

Terveysthuollon rahoitus ja toimeentulo 1990-luvulla

Terveysthuollon rahoitus on perustunut julkisen sektorin ja talouden vakaaseen kasvuun. 1990-luvun alun talouslaman seurauksena tilanne muuttui monella tavalla: kotitalouksien tulot alenivat, mikä johti valtion ja kuntien verotulojen pienenemiseen; julkisen sektorin osuutta terveysthuollon rahoituksesta supistettiin ja vastaavasti palvelujen käyttäjien rahoitusosuus kasvoi; verotuksessa ja maksupolitiikassa tehtiin uudistuksia.

Artikkelissa arvioidaan terveysthuollon rahoituksessa tapahtuneiden muutosten vaikutuksia terveysthuollon kokonaisrahoituksen ja kotitalouksien toimeentulon kannalta. Kokonaisuudessaan pienituloiset kotitaloudet osallistuivat terveysthuollon rahoitukseen suuremmalla osuudella laman jälkeen kuin sitä ennen. Tämä johtui pääosin palvelujen käyttäjien rahoitusosuuden voimakkaasta kasvusta tällä vuosikymmenellä. Terveysthuollon rahoitusrakenteessa tapahtuneista muutoksista huolimatta eriarvoisuus rahoituksessa lisääntyi odotettua vähemmän. Ansiotulojen menetyksiä korvanneiden tulonsiirtojen ansiosta tulonjako säilyi lähes ennallaan ja verorahoitteinen terveysthuoltojärjestelmä kohdensi rahoitusjärjestelmän rakenteelliset muutokset väestöryhmittäin ta-
saisesti.

JAN KLAVUS, UNTO HÄKKINEN

Suomen terveysthuollon rahoitusjärjestelmässä on 1990-luvulla tapahtunut monia muutoksia. Vuosikymmenen alun talouslaman ja julkisen sektorin rahoitusongelmien seurauksena julkisen terveysthuollon käytettävissä olevat voimavarat ovat merkittävästi pienentyneet. Lisäksi kuluvalla vuosikymmenellä on tehty kaksi verouudistusta sekä kuntien maksupoliittista päätösvaltaa lisäävä sosiaali- ja terveysthuollon valtionosuus uudistus.

Terveysthuollon rahoituksessa tapahtuneet muutokset voidaan jakaa kahteen pääryhmään - verotuksessa tapahtuneisiin muutoksiin

ja maksupolitiikassa tapahtuneisiin muutoksiin. Verotuksen painopisteen muutokset vaikuttavat terveysthuoltojärjestelmän kautta syntyvään tulonsiirtoon. Verojärjestelmä tasaa palvelujärjestelmän ylläpidosta aiheutuvia kustannuksia jakamalla rahoitusvastuun suhteessa tuloihin ja erottamalla palvelun rahoittajat palvelun käyttäjistä. Tutkimustulokset osoittavat, että terveysthuollolla on Suomessa selvä tulonjakovaikutus. Vuonna 1990 pienituloisin kolmannes väestöstä rahoitti itse vain noin kolmasosan käyttämiensä julkisten palvelujen kustannuksista (Klavus ja Häkkinen 1996).

Maksupolitiikka määrittelee sen kuinka suuri osuus julkisten palvelujen kustannuksista peritään palvelujen käyttäjiltä. Maksupolitiikan muutokset voivat vaikuttaa suoraan palvelujen käyttöön ja tätä kautta terveydenhuoltojärjestelmän tuottaman tulonsiirron suuruuteen. Jos terveydenhuollon rahoituksen tulo- tai kulutusmeno-osuuksissa on tuloluokittaisia eroja, jatkautuvat myös muuhun kulutukseen jäävät tulot epätasaisemmin. Siksi sellaisilla rahoitusjärjestelmän muutoksilla, joiden seurauksena käytettävissä olevat tulot jakautuvat entistä epätasaisemmin on terveyspalvelujen ja muiden terveyteen välillisesti vaikuttavien hyödykkeiden kysyntään vastaava, eroja lisäävä vaikutus.

Seuraavassa tarkastellaan terveydenhuollon rahoitusta sekä siinä tapahtuneita muutoksia terveydenhuollon tulonjakovaikutusten ja toimeentulovaikutusten kannalta. Tulonjakovaikutus kuvaa terveydenhuollon kokonaisrahoituksen jakautumista ja sitä, miten se muuttaa tulonjakoa suhteessa bruttotuloihin. Toimeentulovaikutukset puolestaan kuvaavat terveydenhuollon maksupolitiikassa tapahtuneiden muutosten vaikutuksia kotitalouksien käytettävissä olevien tulojen jakautumiseen.

TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS JA RAKENNE 1990-LUVULLA

Julkisten kulutusmenojen pieneneminen kulluulla vuosikymmenellä on vaikuttanut paitsi julkisten palvelujen tuotantoon myös valtion ja kuntien osallistumiseen palvelujen rahoittami-

Taulukko 1.

Terveydenhuollon rahoitus 1990-1995

RAHOITUSLÄHDE	RAHOITUSOSUUS					
	1990 (%)	1991 (%)	1992 (%)	1993 (%)	1994 (%)	1995 (%)
Valtio:	37.2	36.9	35.0	30.7	29.2	28.7
- tulovero	14.1	11.2	7.6	5.3	5.6	5.6
- välilliset verot	22.1	18.1	14.9	11.0	11.4	12.6
- nettolainanotto	1.0	7.6	12.5	14.4	12.2	10.5
Kunnat	35.8	35.7	33.1	34.1	33.0	32.5
Sairausvakuutus	10.8	11.3	11.2	12.2	13.0	13.5
Julkinen rahoitus	83.8	83.9	79.3	77.0	75.2	74.7
Käyttäjät	12.6	12.6	16.6	19.1	20.8	21.5
Muut*	3.6	3.5	4.1	3.9	4.0	3.8
Yhteensä	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

*Avustuskassat, työnantajat ja yksityinen vakuutus

seen. Terveydenhuollossa julkisen rahoituksen osuus pieneni vuodesta 1991 vuoteen 1995 lähes 10 prosenttiyksikköä palvelujen käyttäjien maksuosuuden kasvaessa vastaavasti (taulukko 1). Valtion velkaantumisen seurauksena lainanoton laskennallinen osuus terveydenhuollon rahoituksesta kasvoi vuosina 1990-1993. Vuodesta 1993 lähtien lainanoton osuus on jälleen pienentynyt.

Koska terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin on verotuksessa tapahtuvilla muutoksilla huomattava vaikutus rahoituksen tuloluokittaiseen jakautumiseen. Suomessa tehtiin 1990-luvun alussa kaksi laajaa verouudistusta, joista ensimmäinen, ns. kokonaisverouudistus pantiin täytäntöön vuosina 1989-1991. Tavoitteena oli eri tulolajien yhtäläinen verottaminen, marginaaliverojen alentaminen kaikissa tuloluokissa sekä vähennysjärjestelmän selkeyttäminen ja vähennysten korvaaminen tarvittaessa tulonsiirroilla (Haataja 1992). Toinen verouudistus koski välillistä verotusta. Kulutusverotuksen yhdenmukaistamiseksi liikevaihtoverojärjestelmä korvattiin vuonna 1994 laajapohjaisella arvonalisäverojärjestelmällä. Uudistus laajensi veropohjaa ottamalla palvelut ja rakennustoiminnan hyödykeverotuksen piiriin. Verotuksessa tehtiin laman aikana lisäksi lukuisia muutoksia, joita ei voinut ottaa huomioon verouudistusten suunnittelussa ja jotka ovat saattaneet vaikuttaa uudistusten alkuperäisten tulonjakotavoitteiden toteutumiseen (ks. esim. Kosunen 1997).

Sairausvakuutuksen rahoituksessa siirryttiin

vuonna 1991 yksikantaisesta sairausvakuutusmaksusta porrastettuun kaksikantaiseen järjestelmään. Vanhassa järjestelmässä maksun suuruus oli 1.7 % kunnallisverotuksessa verotettavasta tulosta. Vuonna 1991 maksu oli 1.7 % 80 000 markan tuloajaan asti ja 2.7 % ylimenevältä osalta. Vuonna 1994 tuloajaa pysyi ennallaan, mutta maksuja korotettiin 1.9:ään ja 3.8:aan penniin äyriltä (eläkeläisillä 4.9 ja 6.8).

Asiakasmaksujen osuus terveydenhuoltomenoista on kasvanut etenkin lääkkeissä, lääkäripalveluissa ja sairaalapalveluissa (Taulukko 2). Lääkekorvausten supistusten seurauksena käyttäjien maksuosuus lääkkekustannuksista nousi 50:stä 54 prosentiksi vuosina 1991–1993. Myös lääkäripalkkioiden omavastuuosuutta on korotettu ja keskimääräinen korvausaste on alentunut vuodesta 1990. Avohoidossa asiakasmaksujen osuus on kasvanut terveyskeskusten ja sairaaloiden avohoitopalveluissa. Sairauskulu- jen verovähennysoikeudesta luopuminen on lisännyt kotitalouksien epäsuoria sairauskuluja.

