

*Sairaanhoitovakuutuksen*  
**kehittäminen**

---

*Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen  
kehittämistyöryhmän muistio*





## KUVAILULEHTI

<b>Julkaisija</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	<b>Julkaisun päivämäärä</b> 6.6.2007
<b>Tekijät</b> (toimielimestä: toimielimen nimi, puheenjohtaja, sihteeri) Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmä pj. Anja Kairisalo siht. Pirjo Tikka, Virpi Korhonen, Marjaana Maisonlahti 31.12. 2006 asti ja Jukka Harno tammikuusta 2007 alkaen	<b>Julkaisun laji</b> Selvitys
	<b>Toimeksiantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö
	<b>HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä</b> STM088:00/2006, 28.9.2006
<b>Julkaisun nimi</b> Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio	
<b>Tiivistelmä</b> <p>Työryhmän tuli toimeksiantonsa mukaisesti selvittää (1) miten ja minkä tasoisena sairaanhoitokustannusten korvaukset lääkärin-, hammaslääkärin ja tutkimuksen ja hoidon kustannuksista turvaisivat potilaan käyttämän tarpeellisen sairaanhoidon silloin, kun hän käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluita, (2) sairaanhoitovakuutuksen korvaaman sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksena korvattavan psykoterapian korvauseriaatteet, (3) fysioterapian korvattavuuden periaatteet, (4) suuhygienistin antaman hoidon, hammasproteettisten toimenpiteiden ja hammasteknisten kustannusten korvattavuus, (5) keinonivelten korvattavuus sekä (6) muut sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän (pois lukien matkakorvaukset ja lääkekorvaukset) kehittämistarpeet. Työryhmän tavoitteeksi asetettiin, että sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän tulisi täydentää parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen.</p> <p>Työryhmä katsoo, että nykyiset lääkärin-, hammaslääkärin- sekä tutkimuksen ja hoidon korvauserusteet ja taksajärjestelmä ovat rakenteeltaan varsin monimutkaiset. Nykyjärjestelmä on myös hallinnollisesti työläs. Työryhmä ehdottaa sairaanhoitokorvausjärjestelmän selkeyttämiseksi siirtymistä euromääräiseen korvausmenettelyyn. Työryhmä katsoo, että perustelluimpana menetelmänä korvauksen määrittämiseksi voidaan pitää korvauksen määrittämistä tehokkaimpien tuottajien hintojen perusteella. Näitä tehokkaimman tuottajien malleja on kuitenkin arvioitava vielä erikseen.</p> <p>Korvauksen tason tulisi jatkossakin taata kaikille väestöryhmille mahdollisuus yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käyttöön. Työryhmän enemmistön mukaan lääkärinpalkkion, hammaslääkärin palkkion ja tutkimuksen- ja hoidon korvaustason tulisi olla vähintään 40 prosenttia. Työryhmä pitää korvausjärjestelmän rakenteeseen ja korvaustasoon liittyvien epäkohtien korjaamista kiireellisenä.</p> <p>Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitokorvauksia maksettaisiin tarpeellisen sairaanhoidon, raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista kuten nykyisinkin. Lääkärin- ja hammaslääkärin antaman hoidon sekä heidän määräämänsä tutkimuksen ja hoidon kustannuksiin sovellettaisiin samanlaista korvausmenettelyä. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuuosuudesta luovuttaisiin. Pienin maksettava korvausmäärä olisi määriteltävä erikseen.</p> <p>Työryhmä ehdottaa suuhygienistin antaman hoidon korvaamista sairausvakuutuksesta yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin määräämänä. Fysioterapian vaikuttavuuteen ja korvattavuuteen vaikuttavia seikkoja työryhmä ehdottaa selvitettäväksi erikseen. Työryhmä ehdottaa sairausvakuutuslain muuttamista siten, että kaikkien nimeksuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin silloin, kun lähetteen on kirjoittanut yksityisessä terveydenhuollossa toimiva lääkäri. Lisäksi sairausvakuutuksen ja kuntoutuksen yhteisestä psykoterapian korvaamisesta luovuttaisiin ja kuntoutuksena annettava psykoterapia siirrettäisiin Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin. Työryhmä pitää myös hammasprotetiikan kliinisen ja teknisen työn korvaamista sekä tekonivelten saattamista sairausvakuutuskorvauksen piiriin perusteltuna.</p> <p>Työryhmän ehdottamien laajennusten toteuttamisedellytyksiä tulee valtionavarainministeriötä edustavan jäsenen mielestä arvioida hallitusohjelman ja sen perusteella laadittavan valtiontalouden kehyspäättöksen puitteissa.</p>	
<b>Asiasanat:</b> sairausvakuutus, sairaanhoito, yksityinen terveydenhuolto	

<b>Muut tiedot</b> www.stm.fi			
<b>Sarjan nimi ja numero</b> 'Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:34		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 978-952-00-2378-2 (nid.) 978-952-00-2379-9 (PDF)
<b>Kokonaissivumäärä</b> 147	<b>Kieli</b> Suomi	<b>Hinta</b> 17,28 €	<b>Luottamuksellisuus</b> Julkinen
<b>Jakaja</b> Yliopistopaino Kustannus, books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti PL 4 (Vuorikatu 3 A) 00014 HELSINGIN YLIOPISTO		<b>Kustantaja</b> Sosiaali- ja terveysministeriö	

## PRESENTATIONSBLAD

<b>Utgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet	<b>Utgivningsdatum</b> 6.6.2007
<b>Författare</b> (Uppgifter om organet: namn, ordförande, sekreterare) Arbetsgruppen för utvecklande av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring Ordförande: Anja Kairisalo Sekreterare: Pirjo Tikka, Virpi Korhonen, Marjaana Maisonlahti t.o.m. 12/.2006, Jukka Harno t.o.m. 01/2007	<b>Typ av publikation</b> Rapport
	<b>Uppdragsgivare</b> Social- och hälsovårdsministeriet
	<b>Projektnummer och datum för tillsättandet av organet</b> STM088:00/2006, 28.9.2006
<b>Publikationens titel</b> Utvecklande av sjukförsäkringen. Promemoria av arbetsgruppen för utvecklande av sjukförsäkringens sjukvårdsförsäkring	
<b>Referat</b> Arbetsgruppen skulle enligt sitt uppdrag utreda (1) hur och på vilken nivå ersättningarna för sjukvårdskostnader i form av läkar-, tandläkar-, undersöknings- och vårdkostnader skall trygga den nödvändiga vård som patienten behöver när han eller hon använder privata hälso- och sjukvårdstjänster, (2) tjänster som ersätts av sjukvårdsförsäkringen samt principerna för erhållande av ersättning för psykoterapi som ersätts från sjukförsäkringen och psykoterapi som Folkpensionsanstalten ersätter som terapi, (3) principerna för erhållande av ersättning för fysioterapi och (4) erhållande av ersättning för behandling som ges av munhygienist, tandprotetiska åtgärder och tandtekniska kostnader, (5) erhållande av ersättning för konstgjorda leder samt (6) övriga utvecklingsbehov för ersättningssystemet för sjukvårdskostnader (med undantag för reseersättningar och läkemedelsersättningar). Som mål för arbetsgruppen ställde man att ersättningssystemet för sjukförsäkringen på bästa möjliga sätt skall komplettera den offentliga hälso- och sjukvården med hänsyn till disponibla medel. Arbetsgruppen anser att de nuvarande ersättningsprinciperna och taxesystemet för läkar-, tandläkar-, undersöknings- och vårdkostnader är tämligen komplicerade till sin struktur. Det nuvarande systemet är svårt även administrativt. För att skapa klarhet i ersättningssystemet för hälso- och sjukvården föreslår arbetsgruppen en övergång till ett ersättningsförfarande med belopp i euro. Arbetsgruppen anser att den mest välgrundade metoden för att fastställa ersättning är att fastställa ersättningen på basis av de mest effektiva producentpriserna. Dessa modeller för mest effektiva producenter måste dock utvärderas separat. Ersättningsnivån borde även i fortsättningen garantera alla befolkningsgrupper möjlighet att använda privata hälso- och sjukvårdstjänster. Enligt en majoritet i arbetsgruppen skall läkararvodet, tandläkararvodet och ersättningsnivån för undersökning och vård vara minst 40 procent. Arbetsgruppen ser det befogat att snabbt rätta till missförhållanden med anknytning till struktur och ersättningsnivå i ersättningssystemet. Arbetsgruppen föreslår att ersättningar för hälso- och sjukvård skall som i dag betalas för kostnader för nödvändig hälso- och sjukvård och vid graviditet och förlossning. På kostnader för vård som ges av läkare eller tandläkare samt kostnader för undersökning och vård som dessa föreskrivit skall likadant ersättningsförfarande tillämpas. Dessutom föreslår arbetsgruppen att man skall avstå från den fasta självriskandelen av kostnaderna för undersökning och vård som en läkare eller tandläkare föreskrivit. Det minsta ersättningsbelopp som betalas ut skall fastställas separat. Arbetsgruppen föreslår att ersättning för vård som ges av munhygienist skall ersättas från sjukförsäkringen om den föreskrivits av en tandläkare inom den privata hälso- och sjukvården. Arbetsgruppen föreslår att aspekter som påverkar fysioterapins effektivitet och ersättning skall utredas separat. Arbetsgruppen föreslår att sjukförsäkringslagen skall ändras så att all psykoterapi som ges av psykoterapeuter med skyddad beteckning skall omfattas av ersättningen för sjukförsäkring när remissen skrivits av en läkare inom den privata hälso- och sjukvården. Dessutom skall man avstå från den gemensamma ersättningen för psykoterapi inom sjukförsäkringen och rehabiliteringen och den psykoterapi som ges som rehabilitering skall flyttas över till Folkpensionsanstalten som skall ansvara för ordnandet av psykoterapi. Arbetsgruppen anser det också motiverat att ersättning för kliniskt och tekniskt arbete inom tandprotetik samt konstgjorda leder skall omfattas av ersättning från sjukförsäkringen. Enligt den medlem som företräder finansministeriet skall förutsättningarna för genomförande av de utvidgningar som arbetsgruppen föreslagit utvärderas inom ramen för regeringsprogrammet och rambeslutet för den statsbudget som utarbetas med stöd av programmet.	
<b>Nyckelord</b> sjukförsäkring, sjukvård, privat hälsovård	

<b>Övriga uppgifter</b> www.stm.fi/svenska			
<b>Seriens namn och nummer</b> Social- och hälsovårdsministeriets rapporter 2007:34		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 978-952-00-2378-2 (inh.) 978-952-00-2379-9 (PDF)
<b>Sidoantal</b> 147	<b>Språk</b> Finska	<b>Pris</b> 17,28 €	<b>Sekretessgrad</b> Offentlig
<b>Försäljning</b> Helsingfors Universitetsförlaget books@yliopistopaino.fi www.yliopistopaino.fi/kirjamyynti PB 4 (Berggatan 3 A) FI-00014 HELSINGFORS UNIVERSITET		<b>Förlag</b> Social- och hälsovårdsministeriet	

