

Liite 4: Yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvausten lakkauttamisen vaikutukset asiakkaiden käyttäytymiseen ja kustannuksiin

Toimeksianto

Toimeksiantona oli arvioida, mitä vaikutuksia julkiselle sektorille tulisi, jos yksityisen terveydenhuollon sairaanhoitokorvaukset lakkautettaisiin. Muutoksen vaikutuksia arvioidaan siirtyvien asiakkaiden määränä ja tästä julkiselle sektorille aiheutuvina kustannuksina. Asiakassiirtymiä on pyritty tarkastelemaan kahta kautta. Aluksi esitetään Kelan taustalaskelmia vuonna 2019 asiakkaille maksettujen yksityisten lääkäripalveluiden, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten pohjalta. Näissä laskelmissa oletuksena on, että julkinen sektori tarjoaisi täsmälleen samat palvelut täsmälleen samanlaisella kustannusrakenteella kuin yksityinen sektori. Tarkempi vaikutusarvio perustuu STM:n ja THL:n asiantuntija-arvioiden pohjalta tehtyihin asiakassiirtymäoletuksiin erikoisaloittain.

Kelan laskelmat sairaanhoitovakuutusrahastosta maksettujen korvausten pohjalta

Alla olevassa taulukossa 1 on esitetty Kelan hallinnoimasta sairaanhoitovakuutusrahastosta asiakkaille maksettujen 1) yksityisten lääkäripalveluiden, 2) hammashoidon sekä 3) tutkimuksen ja hoidon korvausten kustannuksia. Taulukossa 1 esitetään kyseisten etuuksien vuoden 2019 kokonaiskustannukset ja rahoitusosuudet (yksityinen vs. julkinen). Laskelmista on hyvä huomioida, että kaikki sairausvakuutusmaksuja maksavat henkilöt (vakuutetut) rahoittavat sairaanhoitovakuutusta, vaikka eivät itse olisi yksityisten palveluiden asiakkaina.

Kustannuksia kuvataan vuotta 2019 koskien, koska tällöin koronaepidemiolla ei ollut vaikutusta väestön terveystalouden käyttöön. Aineisto perustuu Kelan hallinnoiman sairausvakuutusrekisterin (Kelan tilastotietokanta Kelasto) tilastotietoihin. Taulukossa 1 on esitetty kustannukset perittyinä palkkioina, jotka olivat yhteensä noin 1,0 miljardia euroa. Kokonaisuudesta asiakkaat rahoittivat omavastuina suurimman osan, eli noin 870 miljoonaa euroa (86 prosenttia kokonaiskustannuksista). Valtio rahoitti Kelan korvauksia sairausvakuutusrahastosta n. 96 miljoonaa euroa ja vakuutettujen vakuutusmaksuilla rahoitettiin korvauksia 47 miljoonan euron verran.

Taulukko 1. Yksityisen hoidon palveluista perityt palkkiot, sairaanhoitovakuutuksesta maksetut korvaukset ja palveluiden rahoitusosuudet vuonna 2019, Miljoonaa euroa. Lähde: Kelasto.

	Kustannukset yhteensä (ei sisällä toimistomaksuja)	Asiakkaiden omavastuut	Kela-korvaus SHV-rahastosta	Valtion rahoitusosuus SHV-rahastosta (67 %)	Vakuutettujen rahoitusosuus SHV-rahastosta (33 %)
Yksityiset lääkäripalkkiot yhteensä	367,3	312,5	54,8	36,7	18,1

	Kustannukset yhteensä (ei sisällä toimistomaksuja)	Asiakkaiden omavastuut	Kela-korvaus SHV-rahastosta	Valtion rahoitusosuus SHV-rahastosta (67 %)	Vakuutettujen rahoitusosuus SHV-rahastosta (33 %)
Erikoislääkärit, käynnit + lausunnot	246,8	209,4	37,4	25,0	12,4
Erikoislääkärit, etäkäynnit	3,1	2,6	0,4	0,3	0,1
Erikoislääkärit, toimenpiteet	68,0	57,9	10,1	6,8	3,3
Yleislääkärit, käynnit + lausunnot	46,5	39,9	6,5	4,4	2,1
Yleislääkärit, etäkäynnit	1,6	1,4	0,2	0,1	0,1
Yleislääkärit, toimenpiteet	1,4	1,2	0,2	0,1	0,1
Yksityinen hammashoito yhteensä	345,0	296,6	48,3	32,4	15,9
Hammaslääkärit	308,4	264,8	43,6	29,2	14,4
Suuhygienistit	36,6	31,9	4,7	3,4	1,3
Tutkimus ja hoito yhteensä	301,8	262,2	39,5	26,5	13,0
Fysioterapia	73,0	64,3	8,7	5,8	2,9
Laboratorio-tutkimukset	82,7	75,0	7,7	5,2	2,5
Radiologia-tutkimukset	140,3	117,8	22,5	15,1	7,4
Muut tutkimukset ja hoidot	5,7	5,1	0,5	0,4	0,1
Yhteensä	1 014,0	871,4	142,6	95,6	47,0

Asiakassiirtymiin ja kustannuksiin liittyvät epävarmuudet

Muutoksen aiheuttamia siirtymiä ja kustannusvaikutuksia sekä niiden hypoteettisia ääripäitä voidaan arvioida erilaisina skenaarioina, joissa tietty määrä asiakkaita vaihtaisi yksityisten palveluiden käytön julkisten palveluiden käyttöksi. Taulukossa 2 on Kelan arvioita siitä, millaisia kustannuksia asiakassiirtymistä seuraisi eri etuuslajeissa, jos yksityisen hoidon sairaanhoitovakuutuskorvaukset lakkautettaisiin, ja vastaavia palveluita järjestettäisiin hyvinvointialueilla. Skenaarioissa on oletuksena,

että julkisella sektorilla tarjotaan vastaavanlaiset palvelut kuin mitä asiakas saa tällä hetkellä sairausvakuutuksesta korvattuna yksityiseltä. Lisäksi niissä oletetaan, että kustannusrakenne olisi täysin sama yksityisellä ja julkisella sektorilla. Myöskään julkisen sektorin perimiä asiakasmaksuja ei ole huomioitu laskelmassa. Taulukon luvut ovat näin ollen hypoteettisia laskelmia eivätkä varsinaisia vaikutusarvioita. Ne antavat jonkinlaisen kuvan siitä, millaisia kustannuspaineita julkiselle sektorille tulisi erikokoisilla asiakassiirtymillä.

On hyvin todennäköistä, että asiakassiirtymien laajuus tulee vaihtelevaan perustettavien hyvinvointialueiden palveluiden laajuuden ja tarjonnan mukaan. Mitä laajempi perustettavien hyvinvointialueiden ns. julkinen palvelulupaus vastaavista palveluista olisi, sitä todennäköisemmin asiakkaat saattaisivat siirtyä niiden käyttäjiksi. Oleellista epävarmuutta liittyy siihen, kuinka laajasti vastaavat palvelut tulisivat hoitotakuun piiriin, mikä luonnollisesti voisi vaikuttaa palvelujen kysyntään ja mahdollisiin asiakassiirtymiin.

Asiakassiirtymistä ei löydy tutkimukseen perustuvia numeerisia arvioita. Taulukossa 2 on eri siirtymien rahoitustarvetta tarkasteltu skenaarioiden avulla. Arviot asiakassiirtymien koosta vaihtelevat eri organisaatioiden asiantuntijoiden välillä. Alla olevassa taulukossa on esitetty asiakassiirtymien vaikutukset julkisen sektorin rahoitustarpeeseen Kelan asiantuntija-arvioihin perustuen. Kelan skenaarioissa oletuksena on, että 5–50 prosenttia asiakkaista siirtyisi yksityisistä palveluista julkisten palveluiden piiriin hyvinvointialueille. Jatko-oletuksena on, että heidän palvelutarpeidensa kustannukset julkisella sektorilla vastaisivat yksi yhteen yksityisen sektorin nykyisiä kustannuksia. Arvioitava yksityisten terveyspalvelujen kokonaisuus on henkilöiden, suoritteiden ja rahoituksen kokonaisuudessa hyvin laaja (rahoitus yhteensä 1,0 miljardia euroa), minkä vuoksi taulukossa 2 asiakassiirtymät on arvioitu etuuslajeittain eriteltynä.

Taulukossa 2 esitetyt asiakassiirtymät perustuvat koko sairausvakuutusrekisterin etuuslajeittain yhteenlaskettuihin tietoihin, jotka on esitetty taulukossa 1. Taulukossa 2 spekulatiivinen julkinen rahoitustarve (netto) saadaan, kun julkisesta rahoituksesta vähennetään samalla poistuva asiakkaan maksama rahoitus. Esimerkiksi taulukossa 1 yksityisen hammashoidon korvaukset olivat 48,3 miljoonaa euroa, josta valtion osuus (67 prosenttia) oli 32,4 miljoonaa euroa. Jos asiakassiirtymä yksityisestä hammashoidosta julkiselle olisi 5 prosenttia, valtion kustannussäästö olisi noin 1,6 miljoonaa euroa (32,4 miljoonaa euroa kertaa 0,05). Vastaavasti asiakkaiden rahoitusosuus yksityisestä hoidosta olisi n. 14,8 miljoonaa euroa (296,6 miljoonaa euroa kertaa 0,05). Asiakassiirtymän vaikutus julkiseen rahoitustarpeeseen olisi näillä laskelmaoletuksilla 14 miljoonaa euroa, kun asiakkaan omavastuulla ja vakuutetun sairausvakuutusmaksulla maksamasta yksityisen hoidon rahoituksesta (14,8 + 0,8 miljoonaa euroa) vähennetään julkisen rahoituksen sama säästö (1,6 miljoonaa euroa). Todellinen rahoitustarve tietysti riippuisi ennen kaikkea siitä, mikä julkisen sektorin kustannus per käynti olisi verrattuna kustannukseen per käynti yksityisellä sektorilla vastaavassa palvelussa. Asiakasmaksujen rahoitustarvetta vähentävää vaikutusta, mikä esimerkiksi aikuisten hammashoidossa on noin 40 prosenttia, ei ole huomioitu laskelmassa.

Taulukko 2. Yksityisen hoidon korvauksiin liittyvä julkinen lisärahoitustarve (miljoonaa euroa) eri asiakassiirtymäskenaarioilla, jos kustannustaso ja julkisen ja yksityisen sektorin rahoitusosuudet säilyvät ennallaan (vuoden 2019 taso).