Myös terveydenhuollon kokonaismenojen rakenne on muuttunut. Suurin muutos koskee sairaalapalvelujen suhteellisen meno-osuuden pienenemistä (Taulukko 3). Vastaavasti sairaaloiden avohoidon meno-osuus on jonkin verran kasvanut. Vuodeosastohoidon menot erikoissairaloissa pienenivät hoitajaksojen määrän kasvusta huolimatta. Samanaikaisesti on keskimää-

räinen hoitoaika erikoissairaanhoidossa lyhentynyt ja sairaaloiden tuottavuus yleisestikin parantunut (Linna ja Häkkinen 1996). Keskimääräinen avohoitokäyntien määrä terveyskeskuk- sissa ja yksityislääkäreillä väheni, kun taas poli- klinikkakäyntien määrä on lisääntynyt (Klavus ja Häkkinen 1997). Lääkekorvausten supista- misesta huolimatta lääkkeiden kokonaismyynti kasvoi laman aikana. Lääkekustannusten kasva- essa ja terveydenhuollon kokonaismenojen pie- nentyessä lääkkeiden osuus terveydenhuollon menoista kasvoi selvästi vuosina 1990 - 1995.

Vuonna 1993 voimaantullut valtionosuus- uudistus antoi kunnille aikaisempaa laajemmat mahdollisuudet päättää asiakasmaksujen peri- misestä ja niiden tasosta. Uudistuksen tavoitteena oli kunnallisen päätösvallan lisääminen ja keskenään erilaisten maksusäännösten yhden- mukaistaminen. Kuntien päätösvaltaa rajoitet- tiin kuitenkin siten, että osa julkisista palveluis- ta on valtioneuvoston toimesta säädetty mak- suttomiksi ja osasta on asetuksella säädetty enimmäismaksu.

Taulukko 2.

Asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon kustannuksista 1990-1995

	1990 (%)	1991 (%)	1992 (%)	1993 (%)	1994 (%)	1995 (%)
Vuodeosastohoito	6.9	6.6	7.6	9.2	10.3	10.5
Avohoido (pl. hammashuolto)	12.1	12.2	12.7	16.2	18.1	18.2
Terveyskeskusten avohoido	1.4	1.7	1.9	6.9	12.2	12.7
Työth. ja opiskelajoiden th.	1.1	1.1	1.3	4.1	4.6	1.3
Sairaaloiden avohoido	5.3	4.8	6.3	8.7	10.0	10.2
Yksityispalvelut	63.6	65.8	67.3	66.9	65.9	65.0
Yksityislääkärimaksut	61.4	63.9	64.5	64.4	64.0	62.0
Yks. tutkimus ja hoito	65.4	67.5	69.8	69.3	67.3	67.4
Hammashuolto (sis. proteesit)	53.2	52.0	52.8	55.1	55.6	56.4
Lääkkeet ja farm. tuotteet	50.6	50.3	52.8	53.9	52.6	53.0
Reseptilääkkeet	37.2	36.3	39.8	39.7	39.6	40.0
Yhteensä	15.6	15.7	16.6	19.1	20.8	21.5
Ml. sairauskuluvähennykset*	12.6	12.6	-	-	-	-

*Sairauskulu- jen verovähennys poistettiin vuonna 1992

Lähde: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-95. Kela T9:54. 1997. ja omat laskelmat

Taulukko 3.

Terveydenhuoltomenot 1990 ja 1995

	MENO-OSUUS (KOKONAISMENOT)	
	1990 (%)	1995 (%)
Sairaalahoito, josta	44.7	40.8
Erikoissairaanhoido	26.6	23.8
Terveyskeskussairaalat	13.1	10.8
Muu sairaalahoito	5.0	6.2
Avohoito (pl. hammahuolto), josta	28.1	28.0
Terveyskeskusten avohoito	13.3	12.3
Työterveyshuolto- ja opiskelijoiden terveyshuolto	3.0	2.8
Sairaaloiden avohoito	7.5	8.8
Yksityinen avohoito	4.3	4.1
Hammahuolto (ml. proteesit)	5.8	6.1
Lääkkeet ja farmas. tuotteet	9.4	14.2
Muut käyttömenot	7.4	8.1
Käyttömenot yhteensä	95.4	97.2
Julkiset investoinnit	4.6	2.8
Kokonaismenot	100.0	100.0