## DOCUMENTATION PAGE

<b>Publisher</b> Ministry of Social Affairs and Health, Finland	<b>Date</b> 6 June 2007
<b>Authors</b> Working group to develop the medical care insurance of the health insurance Chairman: Anja Kairisalo Secretaries: Pirjo Tikka, Virpi Korhonen, Marjaana Maisonlahti till 12/2006, Jukka Harno from 01/2007	<b>Type of publication</b> Reports <b>Commissioned by</b> Ministry of Social Affairs and Health <b>Date of appointing the organ</b> STM088:00/2006, 28 September 2006
<b>Title of publication</b> Developing the medical care insurance. Memorandum of the working group to develop the medical care insurance of the health insurance	
<b>Summary</b> <p>The working group was assigned to examine (1) the procedure and level of reimbursement for medical care expenses caused by physicians' and dentists' services and by examination and treatment that would safeguard the patient's access to necessary medical care when he or she utilises private health services; (2) the reimbursement principles regarding psychotherapy reimbursed by medical care insurance or by the Social Insurance Institution as a form of rehabilitation; (3) the reimbursement for physiotherapy; (4) the reimbursement for dental hygienists' services as well as for the expenses caused by dental prosthesis and dental technology; (5) the reimbursement for artificial joint prosthesis; as well as (6) other development needs of the reimbursement system for medical care expenses (excluding travel insurance and reimbursement for medicines). The objective of the working group was a health insurance reimbursement system that in the best possible way complements public health services given available resources.</p> <p>The working group views that the present reimbursement and fee system for physicians' and dentists' services as well as for examination and treatment have a fairly complicated structure. The present system also burdens the administration. The working group proposes that the medical care reimbursement system is clarified by adopting a reimbursement procedure in euros. The working group considers that the best method of defining reimbursement is to define the reimbursement on the basis of the prices offered by the most efficient service providers. However, these most efficient provider models must be further evaluated.</p> <p>Even in future, the level of reimbursement should guarantee all population groups the possibility to utilise private health services. According to the majority of the working group members, the level of reimbursement of physicians' and dentists' services and for examination and treatment should be at least 40 per cent. The working group views that rectifying the flaws of the structure and reimbursement level of the reimbursement system is of high priority.</p> <p>The working group proposes that medical care reimbursements would be paid in the same way as at present for necessary medical care and for the expenses caused by pregnancy and childbirth. Similar reimbursement procedures would be applied to physicians' and dentists' services and for examination and treatment based on a referral from a physician or a dentist. The working group further proposes that the fixed non-reimbursable sum for examination and treatment based on a referral from a physician or a dentist would be abolished. The lowest reimbursable sum would be determined separately.</p> <p>The working group proposes that dental hygienists' services are reimbursed when a dentist in the private sector has issued the referral. Regarding the efficiency and reimbursability of physiotherapy the working group suggests a further review. The working group proposes that the Health Insurance Act is revised so that psychotherapy provided by all psychotherapists with a protected title would be covered by the medical care reimbursement system when a physician in the private sector has issued the referral to psychotherapy. At the same time the joint reimbursement for psychotherapy from health insurance and rehabilitation would be abolished and the obligation to provide psychotherapy as rehabilitation would be assigned to the Social Insurance Institution. The working group considers also that reimbursement for the clinical and technical work related to dental prostheses and the inclusion of artificial joint prostheses into the scope of the health insurance reimbursement system would be justified.</p> <p>According to a working group member representing the Ministry of Finance, the prerequisites for implementing the expansion of the reimbursement system proposed by the working group should be assessed in the framework of the Government Programme and any decisions on spending limits based on that programme.</p>	
<b>Key words</b> health insurance, medical care, private health service	

<b>Other information</b> www.stm.fi/english			
<b>Title and number of series</b> Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2007:34		<b>ISSN</b> 1236-2115	<b>ISBN</b> 978-952-00-2378-2 (pb) 978-952-00-2379-9 (PDF)
<b>Number of pages</b> 147	<b>Language</b> Finnish	<b>Price</b> 17,28 €	<b>Publicity</b> Public
<b>Orders</b> Helsinki University Press books@yliopistopaino.fi, www.yliopistopaino.fi/bookstore P.O. Box 4 (Vuorikatu 3 A) FI-00014 HELSINKI UNIVERSITY, FINLAND		<b>Financier</b> Ministry of Social Affairs and Health	



## SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖLLE

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 28. päivänä syyskuuta 2006 sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän.

Toimeksiantonsa mukaan kehittämistyöryhmän tuli selvittää:

- 1) miten ja minkä tasoisena sairaanhoitokustannusten korvaukset lääkärin-, hammaslääkärin ja tutkimuksen ja hoidon kustannuksista turvaisivat potilaan käyttämän tarpeellisen sairaanhoidon silloin kun hän käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluita,
- 2) sairaanhoitovakuutuksen korvaaman sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksena korvattavan psykoterapian korvauseriaatteen,
- 3) fysioterapian korvattavuuden periaatteet,
- 4) suuhygienistin antaman hoidon, hammasproteettisten toimenpiteiden ja hammasteknisten kustannusten korvattavuus, keinonivelten korvattavuus
- 5) muut sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän (pois lukien matkakorvaukset ja lääkekorvaukset) kehittämistarpeet.

Työryhmän tavoitteeksi asetettiin, että sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän tulisi täydentää parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen. Työryhmän oli toimeksiantonsa mukaisesti otettava työssään huomioon myös EU-maiden kehittyvät korvauskäytännöt.

Työryhmän puheenjohtajana on toiminut johtaja Anja Kairisalo sosiaali- ja terveysministeriöstä. Jäseninä ovat olleet budjettineuvos Tuomas Sukselainen valtiovarainministeriöstä, finanssineuvos Raimo Jämsén sosiaali- ja terveysministeriöstä, apulaisosastopäällikkö Marja-Liisa Partanen sosiaali- ja terveysministeriöstä, neuvotteleva virkamies Heikki Palm sosiaali- ja terveysministeriöstä, osastopäällikkö Elise Kivimäki Kansaneläkelaitoksesta, sosiaalipoliittinen asiantuntija Petri Mustakallio Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK ry:stä, lakimies Heli Puura Toimihenkilökeskusjärjestö STTK ry:stä, lakimies Paula Ilveskivi Akava ry:stä, järjestöpuheenjohtaja Ritva Laurila Eläkeläisliittojen etujärjestö EETU ry:stä ja Iholiitto ry:n toiminnanjohtaja Heikki Vaisto Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry:stä.

Työryhmän pysyvinä asiantuntijoina ovat toimineet varatoiminnanjohtaja Risto Ihalainen, Suomen Lääkäriliitto ry:stä, toiminnanjohtaja Matti Pöyry Suomen Hammaslääkäriliitto ry:stä ja toiminnanjohtaja Sami Lukkarinen Lääkäripalveluyritysten yhdistys ry:stä. Lisäksi työryhmä nimesi asiantuntijakseen neuvotteleva virkamies Minna Liutun sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmän sihteereinä ovat olleet suunnittelija Pirjo Tikka Kansaneläkelaitoksesta, hallitussihteeri Virpi Korhonen sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitussihteeri Marjaana Maisonlahti joulukuuhun 2006 ja hänen tilallaan tammikusta 2007 lakimies Jukka Harno Kansaneläkelaitoksesta.

Työryhmä on kuulunut työnsä kuluessa seuraavia asiantuntijoita: ylilääkäri Katriina Myllymäki, lääkintöneuvos Jouko Isolauri, kehittämispäällikkö Anne Nordblad ja ylitarkastaja Hanna Nyfors sosiaali- ja terveysministeriöstä, asiantuntijahammaslääkäri Sari Helminen, johtava lääkäri Pekka Koivisto, suunnittelija Heidi Wistrand, suunnittelija Mar-

jatta Karhu ja kuntoutuspäällikkö Tiina Huusko Kansaneläkelaitoksesta, hallituksen jäsen Liisa Terävä, Suun terveydenhoidon ammattiliitto ry:stä, kehittämispäällikkö Ismo Partanen Suomen Yrittäjät ry:stä, OTK Maire Lumiaho Maa- ja metsätaloustuottajain keskusliitto MTK ry:stä, johtaja Rolf Eriksson ja erityisasiantuntija Sinikka Huhtala Suomen Kuntaliitosta, ylilääkäri Kari Kaukinen Elinkeinoelämän keskusliitosta, elinkeinopoliittinen asiantuntija Jarno Talvitie Terveyspalvelualan Liitosta, ylilääkäri Anitta Rauvala Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta, professori Hasse Karlsson Helsingin yliopistosta, kehittämispäällikkö Kirsti Kylä-Tuomola opetusministeriöstä, Tuomo Tikkanen Suomen psykologiliitto ry:stä, erityisasiantuntija Mervi Tolonen Sosiaalialan korkeakoulutettujen ammattijärjestö Talentia ry:stä, TtM, ft OMT Olli Aranko ja puheenjohtaja Maarit Keskinen Suomen fysioterapeutit ry:stä, puheenjohtaja Katriina Laaksonen ja psykoterapeutti Jan Eriksson Suomen sairaanhoitajaliitto ry:stä sekä MMM, THT Laura Sinisalo-Ojala, Ravitsemusterapeuttien yhdistyksestä.

Työryhmä on kokoontunut työnsä aikana yhteensä 16 kertaa.

Työryhmän muistioon sisältyy Petri Mustakallion, Heli Puuran ja Paula Ilveskiven täydentävä lausuma.

Saatuun tehtävänsä päätökseen, työryhmä jättää kunnioittavasti muistionsa sosiaali- ja terveysministeriölle.