	Siirtymä 5 %	Siirtymä 10 %	Siirtymä 15 %	Siirtymä 20 %	Siirtymä 30 %	Siirtymä 40 %	Siirtymä 50 %
Yksityiset lääkäripalkkiot yhteensä	14,7	29,4	44,1	58,8	88,2	117,6	146,9
Erikoislääkärit, käynnit + lausunnot	9,8	19,7	29,5	39,3	59,0	78,7	98,3
Erikoislääkärit, etäkäynnit	0,1	0,3	0,4	0,5	0,8	1,0	1,3
Erikoislääkärit, toimenpiteet	2,7	5,4	8,2	10,9	16,3	21,8	27,2
Yleislääkärit, käynnit + lausunnot	1,9	3,8	5,7	7,5	11,3	15,1	18,8
Yleislääkärit, etäkäynnit	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7
Yleislääkärit, toimenpiteet	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,5	0,6
Yksityinen hammashoito yhteensä	14,0	28,0	42,0	56,0	84,1	112,1	140,1
Hammaslääkärit	12,5	25,0	37,5	50,0	75,0	100,0	125,0
Suuhygienistit	1,5	3,0	4,5	6,1	9,1	12,1	15,1
Tutkimus ja hoito yhteensä	12,4	24,9	37,3	49,8	74,6	99,5	124,4
Fysioterapia	3,1	6,1	9,2	12,3	18,4	24,5	30,7
Laboratoriotutkimukset	3,6	7,2	10,8	14,5	21,7	28,9	36,2
Radiologiatutkimukset	5,5	11,0	16,5	22,0	33,0	44,1	55,1
Muut tutkimukset ja hoidot	0,2	0,5	0,7	1,0	1,5	2,0	2,5
Yhteensä	41,1	82,3	123,4	164,6	246,9	329,2	411,4

Julkinen lisärahoitustarve vaihtelee 5 prosentin siirtymäskenaarion noin 40 miljoonasta eurosta 50 prosentin skenaarion 400 miljoonaan euroon. Koska arviossa ei ole huomioitu asiakasmaksuja, niin julkinen rahoitustarve olisi todellisuudessa alhaisempi. Esimerkiksi hammashoidon kohdalla

lisäkustannustarve vaihtelee skenaarioissa välillä 14–140 miljoonaa euroa. Hammashoidon aikuisten asiakasmaksujen (noin 40 prosenttia kustannuksista) säilyttäminen ennallaan tarkoittaisi sitä, että todellinen lisäkustannustarve olisi välillä 8,4–84 miljoonaa euroa. Muissa julkisen sektorin terveystalouksissa keskimääräiset asiakasmaksut ovat kuitenkin hammashoidon maksuja alhaisempia. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa asiakasmaksujen rahoitusosuus on noin neljä prosenttia.

Taulukon 2 skenaarioiden hyvin suuret siirtymäprosentit kuvaavat kustannuksia, joita voisi syntyä, jos julkisten palveluiden tarjonnassa ei olisi rajoitteita – mitä ei kuitenkaan voi pitää kovinkaan realistisena lopputulemana. Tähän on useita syitä. Ensinnäkin, julkisten palveluiden merkittävää laajenemista rajoittaa resurssien niukkuus ja jatkossakin jouduttaneen käymään priorisointikeskustelua. Toiseksi ei voida olettaa, että julkinen sektori tarjoaisi täysin samat palvelut kuin yksityinen sektori. Voi myös olettaa, että esimerkiksi hoitotakuu saattaisi koskea vain peruspalveluita. Ei myöskään voida olettaa, että julkisella sektorilla toteutetun käynnin kustannus vastaisi yksityisellä sektorilla toteutetusta käynnistä perittyä hintaa.

STM:n ja THL:n vaikutusarviointien laskentaperiaatteet

Arviot asiakassiirtymien suuruudesta erikoisaloittain

Koska siirtymien määrästä ei ole saatavissa aiempaan tutkimukseen perustuvaa eksaktia numeerista tietoa, vaikutusarvioinnissa nojataan asiantuntija-arvioihin siirtymien suuruusluokan osalta. Ottaen huomioon erilaiset julkisia terveystalouksia koskevat rajoitteet, oletetaan realististen siirtymäarvioiden olevan matalampia kuin yllä kuvatuissa skenaarioissa. Siirtymälukujen maltillisten arvioiden puolesta puhuvat useat seikat. Julkiset ja yksityiset palvelut eivät ole täydellisiä substituutteja keskenään eikä palveluvalikoima ole sama. Kaikilta osin julkinen terveydenhoito ei tarjoa lainkaan palvelua, jota yksityinen terveydenhuolto tarjoaa. Julkisten palveluiden kriteerit hoitoon pääsulle ovat myös osin tiukemmat, eikä asiakas myöskään voi suoraan hakeutua erikoislääkärille tai aina edes yleislääkärille.

Osalle asiakkaista merkitystä on myös sillä, että hoitavan lääkärin voi itse valita, ja halutessaan asiakas voi aina hakeutua saman lääkärin vastaanotolle. Lisäksi jo tähän mennessä sairaanhoitokorvausten reaaliarvo on laskenut voimakkaasti ilman, että siitä on seurannut merkittävää siirtymää julkisten palveluiden pariin; korvausten merkitys on siten jo nyt aiempaa huomattavasti pienempi. Tulee myös huomioida, että markkinat määräävät palveluiden hinnan. Jos Kela-korvausten lakkauttamisen johdosta asiakkaita siirtyisi merkittävässä määrin julkiselle sektorille, yksityiset palveluntarjoajat voivat alentaa hintoja tai hintojen kasvuvauhtia, jolloin korvausten lakkauttaminen ei näkyisikään merkittävästi asiakkaan omavastuuosuudessa.

Kustannusvaikutusten arviointi pohjautuu STM:n ja THL:n erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon asiantuntijoiden arvioihin siitä, millaisia siirtymiä erilaisissa skenaarioissa voisi olla odotettavissa. Yleisimpien erikoisalojen kohdalla on hyödynnetty aina kyseisen erikoisalan asiantuntemusta.

Julkiselle sektorille mahdollisesti siirtyvien asiakkaiden määrää arvioitaessa on huomioitava, että eri erikoisaloilla siirtymät voivat vaihdella. **Yleislääketieteen** lääkärikäynneissä yksityisen sektorin lääkäreillä on mahdollisuus ottaa asiakkaita vastaan 15 minuutin välein. Lyhyemmät vastaanottoajat selittyvät sillä, että julkisella sektorilla lääkärin vastaanotoilla hoidetaan monimutkaisempia potilastapauksia, ja julkisen

sektorin sairaanhoitajavastaanottojen potilasjoukko on osittain vastaavaa kuin yksityisen puolen lääkärivastaanotolla. Monet asiakkaat eivät olisi julkisella sektorilla lainkaan vastaanottopotilaita. Heillä ei siis olisi edes mahdollisuutta siirtyä julkisen puolen vastaanotoille, vaikka haluaisivat.

Yksityinen sektori on siis lähtökohtaisesti hyvin toisenlainen palveluntarjoaja kuin julkinen. Se on enemmänkin julkista sektoria täydentävä kuin sen substituutti. Erityisesti tästä syytä asiantuntija-arvioiden mukaan sairausvakuutuskorvausten lakkauttamisella ei oletettavasti olisi suurta siirtymävaikutusta yleislääkäripalveluiden kohdalla.

Merkittävällä osalla sairausvakuutuskorvattujen palvelujen käyttäjistä on myös työterveyshuollon palvelut käytettävissä. Näiden asiakkaiden osalta siirtymää tapahtuisi todennäköisesti enemmän työterveyshuollon palveluihin kuin julkiselle sektorille. Osalla sairausvakuutuskorvattujen palvelujen käyttäjistä on yksityinen vakuutus, jolloin korvausten lakkauttaminen tuskin vaikuttaisi heidän palvelujen käyttöönsä. On myös huomioitava, että yksityisellä sektorilla monet asiakkaista tarvitsevat harvoin palveluja (ovat "kerta-asiakkaita"). Heillä ei välttämättä ole tarkkaa tietoa palveluiden hintatasosta tai sillä ei ole heille merkitystä, koska he ovat esimerkiksi valmiita maksamaan siitä, että he pääsevät yksityisellä sektorilla nopeasti yleislääkärin vastaanotolle.

Vastaavasti **silmätautien** kohdalla kriteerit hoitoon pääsyyn ovat julkisella sektorilla huomattavasti tiukemmat kuin yksityisellä sektorilla. Pääsy hoitoon on erittäin vaikeaa, koska julkisella sektorilla ei ole kyseisiä palveluja riittävästi tarjolla, mikä johtuu siitä, ettei osaajia ole riittävästi. Osaamispula johtuu siitä, että osaajat ovat painottuneet yksityiselle sektorille. Silmälääkäripalvelujen tarjonta on yksityisellä sektorilla runsasta, ja monet silmälääkärit toimivat vain yksityislääkärinä.

Myös silmätautien profiili on muuttunut viime aikoina, ja hoitokeinot ovat lisääntyneet. Pelkkä julkinen tarjonta ei enää riitä asiakkaille. Uusina hoitoina on tullut aktiivisia hoitoja sellaisiin asioihin, joita ei aikaisemmin pystytty hoitamaan (ikärappeumien hoito jne.). Julkisella sektorilla työtä on jaettu optikoille ja hoitajille. Edellä mainituista syistä johtuen asiantuntija-arvioiden mukaan sairausvakuutuskorvausten lakkauttaminen ei johtaisi merkittäviin asiakassiirtymiin julkiselle sektorille. Korvausten lakkauttaminen voisi mahdollisesti aiheuttaa lisäkysyntää optikoille, eikä niinkään julkisen sektorin silmälääkäreille.

Ortopedian ja traumatologian kohdalla asiakkailla ei ole mahdollisuutta saada julkiselta puolelta sellaisia sairausvakuutuksesta korvattuja vastaanottokäyntejä, joita yksityinen sektori tarjoaa. Asiantuntija-arvioiden mukaan tästä johtuen korvausten lakkauttaminen ei aiheuttaisi siirtymistä julkiselle puolelle tai se olisi erittäin vähäistä. Todennäköisesti siirtymää ei tapahtuisi edes julkisen puolen terveyskeskuslääkäreille, sillä asiakkaalla on usein erityinen syy päästä ortopedin tai traumatologin vastaanotolle.

Korvausten lakkauttaminen voisi pienten traumojen osalta lisätä kuormitusta julkisilla tapaturmapoliklinikoilla, mutta asiantuntija-arvioiden mukaan muutos ei olisi suuri. Lääkärikäynnit pienten traumojen kohdalla liittyvät usein selkä-, niska-, olka- ja polvikipuihin, jollaisiin ei saa vastaavia ortopedin palveluja julkisella puolella. Osalla asiakkaista on myös yksityinen vakuutus, jolloin korvausten lakkauttaminen tuskin vaikuttaisi heidän yksityislääkärikäyntiensä määrään.

Korva-, nenä- ja kurkkutautien kohdalla suuri osa nykyisistä asiakaskäynneistä koskee lasten korvatulehduksia ja muita vastaavia vaivoja. Asiakkailla on usein yksityinen vakuutus, joten korvausten

lakkauttamisella ei olisi merkittävää vaikutusta heidän käyttäytymiseensä. Todennäköisesti osa lievän flunssan tai vastaavien vaivojen johdosta tehdyistä käynneistä jäisi kokonaan toteutumatta sen sijaan, että näiden kohdalla siirryttäisiin julkisen terveydenhoidon puoleen. Asiantuntija-arvioiden mukaan korvausten lakkauttamisella ei siis todennäköisesti olisi merkittävää vaikutusta asiakkaiden käyttäytymiseen korva-, nenä- ja kurkkutautien kohdalla.

