

PTT raportteja 224
PTT Reports 224

Sairaanhoitovakuutus – sairaus vai mahdollisuus

Pasi Holm
Veera Laiho

Helsinki 2010

Pellervon taloustutkimus PTT
Eerikinkatu 28 A
00180 Helsinki
Puh. 09-348 8844
Faksi 09-3488 8500
Sähköposti ptt@ptt.fi

ISBN 978-952-224-058-3 (NID)
ISBN 978-952-224-059-0 (PDF)
ISSN 1456-3215 (NID)
ISSN 1796-4776 (PDF)

Helsinki 2010

Pasi Holm – Veera Laiho. 2010. SAIRAAANHOITOVAKUUTUS – SAIRAUS VAI MAHDOLLISUUS. PTT raportteja 224. 49 s. ISBN 978-952-224-058-3 (NID), ISBN 978-952-224-059-0 (PDF), ISSN 1456-3215 (NID), ISSN 1796-4776 (PDF)

Tiivistelmä: Tutkimuksessa arvioidaan, kuinka sairausvakuutuskorvauksen muutos vaikuttaa yksityisten ja julkisten terveystalvelujen avohoidon käyttöön ja rahoitukseen. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu i) alentaisi yksityisten yleislääkärikäyntien keskimääräistä kuluttajahintaa 5,3 euroa, lisäksi yksityisten yleislääkärikäyntien määrää kuudella prosentilla ja vähentäisi julkisen perusterveydenhuollon käyntien määrää kahdella promilalla. Kelan menot kasvaisivat lähes viisi miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut kaksi miljoonaa euroa. ii) Yksityisten erikoislääkärikäyntien keskimääräinen kuluttajahinta laskisi yhdeksän euroa, yksityisten erikoislääkärikäyntien määrä lisäntyisi kolmella prosentilla ja julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon käyntien määrä vähenisi prosentilla. Kelan menot kasvaisivat vajaat 28 miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut 19 miljoonaa euroa. iii) Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu alentaisi yksityisten suun terveydenhuoltokäyntien keskimääräistä kuluttajahintaa yhdeksän euroa, lisäksi yksityisten suun terveydenhuollon käyntien määrää 12,5 prosentilla ja vähentäisi aikuisten julkisen suun terveydenhoitokäyntien määrää 12,5 prosentilla. Kelan menot kasvaisivat vajaat 56 miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut 24 miljoonaa euroa.

Avainsanat: *sairausvakuutuskorvaus, terveystalvelujen käyttö ja rahoitus.*

Pasi Holm – Veera Laiho. 2010. MEDICAL CARE INSURANCE – A DISEASE OR A POSSIBILITY. PTT Reports 224. pp 49.

Abstract: This study analyses the effects of the health insurance compensation on the consumption and finance of the private and public health services. The 10 percentage point increase in the health insurance compensation would decrease i) the average consumer price of the private general practitioners by 5.3 euros, would increase visits to the private general practitioners by six percent and would decrease visits to the public health care by 0.2 percent. Expenditures of the Social insurance institution would increase by five million euros, whereas expenditures of the State and the municipalities would decrease by two million euros. ii) The average consumer price of the private specialists would decrease by nine euros. Visits to the private specialists would increase by three percent and visits to the public specialists would decrease by one percent. Expenditures of the Social insurance institution would increase by 28 million euros whereas expenditures of the State and the municipalities would decrease by 19 million euros. iii) The average consumer price of the private dental health care would decrease by nine euros. Visits to the private dental health care would increase by 12.5 percent and visits to the public dental health care would decrease by 12.5 percent. Expenditures of the Social insurance institution would increase by 56 million euros whereas expenditures of the State and the municipalities would decrease by 24 million euros.

Keywords: *Medical care insurance compensation, consumption and finance of health service.*

Esipuhe

Suomessa on viime aikoina kiinnitetty erityistä huomiota terveyshuollon monikanavaiseen rahoitukseen. Sen vaikutuksesta terveyspalvelujen järjestämiseen, tuotantoon ja kustannuksiin on esitetty erilaisia arvioita. Erityisesti sairaanhoitovakuutusjärjestelmää on arvosteltu kriittisesti. Yleisesti odotettiin, että uuden terveydenhuoltolain valmistelun yhteydessä olisi tehty systemaattinen ja kokonaisvaltainen arviointi sekä linjaratkaisut siitä, miten suomalaisien terveyspalvelujen riittävä ja oikeudenmukainen rahoitus turvataan myös tulevaisuudessa. Näin ei kuitenkaan tapahtunut, vaan terveyspalvelujen rahoituksen uudistaminen siirtyi seuraavalle hallituskaudelle.

Jotta tulevia päätöksiä tehtäisiin riittävien vaikutusarvioiden pohjalta tilasi Lääkäripalveluyritykset ry tämän selvityksen sairausvakuutuskorvausten vaikutuksista terveyspalvelujen käyttöön ja rahoituksen jakautumiseen eri rahoittajatahojen välillä. Tutkimuksessa keskitytään sairaanhoitoon. Sairausvakuutuksen muut korvattavat erät kuten päivärahat, lääke- ja matkakorvaukset on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Sairausvakuutuksen todellisen korvaustason yhtäjaksoinen putoaminen lähes 20 vuoden ajan on johtanut siihen, että sairausvakuutuslain tavoite turvata kansalaisille mahdollisuus valita yksityinen palvelu ei nykyisin toteudu riittävällä tavalla. Valitessaan yksityisen palvelun kuluttajan omavastuuosuus nousee merkittävästi.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sairausvakuutuskorvauksen vaikutuksia terveyspalvelujen avohoidon käyttöön ja käytön rahoitukseen. Tutkimuksessa arvioidaan sitä, kuinka sairausvakuutuskorvauksen 10 prosenttiyksikön nousu ja lasku vaikuttavat yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen avohoidon käyttöön, asiakasvirtoihin yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä sekä terveyspalvelujen rahoituksen jakautumiseen eri rahoittajatahojen välillä.

Tekijät haluavat kiittää Ismo Partasta, Matti Pöyryä ja Kari Varkilaa rakentavista kommentista. Tekijät vastaavat tutkimuksen sisällöstä kaikilta osin.

Pasi Holm
Toimitusjohtaja
Pellervon taloustutkimus PTT

Yhteenveto

Tutkimuksessa tarkastellaan sairausvakuutuskorvausjärjestelmän vaikutuksia terveystalouden avohoidon käyttöön ja käytön rahoitukseen. Tutkimuksessa arvioidaan sitä, kuinka sairausvakuutuskorvauksen 10 prosenttiyksikön nousu ja lasku vaikuttavat yksityisten ja julkisten terveystalouden avohoidon käyttöön, asiakasvirtoihin yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä ja terveystalouden käytön rahoitukseen. Tutkimuksessa keskitytään sairaanhoitoon. Sairausvakuutuksen muut korvattavat erät kuten päivärahat, lääke- ja matkakorvaukset on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Analyysi perustu siihen, että kuluttaja päättää terveydenhuollon käyntikerroista. Meneekö asiakas lääkärin vastaanotolle ja jos menee, valitseeko yksityisen vai julkisen palvelutuottajan? Kuluttajan näkökulmasta oleellista on terveydenhuoltopalvelujen tarve, saatavuus, palveluiden hinta ja niiden laatu. Tutkimuksen vaikutuslaskelmissa oletetaan sekä yksityisen että julkisen sektorin pystyvän tuottamaan asiakkaiden haluamat terveystaloudet ilman merkittäviä jonoja.

Julkisista terveystalouksista kuluttaja maksaa esimerkiksi poliklinikkamaksun, terveyskeskusmaksun ja palveluiden muut omavastuut. Yksityisistä terveystalouksista (pl. työterveyshuolto) kuluttaja maksaa palvelun vähittäishinnan ja sairausvakuutuskorvauksen erotuksen. Työterveyshuolusta työnantaja maksaa palvelun hinnan ja sairausvakuutuskorvauksen erotuksen.

Terveystalouden rahoittajien rahoitusosuudet poikkeavat huomattavasti eri terveystalouksissa, kuten julkisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon avohoidossa, työterveyshuollossa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Työterveyshuollon rahoittajina toimivat työnantajat ja Kela sairausvakuutuskorvausjärjestelmän kautta. Muun yksityisen terveydenhuollon rahoittavat pääosin kotitaloudet tai kuluttajat ja Kela sairausvakuutuskorvausjärjestelmän kautta. Julkisen terveydenhuollon rahoittavat pääosin valtio ja kunnat.

Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota yksityisten ja julkisten terveystalouden käytön arvoon. Käytön arvo määrittää pitkälti käytöstä aiheutuvat rahoituskustannukset. Koska tutkimuksessa tarkastellaan myös kuluttajien

kulutuksen siirtymiä tai palvelujen käytön muutoksia yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen välillä, terveyspalvelujen arvo on jaettava yhtäältä käytön määrään ja sen hintaan. Riippuen tutkimusaineiston tietojen kattavuudesta ja siitä, mikä on kuluttajan terveyspalvelujen hankintapäätökseen vaikuttava tekijä, käytön määrää mitataan joko käyntikerroilla tai toimenpidekerroilla. Kun terveyspalvelujen arvot jaetaan käyntikertojen määrällä tai toimenpidekertojen määrällä saadaan kyseisten terveyspalvelujen keskimääräiset hinnat.

Keskimääräinen käyntikerran hinta ei kerro yksityisen ja julkisen palvelutuotannon tehokkuudesta

Keskimääräisten terveydenhuollon käyntikertojen hinnat poikkeavat yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Keskimääräisen käyntikerran hintaerot eivät kuvaa palvelutuottajien tehokkuuseroja. Eräs merkittävä keskimääräisten käyntikertojen hintaeroihin vaikuttava tekijä on erilainen hoitotoimenpiderakenne julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä. Myös toimenpiteiden hinnat voivat vaihdella merkittävästi eri yrityksissä, terveyskeskuksissa ja sairaaloissa.

Valitettavasti Suomessa ei ole saatavilla kattavia tietoja eri toimenpiteiden hinnoista tai tuotantokustannuksista. Erillistutkimuksia yksittäisistä toimenpiteistä eri kunnissa on tehty (liite 1 ja Klavus, 2010). Olemassa olevien tarkastelujen mukaan julkisten terveyspalvelutuottajien kustannuslaskenta on puutteellista, eikä kaikkia kustannuksia pystytä kohdistamaan toimenpiteisiin. Terveyspalvelujen vaikuttavuutta ja tehokkuutta sekä markkinoiden toimintaa ei voida arvioida eikä suunnitella ellei julkisen sektorin palvelujen kustannusseurantaa kyetä kehittämään.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu lisäisi yksityisten yleislääkärikäyntien määrää kuusi prosenttia, laskisi kuluttajahintaa 5,3 euroa käyntikerralta ja lisäisi julkisen sektorin menoja kaksi miljoonaa euroa

Vuonna 2008 yksityisen sektorin yleislääkäripalvelujen osuus perusterveydenhuollon menoista oli kolme prosenttia. Julkisen sektorin rahoittajat, valtio, kunnat ja Kela, tukivat julkisia perusterveydenhoitopalveluja 58,4 euroa keskimääräistä käyntikertaa kohden ja yksityisiä yleislääkärikäyntejä 9,5 euroa keskimääräistä käyntikertaa kohden.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu alentaisi yksityisten yleislääkärikäyntien keskimääräistä kuluttajahintaa 5,3 euroa, lisäisi yksityisten yleislääkärikäyntien määrää kuudella prosentilla eli 52 000 käynnillä ja vähentäisi julkisen perusterveydenhuollon käyntien määrää kahdella promillella. Kelan menot kasvaisivat lähes viisi miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut kaksi miljoonaa euroa. Nykyisten yksityisen sektorin asiakkaiden menot laskisivat 4,3 miljoonaa euroa.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön lasku vähentäisi Kelan menoja vajaalla viidellä miljoonalla eurolla, mutta lisäisi valtion ja kuntien menoja kolmella miljoonalla eurolla. Yksityisten yleislääkärikäyntien määrä laskisi ja julkisen perusterveydenhuoltokäyntien määrä nousisi 52 000 käynnillä. Arvio siitä, pystyisikö julkinen sektori ottamaan vastaan nämä uudet asiakkuudet nykyisen hoitotakuun edellyttämällä tavalla, on jätetty tämän tutkimuksen ulkopuolelle.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu lisäisi yksityisten erikoislääkärikäyntien määrää kolme prosenttia, laskisi kuluttajahintaa yhdeksän euroa käyntikerralta ja lisäisi julkisen sektorin menoja kahdeksan miljoonaa euroa

Vuonna 2008 yksityisen sektorin erikoislääkäripalvelujen osuus erikoissairaanhoidon avohoidon menoista oli vajaat 12 prosenttia. Julkisen sektorin rahoittajat, valtio, kunnat ja Kela, tukivat julkisia erikoissairaanhoidon avohoidon käyntejä keskimäärin 249 euroa ja yksityisiä erikoislääkärikäyntejä 20,1 euroa.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu alentaisi yksityisten suun terveydenhuollon käyntien keskimääräistä kuluttajahintaa yhdeksän euroa, lisäisi yksityisten erikoislääkärikäyntien määrää kolmella prosentilla eli 75 000 käynnillä ja vähentäisi julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon käyntien määrää prosentilla. Kelan menot kasvaisivat vajaat 28 miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut 19 miljoonaa euroa. Nykyisten yksityisen sektorin asiakkaiden menot laskisivat 26 miljoonaa euroa.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön lasku vähentäisi Kelan menoja vajaalla 27 miljoonalla eurolla, mutta lisäisi valtion ja kuntien menoja reilulla 19 miljoonalla eurolla. Yksityisten erikoislääkärikäyntien määrä laskisi ja julkisen perusterveydenhuoltokäyntien määrä nousisi 75 000 käynnillä. Arvio siitä, pystyisikö julkinen sektori ottamaan vastaan nämä uu-

det asiakkuudet nykyisen hoitotakuun edellyttämällä tavalla, on jätetty tämän tutkimuksen ulkopuolelle

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu lisäisi yksityisten suun terveydenhuollon käyntien määrää 12,5 prosenttia, laskisi kuluttajahintaa yhdeksän euroa käynniltä ja lisäisi julkisen sektorin menoja 31 miljoonaa euroa

Vuonna 2008 yksityisen sektorin suun terveydenhuollon osuus kaikista suun terveydenhuollon menoista oli 51 prosenttia. Julkisen sektorin rahoittajat, valtio, kunnat ja Kela, tukivat aikuisten julkisia suun terveydenhuollon käyntejä keskimäärin 63,1 euroa ja yksityisiä käyntejä 44,7 euroa.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu alentaisi yksityisten suun terveydenhuollon käyntien keskimääräistä kuluttajahintaa yhdeksän euroa, lisäisi yksityisten suun terveydenhuollon käyntien määrää 12,5 prosentilla eli 359 000 käynnillä ja vähentäisi aikuisten julkisen suun terveydenhoitokäyntien määrää 12,5 prosentilla. Kelan menot kasvaisivat vajaat 56 miljoonaa euroa, mutta valtion ja kuntien menot vähenisivät reilut 24 miljoonaa euroa. Nykyisten yksityisen sektorin asiakkaiden menot laskisivat 26 miljoonaa euroa.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön lasku vähentäisi Kelan menoja vajaalla 47 miljoonalla eurolla, mutta lisäisi valtion ja kuntien menoja 25 miljoonalla eurolla. Yksityisten suun terveydenhuollon käyntien määrä laskisi ja julkisen perusterveydenhuoltokäyntien määrä nousisi 359 000 käynnillä.

Suun terveydenhuollon osalta oletus, että julkisella sektorilla olisi kyky sopeutua käyntien määrän muutoksiin saattaa olla optimistinen. Vuosina 2002-2004 sairausvakuutuskorvaukseen oikeutetut ikäluokat kasvoivat asteittain kattamaan koko väestön. Tämä lisäsi yksityisten suun terveydenhuollon käyntejä kahdella miljoonalla kappaleella, mutta ei vaikuttanut juuri mitenkään julkisen sektorin suun terveydenhuollon käyntien määrään. Yksityisen sektorin asiakkaat tulivat pääosin julkisen sektorin jonosta.

Julkisen sektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten määristä on vain kyselytutkimuksiin perustuvia arvioita

Yksityisten laboratorio- ja kuvantamistutkimusten menot ovat kasvaneet lähes yhtä paljon kuin julkiset tutkimukset. Vuonna 1995 yksityisen menot

olivat yhteensä vajaat 70 miljoonaa euroa ja julkiset menot yhteensä vajaat 30 miljoonaa euroa. Vuonna 2008 vastaavat luvut olivat 150 miljoonaa euroa ja 70 miljoonaa euroa.

Julkisista laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista ei ole saatavilla kattavia toimenpiteiden lukumäärätietoja koko tarkasteluperiodin ajalta. Joiltain vuosilta saatavilla olevat toimenpidetiedot perustuvat satunnaisiin julkisen sektorin toimijoille tehtyihin kyselyihin. Vuonna 2007 julkisia laboratorio-tutkimuksia tehtiin reilut 11 miljoonaa kappaletta ja kuvantamistutkimuksia vajaat miljoona kappaletta. Yksityisiä laboratoriotutkimuksia tehtiin 1,4 miljoonaa ja kuvantamistutkimuksia 0,8 miljoonaa kappaletta vuonna 2008.

Koska julkisen sektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten toimenpidekerroista ei ole saatavissa kattavaa, systemaattista ja yksityisen sektorin toimenpiteiden kanssa vertailukelpoista tietoa, ei voida myöskään laskea yksityisen sektorin kanssa vertailukelpoista tietoa keskimääräisistä kustannuksista toimenpidettä kohden. Näin ei myöskään voida arvioida kattavasti sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia julkisen sektorin kokonaiskustannuksiin.

Työterveyshuollon käyntien määrä ja kustannukset työterveyshuollon piiriin oikeutettuihin suhteutettuna eivät ole lisääntyneet

Työterveyshuollon rahoittajat ovat työnantajat ja Kela. Sairausvakuutuskorvaus maksetaan työnantajalle. Ennaltaehkäisevästä työterveydenhuollosta Kela korvaa 60 prosenttia (korvausprosentti nousi 50:stä 60:een vuoden 2006 alusta) ja sairaanhoidosta 50 prosenttia. Sairaanhoidon sairausvakuutuskorvaus ei perustu taksoihin, vaan se kattaa työnantajalle aiheutuneet tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset.

Työterveyshuollossa kuluttajina toimivat sekä työnantajat että työntekijät. Lakisääteinen työterveyshuolto kattaa yleislääkäritasoisien suppean sairaanhoidon. Työnantajat voivat solmia lakisääteistä laajempia työterveydenhuoltosopimuksia työntekijöilleen. Työntekijä tekee kulutuspäätöksiä käyttämistään työterveyspalveluista työnantajan määrittelemän raamin puitteissa. Työntekijälle työterveydenhoitopalvelut ovat maksuttomia.

Koska tässä tutkimuksessa ei ole ollut käytettävissä tietoa, kuinka laajoja työterveydenhuoltosopimuksia työnantajat ovat tehneet, sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutukset työterveyspalvelujen käyttöön ja työterveyshuollon kustannuksiin on rajattu tutkimuksen ulkopuolelle.

Vaikka toimenpiteiden lukumäärissä on ollut viime vuosina suhteellisen voimakasta kasvua (50 prosenttia vuodesta 1995), ei toimenpiteiden lukumäärä työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohden ole merkittävästi lisääntynyt. Työterveydenhuollon kokonaismenot työterveydenhuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohden olivat 240 euroa ja työnantajan menot 135 euroa vuonna 2008. Työterveyshuollon kokonaismenot oikeutettua kohden ovat nousseet 100 eurolla ja työnantajan menot 50 eurolla vuodesta 1995.

Voisiko yksityisten terveystalvelujen toimenpiteiden sairausvakuutuskorvaus perustua markkinoiden halvimpien toimenpiteiden hintoihin?

