



Tuloksellisuustarkastuskertomus 228/2011

Sairaanhoitovakuutus

– erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista

Valtiontalouden tarkastusviraston
tarkastuskertomus 6/2011



Tuloksellisuustarkastuskertomus 228/2011
Sairaanhoitovakuutus
– erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja
yksityishammaslääkäreiden palkkioista

Tämä kertomus julkaistaan sarjassa
Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset numerolla 6/2011

ISSN-L 1799-8093
ISSN 1799-8093 (nid.)
ISSN 1799-8107 (PDF)
ISBN 978-952-499-193-3 (nid.)
ISBN 978-952-499-194-0 (PDF)

Edita Prima Oy
Helsinki 2011

Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus

Dnro 260/54/2009

Valtiontalouden tarkastusvirasto on suorittanut tarkastussuunnitelmaansa sisältyneen sairaanhoitovakuutusta koskeneen tarkastuksen. Tarkastus on tehty tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuksesta antaman ohjeen mukaisesti.

Tarkastuksen perusteella tarkastusvirasto on antanut tarkastuskertomuksen, joka lähetetään sosiaali- ja terveysministeriölle sekä tiedoksi eduskunnan tarkastusvaliokunnalle, valtiovarainministeriölle ja valtiovarain controller -toiminnolle.

Tarkastuksen jälkiseurannassa tarkastusvirasto tulee selvittämään, mihin toimenpiteisiin tarkastuskertomuksessa esitettyjen huomautusten johdosta on ryhdytty. Jälkiseuranta tehdään vuonna 2013.

Helsingissä 17. päivänä kesäkuuta 2011

Ylijohtaja Vesa Jatkola

Johtava tuloksellisuustarkastaja Juho Nurminen

Tarkastuksen tekijät:

Johtava tuloksellisuustarkastaja Juho Nurminen

Johtava tuloksellisuustarkastaja Ville Vehkasalo

Tarkastuksen ohjaus ja laadunvarmistus:

Tuloksellisuustarkastuspäällikkö Armi Jämsä

Tuloksellisuustarkastusjohtaja Jarmo Soukainen

Tarkastetusta toiminnasta vastuullinen hallinnonala:

sosiaali- ja terveysministeriö

Asiasanat:

sairaanhoitovakuutus, sairausvakuutus, korvausjärjestelmä, terveys-
poliittiset tavoitteet, ohjausvaikutus, hoitotakuu

Sisällys

Tiivistelmä	7
Resumé	9
1 Johdanto	11
2 Tarkastusasetelma	13
2.1 Tarkastuskohteen kuvaus	13
2.2 Tarkastuskysymykset ja tarkastuskohteen rajaukset	16
2.3 Tarkastuskriteerit	17
2.4 Tarkastusaineistot ja -menetelmät	18
3 Tarkastushavainnot	20
3.1 Sairausvakuutusjärjestelmän viimeaikaisesta kehityksestä	20
3.2 Sairaanhoidovakuutuksen ohjausvaikutus	23
3.2.1 Ohjausinstrumenttien nykytila	23
3.2.2 Korvausjärjestelmän strategisten tavoitteiden toteutuminen	24
3.2.3 Hoitotakuu ja sairaanhoidovakuutus	33
3.2.4 Järjestelmän läpinäkyvyys	36
3.3 Korvausten vaikuttavuus	38
3.3.1 Korvaustaksojen korotus	38
3.3.2 Palkkioihin vaikuttaminen	45
4 Tarkastusviraston kannanotot	48
Lähteet	53
Liitteet	59

Sairaanhoitovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista

Sairausvakuutus on yleinen terveydenhuollon rahoitusmuoto monessa läntisessä teollisuusmaassa. Se voi olla joko julkinen tai yksityinen. Julkinen sairausvakuutus on terveydenhuollon pääasiallinen rahoitusmuoto erityisesti Keski-Euroopassa. Suomessa sairausvakuutus on ollut käytössä noin 50 vuotta. Sairausvakuutuksen käyttöönotolla pyrittiin siirtämään terveydenhuollon painopistettä sairaalahoidosta avohoitoon. Lisäksi haluttiin parantaa palvelujen saatavuutta maan eri osissa sekä korvata sairauden aiheuttamia ansionmenetyksiä.

Sairausvakuutus muodostaa varsin laajan kokonaisuuden niin toiminnallisesti kuin siihen käytetyn rahamääränkin perusteella arvioiden. Sairausvakuutus jakaantuu nykyisellään työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Tarkastuksessa keskityttiin yhteen sairaanhoitovakuutuksesta korvattavaan kokonaisuuteen: korvauksiin yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Kansaneläkelaitoksen maksamat korvaukset kyseisistä palkkioista olivat vuonna 2010 noin 190 miljoonaa euroa.

Tarkastuksessa selvitettiin sitä, edistävätkö sairaanhoitovakuutuksen korvaukset yksityislääkärien ja yksityishammaslääkärien palkkioista väestön yhdenmukaista mahdollisuutta täydentää julkisia terveystalvakuutuspalveluja kohtuullisin kustannuksin. Tätä arvioitiin sosiaali- ja terveysministeriön strategiaa ja järjestelmän nykytilaa vertailemalla, hoitotakuun avulla sekä järjestelmän läpinäkyvyyttä arvioimalla. Lisäksi tarkasteltiin sitä, miten korvaukset kohdistuvat eri väestöryhmiin ja minkälaisia seurauksia korvaustasojen nostoilla on ollut.

Tarkastuksessa havaittiin, että korvausjärjestelmään liittyy monia sellaisia piirteitä, jotka heikentävät kansalaisten yhdenmukaisia mahdollisuuksia täydentää julkisia terveystalvakuutuspalveluja sairausvakuutuksella. Sairausvakuutusjärjestelmä on vaikeasti hahmottuva kokonaisuus ja kansalaisen on etukäteen hankalaa arvioida mikä on hänen omavastuusuutensa korvauksen jälkeen. Sairausvakuutusjärjestelmän korvaustaksoja on noin kaksi ja puoli tuhatta (2 500) ja järjestelmän terminologia hallinnollista sekä kansalaiselle vierasta. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee selvittää mahdollisuuksia järjestelmän ymmärrettävyyden parantamiseksi.

Tarkastuksessa havaittiin, että korvaukset jakaantuvat epätasaisesti niin alueellisesti, sukupuolen perusteella kuin tulojenkin mukaan. Korvauksia maksetaan enemmän maan eteläosien asutuskeskitymissä sekä naisille. Maksettujen korvausten määrä myös kasvaa tulojen kasvaessa. Lisäksi havaittiin, että järjestelmä on sellainen, että osa palkkioiden korvauksiin tehdyistä korotuksista valuu palkkioihin, eikä siten hyödytä korvauksen saajaa. Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee selvittää keinoja kustannuksia hillitseviksi toimiksi. Esimerkiksi hintojen vertailtavuuden parantamista ja niiden tuomista kansalaisten vaivattomasti saatavaksi tulisi kehittää.

Sjukvårdsförsäkringen - särskilt ersättningarna för privatläkares och privata tandläkares arvoden

Sjukförsäkring är en vanlig form för finansiering av hälsovården i många västliga industriländer. Den kan vara antingen offentlig eller privat. En offentlig sjukförsäkring är den huvudsakliga formen för finansiering av hälsovården särskilt i Mellaneuropa. I Finland har en sjukförsäkring varit i användning i ca 50 år. Med att införa sjukförsäkringen gick man in för att överflytta tyngdpunkten i hälsovården från sjukhusvård till öppen vård. Dessutom önskade man förbättra tillgången på service i landets olika delar samt ersätta de inkomstförluster som orsakas av sjukdom.

Sjukförsäkringen utgör en synnerligen omfattande helhet, bedömt både ur funktionellt perspektiv och på basis av det för den använda penningbeloppet. Sjukförsäkringen är numera indelad i arbetsinkomstförsäkring och sjukvårdsförsäkring. Vid revisionen fokuserades på en helhet som ersätts från sjukvårdsförsäkringen: ersättningarna för privatläkares och privata tandläkares arvoden. De ersättningar som Folkpensionsanstalten betalade för dessa arvoden uppgick år 2010 till ca 190 miljoner euro.

Vid revisionen utreddes om sjukvårdsförsäkringens ersättningar för privatläkares och privata tandläkares arvoden främjar befolkningens jämlika möjligheter att komplettera de offentliga hälsovårdstjänsterna till rimliga kostnader. Detta utvärderades med en jämförelse mellan social- och hälsovårdsministeriets strategi och nuläget i systemet, med hjälp av vårdgarantin samt med en utvärdering av systemets genomskinlighet. Dessutom granskades hur ersättningarna inriktas på olika befolkningsgrupper och hurudana följer höjningarna av ersättningsnivåerna har haft.

Vid revisionen iaktogs, att ersättningssystemet är förenat med många sådana drag, som försvagar medborgarnas jämlika möjligheter till att komplettera de offentliga hälsovårdstjänsterna med en sjukförsäkring. Sjukförsäkringssystemet är en helhet som det är svårt att skapa sig en bild av, och det är för medborgaren besvärligt att på förhand bedöma vilken hans självriskandel blir efter ersättningen. Inom sjukförsäkringssystemet finns ca två och ett halvt tusen (2 500) ersättningstaxor och systemets terminologi är förvaltningsbetonad och främmande för medborgaren. Revisionsverket anser att social- och hälsovårdsministeriet bör utreda möjligheterna till att förbättra systemets begriplighet.

Vid revisionen observerades, att ersättningarna fördelar sig ojämnt både regionalt, på basis av kön och inkomster. Ersättningar betalas mera i bo-

sättningscentra i landets södra delar samt till kvinnor. Beloppet av de betalda ersättningarna stiger också med ökande inkomster. Dessutom observerades, att systemet är sådant, att en del av de förhöjningar som gjorts i ersättningarna för arvodena spiller över på arvodena, och således inte blir till nytta för ersättningstagaren. Revisionsverket anser, att social- och hälsovårdsministeriet bör utreda åtgärder i syfte att stävja kostnaderna. Exempelvis möjligheterna att göra prisjämförelser bör förbättras och de borde göras lättare tillgängliga för medborgarna.

1 Johdanto

Sairausvakuutusjärjestelmä otettiin käyttöön Suomessa lähes puoli vuosisataa sitten, vuonna 1963. Prosessi oli pitkä, sillä järjestelmää oli suunniteltu jo paljon aiemmin sekä useaan eri otteeseen. Sairausvakuutus tulikin Suomessa käyttöön kansainvälisesti vertaillen melko myöhään. Esimerkiksi Saksassa sen käyttöönotto ajoittui jo 1800-luvun loppuun.

Sairausvakuutusjärjestelmä on keskeinen terveydenhuollon järjestämistapa ja rahoitusmuoto useissa läntisissä teollisuusmaissa. Sairausvakuutus voi olla joko julkinen tai yksityinen. Yksityiset järjestelmät toimivat usein terveydenhuollon muita rahoitusmuotoja täydentävänä vakuutuksena. Julkinen sairausvakuutus on puolestaan terveydenhuollon pääasiallinen rahoitusmuoto monissa Keski-Euroopan maissa.

Sodan jälkeen valtaosa terveydenhuollon voimavaroista kului Suomessa sairaalahoitoon. Sairausvakuutusjärjestelmän perustamisella pyrittiin siirtämään terveydenhuollon painopistettä sairaalahoidosta avohoitoon, ja linjauksena olikin, että sairaalahoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta. Uudella järjestelmällä haluttiin myös korvata sairaudesta johtuvia ansionmenetyksiä ja sairaanhoitokuluja sekä parantaa palvelujen saatavuutta eri puolilla maata. Sairausvakuutusjärjestelmä on vaikuttanut työterveyshuollon ohella suuresti siihen, että yksityisten terveystalvelujen merkitys on kasvanut maamme terveydenhuoltojärjestelmässä.

Sairausvakuutusta kohtaan on esitetty ajoittain voimakastakin kritiikkiä. Korvaustason mataluus on toistuvasti keskustelun kohteena. Pienten korvausten katsotaan johtavan siihen, että alimmissa tuloluokissa ei välttämättä aina ole tosiasiallista mahdollisuutta käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Sairausvakuutus tuo lisäksi terveydenhuollon rahoitukseen monikanavaisuutta. Monikanavaisuudesta katsotaan aiheutuvan useita ongelmia, kuten epätarkoituksenmukaista palveluiden käyttöä, julkisen sektorin työvoimapulaa sekä ei-toivottuja taloudellisia kannustimia.

Kaikesta huolimatta sairausvakuutusjärjestelmä on säilynyt julkisena terveydenhuollon rahoituskanavana kunnallisen terveydenhuollon rinnalla. Korvaukset alentavat yksityisten terveystalvelujen hintaa vakuutetulle ja luovat siten enemmän vaihtoehtoja terveystalvelujen valintaan. Perusteluna on myös esitetty, että sairausvakuutus siirtää painetta pois kunnallisesta terveydenhuollosta.

Sairausvakuutus jaettiin vuonna 2006 työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Tarkastus kohdistuu sairaanhoitovakuutukseen, josta korvataan yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioita. Kansaneläkelaitoksen maksamat sairausvakuutuskorvaukset yksityislääkä-

reiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista olivat vuonna 2010 vajaat 190 miljoonaa euroa. Summa on nimellisesti lähes kaksinkertaistunut 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana.

Laajemmassa kontekstissa tarkastus liittyy Valtiontalouden tarkastusviraston strategiseen teema-alueeseen *A tuottavuus, taloudellisuus ja vaikuttavuus sekä palvelukyky*. Teema-alueen yhtenä teemana on *terveydenhuollon monikanavainen rahoitus*. Teemasta raportoidaan vuoden 2011 eduskuntakertomuksessa. Aiemmat teemaan liittyvät tarkastukset ovat *Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy* (Toiminnantarkastuskertomus 177/2008) sekä *Lääkinnällinen kuntoutus* (Tuloksellisuustarkastuskertomus 193/2009).

2 Tarkastusasetelma

2.1 Tarkastuskohteen kuvaus

Suomessa terveydenhuoltoa rahoitetaan monikanavaisesti. Valtaosan terveydenhuoltopalveluista rahoittavat kunnat, valtio, Kansaneläkelaitos, työntajat ja palvelujen käyttäjät eli kotitaloudet.¹ Suurimman taloudellisen vastuun kantavat kunnat, joiden lakisääteisiin tehtäviin terveydenhuoltopalvelujen järjestäminen kuuluu. Valtio rahoittaa terveydenhuoltoa valtionosuuksien kautta (ns. kuntakanava) ja Kansaneläkelaitoksen kautta sairausvakuutuksen muodossa (ns. Kela-kanava). Koska terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuu kuuluu kunnille, rahoittaja-järjestäjiä on muihin EU-maihin verrattuna varsin paljon. Tilanne on ongelmallinen, sillä rahoituksen kestävyyttä parantaa se, että rahoittajia on vähän ja vastavasti näiden vastuulla olevan väestön määrä on suuri.² Muissa EU-maissa rahoittaja on vastuussa vähintään sadoistatuhansista kansalaisista, kun Suomessa keskiarvo on alle 16 000 henkeä³.

Sairausvakuutuksesta säädetään sairausvakuutuslaissa⁴ sekä valtioneuvoston asetuksessa sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta⁵. Sairausvakuutuslain mukaan vakuutettuja ovat Suomessa vakinaisesti asuvat henkilöt. Sairausvakuutuslaissa todetaan, että sairausvakuutus oikeuttaa korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamista ansionmenetyksistä. Sairausvakuutus korvaa myös ulkomailla saadun sairaanhoidon tietyin ehdoin.

Laissa säädetään muun muassa sairaanhoitokorvauksesta, päivärahaetuksista ja rahoituksesta. Sairausvakuutuksen toimeenpanoon liittyvistä tehtävistä vastaa Kansaneläkelaitos, ja se myös valvoo sairausvakuutuslain nojalla annettujen asetusten ja määräysten noudattamista ja toteuttamista. Laissa määrätään lääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioista

¹ *Terveydenhuollon rahoitukseen osallistuvat myös mm. yksityiset vakuutusyhtiöt ja Raha-automaattiyhdistys. Ks. esim. Pekurinen ym. (2010).*

² *Suuri rahoittaja kestää epätavallisen suuria, väliaikaisia kustannuksia. Pienen kunnan kohdalla taas jopa muutamakin poikkeuksellisen kallis hoitotapahtuma voi aiheuttaa merkittäviä ongelmia rahoitukselle.*

³ *Pekurinen ym. (2010).*

⁴ *21.12.2004/1224.*

⁵ *30.12.2004/1335.*

korvattavasta osuudesta. Palkkiosta, joka peritään lääkärin ja hammaslääkärin suorittamasta tutkimuksesta ja antamasta hoidosta, korvataan 60 prosenttia. Mikäli peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvaus määräytyy korvaustaksan mukaisesta määrästä. Laissa todetaan, että lääkärinpalkkioiden ja hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät sekä perusteet lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden yleis- ja erikoistaksoille säädetään valtioneuvoston asetuksella. Korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella Kansaneläkelaitos vahvistaa luettelon korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Valtioneuvoston asetuksessa sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta säädetään muun muassa etuuksien hakemisesta ja maksamisesta sekä rahoituksesta. Lisäksi korvaustaksoista säädetään valtioneuvoston asetuksessa sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista⁶.