Asiantuntija-arvioiden mukaan **lastentautien** kohdalla Kela-korvausten lakkauttamisella tuskin olisi vaikutusta vakuutettujen asiakkaiden käyttäytymiseen. Vakuuttamattomia asiakkaita on asiantuntija-arvion mukaan noin 20 prosenttia kaikista asiakkaista. Heistä osa on sellaisia, joilla korvausten poistamisen seurauksena aiheutuva hintojen nousu voi vähentää kysyntää. Asiantuntija-arvioiden mukaan noin 80 prosenttia lastentautien vuoksi tehtävistä käynneistä on terveydenhoitajatasoista neuvontaa. Kustannusvaikutus olisi näin ollen todennäköisesti vähäinen.

Ihotautien kohdallakin asiantuntijat arvioivat, että korvausten lakkauttamisella olisi vähäinen vaikutus asiakkaiden siirtymiseen yksityiseltä palveluntuottajalta julkiselle. Tämä johtuu siitä, että osa asiakkaista on kroonikkoja (tai muita useammin palveluja käyttäviä), joille on tärkeää, että hoitava lääkäri pysyy samana. Lisäksi monilla (esimerkiksi ruoka-aineallergioista kärsivillä pienillä lapsilla) on yksityinen vakuutus, jolloin korvausten lakkauttamisella olisi heidän kohdalla vähäinen vaikutus asiakassiirtymiin.

Naistentaudit ja synnytykset -erikoisalalla asiantuntija-arvioiden perusteella korvausten lakkauttaminen voisi aiheuttaa muita erikoisaloja suurempaa asiakassiirtymää julkiselle puolelle alle 25-vuotiaiden naisten kohdalla, sillä he saavat joissakin kunnissa maksuttoman ehkäisyn. Tässä ryhmässä osa yksityisten palvelujen käytöstä kytkeytyy ehkäisyn aloittamiseen. Muilta osin asiantuntijat arvioivat, että siirtymät olisivat vähäisiä, koska monet gynekologit työskentelevät vain yksityisellä sektorilla. Myös yksityisen ja julkisen puolen toimintamallit eroavat hieman toisistaan. Esimerkiksi monilla yksityisillä palveluntarjoajilla gynekologisten leikkausten jälkeen sovitaan rutiininomaisesti jälkikontrollin toteuttamisesta, mikä ei ole julkisen terveydenhuollon toimintamallissa samalla tavalla rutiinitoimenpide.

Osalla asiakkaista on myös yksityinen vakuutus, jolloin heidän osaltaan siirtymistä julkiselle sektorille tuskin tapahtuisi. Lisäksi osalle asiakkaista on tärkeää käydä samalla gynekologilla, jolloin heidän tuskin siirtyisivät julkiselle sektorille, vaikka palvelun hinta kasvaisi korvausten poistamisen myötä.

Psykiatria-erikoisalan kohdalla asiantuntijat arvioivat, että korvausten lakkauttaminen tuskin vaikuttaisi asiakkaiden käyttäytymiseen, sillä yksityispsykiatripalveluja käyttävissä on paljon sellaisia, jotka haluavat apua nopeasti eivätkä halua joutua julkisen sektorin pitkiin odotusjonoihin ja/tai hoitopolkuihin. Lisäksi psykiatripalvelut ovat erityisesti sellaisia, joiden kohdalla asiakkaille on usein tärkeää, että hoitava lääkäri pysyy samana (mikä ei toteudu yhtä hyvin julkisella sektorilla).

Nuorisopsykiatrian kohdalla korvausten poistolla tuskin olisi suuria vaikutuksia asiakassiirtymiin, koska korvaus on pieni ja palvelun hinta muodostuu yleensä vain lääkäripalkkioista (ei muita lisiä). Lisäksi asiakkailla on yksityisiä vakuutuksia. Vakuutusyhtiöt tuskin muuttaisivat käyttäytymistään korvausten lakkauttamisen johdosta, sillä korvaukset ovat pieniä, ja vakuutusyhtiöt jättävät näitä korvauksia jopa hakematta, koska niistä tulee hallinnollisia kustannuksia.

Tutkimuksen ja hoidon palveluiden kohdalla asiantuntija-arvioiden mukaan sairausvakuutuksesta korvattuja yksityisiä **fysioterapiakäyntejä** vastaavaa palvelutarjontaa on kunnissa tällä hetkellä heikosti

saatavilla. Sairausvakuutuskorvatut fysioterapiakäynnit ovat pääasiassa tuki- ja liikuntaelinfysioterapiaa, ja tämänkaltaiseen hoitoon pääseminen julkisella sektorilla on vaikeaa. Jos julkisen sektorin palvelutarjontaan ei tule muutoksia, julkinen sektori ei pysty kovin hyvin kompensoimaan palveluita, joita tällä hetkellä tarjotaan sairausvakuutuskorvattuna yksityisellä puolella. Näin ollen asiakkaiden mahdollisuus siirtyä julkiselle sektorille voisi olla haastavaa, vaikka korvaukset lakkautettaisiin. Näiden seikkojen vuoksi asiantuntijat arvioivat, että korvausten lakkauttamisella olisi hyvin vähäinen vaikutus asiakassiirtymiin julkiselle sektorille.

Laboratoriotutkimusten kohdalla tällä hetkellä jo tilanne on se, että osa asiakkaista hakeutuu yksityiselle puolelle sen takia, että he haluavat laboratoriokokeita, joita eivät julkisella puolella saa (koska hoitava lääkäri ei pidä niitä perusteltuina). Erot julkisen ja yksityisen puolen laboratorio- ja röntgentutkimusten käytössä johtuvat siis jossain määrin siitä, että asiakaskanta on hyvin erilainen. Asiantuntija-arvioiden mukaan korvausten lakkauttamisen vaikutus asiakkaiden siirtymiin julkiselle puolelle olisi oletettavasti pientä, sillä yksityisellä puolella on taloudellinen kannuste toteuttaa laboratorio- ja röntgentutkimuksia, joita asiakkaat haluavat, kun taas julkisella puolella tällaista ei ole. Julkisella puolella tavallinen käytäntö on, että laboratoriotutkimuksia ei yleensä uusita, jos edellisestä tutkimuksesta on aikaa alle vuosi. **Radiologisten tutkimusten** kohdalla korvausten lakkauttamisen vaikutus asiakkaiden siirtymiin olisi asiantuntijoiden arvioiden mukaan todennäköisesti pientä, joten sen kustannusvaikutus olisi myös hyvin pieni. Radiologisia tutkimuksia on tarjolla Suomessa kattavasti ja yksityisten toimijoiden välillä on hintakilpailua.

Asiakassiirtymäskenaariot

Vaikutusarvioissa on päädytty yllä olevien erikoisaloittaisten arvioiden pohjalta siihen, että siirtymät yksityisen sektorin palveluista julkiselle sektorille tulisivat olemaan kaiken kaikkiaan maltillisia.

Asiantuntija-arvioiden ohella on myös Nordic Health Groupin (NHG) Taloustutkimuksella teettämä kysely yksityisten terveystalouden palvelujen käytöstä. Kysely toteutettiin tammi-helmikuussa 2020. Kyselyn aineisto koostuu 974 tammikuun 2019 ja tammikuun 2020 välisenä aikana yksityisiä terveystalouden palveluja (pl. hammashoidon ja työterveyden palvelut) käyttäneistä henkilöistä.

Vastaajista noin 30 prosenttia arvioi, että sairaanhoitokorvausten lakkauttaminen vaikuttaisi melko tai erittäin paljon heidän yksityisten terveystalouden palvelujen käyttöönsä. Korvausten lakkauttaminen vaikuttaisi erityisen voimakkaasti pääkaupunkiseudun ulkopuolella asuviin henkilöihin, joiden kotitalouden tulot olivat pienet tai joilla ei ollut yksityistä sairaskuluvakuutusta. Näistä vastaajista (joilla korvausten lakkauttaminen vaikuttaisi melko tai erittäin paljon palvelukäyttöön) 63 prosenttia ilmoitti, että he suosisivat nykyistä enemmän julkisia palveluja. NHG:n kyselyn perusteella voidaan todeta, että noin 19 prosenttia kyselyyn vastaajista aikoo käyttää nykyistä enemmän julkisia terveystalouden palveluja, jos sairaanhoitokorvaukset lakkautettaisiin.

Kyselyn perusteella yleisimmät syyt Kela-korvattujen yksityisten terveystalouden palvelujen käyttöön liittyivät piirteisiin, joita julkinen puoli ei pysty tarjoamaan yhtä hyvin kuin yksityinen (nopea hoitoon pääsy, jatkuva hoitosuhde samaan ammattilaiseen ja pääsy suoraan erikoislääkärille). On huomattava, että monilla yksityisen sektorin asiakkaista ei edes olisi mahdollisuutta siirtyä julkiselle puolelle, vaikka he näin

haluaisivat, sillä vastaavia palveluja ei ehkä ole julkisella sektorilla tarjolla. Lisäksi on huomioitava, että niiden joukossa, jotka arvioivat korvausten lakkauttamisen vaikuttavan melko tai erittäin paljon palvelukäyttöön, oli paljon sellaisia, jotka arvioivat Kela-korvauksen suuremmaksi kuin mitä se todellisuudessa on. Näiden seikkojen vuoksi kyselyn tulosten perusteella ei voi tehdä suoraviivaisia arvioita siitä, millaisia asiakassiirtymiä julkiselle sektorille tulisi, jos korvaukset lakkautettaisiin.

Kustannusvaikutusarvioiden tekemisessä käytettiin hyväksi eri asiakassiirtymäskenaarioita STM:n ja THL:n asiantuntijanäkemyksen pohjalta. Skenaariossa 1 yksikään asiakas ei siirtyisi, ja asiakaskuntien rakenteet julkisella ja yksityisellä sektorilla pysyisivät ennallaan. "Keskiarvoskenaariossa" oletuksena on, että 2 prosenttia lääkäripalveluiden asiakkaista siirtyisi julkisen sektorin asiakkaaksi, jos yksityisen sektorin terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset poistettaisiin. Skenaariossa 3 vastaavasti 5 prosenttia yksityisen sektorin asiakkaista siirtyisi julkiselle sektorille. Siirtymien kohdalla on eri asiantuntijatahoilla jossain määrin erilaisia näkemyksiä. Kelan asiantuntijat arvioivat siirtymien olevan suurempia kuin tässä käytetyt STM:n ja THL:n asiantuntijoiden arviot.

Vaikutusarvioiden pohjaoletuksissa on muutamia poikkeuksia perussiirtymien tasoon. Anestesiologian kohdalla skenaarioissa 1–3 muutosta ei tapahdu lainkaan, eli se on 0 prosenttia. Tämä on tehty sen vuoksi, että anestesiologia on "tukitoimenpide", jota ei voi siirtää erikseen yksityisen sektorin tuottajien toimenpiteistä julkiselle sektorille. Yleislääketieteen ja naistentautien/synnytyksen osalta siirtymäprosentit ovat 0, 5 ja 10 prosenttia, koska näillä erikoisaloilla yksityisen sektorin palveluilla on enemmän substituutiovaikutusta julkisen sektorin palveluihin kuin muilla erikoisaloilla (joilla yksityiset palvelut ovat enemmänkin julkista täydentävää).