Yksityisten terveystalveluiden käytöstä maksetun sairausvakuutuskorvauksen osuus on laskenut lähes yhtäjaksoisesti viimeiset 15 vuotta, vaikka nimelliset sairausvakuutuskorvausprosentit ovat pysyneet lähes muuttumattomina. Tämä johtuu siitä, että sairausvakuutuskorvaus perustuu toimenpiteiden taksoihin eikä todellisiin hintoihin. Toimenpiteiden taksat eivät ole nousseet yhtä nopeasti kuin kohonneiden kustannusten myötä palveluiden hinnat. Todellinen korvausprosentti oli 25,6 vuonna 2008.

Jos taksojen jälkeenjääneisyys todellisista hinnoista jatkuu seuraavan kymmenen vuoden ajan, yksityisen sairaanhoidon sairausvakuutuskorvaus supistuu lähes merkityksettömäksi. Vuodesta 1995 vuoteen 2008 yksityisen suun terveydenhuollon todellinen keskimääräinen sairausvakuutuskorvaus on laskenut 13 prosenttiyksikköä. Vaikka vuodesta 2007 vuoteen 2008 tavoitteena oli nostaa yksityisen suun terveydenhuollon keskimääräistä sairausvakuutuskorvausta kymmenen prosenttiyksikköä, se nousi todellisuudessa viisi prosenttiyksikköä.

Terveystalvelujen asiakkaan näkökulmasta sairausvakuutuskorvauksen korvaustaksoihin perustuva järjestelmä on vähintäänkin haastava. Eri toimenpiteiden taksoja on lähes 2 500 kappaletta. Todelliset sairausvakuutuskorvausprosentit vaihtelevat 5,1 prosentin ja 100 prosentin välillä. Asiakkaan tai kuluttajan on nykyisin mahdotonta arvioida käyttämänsä yksityisen terveystalvelun hintaa. Taksaluokkien määrää olisi varmaan tarkoituksenmukaista vähentää merkittävästi nykyisestä.

Nykyisin lääkkeiden sairausvakuutuskorvaus perustuu markkinoiden halvimpien rinnakkaislääkkeiden hintoihin. Halvimmat rinnakkaislääkkeet ovat taksoja. Voisiko tätä samaa järjestelmää soveltaa myös terveystalveluihin? Voisiko yksityisten terveystalvelun toimenpiteiden taksat olla silloin

markkinoiden halvimpien toimenpiteiden hintoja tai markkinoiden keskihintoja.

Sairausvakuutusjärjestelmää olisi joka tapauksessa kehitettävä, jotta saavutettaisiin sairausvakuutuslain alkuperäinen tavoite – turvata kansalaiselle mahdollisuus valita yksityinen hoito. Koska todelliset sairausvakuutuskorvaukset ovat lähes yhtäjaksoisesti laskeneet viime vuosien aikana, asiakkaiden taloudelliset kannustimet ja mahdollisuudet valita yksityisiä terveydenhuolto- palveluja ovat heikentyneet oleellisesti. Yksityisten palvelujen käyttö johtuu monesti siitä, ettei vastaavia terveyspalveluja ole saatavilla julkiselta sektorilta tai niiden jonotusaika on kuluttajan mielestä kohtuuttoman pitkä.

Yksi vaihtoehto taksojen määrittämiseen voisi olla se, että julkisen sektorin vastaavan palvelutuotteen tuotantokustannus olisi sairausvakuutuksen taksa. Tämä edellyttäisi sitä, että julkinen sektori tuotteistaisi kaikki terveyspalvelunsa ja sen kustannuslaskennasta tehtäisiin vertailukelpoista yksityisen sektorin kanssa.

Jos julkinen sektori saisi omien terveyspalvelujen toimenpiteiden kustannuslaskentansa ja hinnoitteluperiaatteensa asianmukaiselle ja vertailukelpoiselle tasolle, julkisen sektorin toimenpiteiden hinnat voisivat olla yksityisten toimenpiteiden sairausvakuutuskorvauksen taksoja. Julkisen sektorin kustannuslaskentaa olisi nopeasti kehitettävä kattamaan kaikki palvelutuotantoon liittyvät kustannuserät.

Terveyspalvelujen monikanavaisen rahoituksen vuoksi osaoptimoinnin riski on ilmeinen

Edellä olevat tarkastelut osoittavat, kuinka sairausvakuutuskorvauksen muutos vaikuttaa merkittäväällä tavalla eri julkisen sektorin toimijoiden, valtio ja kunnat sekä Kela, menoihin ja rahoitusosuuksiin. Kelan sekä valtion ja kuntien rahoittamat terveydenhuoltomenot ovat myös kehittyneet eri tavalla viime vuosien aikana. Kelan oma rahoitus koostuu palkansaajien, yrittäjien ja edunsaajien maksuista sekä valtion maksuista. Eri rahoittajien rahoitusosuudet vaihtelevat eri terveyspalveluissa. Nämä kaikki saattavat johtaa osaltaan osaoptimoinnista johtuvaan tehottomuuteen, jossa potilaita tai kuluttajia hoidetaan epätarkoituksenmukaisella tavalla.

Kustannustenjako julkisten rahoittajien kesken ei asiakas- tai veronmaksajanäkökulmasta voine olla keskeinen kriteeri terveydenhoidon järjestämi-

sessä. Vuoden 2011 hallitusohjelmaan tulisi kirjata suuntaviivoja terveyspalvelujen rahoituksen selkeyttämiseksi.

Tulevien terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevien ratkaisujen taustaksi tulisi tehdä nykyisen palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen kokonaisarviointi. Vertailevilla tutkimuksilla olisi selvitettävä se, miten rahoitusjärjestelmien uudistaminen vaikuttaa asiakkaiden palveluvalintoihin ja palveluiden saatavuuteen sekä terveyspalvelujen käytöstä aiheutuvien kustannusten rahoitukseen ja niiden jakautumiseen eri rahoittajien välillä.

Sisällys

Tiivistelmä, Abstract

Esipuhe

Yhteenveto	i
1. Johdanto.....	1
2. Terveydenhuollon rakenne.....	6
3. Sairausvakuutuskorvaus	9
4. Sairausvakuutuskorvauksen muutokset ja yksityinen ja julkinen terveydenhuolto toimenpideryhmittäin	14
4.1 Yleislääkäri- ja erikoislääkäripalvelut	17
4.2 Suun terveydenhuolto	25
4.3. Laboratoriopalvelut ja kuvantaminen	33
4.4. Työterveyshuolto.....	36
5. Kosketuskohtia kansalliseen terveystalouteen.....	41
6. Lopuksi.....	45
Lähteet	47
Liitteet.....	48

1. Johdanto

Terveyshuollon monikanavaiseen rahoitukseen on viime vuosina kiinnitetty Suomessa huomiota. Valtio, kunnat, Kansaneläkelaitos (Kela), yksityiset kotitaloudet tai kuluttajat suoraan itse tai välillisesti yksityisten vakuutusten kautta, työntekijät ja työnantajat rahoittavat kansalaisten terveydenhuoltoa. Valtion rahoitus rahoitetaan yleiskatteellisista tuloista ilman korvamerkintää. Kunnat rahoittavat terveysmenonsa yleiskatteellisista tuloistaan, valtion avulla ja asiakasmaksuilla. Kelan rahoitus koostuu palkansaajien, yrittäjien ja edunsaajien maksuista sekä valtion maksuista.

Terveyspalvelujen rahoittajien rahoitusosuudet poikkeavat huomattavasti eri terveyspalveluissa, kuten julkisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidon avohoidossa, työterveyshuollossa ja muussa yksityisessä terveydenhuollossa. Työterveyshuollon rahoittajina toimivat työnantajat ja Kela sairausvakuutuskorvausjärjestelmän kautta. Muun yksityisen terveydenhuollon rahoittavat pääosin kotitaloudet tai kuluttajat ja Kela sairausvakuutuskorvausjärjestelmän kautta. Julkisen terveydenhuollon rahoittavat pääosin valtio ja kunnat. Asiakasmaksut kattavat vain pienen osan palvelujen hinnasta.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sairausvakuutuskorvausjärjestelmän vaikutuksia terveyspalvelujen avohoidon käyttöön ja käytön rahoitukseen. Tutkimuksessa arvioidaan sitä, kuinka sairausvakuutuskorvauksen 10 prosenttiyksikön nousu ja lasku vaikuttavat yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen avohoidon käyttöön, asiakasvirtoihin yksityisen ja julkisen palvelutuoannon välillä ja terveyspalvelujen käytön rahoitukseen. Tutkimuksessa keskitytään sairaanhoitoon. Sairausvakuutuksen muut korvattavat erät kuten päivärahat, lääke- ja matkakorvaukset on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

Kuluttaja päättää käynneistä; lääkäri päättää toimenpiteistä; julkiset rahoittajat maksavat (pää)osan

Sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuskanavia voidaan havainnollistaa seuraavasti. Kelan korvaaman sairausvakuutuskorvauksen nosto laskee asiakkaan maksamaa yksityisen terveyspalvelun hintaa. Alentuneesta hinnasta hyötyvät sekä nykyiset yksityisten terveyspalvelujen asiakkaat että uudet asi-

akkaat, jotka alentuneen hinnan johdosta siirtyvät julkisten terveystalvelujen käyttäjistä yksityisten terveystalvelujen käyttäjiksi. Sairaustakuuatuskorvauksen nosto lisää Kelan menoja sekä vanhoille asiakkaille maksettujen korvauksen kasvun että uusien asiakkaiden korvattavien hoitojen vuoksi. Koska julkisten terveystalvelujen käyttö vähentyy, valtion ja kuntien menot puolestaan vähenevät. Sairaustakuuatuskorvauksen lasku siirtää asiakasvirtoja yksityiseltä sektorilta julkiselle. Tutkimuksessa tarkastellaan sitä, kuinka paljon yhtäältä Kelan menot sekä toisaalta valtion ja kuntien terveystalvelumenot muuttuvat sairaustakuuatuskorvauksen muuttuessa.

Tutkimuksessa kiinnitetään huomiota yksityisten ja julkisten terveystalvelujen käytön arvoon. Käytön arvo määrittää pitkälti käytöstä aiheutuvat rahoituskustannukset. Koska tutkimuksessa tarkastellaan myös kuluttajien kulutuksen siirtymiä tai talvelujen käytön muutoksia yksityisten ja julkisten terveystalvelujen välillä, terveystalvelujen arvo on jaettava yhtäältä käytön määrään ja sen hintaan. Riippuen tutkimusaineiston tietojen kattavuudesta ja siitä, mikä on kuluttajan terveystalvelujen hankintapäätökseen vaikuttava tekijä, käytön määrää mitataan joko käyntikertoilla tai toimenpidekerroilla. Kun terveystalvelujen arvot jaetaan käyntikertojen määrillä tai toimenpidekertojen määrillä saadaan kyseisten terveystalvelujen keskimääräiset hinnat.

Koska julkisten terveystalvelujen asiakasmaksut kattavat vain pienen osan niiden tuotantokustannuksista ja koska sairaustakuuatuskorvaus kattaa vain pienen osan yksityisten terveystalvelujen asiakkaille aiheutuvista kustannuksista, terveystalvelun arvo ja talvelun hinta asiakkaalle on eri kuin rahoittajalle. Tutkimuksessa käyntikerran tai toimenpidekerran kokonaiskustannus jaetaan asiakkaan maksamaan hintaan ja Kelan tai valtion ja kuntien maksamaan hintaan. Eri terveystalvelujen käyttöön liittyvä julkinen tuki on keskeistä tutkimusten tulosten kannalta.

Asiakas päättää usein siitä, meneekö hän ylipäänsä esimerkiksi hammaslääkärin vastaanotolle ja jos menee, valitseeko yksityisen vai julkisen lääkärin vastaanoton. On luontevaa ajatella, että asiakas päättää hammaslääkäritalvelujen (ensimmäisestä) käyntikerrasta. Toimenpiteistä päättää hammaslääkäri. Asiakkaan päätössäännön vuoksi tutkimuksessa kiinnitetään huomiota käyntikertojen ja käyntikertojen keskimääräisen hinnan väliseen riippuvuuteen. Käyntihinnan ja käyntikerran välistä riippuvuutta tarkastellaan tilastomatemaattisten-mallien avulla.

Keskimääräinen käyntikerran hinta ei kerro yksityisen ja julkisen palvelutuotannon tehokkuudesta

Keskimääräisten käyntikertojen hinnat poikkeavat yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Julkisten perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon avohoidon keskimääräisten käyntikertojen hinnat ovat korkeammat kuin yksityisen yleislääkärin ja erikoislääkärin käyntikertojen keskimääräiset hinnat. Yksityisen suun terveydenhuollon keskimääräisen käyntikerran hinta on puolestaan korkeampi kuin julkisen perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon keskimääräisen käyntikerran hinta. Tästä ei voi päätellä yksityisen ja julkisen sektorin terveystalouden mahdollisia tehokkuuseroja.

Eräs merkittävä keskimääräisten käyntikertojen hintaeroihin vaikuttava tekijä on erilainen toimenpiderakenne julkisen ja yksityisen palvelutuotannon välillä (yksityisen ja julkisen suun terveydenhuollon toimenpiderakennetta on tarkasteltu liitekuvassa 1). Koska eri toimenpiteillä on luonnollisesti eri hinnat tai tuotantokustannukset, käyntikerran keskimääräinen hinta voi olla eri, vaikka toimenpiteiden hinnat olisivatkin samat. Porissa tehdyn selvityksen mukaan suun terveydenhuollon toimenpiteiden hinnat olisivat alhaisemmat yksityisellä sektorilla kuin julkisella sektorilla (liitetaulukko 1). Kelan tekemiin laskelmiin mukaan yksityisen suun terveydenhuollon hinnat poikkeavat huomattavasti eri puolilla Suomea. Hampaan yhden pinnan paikkauksen kuntakohtaiset keskihinnat vaihtelevat 40,95 euron ja 62,50 euron välillä. Hintaeroja on myös julkisella sektorilla. Kuntien sisällä on varmasti myös runsasta hintavaihtelua.

Käyntikerta- ja toimenpidekertatarkastelut voitaisiin periaatteessa yhdistää toisiinsa konstruoimalla käyntikerran ”laatuindeksejä”, jotka voisivat perustua yksityisten ja julkisten terveystalouden toimenpiderakenteisiin ja eri toimenpiteiden esimerkkiparivertailuihin. Esimerkkiparivertailussa saman identtisen toimenpiteen tuotantokustannuksia ja laatua verrattaisiin mahdollisimman tarkasti. Tämä rajataan tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Suomessa ei ole tehty kattavasti tällaisia vertailuja. Keskeinen ongelma on, ettei julkisen sektorin terveystaloudesta ole saatavissa kattavia ja kaikki kustannustekijät huomioivia tuotantokustannustietoja.

Yksityisten terveystalouden asiakkaalla ei ole mahdollista tietää palvelun todellista hintaa

Sairausvakuutuskorvaus yksityislääkärin palkkioista on 60 % vahvistetusta toimenpiteen korvaustaksasta. Korvaustaksa kertoo, minkä verran peritystä

toimenpiteen hinnasta Kela hyväksyy korvauksen perusteeksi. Korvaustaksat vastasivat vuonna 1992 läheisesti yksityisten terveystalvelujen hintoja. Nykyisin taksat, joita on tuhansia, poikkeavat huomattavasti toimenpiteiden todellisista hinnoista. Vuonna 2008 keskimääräinen todellinen sairausvakuutuskorvaus oli 17,9 prosenttia yksityisissä yleislääkäritalveluissa, 22,2 prosenttia yksityisissä erikoislääkäritalveluissa ja 36 prosenttia yksityisessä suun terveydenhuollossa.

Asiakkaan näkökulmasta terveystalvelujen kulutuspäätös on vähintäänkin haastava. Asiakkaan täytyy tehdä käyntipäätös tietämättä, mitä toimenpiteitä hoito edellyttää ja mitkä ovat eri toimenpiteisiin liittyvät sairausvakuutuskorvaukset. Onkohan Suomessa muita palvelumarkkinoita, joiden hinnoista kuluttajalla on vähemmän tietoa?

Tilastollisessa tarkastelussa yksityiset ja julkiset terveystalvelut jaetaan viiteen ryhmään

Sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia yksityisten ja julkisten terveystalvelujen käyttöön tarkastellaan viidessä eri kokonaisuudessa. Ne ovat julkinen perusterveydenhuolto ja yksityiset yleislääkäritalvelut, julkinen erikoissairaanhoidon avohoito ja yksityiset erikoislääkäritalvelut, julkinen perusterveydenhuollon suun terveydenhuolto ja yksityinen suun terveydenhuolto, julkiset ja yksityiset laboratorio- ja kuvantamistalvelut sekä työterveyshuolto.

Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on pääosin peräisin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveidenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2008 –tilastosta. Kyseisessä tilastossa on tilastoaineistoa sekä julkisen että yksityisen terveydenhuollon menoista ja rahoituksesta. Tutkimuksessa on keskitytty vain tiettyihin terveydenhuollon osa-alueisiin niin, että pystyisimme mahdollisimman hyvin vertailemaan julkisen ja yksityisen terveydenhuollon eri toimintoja. Käyntikerta-, potilasmäärä- ja toimenpidemäärätietoja olemme saaneet Kelan tilastoista ja Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetistä. Sairausvakuutuskorvauksiin ja -korvausprosentteihin liittyvät tiedot ovat Kelan tilastoista.

Tarkasteluissamme julkinen erikoissairaanhoidon avohoito muodostuu somaattisen erikoissairaanhoidon päiväkirurgiasta ja avohoidosta sekä psykiatrisen hoidon avo- ja päiväosastohoidosta. Tätä kokonaisuutta vertaamme sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen terveydenhuollon erikoislääkäritalveluihin. Julkinen perusterveydenhuolto sisältää perusterveydenhuollon

avohoidon fysioterapian, mielenterveyshoidon, äitiys-, lasten- ja perhesuunnittelun neuvolatoiminnan, kouluterveydenhuollon, kotisairaanhoidon, terveyskeskuslääkäreiden muun avohoitotoiminnan ja terveyskeskusten hoito-henkilökunnan muun avohoitotoiminnan. Tälle kokonaisuudelle vastinparina ovat yksityiset yleislääkäripalvelut.

Suun terveydenhuollossa olemme vertailleet perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltoa ja sairausvakuutuksen korvaamaa yksityistä suun terveydenhuoltoa. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollossa on huomioitu vain 18 vuotta täyttäneet potilaat. Työterveyshuollon osalta vertailu tapahtuu perusterveydenhuollon työterveyshuollon ja yksityisten palvelutuottajien työterveyshuollon välillä.

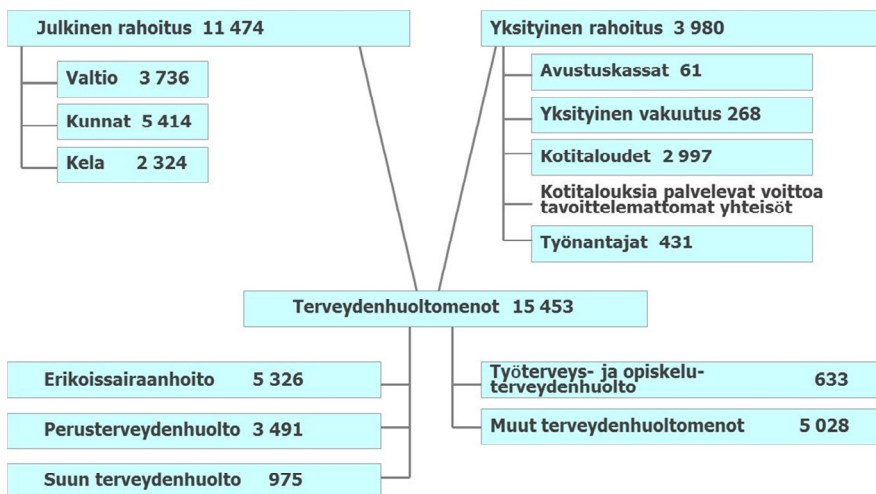
Koska julkisen sektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten toimenpiteiden lukumääristä ei ole saatavissa kattavaa, systemaattista ja yksityisen sektorin toimenpiteiden kanssa vertailukelpoista tietoa, ei voida laskea yksityisen sektorin kanssa vertailukelpoista tietoa keskimääräisistä kustannuksista toimenpidettä kohden. Julkisten ja yksityisten laboratorio- ja kuvantamistutkimusten toimenpiderakenteet eivät myöskään ole vertailukelpoisia, eivätkä tilastoista ilmenevät hinnat. Täten ei myöskään voida arvioida sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia julkisen sektorin todellisiin kustannuksiin.