Lähde: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960-95. Kela T9:54. 1997. ja omat laskelmat

RAHOITUSMUUTOSTEN VAIKUTUKSET

TUTKIMUSAINEISTOT JA -MENETELMÄT

Terveydenhuollon rahoitusmuutosten arvioinnissa tutkimusaineistoina käytettiin vuosien 1990 ja 1994 kotitaloustiedusteluja sekä vuoden 1994 tulonjakotilastoa. Terveydenhuollon kokonaisrahoituksen (tulonjakovaikutus) jakautumista tarkasteltiin suhteessa bruttotulojen jakautumiseen. Bruttotulot saadaan kun kotitalouden tuotannontekijätuloihin lisätään kotitalouden saamat tulonsiirrot Asiakasmaksujen kohdentumisessa (toimeentulovaikutus) tapahtuneita muutoksia arvioitiin suhteessa kotitalouden käytettävissä oleviin tuloihin. Käytettävissä olevat tulot saadaan bruttotuloista vähentämällä kotitalouden maksamat tulonsiirrot. Katovirheen korjaamiseksi ja aineistojen edustavuuden parantamiseksi kaikki tunnusluvut laskettiin väestöpainotetuista aineistoista. Tutkimuksessa käytetyt tulo- ja rahoitusmuuttujat jaettiin kotitalouden kulutusyksiköiden määrällä (OECD-kulutusyksiköt). Havaintoyksikkönä käytettiin henkilöä, jolloin kotitalouksien kulutusyksikkökohtaisten tulojen ja maksujen jakautumista vertaillaan yksilöiden eikä kotitalouksien kesken.

Tuloluokittaisen tarkastelun lisäksi tervey-

denhuollon rahoituksen jakautumista ja siinä tapahtuneita muutoksia arvioitiin progressiivisuusindeksillä (Kakwani 1977). Progressiivisuusindeksi mittaa koko jakaumassa vallitsevaa eriarvoisuutta suhteessa tuloihin. Rahoitus jakautuu progressiivisesti (pienituloisia suosivasti), jos tulojen kasvaessa myös rahoituksen suhteellinen osuus tuloista kasvaa. Vastaavasti maksut jakautuvat regressiivisesti (suurituloisia suosivasti) kun alemmilla tulotasoilla olevien kotitalouksien suhteellinen maksuosuus on suurituloisia suurempi. Indeksillä on arvoltaan positiivinen, kun maksut jakautuvat pienituloisia suosivasti, nolla, kun maksut jakautuvat samassa suhteessa tulojen kanssa ja negatiivinen, kun rahoitus jakautuu suurituloisia suosivasti. Indeksillä voi saada arvoja väliltä -2 ja 1. Indeksillä arvoon vaikuttavat sekä tulonjaossa että rahoituksen jakautumisessa tapahtuvat muutokset. Tutkimuksessa käytettyjä menetelmiä on kuvattu yksityiskohtaisemmin muualla (esim. Klavus 1997).

TERVEYDENHUOLLON KOKONAISRAHOITUS

Terveydenhuollon rahoituksen progressiivisuus

on 1990-luvulla pienentynyt, eli alempien tulo-
luokkien suhteellinen osuus rahoituksesta on
kasvanut (Taulukko 4). Tämä johtuu pelkäs-
tään rahoitusjärjestelmän rakenteellisista muu-
toksista, sillä ilman rakenteellisia muutoksia
pienituloisten suhteellinen asema olisi parantun-
nut: yksittäisten rahoituserien progressiivisuus
on lisääntynyt, mutta rahoituserien suhteellinen
paino on muuttunut siten, että rahoitus koko-
naisuudessaan on muuttunut regressiivisem-
mäksi. Erityisesti tähän on vaikuttanut regressii-
visten asiakasmaksujen rahoitusosuuden kasvu
ja progressiivisten valtion tuloverojen osuuden
pieneminen.