Arvioinneissa käytetyt yksikkökustannukset sisältävät tarvittavien tutkimusten (esim. laboratorio- ja radiologisten tutkimusten) kustannukset, ja näin ollen myös tutkimusten osalta kustannukset on arvioitu yllä mainittujen skenaarioiden mukaisilla siirtymäprosentteilla (esim. yleislääketieteeseen liittyvät laboratorio- ja röntgentutkimukset arvioitu 0, 5 ja 10 prosentin skenaarioilla). Tutkimuksista ainoastaan fysioterapia, sädehoito ja sytostaattihoido on laskettu omina siirtymäskenaarioinaan. Näistä jälkimmäisten osuus sairausvakuutuksesta korvattujen palvelujen käytöstä on erittäin vähäistä. Näiden kolmen kokonaisuuden osalta skenaariossa 1 oletuksena on, että asiakassiirtymää ei tapahdu, skenaariossa 2 oletuksena on yhden prosentin asiakassiirtymä ja skenaariossa 3 kolmen prosentin asiakassiirtymä. Suurimmassa osassa erikoisaloja käytetyt siirtymäarviot ovat skenaariosta riippuen 0, 2 tai 5 prosenttia, mutta on huomioitava, että monilla erikoisaloilla on vähän sairausvakuutuksesta korvattuja käyntejä. Näin ollen, kun tarkastellaan käyntejä ja/tai toimenpiteitä, merkittävästi suurin osa on laskettu skenaarioissa 0, 5 tai 10 prosentin siirtymillä.

Skenaariot ovat luonnollisesti vain esimerkkejä mahdollisista muutoksista. Asiakassiirtymien kohdalla on mahdotonta erottaa korvausten lakkauttamisen omaa itsenäistä vaikutusta asiakkaiden käyttäytymiseen. Asiakassiirtymiin vaikuttavat paljon mm. eri palveluiden saatavuus eri alueilla. Julkisen sektorin palvelutarjonnan määrää säätelee esimerkiksi henkilöstön saatavuus. Laillistetuista terveydenhuollon ammattihenkilöistä kärsitään eri tilastolähteiden mukaan merkittävää työvoimapulaa. Työ- ja elinkeinoministeriön ammattibarometrin mukaan suurin työvoimapula on lääkäreistä, sairaanhoitajista, lähihoitajista, sosiaalityön erityisasiantuntijoista ja puheterapeuteista. Kevan vuoden 2021 selvitysten mukaan kuntiin palkattaisiin heti 8 300 sairaanhoitajaa, 2 650 sosiaalityöntekijää, 1 850 lääkäriä ja 1 050

psykologia. Kevan työvoimatarvetta kuvaavan selvityksen luvut ovat suuremmat, kuin esim. KT Kuntatyönantajien työvoimaselvityksissä, joissa mitataan vain tutkimuspäivänä kokonaan täyttämättömät vakanssit. Vuonna 2020 terveystieteiden lääkärien vakansseista täyttämättä oli reilut 7 prosenttia, hammaslääkärien vakansseista 5 prosenttia ja sairaaloiden lääkärien vakansseista 6,5 prosenttia. Vuoden 2019 selvityksen mukaan kokonaan täyttämättä olevia lähihoitajien vakansseja oli 2,5 prosenttia ja sairaanhoitajien 1,2 prosenttia.

Kustannusten taustalla olevat rajaukset ja oletukset

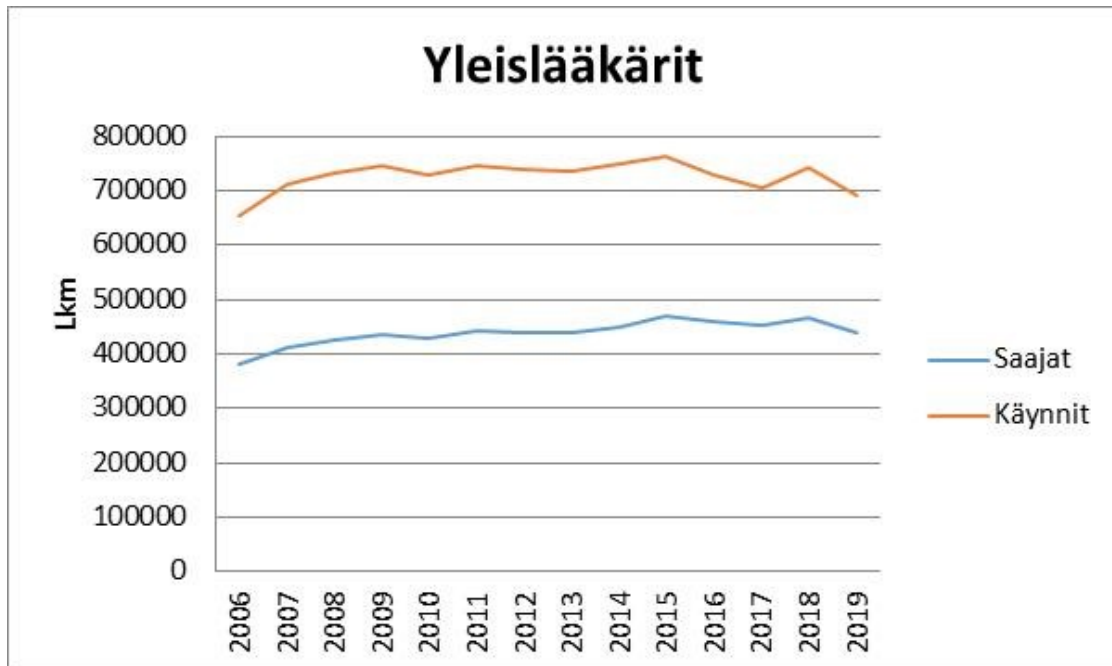
Kustannusten arvioimisessa hyödynnetään asiantuntija-arvioita asiakassiirtymistä sekä Kelan ylläpitämää Kelasto-tietokannan tietoja. Kelastosta on poimittu yleisimpien erikoisalojen sekä tutkimusten ja hoidon osalta aikasarjatietoa korvausten saajien ja korvattujen käyntien/toimenpiteiden lukumäärästä sekä käyntien/toimenpiteiden kustannuksista ja laskennallisista korvauksista. Yleislääkäreiden osalta tiedot pyydettiin erikseen Kelalta, sillä kyseisiä tietoja ei ole julkisesti Kelastosta saatavilla.

Asiakasmäärien kehitys vuosina 2006–2019

Seuraavaksi esitetään aikasarjatarkasteluja siitä, miten asiakasmäärät ovat kehittyneet yksityisen sektorin terveydenhuollon palveluissa. Esimerkkitapauksiksi on valittu asiakasmääriltään suuria palveluita (yleislääkärikäynnit ja fysioterapia) sekä ”poikkeustapaus” (ortopedia ja traumatologia), vaikka on syytä huomata, että käytännössä kaikilla yksityisen terveydenhuollon palveluilla on omia toisistaan erottavia piirteitä hinnanmuodostumisessa ja asiakasmäärien kehityksessä.

Kuviossa 1 on esitetty yksityisellä sektorilla toimivien yleislääkärien vastaanotoilla käyneiden asiakkaiden määrä sekä lääkärikäyntien kokonaismäärä vuosina 2006–2019. Vuonna 2019 yleislääkäreiden käynneistä sai sairausvakuutuskorvauksia noin 440 000 asiakasta, ja korvattuja käyntejä oli keskimäärin 1,6 käyntiä asiakasta kohti. Yleislääketieteessä käyntien yleisimpiä syitä ovat oireiden diagnostisointi, akuuttien infektioiden hoito, erilaiset tuki- ja liikuntaelinten ongelmat, ihottumat, pientoimenpiteet (esim. luomenpoistot) ja pitkäaikaissairauksien seuranta ja hoito (esim. verenpainetauti, astma).

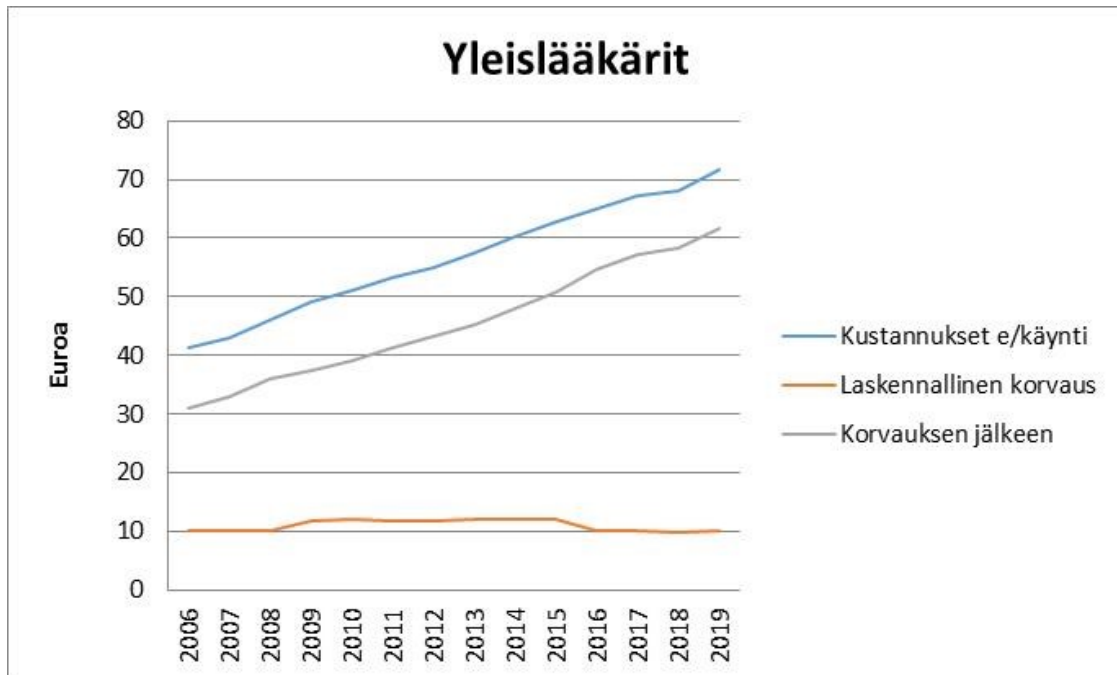
Kuvio 1. Yleislääkärikäynneistä sairausvakuutuksesta korvausten saaneiden lukumäärä ja korvattujen käyntien kokonaismäärä vuosina 2006–2019. Lähde: Kelasto



Terveyskeskuksien kiirevastaanottojen ja yhteispäivystysten parantunut palvelu sekä mahdollinen hoitotakuun tiukentaminen voivat vaikuttaa siten, että asiakkasiirtymää tapahtuisi yksityiseltä sektorilta julkiselle, vaikka sairausvakuutuskorvauksia ei lakkautettaisi. Toisaalta julkisella sektorilla suoraan lääkärin vastaanotolle pääseminen ei toteudu samalla tavalla kuin yksityisellä, ja esimerkiksi tiimimallien yleistymisen myötä toimintaa on julkisella puolella entistä enemmän muutettu hoitajapainotteiseksi. Tämä todennäköisesti vähentäisi yksityiseltä siirtyvien asiakkaiden määrää.