2. Terveystenhuollon rakenne

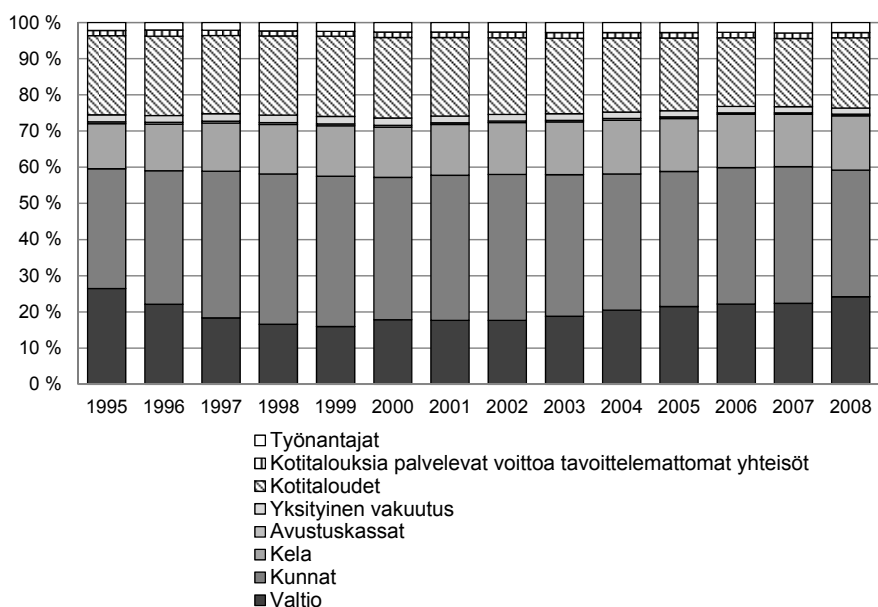
Suomen terveydenhuolto perustuu monikanavaiseseen rahoitukseen ja palvelutarjontaan. Julkisen sektorin rahoittajia ovat valtio, kunnat ja kansaneläkelaitos (Kela). Yksityisiä rahoittajia ovat kotitaloudet, työnantajat, vakuutuslaitokset, kotitalouksia palvelevat voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ja avustuskassat.

Terveydenhoito voidaan jaotella erikoissairaanhoidon, perusterveydenhoitoon, suun terveydenhoitoon, työ- ja opiskeluterveydenhoitoon, sairausvakuutuksen korvaamaan yksityiseen terveydenhoitoon ja muuhun terveydenhoitoon. Terveystenhuoltoon kuuluu myös lääkinällinen kuntoutus.

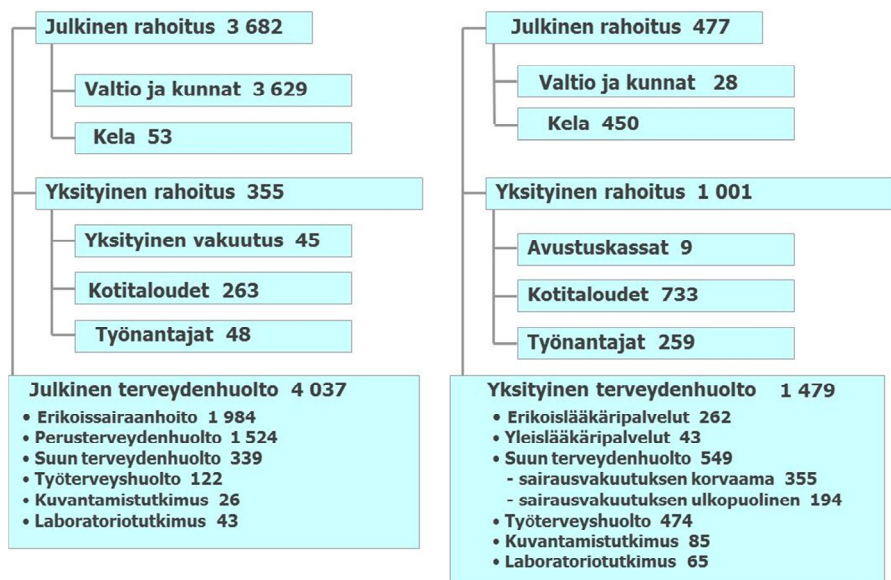
Vuonna 2008 koko terveydenhuollon menot olivat noin 15,5 miljardia euroa. Julkisen sektorin osuus rahoituksesta oli 75 prosenttia. Kotitaloudet kattoivat menoista 19 prosenttia. Erikoissairaanhoidon käytettiin 5,3 miljardia euroa ja perusterveydenhuoltoon 3,5 miljardia euroa.



Kuvio 1. Koko terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2008, miljoonaa euroa



Kuvio 2. Koko terveydenhuollon rahoitusosuuksien kehitys vuosina 1995-2008



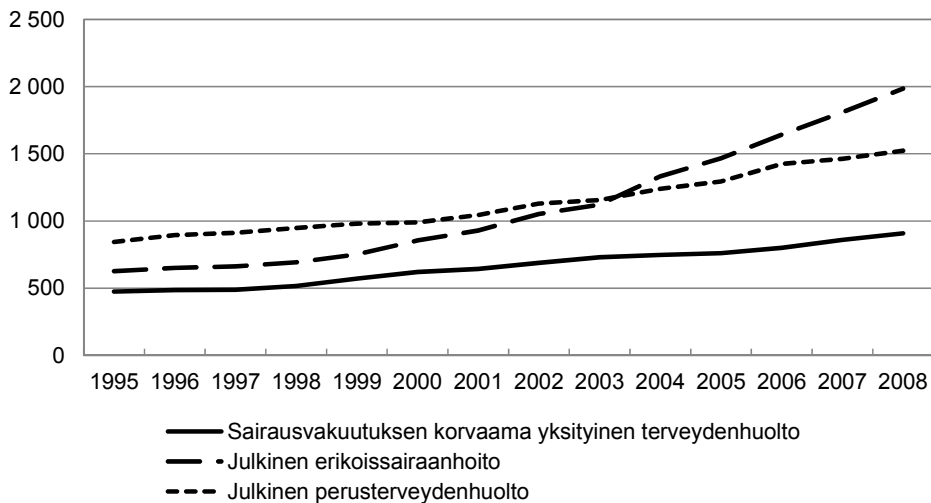
Kuvio 3. Julkisen ja yksityisen terveydenhuollon (pl. laitoshoido-, hallinto- ja lääkemenot) rahoituksen jakautuminen

Valtion ja kuntien yhteinen osuus terveydenhuollon rahoituksesta on pysynyt viimeisen kymmenen vuoden ajan lähes muuttumattomana. Valtion rahoitusosuuden kasvu on kompensoinut kuntien osuuden laskun. Kelan rahoitusosuuden kasvu on kompensoinut kotitalouksien rahoitusosuuden kolmen prosenttiyksikön laskun.

Vanhusten, vammaisten ja vankien laitoshoidon sekä lääke- ja hallintomenot ovat viisi miljardia euroa. Kun koko terveydenhuoltomenoista vähennetään laitoshoidon-, hallinto- ja lääkemenot, jäljelle jää reilun kymmenen miljardin euron markkinat. Julkisen terveydenhuollon osuus näistä on neljä miljardia euroa ja sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto 1,5 miljardia euroa. Yksityinen sektori on palvelutuottajana julkista sektoria suurempi suun terveydenhuollossa ja työterveydenhuollossa.

Keskeisistä terveydenhuoltomenoista nopeimmin ovat kasvaneet julkisen erikoissairaanhoidon menot. Ne ovat kaksinkertaistuneet vuodesta 2001 vuoteen 2008. Vastaavana ajanjaksona julkisen perusterveydenhoidon menot ovat kasvaneet 50 prosenttia. Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen terveydenhuolto on kasvanut näistä pääeristä hitaimmin.

Milj. euroa, käyvin hinnoin



Kuvio 4. Keskeisten terveydenhuoltomenojen kehitys 1995-2008

3. Sairausvakuutuskorvaus

Kela korvaa osan yksityislääkärin ja yksityishammaslääkärin palkkioista, hoidosta ja tutkimuksista näille määriteltujen korvaustaksojen mukaisesti. Korvauksen perusteena on korvaustaksa, joka kertoo, minkä osan asiakkaalta peritystä palkkiosta Kela hyväksyy sairausvakuutuskorvauksen perusteeksi. Nimellinen sairausvakuutuskorvausprosentti ei kerro asiakkaan maksamaa osuutta palvelun hinnasta, koska sairausvakuutuskorvaus on osa taksan eikä hinnan määrästä.

Sairausvakuutuskorvaus yksityislääkärin palkkioista on 60 % enintään vahvistetusta korvaustaksasta. Edellytyksenä korvausten saamiselle on, että hoito on sairauden vuoksi tarpeellista. Korvaustaksa on usein määrältään pienempi kuin yksityislääkärin perimä palkkio. Jos palkkio on pienempi kuin taksa, korvaus lasketaan peritystä palkkiosta. Kela korvaa osan myös yksityislääkärin tai yksityisen hammaslääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidoista. Korvaus on 75 % enintään vahvistetusta korvaustaksan määrästä 13,46 euron omavastuun ylittävältä osalta.

Valitessaan yksityisen terveyshuollon palvelun ja arvioidessaan palvelun hintaa kuluttajan olisi kyettävä arvioimaan tarvitsemiensa hoitotoimenpiteitä ja niihin liittyviä korvaustaksoja. Korvaustaksat on lueteltu hoitotoimenpiteittäin; yhteensä niitä on 70 sivua (Kela: Sairausvakuutuksen korvaustaksat, 1.6.2010). Kuluttajalta vaaditaan aika paljon. Kelan maksamaa todellisia sairausvakuutuskorvauksia hoitotoimenpiteittäin on yritetty hahmotella taulukoiden 1, 2 ja 3 avulla. Todelliset sairausvakuutuskorvausprosentit vaihtelevat huomattavasti, ainakin kuluttajan näkökulmasta katsottuna, ilman selkeää oikeutusta.

Taulukko 1. Yksityisen suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset, %, vuonna 2009.

Luokka	Ala- luokkia (kpl)	Perityt maksut (€/tpide)	Lasken- nallinen korvaus (€/tpide)	Kor- vaus- %	min. k%	max. k%
Yhteensä	250	63,96	23,71	37,10	7,6	100,0
Tutkimukset	4	49,52	19,68	39,70	39,7	90,5
Täydentävät tutkimukset	3	26,03	7,45	28,60	27,5	34,7
Ehkäisevä hoito	6	29,39	12,69	43,20	36,4	44,9
Hampaan kiinnityskudossairau- den hoito	15	63,52	24,50	38,60	34,1	60
Paikkaushoidot	10	84,35	31,02	36,80	28,4	43,4
Hampaan juurenhoito	10	75,75	25,91	34,20	31,9	40,8
Purentafysiologinen hoito	5	74,00	25,36	34,30	30,4	38,4
Oikomishoito	19	90,36	30,92	34,20	29,3	60,0
Hammaslääkärin suorittaman prot. klin. työn toimenpiteet	51	145,76	73,62	50,50	21,8	100,0
Muut suun ja hampaiden hoi- don toimenpiteet	8	32,54	11,37	34,90	27,9	42,5
Huulien, hampaiden, leuan, suun ja nielun kirurgiset toi- menpiteet	107	124,06	43,95	35,40	7,6	60,0
Anestesia, hengityksen tuki ja elvytys	3	16,86	6,07	36,00	20,4	36,6
Käyntityypit	2	35,86	12,08	33,70	32,9	33,7
Todistukset, lääkemääräykset ja lausunnot	5	71,87	26,14	36,40	25,1	43,0
Tuntematon hammaslääkärin toimenpide	2	59,00	35,40	60,00	60	60,0

Taulukko 2: Yksityisten lääkäripalkkioiden sairausvakuutuskorvaukset, %, vuonna 2009

Luokka	Alaluok- kia (kpl)	Perityt maksut (€/tpide)	Laskennal- linen korvaus (€/tpide)	Korvaus- %	min. k%	max. k%
Yhteensä	574	83,90	21,45	25,6	5,1	59,9
Konservatiiviset toimenpi- teet	7	71,52	30,81	43,1	29,3	45,7
Anestesiatoimenpiteet	29	275,69	66,15	24,0	10,4	55,2
Hermoston toimenpiteet	15	653,77	119,11	18,2	9,3	23,6
Umpierityselimien toimen- piteet	3	782,76	111,65	14,3	11,8	17,0
Silmän alueen toimenpiteet	50	365,75	77,71	21,2	7,2	37,2
Korvan, nenän ja kurkun- pään toimenpiteet	37	134,51	28,32	21,1	7,6	42,6
Leuan, suun ja nielun toi- menpiteet	46	305,38	64,59	21,2	15,2	53,5
Sydämen ja rintaontelon suonien toimenpiteet	1	484,61	67,26	13,9	22,5	22,5
Rintaontelon alueen toi- menpiteet	1	787,30	93,25	11,8	11,8	11,8
Rintarauhasen toimenpiteet	10	1275,34	182,12	14,3	9,1	22,9
Ruoansulatuskanavan ja sen oheiselinten toimenpiteet	37	297,45	58,69	19,7	5,3	37,3
Virtsateiden ja miehen sukupuolielinten toimenpi- teet	28	315,16	59,86	19,0	7,2	59,9
Naisen sukupuolielinten toimenpiteet	43	232,74	56,16	24,1	5,1	35,4
Raskauteen ja synnytykseen liittyvät toimenpiteet	2	360,38	94,84	26,3	24,4	29,9
Tuki- ja liikuntaelinten toimenpiteet	191	409,35	81,71	20,0	5,1	48,9
Verisuonien ja imusuonijär- jestelmän toimenpiteet	18	366,23	94,46	25,8	9,5	34,3
Ihon ja ihonalaiskudoksen toimenpiteet	42	138,01	23,34	16,9	7,9	38,2
Tähystystoimenpiteet kehon luonnollisten aukkojen kautta	14	185,35	53,78	29,0	14,6	32,5
Vastaanottopalkkiotaksat yhteensä	-	69,97	18,07	25,8	-	-

Yksityisen suun terveydenhuollon korvaustaksoja on kaikkiaan 250 kappaletta. Keskimääräinen todellinen sairausvakuutuskorvaus on 37,1 prosenttia toimenpiteen vähittäishinnasta. Minimi sairausvakuutuskorvaus on 7,6 prosenttia ja maksimi sairausvakuutuskorvaus on 100 prosenttia vähittäishinnasta. Paikkaushoitotaksoja on kymmenen kappaletta. Keskimääräinen todellinen sairausvakuutuskorvaus on 36,8 prosenttia vähittäishinnasta. Minimi sairausvakuutuskorvausprosentti on 28,4 ja maksimi 43,4. Nimellisen sairaus-

vakuutuskorvausprosentin 75 ja todellisen sairausvakuutuskorvausprosentin välillä on merkittävä ero.

Yksityisten lääkäripalkkioiden korvaustaksoja on kaikkiaan 574 kappaletta. Keskimääräinen todellinen sairausvakuutuskorvaus on 25,6 prosenttia. Minimi sairausvakuutuskorvaus on 5,1 prosenttia vähittäishinnasta ja maksimi on 59,9 prosenttia vähittäishinnasta. Nimellinen sairausvakuutuskorvausprosentti on 60.

***Taulukko 3.** Eräiden hoitotoimenpiteiden sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sairausvakuutuskorvaukset, %, vuonna 2009*

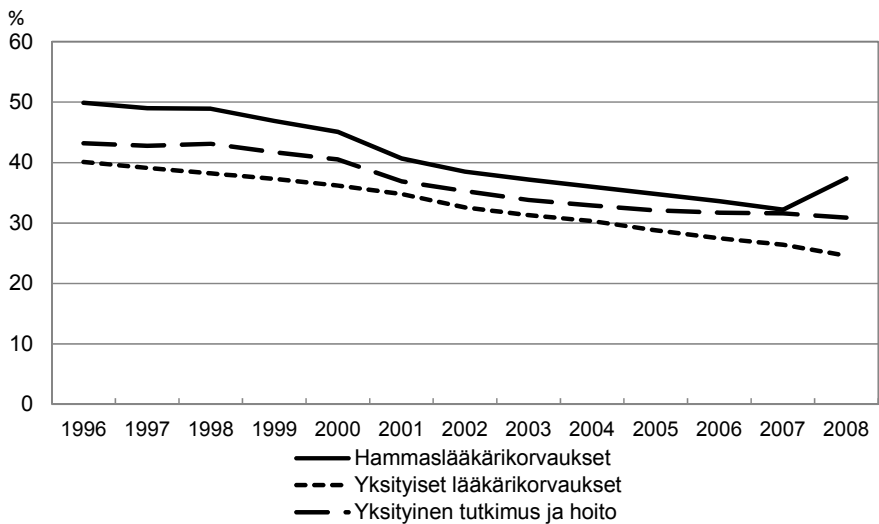
Luokka	Alaluokkia (kpl)	Perityt maksut (€/tpide)	Laskennallinen korvaus (€/tpide)	Korvaus- %
Yhteensä	1537	51,39	15,54	30,2
Fysioterapia	20	35,75	8,22	23,0
Laboratoriotutkimukset	974	36,10	10,23	28,3
Psykologin tutkimukset	10	173,46	30,03	17,3
Radiologiset tutkimukset	517	127,49	47,02	36,9
Sairaanhoitotoimenpiteet	12	20,22	6,19	30,6
Sytostaattihoido	2	136,23	41,06	30,1
Tuntematon	2	63,75	34,62	54,3

Laboratoriotutkimusten korvaustaksaluokkia on 974 kappaletta. Keskimääräinen sairausvakuutuskorvaus on 28,3 prosenttia vähittäishinnasta. Radiologisia kuvantamistutkimuksen korvaustaksaluokkia on 517 kappaletta. Keskimääräinen sairausvakuutuskorvaus on 36,9 prosenttia vähittäishinnasta. Sairaanhoitotoimenpiteiden sairausvakuutuskorvaus on 30,6 prosenttia vähittäishinnasta ja psykologisten tutkimusten 17,3 prosenttia vähittäishinnasta.

Vaikka nimelliset korvausprosentit ovat pysyneet pääosin muuttumattomina (yksityislääkärin palkkiot ja hammashoido 60 % ja yksityinen tutkimus ja hoito 75 %), todelliset korvausprosentit ovat laskeneet noin 10-15 prosenttiyksikköä vuosina 1995-2008. Vuoden 2008 alusta hammashoidon todellista korvausprosenttia pyrittiin nostamaan 30:stä 40 prosenttiin. Siinä ei täysin onnistuttu. Jos korvaustaksat jäävät todellisista hinnoista jälkeen tulevien vuosien aikana kuten viimeisen kymmenen vuoden aikana, yksityisen sairanhoidon sairausvakuutuskorvaus supistuu merkityksettömäksi.

Nykyisin lääkkeiden sairausvakuutuskorvaus perustuu markkinoiden halvimpien rinnakkaislääkkeiden hintoihin. Halvimmat rinnakkaislääkkeet ovat taksoja. Tätä samaa järjestelmää olisi hyvä soveltaa myös terveyspalveluihin. Yksityisen terveyspalvelun toimenpiteen taksa voisi olla markkinoiden halvimman toimenpiteen hinta. Jos julkinen sektori saisi omien terveyspalvelujen toimenpiteiden kustannuslaskentansa ja hinnoitteluperiaatteensa asianmukaiselle tasolle, julkisen sektorin toimenpiteen hinta voisi olla yksityisen toimenpiteen sairausvakuutuskorvauksen taksa. Julkisen sektorin kustannuslaskentaa olisi nopeasti kehitettävä kattamaan kaikki palvelutuotantoon liittyvät kustannuserät.