Sairausvakuutus koostuu työtulovakuutuksesta ja sairaanhoitovakuutuksesta. Työtulovakuutus korvaa niitä ansionmenetyksiä, joita aiheutuu sairaudesta, raskaudesta, synnytyksestä tai lapsen tai sairaan lapsen hoidosta. Työtulovakuutuksesta rahoitetaan

- sairauspäivärahat
- osasairauspäivärahat
- työterveyshuolto (työnantajille maksettavat korvaukset)
- vanhempainpäivärahat (työnantajille maksettavat korvaukset)
- erityishoitorahat.

Työtulovakuutuksen rahoitus koostuu työnantajien, palkansaajien, yrittäjien ja valtion osuuksista. Valtio rahoittaa vähimmäismääräiset sairaus- ja vanhempainpäivärahat ja vähimmäismääräiset kuntoutusrahat. Valtio rahoittaa myös 0,1 prosenttia vanhempainpäivärahamenoista sekä osuuden yrittäjien ja maatalousyrittäjien työterveyshuollon menoista. Edelleen valtio turvaa sairausvakuutusrahaston maksuvalmiuden. Työtulovakuutuksen rahoittamiseksi kerättävät maksut vahvistetaan vuosittain valtioneuvoston asetuksella.

Sairanhoitovakuutus puolestaan korvaa sairaanhoidon sekä raskauden ja synnytyksen aiheuttamia kustannuksia. Sairanhoitovakuutuksesta korvataan

- lääkekorvauksia
- yksityislääkärin palkkioita
- yksityishammaslääkärin palkkioita

⁶ 30.12.2004/1336.

- tutkimusta ja hoitoa
- matkoja.

Sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta vastaavat valtio ja vakuutetut puoleksi. Valtio kuitenkin rahoittaa yksin sairaanhoidon korvaukset muihin EU-maihin, ulkomailla asuvien sairaanhoidosta kunnille aiheutuvat kustannukset ja osan Kansaneläkelaitoksen toimintakustannuksista.⁷ Vakuutettujen osuus rahoitetaan sairausvakuutusmaksulla, joka on kunnallisveron tapaan suhteellinen veroluonteinen maksu.

Kansaneläkelaitos on maksanut sairausvakuutuskorvauksia yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista yhteensä 150–200 miljoonaa euroa vuosittain vuosina 2000–2010 (Taulukko 1).

TAULUKKO 1. Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutuskorvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista vuosina 2000–2010, miljoonaa euroa (nimellisarvoja).⁸

	Yksityiset lääkäripalvelut	Yksityiset hammaslääkäripalvelut	Yhteensä
2000	59,9	41,3	101,2
2001	63,9	56,1	120
2002	64,6	64,9	129,5
2003	65,5	93,1	158,6
2004	64,6	95	159,6
2005	62,5	91,5	153
2006	63,4	91,6	155
2007	65,7	93,5	159,2
2008	66,2	118,6	184,8
2009	73,6	124,9	198,5
2010	73,4	113,1	186,5

Vuoden 2011 talousarvioesityksessä⁹ sairaanhoitovakuutuksen menot ja valtionosuudet ovat arviolta 2 346 miljoonaa euroa. Tästä summasta lää-

⁷ *Kansaneläkelaitos (2010a), valtiovarainministeriö (2008) ja sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 582/2005.*

⁸ *Kansaneläkelaitos (2010b) ja Kelasto:*

http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet?IBIF_ex=NIT127AL.

käripalkkioiden korvauksiin on varattu 78 miljoonaa euroa ja hammaslääkäripalkkioiden korvauksiin 128 miljoonaa euroa. Sairausvakuutuksen valtionosuudeksi vuonna 2011 arvioidaan 1 281 miljoonaa euroa ja tästä summasta noin 90 prosenttia on sairaanhoitovakuutuksen menoja.

Tarkastus koskee sairaanhoitovakuutusta. Aihetta tarkastellaan ensisijaisesti yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioiden sairaanhoitovakuutuksen korvausten kautta. Tarkastus koskettaa myös monikanavaisuuden problematiikkaa käsitellessään sairausvakuutuksen roolia Suomen terveydenhuollon rahoituksen kentässä. Kansainvälisesti vertailun Suomen terveydenhuoltojärjestelmän erikoisuus on kaksi julkista rahoituskanavaa, joilla rahoitetaan osin rinnakkaisia palveluja.

2.2 Tarkastuskysymykset ja tarkastuskohteen rajaukset

Sairausvakuutusjärjestelmä muodostaa sangen laajan kokonaisuuden niin toiminnallisesti kuin siihen käytetyn rahamääränkin perusteella arvioiden. Tarkastuksen kohdistamisen kannalta tämä oli haaste, sillä kaikkia sairausvakuutusjärjestelmän osia ei ollut mahdollista arvioida yhden tarkastuksen puitteissa. Oli löydettävä selvärajainen ja tarkastuksellisesti kiinnostava osakokonaisuus, joka kuitenkin kuvastaisi järjestelmää yleisemminkin.

Tarkastus päätettiin suunnata erityisesti kahteen järjestelmän sairaanhoitovakuutukseen sisältyvään korvausmuotoon: korvauksiin yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Valittu kohde on tarkastuksellisesti kompakti, ja sen perusteella on mahdollista arvioida joitakin sairausvakuutusjärjestelmän ominaispiirteitä.

Valtion talousarvioesityksestä johdettu tarkastuksen pääkysymys on seuraava.¹⁰

Edistävätkö sairaanhoitovakuutuksen korvaukset yksityislääkärien ja yksityishammaslääkärien palkkioista väestön yhdenmukaista mahdollisuutta täydentää julkisia terveystalouksia kohtuullisin kustannuksin?

⁹ Valtion talousarvioesitys 2011.

¹⁰ Valtion talousarvioesityksessä on useana vuonna momentilla 33.30 selvitysosassa viitattu "kohtuullisiin kustannuksiin".

Pääkysymystä täsmentävät osakysymykset. Osin ne sisältävät myös terveydenhuollon monikanavaisen rahoitukseen liittyviä ongelmakohtia.

1. Onko korvausjärjestelmällä terveystalouden tavoitteiden¹¹ mukaista ohjausvaikutusta?
 - Miten järjestelmä tukee terveystaloudellista strategiaa?
 - Miten korvaukset vaikuttavat palvelujärjestelmään? Täydentävätkö niillä hankitut yksityiset palvelut julkisia palveluja, vai korvaavatko ne osittain joitakin julkisia palveluja?
 - Miten hoitotakuukriteerit toimivat yksityisellä puolella; miten Kansaneläkelaitos voi valvoa kriteerien täyttymistä?
 - Onko korvausjärjestelmä ymmärrettävä ja läpinäkyvä?
2. Onko korvauksilla mahdollista parantaa kansalaisten yhdenvertaisia valintamahdollisuuksia?
 - Miten korvaukset vaikuttavat eri väestöryhmiin?
 - Miten korvausten korotukset ovat vaikuttaneet palkkioihin? Miten omavastuut ovat kehittyneet?
 - Onko mahdollista vaikuttaa palkkiotasojen kehittymiseen?

2.3 Tarkastuskriteerit

Sairausvakuutusta koskeva lainsäädäntö samoin kuin eduskunnan ja eri viranomaisten asiakirjat sisältävät terveydenhuollon tavoitteita ja kannanotoja. Esimerkiksi eduskunnan tulevaisuusvaliokunta on käsitellyt terveydenhuollon tulevaisuutta laajassa kannanotossaan¹². Tarkastuksen kannalta keskeisimpiä ovat sosiaali- ja terveysministeriön asiakirjat, jotka sisältävät sairausvakuutusta ja sen kehittämistä koskevia linjauksia.

Terveydenhuoltoa tai sairausvakuutusta ja niiden tavoitteita on käsitelty mm. hallitusohjelmassa¹³, Sosiaali- ja terveystalouden strategioissa¹⁴, Kansaneläkelaitoksen tiedotteessa hoitoon pääsyn perusteista¹⁵ sekä muistiassa sairaanhoitovakuutuksen kehittämisestä¹⁶.

Ensimmäisen tarkentavan osakysymyksen alakohtiin voidaan tarkastuskriteereinä soveltaa seuraavia julkilausuttuja tavoitteita.

¹¹ Näistä tarkemmin luvussa 2.3.

¹² *Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006.*

¹³ *Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.*

¹⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2006).*

¹⁵ *Kansaneläkelaitos (2005a).*

¹⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

- Terveyskeskukset muodostavat terveydenhuollon perustan; yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehtoja; palvelujen tulee muodostaa toiminnallinen kokonaisuus, *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015*.
- Palvelujen saatavuuden, laadun ja vaikuttavuuden tulee parantua; korvausjärjestelmän tulee täydentää mahdollisimman hyvin julkista terveydenhuoltoa, *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015, Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen*.
- Väestön toimintakyky ja sosiaalinen hyvinvointi paranevat; väestöryhmien väliset terveyserot kaventuvat, *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015*.
- Julkisen sektorin rahoituskanavat eivät saa aiheuttaa epätarkoituksenmukaista palvelujen tarjontaa tai kysyntää tai osaoptimointia, *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015*.
- Hoitotakuun tavoitteet toteutuvat, *lainsäädäntö, Kelan tiedote*.
- Järjestelmä on kansalaisille ymmärrettävä, *hallintolaki*.

Toisen tarkentavan osakysymyksen tarkastuskriteeri on hallitusohjelmaan kirjattu tavoite nostaa todellinen korvaustaso yksityishammaslääkäreiden palkkioista 40 prosenttiin korvausperusteesta. Tavoite on kirjattu myös valtion vuoden 2008 talousarvion perusteluihin. Tämä on kriteereistä konkreettisin ja yksiselitteisin.

2.4 Tarkastusaineistot ja -menetelmät

Tarkastuksen aineisto muodostuu sairausvakuutusta koskevasta kirjallisuudesta – erilaisista tutkimuksista ja selvityksistä tilastolliset aineistot mukaan lukien. Tarkastusaineistoa hankittiin myös asiantuntijahaastattelulla.

Tarkastuksen kannalta hyödyllisiä, suhteellisen tuoreita selvityksiä ja tutkimuksia olivat tuottaneet Kansaneläkelaitos, sosiaali- ja terveysministeriö sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Monesti sairausvakuutusta koskeva tutkimustyö on terveystaloustieteellistä ja liittyy laajemmassa kontekstissa terveydenhuollon rahoitukseen.

Tarkastuksessa keskeisen aineiston muodosti tilastollinen aineisto. Aineisto käsitti yksityislääkäreiden palkkioita ja sairausvakuutuskorvaustietoja vuosilta 1988, 1992, 2007 ja 2010 sekä yksityishammaslääkäreiden vastaavia tietoja vuosilta 1988, 1992 ja 2004–2010. Kyseisiä tilastotietoja kerää Kansaneläkelaitos, jonka tietokannoista aineisto saatiin. Aineisto analysoitiin Stata-tilasto-ohjelmalla.

Järjestelmän hallinnointia ja ohjausta koskevia asiantuntijahaastatteluita tehtiin Kansaneläkelaitoksessa sekä sosiaali- ja terveysministeriössä. Sairausvakuutusjärjestelmään ja terveydenhuollon rahoitukseen perehtyneitä tutkijoita haastateltiin Kansaneläkelaitoksessa sekä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa. Tarkastuksessa haastateltiin myös lääketieteen ja hammaslääketieteen asiantuntijoita.

Tarkastuskertomusluonnoksesta pyydettiin palaute sosiaali- ja terveysministeriöltä sekä Kansaneläkelaitokselta. Saadut palautteet otettiin huomioon lopullisessa tarkastuskertomuksessa.

3 Tarkastushavainnot

Tarkastuskertomuksen kolmas luku sisältää tarkastushavainnot. Luvussa 3.1 luodaan lyhyt katsaus sairausvakuutusjärjestelmän viime vuosien kehitykseen. Luvussa 3.2 käsitellään sitä, onko korvausjärjestelmällä terveyspoliittisten tavoitteiden mukaista vaikutusta, hoitotakuuta ja järjestelmän ymmärrettävyyttä. Luvussa 3.3 arvioidaan korvausjärjestelmän toimivuutta ja erityisesti sitä, mitä vaikutuksia korvaustasojen muutoksilla on.

3.1 Sairausvakuutusjärjestelmän viimeaikaisesta kehityksestä

Sairausvakuutusjärjestelmä on nykyisellään varsin toisennäköinen kuin alkuaikoinaan 1960- tai 1970-luvulla. Myös sitä kohtaan asetetut odotuksen ovat muuttuneet. Seuraavassa yhteenvedossa kuvataan lyhyesti järjestelmään tehtyjä muutoksia. Päähuomio on 2000-luvulla tapahtuneessa kehityksessä. Tarkoitus on hahmottaa sitä, mihin suuntaan järjestelmää on viime aikoina kehitetty, ja sen kautta ymmärtää sairausvakuutuksen asemaa terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuudessa.

2000-luvulla on tehty monia muutoksia päivärahoihin, sairaanhoitokorvauksiin ja työterveyshuoltoon.¹⁷ Valtaosaa uudistuksista voinee kuvata merkitykseltään rajallisiksi, lähinnä päivityksiksi tai täydennyksiksi olemassa oleviin etuuksiin – rajallisiksi siinä mielessä, että todellisiksi uusiksi linjauksiksi niitä ei voi luonnehtia. Esimerkkinä mainittakoon päivärahojen vähimmäismäärien korotukset tai ajanjaksolle osuneen euroon siirtymisen aiheuttama rahamäärien euroistaminen. Teknisluntoisena muutoksena sairausvakuutuslakiin lisättiin vuonna 2007 säännökset korvauksen maksamisesta suoraan palvelujen tuottajalle, kun tämä on perinyt asiakkaalta hinnan, josta sairausvakuutus on vähennetty.

Astetta merkittävämpinä muutoksina voidaan pitää kokeiluja julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon yhteistyöhankkeesta Jyväskylässä sekä julkisissa tiloissa annetun yksityisen terveydenhuollon sairausvakuutus-korvattavuudesta. Ensin mainitussa lisätään potilaan valinnanvapautta, sillä ensimmäisen hoitokerran saa miltei samaan hintaan julkiselta ja yksityiseltä palveluntarjoajalta. Julkisissa tiloissa annetun yksityisen terveyden-

¹⁷ *Tiivis katsaus kehitykseen, ks. Kansaneläkelaitos (2010b).*

huollon korvattavuudella pyritään yksityisen terveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantamiseen niillä alueilla, joilla näitä on heikosti tarjolla.

Merkittäviä muutoksia läpi vuosikymmenen on sen sijaan tehty lääkekorvausjärjestelmään, sillä sitä on kehitetty aktiivisesti. Muutosten syynä ovat olleet jatkuvasti kasvavat lääkemenot, joita on pyritty hillitsemään. Keskeisiä uudistuksia ovat olleet vuonna 2003 käyttöön otettu lääkevaihto ja sitä täydentävä viitehintajärjestelmä vuodelta 2009.

Vuoden 2005 alusta lähtien oikeus sairauspäivärahaan on ollut 67-vuotiaaksi asti, kun aiemmin ikäraja oli 64 vuodessa. Lisäksi vuoden 2007 alusta alkaen on käytössä ollut osasairauspäiväraha, jonka avulla halutaan tukea pitkältä sairauslomalta työhön paluuta. Uudistukset tukevat aiempaa pidempää pysymistä työelämässä.

Sairausvakuutusjärjestelmän rahoitusrakennetta uudistettiin merkittävästi, kun vuonna 2006 tehtiin jako sairaanhoitovakuutuksen rahoitukseen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen (ks. myös luku 2.1). Vakuutetuille tämä näkyi siten, että ansiotulosta alettiin periä sairausvakuutusmaksun sijasta sairaanhoitomaksua sekä päivärahamaksua. Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan uudistuksella tavoiteltiin selkeämpää sairausvakuutusten etuukseen rahoitusta ja pienempää riippuvuutta valtion vuosittaisista talousarvioista. Lisäksi pyrittiin vahvistamaan vakuutusperiaatetta. Ministeriön mukaan rahoituksen epätasapaino oli useita vuosia heikentynyt sairausvakuutusmenojen noustessa yleistä ansio- ja kustannuskehitystä nopeammin. Uudistusten tarkoituksena on turvata etuukseen riittävä rahoitus. Vakuutusperiaatteen arvioidaan vahvistuvan, kun maksujen ja etuukseen välistä yhteyttä tiivistetään.¹⁸

Yksityissektorin lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioiden sekä tutkimuksen ja korvauksen hoitotoimenpiteiden taksoihin on tehty 2000-luvulla useita uudistuksia. Pääasiassa nämäkin ovat olleet tarkistuksenomaisia toimenpiteitä tai pieniä laajennuksia. Lääkärinpalkkioiden korvausten edellinen varsinainen tasokorotus on niinkin kaukaa kuin vuodelta 1989, jolloin korvaustasoa nostettiin 34 prosenttia. Samassa yhteydessä nostettiin myös hammaslääkäreiden palkkioiden korvaustasoa, joskin vähemmän eli 24 prosenttia.