Helsingissä 18. päivänä huhtikuuta 2007

Anja Kairisalo

Tuomas Sukselainen

Raimo Jämsén

Marja-Liisa Partanen

Heikki Palm

Elise Kivimäki

Petri Mustakallio

Heli Puura

Paula Ilveskivi

Ritva Laurila

Heikki Vaisto

Risto Ihalainen

Matti Pöyry

Sami Lukkarinen

Pirjo Tikka

Virpi Korhonen

Jukka Harno

<b>1. JOHDANTO</b> .....	<b>15</b>
<b>2. NYKYTILA</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1. JULKINEN TERVEYDENHUOLTO</b> .....	<b>16</b>
2.1.1. JÄRJESTELMÄN KUVAUS .....	16
2.1.2 LÄÄKÄRIN ANTAMAT PALVELUT .....	17
<i>Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2005</i> .....	17
<i>Terveyskeskusten lääkärikäynnit ja käynnit muun ammattihenkilökunnan luona vuosina 1990–2004</i> .....	18
<i>Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2005</i> .....	19
<i>Erikoissairaanhoidon avohoito vuosina 1994–2004</i> .....	19
2.1.3 HAMMASLÄÄKÄRIN ANTAMAT PALVELUT .....	20
2.1.4 ERÄÄT MUUT PALVELUT JULKISESSA TERVEYDENHUOLLOSSA .....	21
<i>Fysioterapia</i> .....	21
<i>Psykioterapia</i> .....	22
<i>Tekonivelet</i> .....	23
2.1.5 ASIAKASMAKSUT .....	23
2.1.6 JULKISEN TERVEYDENHUOLLON RAHOITUS .....	24
<i>Kunnan järjestämien terveysterveysten palveluiden rahoitus</i> .....	24
<i>Terveydenhuoltomenot Suomessa</i> .....	25
(LÄHDE STAKES: TERVEYDENHUOLLON MENOT JA RAHOITUS VUONNA 2005) .....	25
2.1.7 KUNTA- JA PALVELURAKENNEUUDISTUS.....	26
<b>2.2. SAIRAUSSVAKUUTUKSEN SAIRAAHOITOVAKUUTUS</b> .....	<b>26</b>
2.2.1 SAIRAAHOITOVAKUUTUKSEN PERIAATTEET .....	26
2.2.2 SAIRAUSSVAKUUTUKSESTA KORVATTAVAT PALVELUT .....	27
<i>Yleistä</i> .....	27
<i>Lääkärin antamat palvelut</i> .....	28
<i>Hammaslääkärin antamat palvelut</i> .....	31
<i>Lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito</i> .....	32
<i>Fysioterapia</i> .....	34
<i>Psykioterapia</i> .....	36
2.2.3 LÄHETEKÄYTÄNTÖ.....	38
2.2.4 KORVAAMISEN RAJOITUKSET .....	39
2.2.5 KORVAUKSEN MÄÄRÄ .....	39
2.2.6 KORVAAMISEN MENETTELYT .....	41
2.2.7 TAKSA, TAKSAN PERUSTEET JA MÄÄRITTÄMINEN.....	42
2.2.8 KIIREETTÖMÄÄN HOITOON PÄÄSYN PERUSTEIDEN SOVELTAMINEN .....	43
2.2.9 SAIRAUSSVAKUUTUKSEN RAHOITUS .....	44
<b>2.3 MUUT JÄRJESTELMÄT</b> .....	<b>45</b>
2.3.1 TYÖTERVEYSHUOLTO .....	45
2.3.2 YKSITYISVAKUUTUKSET.....	47
<b>3. AIKAISEMMAKSELVITYKSET</b> .....	<b>47</b>
<b>3.1 SAIRAUSSVAKUUTUKSEN TAKSA- JA SUORAKORVAUSTYÖRYHMÄN MUISTIO, STM, 1989</b> .....	<b>47</b>
<b>3.2 SAIRAAHOITOVAKUUTUSTOIMIKUNNAN MIETINTÖ, STM, 1993 ...</b>	<b>48</b>

<b>4. KANSAINVÄLINEN VERTAILU</b> .....	<b>49</b>
<b>4.1 TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMIEN LUOKITTELU</b> .....	<b>49</b>
<b>4.2 JULKISEEN PALVELUJEN TUOTANTOON PERUSTUVAT JÄRJESTELMÄT</b> .....	<b>50</b>
4.2.1 KANSALLISET VERORAHOITTEISET JÄRJESTELMÄT .....	50
4.2.2 VAKUUTUSPERUSTEISET JÄRJESTELMÄT.....	50
<i>Palveluihin perustuvat järjestelmät</i> .....	50
<i>Jälkikäteisiin korvauksiin perustuvat järjestelmät</i> .....	51
<b>4.3 YKSITYISIIN VAKUUTUKSIIN PERUSTUVAT JÄRJESTELMÄT</b> .....	<b>51</b>
<b>4.4 JÄRJESTELMIEN VERTAILU SUOMEN TERVEYSPALVELUJEN TUOTTAMISEEN JA RAHOITUKSEEN</b> .....	<b>52</b>
<b>4.5 SUOMEN JÄRJESTELMÄN ARVIOINTIA OECD RAPORTIN NÄKÖKULMASTA</b> .....	<b>53</b>
<b>5. NYKYTILAN ARVIOINTI</b> .....	<b>55</b>
<b>5.1. JULKINEN TERVEYDENHUOLTO</b> .....	<b>55</b>
5.1.1 HOITOTAKUU.....	55
5.1.2 TYÖVOIMAN SAATAVUUS .....	57
<i>Työnjaon kehittäminen</i> .....	60
<i>Uuden työvoiman tarve</i> .....	61
<b>5.2. SAIRAUSVAKUUTUKSEN SAIRAAHOITOVAKUUTUS</b> .....	<b>62</b>
5.2.1 YLEISTÄ .....	62
5.2.2 LÄÄKÄRINPALKKIO .....	63
5.2.3 HAMMASHOITO JA SUUHYGIENISTIN ANTAMA HOITO .....	64
5.2.4 TUTKIMUKSEN JA HOIDON KORVAUSMENETTELY .....	64
5.2.5 PSYKOTERAPIA .....	66
5.2.6 FYSIOTERAPIA .....	67
5.2.7 TEKONIVELET .....	69
5.2.8 HAMMASPROTEETTINEN HOITO .....	70
<b>5.3 YHTEENVETO SAIRAAHOITOVAKUUTUKSEN KEHITTÄMISKOHTEISTA</b> .....	<b>71</b>
<b>6. TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT</b> .....	<b>72</b>
<b>7. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET</b> .....	<b>74</b>
<b>7.1. EHDOTUSTEN LÄHTÖKOHDAT</b> .....	<b>74</b>
7.1.1 SAIRAUSVAKUUTUKSEN ASEMA .....	74
7.1.2. KORVAUSTASON KEHITTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT .....	76
<b>7.2 LÄÄKÄRIN PALKKIOIDEN, HAMMASLÄÄKÄRIN PALKKIOIDEN SEKÄ TUTKIMUKSEN JA HOIDON KORVAUSTEN PERUSTEIDEN KEHITTÄMISVAIHTOEHDOT</b> .....	<b>80</b>
7.2.1 EHDOTUS A: EUROMÄÄRÄINEN KORVAUSMENETTELY.....	80
<i>Korvauksen määrittäminen vaihtoehto 1</i> .....	81
<i>Korvauksen määrittäminen vaihtoehto 2</i> .....	81

<i>Korvauksen määrittäminen vaihtoehto 3</i> .....	82
<i>Korvaustason tarkistaminen</i> .....	82
7.2.2 EHDOTUS B; KORVAUS OLISI SUHTEELLINEN OSUUS KUSTANNUKSISTA .....	83
7.2.3 LÄHETEKÄYTÄNTÖ.....	84
7.2.4 VAIHTOEHTOISTEN KEHITTÄMISTOIMENPITEIDEN KUSTANNUSVAIKUTUKSET ....	85
<b>7.3 KORVAUSJÄRJESTELMÄN LAAJENTAMINEN JA MUUT KEHITTÄMISTARPEET .....</b>	<b>90</b>
7.3.1. ARVIOINNIN LÄHTÖKOHDAT.....	90
7.3.2 SUUHYGIENISTIN ANTAMA HOITO.....	91
<i>Arvio suuhygienistin antaman hoidon kustannuksista</i> .....	91
7.3.3 FYSIOTERAPIA .....	92
7.3.4 PSYKOTERAPIA .....	93
<i>Yleistä</i> .....	93
<i>Psykoterapiaa sairaanhoitovakuutuksesta</i> .....	93
<i>Arvio sairausvakuutuksesta korvattavan psykoterapian kustannuksista</i> .....	94
<i>Psykoterapiaa kuntoutuksena</i> .....	94
<i>Arvio kuntoutuksena korvattavan psykoterapian kustannuksista</i> .....	95
7.3.5 TEKONIVELET.....	96
<i>Arvio tekonivelten kustannuksista</i> .....	97
7.3.6. HAMMASPROTEETTINEN HOITO .....	98
<i>Arvio hammasprotetiikan kustannuksista</i> .....	98
7.3.7 MUUT KEHITTÄMISTARPEET .....	98
<b>7.4 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET TIIVISTETTYNÄ .....</b>	<b>99</b>
<b>7.5 ARVIOT EHDOTUSTEN VAIKUTUKSISTA.....</b>	<b>101</b>
<i>LIITE 1 Sairaanhoidonkorvaukset v.2006</i> .....	105
<i>LIITE 2 Sairaanhoitokorvaukset yksityislääkärin palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006 , €/asukas</i> .....	106
<i>LIITE 3 Korvausta yleislääkärin ja erikoislääkärin käynneistä saaneet vuonna 2005 sairaanhoitopiireittäin</i> .....	108
<i>LIITE 4 Lääkärinpalkkioista korvausta saaneet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006</i> .....	109
<i>LIITE 5 Hammashoidon korvauksia saaneet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006</i> .....	110
<i>LIITE 6 Sairaanhoitokorvaukset yksityishammaslääkärin palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006, €/asukas</i> .....	111
<i>LIITE 7 Lääkärin/hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvausten saajat iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006</i> .....	112
<i>LIITE 8 Sairaanhoitokorvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta asukasta kohti kunnittain 2006, €/asukas</i> .....	114
<i>LIITE 9 Sairaanhoitokorvaukset fysioterapian palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006, €/asukas</i> .....	116
<i>LIITE 10 Taksatarkistukset</i> .....	117
<i>LIITE 11 Muiden EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmät</i> .....	120
<i>LIITE 12 Esimerkkejä korvausmenettelystä, jolloin korvaus olisi euromääräinen eri korvaustasoilla ja tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuusta olisi luovuttu</i> .....	135
<i>LIITE 13 Sairaanhoidon korvaustaksojen korotusprosentit, jos korvaustaksat korotetaan vastaavien kustannusten mukaisiksi vuonna 2006. Korvausten</i>	

<i>lisäkustannukset ja lisärahoitustarpeet v. 2006, kun 1) korvaukset määräytyvät kuten nykyisin tai 2) korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista .....</i>	<i>137</i>
<i>LIITE 14 Arvio korvausten lisäkustannuksista ja lisärahoitustarpeesta vuonna 2007, kun korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista.....</i>	<i>139</i>
<i>LIITE 15 Arvio korvausten muutoksista ja niiden lisärahoitustarpeesta vuonna 2007, kun korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista .....</i>	<i>140</i>
<i>LIITE 16 Arvio korvausten muutoksista ja niiden lisärahoitustarpeesta vuonna 2009, kun korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista .....</i>	<i>142</i>
<b>LAUSUMA TYÖRYHMÄMUISTIOON .....</b>	<b>144</b>

## 1. JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti 28. syyskuuta 2006 sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän. Kehittämistyöryhmän tuli toimeksiantonsa mukaisesti selvittää

- 1) miten ja minkä tasoisena sairaanhoitokustannusten korvaukset lääkärin-, hammaslääkärin ja tutkimuksen ja hoidon kustannuksista turvaisivat potilaan käyttämän tarpeellisen sairaanhoidon silloin, kun hän käyttää yksityisiä terveydenhuollon palveluita,
- 2) sairaanhoitovakuutuksen korvaaman sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksena korvattavan psykoterapian korvausperiaatteet,
- 3) fysioterapian korvattavuuden periaatteet,
- 4) suuhygienistin antaman hoidon, hammasproteettisten toimenpiteiden ja hammas teknisten kustannusten korvattavuus, keinonivelten korvattavuus
- 5) muut sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän (pois lukien matkakorvaukset ja lääkekorvaukset) kehittämistarpeet.