Sairausvakuutuksesta korvattujen yleislääkärikäyntien hinnalla ei vaikuta olevan selvää yhteyttä asiakasmääriin (ks. Kuvio 2). Vuonna 2006 yleislääkäriin käynnistä peritty hinta oli 41,2 euroa (pl. palvelumaksut), joka julkisten menojen sosiaali- ja terveystoimen tehtävälueen hintaindeksillä muutettuna vuoteen 2019 olisi ollut 52,7 euroa. Kuitenkin vuonna 2019 peritty hinta oli 71,6 euroa, eli palveluiden hinta on noussut hintaindeksiä huomattavasti voimakkaammin. Vuonna 2016 sairausvakuutuksen korvaustasoa alennettiin, mikä nosti jonkin verran asiakkaiden maksuosuutta. Laajemmin tarkasteltuna asiakkaiden maksuosuuksien muutoksiin on kuitenkin voimakkaimmin vaikuttanut tarjottavien palveluiden hintojen nousu.

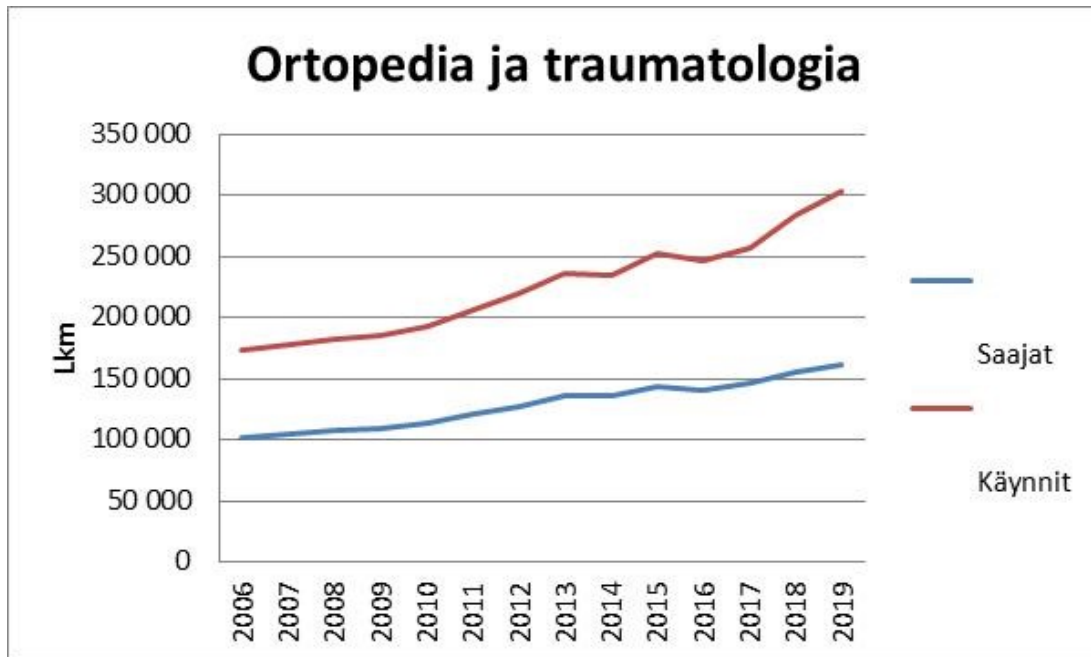
Kuvio 2. Yleislääkäreiden käynneistä perityt hinnat ja niistä maksetut korvaukset (huom. hinnat eivät sisällä palvelumaksuja). Lähde: Kela



Ortopedia ja traumatologia ovat poikkeuksellisempi esimerkki yksityisen sektorin palvelusta. Erikoisalaan kuuluu myös akuuttien vammojen kirurginen hoito, ja toiminta on usein päivystysluonteista. Ortopedian ja traumatologien vastaanottokäyntien hinnat ovat laskeneet viime vuosina, mikä heijastanee sitä, että alalla on enemmän tarjontaa kuin kysyntää. Jos Kela-korvausten lakkauttamisen myötä merkittävä osa asiakkaista siirtyisi julkiselle sektorille, onkin hyvin mahdollista, että yksityiset palveluntarjoajat muuttaisivat hintoja, kunnes kysyntä ja tarjonta saataisiin uudelleen tasapainoon. Siten korvausten lakkauttaminen ei välttämättä vaikuttaisikaan merkittävästi asiakkaan omavastuusuuteen.

Kuviossa 3 on esitetty ortopedian ja traumatologian asiakaskäyntien kehitys yksityisellä sektorilla vuosina 2006–2019. Hoidon saajien ja samalla myös hoitokäyntien määrä ovat kasvaneet vuosi vuodelta. Sairausvakuutuskorvausten lakkauttaminen aiheuttaisi todennäköisesti erittäin vähän – jos lainkaan – siirtymistä julkiselle puolelle, sillä asiakkailla on usein erityinen syy päästä suoraan ortopedin tai traumatologin vastaanotolle ja julkisella sektorilla tämä on hyvin vaikeaa.

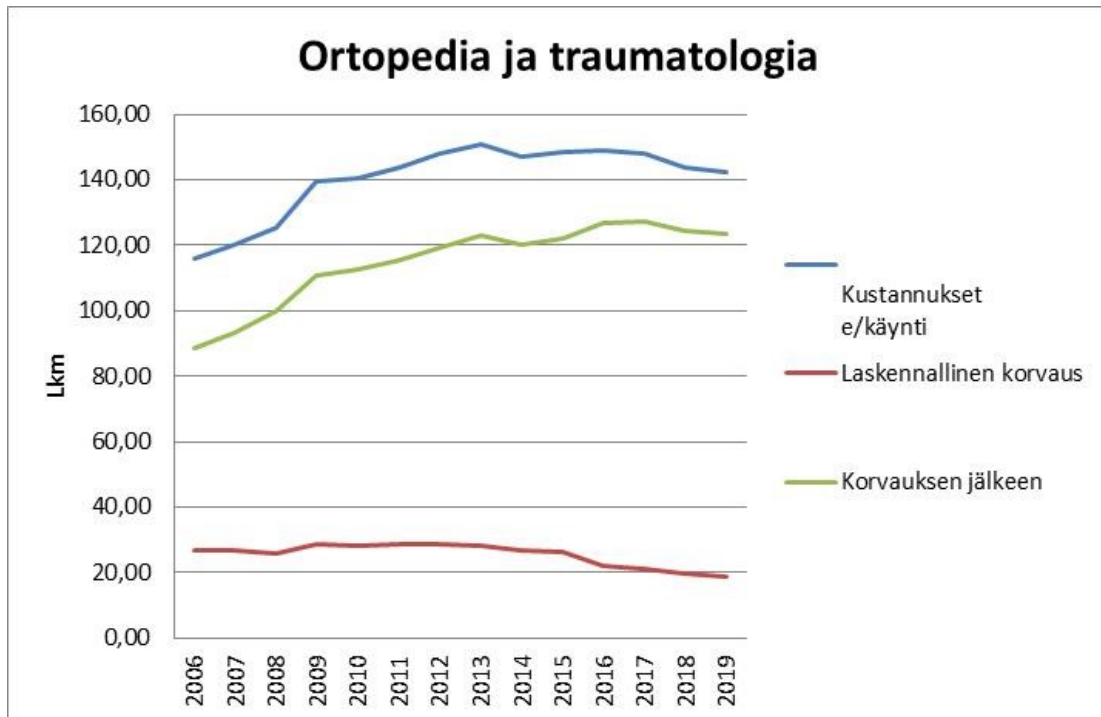
Kuvio 3. Sairausvakuutuksesta korvatut ortopedian ja traumatologian käynnit ja korvausten saajat. Lähde: Kelasto



Ortopedia ja traumatologia ovat hyvä esimerkki erikoisalasta, jossa useat muut tekijät kuin hoidosta saatava sairausvakuutuskorvaus ovat ratkaisevia hoitavaa tahoa valittaessa. Yksityisellä sektorilla ei yleensä joudu odottamaan hoitoon pääsyä ja erikoislääkärin asiantuntemus on nopeammin saatavilla. Terveystieteiden näkökulmasta pienet selkä-, niska-, olka- ja polvikivut ovat sellaisia, että julkisella puolella niitä ei hoideta ortopedillä. Asiakkaan kannalta tilanne voi kuitenkin olla akuutti ja siihen halutaan erikoislääkärin arvio, jolloin yksityinen palveluntuottaja on houkutteleva vaihtoehto.

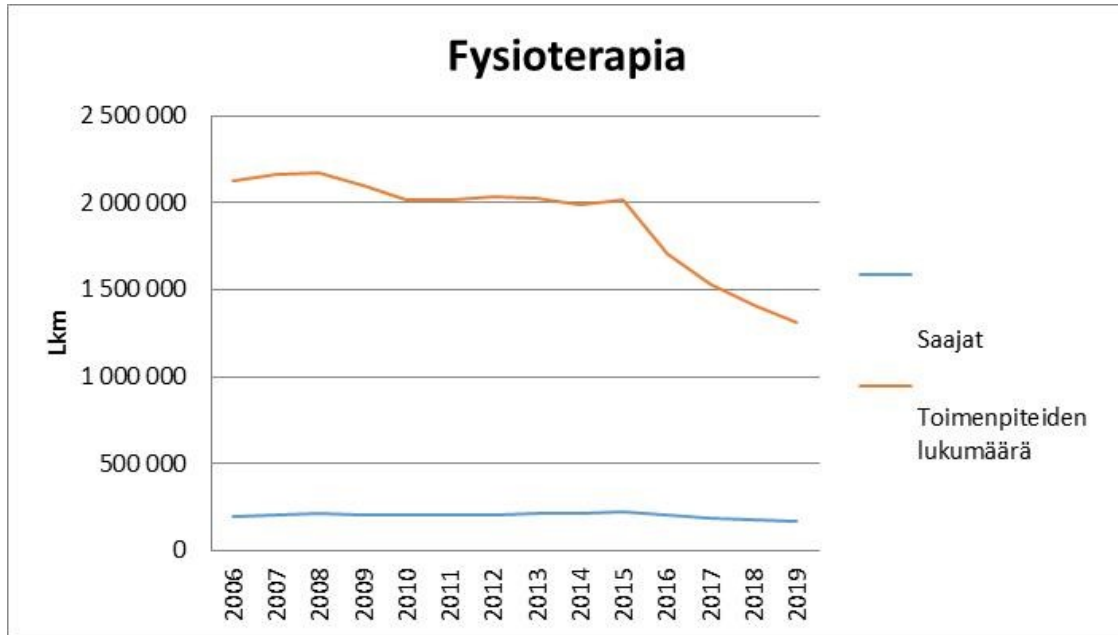
Kuviossa 4 on esitetty ortopedian ja traumatologian hintakehitys vuosina 2006–2019. Ortopedian ja traumatologian palveluille löytyy kysyntää asiakasmäärien kasvun perusteella, mutta kysyntää suurempi tarjonta on todennäköisesti johtanut hintojen laskuun.