Valtion tuloveron progressiivisuus lisääntyi
1990-luvun alussa selvästi. Tuloverotuksen ki-
ristäminen jättämällä veroasteikoiden inflaatio-
tarkistukset tekemättä vuosina 1992 ja 1993,
samoin kuin vuosina 1993–1995 peritty prog-
ressiivinen lainavero lisäsivät suurituloisten koti-
taloitusten suhteellista verotusta. Myös sairau-
skuluvähennyksen poistaminen ja korkojen
verovähennysoikeuden alentaminen ovat lisän-
neet tuloverotuksen progressiivisuutta.

Kunnallisverojen jakautuminen on muuttu-
nut suurituloisia suosivaan suuntaan. Keski-
määräinen kunnallisveroaste nousi vuosina
1991–1994 16.7:stä 17.5:ksi penniksi äyriltä
(Kosunen 1997). Vaikka kunnallisvero on suh-
teellinen vero, sen taso vaihtelee kunnittain.
Kunnallisverotuksen progressiivisuuden pienen-
tymiseen on saattanut osaltaan vaikuttaa se, et-
tä köyhemmissä kunnissa tarve veroäyrin korot-
tamiseen on ollut suurempi kuin kunnissa, mis-
sä työllisyystilanne laman aikana oli parempi ja
väestön tulotaso korkeampi.

Taulukko 4.

Terveystuolloin rahoituksen progressiivisuus 1990 ja 1994

RAHOITUSMUOTO	PROGRESSIIVISUUSINDEKSI	
	1990	1994
Valtio	0.041	0.034
- tulovero	0.269	0.310
- välilliset verot	-0.097	-0.117
- nettolainanotto	0.041	0.034
Kunnat	0.077	0.064
Sairausvakuutus	0.086	0.123
Julkinen rahoitus	0.061	0.054
Käyttäjät	-0.152	-0.107
Yhteensä	0.031	0.017

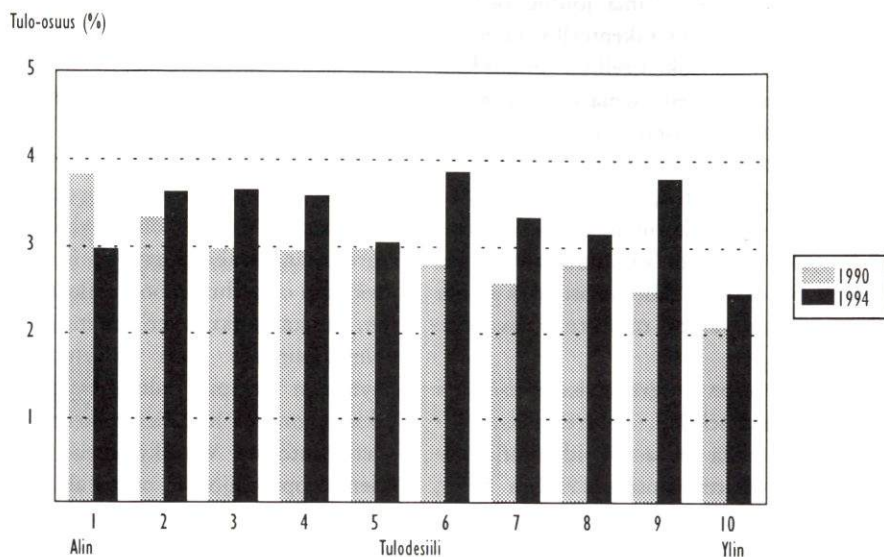
Sairausvakuutusmaksujen progressiivisuus
on lisääntynyt. Tämä on seurausta siirtymisestä
progressiiviseen kaksiportaiseen sairausvakuu-
tusmaksuun vuonna 1991. Sairausvakuutus-
maksujen progressiivisuus lisääntyi eläkeläisten
sairausvakuutusmaksujen korotuksista huoli-
matta.

Asiakasmaksujen jakautuminen muuttui
pienituloisille kotitalouksille edulliseen suun-
taan, mutta maksut olivat yhä voimakkaasti
regressiivinen rahoitusmuoto. Muutos on yllät-
tävä, kun ottaa huomioon maksujen lisääntymi-
sen, jonka vaikutusten olettaisi kohdistuvan
voimakkaimmin juuri palveluja runsaimmin
käyttäviin alempiin tulo-
luokkiin. Yhtenä seli-
tyksenä on tulo-
luokkien rakenteessa tapahtu-
neet muutokset. Vuosikymmenen alussa työttö-
mien ja opiskelijoiden osuus alemmissa tulode-
siileissä kasvoi voimakkaasti samanaikaisesti
kuin eläkeläisten osuus pieni (Tilastokeskus
1992 ja 1997). Vastaavasti eläkeläisten osuus
viidessä ylimmässä tulodesiilissä kasvoi, jonka
seurauksena sairauskulut keskittyivät aikaisem-
paa voimakkaammin ylempiin tulo-
luokkiin. Tästä syystä myöskään eläkeläisiin kohdistuneiden
sairausvakuutusmaksujen korotukset eivät
olleet vaikutuksiltaan regressiivisiä.