Taksaluokkien määrää olisi myös vähennettävämerkittävästi nykyisestä, vaikka joidenkin yksittäisten toimenpiteiden osalta saattaisi syntyä tarpeetonta yli- tai alikompensaatiota. Nykyjärjestelmä ei kerro asiakkaalle tai kuluttajalle mitään ja sairausvakuutuskorvausprosentitkin näyttävät muodostuvan sattumanvaraisesti.



Kuvio 5. Todellisten sairausvakuutuksen korvausprosenttien kehitys vuosina 1996-2008

4. Sairausvakuutuskorvauksen muutokset ja yksityinen ja julkinen terveydenhuolto toimenpideryhmittäin

Tässä luvussa tarkastellaan yksityistä ja julkista terveydenhoitoa toimenpideryhmittäin. Ryhmiä ovat yleislääkäripalvelut ja perusterveydenhoito, erikoislääkäripalvelut ja erikoissairaanhoidon avohoito, suun terveydenhoito, laboratorio-, kuvantamispalvelut sekä työterveydenhoito. Yksityistä ja julkista palvelua tarkastellaan yhtäältä kuluttajan valinnan näkökulmasta ja toisaalta palveluiden rahoituksen näkökulmasta.

Kuluttajan näkökulmasta oleellista on terveydenhuoltopalvelujen käyttö ja saatavuus, palveluiden hinta ja niiden laatu. Esimerkkinä palvelujen saatavuudesta on yksityisen sairausvakuutuskorvauksen laajentaminen suun terveydenhuollossa koskemaan kaikkia ikäluokkia vuoden 2004 alusta. Myös hoitajajonoista puhutaan paljon. Julkisista terveystalouksista kuluttaja maksaa esimerkiksi poliklinikkamaksun ja terveyskeskusmaksun ja palveluiden muut omavastuut. Yksityisistä terveystalouksista (pl. työterveyshuolto) kuluttaja maksaa palvelun vähittäishinnan ja sairausvakuutuskorvauksen erotuksen. Työterveyshuoltoa työnantaja maksaa palvelun hinnan ja sairausvakuutuskorvauksen erotuksen.

Sairausvakuutuskorvausten muutosten vaikutukset valtion ja kuntien rahoitukseen on perusteltua tehdä keskimääräisten muuttujien, kuten kustannusten käyntikertaa kohden tai käyntien keskihintojen, avulla. Kokonaistarkastelun tai keskimääräisen tarkastelun avulla saadaan sellaiset luvut, jotka vastaavat sairausvakuutuskorvausjärjestelmän rahoittajille aiheuttamia kustannuksia.

Laatikko 1. Yksityisten ja julkisten terveystalvelujen laatuindeksin laske- minen

Laadun ottaminen huomioon voisi tapahtua esimerkkiparivertailujen avulla. Esimerkkiparivertailussa valitaan mahdollisimman yhdenmukainen palvelu, esimerkiksi hampaan paikkaushoito, yksityiseltä ja julkiselta sektorilta. Tämän laadultaan yhdenmukaisen palvelun hintoja ja kustannuksia vertailemalla voitaisiin arvioida yksityisen ja julkisen palvelun tehokkuutta.

Esimerkkiparivertailu on kuitenkin rahoitustarkastelua varten liitettävä yhteen kokonaistarkastelun tai keskimääräistarkastelun kanssa. Tämä yhteensovitus voitaisiin pyrkiä tekemään laatuindeksien avulla. Laatuindeksi voidaan laskea laadultaan samanarvoisen yksityisen ja julkisen palvelun hinta- tai kustannussuhteen avulla.

Laatuindeksin tulkintaa voidaan havainnollistaa seuraavasti. Jos laadultaan yhteneväisen toimenpiteen kustannus on julkisella sektorilla esimerkiksi kymmenen prosenttia halvempi kuin yksityisellä sektorilla, voidaan päätellä yksityisen sektorin kanssa saman kustannuksen omaavan julkisen palvelun toimenpiteen olevan kymmenen prosenttia laadukkaampaa. Tämä perustuu oletukseen, että eri toimenpiteiden hinta-laatu-suhde on yhtenäinen eri toimenpiteissä.

Esimerkki voitaisiin kirjoittaa myös siten, että yksityisen sektorin toimenpiteen laatu on parempi kuin julkisen sektorin toimenpiteen.

Julkisella ja yksityisellä sektorilla on monia eri terveydenhuoltopalveluja, joiden kustannukset ja hinnat poikkeavat huomattavasti toisistaan. Lisäksi toimenpiteiden rakenne poikkeaa huomattavasti julkisten ja yksityisten terveystalvelujen välillä. Keskimääräinen hinta ei täten ole käyttökelpoinen, jos halutaan verrata julkisen ja yksityisen palvelun yksikkökustannuksia toisiinsa. Keskimääräisten kustannusten käyttö on hyödyllistä arvioitaessa sairausvaikutuskorvauksen muutoksen julkistaloudellisia vaikutuksia.

Kuluttajan valinnan kannalta olisi tarkoituksenmukaista pyrkiä ottamaan huomioon eri palvelujen laatua keskimääräistä tarkastelua yksityiskoh-
taisemmin (laatikko 1). Yksityisten ja julkisten terveystalveluiden laatua, hinta/laatu-suhdetta tai laatu-
korjattuja palveluja voidaan pyrkiä arvioimaan esimerkkiterveystalveluiden avulla. Esimerkkiparivertailussa valitaan mahdollisimman samanlainen yksityinen ja julkinen toimenpide. Tämän toimenpiteen

tuotantokustannuksia, asiakkaan maksamaa hintaa ja toimenpiteen laatua verrataan julkisen ja yksityisen palvelutuottajan kesken. Valitettavasti esimerkkiparivertailuja ei ole Suomessa tehty kattavasti (liite 1). Olemassa olevien yksittäisten esimerkkiparivertailujen yhdistäminen tässä tutkimuksessa tehtävään kokonaistarkasteluun on hankalaa ja se rajataan tutkimuksen ulkopuolelle.

Julkisten terveystalvelujen pääasiallisina rahoittajina ovat kunnat ja valtio. Kuluttajat maksavat selvästi pienemmän osan. Yksityisistä terveystalveluista (pl. työterveyshuolto) kuluttajat maksavat lähes 70 prosenttia, vaikka nimellinen sairausvakuutuskorvausprosentti on pääosin 60. Kela rahoittaa reilut 30 prosenttia yksityisistä terveydenhuoltotalveluista (pl. työterveydenhuolto). Työterveydenhuollosta Kela korvaa keskimäärin noin 45 prosenttia ja työnantajat loput.

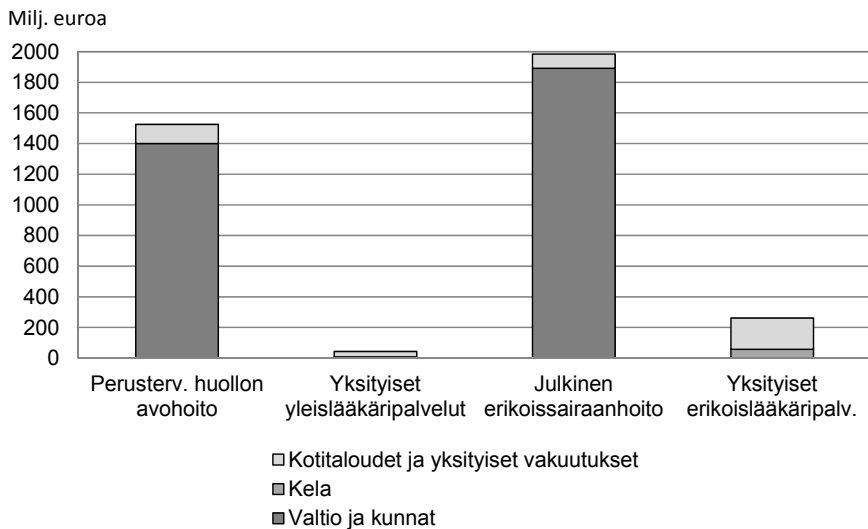
Jokaisessa toimenpideryhmässä esitetään arvioita siitä, miten yksityisten ja julkisten terveystalveluiden käyttö ja rahoituskustannukset muuttuisivat, jos sairausvakuutuskorvausta muutettaisiin. Tarkasteltavina vaihtoehtoina ovat sairausvakuutuskorvausprosentin kymmenen prosenttiyksikön nousu ja lasku nykyisiin keskimääräisiin sairausvakuutuskorvausprosentteihin verrattuna.

Yksityisten lääkäritalveluiden hintoihin sisältyy piilevää arvonnalisäveroa. Se johtuu siitä, että lääkäritalveluyritysten ostamissa välituotteissa on arvonnalisäveroa, vaikka lääkäritalvelut eivät kuulu arvonnalisäverotuksen piiriin. Täten lääkäritalveluyritykset eivät voi vähentää ostoihinsa sisältyviä arvonnalisäveroja myynnin arvonnalisäverosta. Yksityisten lääkäritalvelujen hintoihin sisältyvän piilevän arvonnalisäveron vuoksi jokainen lääkärikäynti yksityisellä talvelutuottajalla lisää arvonnalisäveron tuottoa.

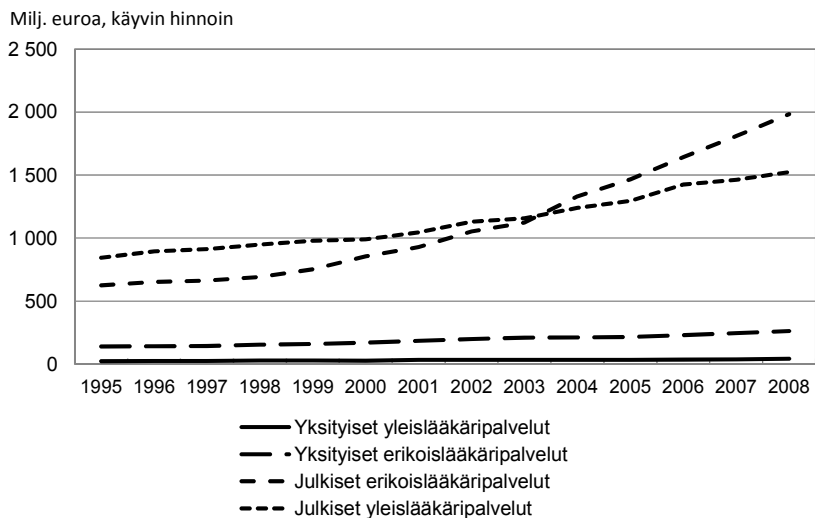
Julkisen sektorin terveystalveluihin ei sisälly piilevää arvonnalisäveroa. Piilevä arvonnalisävero otetaan seuraavissa laskelmissa huomioon ainoastaan silloin, kun arvioidaan sairausvakuutuskorvauksen muutoksen kustannusvaikutuksia julkiseen talouteen kokonaisuudessaan. Piilevän arvonnalisäveron arvioidaan olevan varovaisuusperiaatteen mukaisesti viisi prosenttia yksityisten lääkäritalvelujen arvosta. Vuonna piilevän arvonnalisävero-osuuden arvioitiin olevan 5-9 prosenttia hinnoista.

4.1 Yleislääkäri- ja erikoislääkäripalvelut

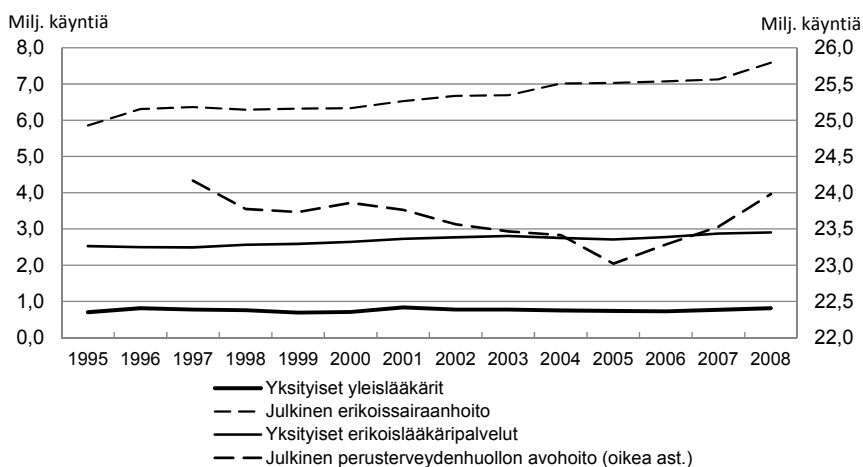
Julkiseen perusterveydenhuollon avohoitoon käytettiin reilut 1,5 miljardi euroa vuonna 2008. Kotitaloudet eli kuluttajat maksoivat itse tai välillisesti yksityisten vakuutusten kautta siitä noin 10 prosenttia. Valtion ja kuntien rahoitusosuus oli 90 prosenttia. Yksityisten yleislääkärikäyntimenot (pl. työterveydenhoito) ovat murto-osa perusterveydenhuollon menoista. Julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon menot olivat noin kaksi miljardia euroa vuonna 2008. Valtio ja kunnat ovat pääasiallisia rahoittajia. Kotitalouksien rahoitusosuus oli noin viisi prosenttia. Yksityisten erikoislääkäripalvelujen markkinat (pl. työterveydenhuolto) ovat noin 250 miljoonaa euroa. Tästä kotitalouksien osuus on vajaat 80 prosenttia ja Kelan reilut 20 prosenttia.



Kuvio 6. Yksityisten ja julkisten yleislääkäri- ja erikoislääkäripalveluiden (avohoidon) rahoitus vuonna 2008



Kuvio 7. Yksityisten ja julkisten yleislääkäri- ja erikoislääkäripalveluiden (avohoidon) menojen kehitys



Kuvio 8. Yksityisten ja julkisten lääkäripalveluiden (avohoidon) käyntikerrat

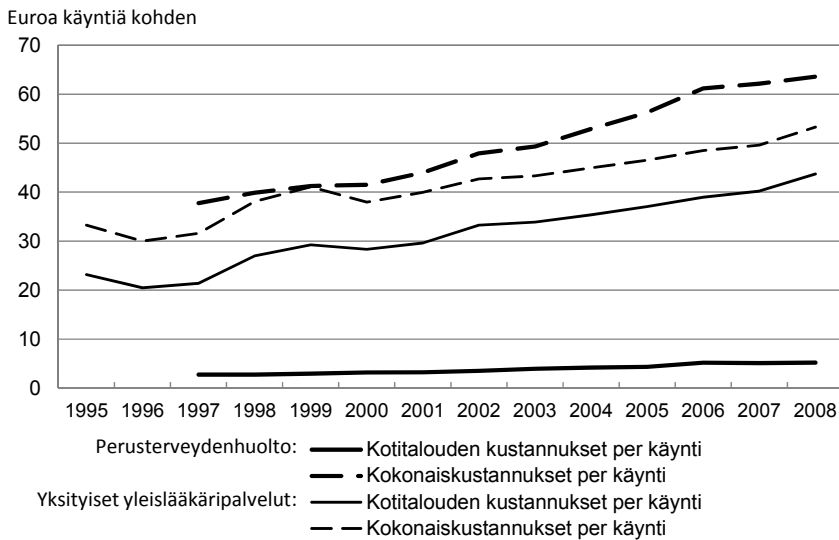
Julkisten lääkäripalvelujen avohoidon menot ovat kasvaneet tarkastelujaksolla 1995-2008 nopeasti; erityisesti julkisten erikoislääkäripalvelujen. Vuonna 1995 julkiset lääkäripalvelumenot olivat 1,5 miljardia euroa ja vuonna 2008 3,5 miljardia euroa. Yksityisellä sektorilla menojen kehitys on ollut maltillista; varsinkin yleislääkäripalveluissa. Yksityisten erikoislääkäripalveluiden menot ovat nousseet 100 miljoonalla eurolla.

Yksityisten lääkäripalveluiden käyntikerroissa ei näyttäisi tapahtuneen merkittäviä muutoksia. Yksityisiä yleislääkärikäyntejä (pl. työterveyshuolto) on tehty vuosittain noin miljoona. Yksityisiä erikoislääkärikäyntejä on tehty vajaat kolme miljoonaa. Julkisen erikoissairaanhoidon käyntien määrä on noussut vuoden 1995 kuudesta miljoonasta lähes kahdeksaan miljoonaan vuonna 2008. Julkisia perusterveydenhuollon avohoidon käyntikertoja oli 22,5 miljoonaa. Vuodesta 1997 vuoteen 2005 perusterveydenhuollon avohuollon käyntikerroissa on havaittavissa laskeva trendi. Vuodesta 2005 vuoteen 2008 käyntikerrat ovat nousseet miljoonalla käynnillä.

Sairausvakuutuskorvauksen noston vaikutus julkisiin ja yksityisiin lääkäripalveluihin (avohoito)

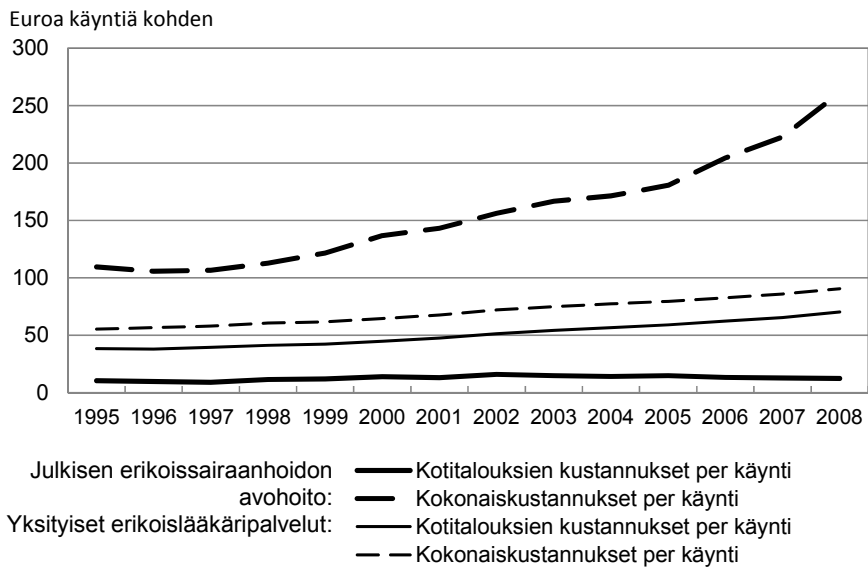
Tässä jaksossa tarkastellaan mallilaskelmien avulla sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia yksityisten ja julkisten lääkäripalvelujen käyttöön. Tämän jälkeen arvioidaan sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia lääkäripalvelujen rahoitukseen. Sairausvakuutuskorvausten muutosten vaikutukset valtion ja kuntien rahoitukseen on perusteltua tehdä keskimääräisten muuttujien, kuten kustannusten käyntikertaa kohden tai käyntien keskihintojen, avulla. Kokonaistarkastelun tai keskimääräisen tarkastelun avulla saadaan sellaiset luvut, jotka vastaavat sairausvakuutuskorvausjärjestelmän rahoittajille aiheuttamia kustannuksia.

Julkisen perusterveydenhuollon avohuollon ja yksityisten yleislääkäripalvelujen keskimääräiset kuluttajahinnat ja kokonaiskustannukset saadaan jakamalla eri rahoittajien palveluista maksamat kokonaismenot käyntikerroilla. Julkisen perusterveydenhuollon avohuollon kokonaiskustannukset käyntikertaa kohden olivat 64 euroa vuonna 2008. Kotitaloudet eli kuluttajat maksoivat keskimäärin käynnistä kuusi euroa. Perusterveydenhuollon kustannusten nousu ei ole vaikuttanut kuluttajien palveluista maksamaan hintaan. Yksityisen sairausvakuutuksen korvaaman yleislääkäripalveluiden (pl. työterveyshuolto) kokonaiskustannus oli 53 euroa käyntikertaa kohden. Kotitaloudet eli kuluttajat maksoivat keskimäärin käynnistä 44 euroa. Yksityisen sektorin palvelun kustannuksen ja hinnan erotuksen maksaa Kela, joka kustantaa sairausvakuutuskorvauksen.

