luvut kattavat pääasiassa palveluiden käytön ja lääkkeiden kustannuksia mutta eivät esimerkiksi tavalliseen elämään osallistumisen kustannuksia, kuten liikkumisen vaikeuksista johtuvia lisäkustannuksia tai sitä, että

palveluita on tilattava kotiin. Onkin tarpeen tutkia sitä, mitkä kustannukset ikääntyneet itse arvioivat hoivan tarpeeseen vastaamisesta johtuviksi, millaisia ne ovat, miten niitä katetaan ja miten toimitaan, jos rahat eivät riitä kattamaan näitä kustannuksia.

Olisi tarpeen laskea viitebudjetit myös ikääntyneille, joilla on paljon pitkäaikaishoidon tarvetta ja siitä aiheutuvia kustannuksia. Kuten analyysi osoittaa, alle 50 euroa kuukaudessa terveydenhuollosta aiheutuviin kustannuksiin ei riitä kattamaan pitkäaikaishoidon itse maksettavia kustannuksia. Hoivakustannukset huomioivat viitebudjetit mahdollistaisivat asiakasmaksujen merkityksen esiin nostamisen toimeentulon kannalta. Tällöin pitkäaikaishoidon kustannukset olisi helpompi huomioida politiikkatoimissa, esimerkiksi kun esitetään asiakasmaksujen nostamista tai etuuksien saannin kriteerien kiristämistä. Hoivan tarve ja siihen vastaaminen voivat johtaa ikääntyneen taloudelliseen ahdinkoon, eikä pitkäaikaisia ratkaisuja tilanteeseen välttämättä ole tarjolla, sillä eläkkeen tasoon ei eläkkeellä ollessa enää kyetä vaikuttamaan, eikä työssäkäynti ole ratkaisu hoivaa tarvitsevalle ikääntyneelle. Myös toimeentulotuki soveltuu heikosti pitkäaikaishoidon kustannusten kattamiseen, sillä se on tarkoitettu lyhytaikaisiin tarpeisiin. Taloudellista tilannetta arvioitaessa on syytä ottaa huomioon erityisesti vanhimmat ikäluokat, jotka tässä tehdyn tarkastelun mukaan ovat alttiita taloudelliselle huono-osaisuudelle.

Kirjoittajat

Minna Zechner, YTT, apulaisprofessori
Helsingin yliopisto
minna.zechner@helsinki.fi

Katja Ilmarinen, FT, erikoistutkija
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
katja.ilmarinen@thl.fi

Anne Korpelainen, YTM, erikoissosiaalityöntekijä,
väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto
anne.korpelainen@helsinki.fi



Tutkimusta rahoittaa strategisen tutkimuksen neuvosto, joka toimii Suomen Akatemian yhteydessä. Tutkimus on tehty strategisen tutkimuksen SustAgeable-hankkeessa (päättönumerot 345388 ja 364497).

Kiitokset

Haluamme kiittää Kelan tilastoasiantuntija Reetta Pösöä, tutkija Pauliina Puurtista sekä tutkimuspäällikkö Antti Teittistä saamastamme tuesta.

Kirjallisuus

- Aalto AM, Ilmarinen K, Syrjä V. Palvelujen riittävyys. Terve Suomi ilmiöraportit. Helsinki: THL, 2023.
- Angrisani M, Regalado JCO, Hashiguchi TCO. Financial social protection and individual out-of-pocket costs of long-term care in the USA and Europe: an observational study. *EClinicalMedicine* 2022;50:e101503. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101503>
- Anttonen A, Zechner M. Theorizing care and care work. In: Pfau-Effinger B, Rostgaard T, eds. Care between work and welfare in European societies. Palgrave Macmillan, 2011:15–34.
- Austad SN. Why women live longer than men: sex differences in longevity. *Gend Med* 2006;3(2):79–92. [https://doi.org/10.1016/S1550-8579\(06\)80198-1](https://doi.org/10.1016/S1550-8579(06)80198-1)
- Chappell N, Havens Dliitt B, Hollander M, Miller JA, McWilliam C. Comparative costs of home care and residential care. *Gerontologist* 2004;4(3):389–400. <https://doi.org/10.1093/geront/44.3.389>
- Cullinan J, Gannon B, Lyons S. Estimating the extra cost of living for people with disabilities. *Health Econ* 2011;20(5):582–99. <https://doi.org/10.1002/hec.1619>
- del Pozo-Rubio R, Jiménez-Rubio D. Catastrophic risk associated with out-of-pocket payments for long term care in Spain. *Health Policy* 2019;123(6):582–89. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.03.016>
- del Pozo-Rubio R, Pardo-García I, Escibano-Sotos F. Financial catastrophism inherent with out-of-pocket payments in long term care for house-

