

Terveydenhuollon asiakasmaksujen alueellinen vaihtelu Suomessa

Päälöydökset

- Asiakasmaksujen vaihtelu kuntien välillä on merkittävää.
- Alimmillaan kunnan maksukertymä on kolmanneksen pienempi verrattuna siihen, mitä se olisi ollut enimmäismäärillä.
- Enimmillään kunnan maksukertymä on hieman suurempi kuin lakisääteisillä enimmäismäärillä laskettuna hoitajamaksun johdosta.
- Vuonna 2017 pienimpiä maksut olivat pääkaupunkiseudun sekä Lapin kunnissa, suurimpia Päijät-Hämeessä ja Kainuussa.
- Eniten vaihtelua on säännöllisen kotihoidon maksuissa, ja jonkin verran myös terveyskeskusmaksuissa.
- Lyhytaikaisessa laitoshoidossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon maksuissa on vähiten alueellista vaihtelua.

Kirjoittajat

Jussi Tervola
Tutkimuspäällikkö, THL

Tapio Haaga
Tutkimusassistentti, THL

Katja Ilmarinen
Erikoistutkija, THL

Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksujen alueellisesta vaihtelusta ei ole ollut tietoa, joka huomioisi eri palvelumuodot samanaikaisesti. Tässä artikkelissa esitämme kokonaisarvion kunnittaisista maksutasoista vuonna 2017 simulointimallilla laskettuna. Arvio saadaan laskemalla, kuinka suuri kunkin kunnan maksukertymä on verrattuna tilanteeseen, että alueella perittäisiin lakisääteisiä enimmäismaksuja. Tulosten perusteella maksutasojen kokonaisvaihtelu kuntien välillä on merkittävää.

Johdanto

Suomessa ja muissa Pohjoismaissa kunnan itsehallinto on verrattain vahva ja julkistaloutta on hajautettu merkittävästi kuntatasolle esimerkiksi verotuksen muodossa (OECD 2018; Moision 2011). Hajautuksella pyritään tyypillisesti lisäämään taloudellista ja hallinnollista joustavuutta sekä paikallista innovointia ja osallisuutta (esim. Martinez-Vazquez ym. 2017). Toisaalta itsehallinto heikentää alueellista yhdenvertaisuutta esimerkiksi erisuuruisten kunnallisveroasteiden tai vaihtelevan palvelutarjonnan ja laadun kautta (Karlsson 2015).

Vaihtelu julkisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa voi myös luoda alueellisia eroja asiakkaiden toimeentuloon ja hoidon saavutettavuuteen. Asiakasmaksuja säätelee Suomessa asiakasmaksulainsäädäntö (laki 734/1992 ja asetus 912/1992). Lainsäädäntö määrittelee maksuttomat palvelut sekä asettaa enimmäismäärät palveluista perittävälle asiakasmaksuille. Kunnilla ja kuntayhtymillä on kuitenkin mahdollisuus periä enimmäismääriä matalampia asiakasmaksuja ja monet ovatkin tarttuneet tähän mahdollisuuteen (esimerkiksi Hetemaa ym. 2018).

Tiedetään esimerkiksi, että säännöllisen kotihoidon maksut vaihtelevat merkittävästi kuntien välillä (Ilmarinen 2017). Lainsäädäntö määrittelee säännöllisen kotihoidon enimmäismaksuprosentit riippumatta hoidon määrästä. Käytännössä kunnat ovat kuitenkin asettaneet pienemmälle hoidon määrälle pienempiä maksuprosentteja, joissa on paljon vaihtelua. Esimerkiksi neljän tunnin kotihoidosta kuukaudessa voidaan veloittaa kunnasta riippuen 2,5 tai 22 prosenttia asiakkaan tuloista suojaosan ylittävältä osalta. Keskituloisella eläkeläisellä säännöllisen kotihoidon asiakasmaksu voi siis vaihdella 27 eurosta 238 euroon kuukaudessa kunnasta riippuen.

Samoin terveyskeskusmaksuissa on vaihtelua (Haaga 2019). Yli puolet suomalaisista asuu kunnissa, joissa kolmesta lääkärikäynnistä peritään yhteensä yli 60 euroa, kun Helsingissä käynnit ovat maksuttomia. Hoitajakäyntien maksuissa on myös vaihtelua: yli puolet suomalaisista asuu kunnissa, joissa vastaanotolle pääsee maksutta, kun joissain kunnissa hoitajakäynti maksaa asiakkaalle yli 20 euroa käynniltä.