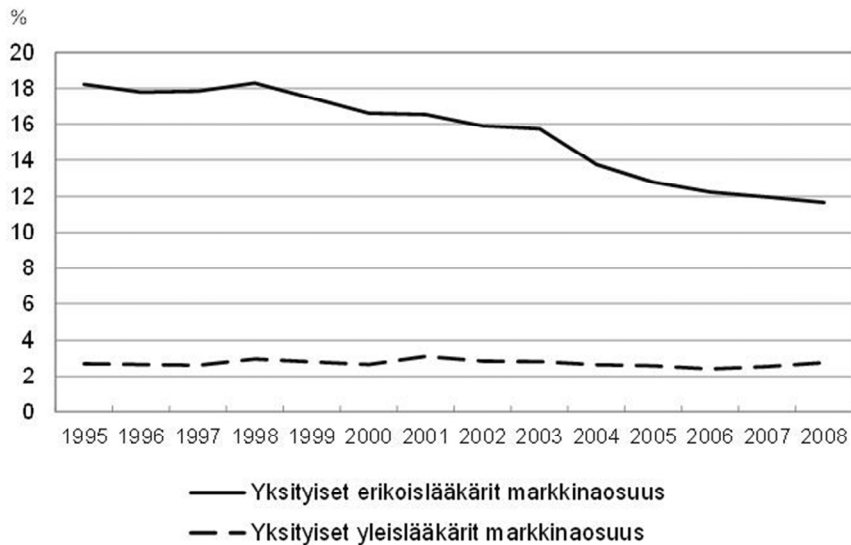


Kuvio 9. Julkisen perusterveydenhuollon avohoidon (lihavoitu) ja yksityisten yleislääkäripalvelujen kustannukset ja hinnat asiakkaalle käyntikertaa kohden

Julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon kokonaiskustannukset käyntikertaa kohden olivat 253 euroa vuonna 2008. Vuosina 1995-1997 vastaavat kustannukset käyntiä kohden olivat hieman yli 100 euroa. Julkisen erikoissairaanhoidon kustannusten nousu ei ole vaikuttanut kotitalouksien käyntihintoihin. Kotitalouksien kustannukset käyntiä kohden laskivat 2000-luvun aikana, vaikka kokonaiskustannukset käyntiä kohden ovat kasvaneet ripeästi. Yksityisten erikoislääkäripalvelujen (pl. työterveys) kokonaiskustannukset ja kuluttajien maksamat hinnat käyntikertaa kohden ovat nousseet varsin maltillisesti. Kokonaiskustannus oli 90 euroa ja kuluttajien maksama hinta 75 euroa käyntiä kohden vuonna 2008.



Kuvio 10. Julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon ja yksityisten erikoislääkäripalvelujen kustannukset ja hinnat asiakkaalle käyntikertaa kohden



Kuvio 11. Yksityisten lääkäripalveluiden kustannusosuuden kehitys

Sairausvakuutuksen piiriin kuuluvien yksityisten erikoislääkäripalveluiden kustannusosuus on laskenut asteittain vuodesta 1995 (18 prosenttia) vuoteen

2008 (vajaat 12 prosenttia). Yksityisten yleislääkäripalveluiden (pl. työterveydenhuolto) kustannusosuus on pysynyt noin kolmessa prosentissa.

Mallilaskelma sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksista julkiseen ja yksityisiin lääkäripalveluihin

Sairausvakuutuskorvauksen muutos vaikuttaa kuluttajan maksamaan yksityisten lääkäripalvelujen käyntikerran hintaan, koska Kelan maksuosuus muuttuu. Sairausvakuutuskorvauksen nousu laskee kuluttajan maksamaa hintaa; sairausvakuutuskorvauksen lasku vastaavasti nostaa hintaa. Sairausvakuutuskorvauksen muutos ei vaikuta julkisen palvelun kuluttajahintaan. Yksityisen ja julkisen hintasuhteen muutos vaikuttaa asiakasvirtoihin yksityisten ja julkisten terveysten palvelujen välillä. Yksityisten lääkäripalvelujen hintojen laskiessa yksityisten lääkäripalvelujen käynnit lisääntyvät, koska osa julkisten lääkäripalvelujen käyttäjistä siirtyy käyttämään yksityisiä lääkäripalveluja.

Laatikko 2. Tilastomatemattinen malli yksityisten ja julkisten lääkäripalvelukäyntien määräytymiselle. (Analyysin tulokset ovat saatavilla tekijöiltä.)

Sitä, kuinka kuluttajat muuttavat käyntejään yksityisessä ja julkisissa lääkäripalveluissa, arvioidaan yksinkertaisen tilastomatemattisen mallin avulla. Mallissa yksityisen sektorin kustannusosuutta selitetään kokonaismenoilla yksityisiin sairausvakuutuksen korvaamiin lääkäripalveluihin ja julkisiin lääkäripalveluihin (luonnollinen logaritmi) ja yksityisten ja julkisten palveluiden keskimääräisillä kuluttajahinnoilla (logaritmi). Tilastomatemattinen analyysi on tehty erikseen perusterveyden avohoitopalveluille ja yksityisille yleislääkäripalveluille sekä julkiselle erikoissairaanhoidon avohoidolle ja yksityisille erikoislääkäripalveluille. Aineistot koskevat vuosia 1995-2008. Muuttujat on kuvattu edellä.

Teoreettisesti on mahdollista, että sairausvakuutuskorvauksen noustessa, jolloin yksityisen lääkäripalvelun hinta laskee, jotkut ihmiset, jotka eivät ole aikaisemmin käyttäneet yksityisiä eivätkä julkisia lääkäripalveluita, tulevat yksityisten lääkäripalvelujen asiakkaiksi. Käytännössä siirtymät yksityisen palvelutuotannon asiakkuudesta kokonaan terveysten palvelujen käytön ulkopuolelle ovat vähäisiä sairausvakuutuskorvauksen muuttuessa. Nämä siirtymät on jätetty tarkastelun ulkopuolelle.

Tarkastellaan ensiksi julkisen perusterveydenhuollon avohoitoa ja yksityisiä yleislääkäripalveluita. Nykyinen sairausvakuutuskorvausprosentti on mallilaskelmassa 17,9 yksityisissä yleislääkäripalveluissa. Yksityisen sairausvakuutukseen piiriin kuuluvan yleislääkäripalvelun keskimääräinen hinta käyntiä kohden on 43,7 euroa. Kelan kustannukset yleislääkäripalvelujen sairausvakuutuskorvauksista on kahdeksan miljoonaa euroa. Valtion ja kuntien kustannukset perusterveyden avohuollosta on 1 401 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaiskustannukset perusterveydenhuollosta ovat 1 408 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin tuki perusterveydenhuollon käyntikertaa kohden oli 49 euroa suurempi kuin sairausvakuutuskorvaus yksityisen sektorin käyntikertaa kohden.

Taulukko 4. Laskelma sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksista valtion ja kuntien sekä Kelan menoihin perusterveydenhuollon avohoidossa ja yksityisissä yleislääkäripalveluissa (yksityisten yleislääkärikäyntien hintajousto on -0,5)

	Sairaus- vakuutus- korvaus	Kulut- taja- hintaa	Käynnit yksityi- sellä	Kelan kustan- nukset	Valtion ja kuntien kustan- nukset	Julkisen tuen erotus per käynti yks.-julk. euroa	Julkisen sektorin kustan- nukset	Piilevä alv (5 %) eliminoi- tu milj. euroa
	%	euroa	kpl	milj. euroa	milj. euroa		milj. euroa	
Nykyinen	17,9	43,7	810 000	8	1 401	-49	1 408	1 408
svk +10 %-yks	27,9	38,4	862 000	13	1 398	-44	1 410	1 410
muutos	10,0	-5,3	52 000	5	-3		2	2
svk - 10 %-yks	7,9	49,1	758 000	3	1 404	-54,	1 407	1 407
muutos	-10,0	5,3	-52 000	-5	3		-1	-1,

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousun seurauksena osa julkisen perusterveydenhuollon asiakkaista siirtyy käyttämään yksityisiä Kela-korvattavia yleislääkäripalveluja. Vuonna 2008 yksityisiä Kela-korvattavia yleislääkärikäyntejä oli 810 000 miljoonaa kappaletta. Jos sairausvakuutuskorvaus nousee kymmenellä prosenttiyksiköllä, yksityisen sektorin käynnit lisääntyvät ja perusterveydenhuollon käynnit vähenevät 52 000 käynnillä. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu laskee yksityisen sektorin kuluttajahintoja 5,3 euroa käyntikertaa kohden, lisää Kelan menoja viisi miljoonaa euroa ja vähentää valtion ja kuntien menoja kolme miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaismenot lisääntyvät kaksi miljoonaa euroa, kun piilevän arvonlisäveron vaikutus otetaan huomioon.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön laskun seurauksena yksityisen sektorin käynnit vähenevät ja perusterveydenhuollon käynnit lisääntyvät, mikäli kapasiteettia on käyttämättä, 52 000 käynnillä. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön lasku nostaa yksityisen sektorin kuluttajahintoja 5,3 euroa käyntikertaa kohden, vähentää Kelan menoja viisi miljoonaa euroa ja lisää valtion ja kuntien menoja kolme miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaismenot vähenevät miljoona euroa, kun piilevän arvonlisäveron vaikutus otetaan huomioon.

Tarkastellaan seuraavaksi julkisen erikoissairaanhoidon avohoitoa ja yksityisiä erikoislääkäripalveluita. Nykyinen sairausvakuutusprosentti on mallilaskelmassa 22,2 yksityisissä erikoislääkäripalveluissa. Yksityisen sairausvakuutukseen piiriin kuuluvan erikoislääkäripalvelun keskimääräinen hinta käyntiä kohden on 70,3 euroa. Kelan kustannukset erikoissairaanhoidon sairausvakuutuskorvauksista on 58 miljoonaa euroa. Valtion ja kuntien kustannukset erikoissairaanhoidosta on 1 890 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaiskustannukset erikoissairaanhoidosta ovat 1 949 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin tuki julkisen sektorin erikoissairaanhoidon avohoidon käyntikertaa kohden oli 229 euroa suurempi kuin sairausvakuutuskorvaus yksityisen sektorin käyntikertaa kohden.

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousun seurauksena osa julkisen erikoissairaanhoidon asiakkaista siirtyy käyttämään yksityisiä Kela-korvattavia yleislääkäripalveluja. Vuonna 2008 yksityisiä Kela-korvattavia yleislääkärikäyntejä oli 2,9 miljoonaa kappaletta. Jos sairausvakuutuskorvaus nousee kymmenellä prosenttiyksiköllä, yksityisen sektorin erikoislääkärikäynnit lisääntyvät ja julkisen sektorin erikoissairaanhoidon avohoidon käynnit vähenevät 74 000 käynnillä. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu laskee yksityisen sektorin kuluttajahintoja yhdeksän euroa käyntikertaa kohden, lisää Kelan menoja 28 miljoonaa euroa ja vähentää valtion ja kuntien menoja 19 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaismenot lisääntyvät kahdeksan miljoonaa euroa, kun piilevän arvonlisäveron vaikutus otetaan huomioon.

Taulukko 5. Laskelma sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksista valtion ja kuntien sekä Kelan menoihin (yksityisten erikoislääkärikäyntien hintajousto on -0,2)

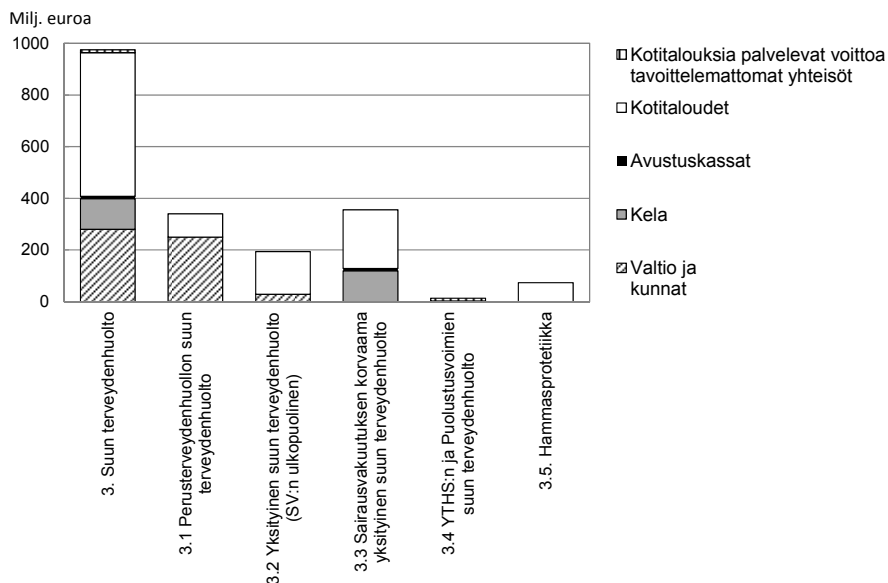
	Sairaus- vakuu- tus- korvaus	Kulut- taja- hinta	Käynnit yksityi- sellä	Kelan kustan- nukset	Valtion ja kuntien kustan- nukset	Julkisen tuen erotus per käynti yks. - julk.	Julkisen sektorin kustan- nukset	Piilevä alv (5 %) elimi- noitu milj. euroa
	%	euroa	kpl	milj. euroa	milj. euroa	euroa	milj. euroa	milj. euroa
Nykyinen	22,2	70,3	2 901 000	58	1 890	-229	1 949	1 946
svk + 10 %-yks	32,2	61,3	2 975 000	87	1 872	-220	1 958	1 954
muutos	10,0	-9,0	74 000	28	-19		10	8
svk – 10 %-yks	12,2	79,4	2 826 000	31	1 909	-238	1 940	1 939
muutos	-10,0	9,1	-75 000	-27	19		-9	-7

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön laskun seurauksena yksityiset erikoislääkärikäynnit vähenevät ja julkisen erikoissairaanhoidon avohoidon käynnit lisääntyvät, mikäli kapasiteettia on käyttämättä, 74 000 käynnillä. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön lasku nostaa yksityisen sektorin kuluttajahintoja kymmenen euroa käyntikertaa kohden, vähentää Kelan menoja 27 miljoonaa euroa ja lisää valtion ja kuntien menoja 19 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaismenot vähenevät seitsemän miljoonaa euroa, kun piilevän arvonlisäveron vaikutus otetaan huomioon.

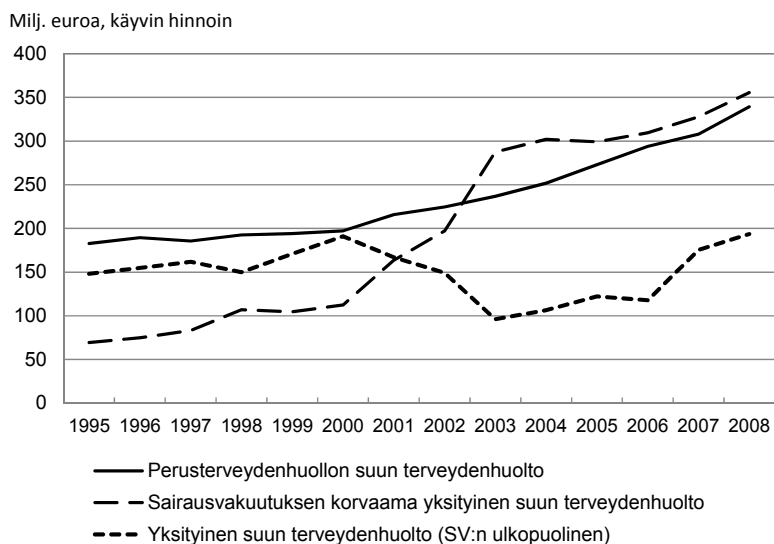
4.2 Suun terveydenhuolto

Suun terveydenhuoltoon käytettiin hieman vajaat miljardi euroa vuonna 2008. Kotitaloudet eli kuluttajat käyttivät vuosittain suun terveydenhuoltoon 550 miljoonaa euroa, valtio ja kunnat vajaat 300 miljoonaa euroa ja Kela reilut 100 miljoonaa euroa. Näiden suurimpien suun terveydenhuollon rahoittajien rahoitusosuudet poikkeavat huomattavasti eri toimenpideluokissa. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollosta (noin 350 miljoonaa euroa) rahoittavat valtio ja kunnat sekä kotitaloudet. Sairausvakuutuksen ulkopuolisen yksityisen suun terveydenhuollon (noin 200 miljoonaa euroa) rahoittavat pääosin kotitaloudet eli kuluttajat. Sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon (reilut 350 miljoonaa euroa) rahoittavat pääosin kotitalou-

det ja Kela. Ylioppilaiden ja puolustusvoimien suun terveydenhuollon rahoittaa valtio ja hammasprotetiikan kotitaloudet.



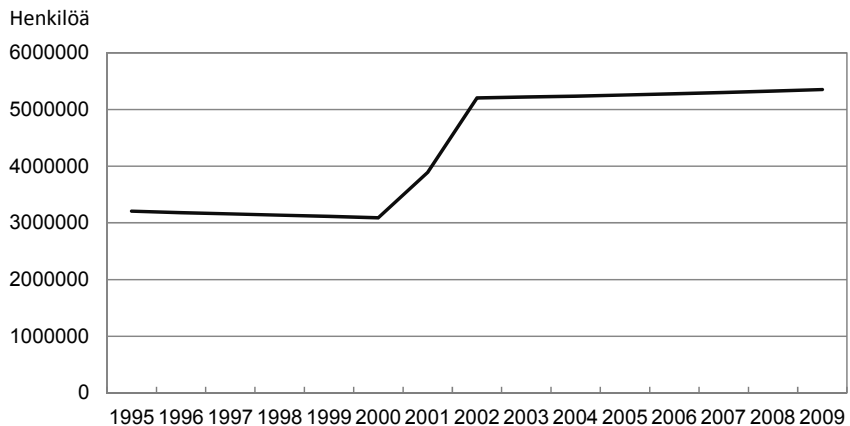
Kuvio 12. Suun terveydenhuollon rahoitusosuudet vuonna 2008 toimenpideluokittain



Kuvio 13. Suun terveydenhuollon menot vuosina 1995-2008 (pl. YTHS:n ja puolustusvoimien suun terveydenhuolto sekä hammasprotetiikka)

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon menojen kehitys on kasvanut tasaisesti 2000-luvun aikana 200 miljoonasta eurosta 350 miljoonaan euroon. Sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon menot ovat vastaavana aikana nousseet 100 miljoonasta eurosta 350 miljoonaan euroon. Huomattava hyppäys ajoittui vuosiin 2001-2003, jolloin sairausvakuutuksen piiriin otettiin mukaan uusia ikäluokkia (katso kuvio 14.) Sairausvakuutuksen korvauksen piiriin oikeutettujen ikäluokkien laajeneminen vähensi sairausvakuutuksen ulkopuolisen yksityisen suun terveydenhuollon menoja 100 miljoonalla eurolla. Sairausvakuutuskorvausjärjestelmän laajentaminen ei näyttäisi juuri vaikuttaneen perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltomenoihin.