Suun terveydenhuollon korvattavuutta on kehitetty eri toimenpiteillä 2000-luvulla. Vuoden 2002 joulukuusta koko väestö on ollut sairausvakuutuksen korvaaman hammashuollon piirissä (tämä näkyi myös maksettujen korvausten kehityksessä, vuonna 2003 korvausten määrä nousi edelliseen vuoteen verrattuna huomattavasti, ks. taulukko 1). Lisäksi vuoden 2010 alusta lukien suuhygienistin antama hoito korvataan, kun hoito pe-

¹⁸ *Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 582/2005.*

rustuu yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin määräkseen. Vuoden 2008 alusta alkaen korotettiin hammaslääkäripalkkioiden korvaustaksoja 28 prosenttia tavoitteena hallitusohjelmaan kirjattu 40 prosentin korvaustaso todellisesta kustannuksesta.¹⁹

Tarkastushaastatteluissa esitettiin arvioita, että sairausvakuutusta kohtaan ei ole tänä päivänä erityisen suurta kehittämistä, koska ensisijaisesti panostetaan kunnalliseen terveydenhuoltoon. Samoin haastatteluissa arvioitiin, että palvelusetelin tulo terveydenhuoltoon on vähentänyt mielenkiintoa sairausvakuutusta kohtaan. Kansaneläkelaitoksen taholta on tehty hallitusohjelmaan tukeutuen ehdotuksia järjestelmän kehittämisestä, mutta ministeriössä ehdotuksia ei ole viety eteenpäin.

Sairausvakuutuskorvausten tason lasku on herättänyt huolta eri tahoilla. On esimerkiksi arveltu, että mikäli järjestelmää ei kehitetä, se supistuu lääkäripalvelujen osalta tavallaan yritystueksi.²⁰ Erään näkemyksen mukaan sairausvakuutuksen merkitys terveydenhuollon rahoituskentässä on kaventunut korvaustaksojen jälkeensä jääneisyyden seurauksena. Tämän kritiikin mukaan on nähtävissä, että sairaanhoitovakuutusta ei haluta kehittää vaihtoehtoiseksi hoito- ja rahoitusmuodoksi julkisen terveydenhuollon rinnalla.²¹ Myös ministeriön omassa muistiossa sairaanhoitovakuutuksen kehittämisestä arvioidaan, että lääkäripalkkioiden, hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvaustason aleneminen johtaa sairaanhoitovakuutuksen suhteellisen merkityksen marginalisoitumiseen.²²

Sosiaali- ja terveysministeriössä korostettiin, että sairausvakuutuksen rooli on täydentävä ja niukat resurssit suunnataan ensisijaisesti kunnalliseen terveydenhuoltoon. Tilanne on se, että jos jossain lisätään resursseja, ovat ne jostain muualta pois. Lisäksi hoitotakuun voimaan tultua sairausvakuutukseen panostaminen saattaisi olla jopa haitallista.

Sairausvakuutusjärjestelmää on koko ajan jollain tavoin uudistettu, erityisesti lääkekorvausjärjestelmää nopeasti kasvavien kustannusten pakko-raossa. Lääkäripalveluiden korvaustasojen kautta arvioiden järjestelmän merkitys on kieltämättä vähentynyt. Korvausprosentti lääkäripalkkioista oli 1980-luvun lopussa kymmenen prosenttiyksikköä korkeampi kuin tänä päivänä. Hammaslääkäreiden palkkioiden korvausprosentti on laskenut

¹⁹ *Kansaneläkelaitos (2010b).*

²⁰ *Mikkola ym. (2011). Näkemys siitä, että korvaukset ovat yhdenlaisia subventioita yrityksille, on esitetty eri tahoilta ja eri yhteyksissä monestikin, ks. myös esim. Pekurinen (2010).*

²¹ *Mattila (2006).*

²² *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

vielä enemmän; tosin korvausprosentti oli 1980-luvulla ja on edelleen korkeampi kuin lääkäreillä.

3.2 Sairaanhoidovakuutuksen ohjausvaikutus

3.2.1 Ohjausinstrumenttien nykytila

1990-luvun alkuun asti valtio kykeni ohjaamaan kunnallista terveydenhuoltoa valtionosuuksien kautta, sillä järjestelmään oli kytketty valtakunnallinen suunnittelu, jota kuntien sosiaali- ja terveydenhuollossa tuli noudattaa. Kunnille maksettiin niiden kantokyvyn mukaan määritelty osuus sosiaali- ja terveydenhuollon menoista. Menettelytapa kannusti kuntia investoimaan ja kehittämään palveluja mutta ei menojen kasvun hillintään. Tosin tilanne vaihteli kunnittain kunnan saaman valtionosuuden määrän mukaan.

Talouslaman seurauksena valtionosuusjärjestelmä muuttui ja vuonna 1993 luovuttiin käyttötarkoitukseen sidotuista valtionosuuksista. Kuntien valtionosuudet ovat määräytyneet siitä lähtien laskennallisin perustein, ja ne voivat käyttää saamansa valtionosuudet vapaasti oman harkintansa mukaan. Uudistus lisäsi kuntien kustannustietoisuutta, mutta samalla kannuste palveluiden kehittämistä kohtaan heikentyi. Valtionosuusuudistus rajoitti merkittävästi valtiovallan mahdollisuuksia ohjata kunnallista terveydenhuoltoa. Valtionosuusuudistuksen seurauksena realisoitui myös eri toimijoiden kannuste pyrkiä siirtämään rahoitusvastuuta muille osapuolille. Kunnallisen terveydenhuollon ja Kansaneläkelaitoksen välillä on ollut erimielisyyttä esimerkiksi siitä, kenelle kuuluu rahoitusvastuu eräissä lääkinnällisen kuntoutuksen tapauksissa²³.

Valtion terveydenhuollon ohjausinstrumenttina on viime vuosina ollut käytössä lähinnä informaatio-ohjaus, jonka vaikuttavuus on monessa yhteydessä todettu heikoksi. Esimerkiksi vuosina 2003–2010 käytössä ollut järjestelmä sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämishankkeiden valtionavustuksista ei toiminut sosiaali- ja terveysministeriön ohjauksen välineenä sillä tavoin, kuin oli tarkoitettu²⁴. Ohjausta on pyritty täsmentämään

²³ Pekurinen ym. (2010).

²⁴ Valtiontalouden tarkastusvirasto (2007).

viime aikoina myös asetuksilla esimerkiksi neuvolatoiminnassa ja koulu-terveydenhuollossa²⁵.

Kunnallisvero, jolla kunnallinen terveydenhuolto valtionosuuksien ohella ja suurimmalta osin rahoitetaan, vaihtelee kuntien välillä. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutusta rahoitetaan puolestaan sairaanhoitomaksulla, joka vahvistetaan vuosittain annettavalla asetuksella. Sairaanhoitomaksu eroaa tuloverosta siten, että sen tuotto käytetään suoraan ennalta sovitun kohteeseen, joten kyseessä on siten korvamerkitty vero. Vuonna 2011 sairaanhoitomaksu on vakuutetuilla 1,19 prosenttia kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta ja verotettavista eläke- ja etuustuloista perittävä maksu on 1,36 prosenttia.²⁶ Maksut eivät vaihtele kunnittain, vaan ne ovat samansuuruisia koko maassa. Valtionosuuden määräytymisperusteissa ei oteta huomioon sairausvakuutuksen kuntaan tuomaa terveydenhuollon julkista rahoitusta.

3.2.2 Korvausjärjestelmän strategisten tavoitteiden toteutuminen

Tavoitteet ministeriön strategiassa

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiassa sairausvakuutuksen linjauksia ja tavoitteenasetteluita on niukalti. Tässä tarkasteltava ministeriön strategia *Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa* on vuodelta 2006.²⁷

Strategia liikkuu yleisellä tasolla, kuten yleensäkin tämänkaltaiset asiakirjat. Strategian muotoilu liittyy sen ja hallitusohjelman väliseen suhteeseen: strategia ulottuu yli hallituskausien ja on viitekehyksenomainen. Se on väljä ja lähinnä hallinnonalan toimintaa jäsentävä ja linjaava. Tarkemmat, konkreettiset valinnat tehdään hallitusohjelmassa tai muissa valtioneuvoston päätöksissä.²⁸

²⁵ 28.5.2009/380.

²⁶ Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 341/2010.

²⁷ Sosiaali- ja terveysministeriö (2006). Ministeriön voimassaoleva strategia *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 – Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia* (Sosiaali- ja terveysministeriö (2011)) ilmestyi vuoden 2011 alussa. Tarkastuksissa arvioidaan mennyttä toimintaa, joten juuri ilmestynyt strategia ei ole tarkastuksen kannalta relevantti.

²⁸ *Strategiaa on käsitelty yksityiskohtaisesti tarkastuskertomuksessa 196/2009 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä. Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009).*

Sairausvakuutusjärjestelmän asema ministeriön strategiassa ei ole keskeinen. Suoraan sairausvakuutusjärjestelmä mainitaan lyhyessä *Sairausvakuutus* -nimisessä kappaleessa, jossa käsitellään erityisesti vuoden 2006 rahoitusuudistusta. Kappaleessa luetellaan lisäksi muutamia sairausvakuutuksen tavoitteita ja toimenpiteitä. Sairaanhoitovakuutuksesta todetaan, että uudistetaan lääkärin, hammaslääkärin sekä tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvausperustetta ja selvitetään sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän kehittämistarpeet. Lisäksi mainitaan, että uudistetaan psykoterapian korvauseriaatteen ja fysioterapian korvattavuuden periaatteet.

Sairausvakuutusta koskevia, tarkastuksen kannalta kiinnostavia linjauksia on myös *Avaimena monipuoliset palvelut* -nimisessä kappaleessa: "Terveyskeskukset ovat osa peruspalveluja ja ne muodostavat terveydenhuollon perustan. Yksityiset sosiaali- ja terveystalot täydentävät kunnallisia palveluja ja tarjoavat niille vaihtoehtoja." Edelleen samassa kappaleessa sanotaan: "Julkisen sektorin rahoituskanavia kehitetään niin, etteivät ne aiheuta epätarkoituksenmukaista palvelujen tarjontaa tai kysyntää eivätkä mahdollista epätarkoituksenmukaista hoito- tai kustannusvastuun siirtoa toiselle rahoituskanavalle. Sosiaali- ja terveystalot rahoitusta kehitetään verorahoitteisuuden pohjalta niin, että maksujärjestelmä tukee sosiaali- ja terveydenhuollolle asetettujen yhteiskuntapoliittisten tavoitteiden toteutumista."

Strategian kappaleessa *Kavennetaan väestöryhmien välisiä terveyseroja* kiinnitetään huomiota sairausvakuutukseenkin liittyvään asiaan: "...eriarvoisuus vähenee, kun heikommassa asemassa olevien väestöryhmien suhteellinen asema paranee. [...] Lisätään palvelujärjestelmän tasa-arvoisuutta ja vahvistetaan kunnissa tapahtuvaa terveyserojen kaventamistyötä."

Strategiassa mainittuja kustannusten korvausperusteita ja korvausjärjestelmän kehittämistarpeita on selvitetty vuonna 2007 ministeriön seikkaperäisessä muistiossa sairaanhoitovakuutuksesta. Muistiossa esitettiin useita muutoksia järjestelmään, muun muassa korvausten tasoon ja laajuuteen.²⁹ Seuraavassa arvioidaan sosiaali- ja terveysministeriön onnistumista mainituissa strategisissa tavoitteissaan.

Täydentävyys

Suomen julkinen sairausvakuutusjärjestelmä on kansainvälisesti vertaillen poikkeuksellinen, sillä sen avulla rahoitetaan yksityisen sektorin tuotta-

²⁹ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

mia, osin samoja terveystalvaeluja joita kansalaisille on tarjolla kunnallisen verorahoitteen terveydenhuollon kautta. Järjestely on kokonaisuuden hallittavuuden kannalta epätydyttävä, sillä se muun muassa hankaloittaa rahoituksen koordinoimtia ja luo haitallisia kannusteita. Nykyisellään järjestelmä nimittäin kannustaa kuntia siirtämään kustannuksia sairausvakuutuksen kannettavaksi ja päinvastoin. Lisäksi on esitetty joissain yhteyksissä arvioita, että sairausvakuutusmaksat ovat ylirajoitettuja, mikä puolestaan vaikuttaisi palvelujen tarjontaan.³⁰

Yksityisten terveystalvaelujen verorahoitteen sairausvakuutuskorvausta perustellaan sillä, että yksityiset palvelut täydentävät kunnallisia palveluja ja lisäävät kansalaisten valinnanmahdollisuuksia. Suomessa kunnallisen terveydenhuollon osalta potilaan valinnanvapaus on vähäistä verrattuna muihin EU-maihin. Muualla potilas voi useimmiten valita haluamansa lääkärin tai jopa sairaalan. Suomessa potilaan valinnanvapaus toteutuukin tällä hetkellä ensisijaisesti juuri yksityisen sektorin palveluiden kautta. Valinnanvapautta on pyritty lisäämään uudessa terveydenhuoltolaissa³¹, esimerkiksi perusterveydenhuollossa asiakas voi valita kunnan sisällä haluamansa terveystalvaelun. Valinnanvapautta sekä kilpailua tuottajien välillä on haettu myös palvelusetelillä. Palvelusetelin perusteluina onkin esitetty, että se tuo terveydenhuoltoon resurssien tehokkaampaa käyttöä ja kustannussäästöjä. Se, mitä seteliin sisältyy ja mikä sen arvo on, riippuu kunnasta.³²

Korvaustasot vaihtelevat suuresti korvattavien palvelujen välillä. Yksityislääkäreiden palkkioista sairaanhoitovakuutus korvaa tällä hetkellä noin neljänneksen ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista reilun kolmanneksen.³³ Kansaneläkelaitoksen tekemän tuoreen kyselyn mukaan julkisella sairausvakuutuskorvauksella on huomattavan suuri merkitys yksityisten terveystalvaelujen käyttäjille. Näin siitä huolimatta, että korvausten taso on reaalisesti laskenut jo pitkään.³⁴

Sairausvakuutuskorvausten tasoon erityisesti yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista on aika ajoon kohdistunut kritiikkiä.

³⁰ Usein esimerkkinä mainitaan laboratoriotutkimusten ylirajoitetut korvausmaksat, ks. esim. Miettinen (2000). Yksityisten ja julkisten palveluntuottajien välisiä suuria hintaeroja laboratoriotutkimuksissa on käsitelty mm. Punnonen (2011).

³¹ 30.12.2010/1326.

³² Palveluseteliä on kritisoitu mm. tästä näkökulmasta – se lisää erityisesti kunnan valinnanvapautta. Lisäksi se pirstoo palvelujärjestelmää ja siirtää hoitovastuuta potilaalle. Seppälä (2009) (esitys).

³³ Tarkemmin korvaustasoista ja niiden kehityksestä 2000-luvulla ks. luku 3.3.1, taulukko 8.

³⁴ Tuominen ym. (2011).

Korvauksia on vaadittu nostettavaksi, jotta vähävaraisimmilla olisi aito mahdollisuus halutessaan valita yksityissektorin terveydenhuoltopalvelut.³⁵ Sosiaali- ja terveysministeriön haastattelussa korostettiin sitä, että resurssien kokonaismäärää ei ole mahdollista kasvattaa. Korotus yhdessä etuudessa tai korvauksessa on otettava muualta pois.

Usein korostetaan sitä, että sairausvakuutuskorvattu hoito on yhteiskunnalle edullista, koska potilas kuitenkin maksaa huomattavan osan hoidosta itse. Näin samalla julkisen sektorin panostuksella saadaan sairausvakuutuksen kautta enemmän suoritteita kuin kunnallisessa terveydenhuollossa.³⁶ Kääntöpuolena on se, että yksityisten palvelujen vakuutetulle maksettavaksi tuleva hinta korvauksen jälkeenkin on usein sen verran korkea, että niiden käyttö ei ole alimmissa tuloluokissa aina taloudellisesti mahdollista. Toisaalta potilaiden omavastuut myös julkisessa terveydenhuollossa ovat kansainvälisesti vertaillen korkeat.

Korvausten vaikutus palvelujärjestelmään

Kunnallinen terveydenhuolto on kärsinyt henkilöstövajeesta jo pitkään. Aiemmin ongelma kosketti lähinnä syrjäseutuja ja keskittyi erityisesti maan itä- ja pohjoisosiin. Vähitellen henkilöstön saatavuus on alkanut tuottaa ongelmia myös asutuskeskittymissä aina suurimpia kaupunkeja myöten. Vuonna 2008 alkanut finanssikriisi ja sitä seurannut taloustaantumata ovat tosin lievittäneet ongelmaa, todennäköisesti kuitenkin vain väliaikaisesti. Rekrytointi on julkisella puolella haasteellista myös tulevaisuudessa. Monin paikoin joudutaan turvautumaan henkilöstönvuokraamiseen vastakin ja virkojen täyttäminen kestää pitkään.