Työryhmän tavoitteeksi asetettiin, että sairausvakuutuksen korvausjärjestelmän tulisi täydentää parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen. Työryhmän oli toimeksiantonsa mukaisesti otettava työssään huomioon myös EU-maiden kehittyvät korvauskäytännöt.

Ennen työryhmän asettamista sosiaali- ja terveysministeriö pyysi Kansaneläkelaitosta selvittämään vaihtoehtoisia malleja sairaanhoitovakuutuksen kehittämiseksi ja tekemään ehdotuksensa ministeriölle. Kansaneläkelaitos sai selvityksensä valmiiksi 31. tammikuuta 2006. Kansaneläkelaitos esitti lääkärin- ja hammaslääkärin antaman hoidon sekä lääkärin/hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista korvaamiseen kaksi vaihtoehtoista mallia kustannusvaikutuksineen sekä esitti, että sosiaali- ja terveysministeriö selvittäisi psykoterapian korvaamisen kokonaisuudessaan, fysioterapian vaikuttavuudesta tehtäisiin kattava selvitys sekä suuhygienistin antama hoito, hammasproteettiset toimenpiteet ja hammastekniset kustannukset sekä keinonivelten kustannukset otettaisiin sairausvakuutuskorvausten piiriin. Kansaneläkelaitoksen esittämät vaihtoehtoiset mallit kustannusten korvaamiseksi olivat euromääräinen korvaus sekä suhteellinen korvausosuus.

Sairausvakuutuksen rahoitusuudistus tuli voimaan 1. tammikuuta 2006. Maaliskuussa 2005 tuli voimaan perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoitoa koskeva hoitotakuu ja tähän liittyvät sosiaali- ja terveysministeriön kokoamat kiireettömään hoitoon pääsyn perusteet. Nämä perusteet ovat pohjana myös arvioitaessa sairausvakuutuslain mukaan korvattavaa tarpeellista sairauden hoitoa.

## 2. NYKYTILA

### 2.1. Julkinen terveydenhuolto

#### 2.1.1. Järjestelmän kuvaus

Lainsäädännössä kunnille on asetettu velvollisuus järjestää terveyspalveluja asukkailleen. Kansanterveyslaissa (66/1972) asetetaan kunnille terveyspalveluihin liittyviä velvoitteita. Erikseen on säädetty myös erikoissairaanhoidosta, tartuntatautien ehkäisystä ja hoidosta sekä työterveyshuollosta. Terveyspalvelujen perustan muodostavatkin kuntien järjestämät palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta.

Lainsäädäntö velvoittaa kunnat järjestämään terveyspalveluja asukkailleen, mutta ei sääntelee yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaan kunnat voivat järjestää palvelut itse, yhteistyössä muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa harjoittavassa kuntayhtymässä tai hankkimalla palvelut valtiolta, muilta kunnilta, kuntayhtymiltä tai muulta julkiselta taikka yksityiseltä palvelujen tuottajalta. Kunta voi myös järjestää palvelut antamalla palvelun käyttäjälle palvelusetelin, jolla kunta sitoutuu maksamaan palvelun käyttäjän kunnan hyväksymältä yksityiseltä palvelujen tuottajalta hankkimat palvelut kunnan päätöksellä asetettuun setelin arvoon asti.

Julkiset terveyspalvelut jakautuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Terveyspalveluja, jotka kunnan on kansanterveyslain perusteella järjestettävä asukkailleen, ovat terveysneuvonta, sairaanhoito, johon kuuluu lääkärin suorittama tutkimus ja hänen antamansa tai valvomansa hoito ja lääkinnällinen kuntoutus, sairaankuljetus, terveyskeskuksessa annettavat mielenterveyspalvelut, suun ja hampaiden tutkimus ja hoito, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, työnantajan lakisääteiseen tuottamisvelvollisuuteen kuuluva työterveyshuolto, kansanterveysasetuksen mukaiset seulonnat sekä kiireellinen avosairaanhoito potilaan asuinpaikasta riippumatta. Perusterveydenhuollosta huolehditaan terveyskeskuksissa.

Kunnan on erikoissairaanhoidolain (1062/1989) perusteella huolehdittava myös siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidon järjestämistä varten Suomi on jaettu kahteenkymmeneen sairaanhoitopiiriin. Lisäksi Ahvenanmaa muodostaa oman sairaanhoitopiirinsä. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä järjestää ja tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa väestölle. Kunnat voivat harkintansa mukaan järjestää myös muita kuin lakisääteisiä terveyspalveluja.

Terveydenhuollon potilaan asema on määritelty potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992). Lisäksi hoitoon pääsyä koskeva lainsäädäntö täsmentyi 1. päivästä maaliskuuta 2005 alkaen. Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin on kirjattu enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy tulee järjestää. Kansanterveyslain 15 b §:n (855/2004) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Edelleen laissa säädetään, että hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito tulee järjestää potilaan terveydentila ja



sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta. Niinikään maaliskuun alusta 2005 voimaan tulleen potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n (855/2004) mukaan potilaalle on ilmoitettava hoitoon pääsyn ajankohta. Jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, uusi ajankohta ja muutoksen syy on ilmoitettava potilaalle välittömästi.

Lainmuutosten tavoitteena on turvata kiireettömään hoitoon pääsy samanlaisin perustein asuinpaikasta riippumatta. Osana hoitoon pääsyn turvaamista on sosiaali- ja terveysministeriö yhdessä erityisvastuualueiden kanssa laatinut yhtäläisiä perusteita kiireettömälle hoidolle. Tarkoituksena on, että lääkärit käyttäisivät näitä perusteita apunaan päätettäessään potilaan hoidosta. Niiden ohella lääkäri ottaa aina hoitopäätöstä tehdessään huomioon potilaan yksilöllisen hoidon tarpeen. Näin varmistetaan asianmukainen hoito ja hoitoon pääsy kohtuullisessa ajassa.

Lisäksi on laadittu kansallisia Käypä hoito -suosituksia useiden tautien hoitoon ja laatusuosituksia muun muassa mielenterveyspalveluille.

Valtio ohjaa kuntia ja muita palvelujen tuottajia informaatio-ohjauksella. Tällä tarkoitetaan, että valtio asettaa palveluille määrällisiä ja laadullisia tavoitteita, antamalla suosituksia sekä tuottamalla tietoa ja toimintamalleja paikallisen toiminnan tueksi. Valtio voi käyttää myös säädös- tai resurssiohjausta. Näin voidaan toimia silloin, jos kunnat eivät ole järjestäneet riittäviä palveluja kohtuullisessa ajassa, tai jos väestön mahdollisuudet saada yhdenvertaisesti sosiaali- ja terveystalv palveluja ovat uhattuina. Jälkikäteisvalvonnalla ehkäistään ja korjataan palvelujen sisällössä ja laadussa olevia puutteita ja virheitä.

## **2.1.2 Lääkärin antamat palvelut**

(Lähde: Stakes, Suomen virallinen tilasto, Terveys 2005 Tilastotiedote 27/2005, 8.11.2005)

### ***Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2005***

Vuonna 2005 tehtiin yhteensä noin 25,6 miljoonaa perusterveydenhuollon avohoitokäyntiä. Käynnit lisääntyivät 2,6 % edelliseen vuoteen verrattuna. Sen sijaan asukasta kohden käyntimäärät pysyivät lähes edellisen vuoden tasolla. Lääkärikäyntejä tehtiin asukasta kohti 1,8 ja käyntejä muun terveydenhuollon ammattihenkilökunnan luokse 3,1. Yhteensä avohoitokäyntejä tehtiin asukasta kohti 4,9. Kaikista käynneistä lääkärikäyntejä oli 36 % (9,3 miljoonaa) ja käyntejä muun terveydenhuollon ammattihenkilökunnan luona 64 % (16, 6 miljoonaa). Lääkärikäyntien osuus kaikista käynneistä pysyi lähes samana edelliseen vuoteen verrattuna.

Verrattaessa absoluuttisia lääkärikäyntimääriä ikäryhmittäin edelliseen vuoteen eniten lääkärikäyntien määrä lisääntyi alle kouluikäisillä. Aikuisväestöstä lääkäriissä käyntien lukumäärässä kasvoi eniten yli 75-vuotiaiden ikäryhmissä.

Sairaanhoitopiireittäin tarkasteltuna eniten lääkärikäyntejä asukasta kohti tehtiin Keski-Suomen ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä (molemmissa 2,2 käyntiä/asukas) ja vä-

hiten Helsingin ja Uudenmaan (1,4 käyntiä/asukas) sekä Vaasan (1,5 käyntiä/asukas) sairaanhoitopiireissä. Eniten lääkärikäyntien määrä oli vähentynyt Kainuun sairaanhoitopiirissä (käyntimäärä 11,9 % vähemmän kuin edellisenä vuonna) ja lisääntynyt Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (käyntimäärä 9 % enemmän kuin vuonna 2004).

Keskimääräisten väestöön suhteutettujen terveystieteiden käyntien määrä vaihtelee läänittäin 4,5–5,2 käynnin välillä asukasta kohden.

### ***Terveystieteiden lääkärikäynnit ja käynnit muun ammattihenkilökunnan luona vuosina 1990–2004***

Terveystieteiden lääkärikäynnit vaihtelivat vuosina 1990–2002 kymmenen miljoonan käynnin molemmin puolin. Vuosina 2002–2004 käyntien määrä lähentyi yhdeksää miljoonaa. Lääkärikäynnit terveystieteissä ovat vähentyneet vuodesta 1997 alkaen. Samanaikaisesti käynnit muun ammattihenkilökunnan luona ovat lisääntyneet. Väestöön suhteutettuna terveystieteiden käyntejä on viime vuosina ollut 4,8, joista lääkärikäyntejä on ollut 1,8 (taulukko 1). Alle 15-vuotiaiden lääkärikäynnit terveystieteissä ovat vuosina 1997–2004 vähentyneet sekä lukumääräisesti että väestöosuuteen suhteutettuna.