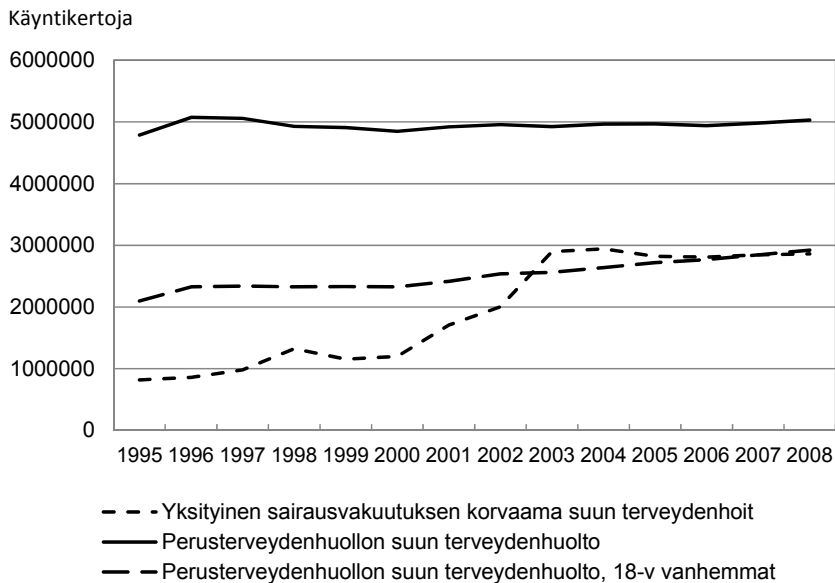
Nykyisin yksityisessä hammashoidossa korvausta ei saa i) julkisen terveydenhuollon kustannuksista; ii) proteettisista toimenpiteistä, kuten irtoproteeseista ja hammaskruunuista; iii) silloista tai -implanteista tai niiden korjauksista (poikkeuksena rintamaveteraanit ja miinanraivaajat); iv) hammas-teknisestä työstä (poikkeuksena rintamaveteraanit ja miinanraivaajat); v) oikomishoidosta (paitsi erityisin perustein); vi) ajalta, jolloin olet hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa.



Kuvio 14. Sairausvakuutuksen korvaaman suun terveydenhoitoon oikeutettujen henkilöiden lukumäärät

Vuodesta 2001 vuoteen 2003 sairausvakuutuskorvauksen piiriin oikeutettujen lukumäärä kasvoi noin kahdella miljoonalla henkilöllä. Ennen vuotta 2001 kunnalliseen hammashoitoon ja yksityisen hammashoidon sairausvakuutus-

korvauksiin oli oikeutettu 45-vuotiaat ja sitä nuoremmat. Vuonna 2001 tuetua hammashoitoa laajennettiin koskemaan myös 55-vuotiaita ja sitä nuorempia. Vuoden 2002 joulukuusta lähtien kaikki kansalaiset ovat olleet oikeutettuja kunnalliseen hammashoittoon sekä yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvauksiin.



Kuvio 15. Suun terveydenhuollon käyntikerrat

Sairausvakuutusjärjestelmän laajennus ei näyttäisi vaikuttaneen perusterveydenhuollon käyntikertoihin eikä niiden menoihin. Yksityisen sairausvakuutuksen korvaaman suun terveydenhuollon käyntikerrat nousivat miljoonasta kolmeen miljoonaan vuosina 2001-2003, jolloin järjestelmän laajennus koskemaan koko väestöä toteutettiin. Sairausvakuutuskorvausjärjestelmän laajennus toi suun terveydenhuollon piiriin satojatuhansia uusia henkilöitä.

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon asiakkaista on viime vuosien aikana ollut vajaan puolet alle 18-vuotiaita. Aikuiset kävivät lähes saman määrän yksityisessä ja julkisessa suun terveydenhuollossa. Koska yksityisen suun terveydenhuollon asiakkaista 99,5 prosenttia on aikuisia, on syytä verrata toisiinsa aikuisten suun terveydenhoitokäyntejä. Alle 18-vuotiaille tehdään varsin paljon ikäkausitarkastuksia ja suun terveydenhuollon neuvontakäyntejä, joiden kustannukset käyntikertaa kohden ovat selvästi alhaisemmat kuin aikuisten keskimääräisten käyntikertojen kustannukset.

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon käyntikerrat on tilastoissa eritelty aikuisten ja alle 18-vuotiaiden käynteihin. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon kokonaiskustannuksia ei ole eritelty erikseen aikuisille ja alle 18-vuotiaille. Kustannuserittelyn tekemiseksi oletetaan alle 18-vuotiaiden keskimääräisen käyntikerran olevan kolmanneksen keskimääräisen aikuisen käyntikerran kustannuksista. Alle 18-vuotiaat saavat julkisen perusterveyden palvelut ilmaiseksi.

Sairausvakuutuskorvauksen noston vaikutus yksityiseen ja julkiseen suun terveydenhuoltoon

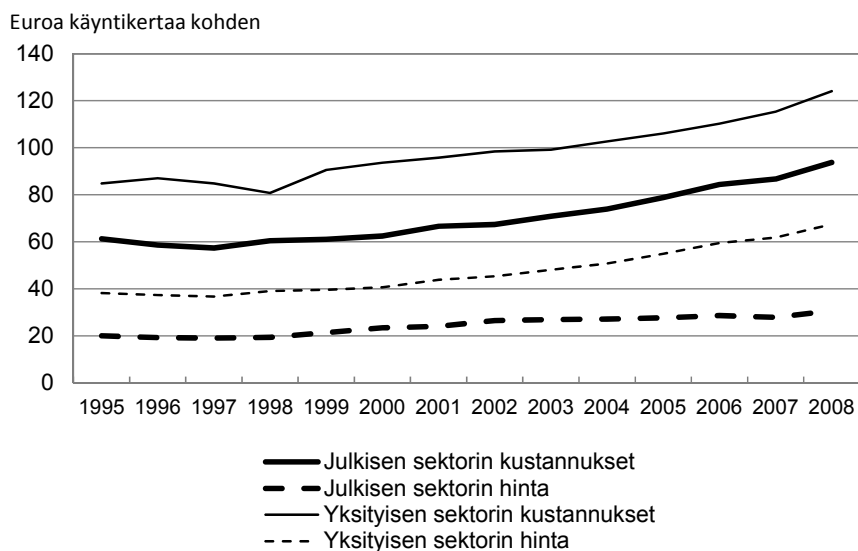
Tässä jaksossa tarkastellaan mallilaskelmien avulla sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia yksityisten ja julkisten suun terveydenhuoltopalveluiden käynteihin. Tämän jälkeen arvioidaan sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia suun terveydenhuoltopalveluiden rahoitukseen. Sairausvakuutuskorvausten muutosten vaikutukset valtion ja kuntien rahoitukseen on perusteltua tehdä keskimääräisten muuttujien, kuten kustannusten käyntikertaa kohden tai käyntien keskihintojen, avulla. Kokonaistarkastelun tai keskimääräisen tarkastelun avulla saadaan sellaiset luvut, jotka vastaavat sairausvakuutuskorvausjärjestelmän rahoittajille aiheuttamia kustannuksia.

Julkisella ja yksityisellä sektorilla on monia eri terveydenhuoltopalveluja, joiden kustannukset ja hinnat poikkeavat huomattavasti toisistaan. Lisäksi toimenpiteiden rakenne poikkeaa huomattavasti julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon osalta. Keskimääräinen hinta ei täten ole käyttökelpoinen, jos halutaan verrata julkisen ja yksityisen palvelun yksikkökustannuksia toisiinsa. Keskimääräisten kustannusten käyttö on hyödyllistä arvioitaessa sairausvakuutuskorvauksen muutoksen julkistaloudellisia vaikutuksia.

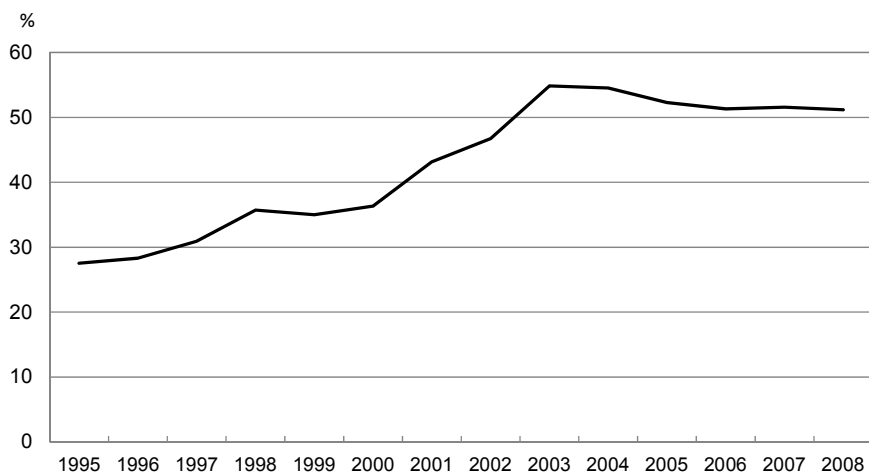
Sairausvakuutuksen korvaaman yksityisen suun terveydenhuollon keskimääräiset kuluttajahinnat ja kokonaiskustannukset saadaan jakamalla eri rahoittajien palveluista maksamat kokonaismenot käyntikerroilla. Julkisen perusterveydenhuollon keskimääräiset kuluttajahinnat ja kustannukset käyntikertaa kohden saadaan jakamalla aikuisten palveluista maksamat menot ja aikuisten hoidon kokonaismenot aikuisten käyntikerroilla.

Julkisen perusterveydenhuollon suunterveydenhuollon kokonaiskustannukset käyntikertaa kohden oli 94 euroa vuonna 2008. Kotitaloudet eli kuluttajat maksoivat keskimäärin käynnistä 31 euroa. Yksityisen sairausvakuutuksen korvaaman suun terveydenhuollon kokonaiskustannus oli 124 euroa käyntikertaa kohden. Kotitaloudet eli kuluttajat maksoivat keskimäärin käyn-

nistä 80 euroa. Yksityisen sektorin palvelun kustannuksen ja hinnan erotuksen maksaa Kela, joka kustantaa sairausvakuutuskorvauksen.



Kuvio 16. *Julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon keskimääräiset kustannukset ja kuluttajahinnat aikuisten käyntikertaa kohden*



Kuvio 17. *Sairausvakuutukseen piiriin kuuluvan yksityisen suun terveydenhuollon kustannusosuuden kehitys (pl. YTHS:n ja puolustusvoimien sekä sairausvakuutuksen ulkopuolinen yksityinen suun terveydenhuolto)*

Vuonna 1995 julkisen palvelun käyntikerran kustannuksen ja kuluttajahinnan ero oli 40 euroa ja yksityisen palvelun käyntikerran ero oli 44 euroa. Vuonna 2008 julkisen palvelun käyntikerran kustannusten ja kuluttajahinnan ero on kasvanut 62 euroon. Yksityisen palvelun käyntikerran kustannuksen ja kuluttajahinnan ero on pysynyt ennallaan.

Sairausvakuutukseen piiriin kuuluvan yksityisen suun terveydenhuollon kustannusosuus on noussut reilut 20 prosenttia tarkastelujakson aikana. Vuosina 2005-2008 yksityisen sektorin kustannusosuus on ollut 51 prosenttia.

Mallilaskelma sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksista julkisen sektorin kustannuksiin

Sairausvakuutuskorvauksen muutos vaikuttaa kuluttajan maksamaan yksityisen sektorin suun terveydenhuollon käyntikerran hintaan, koska Kelan maksuosuus muuttuu. Sairausvakuutuskorvauksen nousu laskee kuluttajan maksamaa hintaa; lasku vastaavasti nostaa hintaa. Sairausvakuutuskorvauksen muutos ei vaikuta julkisen palvelun kuluttajahintaan. Yksityisen ja julkisen hintasuhteen muutos vaikuttaa asiakasvirtoihin yksityisten ja julkisten palveluiden välillä.

Laatikko 3. Tilastomatemattinen malli yksityisten ja julkisten suun terveydenhuoltokäyntien määräytymiselle (aikuiset). (Analyysin tulokset ovat saatavilla tekijöiltä.)

Sitä, kuinka kuluttajat muuttavat käytejään yksityisessä ja julkisessa suun terveydenhuollossa, arvioidaan yksinkertaisen tilastomatemattisen mallin avulla. Mallissa yksityisen sektorin kustannusosuutta (pl. avustuskassojen maksut) selitetään kokonaismenoilla (pl. avustuskassojen kustannukset) yksityiseen sairausvakuutuksen korvaamaan suun terveydenhuoltoon ja julkisen perusterveydenhuollon suun terveydenhuoltoon (luonnollinen logaritmi), yksityisten ja julkisten palveluiden keskimääräisillä kuluttajahinnoilla (logaritmi) ja sairausvakuutuksen piiriin oikeutettujen lukumäärällä (logaritmi). Aineisto koskee vuosi 1995-2008. Muuttujat on kuvattu edellä. Koska kaikki ikäluokat ovat nykyisin oikeutettuja saamaan sairausvakuutuskorvausta yksityisistä suun terveydenhuoltotoimenpiteistä, tarkastellaan ainoastaan asiakkaiden siirtymää julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon välillä.

Nykyinen sairausvakuutuskorvausprosentti on mallilaskelmassa 36. Yksityisen sairausvakuutukseen piiriin kuuluvan suun terveydenhuollon keskimääräinen hinta käyntiä kohden on 79,5 euroa. Kelan kustannukset suun terveydenhuollon sairausvakuutuskorvauksista on 119 miljoonaa euroa. Valtion ja kuntien kustannukset perusterveyden suun terveydenhuollosta ovat 250 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaiskustannukset suun terveydenhuollosta ovat 368 miljoonaa euroa. Koska yksityisessä Kela-korvattavassa suun terveydenhuollossa on piilevää arvonlisäveroa, todelliset kustannukset ovat 362 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin tuki perusterveydenhuollon suunterveydenhuollon käyntikertaa kohden on 18 euroa suurempi kuin sairausvakuutuskorvaus yksityisen sektorin käyntikertaa kohden.

Taulukko 6. Laskelma sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksista valtion ja kuntien sekä Kelan menoihin (yksityisen sairausvakuutuksen piiriin kuuluvan suun terveydenhuollon hintajousto on -0,8)

	Sairaus- vakuu- tuskor- vaus	Kuluttaja- hintaa	Käynnit yksityi- sellä	Kelan kustan- nukset	Valtion ja kun- tien kustan- nukset	Julkisen tuen erotus per käynti yks. - julk.	Julkisen sektorin kustan- nukset	Piilevä alv (5 %) elimi- noitu milj. euroa
	%	euroa	euroa	milj. euroa	milj. euroa	euroa	milj. euroa	euroa
Nykyinen	36	79,5	2 863 000	119	250	-18	368	362
svk + 10 %-yks	46	67,0	3 222 000	175	227	-6	402	393
muutos	10	-12,4	359 000	56	-23		33	31
svk - 10 %-yks	26	91,8	2 506 000	72	272	-31	344	340
muutos	-10	12,4	-357 000	-47	23		-24	-22

Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousun seurauksena osa julkisen perusterveydenhuollon asiakkaista siirtyy käyttämään yksityisiä Kela-korvattavia suun terveydenhuoltopalveluita. Vuonna 2008 yksityisiä Kela-korvattavia suun terveydenhuollon käyntejä oli 2,86 miljoonaa kappaletta. Jos sairausvakuutuskorvaus nousee kymmenellä prosenttiyksiköllä, yksityisen sektorin käynnit lisääntyvät ja perusterveydenhuollon käynnit vähenevät 359 000 käynnillä. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön nousu laskee yksityisen sektorin kuluttajahintoja 12,4 euroa käyntikertaa kohden, lisää Kelan menoja 56 miljoonaa euroa ja vähentää valtion ja kuntien menoja 23 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaismenot lisääntyvät 31 miljoonaa euroa, kun piilevän arvonlisäveron vaikutus otetaan huomioon.

Piilevän arvonlisäveron tuoton arvioidaan olevan viisi prosenttia yksityisen palvelutuotannon arvosta.

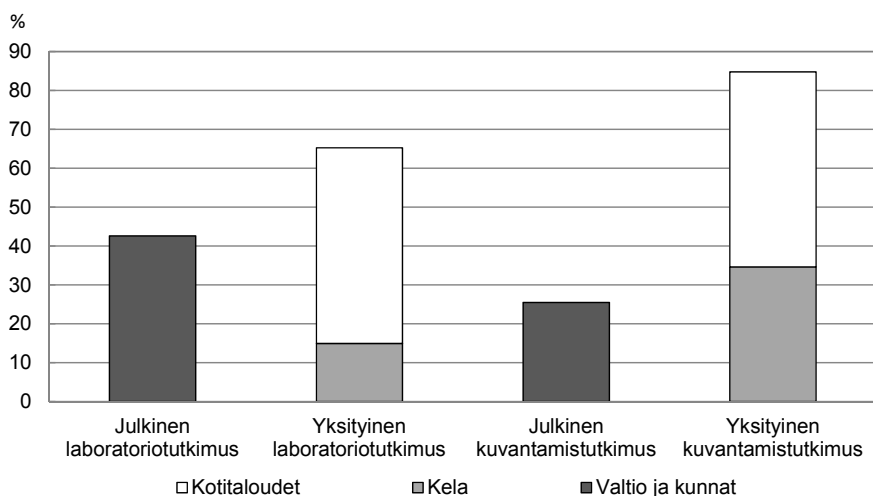
Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön laskun seurauksena yksityisen sektorin käynnit vähenevät ja perusterveydenhuollon käynnit lisääntyvät, mikäli kapasiteettia on käyttämättä, 357 000 käynnillä. Sairausvakuutuskorvauksen kymmenen prosenttiyksikön lasku nostaa yksityisen sektorin kuluttajahintoja 12,4 euroa käyntikertaa kohden, vähentää Kelan menoja 47 miljoonalla euroa ja lisää valtion ja kuntien menoja 23 miljoonaa euroa. Julkisen sektorin kokonaismenot vähenevät 22 miljoonaa euroa, kun piilevän arvonlisäveron vaikutus otetaan huomioon.

Sairausvakuutuskorvauksen lasku saattaa todellisuudessa vähentää suun terveydenhuollon käyntejä 357 000 kappaletta, jos perusterveyden huollon kapasiteetti on täyskäytössä.

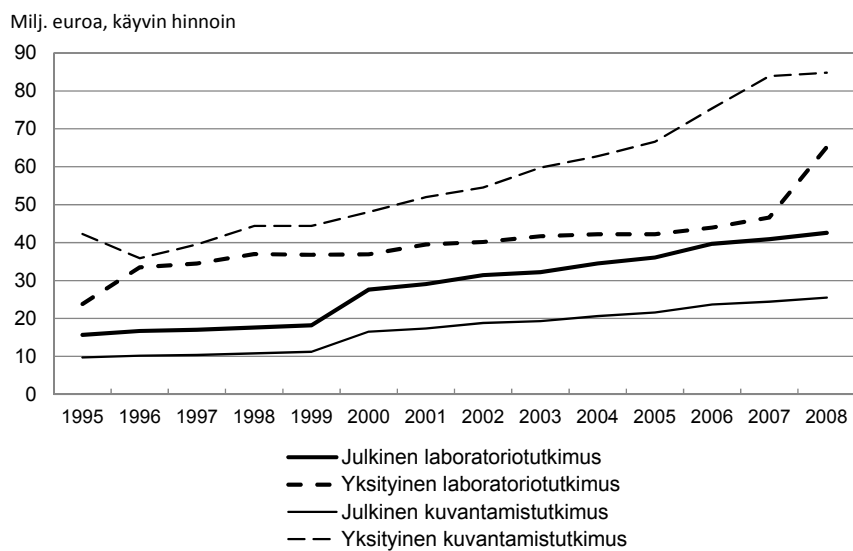
4.3 Laboratoriopalvelut ja kuvantaminen

Valtion ja kuntien kokonaisuudessaan yksin rahoittamien julkisten laboratoriotutkimusten menot olivat reilut 40 miljoonaa euroa ja julkisten kuvantamistutkimusten menot 26 miljoonaa euroa vuonna 2008 (kuviot 18). Yksityisten laboratoriotutkimusten menot olivat 65 miljoonaa euroa. Kotitaloudet eli kuluttajat maksoivat niistä 50 miljoonaa euroa ja Kela 15 miljoonaa euroa. Yksityisten kuvantamistutkimusten 85 miljoonan euron menoista kotitaloudet rahoittivat 50 miljoonaa euroa ja Kela 35 miljoonaa euroa.