Julkisen terveydenhuollon henkilöstön saatavuusongelmat johtuvat useista syistä. Työ on kiireistä (mikä osaltaan johtuu resurssipulasta), työaikajärjestelyt ovat kankeita ja palkkaus ei ole kilpailukykyinen yksityiseen sektoriin verrattuna. Lisäksi potilasaines on terveyskeskuksissa haastavampaa kuin esimerkiksi työterveyshuollossa. Suurelta osin on kyse johtamisen ongelmista, kuten todettiin myös tarkastuksessa tehdyissä haastatteluissa. Henkilöstön rekrytointiongelmat hankaloittavat kunnallisen sektorin palveluiden, erityisesti terveyskeskusten, kehittämistä.

³⁵ *Korvauksien nostoa on esitetty eri tahoilta vuosien saatossa. Myös sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa sairaanhoitovakuutuksesta on ehdotuksia korvaustasojen nostosta. Ministeriön työryhmän tavoitteena kuitenkin oli se, että korvausjärjestelmän tulisi täydentää mahdollisimman hyvin julkista terveydenhuoltoa "käytettävissä olevat varat huomioon ottaen".*

³⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

Julkisen sektorin rekrytointiongelmat edellyttävät toisaalta kääntöpuolelta sitä, että terveydenhuollon henkilöstöllä on olemassa parempi vaihtoehto, johon on mahdollista turvautua. Toisin sanoen työtilaisuuksia tarjoava yksityinen sektori, joka kykenee tekemään terveydenhuollon ammattilaisille kilpailukykyisen tarjouksen. Suomalainen erikoisuus on lääkäreiden kaksoisrooli eli mahdollisuus työskennellä esimerkiksi julkisessa erikoissairaanhoidossa ja yksityislääkärinä. Asiaa käsitellään luvussa 3.2.2.

Yksityisen sektorin merkitys terveydenhuollon palveluissa on Suomessa kasvanut. Tähän ovat vaikuttaneet monet tekijät, kuten esimerkiksi työterveyshuolto ja julkinen sairausvakuutus. Jos yksityisen sektorin käyttö edellyttäisi kansalaisilta täyden hinnan maksamista tai yksityistä sairausvakuutusta, käytettäisiin yksityisiä terveydenhuollon palveluja mahdollisesti vähemmän. Tällöin yksityisen terveydenhuoltosektorin merkitys olisi vähäisempi, sen koko pienempi ja siellä työskentelisi vähemmän henkilöstöä. Työvoiman saatavuus julkisella sektorilla olisi vastaavasti helpompaa.

Aika ajoin on ehdotettu julkisen sairausvakuutuksen lakkauttamista, ja perusteluna ovat olleet muun muassa ne ongelmat, joita tässäkin tarkastuksessa on käsitelty. Viimeksi tällaisen ehdotuksen on tehnyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijaryhmä.³⁷ Tässä koko terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistusehdotuksessa poistettaisiin sairausvakuutuskorvaus niin vapaaehtoisilta työterveyshuollon palveluilta kuin myös yksityisiltä lääkäripalveluilta sekä tutkimukselta ja hoidolta. Ehdotuksessa arvellaan, että toimenpiteen seurauksena yksityisen sektorin hintakilpailu voi piristyä.

On hankalaa arvioida, miten ja kuinka voimakkaasti julkisen sairausvakuutuksen poisto vaikuttaisi. Hintakilpailun kiristyminen yksityisten palveluntuottajien kesken saattaisi olla yksi seuraus. Toisaalta esimerkiksi tarkastushaastattelussa arveltiin, että korvaus on sen verran pieni, ettei sen poistaminen aiheuta suurta muutosta. Näiden arvioiden mukaan yksityisen sektorin käyttöä selittävät muut tekijät, kuten parempi saatavuus, eikä niinkään sairausvakuutuskorvaus.

Julkisen sairausvakuutuksen korvauksia yksityisen terveydenhuoltosektorin palveluista puolustetaan usein sillä argumentilla, että ne vähentävät julkisen sektorin painetta ja siten hyödyttävät myös kunnallista terveydenhuoltoa. Mikäli julkisen sairausvakuutuksen alasajo johtaisi kunnallisen terveydenhuollon kasvaviin ruuhkiin, eräänä mahdollisena seurauksena saattaisi olla yksityisten sairausvakuutusten lisääntyminen. Tällainen kehitys epätasa-arvoistaisi terveydenhuollon palvelujen saatavuutta kansalais-

³⁷ Pekurinen ym. (2010).

ten välillä entisestään.³⁸ Lisäksi yksityisten sairausvakuutusten on havaittu aiheuttavan tehottomuutta. Tämä on seurausta muun muassa siitä, että vakuutuksen tarjoajilla ei aina ole kannusteita rajata vakuutuksen kattamia terveyspalveluita vain mahdollisimman vaikuttaviin toimenpiteisiin.³⁹ On kuitenkin vaikeaa arvioida, aiheuttaisiko julkisen sairausvakuutuksen alasajo julkisten terveyspalvelujen ruuhkautumista ja yksityisen vakuutuksen yleistymistä. Ilmeistä on, että julkinen sairausvakuutusjärjestelmä aiheuttaa palvelujärjestelmään sekä negatiivisia että positiivisia vaikutuksia.

Korvausten kohdentuminen

Kansalaisten tasa-arvon ja yhdenmukaisten palveluiden hankkimisen mahdollisuuden näkökulmasta on merkitystä sillä, miten korvauksia maksetaan eri alueille tai väestöryhmille.

Taulukossa 2 on korvaukset euroina asukasta kohden Manner-Suomessa maakunnittain vuosina 2004 ja 2009. Yksityislääkäreiden palkkioiden korvaukset ovat koko maan tasolla nousseet mainitulla aikavälillä 12 eurosta 14 euroon eli noin 17 prosenttia. Muutos on siis vähäinen, varsinkin kun otetaan huomioon, että taulukon luvut ovat nimellishintaisia. Vuonna 2009 asukaskohtaiset korvaukset vaihtelivat maakuntien välillä 7 eurosta 19 euroon, eli eniten korvauksia saaneissa maakunnissa taso oli miltei kolminkertainen vähiten korvauksia saaneeseen maakuntaan verrattuna. Suurimmat korvaukset asukasta kohden maksettiin Uudellamaalla, Varsinais-Suomessa, Pirkanmaalla ja Itä-Uudellamaalla ja pienimmät Pohjois-Pohjanmaalla, Kainuussa ja Lapissa.

³⁸ *Yksityiset sairausvakuutukset ovat yleisimpiä lapsiperheillä ja suurituloisilla. Helsingin Sanomat uutisoi, että pääkaupunkiseudulla jo enemmistöllä alle 20-vuotiaista on yksityinen sairauskuluvakuutus. HS 2.3.2011.*

³⁹ *Klavus ym. (2005).*

TAULUKKO 2. Korvaukset asukasta kohden maakunnittain yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palveluista vuosina 2004 ja 2009, euroa, nimellisin hinnoin.⁴⁰

	<i>Yksityislääkäriin palvelut</i>		<i>Yksityishammaslääkäriin palvelut</i>	
	<i>2004</i>	<i>2009</i>	<i>2004</i>	<i>2009</i>
<i>Koko maa</i>	12	14	14	23
Uusimaa	17	19	24	29
Itä-Uusimaa	13	14	17	24
Varsinais-Suomi	17	19	24	31
Satakunta	13	14	18	23
Kanta-Häme	10	12	16	21
Pirkanmaa	14	15	19	25
Päijät-Häme	10	11	18	23
Kymenlaakso	12	14	16	20
Etelä-Karjala	9	9	19	23
Etelä-Savo	8	9	14	19
Pohjois-Savo	10	11	15	20
Pohjois-Karjala	8	9	10	13
Keski-Suomi	9	9	11	16
Etelä-Pohjanmaa	9	10	13	17
Pohjanmaa	9	9	18	24
Keski-Pohjanmaa	6	7	7	12
Pohjois-Pohjanmaa	9	9	12	16
Kainuu	9	9	11	15
Lappi	7	8	13	16

Yksityishammaslääkäreiden palkkioiden korvaukset ovat nousseet vuodesta 2004 vuoteen 2009 selvästi enemmän eli koko maan tasolla 14 eurosta 23 euroon, siis noin 64 prosenttia. Tässä näkyy selvästi vuoden 2008 korvausten tasokorotuksen vaikutus. Korvaukset vaihtelevat 12 eurosta 31

⁴⁰ *Kansaneläkelaitos (2005, 2010b).*

euroon. Eniten ja vähiten korvausta asukasta kohden saaneet maakunnat ovat samat kuin edellä. Yksityiset terveydenhuoltopalvelut sijoittuvat suuriin asutuskeskittyymiin. Nähtäväksi jää, miten lakimuutos sairausvakuutuskorvattavuuden laajentamisesta kattamaan julkisen terveydenhuollon tiloissa annetun yksityisen terveydenhuollon palvelut tulee vaikuttamaan maksettujen korvausten alueelliseen jakaumaan.

Korvauksien kohdentumisessa on olemassa myös selvä ero sukupuolten välillä, kuten taulukosta 3 ilmenee. Naiset saavat enemmän korvauksia sekä yksityislääkäreiden että yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Tämä korostuu erityisesti lääkärinpalkkioiden korvauksista, sillä naisten osuus näistä korvauksista vaihtelee kolmen viidesosan ja kahden kolmasosan välillä. Naisten osuus on tosin aavistuksen supistunut vuodesta 2004 vuoteen 2009. Myös hammaslääkäreiden korvauksista naisten osuus on suurempi kuin miesten, mutta ero ei ole niin suuri kuin lääkäreiden korvauksista. Maakunnittain ero vaihtelee hieman reilusta puolesta vajaaseen kolmeen viidesosaan. Tilanne on pysynyt koko maan tasolla käytännössä muuttumattomana vuosien 2004 ja 2009 välillä.

TAULUKKO 3. Korvatut yksityislääkärikäynnit ja yksityishammaslääkärikäynnit maakunnittain ja sukupuolen mukaan vuosina 2004 ja 2009, naisten osuus, prosenttia.⁴¹

	<i>Yksityislääkäriin palvelut</i>		<i>Yksityishammaslääkäriin palvelut</i>	
	<i>2004</i>	<i>2009</i>	<i>2004</i>	<i>2009</i>
<i>Koko maa</i>	<i>64,4</i>	<i>62,9</i>	<i>55,7</i>	<i>55,3</i>
<i>Uusimaa</i>	<i>64,5</i>	<i>62,9</i>	<i>57,8</i>	<i>57,2</i>
<i>Itä-Uusimaa</i>	<i>63,3</i>	<i>60,4</i>	<i>53,3</i>	<i>53,7</i>
<i>Varsinais-Suomi</i>	<i>63,5</i>	<i>62,1</i>	<i>55,4</i>	<i>55,0</i>
<i>Satakunta</i>	<i>62,2</i>	<i>61,3</i>	<i>53,5</i>	<i>53,5</i>
<i>Kanta-Häme</i>	<i>65,6</i>	<i>63,4</i>	<i>55,6</i>	<i>55,4</i>
<i>Pirkanmaa</i>	<i>63,7</i>	<i>63,2</i>	<i>55,8</i>	<i>55,1</i>
<i>Päijät-Häme</i>	<i>67,4</i>	<i>65,0</i>	<i>57,2</i>	<i>56,2</i>
<i>Kymenlaakso</i>	<i>60,7</i>	<i>60,0</i>	<i>54,3</i>	<i>53,0</i>
<i>Etelä-Karjala</i>	<i>63,4</i>	<i>63,9</i>	<i>55,3</i>	<i>54,6</i>
<i>Etelä-Savo</i>	<i>67,5</i>	<i>64,6</i>	<i>54,9</i>	<i>55,1</i>
<i>Pohjois-Savo</i>	<i>64,3</i>	<i>64,0</i>	<i>55,2</i>	<i>54,9</i>
<i>Pohjois-Karjala</i>	<i>64,4</i>	<i>62,0</i>	<i>55,7</i>	<i>55,1</i>
<i>Keski-Suomi</i>	<i>67,4</i>	<i>64,8</i>	<i>54,5</i>	<i>54,9</i>
<i>Etelä-Pohjanmaa</i>	<i>66,2</i>	<i>62,9</i>	<i>51,0</i>	<i>52,0</i>
<i>Pohjanmaa</i>	<i>66,4</i>	<i>65,5</i>	<i>52,6</i>	<i>52,1</i>
<i>Keski-Pohjanmaa</i>	<i>63,2</i>	<i>62,1</i>	<i>51,3</i>	<i>51,2</i>
<i>Pohjois-Pohjanmaa</i>	<i>65,5</i>	<i>63,2</i>	<i>52,9</i>	<i>52,9</i>
<i>Kainuu</i>	<i>66,1</i>	<i>63,8</i>	<i>54,9</i>	<i>54,0</i>
<i>Lappi</i>	<i>64,9</i>	<i>62,9</i>	<i>54,9</i>	<i>54,6</i>

Myös tuloluokkien välillä on eroja. On havaittu, että yksityissektorin lääkärinpalvelut kohdentuvat vakuutettujen tulotason mukaan: erikois- tai yleislääkäriin palkkioista korvausta saaneiden osuus kasvaa lähes lineaarisesti tulotason suuretessa. Korkeimmassa tuloluokassa korvausta saaneita

⁴¹ *Kansaneläkelaitos (2005, 2010b).*

oli suhteellisesti keskimäärin kaksi kertaa niin paljon kuin alimmassa tulo-
luokassa.⁴² Samaan aikaan väestön terveyserot sosioekonomisten ryhmien
välillä kasvavat: ylimpien ryhmien terveys on parantunut muita ryhmiä
nopeammin.⁴³

Korvaukset lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkioista kohdistuvat
hyvin eri tavoin eri alueille ja väestöryhmille – osin syy on palveluntar-
jonnan sijoittumisessa, ja osin kyse voi olla siitä, mitä palveluita ylipää-
tään tarjotaan. Henkilön varallisuus vaikuttaa myös yksityisen sektorin
palveluiden piiriin hakeutumiseen. Voidaan todeta, että korvausten nykyi-
nen kohdentuminen ei edesauta saavuttamaan sosiaali- ja terveysministe-
riön strategiassa mainittua tavoitetta väestöryhmien välisten terveyserojen
kaventamisesta.

3.2.3 Hoitotakuu ja sairaanhoitovakuutus

Hoitotakuulla tarkoitetaan kiireettömään hoitoon pääsyn turvaavaa lain-
säädäntöä. Se tuli voimaan 1.3.2005. Samaan aikaan tuli voimaan myös
suositus kiireettömän hoidon perusteista. Hoitotakuu antaa potilaille oi-
keuden päästä lääketieteelliset kriteerit täyttävään hoitoon tietyssä ajassa
sekä saada vain näyttöön perustuvia hoitoja. Tavoitteena oli parantaa kii-
reettömän hoidon saatavuutta, lyhentää kansainvälisesti vertaillen pitkiä
jonotusaikoja sekä yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Ennen hoitotakuuta vuosi-
na 2001 ja 2002 julkinen hammashuolto laajennettiin koskemaan koko
väestöä.

Perusterveydenhuollossa terveydenhuollon ammattihenkilön tulee arvi-
oida hoidon tarve kolmessa arkipäivässä asiakkaan yhteydenotosta lukien.
Hoito tulee järjestää kohtuullisessa ajassa; tällaiseksi on katsottu korkein-
taan kolme kuukautta. Enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuol-
lossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä annettavassa erikoissairaan-
hoidossa, mikäli potilaan terveys ei siitä vaarannu.⁴⁴ Erikoissairaanhoidos-
sa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmessa viikossa lähetteen saa-
pumisesta ja hoito järjestettävä ja aloitettava pääsääntöisesti kuuden kuu-
kauden aikana hoidon tarpeen arvioimisesta.⁴⁵

⁴² *Sosiaalivakuutus 5/2007.*

⁴³ *OECD:n tutkimuksen mukaan lääkäripalvelujen käyttö Suomessa keskittyy
voimakkaasti keskimääräistä hyvätuloisimmille, kun huomioidaan palveluiden
tarve. Tämä on seurausta yksityisten lääkäripalvelujen ja työterveyshuollon suu-
resta osuudesta lääkäripalvelujen kokonaiskäytöstä. van Doorslaer ym. (2004).*

⁴⁴ 28.1.1972/66.

⁴⁵ 1.12.1989/1062.

Hoitotakuu kasvatti kuntien terveydenhuoltomenoja 380 miljoonaa euroa vuosina 2002–2007. Lisäys oli kertaluonteista ja painottui suurelta osin hoitotakuun voimassaolon kahdelle ensimmäiselle vuodelle. Lisäksi valtio ja kunnat panostivat 50 miljoonaa euroa jonojen purkuun.