Kuvio 4. Sairausvakuutuksesta korvatuista ortopedian ja traumatologian erikoisalan käynneistä perityt maksut ja maksetut korvaukset (huom. ei sisällä palvelumaksuja). Lähde: Kelasto



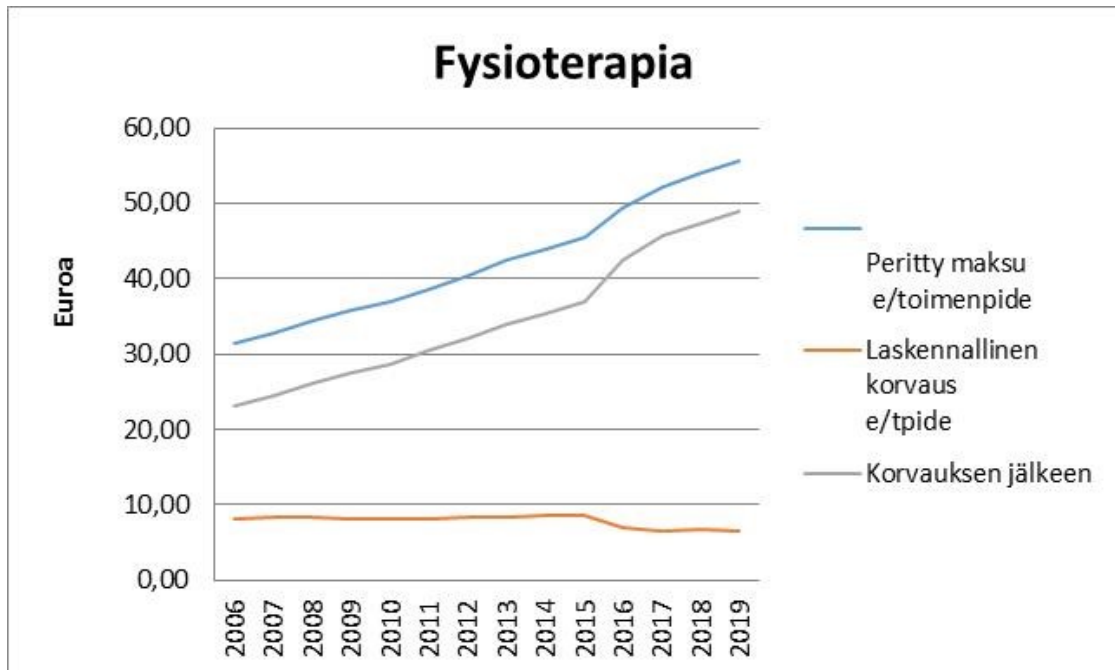
Kolmas esimerkkitapaus yksityisen sektorin asiakasmäärien kehityksestä on fysioterapia, joka on tutkimuksen ja hoidon korvausten ryhmässä käyntivolyymilta merkittävä osa yksityisen sektorin terveydenhoitopalveluita. Kuviossa 5 on esitetty fysioterapian asiakasmäärien ja asiakaskäyntien kehitys vuosina 2006–2019. Kuvioista on helppo huomata, että asiakasmäärien muutokset ovat olleet melko vähäisiä, mutta käyntikertojen määrässä on tapahtunut selvää laskua.

Kuvio 5. Sairausvakuutuksesta korvatut fysioterapiatoimenpiteet ja korvausten saajat. Lähde: Kelasto



Sairaanhoitokorvauksia maksetaan fysioterapiasta silloin, kun asiakkaalla on fysioterapiaan lääkärin määräys joko yksityisestä tai julkisesta terveydenhuollosta. Hammaslääkärin määräämän fysioterapian kustannuksia ei korvata. Sairausvakuutuksesta korvataan enintään 15 hoitokertaa saman määräyksen perusteella. Vuonna 2006 sairausvakuutuksesta korvatuista fysioterapiatoimenpiteistä peritty maksu oli keskimäärin 31 euroa (ks. Kuvio 6). Julkisten menojen sosiaali- ja terveystoimen tehtäväalueen hintaindeksillä muutettuna vuoteen 2019 tämä olisi ollut 39,6 euroa. Vuonna 2019 peritty maksu oli kuitenkin keskimäärin 55,5 euroa eli huomattavasti suurempi.

Kuvio 6. Sairausvakuutuksesta korvattujen fysioterapiatoimenpiteiden kustannukset ja korvaukset (huom. ei sisällä palvelumaksuja). Lähde: Kela/Kelasto



Se, että fysioterapiakäyntien toimenpiteiden lukumäärä on kääntynyt voimakkaampaan laskuun kuin korvausten saajien lukumäärä, johtuu monesta syystä. Ensinnäkin asiakkaita pyritään hoitamaan yhä enemmän ryhmähoidoissa. Toinen selitys toimenpidekertojen laskuun vuodesta 2015 lähtien on, että hoidossa pyritään painottamaan omaa harjoittelua ja viemään hoitoa enemmän ohjaavaan rooliin. Kolmas syy on se, että hoitosarjojen kestoja on pyritty lyhentämään.

Asiakassiirtymien kustannusten laskenta-asetelma

Eri skenaarioiden mukaiset asiakassiirtymät julkiselle sektorille on muutettu kustannuksiksi hyödyntämällä viimeisimmän kansallisen yksikkökustannusraportin yksikkökustannustietoja, jotka on (yksikkökustannusraportin ohjeistuksen mukaisesti) muutettu vuoden 2019 kustannustasoon julkisten menojen sosiaali- ja terveystoimen tehtäväalueen hintaindeksillä.

Yksikkökustannusraportin yksikkökustannuksia suositellaan käytettävän terveyden- ja sosiaalihuollon taloudellisissa arvioinneissa, sillä raporttiin on koottu parhaimmat saatavilla olevat terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset, ja lisäksi yhtenäisten yksikkökustannusten käyttö lisää läpinäkyvyyttä ja helpottaa eri arviointien keskinäistä vertailua. On huomioitava, että raportissa esitetyt yksikkökustannukset on laskettu koko maan tasolla, jolloin ne kuvaavat koko maan keskimääräisiä kustannuksia - ei yhden alueen tai yhden asiakkaan kustannuksia.

Asiakassiirtymien kustannusvaikutusten arvioinnissa yksikkökustannusten hyödyntämiseen liittyy luonnollisesti epävarmuutta. Käytettävissä ei ole tietoa siitä, millaisia kustannukset olisivat, jos ne perustuisivat samoille asiakkaille tarjottuihin samoihin palveluihin yksityisellä ja julkisella sektorilla. Tästä johtuen kustannusvaikutusten arviot todennäköisesti yliarvioivat todellisia kustannuksia, sillä julkisen sektorin kustannukset kertakäynniltä ovat todennäköisesti pienempiä kuin asiakkaalta vastaavasta palvelusta keskimäärin veloitettu summa yksityisellä sektorilla.

Kustannusten arvioinnissa käytetään erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksia. Perusterveydenhuollon yksikkökustannukset perustuvat perusterveydenhuollon tuotteistusjärjestelmän (pDRG-tietokannan) kustannustietoihin. Nämä yksikkökustannukset sisältävät kaikkien tarvittavien tutkimusten (esim. laboratorio- ja radiologisten tutkimusten), lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden kustannukset sekä yleiskustannukset. Näitä kustannuseriä ei ole lisätty arvioinneissa uudelleen kustannuksiin.

Tutkimusten (esimerkiksi laboratorio- ja radiologiset tutkimukset) osalta tulee huomioida, että laskelma on tehty koko maan tasolla. Yksittäisen asiakkaan tutkimusten kustannukset voivat vaihdella hyvin paljon. Osalla asiakkaista tutkimusten kustannukset ovat todennäköisesti keskimääräisiä suurempia. On kuitenkin huomattava, että on paljon asiakkaita, joiden lääkärikäynti ei sisällä lainkaan tutkimuksia, ja silti heidän käyntien kustannukset arvioidaan yksikkökustannuksilla, jotka sisältävät keskimääräiset tutkimuskustannukset. Näin ollen voidaan olettaa, että yksikkökustannusten avulla päästään riittävään tarkkuuteen todellisia kustannuksia arvioitaessa.

Erikoissairaanhoidon osalta on käytetty erikoisalakohkaisia yksikkökustannuksia. Kustannukset pohjautuvat Kansallisen DRG-keskuksen painokerrointilastoon. DRG-painojen laskennassa on käytetty sitä kustannuspohjaa, jota sairaanhoitopiirit käyttävät tuotteistetun hoitotoiminnan hinnoittelussa.

Erikoissairaanhoidon yksikkökustannukset sisältävät niihin kuuluvat tutkimukset, toimenpiteet, lääkkeet ja sairaalahoidon. Näitä kustannuseriä ei ole lisätty erikseen yksikkökustannuksiin. Kustannukset eivät sisällä asiakkaiden maksuosuutta, joten se on kustannusarvioinneissa lisätty erikseen yksikkökustannusraportin ohjeistuksen mukaisesti (tutkimusten mukaan asiakasmaksujen osuus erikoissairaanhoidon rahoituksesta on ollut noin neljä prosenttia).

Kustannusvaikutuksia on arvioitu kahdella tavalla. Ensinnäkin, kustannukset on laskettu ns. bruttokustannuksina, jotka kuvaavat sitä tuotantokustannusta, joka julkiselle sektorille syntyy palveluiden järjestämisestä. Asiakkaat kuitenkin rahoittavat asiakasmaksuina osan palvelujen tuottamisesta, joten laskelmassa on esitetty myös ns. nettokustannukset, eli ne kustannukset, jotka todellisuudessa tulevat (asiakasmaksujen jälkeen) julkiselle sektorille maksettavaksi. Asiakasmaksujen huomioimisessa käytetään suun terveydenhuollossa vuonna 2019 toteutunutta asiakasmaksujen kokonaismäärää.

Myös asiakasmaksujen osalta on huomioitava, että laskelma kuvaa koko maan tasoa - ei yksittäisen kunnan. Esimerkiksi Helsingissä ei peritä terveyskeskuslääkärimaksuja ollenkaan. Toisaalta noin puolet Suomen väestöstä asui vuonna 2018 kunnissa, joissa oli otettu käyttöön hoitajavastaanottoja koskeva

asiaksmaksu¹. Tätä ei ole huomioitu kustannusarvioissa, koska hoitajamaksuista ei ole määritelty euromääristä enimmäismäärää asiakasmaksulakiin. Näin ollen voidaan olettaa, että keskimääraisten yksikkökustannusten avulla päästään riittävään tarkkuuteen myös asiakasmaksujen osalta kustannuksia arvioitaessa.