Vaihtelu maksuissa voi aiheuttaa alueellisia eroja hoidon saatavuudessa. Kansainvälisissä tutkimuksissa on havaittu, että varsinkin perusterveydenhuollossa maksun suuruus vaikuttaa hoitoon hakeutumiseen (Kiil & Houlberg 2014). Suomessa asiakasmaksujen roolista hoitoon hakeutumisessa on saatu tietoa lähinnä kyselytutkimuksista. Noin viidennes terveyspalvelujen käyttäjistä arvioi, että korkeat asiakasmaksut ovat haitanneet hoidon saamista (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Van Aerschotin (2014) mukaan lähes 40 prosenttia niistä vanhuksista, joilla oli tyydyttämättömiä avun tarpeita, nosti yhdeksi kotihoidon palveluiden saannin esteeksi korkeat asiakasmaksut. Toisaalta EU-SILC-kyselytutkimuksessa asiakasmaksut eivät osoittautuneet terveyspalvelujen saatavuuden esteeksi Suomessa, vaan pikemminkin pitkät jonot (Eurostat 2018).

Terveydenhuollon asiakasmaksujen alueellisesta vaihtelusta ei ole ollut tietoa, joka huomioisi eri palvelumuotoja samanaikaisesti. Voi esimerkiksi olla, että kunnat kompensoivat pieniä kotihoidon maksuja korkeammilla perusterveydenhuollon maksuilla. Tässä artikkelissa tuotetaan arvio maksujen kokonaisvaihtelusta kunnittain ottamalla tarkasteluun samanaikaisesti seuraavat palvelumuodot: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, kotihoito, suun terveydenhuolto ja lyhytaikainen laitoshoido.

Näin tutkimus tehtiin

Tarkastelemme kunnan asiakasmaksutasoa mittarilla, joka kertoo, kuinka suuri kunkin kunnan maksukertymä on verrattuna tilanteeseen, että alueella perittäisiin lakisääteisiä enimmäismääriä. Tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että vaikka tulokset esitetään kuntatasolla, päätökset erikoissairaanhoidon ja usein perusterveydenhuollonkin maksuista tehdään kuntien sijaan erikokoisissa kuntayhtymissä.

Kuntien asiakasmaksujen tasoa tutkitaan soveltamalla kuntakohtaisia maksutasoja sekä lakisääteisiä enimmäismääriä yksilö- ja tapahtumatason rekisteritietoihin terveyspalveluiden käytöstä vuonna 2017. Arvioimme staattisella mikrosimulointimenetelmällä (Tervola ym. 2018), mikä kunnan asiakasmaksukertymä olisi kunnan maksutasoilla sekä lakisääteisillä enimmäismäärillä. Näiden kahden luvun suhteellista eroa käytetään kuvaamaan kunnan asiakasmaksujen tasoa.

Otosaineisto palvelujen käytöstä sisältää rekisteritiedot noin 800 000 henkilöltä eli 15 prosentilta Suomen väestöstä vuonna 2017. Palvelujen käyttötiedot perustuvat hoitoilmoitusrekistereihin (THL 2019a). Rekistereihin on liitetty SISU-rekisteri (Tilastokeskus 2019), joka sisältää kattavat tiedot asukkaiden tuloista, joita käytetään laskettaessa tulositonnaisia kotihoidon maksuja. Lisäksi SISU-rekisteri sisältää tiedot asuntokuntien rakenteesta, jotka vaikuttavat asiakasmaksujen määräytymiseen. Esimerkiksi kotihoidon maksuihin vaikuttavat puolison tulot ja asiakasmaksukattoon lasketaan mukaan saman perheen lapsen sekä vanhemman maksut.

Analyyysin rajoitukset

Laskelmassa lainsäädäntöä ja kuntamaksuja on pyritty simuloimaan mahdollisimman yksityiskohtaisesti. Siinä on huomioitu mm. maksukatto, terveyskeskusmaksujen välikatto sekä tilapäisen ja säännöllisen kotihoidon erilaiset maksukäytännöt. Analyyssissa on kuitenkin epätarkkuuksia. Erityisryhmien, kuten työttömien, kuntakohtaisia vapautuksia maksuista ei ole huomioitu.