Vuosi hoitotakuun voimaantulon jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö selvitti hoitotakuun vaikutuksia. Selvityksen mukaan toimintakäytäntöjä oli uudistettu ja palvelu oli parantunut. Toisaalta terveyskeskuksen lääkärin vastaanotolle pääsy ei ollut juurikaan helpottunut ja terveyskeskusten lääkäripula tuotti edelleen ongelmia.⁴⁶

Hoitotakuuta arvioitiin myös Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuksessa. Tarkastushavaintojen perusteella hoitotakuulle asetetut yhdenvertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden tavoitteet kehittyivät myönteiseen suuntaan. Ongelmaksi havaittiin mm. se, että jonoja ei saatu kokonaan poistettua ja että jononpurkurahat eivät kohdistuneet siten kuin olisi pitänyt eli pisimpien jonojen purkamiseen.⁴⁷

Kolme vuotta hoitotakuun käyttöönoton jälkeen Stakes tutki sen vaikutuksia. Hoitotakuun vaikutus vähensi yksityishammaslääkäreiden käyttöä, mutta sen sijaan ei ilmeisesti yksityislääkäreiden käyttöä. Yksityisten lääkäri- ja hammaslääkärikäyntien sairausvakuutuskorvaukset laskivat hoitotakuun kahden ensimmäisen vuoden aikana lähes yhdeksän miljoonaa euroa. Sairauspäiväraha- ja korvaukset eivät kuitenkaan laskeneet vaan nousivat. Asia on merkityksellinen, sillä kiireettömän hoidon saatavuuden parantamisen uskottiin vähentävän sairauspoissaoloja ja vähentävän maksettuja sairauspäivärahoja. Tämä olikin aikanaan yksi tärkeä argumentti hoitotakuun käyttöönoton puolesta.⁴⁸

Kansaneläkelaitoksen arvion mukaan sosiaali- ja terveysministeriön antama suositus yhtenäisestä hoitoonpääsyn perusteista soveltuu avuksi hoidon korvattavuuden arviointiin myös sairausvakuutuksessa. Hoitotakuun käyttöönoton kanssa samaan aikaan ilmestyneessä tiedotteessa Kansaneläkelaitos suosittelee, että yksityislääkärit ja yksityishammaslääkärit ottaisivat ministeriön suositukset huomioon hoitopäätöksiä tehdessään. Tiedotteessa todetaan, että yhtenäisen kiireettömän hoitoonpääsyn perusteiden mukaiset toimenpiteet katsotaan yleensä sairausvakuutuslain mukaiseksi sairauden hoidoksi ja siten potilas on oikeutettu sairausvakuutuskorvaukseen.⁴⁹

⁴⁶ *Sosiaali- ja terveysministeriö, tiedote 125/2006 sekä Myllymäki ja Rintanen (2006) (esitys).*

⁴⁷ *Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008).*

⁴⁸ *Pekurinen ym. (toim.) (2008).*

⁴⁹ *Kansaneläkelaitos (2005a).*

Tarkastusvirasto esitti, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee seurata, miten hoitotakuu vaikuttaa Kansaneläkelaitoksen korvaamiin tutkimuksen ja hoitojen korvauksiin. Tarkastusvirasto katsoi, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi selvittää Kansaneläkelaitoksen kanssa, miten yksityislääkärit käyttävät yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita.⁵⁰ Tarkastusvirasto totesi tarkastuksen jälkiseurannassa edelleen, että hoitotakuun vaikutusta sairaanhoitokorvausten kehitykseen ei ole seurattu riittävästi. Seurannan piirissä olevat toimenpiteet eivät ole kaikkein keskeisimpiä ja siten tarkoituksenmukaisempia seurattavia. Lisäksi seurattavia toimenpiteitä on liian vähän.⁵¹

Hoitotakuun myötä lääkäreiden kaksoisrooli on noussut entistä voimakkaammin esiin. Monesti lääkärit toimivat sekä julkisen sektorin virassa että yksityisellä sektorilla ammatinharjoittajana. Tällöin lääkärit tavallaan kilpailevat itsensä kanssa. Kaksoisrooli periaatteessa mahdollistaa jonojen pitämisen pitkänä julkisella puolella. Tällöin potilas on ohjattava ostopalveluna yksityiselle puolelle, jotta hoitotakuun kriteerit täytettäisiin. Lääkäreiden kaksoisroolista aiheutuvia ongelmia on esiintynyt erityisesti yliopistosairaalapaikkakunnilla.⁵²

Hoitotakuun käyttöön otosta on kulunut kuutisen vuotta. Tuorein selvitys tilanteesta on vuoden 2011 alusta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan tilanne on nyt parempi kuin koskaan aiemmin lainsäädännön voimassaolon aikana. Odotusajat ovat lyhentyneet, ja jonoja on kyetty purkamaan. Hoitojonotilanteen havaittiin kuitenkin heikentyneen yhdessä sairaanhoitopiirissä.⁵³

Hoitotakuu on lisännyt ostopalvelujen merkitystä erityisesti suun terveydenhuollossa. Kunnan omat palvelut eivät erityisesti suurissa kaupungeissa kykene vastaamaan kysyntään. Yksityisen sektorin rooli onkin vahvistunut hoitotakuun aikana, varsinkin juuri suun terveydenhuollossa ja myös mielenterveystyössä (psykoterapiapalvelut). Kun väestö ikääntyy ja siirtyy eläköitymisen myötä pois työterveyshuollon piiristä, kunnalliseen terveydenhuoltoon kohdistuva rasitus kasvaa, mikä voi luoda paineita hoitotakuun toteutumiselle. Toisaalta on arvioitu, että väestön ikääntyessä sairaanhoitovakuutuksen rooli tulee korostumaan, juuri siksi, että se helpottaa kunnallisen terveydenhuollon taakkaa.⁵⁴ Sairaanhoitovakuutuksen korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkki-

⁵⁰ *Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008).*

⁵¹ *Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010).*

⁵² *Pekurinen ym. (2010).*

⁵³ *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, tiedote 16.2.2011.*

⁵⁴ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

oista eivät ole hoitotakuun tai sitä aiemmin toteutetun julkisen hammashuollon laajennuksen seurauksena supistuneet (ks. taulukko 1).

3.2.4 Järjestelmän läpinäkyvyys

Hyvän julkishallinnon periaatteita ovat muun muassa läpinäkyvyys ja tehokkuus. Hallintolaissa määrätään, että viranomaisen on käytettävä asiallista, selkeää ja ymmärrettävää kieltä⁵⁵. Samoin hyvään hallintoon kuuluu myös asiakaslähtöisyys.

Terveydenhuollon palvelujärjestelmä ja sen rahoitus ovat monimutkaisia ja vaikeasti hahmottuvia kokonaisuuksia. Kansalaisen kannalta ehkä hankalinta on juuri sairausvakuutukseen liittyvä monimutkaisuus: potilaan on työlästä tai mahdotonta varmistua etukäteen siitä, mitä sairausvakuutus hänelle korvaa ostetusta terveystalvasta ja kuinka suuri osa jää omavastuuksi.

Vakuutetun saama korvaus yksityislääkärin tai yksityishammaslääkärin palkkioista on 60 prosenttia enintään vahvistetusta korvaustaksasta. Käytännössä useimmiten todellinen palkkio ylittää korvaustaksan. Näissä tapauksissa korvaus lasketaan siis taksasta. Jos taas taksa on suurempi kuin varsinainen palkkio, korvaus lasketaan palkkiosta. "Laskentakaavat" eivät ole erityisen monimutkaisia. Yksinkertaisemmassa tapauksessa (jota ei käytännössä siis esiinny) korvaus lasketaan suoraan palkkiosta, jolloin omavastuu on muotoa

$$O = p \times 0,6$$

jossa O on vakuutetun omavastuu ja p peritty palkkio, josta korvataan 60 prosenttia (siten kerroin 0,6). "Normaalitapauksessa" palkkio ylittää taksan, jolloin vakuutetun omavastuuksi muodostuva osuus voidaan kirjoittaa seuraavasti:

$$O = p - k \times 0,6$$

jossa k on korvaustaksa ja muut muuttujat kuten edellä. Korvaus lasketaan tässä tapauksessa siis taksasta.

Laskentakaavat yhdistyvät hieman vaikeasti avautuvaan terminologian (esim. "vahvistettu korvaustaksa") ja siihen, että tilanteen mukaan korvaus maksetaan joko korvauksesta tai palkkiosta. Näin ollen, mikäli vakuutettu haluaa ennen palvelun ostamista selvittää sen, miten suuri osuus palkkios-

⁵⁵ 6.6.2003/434.

ta korvataan ja mikä jää hänen omavastuukseen, tulee vakuutetun ymmärtää kuvatut laskentakaavat, terminologia, se mistä summasta korvaus lasketaan ja myös tietää korvaustaksa (sikäli kun palkkio on korvaustaksaa suurempi).

Korvaustaksoja itsessään on varsin suuri määrä. Kansaneläkelaitoksen vuoden 2011 alussa julkaisemassa taksaluettelossa on taksoja noin 70 sivun verran.⁵⁶ Taksoihin perustuva korvausjärjestelmä vaikuttaakin järjestelmän läpinäkyvyyden näkökulmasta vakuutetulle haasteelliselta. Ei liene suuresti liioiteltua väittää, että vakuutetun on hankalaa etukäteen arvioida omavastuuosuuttaan.

Kustannuksista kiinnostuneen vakuutetun tehtävää hankaloittaa entisestään se, että "laskentakaavojen" lisäksi myös korvausprosentit vaihtelevat. Tutkimuksen ja hoidon korvausmenettely on edellä kuvattuja monimutkaisempi.⁵⁷ Tässä tapauksessa omavastuu on muotoa

$$O = t - (k - ko) \times 0,75.$$

Kaavassa t on tutkimuksen tai hoidon kokonaiskustannus ja ko on kiinteä omavastuu, muut muuttujat kuten edellä. Korvausprosentti on nyt 75.

Hankalat korvauseriaatteet eivät toki ole vakuutetulle ongelma, jos hänen on mahdollista helposti saada käyttöönsä hinnat, joista kenties on valmiiksi jo vähennetty korvaukset. Tämä ei kuitenkaan ole terveydenhuoltopalvelujen osalta helppoa.⁵⁸ On vaikea keksiä toista palvelua tai hyödykettä, josta kuluttaja ei voi etukäteen tietää sitä, mikä hinnaksi muodostuu.

On ehdotettu, että sosiaali- ja terveysministeriön tulisi vahvistaa yhtenäinen malli, jolla palkkiot tulee ilmoittaa. Tätä hammaslääkäreiden tulisi noudattaa niin verkkosivuilla kuin muussakin markkinoinnissaan.⁵⁹ Tarkastushaastatteluissa tällainen ajatus sai kannatusta, joskin epäiltiin, että se saattaisi vaikuttaa päinvastaiseenkin suuntaan. Palveluntuottajien olisi

⁵⁶ Holmin ja Laihon mukaan erilaisia taksoja oli vuoden 2010 puolivälissä lähes 2 500 kappaletta. Holm ja Laiho (2010).

⁵⁷ Ks. myös sosiaali- ja terveysministeriö (2007).

⁵⁸ Esimerkiksi terveyspalveluja tarjoavien yritysten nettisivuilta ei välttämättä ole löydettävissä hintatietoja. Kuningaskuluttaja-ohjelmassa selvitettiin, kuinka helppoa kuluttajan on hankkia tietoa hammaslääkäripalvelujen hinnoista. Havainto oli se, että vertailu on hankalaa. Yleisen hintatason vertailu internetiä hyödyntäen ei ohjelmassa tehtyjen havaintojen mukaan onnistu, sillä hintatietoja ei useimmiten ole hammaslääkäriasemien kotisivuilla. <http://kuningaskuluttaja.yle.fi/node/2431>.

⁵⁹ Soininvaara (2008).

helppo seurata toistensa hinnankorotuksia. Tarkastushaastatteluihin esitettiin myös näkemys, että palveluseleiden tulo terveydenhuoltoon johtaa siihen, että palveluiden hinnat tulevat paremmin kuluttajien ulottuville.

Asiaa on pohdittu aiemminkin. Sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa kiinnitettiin huomiota siihen, että sairausvakuutuskorvauksia koskevan lainsäädännön tulisi olla mahdollisimman selkeä. Muistiossa todetaan myös, että korvausjärjestelmän yksinkertaistaminen (korvausprosentteja olisi vain yksi) palvelisi myös korvauksen toimeenpanijaa ja saattaisi helpottaa järjestelmän rahoittajien taakkaa. Kehittämisvaihtoehtoina ehdotettiin, että korvausmenettelyt yhdenmukaistettaisiin. Lisäksi ehdotetaan, että korvausmenettely olisi joko euromääräinen tai vaihtoehtoisesti korvaus olisi suhteellinen osuus kustannuksista. Euromääräinen korvausjärjestelmä selkeyttäisi korvausjärjestelmää samoin kuin asiakkaan mahdollisuutta vertailla palvelujen hintoja. Vastaavasti myös todellisista kustannuksista suoritettu korvaus yksinkertaistaisi järjestelmää.⁶⁰ Tarkastushaastatteluihin esitettiin näkemys, että korvausten yksinkertaistaminen euromääräistämällä ne saattaisi lisätä vakuutettujen halukkuutta palveluiden käyttöön kun, niiden hinta olisi etukäteen helpommin arvioitavissa.

3.3 Korvausten vaikuttavuus

3.3.1 Korvaustaksojen korotus

Viimeksi kuluneiden parin vuosikymmenen aikana sairausvakuutuksen korvauksiin lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioista on tehty tasokorotuksia harvakseltaan. Vuonna 1989 tehtiin taksatarkistus, jossa sekä lääkäreiden että hammaslääkäreiden palkkioiden korvaustasoa nostettiin. Lääkärinpalkkioiden korvausten osalta tämä onkin toistaiseksi viimeisin taksan korotus. Vaikka varsinaisia tasokorotuksia ei usein tehdäkään, erilaisia pieniä korjauksia tapahtuu usein, esimerkiksi taksojen keskinäisiä suhteita muutetaan.

Varsinaisia taksan korotuksia on 2000-luvulla tehty vain yksi: yksityishammaslääkärin palkkiotaksaa korotettiin vuoden 2008 alussa 28 prosenttia. Korotuksen taustalla on hallitusohjelmaan kirjattu tavoite siitä, että sairausvakuutuskorvaus kattaa 40 prosenttia todellisesta, peritystä yksityishammaslääkärinpalkkiosta.

⁶⁰ *Sosiaali- ja terveysministeriö (2007).*

Tutkimuksissa on havaittu tulonsiirtojärjestelmien saattavan johtaa siihen, että etuus siirtyy (osittain) sen saajalta muiden hyödyksi. Tätä kutsutaan taloustieteessä kohtaanto-ongelmaksi. Ongelma on seurausta kysynnän ja tarjonnan hintajoustavuudesta. Tällaista siirtymistä on aiemmin havaittu esimerkiksi asumistukien osalta.⁶¹ Tarkastuksen osana selvitettiin tilastoanalyysin keinoin, onko kyseistä ilmiötä havaittavissa myös yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioiden korvausten osalta. Vuosina 1989 ja 2008 tehdyt taksankorotukset ovat sellaisia kertaluontoisia tasomuutoksia, jotka antavat mahdollisuuden tilastoanalyysin keinoin selvittää, mihin korotukset viimekädessä päätyivät.

Taksankorotusten vaikutuksia on tarkastuksessa lähestytty ns. kontrafaktuaalin näkökulmasta: mitä olisi tapahtunut, jos taksoja ei olisi korotettu? Tällöin arvioinnissa on laadittava vertailuasetelma. Vertailuryhmänä voivat olla intervention osallistujat ennen interventiota (ns. ennen-jälkeen -vertailu) tai interventioon osallistumattomat toimijat, jotka muutoin vastaavat osallistujaryhmää.

Analyysissä käytetty data on peräisin Kansaneläkelaitoksen aluetilastoista vuodelta 1988 sekä sairausvakuutusilastoista vuosilta 1992 sekä 2004–2009. Vuoden 2010 tiedot on saatu Kelasto-tietokannasta. Taulukoiden sisältämä aineisto on pysynyt mainittuina vuosina pitkälti samankaltaisena.

Analyysissä käytettiin tietoja lääkärikäyntien ja hammaslääkärikäyntien kokonaiskustannuksista ja käyntimääristä. Vuoden 1988 tietoa hammaslääkärikäyntien kokonaiskustannuksista ei ollut valmiina saatavilla, joten se laskettiin jakamalla maksetut korvaukset korvausprosentilla. Vuosilta 1988 ja 1992 hammaslääkäreitä koskeva aineisto oli saatavilla vain suurimmista kunnista (n=31), joten myös lääkäreiden osalta käytettiin ainoastaan kyseisten kuntien tietoja. Vuosien 2004–2009 analyysi on tehty käyttämällä kunta-aineistoa. Kyseisinä vuosina tapahtuneissa kuntaliitoksissa mukana olleet kunnat on poistettu aineistosta. Vuosia 2007 ja 2010 koskenut analyysi tehtiin seutukunta-aineistolla. Aineiston analysointiin käytettiin Stata-tilasto-ohjelmaa.