*Taulukko 1. Avohoitokäynnit terveystieteissä vuosina 1985–2004 sekä väestöön suhteutetut asukaskohtaiset käyntimäärät<sup>1</sup>*

Vuosi	Lääkärikäynnit	Käynnit muun ammattihenkilökunnan luona	Kaikki avohoitokäynnit	Kaikki käynnit / asukas	Lääkärikäynnit / asukas
1990	9 636 395	12 560 632	22 197 217	4,4	1,9
1991	9 950 334	12 485 097	22 435 431	4,5	2,0
1992	10 171 290	12 341 376	22 512 666	4,5	2,0
1993	9 857 471	12 237 895	22 095 366	4,4	1,9
1994	9 688 712	12 853 679	22 542 391	4,5	1,9
1995	10 362 787	13 396 310	23 759 097	4,6	2,0
1996	10 650 523	14 533 277	25 183 800	4,9	2,1
1997	10 722 214	14 579 001	25 301 215	4,9	2,1
1998	10 612 543	14 383 931	24 996 474	4,8	2,1
1999	10 489 119	14 505 674	24 994 793	4,8	2,0
2000	10 350 203	14 780 280	25 130 483	4,9	2,0
2001	10 002 715	15 081 313	25 084 028	4,8	1,9
2002	9 624 200	15 319 293	24 943 493	4,8	1,8
2003	9 444 252	15 424 472	24 868 724	4,8	1,8
2004	9 204 384	15 758 567	24 962 951	4,8	1,8

Terveystieteiden käyntien toimintojen mukainen tarkastelu vuosina 1997–2004 osoittaa, että suurin terveystieteiden käyntimuodoista oli muut avohoitokäynnit.<sup>2</sup> Väestöosuuksiin suhteutettuna oli lastenneuvolakäyntejä vastaavan ikäiseen väestöön verrattuna eniten, tarkasteluvuonna 2004 noin 2,8 käyntiä jokaista 0–7 -vuotiasta kohti. Vain äitiys-

<sup>1</sup> Väestötiedot vuosilta 1990–2004 on poimittu Sotkatietokannasta (tilanne 31.12.)

<sup>2</sup> Ks. muun avohoidon käsitteen määrittelmä:

<http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Terveystieteiden/avohoitokäynnit/avohoitokäynnitkasitteet.htm>

neuvola- ja fysioterapiakäynnit olivat väestöön suhteutettuna lisääntyneet. Lukumääräisesti tarkasteltuna edellisten lisäksi merkittävästi olivat lisääntyneet mielenterveyskäynnit sekä käynnit työterveyshuollossa.

### ***Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoito 2005***

Terveyskeskusten perusterveydenhuollon vuodeosastohoidossa oli hoidettavana vuonna 2005 yhteensä yli 147 000 potilasta, joiden hoitopäivien lukumäärä oli noin 7,4 miljoonaa. Edelliseen vuoteen verrattuna potilaiden määrässä ei ole tapahtunut mainittavaa muutosta ja hoitopäivien määrässä on ollut vain yhden prosentin lisäys. Miesten osuus kaikista potilaista oli 40 prosenttia. Keskimääräinen hoitoaika oli 30 vrk, mikä oli sama kuin edellisenä vuonna. Pisimmät hoitoajat olivat Ahvenanmaalla (107 vrk) ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirissä (59 vrk) ja lyhimmät Kainuun sairaanhoitopiirissä (17 vrk) ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä (18 vrk).

Terveyskeskusten vuodeosastohoidossa potilaiden keskimääräinen ikä oli 75 vuotta. Sairaanhoitopiireittäin keskimääräiset iät vaihtelivat 70 vuoden (Lapin sairaanhoitopiiri) ja 79 vuoden (Ahvenanmaa) välillä. Potilaista 60 prosenttia oli 75-vuotiaita tai sitä vanhempia ja 70 prosenttia heistä oli naisia. Suurin potilasryhmä oli 85-vuotiaat ja sitä vanhemmat. Myös valtaosa hoitopäivistä (76 prosenttia) kohdentui 75-vuotta täyttäneisiin.

### ***Erikoissairaanhoidon avohoito vuosina 1994–2004***

Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli vuonna 2004 noin 6,8 miljoonaa. Vuodesta 1994 käynnit ovat lisääntyneet noin 18 prosentilla (vuonna 1994 tilastoitiin 5,7 miljoonaa käyntiä). Käyntimääriltään suurimpia erikoisaloja olivat vuonna 2004, sisätaudit (1,2 miljoonaa), kirurgia (1,1 miljoonaa) ja psykiatria (1,1 miljoonaa). Lukumääräisesti eniten ovat tarkasteluajanjaksolla lisääntyneet sisätautien, kirurgian sekä syöpätautien ja sädehoidon erikoisaloilla käynnit. Myös nuoriso- ja lastenpsykiatrian käynnit ovat lisääntyneet.

Yliopistosairaalat tuottavat Stakesin tilastotiedotteessa käsiteltävistä erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä kolmanneksen (33 %), muut sairaanhoitopiirien sairaalat yli puolet (56 %) ja erikoislääkärijohtoiset terveyskeskukset kymmenesosan (11 %). Ajanvarauksen uusintakäynnit muodostivat kaikista käynneistä kaksi kolmasosaa ja päivystyskäynnit 14 %.

Väestöön suhteutettuja erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli vuonna 2004 eniten Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä ja vähiten Lapin sairaanhoitopiirissä.

Diagnoositiedon sisältävistä erikoissairaanhoidon avohoitokäynneistä eniten käyntejä oli merkitty ICD-10 pääluokkaan mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, johon kaikista käynneistä kuului 16 %. Toiseksi suurin diagnoosipääluokka oli kasvaimet (11 %).

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteenlaskettuja mielenterveyden avohoitokäyntejä oli vuonna 2004 noin 2,1 miljoonaa. Lisäystä vuoden 1994 käyntilukumääriin on noin 60 %.

Erikoissairaanhoidon avohoitokäyntejä oli eniten 55–59-vuotiaiden ikäryhmässä. Miehet käyttivät alle 15-vuotiaina erikoissairaanhoidon avohoitopalveluja naisia enemmän, kun taas 15 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä naisilla oli käyntejä miehiä enemmän.

### 2.1.3 Hammaslääkärin antamat palvelut

(Lähde: Stakes, Suomen virallinen tilasto, Terveys 2006, Tilastotiedote 16/2006, 3.10.2006)

Terveyskeskusten hammashuollossa hoidettiin vuonna 2005 reilut 1,8 miljoonaa asiakasta. Hammashuoltokäyntien määrä oli hieman alle viisi miljoonaa käyntiä. Vuoteen 2004 verrattuna käynnit lisääntyivät 0,1 prosenttia ja hammashuollon asiakkaiden määrä noin 2 %.

Ammattiryhmien välillä hoidon painopiste on edelleen siirtynyt hammaslääkäreiltä suuhygienisteille (sis. hammashuoltajat ja erikoishammashoitajat) ja hammashoitajille. Suuhygienistien luokse tehdyt käynnit lisääntyivät noin 7 % ja hammashoitajien käynnit noin 5 %. Kaikista terveyskeskusten hammashuollon käynneistä 80 % tehtiin kuitenkin edelleen hammaslääkäreiden luokse. Edellisvuoteen verrattuna hammaslääkäreille tehdyt käynnit vähenivät 1,4 prosenttiyksikköä

Käynti- ja asiakasmäärät vähenivät alle 18-vuotiaiden ikäryhmässä (asiakasmäärät 1,6 % ja käynnit 3 %), 18-vuotiaiden ja sitä vanhempien hammashuollon käynnit lisääntyivät 3 % ja asiakasmäärät 5,5 % vuoteen 2004 verrattuna. Alle 18-vuotiaat kävivät hammaslääkärin vastaanotolla keskimäärin 1,5 kertaa ja yli 55-vuotiaat keskimäärin 0,4 kertaa. Alle 18-vuotiaista terveyskeskusten hammashuollon asiakkaina oli 75 % ja yli 55-vuotiaista 19 %.

*Taulukko 2. Terveyskeskusten hammashuollon palveluja käyttäneiden asiakkaiden määrät vuonna 2005 ja muutos vuoteen 2004 verrattuna*

Ikäryhmä	Asiakkaat	Käyntejä / 1 000 asiakasta	Muutos vuodesta 2004 vuoteen 2005	
			Asiakkaat	Muutos %
0–17 -vuotiaat	829 496	2 713	-13 451	-1,6
18 vuotta täyttäneet	1 017 562	2 671	53 348	5,5
siitä 18–55 -vuotiaat	739 527	2 639	23 919	3,3
siitä 56 vuotta täyttäneet	278 035	2 757	29 429	11,8
Kaikki asiakkaat	1 847 058	2 690	39 897	2,2

Eniten palveluja tuottaneen sairaanhoitopiirin alueen terveyskeskuksissa oli vuonna 2005 1,4-kertainen määrä hammashuollon käyntejä verrattuna vähiten hammashuollon käyntejä tuottaneen sairaanhoitopiiriin terveyskeskuksiin, jos käynnit suhteutetaan väestöön. Eniten käyntejä (kaikkien ammattiryhmien käynnit yhteensä) oli Kanta-Hämeen ja Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirien terveyskeskuksissa ja kunnissa, joissa käyntejä oli n. 1 130 tuhatta asukasta kohden. Näillä alueilla oli noin 1,4 kertaa enemmän käyntejä kuin Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirin alueella (790 käyntiä /1 000 as.). Hammashuollon käynnit lisääntyivät eniten Etelä-Savossa, jossa lisäystä edellisvuoden käynteihin oli 9,6 %.

Alle 18-vuotiaiden hammashuollon käyntejä oli vuonna 2005 eniten Etelä-Savon sairaanhoitopiirin terveyskeskuksissa, joissa oli 2 396 käyntiä tuhatta alle 18-vuotiasta kohden. Lasten ja nuorten hammashuollon käynnit suhteessa samanikäiseen väestöön lisääntyivät eniten Etelä-Savossa (6,1 %). Voimakkaimmin väestöön suhteutetut käynnit vähenivät Päijät-Hämeen sairaanhoitopiireissä (12,2 %). Vähiten 0–17 -vuotiaiden väestöön suhteutettuna käyntejä oli kuitenkin edelleen Helsingin-Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS-piirin) terveyskeskuksissa, 1 764 / 1 000 asukasta.