Myös asiakasmaksulain 11 §:ä eli asiakasmaksun alentamista tai perimättä jättämistä tapauskohtaisen tarve- ja tilannearvion perusteella ei ole huomioitu, koska kattavaa tietoa pykälän soveltamisesta ei ole. On arvioitu, että pykälää sovelletaan tasasuuruisten maksujen kanssa vain harvoin, koska pykälä ei ole velvoittava (Verronen 2017).

Analyyssissa ei ole myöskään huomioitu kunnan tarjoamia palveluseteleitä.

Palvelusetelillä asiakkaan maksama maksu voi olla suurempi tai pienempi kuin vastaava asiakasmaksu. Palveluseteliä käyttää kuitenkin melko harva, noin 2,4 prosenttia terveystalviteita käyttäneistä vuonna 2018, mutta joillain alueilla osuus voi olla merkittävä (THL 2019b).

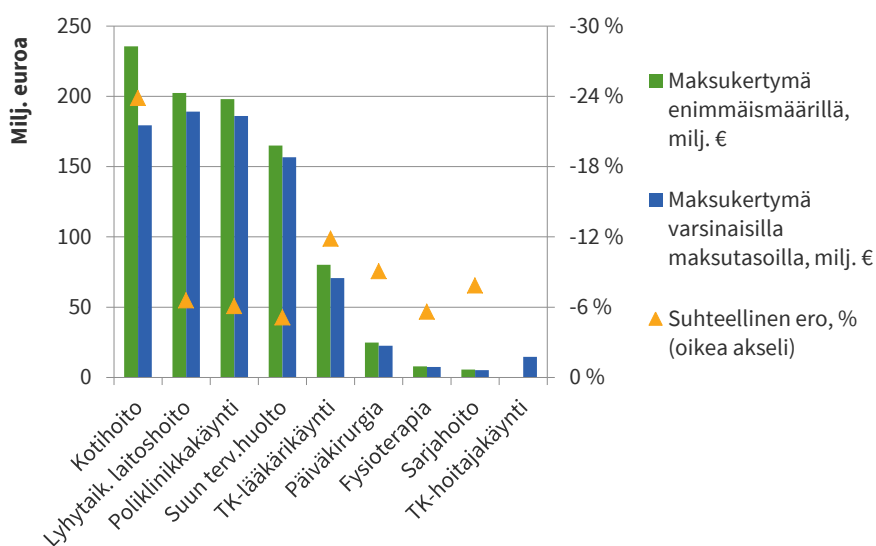
Kotihoidon asiakasmaksujen analyyssissa on jouduttu tekemään yksinkertaistuksia ja tulkintoja, joista kerrotaan lisää liitteessä 1.

Tieto kuntien asiakasmaksutasoista saadaan Haagan (2019) ja Ilmarisen (2017) selvityksistä perusterveydenhuollon ja kotihoidon asiakasmaksuista. Hetemaan ym. (2018) selvityksestä saadaan tieto sairaanhoitopiirien järjestämän erikoissairaanhoidon maksuista. Lisäksi tutkimusta varten on kerätty tietoja suun terveydenhuollon ja lyhytaikaisen laitoshoidon maksuista. Kerätyt maksutiedot ovat huhtikuulta 2017 lukuun ottamatta kotihoidon maksuja, jotka ajoittuvat marraskuulle 2016. Joidenkin kuntien kotihoidon maksujen kohdalla on käytetty myös myöhempiä vuosia, jos vuoden 2016 tietoja ei ole ollut saatavilla. Analyyysin rajoitukset on esitetty viereisellä palstalla.

Kuntien asiakasmaksutasoja sovelletaan kunnan alueella asuvien palvelujen käyttöön (kotikunta vuoden 2017 lopussa). Kunnan asiakasmaksukertymään vaikuttaa maksutason lisäksi myös asiakkaiden tulotaso ja se, miten eri palveluja käytetään tai on tarjolla kussakin kunnassa. Lisäksi palvelujen käytössä kunnittain on otannasta johtuvaa satunnaisvaihtelua. Koska aineisto on noin 15 prosentin satunnaisotos väestöstä, se sisältää karkeasti 15 prosenttia jokaisen kunnan väestöstä, mutta osuus vaihtelee etenkin pienissä kunnissa. Vertailukelpoisuuden lisäämiseksi laskemme myös kuntien vakioituiden asiakasmaksutasot kiinteällä väestöpohjalla ja palvelurakenteella soveltaen kunnissa perittyjä asiakasmaksutasoja 40 000 hengen satunnaisotokseen koko väestöstä.