Toinen asiakasmaksujen regressiivisyyden
vähentämiseen vaikuttanut tekijä on sairauskulu-
jen verovähennysoikeuden poistaminen. Väh-
ennysoikeudesta luopuminen lisäsi kotitalouksien
todellisia sairauskuluja kaikilla tulotasoilla,
mutta kulut lisääntyivät eniten suurituloisissa
kotitalouksissa näiden korkeammasta margi-
naaliveroasteesta ja suuremmista sairauskuluista
johtuen.

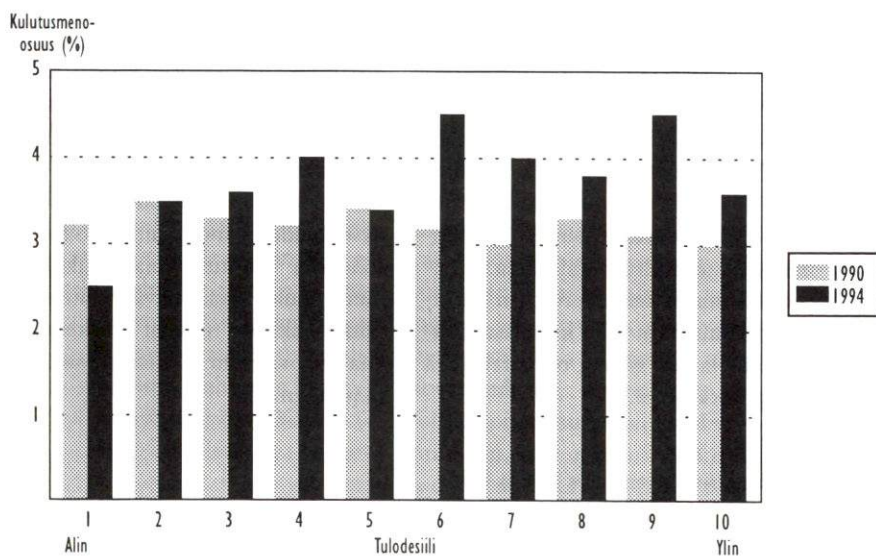
Kuvio 1.

Terveydenhuollon asiakasmaksujen osuus kotitalouksien käytettävissä olevista tuloista 1990 ja 1994



Kuvio 2.

Terveydenhuollon asiakasmaksujen osuus kotitalouksien kulutusmenoista 1990 ja 1994



ASIAKASMAKSUT JA TOIMEENTULO

Taulukossa 4 kuvattu asiakasmaksujen jakautuminen kertoo asiakasmaksujen osuudesta terveydenhuollon rahoituksen jälkeisten 'brutto' tulojen jakautumiseen. Käytettävissä olevien tulojen suhteen tehtävä tarkastelu puolestaan kertoo maksujen vaikutuksesta kaikkien verojen, veronluonteisten maksujen ja tulonsiirtojen jälkeen käteen jäävien tulojen jakautumiseen. Käyt-

tettävissä olevien tulojen suhteen mitattuna asiakasmaksujen regressiivisyys on huomattavasti pienempää kuin bruttotulojen suhteen mitattuna, mikä johtuu koko tulonsiirtojärjestelmän tuloeroja tasaavasta vaikutuksesta

Suhteessa käytettävissä oleviin tuloihin terveydenhuollon asiakasmaksut jakautuivat molempina tutkimusvuosina jonkin verran suurituloisia suosivasti. Asiakasmaksujen osuus käytet-

rävissä olevista tuloista kasvoi vuosina 1990–1994 muissa paitsi alimmassa tulodesiilissä (kuvio 1). Progressiivisuusindeksillä mitaten eriarvoisuus asiakasmaksuissa on 1990-luvulla vähentynyt (-0.085:stä -0.038:aan) ja vuonna 1994 maksut jakautuivat lähes samassa suhteessa käytettävissä olevien tulojen kanssa.