- holds: a latent impoverishment. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(1):e295. <https://doi.org/10.3390/ijerph17010295>
- Edgren J, Asikainen J, Jäsä J, Aaltonen M. Iäkkäiden toimintakyky ja palvelutarpeet – RAI-vertailutiedot. Tilastoraportti 3/2024. Helsinki: THL, 2024. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202401254374>
- Enento. Maksuhäiriötilastot, 2023. Internet: <https://www.epressi.com/media/userfiles/123829/1688367341/asiakastieto-maksuhairiötilasto-07-2023-julkaisu.pdf> (viitattu 23.8.2023).
- Forma L, Aaltonen M, Teräväinen P, Pulkki J. Mikä maksaa ja kuka maksaa? Ikääntyneiden hoidon kustannukset ja rahoitus -pilottitutkimus. Helsinki: KAKS, 2023.
- Gnanamanickam E, Dyer S, Milte R, Harrison S, Liu E, Easton T, et al. Direct health and residential care costs of people living with dementia in Australian residential aged care. *Int J Geriatr Psychiatry* 2018;33(7):859–66. <https://doi.org/10.1002/gps.4842>
- Gordon EH, Hubbard RE. Differences in frailty in older men and women. *Med J Aust* 2020;212(4):183–8. <https://doi.org/10.5694/mja2.50466>
- Grahn A, Kuusela A, Mäkinen L, Sarpila O, Mukkila S. Mitä ihmisarvoinen elämä maksaa Suomessa? Viitebudjettimenetelmään perustuvat laskelmat vuonna 2022. Helsinki: THL, 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-011-8>
- Hanass-Hancock J, Siphumelele N, Deghaye N, Pilly S. “These are not luxuries, it is essential for access to life”: disability related out-of-pocket costs as a driver of economic vulnerability in South Africa. *Afr J Disabil* 2017;6:e280. <https://doi.org/10.4102/ajod.v6i0.280>
- Hannikainen K. Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2018. Helsinki: THL, 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-067-9>
- Harju J, Jysmä S, Koivisto A, Kosonen T. Kotitalousvähennyksen vaikutukset kotitalouspalvelujen kulutukseen, työllisyyteen ja harmaaseen talouteen. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, 2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-274-268-1>
- Havakka P, Härkönen N. Kela vammaisten henkilöiden tukena. Helsinki: THL, 2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-778-4>
- Hoffmann R, Kröger H, Tarkiainen L, Martikainen P. Dimensions of social stratification and their relation to mortality: a comparison across gender and life course periods in Finland. *Soc Indic Res* 2019;145:349–65. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02078-z>
- Immarinen K. Kotona asumisen tuen asiakasmaksut iäkkäillä ja maksujen alueellinen vaihtelu. Teoksessa: L Kestilä, S Karvonen, toim. Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: THL, 2019: 318–29.
- Immarinen K, Aalto AM. Palvelujen saavutettavuus. Terve Suomi ilmiöraportit. Helsinki: THL, 2023.
- Immarinen K, Aalto AM, Rantakokko M, Sainio P, Sääksjärvi K. Avun tarve ja saaminen. Terve Suomi ilmiöraportit. Helsinki: THL, 2023.
- Immarinen K, Van Aerschoot L, Kröger T. Not free at all: home care user fees in a Nordic care system. *Social Policy and Society* 2022;1–16. <https://doi.org/10.1017/S1474746422000240>
- Karjalainen K, Mäki-Petäjä-Leinonen A. Long-term elderly care, family and money in ageing Finland. In: Kasagi E, ed. *Solidarity across generations. Ius Comparatum – Global Studies in Comparative Law*, Cham: Springer 2020;49:181–99. https://doi.org/10.1007/978-3-030-50547-9_9
- Keating N, Fast JE, Lero DS, Lucas SJ, Eales J. A taxonomy of the economic costs of family care to adults. *Journal of the Economics of Ageing* 2014;3:11–20. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2014.03.002>
- Kela. Aikuisten vammaisetuudet 2023a. Internet: <https://www.kela.fi/etti/Aikuistenvammaisetuudet.pdf?version=1681520769173> (viitattu 25.5.2023).
- Kela. Kelan tietotarjotin, Tilastotietokanta Kelasto, 2023b. Internet: <https://tietotarjotin.fi/tilasto/2873946/tilasto-perustoimeentulotuesta> (viitattu 15.12.2023).
- Kela. Eläkettä saavan hoitotuki 2024. Internet: <https://www.kela.fi/elaketta-saavan-hoitotuki> (viitattu 2.2.2024).
- Korpela T, Teittinen A. Vammaisetuuskien saajat saavat selvästi muuta väestöä yleisemmin perustoimeentulotukea. Kelan tutkimusblogi, 2022. Internet: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/721376/vammaisetuuskien-saajat-saavat-selvasti-muuta-vaestoa-yleisemmin-perustoimeentulotukea> (viitattu 12.12.2023).
- Kuivalainen S. Mummot ja papat eivät vain matkustele ja pelaa golfia – osa vanhuuseläkeikäisistä tarvitsee perustoimeentulotukea. Eläketurvakes-