Tulokset

Kuviossa 1 on esitetty terveydenhuollon asiakasmaksujen simuloidut maksukertymät palvelumuodoittain soveltaen sekä kuntien todellisia, käytössä olevia, maksutasoja että lain sallimia enimmäismääriä. Kuvioista nähdään, että suurimmat maksukertymät tulevat lyhytaikaisesta laitoshoidosta, poliklinikakäynneistä ja kotihoidosta. Kunnat poikkeavat enimmäismääristä etenkin kotihoidon maksuissa, joiden enimmäismäärät on määritelty laissa riippumatta hoidon määrästä (ks. liite 1).

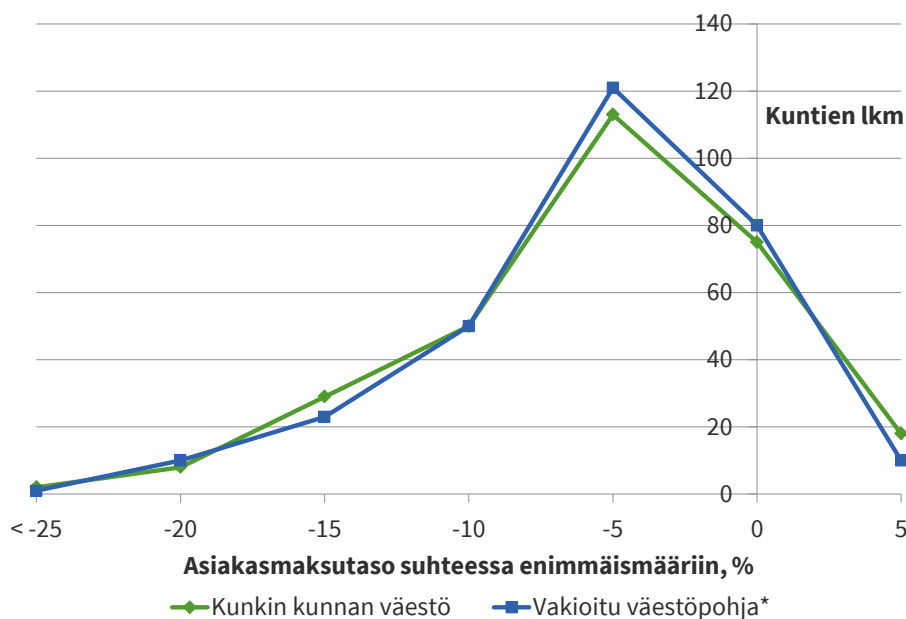


Kuvio 1. Terveydenhuollon palvelujen arvioidut asiakasmaksukertymät vuonna 2017 lain sallimilla enimmäismäärillä sekä kuntien ja sairaanhoitopiirien käytössä olevilla maksutasoilla.

Kotihoidon maksuissa kuntien maksukertymä on arviolta neljänneksen enimmäismäärillä tuotettua maksukertymää pienempi. Myös terveyskeskuksen lääkärikäyntien maksut poikkeavat melko paljon enimmäismääristä (-12 prosenttia). Tutkimuksessa käsiteltyjen maksujen kokonaiskertymä on 10 prosenttia lakisääteisillä maksuilla laskettua kertymää pienempi.

Kuviosta 1 ei voi kuitenkaan päätellä, ovatko eri palveluiden maksut alemmat samoissa kunnissa eli kertautuvatko alennusten vaikutukset. Tämän selvittämiseksi kuviossa 2 on esitetty kuntien jakauma sen mukaan, miten niiden maksukertymä eroaa enimmäismäärillä lasketusta. Vaaka-akselin nollakohtassa maksukertymä vastaa sitä mitä se olisi enimmäismäärillä laskettuna. Analyysissa on huomioitu myös terveyskeskuksen hoitajamaksu, jolle ei ole määritelty lainsäädännössä enimmäismäärää. Tämän takia maksukertymä kuviossa 2 on joillain kunnilla jopa hieman suurempi kuin enimmäismäärillä laskettuna.