Maksujen kulutusmeno-osuuksissa tapahtuneet muutokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin tulo-osuuksien muutokset (kuvio 2). Ylemissä tuloluokissa meno-osuus oli kuitenkin selvästi tulo-osuutta suurempi. Tämä johtuu siitä, että näissä tuloluokissa suurempi osa tuloista säästettiin. Vastaavasti alimmassa tuloluokassa asiakasmaksujen osuus kotitalouksien tuloista oli korkeampi kuin menoista. Tässä tuloluokassa kulutusmenot ylittivät käytettävissä olevat tulot, eli nämä kotitaloudet rahoittivat kulutusmenojaan ottamalla lainaa tai käyttämällä muita tulolähteitä, joita ei lasketa käytettävissä oleviin tuloihin.

Asiakasmaksujen kulutus- ja tulomeno-osuuden pieneneminen alimmassa tuloluokassa johtui jälleen tuloluokkien rakenteellisista muutoksista. Alimpaan tulodesiiliin on siirtynyt kotitalouksia, joiden palvelujen käyttö on vähäistä samanaikaisesti kuin palveluja runsaasti käyttävien eläkeläisten suhteellinen asema on parantunut ja eläkeläiskotitalouksien osuus alimmissa tulodesiileissä on vähentynyt. Asiakasmaksujen osuuden kasvuun muissa tuloluokissa on vaikuttanut samanaikaisesti tapahtunut reaalitulojen aleneminen. Tarkastelu kuvaa kuitenkin vain suhteellisia muutoksia, eikä sen perusteella voi suoraan sanoa tulojen ja sairauskulujen tasossa tapahtuneiden muutosten vaikutuksista kotitalouksien tulojen riittävyteen.

YHTEENVETO

Terveydenhuollon kokonaisrahoitus on 1990-luvulla muuttunut pienituloisille kotitalouksille epäedulliseen suuntaan. Tämä on seurausta palvelujen käyttäjien rahoitusosuuden voimakkaasta kasvusta tällä vuosikymmenellä. Regressiivisten asiakasmaksujen osuus rahoituksesta on kasvanut samalla kuin progressiivisten valtion tuloverojen osuus on pienentynyt. Regressiivisyyden lisäys olisi ollut voimakkaampaa, jollei tuloluokkien rakenne olisi samanaikaisesti muuttunut niin, että terveydenhuollon asiakas-

maksut kohdentuivat aikaisempaa selvemmin keskituloisiin kotitalouksiin.

Kokonaisuudessaan terveydenhuollon rahoituksessa tapahtuneiden muutosten vaikutukset olivat melko vähäisiä ottaen huomioon nopeasti muuttuneen taloudellisen tilanteen ja julkisten menojen leikkaukset. Tulonjaon osalta tähän on vaikuttanut kattava toimeentuloturvajärjestelmä, jonka ansiosta väestön aineellinen elintaso säilyi laman aikana suhteellisen korkeana. Sosiaaliset tulonsiirrot ovat korvanneet ansiotulojen menetyksiä, eivätkä tuloerot ole päässeet merkittävästi kasvamaan. Toisaalta tulot ovat pienentyneet kaikissa tuloryhmissä tasaisesti, mikä kulutuksen rakenteen huomioon ottaen on vaikuttanut toimeentuloon eniten alemmissa tuloluokissa. Koska terveystulot ja muut välttämättömyyshyödykkeet muodostavat suuremman osuuden kulutuksesta alemmilla tulotasoilla, on aineellisen elintason lasku yhdessä asiakasmaksujen korotusten kanssa saattanut vaikuttaa pienituloisimpien kotitalouksien mahdollisuuksiin käyttää terveystulotuloja. Myös kuntien aikaisempaa heikommilla mahdollisuuksilla tuottaa ja hankkia palveluja on saattanut olla palvelujen käytön eriarvoisuutta lisäävä vaikutus. Palvelujen tarpeeseen suhteutettua käyttöä ja terveydentilan väestöryhmittäisiä muutoksia laajemmin selvittävät tutkimukset ovat kuitenkin vielä monilta osin kesken.

Rahoitusjärjestelmän osalta muutoksiin sopeuttavana tekijänä on toiminut verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä, joka on kohdentanut 1990-luvun rakenteelliset muutokset väestöryhmittäin tasaisesti. Julkisen talouden vaikeuksista huolimatta välittömät verot (ja lainanotto) muodostivat myös laman aikana pääosan terveydenhuollon rahoituksesta. Jos verotuksen painopistettä olisi siirretty enemmän välillisten verojen suuntaan, olisivat pienituloiset kotitaloudet osallistuneet terveystulotulojen rahoitukseen huomattavasti nykyistä suuremmalla osuudella (Klavus ja Häkkinen 1997).