Hammaslääkäriissä käytiin eniten Pohjois-Pohjanmaan (946 käyntiä / 1 000 as.) sairaanhoitopiirin terveyskeskuksissa, kuten vuotta aiemminkin. Vaasan sairaanhoitopiirissä oli eniten lasten ja nuorten hammaslääkärikäyntejä (1 915 käyntiä / 1 000 as.). Väestöön suhteutettujen hammaslääkärikäyntien määrä kasvoi eniten (9,8 %) Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella. Väestöön suhteutettujen hammaslääkärikäyntien väheneminen oli suurinta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella (8,6 %).

Terveyskeskukset ostivat ilmoituksensa mukaan vuonna 2005 toisilta kunnilta tai kuntayhtymiltä noin 41 000 käyntiä. Vuoteen 2004 verrattuna ostopalvelut vähentyivät noin 4 %, Eniten palveluja osti Ristiinan terveyskeskus, noin 5 850 käyntiä. Kaiken hammashuollon toiminnan toiselta terveyskeskukselta tai terveyskeskuskuntayhtymältä ilmoittivat ostavansa Ristiina, Hirvensalmi, Längelmäki, Sammatti, Suomenniemi, Särkisalo ja Iniö.

Muilta kuin kunnilta tai kuntayhteisöiltä (eli lähinnä yksityiseltä) ostetuiksi käynneiksi ilmoitetut lisääntyivät noin 27 %, vuoteen 2004 verrattuna. Käyntejä osti vuonna 2005 eniten Helsinki eli 34 000 käyntiä. Tampere osti yksityissektorilta 23 000 käyntiä, Turku 4 800 käyntiä ja Rovaniemi 4 700 käyntiä. Järvenpää osti hieman vajaa 4 000 käyntiä ja 1 000–2 000 käyntiä ostivat Mäntsälän, Vihdin, Pohjan ja Kuopion terveyskeskukset.

Kaikkiaan kunnat ja kuntayhtymät ostivat oman kuntansa tai kuntayhtymänsä ulkopuolelta 135 500 käyntiä, mikä on kaikista hammashuollon käynneistä 2,7 %.

## **2.1.4 Eräät muut palvelut julkisessa terveydenhuollossa**

### *Fysioterapia*

Suomessa lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään useiden eri järjestelmien perusteella ja sen järjestämis- ja kustannusvastuu on jakautunut eri tahoille. Kunnan tehtävänä on järjestää lääkinnällinen kuntoutus siltä osin kuin sitä ei ole säädetty Kansaneläkelaitoksen tehtäväksi (Kansanterveyslaki 14.1 § 2 kohta).

Lääkinnällinen kuntoutus on osa kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaissa tarkoitettua sairaanhoitoa. Näin ollen hoitoon pääsyn enimmäisajat koskevat kansanterveyslain tai erikoissairaanhoitolain mukaan järjestettyä lääkinnällistä kuntoutusta. Kun potilas tarvitsee lääketieteellisen arvion perusteella esimerkiksi fysioterapiaa sairautensa hoitoon tai kuntoutukseen, se pitää toteuttaa kohtuullisessa ajassa, perusterveydenhuollossa enintään kolmen ja erikoissairaanhoidossa enintään kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Lääkinnällistä kuntoutusta järjestävät terveyskeskukset ja sairaalat. Siihen sisältyvät kuntoutusneuvonta, kuntoutustarvetta selvittävät tutkimukset, työ- ja toimintakykyä parantavat hoidot ja kuntoutusjaksot, apuvälinepalvelut sekä sopeutumisvalmennus ja kuntoutusohjaus. Lääkinnällisestä kuntoutuksesta annetussa asetuksessa (1015/1991) säädetään tarkemmin lääkinällisen kuntoutuksen järjestämisestä, palveluista, suunnittelusta ja seurannasta sekä apuvälineistä. Lääkinnällisen kuntoutuksen palveluja ovat muun muassa fysioterapia ja toimintaterapia, puheterapia, neuropsykologinen kuntoutus, psykoterapia ja muut näihin rinnastettavat toimintakykyä parantavat ja ylläpitävät terapiat ja toimenpiteet.

Valtakunnalliset kiireettömän hoidon perusteet ovat työväline hoidon tai kuntoutuksen tarpeen arvioinnin yhdenmukaistamiseen, yksittäisen potilaan hoitoon pääsy arvioidaan aina yksilöllisesti. Yhtenäiset kuntoutuksen perusteet on valmisteltu toistaiseksi vain erikoissairaanhoidon apuvälinepalveluista ja kuulon kuntoutuksesta kuulokojeella. Keväällä 2007 valmistui uusia kriteereitä, muun muassa kroonisen kivun hoidosta ja fysioteriasta.

Lääkinnällinen kuntoutus on usein osa muuta hoitoa tai jatkoa muulle hoidolle. Kuntoutus tai siihen kuuluvat toimenpiteet voivat myös olla pääasiallisin syy, jonka takia henkilö ottaa yhteyttä terveyskeskukseen tai josta saa jatkolähteen sairaalaan. Kansanterveyslain 14 §:n mukaan kunnalla on velvollisuus järjestää lääkinällinen kuntoutus laajuudeltaan ja sisällöltään sellaiseksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa edellyttää.

Terveyskeskukset ja sairaalat järjestävät fysioterapiaa sekä muita vastaavia terapioida osaksi itse, osin ostopalveluina. Lisäksi palvelutarpeeseen vastataan fysioterapian osalta antamalla potilaille läheteitä Kansaneläkelaitoksen korvaamaan hoitoon yksityiselle palvelujen tuottajalle. Noin 40 % kaikista fysioterapian sv-lähetteisistä on terveyskeskuskäyntejä. Vuonna 2005 terveyskeskuksissa oli noin 1,4 miljoonaa fysioterapiakäyntiä. Käyntien määrä väheni 3,5 % edelliseen vuoteen verrattuna. Samana vuonna yksityisiä fysioterapiakäyntejä oli 5,75 miljoonaa. Fysioterapiakäyntien osuus kaikista perusterveydenhuollon avohoitokäynneistä oli 5,4 % vuonna 2005.<sup>3</sup>

### ***Psykoterapia***

Terveysturvakeskus on rekisteröinyt noin 4 000 nimekesuojattua psykoterapeuttia, joista noin neljännes työskentelee julkisella sektorilla.<sup>4</sup> Tarkat tiedot henkilöstön määrästä ja sijoittumisesta kuitenkin puuttuvat. Tarjonta on jakautunut epätasaisesti siten, että valtaosa palveluista on keskittynyt Etelä-Suomeen suuriin kaupunkeihin. Psykoterapeutteja työskentelee useilla eri pohjakoulutuksilla. Muun muassa lääkäriin, psykologin, sosiaalityöntekijän, sairaanhoitajan ja teologin koulutuksen saaneita toimii psykoterapeutteina.

Tarkkoja tietoja julkisen sektorin omana toimintana tai ostopalveluna tuottamasta psykoterapiasta ei ole saatavilla. Hoitoon hakeutuvat potilasmäärät ovat kuitenkin kasvussa ja nykyisellään julkisen sektorin mahdollisuudet tarjota pitkäkestoista terapiaa omana toimintana ovat vähäiset.

<sup>3</sup> Stakes, Suomen virallinen tilasto, Terveys 2006, Tilastotiedote 30/2006, 28.11.2006 ja Stakes, Suomen virallinen tilasto, Terveys 2006, Tilastotiedote 17/2006, 5.10.2006

<sup>4</sup> Psykoterapiaa koskeva konsensuslausuma 18.10.2006. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia

## *Tekonivelet*

Kiireetöntä hoitoa koskevat perusteet kattavat kunkin erikoisalalan ennakolta suunnitellusta hoidosta merkittävän osan. Valtakunnallisia kiireettömän hoidon perusteita on laadittu muun muassa ortopediaan, korvataudeille sekä hammas- ja suusairauksiin. Osana hoitoa henkilölle asennetaan esimerkiksi lonkka-, polvi- tai kuuloimplantti. Kiireettömän hoidon perusteita on laadittu myös apuvälinepalveluille.<sup>5</sup> Tällaisia apuvälineitä ovat esimerkiksi raaja-amputoitujen proteesit tai kuulokojeet.

Vuonna 2005 Suomessa on Lääkelaitoksen ylläpitämän implanttirekisterin mukaan asennettu 7 646 lonkkanivelimplanttia ja 9 117 polvinivelimplanttia, nilkkaimplantteja 251, sekä lisäksi jonkin verran sorminiveliä ja olkanivelimplantteja. Vuonna 2005 tehtyjen uusintaleikkausten määrä oli 2 532.

### **2.1.5 Asiakasmaksut**

Kuntien vastuulle kuuluvista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluista voidaan periä maksuja siten kuin asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992) ja asetuksessa (912/1992) säädetään. Palvelujen käyttäjältä voidaan periä maksu silloin, jos palvelua ei ole lailla säädetty maksuttomaksi. Maksuttomista terveyspalveluista on säädetty asiakasmaksulain 5 §:ssä. Maksuttomuus voi perustua myös kunnan päätökseen.

Lääkärin vastaanottokäynneistä terveyskeskus voi periä kertamaksun tai vuosimaksun. Kertamaksu, joka on enintään 11 euroa kerralta, voidaan periä kolmelta käyntikerralta. Kalenterivuodessa kertamaksuja voidaan siis periä enintään 33 euroa. Vuosimaksu on enintään 22 euroa kalenterivuodessa. Lisäksi terveyskeskuksen päivystyskäynniltä voidaan periä enintään 15 euron suuruinen päivystysmaksu. Päivystysmaksu voidaan periä arkisin klo 20–8 välillä sekä lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä.

Terveyskeskuksessa ei peritä maksua neuvolakäynneistä, käynneistä terveydenhoitajan vastaanotolla tai laboratorio- tai röntgentutkimuksista.

Erikoissairaanhoidon tarkoitettaman sairaalan tai muun toimintayksikön ja terveyskeskuksen erikoislääkärijohtoisen sairaalan poliklinikalla hoidettavalta tai tutkittavalta voidaan periä enintään 22 € käynniltä sekä sama määrä arkisin 20.00–08.00 väliseltä ajalta, lauantaisin, sunnuntaisin ja pyhäpäivinä terveyskeskuksen ja sairaalan yhteisesti sairaalassa järjestetyn päivystyksen yhteydessä.

Päiväkirurgisesta toimenpiteestä voidaan periä sairaalan poliklinikkamaksun sijasta 72 euroa, jos toimenpide tehdään leikkaussalissa ja edellyttää yleisanestesiaa, laajaa puudutusta tai suonensisäisesti annettua lääkitystä. Jos henkilö jää komplikaation tai muun vastaavan syyn vuoksi hoitopaikkaan seuraavaan vuorokauteen, asiakkaalta voidaan periä lisäksi hoitopäivämaksu.