Kuviosta nähdään, että kuntien maksukertymät ovat pienimmillään yli 25 prosenttia vähemmän ja enimmillään yli viisi prosenttia enemmän kuin enimmäismäärillä laskettu kertymä. Keskimäärin kunnat (ja sairaanhoitopiirit) perivät viisi prosenttia enimmäismäärää pienempiä maksuja. Kuntien väliset erot pienenevät hieman, kun kuntien väestöpohja ja palvelurakenne vakioidaan.



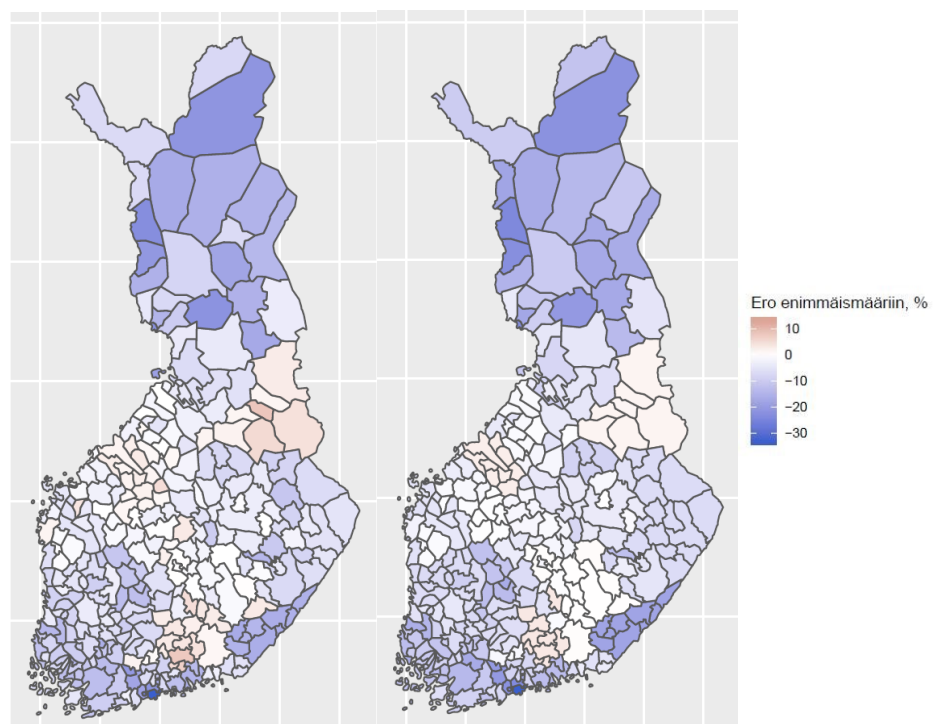
Kuvio 2. Kuntien (295 kpl) jakauma asiakasmaksutason suhteen vuonna 2017.

*Vakioitu väestöpohja on 40 000 henkilön satunnaisotos Suomen väestöstä ja heidän palvelunkäytöstä.

Huom. Kunnan asiakasmaksukertymä voi olla suurempi kuin enimmäismäärillä laskettu kertymä, sillä se sisältää myös kunnan perimät asiakasmaksut terveyskeskuksien hoitajakäynneistä, joille ei ole määritelty enimmäismäärää lainsäädännössä. X-akselin pisteet ovat ryhmien keskipisteitä. Esimerkiksi 0-kohtaan kuuluvat kunnat, joiden maksutaso on -2,5 % ja +2,5 % välillä.

Kuviossa 3 on esitetty kuntien asiakasmaksujen vaihtelu kartalla. Pienimpiä asiakasmaksut ovat pääkaupunkiseudun kunnissa sekä monissa Lapin kunnissa (kunnittaiset arvot ks. liite 2 ja liitetiedosto). Näissä kunnissa peritään enimmäismääriä matalampia maksuja jokaisessa palvelumuodossa. Helsingissä on kaikista kunnista pienimmät asiakasmaksut, ja maksukertymä on lähes kolmanneksen pienempi kuin enimmäismäärillä laskettu kertymä. Väestöpohjan vakiointi ei aiheuta suuria muutoksia kuntien järjestykseen.