Yksityisten laboratorio- ja kuvantamistutkimusten menot ovat kasvaneet yhtä paljon kuin julkisten tutkimusten menot (kuviot 19). Vuonna 1995 yksityiset menot olivat yhteensä vajaat 70 miljoonaa euroa ja julkiset menot yhteensä vajaat 30 miljoonaa euroa. Vuonna 2008 vastaavat luvut olivat 150 miljoonaa euroa ja 70 miljoonaa euroa. Vuonna 2008 yksityiset kuvantamistutkimusmenot kasvoivat poikkeuksellisesti 20 miljoonaa euroa.

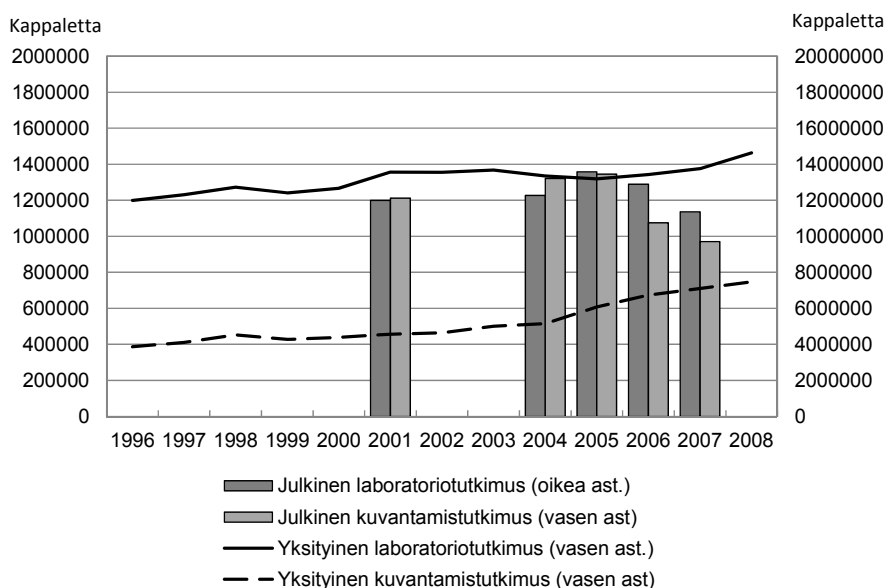


Kuvio 18. Yksityisten ja julkisten laboratorio- ja kuvantamispalveluiden rahoitus vuonna 2008



Kuvio 19. Yksityisten ja julkisten laboratorio- ja kuvantamispalveluiden menot 1995-2008

Julkisista laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista ei ole saatavilla kattavia toimenpiteiden lukumäärätietoja koko tarkasteluperiodin ajalta¹. Kuviossa 20 olevat toimenpidetiedot perustuvat satunnaisiin julkisen sektorin toimijoille tehtyihin kyselyihin toimenpiteiden määristä. Vuonna 2007 julkisia laboratoriotutkimuksia tehtiin reilut 11 miljoonaa kappaletta ja kuvantamistutkimuksia vajaat miljoona kappaletta. Vuodesta 2005 julkisten toimenpiteiden määrät ovat olleet laskussa ja yksityisten toimenpiteiden määrät kasvussa. Yksityisten laboratoriotutkimusten toimenpidekerrat ovat nousseet 250 000 kappaleella ja kuvantamistutkimusten määrä 350 000 kappaleella vuosina 1995-2008.



Kuvio 20. Yksityisten ja julkisten laboratorio- ja kuvantamispalveluiden toimenpidekerrat 1995-2008

Koska julkisen sektorin laboratorio- ja kuvantamistutkimusten toimenpiteiden lukumääristä ei ole saatavissa kattavaa, systemaattista ja yksityisen sektorin toimenpiteiden kanssa vertailukelpoista tietoa, ei voida laskea yksityisen sektorin kanssa vertailukelpoista tietoa keskimääräisistä kustannuksista toimenpidettä kohden. Julkisten ja yksityisten laboratorio- ja kuvantamistutki-

¹ Laboratorio- ja kuvantamispalveluissa on tarkoituksenmukaista tarkastella käyntikertojen sijasta toimenpidekertoja. Lääkärikäynnin yhteydessä tehdään monesti useita laboratoriotutkimuksia.

musten toimenpiderakenteet eivät myöskään ole vertailukelpoisia, eivätkä tilastoista ilmenevät hinnat. Täten ei myöskään voida arvioida sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutuksia julkisen sektorin todellisiin kustannuksiin. Sairausvakuutuskorvauksen muutoksen vaikutukset Kelan menoihin voidaan arvioida. Ne valtion ja kuntien menojen säästöt, jotka johtuvat julkisten laboratorio- ja kuvantamistutkimusten vähenemisestä, jäävät ottamatta huomioon.

4.4 Työterveyshuolto

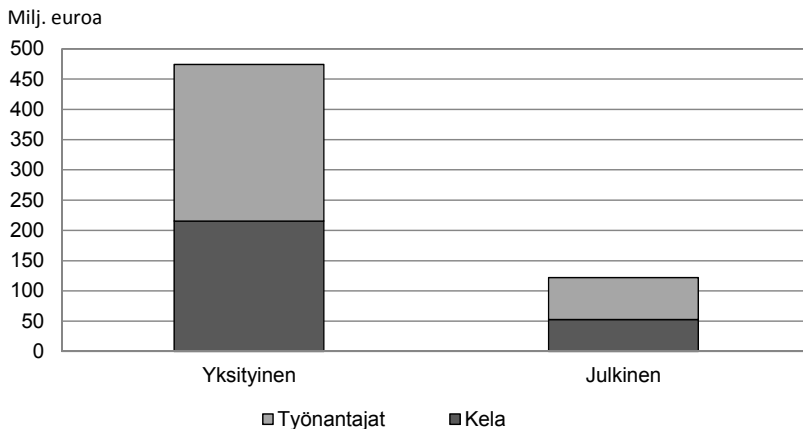
Aikaisemmissa jaksoissa kotitaloudet tai kuluttajat ovat maksaneet osan yksityisen terveydenhuollon kustannuksista yhdessä Kelan kanssa. Kela on rahoittanut osan kustannuksista sairausvakuutuskorvausjärjestelmän kautta.

Työterveyshuollon rahoittajina ovat työnantajat ja Kela. Sairausvakuutuskorvaus maksetaan työnantajalle. Korvausluokkia on kaksi. Ennaltaehkäisevästä työterveydenhuollosta Kela korvaa 60 prosenttia (korvausprosentti nousi 50:stä 60:een vuoden 2006 alusta) ja sairaanhoidosta 50 prosenttia. Sairaanhoidon Kela-korvaus kattaa työnantajalle aiheutuneet tarpeelliset ja kohtuulliset kustannukset. Vuotuisilla Kela-korvauksilla on myös katto, jonka ylittämisen jälkeen kustannukset jäävät kokonaan työnantajan maksettaviksi.

Työterveyshuollossa kuluttajina toimivat sekä työnantajat että työntekijät. Työnantajat voivat valita työterveyshuollon laajuuden. Lakisääteinen työterveyshuolto kattaa yleislääkäritasoisien suppean sairaanhoidon (SH1). Lakisääteistä työterveydenhuoltoa voidaan laajentaa kolmeen eri työterveyshoitoiluokkaan. Työterveydenhoitosopimus kaksi (SH3) sisältää pääsääntöisesti yleislääkäritasoisien avosairanhoidon lakisääteistä terveydenhuoltoa laajemmin. Työterveyssopimus kolme (SH4) sisältää yleis- ja erikoislääkäritasoiset avosairaanhoitokäynnit siten, että erikoislääkäritasoiseen hoitoon tarvitaan työterveyslääkärin tai työterveydenhoitajan suositus. Työterveyssopimus neljä (SH5) sisältää yleis- ja erikoislääkäritasoiset avosairaanhoitokäynnit ilman työterveyslääkärin tai työterveydenhoitajan suositusta. Työntekijä voi valita vapaasti ajan erikoislääkärille. Työnantajat voivat määrittää työntekijäkohtaisen enimmäismäärän (X euroa vuodessa) kaikkiin lakisääteistä tasoa laajempiin sopimusluokkiin. Toisaalta useat työnantajat tarjoavat työterveyshuollon yhteydessä palveluita, jotka eivät ole Kela-korvattuja ja maksavat ne itse tai

yksityisten vakuutusjärjestelyjen kautta. Ennaltaehkäisevä työterveydenhuolto sisältyy kaikkiin korvausluokkiin.

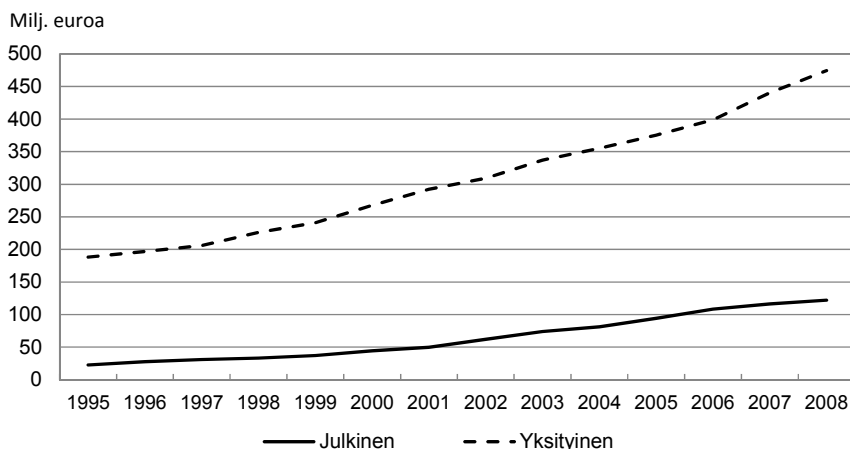
Työntekijä tekee kulutuspäätöksiä käyttämistään työterveyspalveluista työnantajan määrittelemän raamin puitteissa. Työntekijälle ei koidu kustannuksia työnantajan määrittämän raamin puitteissa tapahtuneista työterveydenhoitopalveluista.



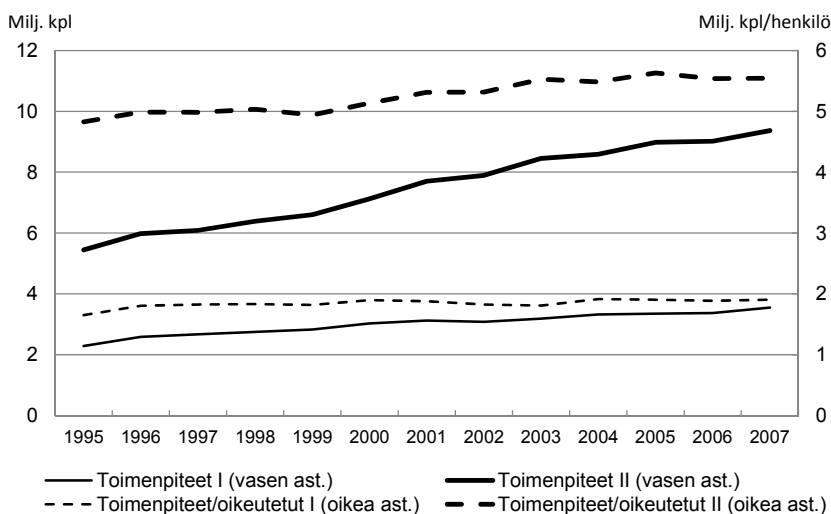
Kuvio 21. Yksityisten ja julkisten työterveyspalveluiden rahoitus vuonna 2008

Yksityisen työterveydenhuollon menot olivat 475 miljoonaa euroa vuonna 2008 (kuvio 21). Työnantajat kustansivat 255 miljoonaa euroa ja Kela 220 miljoonaa euroa. Julkisen työterveydenhuollon menot olivat 125 miljoonaa euroa. Kelan rahoitus oli 55 miljoonaa euroa ja työnantajien 70 miljoonaa euroa. Työterveydenhuoltomenot ovat kasvaneet lähes kolmikertaisiksi vuodesta 1995 vuoteen 2008 (kuvio 22). Menot olivat reilut 200 miljoonaa euroa vuonna 1995 ja 600 miljoonaa euroa vuonna 2008.

Työterveydenhuollon ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä (toimenpideluokka I) oli 3,5 miljoonaa ja sairaanhoitotoimenpiteitä (toimenpideluokka II) lähes 9,5 miljoonaa vuonna 2008 (kuvio 23). Työterveydenhoidon sairaanhoitotoimenpiteiden määrä on kasvanut lähes 50 prosentilla vuodesta 1995 vuoteen 2008. Vaikka toimenpiteiden lukumäärissä on ollut viime vuosina suhteellisen voimakasta kasvua, ei toimenpiteiden lukumäärä työterveyshuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohden ole merkittävästi lisääntynyt. Ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä on ollut vuosittain kaksi oikeutettua kohden. Sairaanhoitotoimenpiteitä on ollut keskimäärin 5,5 kertaa vuodessa oikeutettua kohden viime vuosina. Kasvua vuodesta 1995 on ollut kymmenen prosenttia.



Kuvio 22. Yksityisten ja julkisten työterveyspalveluiden menot 1995-2008

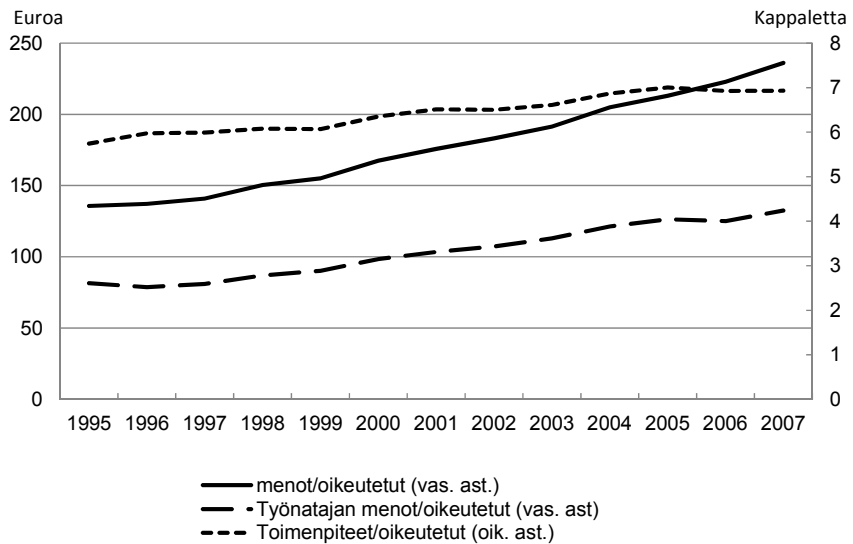


Kuvio 23. Työterveyshuollon käyntikerrat ja käyntikerrat työterveydenhuollon piiriin kuuluvaa kohden toimenpideluokittain

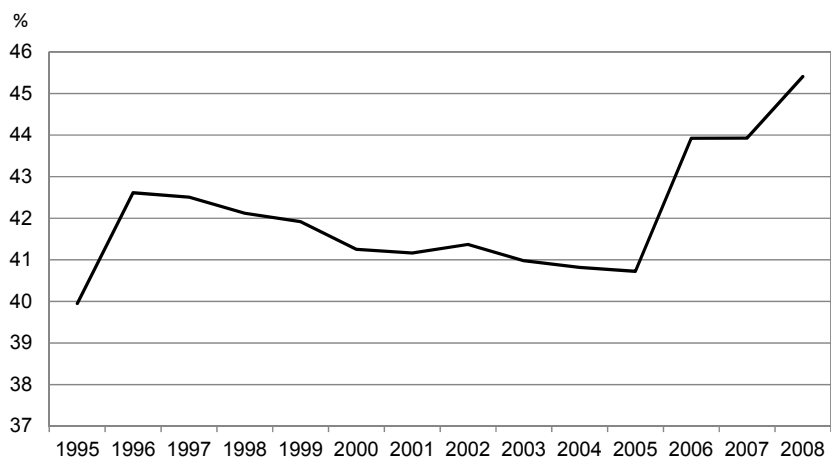
Työterveydenhuollon kokonaismenot työterveydenhuollon piiriin kuuluvaa työntekijää kohden olivat 240 euroa ja työnantajan menot 135 euroa (kuvio 24). Kokonaismenot oikeutettua kohden ovat nousseet 100 eurolla ja työnantajan menot 50 eurolla vuodesta 1995 vuoteen 2008. Menot oikeutettua kohden ovat nousseet vuodessa tarkastelujakson aikana keskimäärin viisi prosent-

tia. Kuluttajahinnat ovat vastaavana aikana nousseet keskimäärin 1,5 prosenttia vuodessa.

Työterveyshuollon keskimääräinen sairausvakuutuskorvausprosentti on noussut lähes viidellä prosenttiyksiköllä vuodesta 2005. Vuoden 2006 alusta ennaltaehkäisevän työterveyshuollon korvausprosentti nousi 10 prosenttiyksikköä 60 prosenttiin.



Kuvio 24. Työterveyspalveluiden menot ja toimenpiteet työterveyshuollon piiriin kuuluvaa kohden 1995-2008



Kuvio 25. Sairausvakuutuksen keskimääräinen korvausaste työterveydenhuollossa

Sairausvakuutuskorvauksen noston vaikutus työterveydenhoitoon

Sairausvakuutuskorvauksen muutoksen arvioimiseksi tarvittaisiin tilastotietoa useilta eri vuosilta siitä, kuinka laajoja työterveyshuoltosopimuksia työnantajat ovat tehneet ja kuinka paljon työntekijöitä on missäkin työterveyshuollon laajuusluokassa. Tällaista aikasarja-aineistoa hyödyntäen voitaisiin päätellä sairausvakuutuskorvauksen tai yleisemminkin hintojen vaikutuksia työntekijöiden käyttäytymiseen, eli siihen, kuinka hinta vaikuttaa työntekijän päätökseen työterveyshuollon laajuudesta. Tämän lisäksi olisi kyettävä arvioimaan, kuinka työterveyshoidon laajuusluokka vaikuttaa työntekijöiden työterveyspalvelujen käyttöön.

Valitettavasti tällaisia tietoa ei ole tässä yhteydessä käytettävissä. Sairausvakuutuskorvauksen nosto vuonna 2006 koskien ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä ei kuvion 25 perusteella ole juurikaan vaikuttanut työterveyshuollon kokonaismenoihin eikä työnantajien menoihin, kun menot suhteutetaan työterveyshuollon piiriin kuuluviin työntekijöihin.

Työterveyshuollon tarkastelu osoittaa, ettei työterveyspalveluissa ole merkittävää ”turhaa käyttöä” tai ettei ”turha käyttö” ole ainakaan lisääntynyt viime vuosina.

5. Kosketuskohtia kansalliseen terveysrahastoon

Väestön ikääntymisen ja kuntatalouden haasteiden seurauksena on Suomessa virinnyt uudelleen keskustelu kansallisesta terveysrahastosta (Jorma Huuhtanen, sosiaalivakuutus 2/10). Terveysrahastomallissa kansallinen terveysrahasto vastaisi terveyspalvelujen julkisen rahoituksen osuudesta. Valtion, kuntien ja Kelan nykyisin terveydenhoitoon käyttämät rahat koottaisiin kansalliseen terveysrahastoon. Huuhtasen mukaan terveysrahasto selkeyttäisi terveydenhuoltojärjestelmää ennen kaikkea siksi, että terveydenhuollon kokonaisuus tulisi otetuksi nykyistä paremmin huomioon.

Nykyisin terveydenhuollossa saattaa tapahtua osaoptimointia, koska yhtäältä perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa ja toisaalta julkisissa terveydenhuoltopalveluissa ja sairausvakuutusjärjestelmän piiriin kuuluvissa yksityisissä terveydenhuoltopalveluissa on erilainen rahoitusrakenne ja rahoituksen jakautuminen. Tällöin saattaa syntyä rahoittajien välillä intressieroja, jotka heijastuvat terveyspalvelujen käyttöön. Näkemyserot siitä, hoidetaanko potilasta perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa tai kannustetaanko potilaita käyttämään yksityisiä palveluita, saattavat johtua rahoittajien tarpeesta ja halusta tehdä päätöksiä ahtaasti vain omista lähtökohdistaan.