Hammashuollon perusmaksu on enintään 7 tai 11 euroa, minkä lisäksi tutkimuksesta ja hoidosta voidaan periä erillinen toimenpideluokituksen mukainen maksu (5–130 €/toimenpide). Näiden lisäksi oikomislaitteista ja hammasteknisistä kustannuksista

<sup>5</sup> Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, (STM Oppaita 2005:5)

sekä erikoismateriaaleista voidaan periä maksu todellisten kustannusten suuruisena. Alle 18 -vuotiaille hammashuolto on maksutonta.

Terveyskeskuksessa annetusta suun ja leukojen erikoissairaanhoidosta voidaan periä suun ja hampaiden tutkimuksen ja hoidon maksun sijasta enintään sairaalan poliklinikkamaksu tai päiväkirurgian maksu, mikäli tutkimuksen tai hoidon perusteena on asiakasmaksuasetuksen 9 a §:ssä mainittu tilanne.

Yksityislääkärin läheteellä tehtävästä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksesta, joihin ei liity muita hoitotoimenpiteitä tai tutkimuksia, voidaan periä palvelujen tuottamisesta aiheutuvat kustannukset.

Alle 18-vuotiaille terveyskeskuksen antamat avopalvelut ovat maksuttomia. Sen sijaan sairaalan poliklinikkakäynnistä peritään maksu myös alle 18-vuotiailta. Lääkärintodistus on terveyskeskuksessa maksuton silloin, kun todistus liittyy hoitokäyntiin. Maksua ei saa periä myöskään nuorison terveystodistuksesta, joka on koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon käyntien yhteydessä kerättyihin tietoihin perustuva terveystodistus.

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksuissa on vuosittainen maksukatto. Tällä hetkellä maksukatto on 590 euroa kalenterivuotta kohti. Maksukaton täytyttyä asiakas saa avohoidon palvelut pääsääntöisesti maksutta. Alle 18-vuotiaiden lasten asiakasmaksut otetaan huomioon huoltajan maksukatossa.

Maksukattoon lasketaan terveyskeskuksen avosairaanhoidon lääkäripalvelut, fysioterapia, sarjahoito, sairaalan poliklinikkamaksut, päiväkirurgian maksu sekä lyhytaikaisen laitoshoidon maksut niin terveydenhuollon kuin sosiaalihuollon laitoksissa. Maksukattoon ei lasketa mukaan esimerkiksi hammashoidon ja lääkärintodistusten maksuja, yksityislääkärin läheteellä tehtävien laboratorio- ja kuvantamistutkimusten maksuja eikä erikoismaksuluokan lisämaksuja.

## **2.1.6 Julkisen terveydenhuollon rahoitus**

### ***Kunnan järjestämien terveystalveluiden rahoitus***

Kunnilla on päävastuu asukkaitensa sosiaali- ja terveystalveluiden rahoittamisesta. Suomessa noudatetaan periaatetta, jonka mukaan julkisella vallalla on vastuu palveluiden järjestämisestä, palveluiden tulee olla kaikkien saatavilla ja ne kustannetaan pääasiassa verovaroin. Kuntien verorahoitus koostuu kuntien perimistä tai niille tilittävistä veroista ja valtionosuuksista.

Valtio ja kunnat osallistuvat kunnallisten palveluiden rahoitukseen kuntien valtionosuusjärjestelmän mukaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa yksittäisen kunnan valtionosuudet määräytyvät siten, että laskennallisista kustannuksista vähennetään kunnan omarahoitusosuus. Sosiaali- ja terveydenhuollon laskennalliset kustannukset määritellään erikseen sosiaali- ja terveydenhuollon määräytymisperusteiden perusteella. Määräytymisperusteita ovat kunnan asukasluku, ikärakenne, työttömyys, asukkaiden sairastavuus, vaikeasti vammaisten henkilöiden lukumäärä, lastensuojelun tarve, palvelu- ja jalostusaloilla toimivien osuus työllisestä työvoimasta sekä syrjäisyys. Kunnan omarahoitusosuudet ovat kaikissa kunnissa asukasta kohden yhtä suuret.



Kunnille myönnettävillä valtionosuuksilla on tarkoitus kompensoida palvelujen järjestämisen kuntakohtaisia palvelutarve- ja kustannuseroja. Kunnan verotuloihin perustuvalla valtionosuuden tasauksella puolestaan tasataan kuntien tulopohjassa olevia eroja. Sektorikohtainen valtionosuusprosentti kuvaa osuutta, jolla valtio ja kunnat rahoittavat palveluita koko maan tasolla.

Sektorikohtaisuudesta huolimatta valtionosuusjärjestelmään perustuva valtionrahoitus on kunnille korvamerkitsemätöntä rahaa, jonka käytöstä kunnan sisällä päättää kunta itse.

Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon käyttökustannukset olivat vuonna 2005 noin 14,4 miljardia euroa. Kuntien kokonaismenoista sosiaali- ja terveystoimen osuus oli yli 52 prosenttia. Sosiaali- ja terveystoimen kustannuksista suurin menoerä oli erikoissairaanhoidon, jonka osuus kaikista sosiaali- ja terveydenhuollon menoista oli 28 prosenttia.<sup>6</sup>

Sosiaali- ja terveyspalvelujen laskennallista valtionosuusprosenttia on nostettu viime vuosina. Vuonna 2007 se on 33,88. Palvelujen käyttäjiltä perittävien maksujen osuus kunnallisten sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden rahoituksesta oli vuonna 2005 noin 7,5 prosenttia. Pienin maksuosuus on erikoissairaanhoidossa (5 %). Palvelujen järjestämisestä aiheutuvien kustannusten kasvu on ollut nopeampaa kuin asiakasmaksutulojen kasvu. Asiakasmaksuja tarkistetaan lainsäädäntöä muuttamalla, eikä niissä ole automaattisesti otettu huomioon palvelujen tuottamiskustannuksissa tapahtuvaa kustannuskehitystä taikka palvelujen käyttäjien tulokehitystä. Viimeksi säädettyjä enimmäismaksuja on tarkistettu vuoden 2002 alusta lukien.<sup>7</sup>

### ***Terveydenhuoltomenot Suomessa***

(Lähde Stakes: Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2005)

Vuonna 2005 Suomen terveydenhuoltomenot, sekä sairausvakuutus että julkinen terveydenhuolto mukaan lukien, olivat 11,9 miljardia euroa. Tämä oli 637 miljoonaa euroa enemmän kuin edellisellä vuonna. Inflaatio huomioon ottaen kokonaismenot nousivat 2,7 prosenttia eli 307 miljoonaa euroa. Asukasta kohden menot olivat 2 255 euroa.

Julkisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista oli yhteensä 77,8 prosenttia. Tämä oli 0,6 prosenttiyksikköä vähemmän kuin edellisellä vuonna. Yksityisen rahoituksen osuus terveydenhuoltomenoista oli vuonna 2005 kaikkiaan 22,2 prosenttia. Kotitaloudet rahoittivat 17,8 prosenttia ja muun yksityisen rahoituksen eli työnantajien, sairauskassojen ja yksityisen vakuutuksen osuus oli yhteensä 4,5 prosenttia.

Suurin terveydenhuoltomenojen rahoittaja oli kunnat, joiden osuus rahoituksesta oli 40,4 prosenttia. Valtion osuus terveydenhuollon rahoituksesta jatkoi kasvuaan ja oli 20,7 prosenttia. Kelan rahoitusosuus laski hieman edellisestä vuodesta ja oli 16,6 prosenttia vuonna 2005.

<sup>6</sup> Tilastokeskus, kuntien ja kuntayhtymisen toimintatilasto 2005

<sup>7</sup> Sosiaali- ja terveydenhuollon maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö (STM julkaisuja 2005:10)

## **2.1.7 Kunta- ja palvelurakennemuudistus**

Kunta- ja palvelurakennemuudistuksella (PARAS-hanke) on mahdollisesti vaikutuksia julkisen terveydenhuollon järjestämistä varten kuuluvien palvelujen tuottamistapoihin. Uudistuksen lähtökohta on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä yhteistyön ja väestöpohjan vahvistaminen palvelujen järjestämisessä. Palvelujen tuottamista ei ole tarkoitus keskittää, vaan lähipalvelut pyritään turvaamaan.

Sosiaalisten perusoikeuksien varmistaminen ja edistäminen on uudistuksen lähtökohta. Laadukkaat palvelut, väestön terveys ja hyvinvointi tulee turvata asuinpaikasta riippumatta. Tavoitteet pyritään saavuttamaan kuntarakennetta ja rahoituspohjaa vahvistamalla, kuntien yhteistyötä tiivistämällä sekä palvelurakennetta järjeistämällä ja palveluverkon kattavuutta varmistamalla.

Uudistuksen perustana oleva puitelaki velvoittaa perusterveydenhuollon ja osan sosiaalihuoltoa järjestettäväksi kaikissa kunnissa vähintään noin 20 000 asukkaan väestöpohjalle. Kunnat valitsevat itse tavan saavuttaa riittävä väestöpohja laissa tarkoitettulla yhteistoiminta-alueella.

Sosiaali- ja terveydenhuollon laajaa väestöpohjaa edellyttävät tehtävät kootaan yhden alueellisen organisaation velvoitteeksi. Uudistuksen perustana olisi sairaanhoitopiirijako. Laajaa väestöpohjaa edellyttävien palvelujen turvaamiseksi maa jaetaan erikoissairaanhoidolaissa lueteltuihin kuntayhtymiin. Kunnan tulee kuulua yhteen kuntayhtymään. Kuntayhtymän tulee kunnan osoittamassa laajuudessa vastata palveluista, joista säädetään erikoissairaanhoidolaissa ja kehitysvammaisten erityishuollosta annetussa laissa (519/1977). Kunnat voivat antaa kuntayhtymälle lailla säädettyjen tehtävien lisäksi myös muita tehtäviä. Uudella toiminta-alueella on erityinen velvollisuus edistää alueellaan terveyden, toimintakyvyn ja sosiaalisen turvallisuuden huomioon ottamista.

## **2.2. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutus**

### **2.2.1 Sairaanhoitovakuutuksen periaatteet**

Julkista terveydenhuoltoa täydentää lakisääteinen sairausvakuutus. Suomessa vakituisesti asuva henkilö on vakuutettu sairausvakuutuslain (SVL; 1224/2004) mukaisesti ja hänellä on oikeus sairausvakuutuskorvauksiin. Asuminen katsotaan vakituiseksi, jos henkilön varsinainen asunto ja koti on Suomessa ja hän oleskelee pääasiallisesti täällä.