Asiakasmaksut ovat korkeimmat Päijät-Hämeen ja Kainuun kuntayhtymissä. Näillä alueilla asiakasmaksukertymä on suurempi kuin enimmäismäärillä laskettu kertymä johtuen terveyskeskuksen hoitajamaksusta. Samaan kuntayhtymään kuuluvien kuntien maksutasot ovat yhtä suuria, kun kunnan palvelu- ja väestörakenne vakioidaan. Tällöin Päijät-Hämeen kuntayhtymässä maksut ovat suurimpia (kolme prosenttia suuremmat kuin enimmäismäärillä laskettuna).



Kuvio 3. Kuntien terveydenhuollon asiakasmaksut suhteessa lakisääteisiin enimmäismääriin kunkin kunnan palvelu- ja väestörakenteella (vasen) sekä vakioidulla rakenteella (oikea) vuonna 2017. Kunnittaiset arvot liitteessä 2 ja liitetiedostossa.

Yhteenvedo ja pohdinta

Tässä tutkimuksessa tuotettiin ensimmäistä kertaa kokonaisvaltaista tietoa terveydenhuollon asiakasmaksujen vaihtelusta kunnittain. Asiakasmaksujen tasoa tutkittiin analysoimalla, kuinka paljon kuntien asukkaiden maksama maksukertymä eroaa maksukertymästä, joka saataisiin soveltaen maksujen lakisääteisiä enimmäismääriä. Tiedot laskettiin simuloimalla maksuja palvelun käytön perusteella (ks. Tervola ym. 2018).

Kuntienvälinen vaihtelu asiakasmaksuissa on suurta Suomessa. Pienimmillään kunnan alueen arvioitu asiakasmaksukertymä on kolmanneksen pienempi verrattuna tilanteeseen, jossa kunta olisi perinyt lakisääteisiä enimmäismääriä. Suurimmillaan maksukertymä ylitti seitsemällä prosentilla lakisääteisillä

enimmäismäärillä lasketun kertymän. Ylitys on mahdollinen, sillä analyysiin otettiin mukaan myös terveyskeskuksen hoitajamaksu, josta ei ole säädetty lailla.

Eniten kunnat poikkeavat enimmäismääristä kotihoidon maksuissa. Myös terveyskeskusmaksuissa on merkittävää vaihtelua. Lyhytaikaisessa laitoshoidossa, suun terveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon maksuissa poikkeama enimmäismääristä on pienin.

Analyysissä on paljon yksityiskohtia, joita ei ole huomioitu: maksujen asiakaskohtaisen alentamisen käytännöt eri kunnissa, palvelusetelien käyttö ja tasot, sosiaalihuollon maksut, kotihoidon kunnittaiset maksuluokat ja tiettyjen erityisryhmien vapautukset joissain kunnissa. Perityistä asiakasmaksuista ei ole olemassa valtakunnallista yksilötason rekisteritietoa, joka mahdollistaisi edellä mainittujen seikkojen huomioimista. Asiakasmaksujen valtakunnallisen tietopohjan kehittäminen olisikin tärkeää niin tutkimuksen kuin tietoon pohjautuvan päätöksenteon kannalta.

Vaihtelevat asiakasmaksut ovat yksi fiskaalisen hajauttamisen keino, joka on osa myös kuntien perustuslaillista itsehallinto-oikeutta. Kuntien toimintavapauden palvelujen järjestämisessä on ajateltu tarjoavan liikkumavaran ja mahdollisuuden parhaiten sopeutua paikallisiin olosuhteisiin. Toisaalta yhdenvertaisuuden näkökulmasta asiakasmaksujen suuri vaihtelu kuntien välillä asettaa eri puolilla Suomea asuvat eriarvoiseen asemaan.

Asiakasmaksujen yhdenvertaisuutta voi halutessaan yhtenäistää tiukemmalla sääntelyllä. Esimerkiksi Juha Sipilän hallitus pyrki uudistamaan asiakasmaksulakia niin, että vain laissa mainituista palveluista olisi mahdollista periä maksuja (HE 310/2018). Sääntelyä tiukennettaessa on kuitenkin otettava huomioon asiakasmaksujen kokonaisuus; tiukempi sääntely yhdessä palvelussa voi johtaa käytäntöjen erilaisuuteen toisessa palvelussa.