Vuoden 1989 tasokorotuksen vaikutus

Vuonna 1989 lääkäreiden palkkioiden korvaustasoa nostettiin 34 prosenttia ja hammaslääkäreiden palkkioiden korvaustasoa 24 prosenttia. Koro-

⁶¹ Hiekka ja Viren (2008) sekä Kangasharju (2003). Hammashoidon osalta ks. Nihtilä ja Widström (2005).

tusten vaikutusta arvioitiin erotukset erotuksissa -estimaattorilla⁶². Aineisto käsitti edellä mainitut tiedot ennen korotusta (1988) ja sen jälkeen (1992).

Kyseinen estimaattori kertoo keskimääräisen erotuksen tarkasteltavan muuttujan muutoksessa "osallistujaryhmän" ja "kontrolliryhmän" välillä havaintoperiodin kuluessa. Tässä tapauksessa korotettiin sekä lääkäreiden että hammaslääkäreiden palkkioiden korvauksia mutta erisuuruuksina. Niinpä estimaattoria voidaan soveltaa tällä aineistolla siten, että lääkärit (korotusta 34 prosenttia) on osallistujaryhmä ja hammaslääkärit (korotusta 24 prosenttia) kontrolliryhmä.

Selitettävä muuttuja on palkkioiden muutos vuodesta 1988 vuoteen 1992. Vuoden 1988 luvut on muutettu vuoden 1992 hintatasoon deflatoimalla ne kuluttajahintaindeksillä, eli luvut ovat reaalihintaisia. Regressio on painotettu vuoden 1992 käyntimäärillä.⁶³ Tulos on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Reaalihintaisten palkkioiden muutos 1988–1992 lääkäreillä ja hammaslääkäreillä.

	Palkkioiden muutos 1988–1992, prosenttia
Lääkäri	19,6***
Hammaslääkäri	12,6***

*** $p < 0,001$

Havaitaan, että vuodesta 1988 vuoteen 1992 hammaslääkäripalkkiot nousivat 12,6 prosenttia ja lääkäreiden palkkioiden nousu oli seitsemän prosenttiyksikköä tätä suurempi. Erotus lääkäreiden ja hammaslääkäreiden välillä oli erittäin merkitsevä. Osa korvauksista siirtyi siten palkkioihin.

Vuoden 2008 tasokorotuksen vaikutus

Vuonna 2008 tapahtunutta hammaslääkäreiden taksojen 28 prosentin tasokorotusta analysoitiin erotukset erotuksissa -estimaattorin lisäksi myös kiinteiden vaikutusten estimaattorilla. Erotukset erotuksissa -estimaattorin osalta käytettiin vuosien 2007 ja 2010 seutukunnittaista aineistoa. Tällä kertaa lääkäripalkkioita ei siis nostettu, joten hammaslääkärit ovat osallistujaryhmä ja lääkärit kontrolliryhmä. Aineisto on deflatoitu vuoden

⁶² Jälkimmäinen tunnetaan ehkä paremmin englanninkielisellä nimellä *differences-in-differences*.

⁶³ Mallin spesifikaatio on liitteessä 1.

2010 hintatasoon ja regressiota on painotettu saman vuoden käyntimäärillä.⁶⁴ Tulos on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Reaalihintaisten palkkioiden muutos 2007–2010 lääkäreillä ja hammaslääkäreillä.

	Kustannusten muutos 2007–2010, prosenttia
Lääkäri	10,9***
Hammaslääkäri	15,6 ***

*** p < 0,001

Vuodesta 2007 vuoteen 2010 lääkärinpalkkiot ovat nousseet noin 11 prosenttia ja hammaslääkäreiden palkkioiden nousu on lähes viisi prosenttiyksikköä tätä suurempi. Ero hammaslääkäreiden ja lääkäreiden välillä on erittäin merkitsevä. Voidaan jälleen todeta, että osa korvauksista siirtyi palkkioihin.

Vuosia 2004–2009 koskevaan kuntapaneeliin käytettiin kiinteiden vaikutusten estimaattoria, jossa kunnilla on omat vakioterminsä. Lisäksi mallissa on vuosi-indikaattorit, joiden kertoimia tässä tarkastellaan. Palkkiot on deflatoitu kuluttajahintaindeksillä. Regressio on painotettu käyntikeskiarvoilla, jolloin kunnat, joissa on paljon yksityishammaslääkärikäyntejä (väestömäärältään suuret kunnat) saavat suuremman painon kuin kunnat, joissa käyntejä on vähän. Mallissa on selittäjänä myös kunnan tulotaso. Erotukset erotuksissa -estimaattorista poiketen tässä ei verrata hammaslääkäreitä ja lääkäreitä toisiinsa, vaan vertailuryhmänä ovat hammaslääkärit itse ennen tasokorotusta.⁶⁵

Tilastoanalyysin tulos on esitetty taulukoissa 6 ja 7. Taulukossa 6 on palkkioiden prosentuaalinen nousu vuosina 2005–2009 *vuoteen 2004 verrattuna*. Havaitaan, että vuoteen 2009 mennessä yksityishammaslääkärien palkkiot nousivat vuoden 2004 tasoon verrattuna yli 17 prosenttia. Vuoden 2007 loppuun mennessä kasvua vuoteen 2004 nähden oli alle 7 prosenttia, mutta sen jälkeen palkkioiden nousuvauhti kiihtyi.

⁶⁴ Mallin spesifikaatio on liitteessä 2.

⁶⁵ Mallin spesifikaatio on liitteessä 3.

TAULUKKO 6. Yksityishammaslääkäreiden palkkioiden prosentuaalinen muutos vuosina 2005–2009 vuoteen 2004 verrattuna.

Vuosi	Lisäystä vuoteen 2004 verrattuna, prosenttia
2005	2,8
2006	4,9
2007	6,8
2008	11,2
2009	17,3

Kehitystä voi myös hahmottaa esittämällä palkkioiden nousun prosenttisyksiköissä vuosina 2005–2009 *edelliseen vuoteen verrattuna* (Taulukko 7). Havaitaan, että palkkioiden nousuvauhti oli vuosina 2005–2007 melko maltillista. Nousu kiihtyi selvästi vuoden 2008 tasomuutoksen jälkeen. Vuosina 2005–2007 vuosimuutosten keskiarvo on 2,3 prosenttisyksikköä, kun taas vuosien 2008 ja 2009 keskiarvo on 5,3 prosenttisyksikköä.

TAULUKKO 7. Yksityishammaslääkäreiden palkkioiden nousu vuosina 2005–2009 edelliseen vuoteen verrattuna, prosenttisyksikköä.

Vuosi	Lisäystä edelliseen vuoteen verrattuna, prosenttisyksikköä
2005	2,8
2006	2,1
2007	1,9
2008	4,4
2009	6,1

Hammaslääkäripalkkioiden nopea kasvu vuonna 2008 on pantu merkille myös Kansaneläkelaitoksessa, jonka selvityksessä havaittiin, että vuonna 2008 yksityissektorin palvelujen hinnoista hammaslääkäripalkkio näytti kasvavan suhteessa nopeimmin⁶⁶. Perusteellisemmin Kansaneläkelaitos on selvittänyt asiaa vuonna 2011 ilmestyneessä tutkimuksessa, jossa selvitetiin tilastanalyysin keinoin, miten korvaustason korotus on vaikuttanut

⁶⁶ *Sosiaalivakuutus 2009.*

hammaslääkäreiden palkkioihin⁶⁷. Koko maan tasolla tarkasteltu aineisto sisälsi hammaslääkärien toimenpidekohtaiset palkkiotiedot vuosilta 2006–2009. Tutkimuksen kohteeksi valittiin viidentoista yleisimmän hammashoitotoimenpiteen joukosta kuusi. Kaikista hammashoitotoimenpiteistä kyseisten toimenpiteiden osuus tarkasteluajanjaksolla oli 45–46 prosenttia.

Kuukausittaista aikasarja-aineistoa analysoitiin mallilla, jossa selittävinä muuttujina olivat ajan ja kustannuskehityksen yhteisvaikutusta kuvaava muuttuja sekä taksankorotusta kuvaava muuttuja, joka saa arvon 0 ennen taksankorotusta ja 1 sen jälkeen⁶⁸. Taksankorotuksen vaikutus hammaslääkäreiden perimiin palkkioihin oli neljässä toimenpiteessä se, että 30–40 prosenttia taksankorotuksesta on päätynyt hammaslääkäreiden perimiin palkkioihin. Yhden toimenpiteen osalta ei saatu tulosta, ja yhden osalta palkkion nousu oli suurempi kuin potilaan taksankorotuksesta saama hyöty.

Pohdintaa ja päätelmiä

Onko mielekästä verrata yksityishammaslääkäreiden ja yksityislääkäreiden palkkioiden kustannuskehitystä keskenään? Menettelyä voidaan perustella useallakin näkökohdalla. Molemmat ammattiryhmät tarjoavat terveydenhuoltopalveluita eli toimivat saman toimialan sisällä. Toimialaa kohtaavien ulkoisten sokkien, kuten talouden laskusuhdanteen, voi arvioida vaikuttavan yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palveluiden kysyntään samalla tavoin. Toimialan hoitohenkilöstön palkkauksesta neuvotellaan Tehyn kanssa, joten henkilöstömenojen suhteen kustannuskehitys on paljolti samankaltainen. Yksityislääkäreiden käyttö yksityishammaslääkäreiden kontrolliryhmänä ja päinvastoin vaikuttaa näin ollen perustellulta.

Erotukset erotuksissa -estimaattori on kiinteiden vaikutusten estimaattoria parempi siinä mielessä, että se ottaa huomioon palkankorotukset ja muut kustannustasoon vaikuttavat seikat. Paras analyysi saataisiin aikaan, jos voitaisiin verrata intervention kohteena olleita hammaslääkäreitä (lääkäreitä) niihin hammaslääkäreihin (lääkäreihin), joiden kohdalla ei ole tehty interventiota. Tällaista aineistoa ei kuitenkaan ollut käytettävissä.

Aineistoa analysoitiin kahdella eri tavalla, ja niiden tuottama tulos oli sama: palkkioiden nousu kiihtyy korvausten tasokorotusten jälkeen. Samaan tulokseen päätyi Kansaneläkelaitoksen tutkimus hieman erilaisella regressiolla. Analyysien perusteella vaikuttaa hyvin selvästi siltä, että kor-

⁶⁷ *Maljanen ym. (2011).*

⁶⁸ *Mallin spesifikaatio on liitteessä 4.*

vausten tason nosto siirtyy osittain palkkioihin. Havainto ei ole varsinaisesti yllättävä, sillä asia on noussut esiin eri yhteyksissä aiemminkin, esimerkiksi hammashoitouudistuksen käyttäjäkokemuksia kartoittaneessa tutkimuksessa⁶⁹.

Taulukossa 8 on lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkioiden korvausprosentteja vuodesta 2004 eteenpäin. Taulukossa olevat luvut kuvaavat siis sitä, kuinka suuren osan korvaus kattoi peritystä palkkiosta. Korvauksen osuus yksityishammaslääkäreiden palkkioista kasvoi vuonna 2008 yli viisi prosenttiyksikköä edelliseen vuoteen verrattuna. On huomattava, että tavoiteltuun 40 prosentin korvaustasoon ei kuitenkaan päästy edes vuonna 2008 ja korvauksen osuus palkkiosta lähti pieneen laskuun heti seuraavana vuonna.

TAULUKKO 8. Sairaanhoidonkorvauksen kattama osuus yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden perimistä palkkioista vuosina 2004–2009.⁷⁰

Vuosi	Korvausprosentti, lääkärit	Korvausprosentti, hammaslääkärit
2004	30,3	36,0
2005	28,8	34,8
2006	27,5	33,6
2007	26,4	32,2
2008	24,6	37,4
2009	25,3	37,0
2010	24,5	35,6

Korvausten valuminen palkkioihin ensinnäkin rapauttaa luottamusta koko järjestelmää kohtaan. Lisäksi korvausten siirtyminen palkkioihin lisää verorahoituksen tarvetta – tiettyyn haluttuun korvaustasoon palkkiosta mitattuna tarvitaan suurempi rahallinen panostus kuin silloin, jos siirtymää ei olisi. Edelleen ongelmaksi muodostuu myös se, että vakuutetut eivät saa sitä hyötyä täysimääräisenä, johon korvauksen nostolla on pyritty. Vakuutettujen oman rahoituksen tarve kasvaa ja korvausjärjestelmän tavoite – yksityisten terveystalouden käytön mahdollistaminen – karkaa. Korvaustason nosto ei siten ole järkevä toimenpide ilman, että kustannusten siirtymää pyritään ja kyetään jollain tavoin hillitsemään.

⁶⁹ Nihtilä – Widström (2005).

⁷⁰ Kansaneläkelaitos (2005b, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010a) ja Kelasto.

3.3.2 Palkkioihin vaikuttaminen

Edellisen perusteella on kysyttävä, onko mahdollista seurata palkkiotasojen kehitystä ja mahdollisesti jopa vaikuttaa niihin?

Tilastotietoa sairausvakuutuksista on saatavilla varsin hyvin. Tilastot ovat edellä kerrotusti kunnittaisia ja menevät peräti toimenpide- ja lääkäritasolle. Aineiston saatavuuden suhteen ongelmaa ei siis ole, eikä sen puute aseta rajoitteita palkkiotasojen valvonnalle. Pelkkä tilastotiedon olemassaolo ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitaan myös taho, viranomainen, jolle valvontatehtävä on osoitettu. Varsinainen palkkioiden seuranta ja valvonta ei kuitenkaan kuulu Kansaneläkelaitoksen tehtäviin.

Vaikka korvausten epätarkoituksenmukaisesta kohdentumisesta on ollut vähintään epäilyksiä aiemminkin, niin mitään erityisiä toimenpiteitä ei ole tehty asian korjaamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön muistiossa sairaanhoitovakuutuksen kehittämistä pohditaan laajalti mutta tähän asiaan ei suoraan puututa. Selvityksessä kuitenkin ehdotetaan seuraavia kustannusten hallintakeinoja:

1. Palvelujen tuottajien kanssa tehtävät puitesopimukset, joilla määritellään enimmäishinta palveluille. Korvauksen saisi ainoastaan niistä palveluista, joista olisi maksettu korkeintaan sovittu hinta. Listahintaa korkeammasta palkkiosta ei maksettaisi korvausta lainkaan.
2. Palvelujen kilpailuttaminen. Vain valittujen yksityisten palvelujen tuottajien palveluista maksettaisiin korvausta.
3. Sopimuslääkärimalli; vain sopimuksen tehneiden lääkäreiden palkkioista saisi korvausta. Lääkärit sitoutuisivat sovittuun hintatasoon.

Selvityksessä arvioidaan, että malleista vaihtoehdot 1. ja 3. ovat perustelluimpia. Ehdotukset eivät sisällä ehdotonta vaadetta yksityiselle palveluntuottajalle, vaan tämä voi hinnoitella palvelunsa vapaasti ja viranomaistaho puolestaan arvioi, mikä on korkein hyväksyttävä hinta kullekin palvelulle, josta korvaus voidaan suorittaa. On myös nostettu esiin ajatus yksityisten hammaslääkäreiden markkinoiden säätelystä esimerkiksi hintakattojen avulla⁷¹.

Yleisellä tasolla on huomattava, että yksityisen sektorin hintoja koskeva viranomaissäätely usein tuottaa haitallisia sivuvaikutuksia⁷². Saattaa olla myös hankalaa ennalta arvioida, mitä vaikutuksia säätelyllä ylipäättään on.

⁷¹ *Maljanen ym. (2011) sekä Helsingin Sanomat 5.2.2011.*

⁷² *Esimerkiksi vuokrien säätely (määrätty korkein hinta) johtaa vuokra-asuntojen tarjonnan vähenemiseen.*

Ministeriön selvityksessä viitataan mahdollisiin sivuvaikutuksiin, joita hintojen kontrolloiminen voi aiheuttaa.

Kilpailu hyödykkeiden tai palvelun tarjoajien välillä katsotaan yleisesti tehokkaaksi keinoksi hillitä hintojen nousua. Kilpailun lisääminen yksityisen sektorin tuottajien välillä saattaisi siten olla keino hillitä kustannusten nousua. Kilpailun lisääminen tarkoittaisi käytännössä lääkäreiden ja hammaslääkäreiden määrän lisäämistä. Tällöin olisi pohdittava myös sitä, onko panostus uusiin koulutuspaikkoihin kokonaistaloudellisesti järkevää. Hammaslääkäreiden koulutusta onkin viime aikoina lisätty. Lääkäreiden osalta lisäystä ei ole tehty ja näiden määrä väestöön suhteutettuna ei ole erityisen pieni kansainvälisesti vertaillen. Lisääminen ei tapahdu helposti, sillä suurten ikäluokkien eläköitymisen myötä nykyisenkin terveydenhuoltohenkilöstön määrän ylläpitäminen on haasteellista. On myös arvioitu, että lääkäreiden määrän lisääminen lisää terveydenhuollon menoja⁷³. On siis hyvin kyseenalaista, voiko ammattikunnan henkilöstöä kasvattamalla lisätä kilpailua siten, että sillä olisi vaikutusta hintoihin.