Kansainvälisesti vertaillen Suomen terveydenhuoltojärjestelmä sijoittuu muutosten jälkeenkin muiden pääosin verorahoitteisten järjestelmien kanssa samaan suhteellisten tai hiekan pienituloisia suosivien järjestelmien ryhmään. 1990-luvun alun muutosten seurauksena asiakasmaksujen osuus terveydenhuollon rahoit-

tuksesta on kuitenkin noussut kansainvälisesti katsoen korkealle tasolle. OECD-maita koskevassa vertailussa asiakasmaksujen rahoitusosuus oli suurempi ainoastaan Yhdysvalloissa, Sveitsissä ja Portugalissa. Näissä maissa Portugalia lukuun ottamatta myös yksityisen vakuutuksen rahoitusosuus oli suuri, minkä johdosta rahoitus oli selvästi regressiivisempää

kuin Suomessa (ks. van Doorslaer ym. 1996). Eri maiden rahoitusjärjestelmien vertailun perusteella näyttää siltä, että terveydenhuollon rahoitusta koskevat muutokset Suomessa ovat olleet rakenteellisesti mittavia. Toistaiseksi niiden vaikutukset eriarvoisuuteen terveystalouden rahoituksessa ovat kuitenkin jääneet odotettua pienemmiksi.

SUMMARY

Klavus J, Häkkinen U. Health care financing and economic well-being in the 1990's. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti - Journal of Social Medicine* 1997;34:189-196

Health care in Finland has based its resources on steady economic growth and expansion of the public sector. In the beginning of the 1990s Finland suffered from severe economic hardship which changed the situation in many respects: due to unemployment and a decrease in income levels the public sector accumulated less tax revenue; the share of publicly financed health care was reduced with a corresponding increase in the share of private financing; tax reforms and changes in fee policy were also implemented.

This article examines the distributional consequences of these changes with respect to health care financing and economic well-being. Overall low-income households participated in health care financing by a larger share after the recession than before it. This was mainly due to

a substantial increase in the financing share of out-of-pocket payments. In spite of the considerable structural changes, inequality in health care financing increased only moderately. Unemployment benefits and other income transfers managed to maintain the distribution of income almost unchanged and the tax-based financing mechanism apportioned the effects of the disturbances in an equitable way. The decrease in real incomes affected consumption possibilities particularly in the lower income groups, but because of structural changes in the composition of the income groups, the burden of increased out-of-pocket payments fell pronouncedly on higher income groups.

KIRJALLISUUS

- van Doorslaer E, Wagstaff A, and the ECuity Project Research Group. Who ends up picking up the bill? An update and trends in progressivity of health care finance in Europe and US. ECuity Project Working Paper # 11, 1996.
- Haataja A. Verouudistus ja kotitalouksien toimeentulo. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämissosaston selvityksiä 1992:3, Helsinki 1992.
- Kakwani NC. Measurement of tax progressivity: an international comparison. *Economic Journal* 1977;87:71-80.
- Klavus J. Progressivity of health care financing: estimation and statistical inference. *Stakes, Themes* 3/1997, Helsinki 1997.
- Klavus J, Häkkinen U. Health care and income distribution in Finland. *Health Policy* 1996;38:31-43.
- Klavus J, Häkkinen U. Micro-level analysis of distributional changes in health care financing in Finland. *Journal of Health Services Research & Policy* (ilmestyy 10/1997).

- Kosunen V. Lama ja sosiaaliturvan muutokset 1990-luvulla. Teoksessa: Heikkilä M, Uusitalo H, toim. Leikkausten hinta. *Stakes, Raportteja* 208, Saarijärvi 1997.
- Linna M, Häkkinen U. Sairaaloiden tuotavuus 1991-1994. Teoksessa: Häkkinen U, Asikainen K, Linna M. Terveystalouden tarve ja kustannukset sekä sairaaloiden tuotavuus 1990-luvulla. *Stakes, Aiheita* 45, Helsinki 1996.
- Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 1989. Tulot ja kulu- tus 1992:4, Helsinki 1992.
- Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 1992. Tulot ja kulu- tus 1997:12, Helsinki 1997.

JAN KLAVUS
VTM
Stakes

UNTO HÄKKINEN
FT
Stakes