On myös syytä muistaa, että pienet asiakasmaksut eivät välttämättä kerro kunnan panostuksista terveydenhuoltoon kokonaisuudessaan. Julkisten terveyspalvelujen käyttöaste vaihtelee kunnittain mm. ikärakenteen ja työllisyysasteen mukaan, minkä takia pienet asiakasmaksut tulevat toisille kunnille kalliimmaksi kuin toisille. Lisäksi on mahdollista, että kunta kompensoi pieniä asiakasmaksuja säästämällä muista terveydenhuollon saatavuuteen tai laatuun liittyvistä kustannuksista. Asiakasmaksujen lisäksi terveydenhuollon odotusajoissa on alueellista vaihtelua (THL 2019c).

Tieto kunnittaisista maksutasoista tarjoaa lukuisia jatkotutkimusmahdollisuuksia. Tulevaisuudessa olisi tärkeää tutkia fiskaalisen hajauttamisen tulemia: mistä johtuu, että toiset kunnat perivät alempia asiakasmaksuja kuin toiset. Lisäksi asiakasmaksujen vaihtelu kuntien välillä ja niihin liittyvät reformit tarjoavat mahdollisuuksia tutkia maksujen vaikutuksia palvelujen käyttöön, mistä ei ole juurikaan tutkimustietoa Suomesta.

Tämä tutkimus tuotettiin osana Suomen Akatemian rahoittamaa INVEST-hanketta (päätösnumero 320162).

Kirjallisuutta

Eurostat 2018. Unmet health care needs statistics. Saatavilla: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Unmet_health_care_needs_statistics. Haettu 8.11.2019.

Haaga T. 2019. Terveyskeskusten asiakasmaksut joulukuussa 2018: Aineisto lääkäri- ja hoitajavastaanottojen asiakasmaksuista 2013–2018. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2019. Helsinki: THL.

Hetemaa T., Ilmarinen K., Keskimäki I., Koivusalo M., Liukko E., Parhiala K. & Reissell E. 2018. Asiakasmaksut Suomessa. Teoksessa Vaalavuo M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus, s. 26–40. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. Helsinki: Valtioneuvosto.

Ilmarinen K. 2017. Iäkkäiden kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. Tutkimuksesta tiiviisti 2017. Helsinki: THL.

Karlsson D. 2015. Local Autonomy or National Equality? A Conflict of Values and Interests for Political Leaders. *Regional & Federal Studies* 51(1), 19–44.

Kiil A. & Houlberg K. 2014. "How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011", *The European Journal of Health Economics*, vol. 15(8), 813–828.

Martinez-Vazquez J., Lago-Peñas S., & Sacchi A. 2017. The impact of fiscal decentralization: A survey. *Journal of Economic Surveys*, 31(4), 1095–129.

Moisio A. 2011. Finanssipolitiikan säännöt ja kuntatalous. Valmisteluraportit 10. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

OECD 2018. Subnational governments in OECD Countries: Key data 2018 edition. OECD, Pariisi.

Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Parikka S., Kilpeläinen H., Koskeniemi T., Aalto A-M., Muuri A., Koskinen S. & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkkojulkaisu: thl.fi/finsote.

Tervola J., Mikkilä S., Ilmarinen K., & Kapiainen S. 2018. The distributional effects of out-of-pocket health payments in Finland 2010-2018. Discussion Paper 38/2018. Helsinki: THL.

THL 2019a. Terveydenhuollon hoitoilmoitukset. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/rekisterien-tietosuojailmoitukset/terveydenhuollon-hoitoilmoitukset>. Haettu 8.11.2019.

THL 2019b. Alueelliset erot aikuisten palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa – FinSote 2018. Saatavilla: <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen/alueelliset-erot-aikuisten-palvelukokemuksissa-ja-hyvinvoinnissa-finsote-2018> Haettu 8.11.2019.

THL 2019c. Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoitoonpaasy-perusterveydenhuollossa> Haettu 8.11.2019.

THL 2019d. Kotihoidon laskenta 30.11. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/aineistot-ja-palvelut/rekisterien-tietosuojailmoitukset/kotihoidon-laskenta> Haettu 8.11.2019.

Tilastokeskus 2019. Mikrosimulointimallin ominaisuudet. Saatavilla: <https://www.stat.fi/tup/mikrosimulointi/ominaisuudet.html>. Haettu 8.11.2019.

Van Aerscht L. 2014. Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Tampere: Tampereen yliopisto.