On kuitenkin arvioitu, että terveydenhuollossa kilpailu ei paranna siinä määrin tehokkuutta kuin monella muulla talouselämän sektorilla. On myös argumentoitu, että sairausvakuutuskorvaukset itsessään vähentävät kilpailua yksityisellä sektorilla.⁷⁴ Palveluntarjoajien määrän lisääminen ei välttämättä vaikuta hintakilpailua lisäävästi. Varsinkin suurissa keskuksissa ja erityisesti Varsinais-Suomessa ja Uudellamaalla on paljon yksityis-hammaslääkäripalvelujen tarjoajia. Hammashoidossa ei kuitenkaan ole toimivia markkinoita, joten kilpailun vaikutus hintoihin on ollut pieni. Kansainväliseltä kilpailulta suojassa olevan toimialan menestys on perustunut pitkälti kilpailun esteisiin. Näitä ovat olleet muodostamassa sekä julkinen valta että etujärjestöt omilla toimillaan.⁷⁵ Kansainvälinen kilpailu saattaa jatkossa tulla voimakkaammin myös terveydenhuoltopalveluihin sekä kansainvälisten suurten yritysten muodossa kuin myös sitä kautta, että ihmiset käyttävät palveluja muissa maissa.

Kuluttajien on yksityisten terveydenhuollon palveluiden osalta hankalaa tehdä vertailuja palveluntarjoajien välillä. Olisikin hyödyllistä, jos kuluttajien mahdollisuutta hintojen vertailuun parannettaisiin esimerkiksi luvussa 3.2.3 kuvatulla järjestelyllä.⁷⁶

⁷³ Ks. esim. Soininvaara (2008).

⁷⁴ Pekurinen ym. (2010).

⁷⁵ Mikkola ym. (2005).

⁷⁶ Soininvaara (2008). *Hintatietoisuuden ja tuottajien hintakilpailun lisäämistä on ehdotettu myös Kansaneläkelaitoksen taholta, ks. Maljanen ym. (2011).*

Palkkioihin vaikuttaminen on edellä todetun perusteella hankalaa. Korvausten siirtymistä palkkioihin on pidetty ilmeisenä ainakin joillakin tahoilla. Tässä mielessä pidättäytyminen korvaustason nostosta, kuten on tehty, on ollut perusteltua.

4 Tarkastusviraston kannanotot

Julkinen sairausvakuutus korvaa tarpeellisen sairaudenhoidon kustannuksia ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamia kustannuksia. Tarkastuksessa keskityttiin erityisesti sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutukseen ja sen korvauksiin yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Tarkastuksen pääkysymyksenä oli selvittää, edistävätkö mainitut korvaukset väestön yhdenmukaisia mahdollisuuksia täydentää julkisia terveyspalveluja kohtuullisin kustannuksin.

Korvausjärjestelmä sinänsä luo taloudellisia edellytyksiä vaihtoehtoisten yksityisten terveyspalvelujen käytölle. Tarkastuksessa havaittiin kuitenkin, että korvausjärjestelmään liittyy monia sellaisia piirteitä, jotka vaikeuttavat väestön yhdenmukaisia mahdollisuuksia täydentää sairausvakuutuksella julkisia terveyspalveluja. Vuonna 2008 tehty korotus yksityishammaslääkäreiden palkkioiden korvauksiin on valunut osittain palkkioihin eikä täysimääräisesti tullut vakuutettujen hyödyksi. Julkinen sairausvakuutusjärjestelmä itsessään on terveydenhuollon järjestämistapana ja rahoituskanavana Suomessa nykymuodossaan ongelmallinen, sillä sen kautta rahoitetaan osin kunnallisen terveydenhuollon kanssa rinnakkaisia palveluja. Sairausvakuutus on siten osin muun terveydenhuollon kanssa päällekkäinen järjestelmä. Tämä vaikeuttaa terveydenhuollon kokonaisuuden koordinointia ja kehittämistä.

Sairausvakuutuskorvaukset terveydenhuollon palvelujärjestelmässä

Korvauksia yksityisen terveydenhuollon käytön aiheuttamista kustannuksista perustellaan sillä, että näin voidaan lisätä kansalaisten vapautta terveydenhuoltopalvelujen valinnassa. Suomen julkinen terveydenhuolto ei varsinkaan aiemmin ole tarjonnut asiakkaalle mahdollisuuksia valita hoitopaikkaa tai lääkäriä. Valinnanvapaus myös julkisessa terveydenhuollossa on kuitenkin uuden terveydenhuoltolain myötä hieman kasvamassa. Korvauksien positiivisena puolena mainitaan usein myös se, että niiden olemassaolo suuntaa asiakasvirtaa osittain pois julkisesta terveydenhuollosta ja helpottaa siten sen painetta.

Toisaalta yksityinen terveydenhuolto kilpailee samasta työvoimaresursista kuin julkinen terveydenhuolto. Yksityisen sektorin tarjoama palkkaus ja muut työehdot ovat usein julkisen puolen vastaavia paremmat. Julkinen terveydenhuolto onkin kärsinyt jo pitkään henkilöstön saatavuusongelmista. Joidenkin arvioiden mukaan sairaanhoitokorvaukset vaikeuttavat julki-

sen sektorin mahdollisuuksia rekrytoida työvoimaa. Sairausvakuutuskorvaukset on joissain näkemyksissä rinnastettu yritystukiin, subventioon yksityiselle terveydenhuoltosektorille.

Julkisen hammashuollon laajeneminen koko väestöön ja hoitotakuun voimaantulo ei ole johtanut siihen, että sairaanhoitovakuutuksen korvaukset eivät olisi enää tarpeen – ainakaan maksettujen korvausten kokonaissumma ei ole pienentynyt. Hoitotakuun tavoitteet on uusimman selvityksen mukaan saavutettu hyvin, joskaan ei aivan täysin. Samalla kuitenkin lääkäreiden mahdollisuus kaksoisrooliin on korostunut, eli nämä voivat siirtää julkisen puolen jonoja yksityiselle.

Sairaanhoitovakuutuksen korvaukset tekevät taloudellisesti helpommaksi yksityisten terveyspalvelujen käytön. Korvaukset yksityisistä palveluista lisäävät kansalaisten vaihtoehtoja ja siten täydentävät julkista terveydenhuoltoa. Samaan aikaan korvaukset kuitenkin tuovat terveydenhuollon rahoitukseen monikanavaisuutta. Monikanavaisuuden tuomien ongelmien ja haasteiden sekä osin päällekkäisten järjestelmien yhteen sovittaminen ja koordinointi on hankalaa.

Tarkastusvirasto katsoo, että sairausvakuutusjärjestelmää tulisi kunnallisen terveydenhuollon ohella arvioida ja kehittää aktiivisesti. Sosiaali- ja terveysministeriön tulee suunnittelussaan selvittää sairausvakuutusjärjestelmän ja sen korvausten vaikutuksia ja pyrkiä haittojen minimoimiseen. Erilaisten toimenpiteiden vaikutuksia on arvioitava kattavasti ja eri väestöryhmien kannalta.

Korvausjärjestelmä on sekava

Hyvän hallinnon periaatteisiin kuuluu läpinäkyvyys. Korvausjärjestelmässä tämä tarkoittaisi sitä, että kansalainen ennen palvelun hankkimista on selvillä siitä, mikä hinnaksi muodostuu. Sairausvakuutusjärjestelmän korvaustaksoja on noin kaksi ja puoli tuhatta ja järjestelmän terminologia hallinnollista sekä kansalaiselle vierasta. Lisäksi korvausprosentit vaihtelevat. Järjestelmän vaikeaselkoisuus hankaloittaa omavastuuosuuden arviointia. Vuosikymmenten aikana kehittynyt järjestelmä ei ole nykymuodossaan läpinäkyvä. Myös sosiaali- ja terveysministeriön sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmä kiinnitti järjestelmän vaikeaselkoisuuteen huomiota muistiossaan vuonna 2007.

Tarkastusvirasto katsoo, että sosiaali- ja terveysministeriön tulee selvittää sellaisia toimenpiteitä, joilla järjestelmän ymmärrettävyyttä voidaan parantaa. Ministeriön muistiossa on monia sellaisia ehdotuksia, joita voidaan käyttää ainakin kehittämistyön pohjana, mahdollisesti jopa sellaisenaan. Muistiossa arvioidaan muun muassa euromääräistä korvausmenette-

lyä ja korvausta, joka olisi suhteellinen osuus kustannuksista. Valmistelutyössä tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota sen arvioimiseen, millälaisia seurannaisvaikutuksia erilaisilla toimenpiteillä saattaa olla.

Korvaukset kohdentuvat epätasaisesti

Nykyisellään sairaanhoitovakuutuksen korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista kohdentuvat epätasaisesti niin alueellisesti, sukupuolen perusteella kuin tulojenkin mukaan. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat viime vuosina pikemminkin kasvaneet kuin supistuneet. Palveluntarjonta kohdistuu suuriin asutuskeskittymiin ja maan eteläosiin. Idässä ja pohjoisessa henkeä kohden maksettu korvaus on selvästi pienempi. Naiset saavat lääkärinpalkkioiden korvauksista miltei kaksi kolmasosaa ja hammaslääkärinpalkkioiden korvauksistakin yli puolet. Maksettujen korvausten määrä kasvaa tulotason mukana. Alueelliset erot palvelutarjonnassa vaikuttavat siihen, että väestöllä ei ole yhdenvertaisia mahdollisuuksia käyttää yksityissektorin palveluja ja täydentää julkisia terveyspalveluja. Tarkastuksen perusteella voidaan todeta myös, että korvausten kohdentuminen alueellisesti sekä sukupuolten ja tuloryhmien kesken heijastavat myös palvelujen epätasaista tarjontaa ja kysyntää.

Korvauksiin lääkäreiden ja hammaslääkäreiden palkkioista on tehty korotuksia harvakseltaan. Lääkäreiden korvauksiin viimeisin tasokorotus on niinkin kaukaa kuin vuodelta 1989. Korvausten osuus perityistä lääkärinpalkkioista on pienentynyt jo pidempään ja muodosti vuonna 2010 enää vain noin neljänneksen peritystä palkkiosta. Hammaslääkäreiden korvausten uusin korotus on vuodelta 2008; tavoitteena oli nostaa korvaus 40 prosenttiin todellisesta peritystä palkkiosta. Tarkastuksessa havaittiin, että osa korvauksen tasokorotuksesta siirtyi hammaslääkäreiden palkkioihin eikä siten tullut vakuutettujen hyödyksi. Ilmiö on tuttu muistakin tulonsiirtojärjestelmistä. Tavoitetta 40 prosentin korvaustasosta ei saavutettu edes vuonna 2008. Korvauksen osuus palkkiosta nousi viitisen prosenttiyksiköä vuonna 2008 edelliseen vuoteen verrattuna mutta lähti laskuun heti vuonna 2009. Korvaustason lasku palkkioon verrattuna jatkui vuonna 2010 ja oli alle 36 prosenttia peritystä palkkiosta.

Tarkastusvirasto katsoo, että kustannuksia hillitseväenä toimenpiteenä sosiaali- ja terveysministeriön tulisi selvittää, millä tavoin olisi mahdollista lisätä hintakilpailua palveluntarjoajien välillä. Tarjonnan lisääminen terveydenhuollonhenkilöstön määrän kasvattamisen kautta lienee hankalaa ainakin lyhyellä aikavälillä. Sitä paitsi on olemassa näyttöä siitä, että tarjonnan lisäys ei terveydenhuollossa aina johda säästöihin vaan pikemminkin kasvaviin kustannuksiin. Eräs harkinnanarvoinen mahdollisuus

olisi lisätä kansalaisten hintatietoisuutta. Nykyisellään lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen hintojen vertailu on vaikeaa. Sosiaali- ja terveysministeriön tulisikin tutkia, onko hintatietojen paremmalla saatavuudella mahdollista lisätä palveluntarjoajien välistä hintakilpailua. Samalla tulee myös selvittää, millä tavoin hintoja olisi mahdollista tehokkaasti tuoda kansalaisten saataville.

Lähteet

1. Lait ja asetukset

Kansanterveyslaki 66/1972.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989.

Hallintolaki 434/2003.

Sairausvakuutuslaki 1224/2004.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009.

Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta 1335/2004.

Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista 1336/2004.

2. Kirjalliset lähteet

Helsingin Sanomat 5.2.2011, Kotimaa: Uudet Kela-korvaukset nostivat palkkioita hammaslääkärissä.

Helsingin Sanomat 2.3.2011, Kotimaa: Terveysasemien huono maine lisää sairauskuluvakuutuksen suosiota – Lasten vakuutukset yleistyvät.

Hiekka S., Viren M. (2008): Nostaako asumistuki vuokria? Kansantaloudellinen aikakauskirja – 104 vsk. 2/2008.

Holm P., Laiho V. (2010): Sairaanhoitovakuutus – sairaus vai mahdollisuus. PTT-raportteja 224. Pellervon taloustutkimus PTT, Helsinki 2010.

Kangasharju A. (2003): Maksaako asumistuen saaja muita korkeampaa vuokraa? VATT-tutkimuksia 101. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus Helsinki 2003.

Kansaneläkelaitos (1988): Kansaneläkelaitoksen tilastollisia vuosikatsauksia 1988. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T3: 17 B. Kansaneläkelaitos, laskenta- ja tilasto-osasto, Helsinki 1989.

Kansaneläkelaitos (1992): Kansaneläkelaitoksen sairausvakuutustilastot. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T11:4. Kansaneläkelaitos, laskenta- ja tilasto-osasto, Helsinki 1993.

Kansaneläkelaitos (2005a): Lääkäreille, hammaslääkäreille ja terveydenhuollon palvelujen tuottajille. Yhtenäiset hoitopäätösten perusteet ja sairaanhoitokorvaukset 3/322/2005.

Kansaneläkelaitos (2005b): Kelan sairausvakuutustilasto 2004. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2005.

Kansaneläkelaitos (2006): Kelan sairausvakuutustilasto 2005. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2006.

Kansaneläkelaitos (2007): Kelan sairausvakuutustilasto 2006. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2007.

Kansaneläkelaitos (2008): Kelan sairausvakuutustilasto 2007. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2008.

Kansaneläkelaitos (2009): Kelan sairausvakuutustilasto 2008. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2009.

Kansaneläkelaitos (2010a): Kelan sairausvakuutustilasto 2009. Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä, Helsinki 2010.

Kansaneläkelaitos (2010b): Kelan tilastollinen vuosikirja 2009.

Kansaneläkelaitos: Sairaanhoitokorvauksen taksat 1.1.2011.

Klavus J., Järvelin J., Pekurinen M., Mikkola H. (2005): Sairausvakuutus terveydenhuollon rahoitusmuotona. Kansantaloudellinen aikakauskirja 101. vsk. 3/2005.

Mikkola H., Hujanen T., Virta L., Maljanen T.: Annetaanko sairausvakuutuskorvausten näivettyä? Suomen Lääkärilehti 6/2011.

Maljanen T., Komu M., Mikkola H. (2011): Sairausvakuutuksen taksan- korotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Teoksessa Terveystaloustiede 2011, Klavus J. (toim.). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011.

Mattila Y. (2006): Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat – "Yhteisestä pohjasta eri poluille". Sosiaalipolitiikan laitos, Turun yliopisto 2006.

Miettinen A.: Irti suunnitelmataloudesta laboratorioalalla. Suomen Lääkäri-lehti 34/2000.

Mikkola H., Widström E., Jauhiainen S., Vesivalo A. (2005): Yksityiset hammashoitopalvelut Isossa- Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa. Toimialan kehitys, menestys ja haasteet. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):1.

Nihtilä A., Widström E. (2005): Haasteena oikeudenmukaisuus – keski-ikäisten kokemuksia hammashoitouudistuksesta pääkaupunkiseudulla. Yhteiskuntapolitiikka 70 (2005):3.

Pekurinen M., Mikkola H., Tuominen U. (toim.) (2008): Hoitotakuun talous – Hoitotakuun vaikutus terveydenhuollon menoihin, toimintaan ja sairausvakuutuskorvauksiin. Stakesin raportteja 5/2008. Stakes, Helsinki 2008.

Pekurinen M., Erhola M., Häkkinen U., Jonsson P. M., Keskimäki I., Kokko S., Kärkkäinen J., Widström E., Vuorenkoski L. (2010): Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. THL:n asiantuntijaryhmä 17.11.2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Punnonen H (2011): Hinnat – osa avoimuutta. Sairaalaviesti 1-2/2011. Kuntaliitto.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007. Edita Prima Oy, Helsinki 2007.

Soininvaara O. (2008): Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä. Selvi- tystmiehen raportti elokuussa 2008. Multiprint Oy, Helsinki 2008.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006): Sosiaali- ja terveystalouden strate- giat 2015 – kohti sosiaalisesti kestävä ja taloudellisesti elinvoimaista yh- teiskuntaa. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:14.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2007): Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoidovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:34.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011): Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriö, julkaisuja 2011:1.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 582/2005, 22.12.2005. Sairausvakuutusjärjestelmän rahoitusrakenne uudistuu.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 125/2006, 31.3.2006. Vuosi hoitotakuuta on tehnyt hyvää perusterveydenhuollolle.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Tiedote 341/2010, 11.11.2010: Sairausvakuutusmaksut vuodelle 2011 vahvistettu.