Julkiselle sektorille siirtyvien asiakkaiden kohdalla on perusteltua olettaa, että he eivät pääse samalla tavalla suoraan erikoislääkärin (tai edes yleislääkärin) vastaanotolle kuin yksityisellä sektorilla. Sairausvakuutuskorvatuista lääkärikäynneistä osa toteutuisi julkisella sektorilla hoitajavastaanottoina. Tämä osuus vaihtelee erikoisaloittain. Asiantuntija-arvioiden avulla tätä ”epäsuhtaisuutta” on pyritty huomioimaan kustannusarvioiden laskemisessa. Esimerkiksi avosairaanhoidon yleislääkärien yksikkökustannusten kohdalla laskentaoletuksena on, että puolet yksityiseltä julkiselle siirtyvistä asiakkaista pääsee lääkärivastaanotolle ja puolet terveydenhoitajan vastaanotolle. Vastaavasti osa sairausvakuutuksesta korvattavista erikoislääkärikäynneistä on sellaisia, jotka julkisen sektorin asiakkailla toteutuisi terveyskeskuslääkärin vastaanottona. Tämäkin on huomioitu erikoisalakohteisesti kustannusten arvioimisessa. Kustannusvaikutusten arvioinnissa käytettävät kertoimet ovat kuitenkin vain valistuneita arvauksia potentiaalisista siirtymistä.

Suun terveydenhuollon vaikutusarvioiden laskentaperiaatteet

Suun terveydenhuollossa yksityisen sektorin rooli on merkittävä. Vuonna 2019 noin miljoona henkilöä käytti yksityisiä sairaanhoitovakuutuksesta korvattuja suun terveydenhuollon palveluja. Hammashoidon korvauksia maksettiin noin 48 miljoonaa euroa, minkä lisäksi maksettiin hammaslääkärin määräämän tutkimuksen korvauksia 4 miljoonaa euroa. Hammaslääkärin määräämät suuhygienistien tekemät hoidot sisältyvät hammashoidon korvauksiin. Yhteiskunnan tukemista aikuisten käynneistä 43 prosenttia toteutui yksityisellä sektorilla. Työterveyshuoltoon ei yleensä sisälly hammashoitoa. Alle 18-vuotiaista hyvin harva käyttää yksityisiä palveluja, koska terveyskeskushoito on maksutonta ja hammashoitovakuutukset ovat harvinaisia.

Yksityisen hammashoidon käyttö vaihtelee alueittain. Kelan tilastojen mukaan yksityisen hammashoidon korvauksia maksettiin vuonna 2019 eniten Ahvenanmaalla, missä 39 prosenttia väestöstä sai korvauksia. Manner-Suomessa korvausta saaneiden osuudet väestöstä vaihtelivat Lapin ja Kainuun 12 prosentista Pohjanmaan 21 prosenttiin.

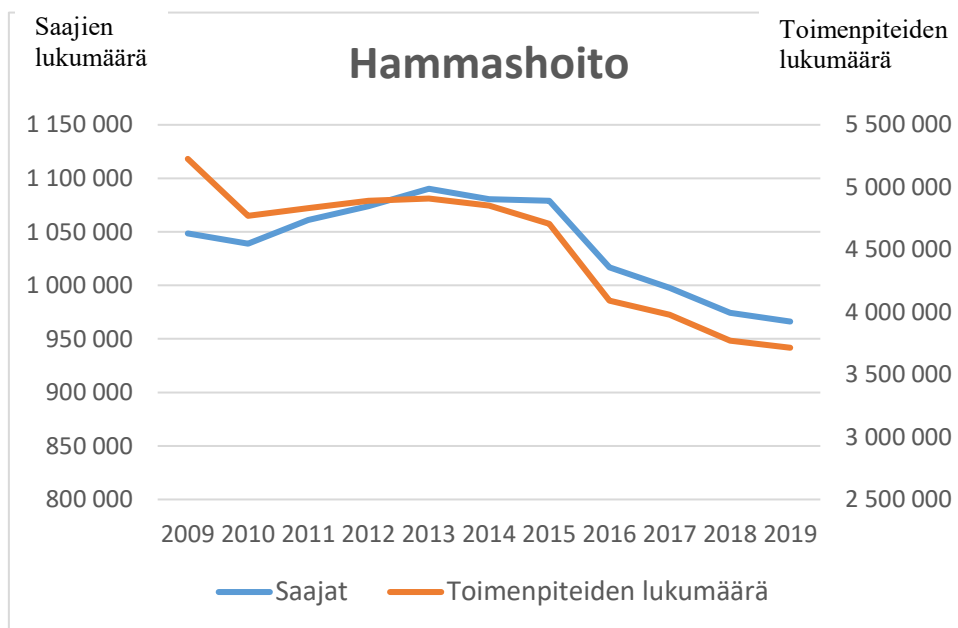
Kela julkaisi maaliskuussa 2021 tutkimustuloksia 25 vuotta täyttäneiden henkilöiden julkisen ja yksityisen hammashoidon käytöstä vuosina 2017–2018 Oulussa. Pienituloisimmasta viidenneksestä peräti 52 prosenttia ei käyttänyt hammaslääkärin palveluja tarkasteluajankohtana lainkaan, kun taas suurituloisimmasta viidenneksestä palveluja käyttämättömien osuus oli 28 prosenttia. Yksityisiä

¹[Terveyskeskusten asiakasmaksut joulukuussa 2018 – Aineisto lääkäri- ja hoitajavastaanottojen asiakasmaksuista 2013–2018.](#)

hammashoidon palveluja käytti 13 prosenttia alimpaan ja 46 prosenttia ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista.²

Kuviossa 7. näkyy sairausvakuutuskorvausta saaneiden henkilöiden määrä ja korvattujen toimenpiteiden määrä vuosina 2009–2019. Sekä korvausta saaneiden, että korvattujen toimenpiteiden määrä on laskenut seuranta-aikana.

Kuvio 7. Yksityisellä sektorilla hammashoidosta sairausvakuutuskorvausta saaneiden määrä ja sairausvakuutuskorvattujen toimenpiteiden määrä vuosina 2009–2019 (Lähde: Kela)



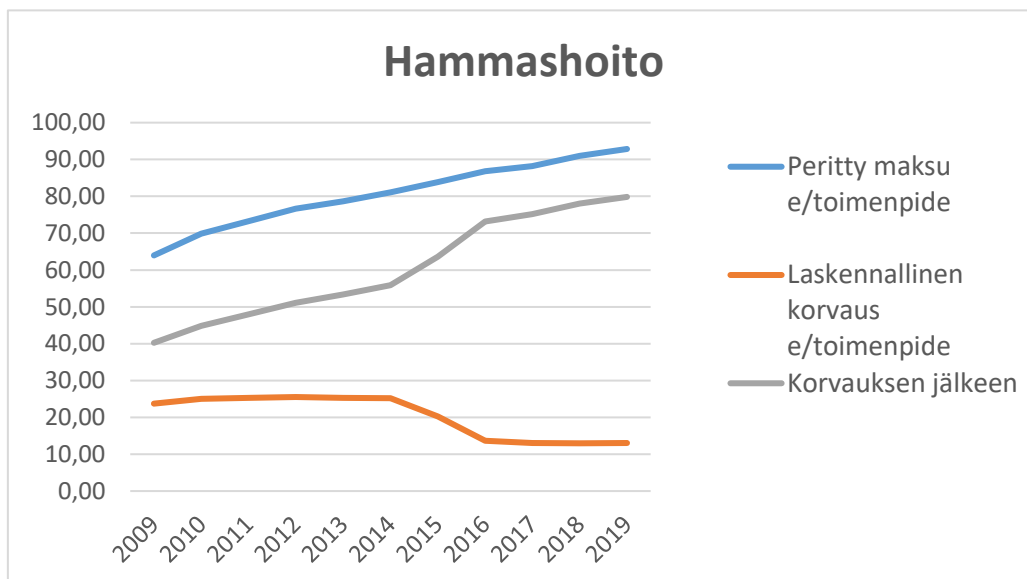
Vuonna 2010 erityisesti toimenpiteiden määrä väheni, koska tuolloin hammasröntgenkuvat siirtyivät korvattaviksi tutkimuksen ja hoidon taksan mukaan. Vuodesta 2010 vuoteen 2013 korvausta saaneiden määrä lisääntyi jonkin verran, mihin saattoi vaikuttaa yksityissektorin ketjuuntuminen ja voimakas markkinointi. Sairausvakuutuksesta maksettavien korvausten tasoa laskettiin vuoden 2015 alusta ja jälleen vuonna 2016, jolloin korvausta ei enää saanut hammaslääkärin tutkimuksesta joka vuosi ilman erityisiä hammaslääketieteellisiä perusteluja. Tämä selittää niin korvauksia saaneiden kuin myös korvattujen toimenpiteiden määrän voimakasta laskua vuonna 2016. Muutos korvauskäytännössä oli hyvin perusteltua. Julkisessa suun terveydenhuollossa oli ollut jo pitkään vastaavanlainen käytäntö, jossa terveet potilaat eivät käy joka vuosi vastaanotolla. Vuoden 2016 jälkeen korvausta saaneiden henkilöiden ja korvattujen toimenpiteiden määrä on vuosi vuodelta hiukan vähentynyt. Tätä selittää osaltaan se, että

² [Kelán tutkimusblogi 17.3.2021.](#)

yksityissektorin palveluja aina käyttäneiden vanhempien ikäluokkien osuus koko asiakaskunnasta on pienentynyt. Koko väestö tuli terveystieteiden hammashoidon piiriin vasta vuonna 2002.

Yksityisen hammashoidon hinnat ovat nousseet paljon enemmän kuin julkisten menojen sosiaali- ja terveydenhuollon hintaindeksin mukainen nousu olisi ollut. Vuonna 2008 hammashoidon sairausvakuutuskorvauksia nostettiin siten, että tavoitteena oli noin 40 prosentin korvausosuus. Yksityissektorin hinnat kuitenkin nousivat niin, että korvausosuus jäi 37,5 prosenttiin. Vuonna 2009 hammashoidosta peritty keskimääräinen maksu toimenpiteeltä oli 64,0 euroa ja vuonna 2019 se oli 92,9 euroa (kuva 8.). Edellä mainitulla hintaindeksillä muutetun mukainen maksu olisi vuonna 2019 ollut 74,15 euroa eli huomattavasti vähemmän. Vuonna 2019 sairausvakuutuskorvauksen osuus oli 14 prosenttia perityistä maksuista, kun se samalla hintaindeksillä muutetun mukaisilla maksuilla olisi ollut noin 18 prosenttia. Edellä mainitut hinnat eivät sisällä toimisto- tai palvelumaksuja, koska ne eivät ole sairausvakuutuksesta korvattavia, eikä tietoja kyseisten maksujen kehityksestä ole saatavilla. Yksityisen sektorin hintojen nousu ei vaikuta liittyvän palvelujen kysyntään. Hammaslääkäriliiton vuonna 2019 tekemään työmarkkinatutkimukseen vastanneista hammaslääkäreistä peräti 24 prosenttia ilmoitti, että heillä on liian vähän potilaita, kun vastaavasti 9 prosenttia ilmoitti, että potilaita on liikaa.