Kelan esittämässä kansallisessa terveysrahastossa tarkastelun kohteena olisivat terveyspalveluiden lisäksi Kelan sairauspäivärahat, lääkekorvaukset ja matkakorvaukset. Terveysrahasto voisi olla yksi Kelan rahastoista, kansaneläkerahaston, sairausvakuutusrahaston ja sosiaaliturvan yleisrahaston lisäksi. Jos terveysrahasto toteutuisi, nykyinen sairausvakuutusrahasto todennäköisesti sulautuisi perustettavaan terveysrahastoon.

Tässä jaksossa rajoitutaan lähinnä terveyspalvelujen tarkasteluun. Valtio ja kunnat, Kela sekä kotitaloudet palveluiden kuluttajina ovat terveyspalveluiden keskeisiä rahoittajia. Tarkastellaan seuraavaksi Kelan omaa rahoitusta. Kelan kokonaiskulut olivat vuonna 2009 noin 12,2 miljardia euroa. Kokonaiskuluista noin 97 % kuluu etuuksiin. Kelan toiminta rahoitetaan lakisääteisesti vakuutettujen ja työnantajien maksuilla sekä julkisen sektorin rahoitusosuuk-

silla. Toimintakulujen osuus kokonaiskuluista on noin 3 %. Valtion osuus Kelan rahoituksesta vuonna 2009 on noin 65 %, vakuutusmaksuilla rahoitetaan noin 30 % ja kuntien suoritukset ovat 5 %.

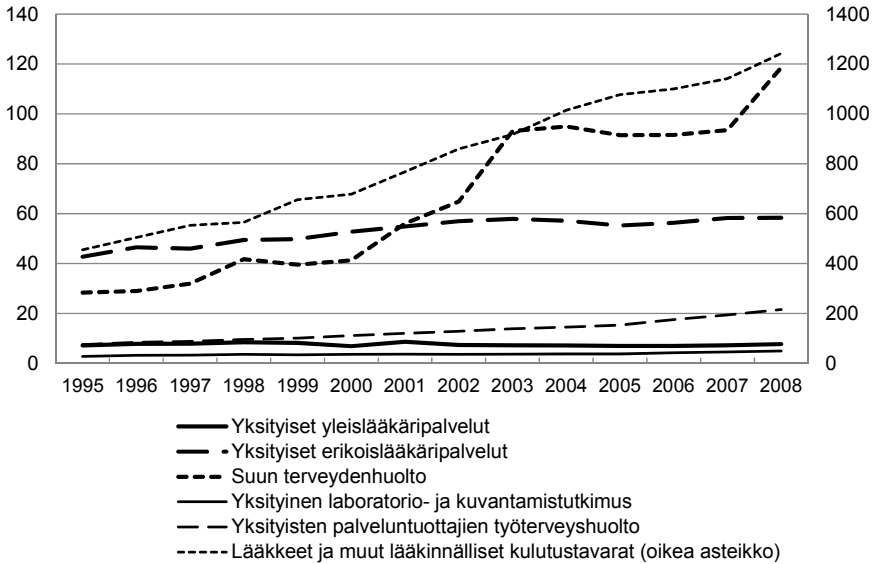
Sairausvakuutus sisältää tässä tutkimuksessa tarkasteltujen terveyspalveluiden rahoituksen lisäksi lääke- ja matkkorvaukset ja monet eri päivärahat. Sairausvakuutus on jaettu työtulovakuutukseen ja sairaanhoitovakuutukseen. Työtulovakuutus sisältää sairauspäivärahat, vanhempainpäivärahat ja kuntoutusrahat sekä työterveyshuollon lukuun ottamatta Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön korvauksia. Sairaanhoitovakuutus sisältää mm. korvaukset tutkimuksesta ja hoidosta sekä lääkekorvauksista, lääkärinpalkkiokorvauksista ja kuntoutuspalveluista.

Sairausvakuutuksen rahoituksesta on

- työnantajan sairausvakuutusmaksua noin 34 %
- palkansaajien ja yrittäjien päivärahamaksua noin 12 %
- palkansaajien, yrittäjien ja etuudensaajien sairaanhoitomaksua noin 25 %
- valtion sairaanhoitovakuutuksen osuutta noin 25 %
- valtion rahoitusta vähimmäismääräisistä päivärahoista ja osa yrittäjien työterveyshuollosta, yhteensä noin 3 %
- korkotuottoja ja muita korvauksia noin 1 %.

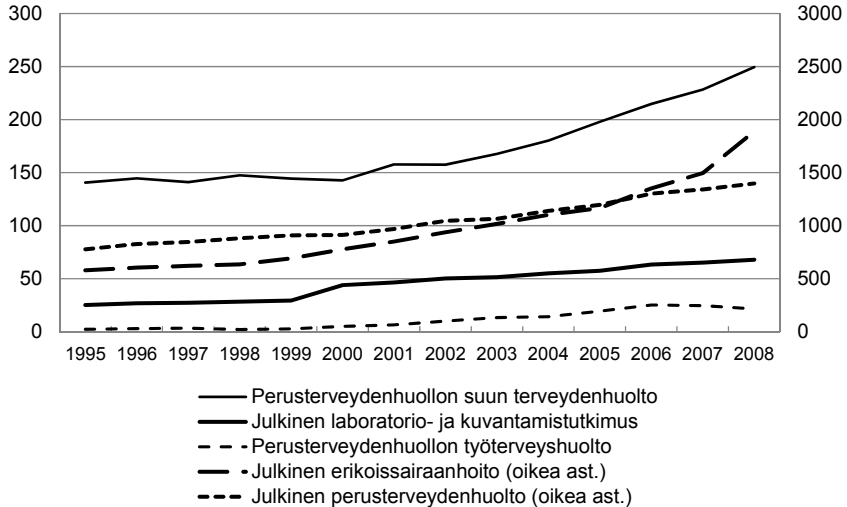
Kelan osuuden työterveyshuollon sairausvakuutuskorvauksesta rahoittavat työnantajat ja työntekijät. Kelan osuuden muiden terveyspalvelujen sairausvakuutuskorvauksista rahoittaa pääasiallisesti valtio. Jos Kelan rahoitus puretaan auki, voi eri rahoittajatahoilla olla erilainen intressi kohdistaa terveyspalvelujen käyttöä kuin nykyisin.

Milj. euroa, käyvin hinnoin



Kuvio 26. Kelan rahoituksen määrän kehitys eri terveyspalveluissa ja lääkekorvauksissa vuosina 1995-2008

Milj. euroa, käyvin hinnoin



Kuvio 27. Valtion ja kuntien rahoituksen kehitys eri terveyspalveluissa ja lääkekorvauksissa vuosina 1995-2008

Kuvioissa 26 ja 27 vertaillaan Kelan sekä valtion ja kuntien rahoituksen määrää eri terveystalveissa. Kelan menoista nopeimmin ovat kasvaneet suun terveydenhuoltomenot sekä lääkemeno ja muiden lääkinällisten kulutustavaroiden menot. Vuonna 2008 lääkemeno ja muiden lääkinällisten kulutustavaroiden menot olivat kymmenen kertaa suuremmat kuin suun terveydenhuollon menot. Muut Kelan terveydenhuoltomenot ovat suhteellisen hyvin hallinnassa.

Valtion ja kuntien menoista ovat kasvaneet nopeimmin julkisen erikoissairaanhoidon (avohoito) ja julkisen perusterveydenhuollon menot sekä perusterveydenhoidon suun terveydenhoidon menot. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon menot (250 miljoonaa euroa) ovat kuitenkin selvästi pienemmät kuin julkisen erikoissairaanhoidon menot (lähes 2 000 miljoonaa euroa) ja julkisen perusterveydenhoidon menot (lähes 1 500 miljoonaa euroa).

Kelan sekä valtion ja kuntien rahoittamien terveydenhuoltomenojen erilainen kehitys, yhdessä Kelan oman rahoituksen moninaisuuden kanssa (eri rahoittajien rahoitusosuuden vaihtelevat eri terveystalveissa), saattaa johtaa osaltaan osaoptimoinnista johtuvaan tehottomuuteen. Tällöin potilaita tai kuluttajia palvelee epätarkoituksenmukaisella tavalla. Vuoden 2011 hallitusohjelmaan tulisi kirjata tavoite terveystalvelujen rahoituksen selkeyttämiseksi.

Tämän tutkimuksen analyysi osoittaa, kuinka sairausvakuutuskorvauksen muutos vaikuttaa merkittäväällä tavalla eri julkisen sektorin rahoittajien, kuten valtio ja kunnat sekä Kela, menoihin. Asiakas- tai veronmaksajanäkökuimasta kustannusten jako julkisten toimijoiden kesken ei voine olla keskeinen kriteeri terveydenhoidon järjestämisessä.

6. Lopuksi

Suomen terveydenhuolto perustuu monikanavaiseen rahoitukseen ja palvelutarjontaan. Julkisen sektorin rahoittajia ovat valtio, kunnat ja kansaneläkelaitos. Yksityisiä rahoittajia ovat kotitaloudet, työnantajat, vakuutuslaitokset, kotitalouksia palvelevat voittoa tavoittelemattomat yhteisöt ja avustuskassat. Julkisia terveyspalveluja täydentävät yksityiset terveyspalvelut.

Tutkimuksessa on tarkasteltu, kuinka sairausvakuutuskorvauksen 10 prosenttiyksikön nousu ja lasku vaikuttavat yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen avohoidon käyttöön, asiakasvirtoihin yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä, ja terveyspalvelujen käytön rahoitukseen. Analyysi perustuu siihen, että kuluttaja päättää terveydenhuollon käyntikerroista. Kuluttajan näkökulmasta oleellista on terveydenhuoltopalvelujen tarve ja saatavuus, palveluiden hinta ja niiden laatu.

Julkisista terveyspalveluista kuluttaja maksaa esimerkiksi poliklinikkamaksun ja terveyskeskusmaksun ja palveluiden muut omavastuut. Valtio ja kunnat rahoittavat pääosan julkisista terveyspalveluista. Yksityisistä terveyspalveluista (pl. työterveyshuolto) kuluttaja maksaa palvelun vähittäishinnan ja Kelan korvaaman sairausvakuutuskorvauksen erotuksen. Työterveyspalveluista työnantaja maksaa palvelun hinnan ja sairausvakuutuskorvauksen erotuksen.

Keskimääräisiin käyntikertojen hintoihin ja kustannuksiin perustuvaa analyysia olisi täydennettävä ottamalla huomioon toimenpiteiden rakenne yksityisissä ja julkisissa terveyspalveluissa sekä niiden hinnat, tuotantokustannukset ja laatu. Tämä kokonaiskustannuksiin (tai keskimääräisiin) perustuva käyntikertatarkastelu ja yksittäisiin toimenpiteisiin liittyvä analyysi voitaisiin yhdistää toisiinsa palveluiden rakenne- ja laatuindeksien avulla. Rakenne- ja laatuindeksit voitaisiin konstruoida tekemällä esimerkiksi parivertailuja identtisistä toimenpiteistä yksityisen ja julkisen palvelutuotannon välillä. Valitettavasti yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen esimerkkiparivertailuja ei ole Suomessa tehty systemaattisella tavalla.

Terveyspalvelujen esimerkkiparivertailuista saataisiin tietoa yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen laadusta, vaikuttavuudesta ja tehokkuudesta. Saatut tiedot voitaisiin yhdistää kokonaistaloudelliseen tarkasteluun, jossa tarkastellaan asiakasvirtoja ja eri rahoittajien kustannusten muutoksia.

Tulevien terveydenhuollon järjestämistä ja rahoitusta koskevien ratkaisujen taustaksi tulee tehdä nykyisen palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen kokonaisarviointi. Vertailevilla tutkimuksilla on selvitettävä se, miten rahoitusjärjestelmien uudistaminen vaikuttaa asiakkaiden palveluvalintoihin ja palveluiden saatavuuteen sekä terveyspalvelujen käytöstä aiheutuvien kustannusten rahoitukseen ja niiden jakautumiseen eri rahoittajien välillä.

Tämä tutkimus ja sen pohjalta tehdyt johtopäätökset osoittavat, että jatkotutkimuksen tarve suomalaisen terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen vaikuttavuudesta on ilmeinen.

Lähteet

Kelan tilastot. www.kela.fi.

Jan Klavus (toim.), Terveystaloustiede 2010, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, avauksia 2/2010.

Rahastosta terveyttä jokaiselle? Sosiaalivakuutus 2/2010.

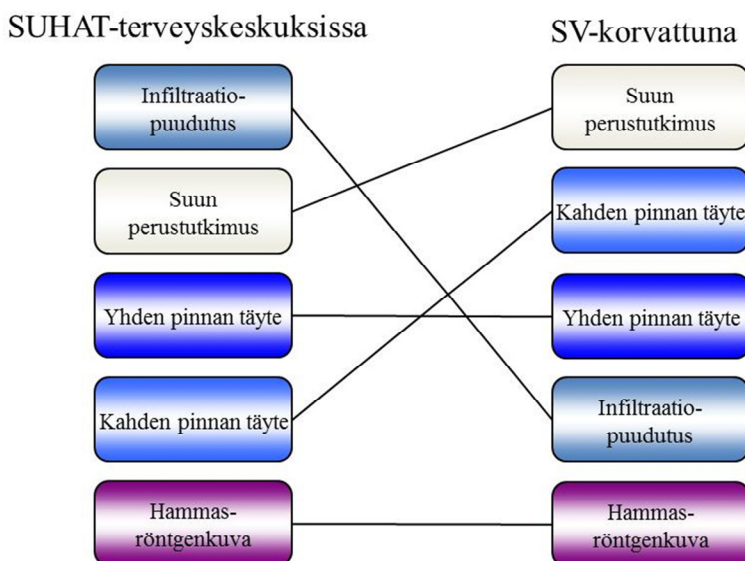
Sairausvakuutuksen korvaustaksat, 1.6.2010. Kela.

Terveiden ja Hyvinvoinnin laitoksen tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> (21.10.2010)

Terveidenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2008. Tilastoraportti 12/2010. Suomen virallinen tilasto, Terveys 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Raija Volk ja Tuula Laukkanen, Hoivan rahoitus: kansainvälisiä käytäntöjä ja kotimaisia vaihtoehtoja, Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:22.

Liitteet



Liitekuvio 1. Hammashoidon 5 yleisintä toimenpidettä SUHAT*-terveyskeskuksissa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa (SV-korvattuna) vuonna 2005

*SUHAT on suun terveydenhuollon kehittämishanke, jossa on mukana kuntia/kuntayhtymiä eri puolilta Suomea sekä YTHS, Suomen kuntaliitto ja KELA.

Oheinen kaavio osoittaa, kuinka yksityisten ja julkisten suun terveydenhuollon toimenpiteiden yleisyys poikkeavat toisistaan. Koska toimenpiteiden jakaumat poikkeavat toisistaan, myös keskimääräiset hinnat ja kustannukset toimenpidettä kohden poikkeavat toisistaan. Keskimääräisten hintojen vertailu ei kerro mitään yksityisen ja julkisen suun terveydenhuollon kustannustehokkuudesta.

Porin kaupungissa on tehty vertailuja terveyskeskuksen laskennallisten hintojen ja yksityisten suun terveydenhuollon hintojen osalta yhdeksässä eri

toimenpideluokassa vuonna 2003. Vertailu osoittaa, että ainakin näissä toimenpiteissä Porin alueella yksityinen suun terveydenhuolto on halvempaa (tuettomilla hinnoilla mitattuna) kuin julkinen suun terveydenhuolto.

Liitetaulukko 1. Yhdeksän toimenpiteen kustannukset Porin terveyskeskuksen laskennallisin hinnoin ja yksityisen sektorin hinnoin porilaisille vuonna 2003

Toimenpide	Terveyskeskuksen kustannus, €	Terveyskeskuksen asiaksmaksu, €	Yksityisen bruttohinta asiakkaalle, €	Yksityisen nettohinta asiakkaalle, €
Suun tutkimus, suppea	41,5	12	21,3	13,4
Suun perustutkimus	49,4	12	38,1	23,9
lenssirauden hoito, suppea	39,6	12	23,4	14,7
lenssirauden hoito	53	18	40,7	25,6
lenssirauden hoito, vaativa	66	29	51,8	32,5
1-pinnan täyte	62	18	44,2	27,8
2-pinnan täyte	77,5	29	71,7	45,0
3-pinnan täyte	91,7	29	86,4	54,3
Hampaan poisto	48,3	18	45,8	28,8
Yhteensä SV- korvattujen lukumäärälle	3 283 947	1 045 271	2 667 697	1 671 353

PTT julkaisuja, PTT publikationer, PTT publications

21. Satu Nivalainen. 2010. Essays on family migration and geographical mobility in Finland
20. Terhi Latvala. 2009. Information, risk and trust in the food chain: Ex-ante valuation of consumer willingness to pay for beef quality information using the contingent valuation method.
19. Perttu Pyykkönen. 2006. Factors affecting farmland prices in Finland
18. Vesa Silaskivi. 2004. Tutkimus kilpailuoikeuden ja maatalouden sääntelyn yhteensovittamisesta.
17. Aki Kangasharju. 1998. Regional Economic Differences in Finland: Variations in Income Growth and Firm Formation.
16. Pertti Kukkonen. 1997. Rahapolitiikka ja Suomen kriisi.

PTT raportteja, PTT forskningsrapporter, PTT reports

223. Markus Lahtinen. 2010. Yksityinen varautuminen hoivamenoihin – Vaihtoehtoisia malleja oman hoivan rahoittamiseen
222. Liisa Mäkijärvi – Anna-Kaisa Rämö – Paula Horne. 2010. Nykynuoret vaikuttajina ja metsänomistajina vuonna 2030
221. Anna-Kaisa Rämö – Liisa Mäkijärvi – Ritva Toivonen – Paula Horne. 2009. Suomalaisen metsänomistajan profiili vuonna 2030
220. Tie- ja liikenneinvestointien rahoitukseen lisää joustavuutta: Soveltuisivatko tie- ja liikennerahastot Suomeen? 2009. Liikenne- ja viestintäviraston julkaisuja 47/2009.
219. Kalle Laaksonen – Kyösti Arovuori. 2009 Kehityspolitiikan keinot köyhien maiden ruokaturvan edistämiseksi.
218. Ydinvoimainvestointien vaikutukset elinkeinoelämän ja kotitalouksien sähkön hintaan. 2009.
217. Perttu Pyykkönen – Sanna Tiilikainen. 2009. Töiden organisointi Suomen maataloudessa.
216. Anna-Kaisa Rämö – Ritva Toivonen. 2009. Uusien metsänomistajien asenteet, motiivit ja aikomukset metsiin ja metsänomistukseen liittyvissä asioissa.

PTT työpapereita, PTT diskussionsunderlag, PTT Working Papers

122. Terhi Latvala – Perttu Pyykkönen. 2010. Kotieläinrakennusten kustannukset ja töiden organisointi
121. Esa Härmälä. 2010. Viljapohjaisen etanolin tuotanto Suomessa
120. Petri Mäki-Fränä – Markus Lahtinen – Hanna Karikallio. 2010. Alueellisten asuntomarkkinoiden kehitys vuoteen 2012
119. Matleena Kniivilä – Tapio Tilli. 2009. Suomen raakapuumarkkinoiden toimivuus vuosina 1986-2005.
118. Petri Mäki-Fränä. 2009. Henkilöstön työkyky ja toimipaikkojen tuottavuus.
117. Liisa Mäkijärvi. 2009. Nuorten suhtautuminen metsiin ja metsien käyttöön tulevaisuuden metsänomistajina ja päätöksentekijöinä.
116. Janne Huovari – Eero Lehto. 2009. On regional specialization of high and low tech industries.