Sosiaalivakuutus 5/2007: Kela-korvaus yksityislääkärin palkkiosta muita useammin suurituloiselle.

Sosiaalivakuutus 2/2009: Sairaanhoidovakuutuksen nopein kasvu hammaslääkärinpalkkioissa.

Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisu 3/2006.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tiedote 16.2.2011. Sairaalat onnistuneet lyhentämään hoitojonoja.

Tuominen U., Hiilamo H., Dadi L., Mikkola H. (2011): Kela-korvausten merkitys yksityisten terveystalouksien käytössä. Teoksessa Terveystaloustiede 2011, Klavus J. (toim.). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2011.

van Doorslaer E., Masseria C., OECD Health Equity Research Group Members (2004): Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. OECD Working Paper No. 14. OECD, Paris 2004.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2007): Hankerahoitus ohjausvälineenä. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 147/2007.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2008): Hoitotakuu. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomus 167/2008.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2009): Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomus 196/2009.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2010): Toiminnantarkastuskertomus 167/2008 Hoitotakuu. Jälkiseurantaraportti 4.10.2010.

Valtion talousarvioesitys 2011. Helsinki 2010.

Valtiovarainministeriö (2008): Asiakirjayhdistelmä vuoden 2008 talousarviosta. 7/2008 Budjetti. Edita Prima Oy, Helsinki 2008.

3. Ei-painetut lähteet

Kelasto, Kansaneläkelaitoksen verkkotietokanta. http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet.

Kuningaskuluttaja, TV1: Hammaslääkäreiden hinnoissa isoja eroja, 8.10.2009. <http://kuningaskuluttaja.yle.fi/node/2431>.

4. Julkaisemattomat lähteet

Myllymäki K. ja Rintanen H. (2006): Miten hoitotakuu toteutuu terveyskeskuksissa? Terveyskeskusten johtavien lääkäreiden kannat kysely helmikuussa 2006. (Esitys).

Seppälä T. (2009): Palvelusetelin haasteet finanssikriisillä höystettynä. CHESS-seminaari 19.11.2009. (Esitys).

5. Haastattelut

Kansaneläkelaitos, 16.11.2010, kolme haastateltavaa.

Suun terveydenhuollon asiantuntija, 31.12.2010, yksi haastateltava.

Terveydenhuollon asiantuntija 27.1.2011, yksi haastateltava.

Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos, 21.2.2011, yksi haastateltava.

Kansaneläkelaitos, 1.3.2011, kolme haastateltavaa.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 25.3.2011, kaksi haastateltavaa.

Liitteet

Liite 1. Mallispesifikaatio: erotukset erotuksissa -estimaattori (aineisto vuosilta 1988 ja 1992)

Vertaillaan yksityislääkäreiden palkkioita yksityishammaslääkäreiden palkkiokehitykseen:

$$\Delta \ln(\text{palkkio/käynti}) = \beta_0 + \beta_1 \text{lääkärit} + \varepsilon$$

Aineisto on paneeli suurimmista kunnista (n=31) ja käsittää vuodet 1988 ja 1992, painotettu vuoden 1992 käyntimäärillä.

- $\Delta \ln(\text{palkkio/käynti})$ on deflatoidun keskipalkkion logaritmin muutos vuodesta 1988 vuoteen 1992
- $\text{lääkärit} = 1$, jos kyseessä lääkäreiden palkkiotieto, 0 muulloin.

LIITETAULUKKO 1. Erotukset erotuksissa 1988–1992 -mallin estimaatit

Selittäjä	Kerroin	Keskiarvo	p-arvo
Lääkärit	0,0706	0,0121	0,000
Vakio	0,1255	0,0113	0,000
N = 62			

Liite 2. Mallispesifikaatio: erotukset erotuksissa -estimaattori (aineisto vuosilta 2007 ja 2010)

Vertaillaan yksityishammaslääkäreiden palkkioita yksityislääkärien palkkiokehitykseen:

$$\Delta \ln(\text{palkkio/käynti}) = \beta_0 + \beta_1 \text{hammaslääkärit} + \varepsilon$$

Aineisto on seutukuntapaneeli ja käsittää vuodet 2007 ja 2010, painotettu vuoden 2010 käyntimäärillä.

- $\Delta \ln(\text{palkkio/käynti})$ on deflatoidun keskipalkkion logaritmin muutos vuodesta 2007 vuoteen 2010
- $\text{hammaslääkärit} = 1$, jos kyseessä hammaslääkäreiden palkkiotieto, 0 muulloin.

LIITETAULUKKO 2. Erotukset erotuksissa 2007–2010 -mallin estimaatit

Selittäjä	Kerroin	Keskivirhe	p-arvo
Hammaslääkärit	0,0473	0,0051	0,000
Vakio	0,1091	0,0036	0,000
N = 156			

Liite 3. Mallispesifikasiatio: kiinteiden vaikutusten estimaattori

Vertailu tapahtuu hammaslääkäreiden aiempaan palkkiokehitykseen. Vertailuryhmänä ovat hammaslääkärit itse ennen taksankorotusta. Malli on muotoa

$$\ln(\text{palkkio}/\text{käynti}_{it}) = \beta_0 + \beta_1 \ln(\text{tulot}_{it}) + \beta_2 \text{vuosi2005} + \dots + \beta_6 \text{vuosi2009} + u_i + \varepsilon_{it}$$

Kyseessä on kiinteiden vaikutusten estimaattori, aineistona kuntapaneeli vuosilta 2004–2009. Keskipalkkio ja kotitalouksien keskimääräiset käytävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohti (=tulot) ovat reaalihintaisia. Malli on painotettu vuosien 2004–2009 keskimääräisillä käyntimäärillä.

- *vuosi2005* = 1, jos vuosi = 2005, 0 muulloin jne.
- u_i sisältää kuntakohtaiset havaitsemattomat tekijät
- ε_{it} on virhetermi.

LIITETAULUKKO 3. Kiinteiden vaikutusten mallin estimaatit

Selittäjä	Kerroin	Keskivirhe	p-arvo
Vuosi 2005	0,0283	0,0022	0,000
Vuosi 2006	0,0488	0,0026	0,000
Vuosi 2007	0,6844	0,0036	0,000
Vuosi 2008	0,1118	0,0034	0,000
Vuosi 2009	0,1738	0,0037	0,000
Tulot	0,1117	0,0444	0,012
N = 1 834			

Liite 4. Kansaneläkelaitoksen malli

Kansaneläkelaitoksen malli on muotoa

$$y_t = \beta_0 + \beta_1 * (aika_t * kust_t) + \beta_2 * interventio_t + \varepsilon_t$$

Mallissa y_t on hammaslääkärin tietyistä toimenpiteistä kuukaudessa t perimä keskimääräinen palkkio, $(aika_t * kust_t)$ on tarkastelujakson alusta alkavan ajan ja kustannuskehityksen yhteisvaikutusta kuvaava muuttuja ja $interventio_t$ taksankorotusta kuvaava muuttuja, joka saa arvon 0 ennen taksankorotusta ja arvon 1 taksankorotuksen jälkeen.

Tuloksellisuustarkastukset vuodesta 2006 lähtien

- 117/2006 Raha-automaattiavustukset kansansairauksien ennalta-
ehkäisyyn
- 118/2006 Valtion televisio- ja radiorahasto
- 119/2006 Puolustusvoimien ennakkomaksut puolustusmateriaali-
hankinnoissa
- 120/2006 Sähköisten asiointipalvelujen kehittäminen julkishallinnossa
- 121/2006 Yritystukien vaikutusten pysyvyys
- 122/2006 EU-säädösehdotusten kansallinen käsittely
– *erityisesti taloudellisten vaikutusten arvioinnin
kannalta*
- 123/2006 Kuntien yhdistymisavustukset
- 124/2006 Ammatilliset erikoisoppilaitokset ja niiden käyttökustannusten
valtionosuusjärjestelmä
- 125/2006 Käräjäoikeuksien tulohajaus ja johtaminen
- 126/2006 Teiden kunnossapito tielaitosuudistuksen jälkeen
- 127/2006 Verotuksen yhdenmukaisuuden edistäminen verohallinnossa
- 128/2006 Valtion osakkuusyhtiöt ja valtio vähemmistöomistajana
- 129/2006 Viranomaisten valvottavilta perimät valvontamaksut
- 130/2006 Sisäasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi
eduskunnalle
- 131/2006 Työministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi
eduskunnalle
- 132/2006 Suomen Kansallisteatterin peruskorjaus
- 133/2006 Kanatalouden tuotannonrajoitustoimet
- 134/2006 Maakunnan liittojen rooli
– *maakunnan kehittämisrahan sitomattoman osan käyttö*
- 135/2006 Ympäristöministeriön harkinnanvaraiset valtionavustukset
Vapaa Vuotos -liikkeelle
- 136/2006 Kouluterveydenhuollon laatusuositus
– *suosituksen ohjausvaikutukset kuntien toimintaan*
- 137/2006 Budjettituki Tansanialle
- 138/2006 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-
jen epäsäännönmukaisuuksien ilmoittamisenmenettelystä
- 139/2006 Turvapaikkamenettely
– *turvapaikkaprosessin, turvapaikanhakijoiden vastaanoton ja
pakolaisten kotouttamisen toiminnallinen kokonaisuus*
- 140/2007 Natura 2000 -verkoston valmistelu

- 141/2007 Verotuet
– *tilivelvollisuuden toteutuminen*
- 142/2007 Paikallisen yhteistyön määrärahan tarkastus
- 143/2007 Virkamatkustaminen
– *ohjausjärjestelmät ja taloudellisuus*
- 144/2007 Jääluokat ja väylämaksut
- 145/2007 Poliisi-, tulli- ja rajavartiolaitosviranomaisten yhteistoiminta (PTR-yhteistyö)
– *erityisesti vakavan rikollisuuden torjunnassa*
- 146/2007 Nuorten syrjäytymisen ehkäisy
- 147/2007 Hankerahoitus ohjausvälineenä
- 148/2007 Liikenne- ja viestintäministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 149/2007 Ulkoasiainministeriön hallinnonalan tuloksellisuusraportointi eduskunnalle
- 150/2007 Tulosohjauksen tila
– *Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastushavaintojen 2002–2006 perusteella*
- 151/2007 Finanssialan asiantuntijapalveluhankinnat
- 152/2007 Aluekeskusohjelman toteutus vuosina 2004–2006
- 153/2007 Sotu-kokeilun vaikutukset
- 154/2007 Valtio etsintä- ja kaivostoiminnan edistäjänä
- 155/2007 Kalatalouden kehittäminen
- 156/2007 Kuluttajahallinnon toimivuus
- 157/2008 T&k-arviointitoiminta
- 158/2008 Alueellisten tietoyhteiskuntahankkeiden toteutus
- 159/2008 Rataväylien kunnossapito
- 160/2008 Terveyden edistämisen määrärahalta toteutettavat hankkeet
- 161/2008 Tunnistuspalveluiden kehittäminen ja käyttö julkisessa hallinnossa
- 162/2008 Metsähallitus
– *liikelaitoskonsernina ja ympäristöministeriön ohjaamana luonnonsuojelijana*
- 163/2008 Väärinkäytökset valtionhallinnossa
- 164/2008 Huoltovarmuuskeskus
- 165/2008 Valtion teknillisen tutkimuskeskuksen (VTT) aineettoman omaisuuden (Intellectual Property Rights IPR) kaupallinen hyödyntäminen
- 166/2008 EU:n tarkastusvirastojen rinnakkaistarkastus rakennerahasto-ohjelmien tuloksellisuudesta työllisyyden alueella

- 167/2008 Hoitotakuu
- 168/2008 Valtion kassanhallinta
- 169/2008 Hallinto-oikeudet
- 170/2008 Kehitysyhteistyön läpileikkaavat tavoitteet
- 171/2008 Koulutuksen määrällinen ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen
– erityiskohteena nuorten ammatillinen peruskoulutus
- 172/2008 Alueellisten kehittämisohjelmien vaikutukset
- 173/2008 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 174/2008 Julkisen työnvälityksen asema ja painopisteet
- 175/2008 Maatalouden ravinnepäästöjen vähentäminen
- 176/2008 Valot päällä Pohjolassa
Pohjoismainen sähköhuollon valmiusyhteistyö
- 177/2008 Työterveyshuolto ja alkoholihaittojen ehkäisy
- 178/2008 Poliisin tietohallintokeskuksen alueellistaminen
- 179/2008 Valtion velanhallinta
- 180/2009 Asiantuntija- ja tutkimuspalvelujen hankinta ulkoasiain-
ministeriössä
- 181/2009 Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennallisen valtionosuus-
järjestelmän läpinäkyvyys
- 182/2009 Vesiväylien kunnossapito
- 183/2009 Alueelliset ympäristökeskukset tavoite 2 -ohjelman toteuttajina
- 184/2009 Valtion talousarvion ulkopuolisten rahastojen
ohjaus ja hallinto
- 185/2009 Ajoneuvohallintokeskuksen PALKO-hanke
- 186/2009 Taloushallinnon muutokset ministeriöissä, virastoissa ja
laitoksissa
- 187/2009 Sisäasiainhallinnon palvelukeskus
- 188/2009 Ammattikorkeakoulutuksen työelämälähtöisyyden kehittäminen
- 189/2009 Yritysten liiketoiminnan sähköistämisen edistäminen
- 190/2009 Maa- ja metsätalousministeriön hallinnonalan harkinnan-
varaiset tukijärjestelmät
- 191/2009 Puoluetuki
- 192/2009 Perusopetuksen ohjaus- ja rahoitusjärjestelmä
- 193/2009 Lääkinnällinen kuntoutus
- 194/2009 Mielenterveyspalveluja ohjaavan lainsäädännön toimivuus
- 195/2009 Autoverotus
- 196/2009 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 197/2009 Oikeusministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 198/2009 Merenkululaitoksen eräiden toimintojen liikelaitostaminen
- 199/2009 Maatalouden kannattavuuden laskenta

- 200/2009 Päästökauppa – Kioton joustomekanismit
- 201/2009 Kainuun hallintokokeilun tila
- 202/2010 Työturvallisuus valtion työpaikoilla
- 203/2010 Täydentävyys kehitysyhteistyössä
- 204/2010 Valtion määräysvallassa olevien yhtiöiden ja valtion liikelaitosten antama vaali- ja puoluerahoitus 2006–2009 ja omistajaohjaus
- 205/2010 Valtion lainananto asuntotuotantoon
- 206/2010 Yliopistojen inhimillisten voimavarojen hallinta
- 207/2010 Tuottavuusohjelman valmistelu ja johtaminen
- 208/2010 Valtio tonttitarjonnan lisääjänä ja yhdyskuntarakenteen eheyttäjänä
- 209/2010 Teollisen yhteistyön rahasto Oy:n (Finnfund) toiminta
- 210/2010 Säätiöiden valtiontuki ja valvonta
- 211/2010 Väylähankkeiden toteuttamisen perustelut
- 212/2010 Poliitiikkaohjelmat ohjausvälineenä – esimerkkinä Terveyden edistämisen ohjelma
- 213/2010 Uusiutuvien energiamuotojen edistäminen
- 214/2010 Vanhuspalvelut – Säännöllinen kotihoito
- 215/2011 Vuoden 2004 selonteko – Varuskuntarakenne sekä johtamis- ja hallintojärjestelmä
- 216/2011 Säädöshankkeiden valtiontaloudellisten vaikutusten arviointi
- 217/2011 Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten IT-hankkeiden toteuttaminen
- 218/2011 Ruokahuollon ja terveydenhuollon rakennemuutokset Puolustusvoimissa
- 219/2011 Valtion taloudelliset vastuut – esittäminen ja huomiointi suunnittelun ja seurannan asiakirjoissa
- 220/2011 Ympäristöministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 221/2011 Vammaispalvelut muuttuvassa kunta- ja palvelurakenteessa – valtion ohjaus kehitysvammaisten asumisen palveluiden järjestämisessä
- 222/2011 Koulutus- ja työvoimatarpeiden ennakointi, mitoitus ja kohdentaminen
- 223/2011 Puolustusministeriön hallinnonalan ohjausjärjestelmä
- 224/2011 Kaupunki- ja metropolipolitiikka
- 225/2011 Valtionhallinnon toimitilat ja konserniohjaus oikeusministeriön, työ- ja elinkeinoministeriön sekä valtiovarainministeriön hallinnonaloilla
- 226/2011 Poliisin ja syyttäjän yhteistyö

- 227/2011 Energia- ja ilmastoteknologian tukeminen
- 228/2011 Sairaanhoidovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista



VALTIONTALOUDEN TARKASTUSVIRASTO
Antinkatu 1, PL 1119, 00101 Helsinki
Puh. 09 4321, faksi 09 432 5820, www.vtv.fi

ISBN 978-952-499-193-3 (nid.)