Kuvio 8. Yksityissektorilla hammashoidon toimenpiteestä peritty keskimääräinen maksu, laskennallinen sairausvakuutuskorvaus ja asiakkaan omavastuu korvauksen jälkeen vuosina 2009–2019 (Lähde: Kela)



Muutokset yksityisen hammashoidon korvauksissa ja asiakasmäärissä eivät ole suoraan näkyneet julkisella sektorilla, vaan asiakasmäärät ovat ajoittain lisääntyneet ja ajoittain vähentyneet samansuuntaisesti molemmilla sektoreilla. Yksityissektorin asiakasmäärät ovat laskeneet merkittävästi vuodesta 2016 alkaen, ja julkisella sektorilla laskua on ollut vuodesta 2018 alkaen. Tätä selittää osaltaan se, että nuoremmilla ikäluokilla on vanhempia ikäluokkia vähemmän suun sairauksia ja hoidon tarvetta. Asiakkaiden siirtymää julkiselle sektorille on hillinnyt yksityissektoria pidempien odotusaikojen lisäksi muun muassa se, että julkisen suun terveydenhuollon asiakasmaksut ovat nousseet viime vuosina huomattavasti. Kuntien ja kuntayhtymien suun terveydenhuollon käyttökustannukset ovat nousseet vuodesta 2010 vuoteen 2019 noin 33 prosenttia ja asiakasmaksutuotot peräti 64 prosenttia. Julkisen suun

terveydenhuollon asiakasmaksut tulevat maksukaton piiriin vuoden 2022 alussa, minkä voidaan olettaa lisäävän jonkin verran siirtymää terveyskeskuksiin.

Hammaslääkäriliiton työvoimaselvityksen mukaan 37 prosenttia hammaslääkäreistä työskenteli päätoimisesti yksityissektorilla vuonna 2019. Yksityissektorilla päätoimisen hammaslääkärin tuntipalkka oli tuolloin noin 30 prosenttia korkeampi kuin julkisella sektorilla, ja yksityissektorin viikkotyöaika oli arviolta viisi tuntia lyhyempi kuin julkisella sektorilla (Hammaslääkäriliiton työmarkkinatutkimus 2019). Suun terveydenhuollon ammattilaisten työllisyysaste on korkea, joten julkisella sektorilla olisi todennäköisesti vaikeuksia rekrytoida lisää henkilökuntaa, vaikka palvelutarve kasvaisi sairausvakuutuskorvausten lakkauttamisen myötä. Tällöin jouduttaisiin todennäköisesti turvautumaan ostopalveluihin ja palveluseteliostoihin, mikä lisäisi hallinnollisia kustannuksia. Toisaalta voidaan arvioida, että yksityissektorin vähentyvä kysyntä laskisi ostettavien palvelujen hintoja siten, että kokonaiskustannukset ostoista hallinnollisine kuluineen vastaisivat enintään julkisen sektorin oman palvelutuotannon kustannuksia. Esimerkiksi Helsingin kaupungin suun terveydenhuollossa havaittiin tämä vuonna 2018 tehdyssä selvityksessä.³

Laskelma suun terveydenhuollon asiakkaiden siirtymisestä yksityissektorilta julkiselle sektorille

Mikäli sairausvakuutuskorvaukset lakkautettaisiin, yksityisen hammashoidon asiakkaiden potentiaalisia siirtymiä julkiselle sektorille voitaisiin arvioida jakamalla asiakkaat asiakastyypin mukaan kolmeen ryhmään ja kukin ryhmä kolmeen eri skenaarioon. Seuraavan laskelman pohjana on vuosi 2019, jolloin yksityistä sairausvakuutuskorvattua hammashoitoa käytti kaiken kaikkiaan 966 211 asiakasta (Kelan tilastotietokanta, Kelasto).

Asiakkaista arviolta 60 prosenttia (579 727 asiakasta) on vakiintuneita yksityissektorin palvelujen käyttäjiä, jotka arvostavat pitkää hoitosuhdetta ja nopeaa hoitoon pääsyä. Heistä hyvin harva siirtyisi julkiselle sektorille.

Mikäli 2 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 11 595 (Skenaario 1)

Mikäli 4 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 23 189 (Skenaario 2)

Mikäli 6 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 34 784 (Skenaario 3)

Asiakkaista arviolta 10 prosenttia (96 621 asiakasta) on satunnaisia ensiavussa kävijöitä. Heistä hyvin harva siirtyisi julkiselle sektorille.

Mikäli 2 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 1 932 (Skenaario 1)

Mikäli 4 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 3 865 (Skenaario 2)

³ [Helsingin kaupungin suun terveydenhuollon saatavuus ja tuloksellisuus 2018](#)

Mikäli 6 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 5 797 (Skenaario 3)

Asiakkaista arviolta 30 prosenttia (289 863 asiakasta) ei ole erityisen sitoutunut käyttämään yksityissektoria. Merkittävä osa heistä siirtyisi julkiselle sektorille.

Mikäli 30 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 86 959 (Skenaario 1)

Mikäli 40 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 115 945 (Skenaario 2)

Mikäli 50 % siirtyisi, siirtyviä asiakkaita olisi 144 932 (Skenaario 3)

Yhteensä siirtyviä asiakkaita olisi eri skenaarioissa arviolta:

100 486, mikä tarkoittaa, että **10,4 prosenttia** kaikista asiakkaista siirtyisi yksityiseltä palveluntuottajalta julkiselle (Skenaario 1)

142 999, mikä tarkoittaa, että **14,8 prosenttia** kaikista asiakkaista siirtyisi (Skenaario 2)

185 513, mikä tarkoittaa, että **19,2 prosenttia** kaikista asiakkaista siirtyisi (Skenaario 3)

Tulokset

Taulukossa 3 on esitetty tiivistettynä asiakassiirtymien määrä eri skenaarioissa sekä näiden siirtymien aiheuttamat potentiaaliset kustannusvaikutukset julkiselle sektorille. Asiantuntija-arvioiden perusteella todennäköiset asiakassiirtymät olisivat siis eri skenaarioissa yksityisissä lääkäripalveluissa ja tutkimuksissa 0–10 prosenttia, ja suun terveydenhuollossa noin 10–20 prosenttia.

Erikoislääkärikäyntien osalta erikoisalojen asiakassiirtymien arvioidaan olevan 0–5 prosenttia; poikkeuksena naistaudit sekä yleislääkärikäynnit ja yleislääketieteen erikoislääkärikäynnit (siirtymät 0–10 prosenttia) ja toisaalta anestesiologia, jossa siirtymäksi oletetaan 0 prosenttia kaikissa skenaarioissa.

Erilaisin siirtymäoletuksin kustannukset yhteensä lääkärikäynneistä, hammashoidosta sekä muusta tutkimuksesta ja hoidosta olisivat hyvinvointialueille skenaariossa 1 noin 22,5 miljoonaa euroa, skenaariossa 2 (niin sanottu keskiarvoskenaario) noin 40 miljoonaa euroa, ja skenaariossa 3 noin 61 miljoonaa euroa. On huomattava, että suurin osa kustannuksista on skenaarioissa suun terveydenhuollosta aiheutuvaa. Kustannusarvioissa on huomioitu suun terveydenhuollon asiakasmaksut vuonna 2019 toteutuneen keskimääräisen asiakaskohtaisen asiakasmaksun mukaisesti. Muut asiakasmaksut on arvioitu asiakasmaksulain enimmäismäärien mukaisina asiakasmaksuina niiltä osin, kuin asiakasmaksulaissa on säädetty enimmäismääristä. Esimerkiksi hoitajakäyntien osalta arvioissa ei ole huomioitu asiakasmaksuja, koska hoitajakäyntien asiakasmaksuille ei ole tarkkaa enimmäismäärää asiakasmaksulaissa asetettu.

Taulukko 3. Arvioidut asiakassiirtymät eri skenaarioissa ja siirtymien kustannukset hyvinvointialueille.

	Siirtyvien asiakkaiden määrä	Kustannukset (milj. €)	Siirtyvien asiakkaiden määrä	Kustannukset (milj. €)	Siirtyvien asiakkaiden määrä	Kustannukset (milj. €)
	<i>Skenaario 1 (0 % siirtymä)</i>		<i>Skenaario 2 (2–5 % siirtymä)</i>		<i>Skenaario 3 (5–10 % siirtymä)</i>	
<i>Yksityiset lääkärikäynnit (sis. tutkimukset) yhteensä</i>	0	0	69 000	7,4	151 000	16,6
	<i>Skenaario 1 (0 % siirtymä)</i>		<i>Skenaario 2 (1 % siirtymä)</i>		<i>Skenaario 3 (3 % siirtymä)</i>	
<i>Fysioterapia, sädehoito, sytostaattihoido yhteensä</i>	0	0	1 700	1,0	5 100	2,9
	<i>Skenaario 1 (10,4 % siirtymä)</i>		<i>Skenaario 2 (14,8 % siirtymä)</i>		<i>Skenaario 3 (19,2 % siirtymä)</i>	
<i>Yksityinen hammashoito yhteensä</i>	100 000	22,5	143 000	32,0	186 000	41,5
Kustannukset ilman hammashoitoa		0		8,4		19,5
Kaikki kustannukset yhteensä		22,5		40,4		61,0

Tässä muistiossa esitettyjen kustannusarviointien kohdalla on syytä muistaa, että arviot perustuvat lukuisiin oletuksiin, joten tuloksia on syytä tulkita varoen. Käytävissä ei ole tutkimustietoa siitä, kuinka moni siirtyisi milläkin korvaustasolla osittain tai kokonaan pois yksityis palvelujen piiristä ja miltä osin nämä korvautuisivat julkisen sektorin käynneillä. Valmisteluryhmä esittää erilaisia skenaarioita, mutta etukäteen ei voida luotettavasti arvioida, miten korvausten lakkauttaminen vaikuttaisi palvelujen käyttöön.

On hyvin todennäköistä, että sairausvakuutus korvausten mahdollinen lakkauttaminen näkyisi eri hyvinvointialueilla erikokoisina asiakassiirtyminä. Myös siirtymien määrä eri erikoisalojen kohdalla todennäköisesti vaihtelisi paljon. Tässä esitetyt luvut ovat keskimääräisiä oletuksia muutosten kokonaisvaikutuksista asiakassiirtymiin ja kustannusvaikutukseen julkiselle sektorille. Todelliset vaikutukset olisivat huomattavasti hienosyisempiä kuin mihin tällä tarkastelulla voidaan päästä.

On hyvinkin oletettavaa, että yksityinen sektori pyrkisi kompensoimaan potentiaalisia asiakasmenetyksiään eri tavoilla (palveluiden parantaminen, palveluiden hintojen tarkistaminen, erikoistuminen jne.) ja lisäämään markkinointia. Tämä luonnollisesti vaikuttaisi asiakassiirtymien määrään.

Myös ajallinen aspekti siirtymien arvioimisessa ei näy kustannusvaikutuksissa. Siirtymät voivat olla aluksi suuria, mutta asiakkaita voi siirtyä myöhemmin takaisin yksityiselle sektorille useammasta syystä (palvelutaso julkisella ei ollut tyydyttävä; yksityisen palvelun hintataso tulee kilpailukykyisemmäksi jne.). Näistäkin syistä laskelmiin on syytä suhtautua suuntaa antavina. Terveystoimintakenttä tulee joka tapauksessa olemaan muutoksessa – toteutetaan sairausvakuutuskorvausten lakkauttaminen tai ei.