- kuksen blogi 1.12.2020. Internet: <https://www.etk.fi/blogit/mummot-ja-papat-eivat-vain-mat-kustele-ja-pelaa-golfia-osa-vanhuuselakeikaisista-tarvitsee-perustoimeentulotukea/> (viitattu 28.22.2023).
- Kuivalainen S, Rantala J, Ahonen K, Palomäki L-M, Liukko J, Eläkkeet ja eläkeläisten toimeentulo: Kehitys vuosina 1995–2020. Helsinki: ETK, 2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-357-8>
- Laki omaishoidon tuesta 2.12.2005/937.
- Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734.
- Laki vammaisetuksista 11.5.2007/570.
- Lehtinen AR. Viitebudjettien hintapäivitys maaliskuun 2022. Mitä eläminen maksaa? Kohtuullisen minimin viitebudjettien hintapäivitys vuodelle 2021. Helsinki: Helsingin yliopisto, 2022. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/bc-7c263b-b40d-4bd6-a251-2e30469fca91/content>
- Li J, Bancroft H, Harrison KL, Fox J, Tyler AM, Arias JJ. Out-of-pocket expenses for long-term care by dementia status and residential setting among US older adults. *J Am Med Dir Assoc* 2024;25(1):47–52. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.09.010>
- Lumme S, Manderbacka K, Arffman M, Karvonen S, Keskimäki I. Cumulative social disadvantage and hospitalisations due to ambulatory care-sensitive conditions in Finland in 2011–2013: a register study. *BMJ Open* 2020;10:e038338. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038338>.
- Manderbacka K, Aalto AM, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: THL, 2017. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-853-1>
- Mielikäinen L, Kuronen R. Sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2022: Sosiaalihuollon ympärivuorokautisten laitos- ja asumispalveluiden asiakasmäärä edellisen vuoden tasolla. Tilastoraportti 29/2023. Helsinki: THL, 2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023053049489>
- Moody E, Ganann R, Martin-Misener R, Ploeg J, Macdonald M, Weeks LE, et al. Out-of-pocket expenses related to aging in place for frail older people: a scoping review. *JBI Evidence Synthesis* 2021;20(2):537–605. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00413>
- Morris ZA, McGarity SV, Goodman N, Zaidi A. The extra costs associated with living with a disability in the United States. *J Disabil Policy Stud* 2022;33(3):158–67. <https://doi.org/10.1177/10442073211043>
- OECD. Social protection for older people with long-term care needs. 2023a. Internet: <https://www.oecd.org/health/health-systems/social-protection-for-older-people-with-ltc-needs.htm> (viitattu 23.8.2023).
- OECD. Health at a glance. Paris, 2023b. Internet: https://www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7a-fb35-en/1/3/10/6/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&csp_=6cf33e24b-6584414b81774026d82a571&itemIGO=oecd&itemContentType=book (viitattu 12.12.2023).
- OECD. Mutual learning workshop on adequate social protection in long-term care. Policy brief. 2023c. Internet: <https://www.oecd.org/health/Measuring-social-protection-for-long-term-care-Brief.pdf> (viitattu 11.3.2024).
- Palanne A, Puurtinen P. Omainen on korvaamaton hoitotukea hakeneelle takuueläkeläiselle. Kelan tutkimusblogi, 2023. Internet: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/836263/omainen-on-korvaamaton-hoitotukea-hakeneelle-takuuelake-laiselle> (viitattu 12.12.2023).
- Palmer M, Groce N, Mont D, Nguyen OH, Mitra S. The economic lives of people with disabilities in Vietnam. *PLoS One* 2015;10(7):1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133623>
- Palomäki LM, Ahonen K, Iilmakunnas I, Kuivalainen S, Polvinen A. Eläkeläisten toimeentulokokemukset vuonna 2020 ja muutos vuodesta 2017. Helsinki: ETK, 2021. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-340-0>
- Polvinen A, Laaksonen M, Rantala J, Palomäki, LM, Kuivalainen S. Explanations for economic difficulties among old-age pensioners previously on disability pension. *Eur J Public Health* 2020;30(4):807–11. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz234>
- Puroharju T. Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2021: Sosiaaliturvamenot olivat 78 miljardia euroa – kasvua edellisvuodesta alle prosentti. Tilastoraportti 21/2023. Helsinki: THL, 2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023051143388>
- Puurtinen P. Vastaus sähköpostitiedusteluun eläkettä saavan hoitotuen kustannuksista 14.12.2023.
- Puurtinen P, Teittinen A. Asiakastutkimusohjelma: Eläkettä saavan hoitotuki ja sen mahdollisuudet ikääntyvää väestöä koskevan tutkimustiedon