Verronen V. 2017. Toimeentulotuella maksetaan terveydenhuollon asiakasmaksuja. Kelan tutkimusblogi. Saatavilla: <http://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/4138>. Haettu 8.11.2019.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

ISBN 978-952-343-433-2 (verkko)
ISSN 2323-5179

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-433-2>

www.thl.fi

Tämän julkaisun viite:

Tervola J, Haaga T, Ilmarinen K.
Terveydenhuollon
asiakasmaksujen alueellinen
vaihtelu Suomessa. Tutkimuksesta
tiiviisti 48, 2019. Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Liite 1. Kotihoidon maksujen laskenta

Tilapäisen kotihoidon maksut ovat tasasuuruisia kertamaksuja, kun säännöllisen kotihoidon maksut ovat tulositonnaisia kuukausimaksuja. Tilapäisen ja säännöllisen hoidon rajaa ei kuitenkaan suoraan voi havaita hoitoilmoitusrekisteristä. Olemme päätelleet, että henkilö saa tilapäistä kotihoitoa, jos asiakkaalla on enintään 18 käyntiä kuukaudessa ja henkilölle ei ole tehty palvelusuunnitelmaa. Tieto palvelusuunnitelmasta perustuu kotihoidon marraskuun laskentaan (THL 2019d).

Säännöllisen kotihoidon asiakasmaksu määräytyy kunnissa tyypillisesti sen mukaan, kuinka monta tuntia henkilö saa kotihoitoa kuukaudessa. Hoitoilmoitusrekistereissä on raportoitu kuitenkin vain kotihoidon käyntien määrä, ei käynnin kestoa, joten asiakasmaksun laskemista varten käyntitieto on muunnettava tunneiksi. Tätä varten kaikille käynneille asetettiin keskimääräinen käynnin pituus, joka on kotihoidon laskennan perusteella 20 minuuttia (THL 2019d).

Kunnilla (tai kuntayhtymillä) on kotihoitotuntien mukaan määräytyvät asiakasmaksuluokat, joiden rajat vaihtelevat kunnittain. Emme ole keränneet tietoa kunnittaisista maksuluokkarajoista, vaan maksuprosentit kolmelta kotihoidon tuntimäärältä: 4, 8 ja 28 tuntia kuukaudessa. Luokittelu perustuu Ilmarisen (2017) keräämään aineistoon. Näiden tuntimäärien asiakasmaksuprosentteja on sovellettu seuraaviin tuntiluokkiin: 2–6, 6–18 ja 18–40 h/kk. Yli 40 hoitotuntin kohdalla olemme soveltaneet kaikissa kunnissa lakisääteisiä enimmäismääriä.

Kotihoidon enimmäismaksuprosentit on laissa määritelty riippumatta hoidon määrästä. Emme kuitenkaan oletta, että enimmäismäärä esimerkiksi neljän tunnin kotihoodolle olisi lakisääteinen 35 prosenttia, vaan olemme soveltaneet enimmäismäärien laskennassa kunnissa käytössä olevia enimmäisprosentteja (yksinasuvalle: 4h = 22 %, 8h = 30 %, 28 = 35 %).

Liite 2. Kymmenen alimman ja korkeimman maksutason kuntaa vuonna 2017. Vakioidut ja vakioimattomat maksutasot suhteessa enimmäismäärillä laskettuun, %.

Nro	Kunta	Vakioimaton taso	Nro	Kunta	Vakioitu taso
1	Helsinki	-32	1	Helsinki	-29
2	Kauniainen	-24	2	Kolari	-21
3	Kolari	-22	3	Vantaa	-20
4	Kemi	-21	4	Kauniainen	-20
5	Ranua	-21	5	Kemi	-20
6	Vantaa	-20	6	Pello	-20
7	Inari	-20	7	Espoo	-19
8	Pello	-20	8	Inari	-19
9	Karkkila	-19	9	Ranua	-18
10	Hailuoto	-18	10	Karkkila	-18
...			...		
286	Lahti	+3	286	Asikkala	+3
287	Iitti	+4	286	Hartola	+3
288	Kuhmo	+4	286	Hollola	+3
289	Kinnula	+4	286	Iitti	+3
290	Hartola	+4	286	Kärkölä	+3
291	Pukkila	+4	286	Lahti	+3
292	Sotkamo	+5	286	Myrskylä	+3
293	Myrskylä	+6	286	Orimattila	+3
294	Orimattila	+7	286	Padasjoki	+3
295	Ristijärvi	+7	286	Pukkila	+3