- tuottajana, 2023. Kelan tutkimusblogi. Internet: <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/772269/asiakastutkimusohjelma-elaketta-saavan-hoitotuki-ja-sen-mahdollisuudet-ikaantyyvaa-vaestoa-koskevan-tutkimustiedon-tuottajana?-types=tutkimusblogi&order=latest> (viitattu 12.12.2023).
- Rantala J, Kuivalainen S, Pyy-Martikainen M, Riihelä M. Samankaltaistuuko ikäihmisten köyhyys? Näkökulmia 75–84-vuotiaiden naisten ja miesten pienituloisuuteen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2019;84(2):165–78. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019041011847>
- Saarela, T. 2020. Asiakasmaksut aiheuttavat ahdingkoa: Raportti kyselystä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon maksuista johtuvasta taloudellisesta ahdingosta paljon palveluja käyttävien arjessa. Helsinki: EAPN-Fin. <https://www.eapn.fi/wp-content/uploads/2020/05/Asiakasmaksut-aiheuttavat-ahdingkoa.pdf> (viitattu 16.1.2025).
- Saukkonen SM, Marttila T. Kotihoito 2022: Kotihoidon käynti- ja asiakasmäärä väheni vuonna 2022. Tilastoraportti 28/2023. Helsinki: THL, 2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023052648789>
- Shemeikka R, Buchert U, Pitkänen S, Pehkonen-Elmi T, Kettunen A. Omaishoitajien tarvitsemat tukitoimet tehtävässä selviämiseen. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2017. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-384-2>
- Sosiaalihuoltolaki 30.12.2014/1301.
- SOSTE. SOSTE selvitti: Ulosottoon päätyneiden asiakasmaksujen määrä väheni – ulosotossa silti tuplasti enemmän maksuja kuin 2010-luvun alussa. STT info 16.1.2023. Internet: <https://www.sttinfo.fi/tiedote/soste-selvitti-ulosottoon-paatyneiden-asiakasmaksujen-maara-vaeheni-ulosotossa-silti-tuplasti-enemman-maksuja-kuin-2010-luvun-alussa?publisherId=4-335&releaseId=69962340> (viitattu 23.8.2023).
- Sotkanet. Tilasto- ja indikaattoripankki. Internet: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/index> (viitattu 4.12.2024).
- STM. Terveystuhoollon maksukatto. 2023a. Internet: <https://stm.fi/terveydenhuollon-maksukatto> (viitattu 20.8.2023).
- STM. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut. 2023b. Internet: <https://stm.fi/sotehuollon-asiakasmaksut> (viitattu 20.8.2023).
- Sääksjärvi K, Aalto AM, Sainio P. Iäkkäiden perus- ja arkituomista suoriutumisen. THL: Terve Suomi ilmiöraportit. 2023. Internet: https://repo.thl.fi/sites/terveysuomi/ilmioraportit_2023/arkituumista-suoriutuminen.html (viitattu 12.12.2023).
- Takuusäätiö. Viitebudjetit – mitä eläminen maksaa? 2023. Internet: <https://www.takuusaatio.fi/hallitserahojasi/omien-tulojen-ja-menojen-seuranta/mita-elaminen-maksaa/> (viitattu 15.12.2023).
- Tervola J, Aaltonen K, Hein P, Kajantie M, Kari H, Ollonqvist J. Kotitalouksien terveysmenojen vaikutukset köyhyteen Suomessa. Turku: INVEST Working papers 1/2020. Internet: <https://www.utupub.fi/bitstream/handle/10024/148956/Kotitalouksien%20terveysmenojen%20k%C3%B6yhyysvaikutukset%20Suomessa.pdf> (viitattu 12.12.2023).
- Tikka JP, Petteri Orpo: Vanhustenhoidosta ja koulutuksesta ei voi huolehtia, jos niihin ei ole varaa. Verkkouutiset 15.2.2023. Internet: <https://www.verkkouutiset.fi/a/petteri-orpo-vanhustenhoidosta-ja-koulutuksesta-ei-voi-huolehtia-jos-niihin-ei-ole-varaa/#24a2b4c0> (viitattu 16.5.2023).
- Tilastokeskus. Asuntoväestön pienituloisuus ja pitkittynyt pienituloisuus sukupuolen ja iän mukaan, 2010–2021. Tulonjakotilasto. 2023a. Internet: https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__tjt/statfin_tjt_pxt_128j.px/ (viitattu 29.11.2023).
- Tilastokeskus. Väestörakenne. 2023b. Internet: <https://stat.fi/tilasto/vaerak> (viitattu 15.12.2023).
- Ulosottolaitos. Ulosotto Suomessa: Ulosottolaitoksen tilastoja vuodelta 2022. 2023. Internet: https://www.ulosottolaitos.fi/material/collections/20230306101248/HqfsvgpWZ/Ulosotto_Suomessa_Ulosottolaitoksen_vuositilasto-ja_2022.pdf (viitattu 7.11.2023).
- Vaalavuo M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2018a. <http://www.urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-534-1>
- Vaalavuo, M. Sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 02/2018. Helsinki: ETK, 2018b. Internet: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136308/Sosiaali-ja-terveyspalveluiden-merkitys-elakelaisten-toimeentulolle.pdf> (viitattu 12.12.2023).

- Vaiva-kollektiivi (Karsio O, Näre L, Olakivi A, & Sointu L, Zechner M.) Vanhuus, vaiva ja tasa-arvo. Teoksessa: J Kantola, P Koskinen Sandberg, H Ylöstalo, toim. Tasa-arvopolitiikan suunnanmuutoksia. Helsinki: Gaudeamus, 2020:227–42. Vammaispalvelulaki 14.4.2023/675.
- Van Aerschot L, Kröger T. Suomalaisen vanhuspalvelujärjestelmän ongelmakohdat. Teoksessa T Sihto, P Vasara, toim. Hoivan pimeä puoli. Tampere: Vastapaino, 2023: 237–254.
- Van Aerschot L, Sihto T. Suomalainen vanhuus: hyvinvointia ja hoivaköyhyyttä. Teoksessa: Kinnunen A, Könönen M, Vakimo S, toim. Babuškoja, teräsvaareja ja digisenioreita: Muuttuva vanhuus Suomessa ja Venäjällä. Helsinki: Gaudeamus, 2022:135–49.