Sairausvakuutuslain tarkoituksena turvata vakuutetun oikeus korvaukseen tarpeellisesta sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä.

Kansaneläkelaitoksen maksamien sairaanhoitokorvausten osuus (lääkkeiden korvaukset mukaan lukien) osuus julkisista terveydenhuollon kustannuksista on noin 17 %.

Taulukko 3. Sosiaalimenojen jakautuminen Suomessa 2006 ( milj. €)

Sosiaalimenot Suomessa (arvio, STM)	43 360
Julkiset terveydenhuoltomenot (vuonna 2004, Stakes)	8 609
Kansaneläkelaitoksen sosiaalimenot	10 472
Sairausvakuutusmenot	3 215
Sairaanhoitokorvaukset	1 497
Lääkärin- ja hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvaukset	215

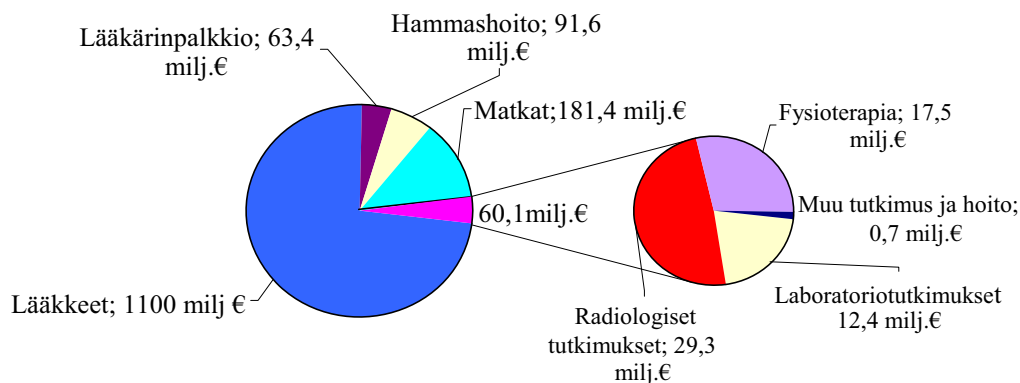
## 2.2.2 Sairausvakuutuksesta korvattavat palvelut

### *Yleistä*

Sairausvakuutus korvaa osan yksityisen terveydenhuoltopalveluiden käyttämisestä vakuutetulle syntyneistä kustannuksista. Vakuutetulla on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden, raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista. Vakuutetulle sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan siltä osin kuin ne tarpeettomia kustannuksia välttämällä, vakuutetun terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisivat tulleet vakuutetulle maksamaan. Tarpeellisena sairaanhoitona pidetään yleisesti hyväksytyn, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei sairaanhoitovakuutuksen mukaan korvata lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa.

Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin, hammaslääkärin tai erikoislääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Myös lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito on korvattavaa, kun tutkimuksen on tehnyt tai hoidon on antanut muu terveydenhuollon ammattihenkilö tai kun toimenpide on tehty yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä. Muulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä tarkoitetaan sairaanhoitajaa, terveydenhoitajaa, kättilää, fysioterapeuttia, laboratoriohoitajaa, erikoishammasteknikkoa ja psykologia, jolle Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on myöntänyt oikeuden harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä.

Kuva 1. Sairaanhoidokorvausten jakaantuminen vuonna 2006



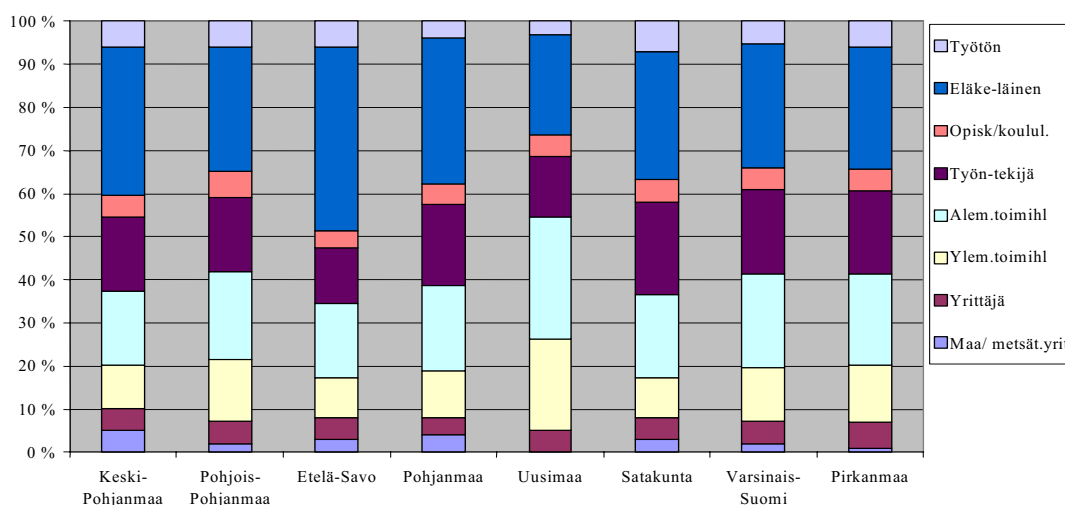
Vuonna 2006 sairaanhoidokorvauksia maksettiin yhteensä 1 497 miljoonaa euroa. Korvausten jakautuminen näkyy kuvasta 1. Lääkäriin tai hammaslääkäriin määräämä tutkimus ja hoito jakaantuu kuuteen korvauslajiin, joista korvaukset olivat yhteensä 60,1 miljoonaa euroa. Muista korvauslajeista poiketen korvataan myös julkisessa terveydenhuollossa toimessa olevan lääkärin määräämiä lääkkeitä ja fysioterapiaa.

### **Lääkäriin antamat palvelut**

Lääkäriin suorittama tutkimus epäillyn sairauden toteamiseksi tai poissulkemiseksi ja hoidon määrittämiseksi on korvattavaa. Lääkäripalkkio jakautuu aikaperusteisiin vastaanottokäynteihin ja lääkärin suorittamiin toimenpiteisiin. Samalla käyntikerralla korvataan vain joko vastaanoton tai toimenpiteen kustannuksia. Joitakin toimenpiteitä Kansaneläkelaitos korvaa vain poikkeustapauksissa erikseen määriteltyjen lääketieteellisten edellytysten täytyessä. Tällaisia ovat muun muassa plastiikkakirurgiset toimenpiteet tai silmän taittovirheen korjausleikkaukset. Korvausta ei makseta rokotusten tai terveystarkastusten kustannuksista eikä tutkimuksista, jotka on tehty lääkärintodistuksen antamiseksi ajokorttia, oppilaitokseen pyrkimistä, työhöntulotarkastusta tai eläkkeen hakemista varten.

Vuonna 2006 lääkäriin käynnistä sai korvauksia yhteensä 1,5 miljoonaa vakuutettua. Luku on pysynyt samana vuodesta 2001 lähtien. Korvausten saajien määrät jakautuvat sairaanhoitopiireittäin siten, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella noin 500 000 vakuutettua sai korvausta, Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirien alueilla noin 150 000-160 000. Vähiten saajia oli Ahvenanmaalla, 4 000 ja Itä-Savossa 13 000. (Liite 1)

Kuva 2. Korvausten jakautuminen sosioekonomisen aseman mukaan kahdeksassa sairaanhoitopiirissä vuonna 2000



Kuvassa 2 on kuvattu neljä sairaanhoitopiiriä, joiden asukkaat saivat eniten korvauksia (Uusimaa, Varsinais-Suomi, Pirkanmaa ja Satakunta) ja neljä sairaanhoitopiiriä, joiden asukkaat saivat vähiten korvauksia lääkärinpalkkiosta (Pohjanmaa, Keski-Pohjanmaa, Etelä-Savo, Pohjois-Pohjanmaa).

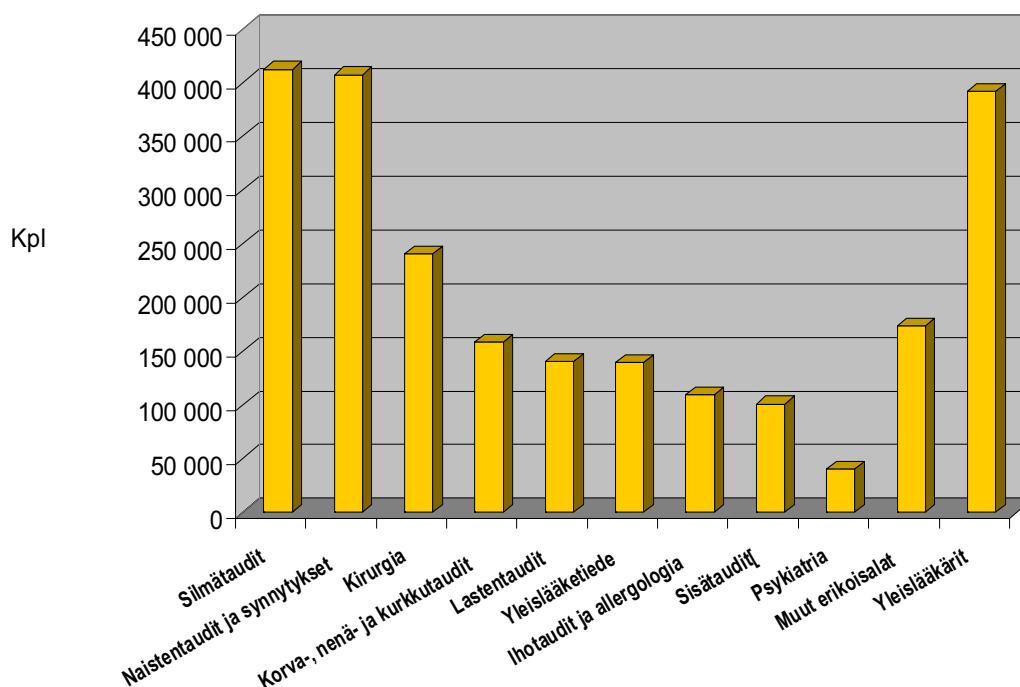
Eläkeläisten osuus lääkärinpalkkiokorvausten saajista oli suurin Etelä-Savossa ja muissakin sairaanhoitopiireissä noin 30 % lukuun ottamatta Uusimaata, jossa eläkeläisten osuus oli vähäisempi. Alemmien ja ylemmien toimihenkilöiden sekä opiskelijoiden ja yrittäjien osuudet korvausten saajista olivat kaikissa ko. sairaanhoitopiireissä suunnilleen samanlaiset. Vaikka joidenkin sosioekonomisten ryhmien edustajien määrät kuvaavat heidän jakaantumistaan maan sisällä, osoittaa kuva myös sen, että eri puolilla Suomea useimmat eri sosioekonomisten ryhmien edustajat käyttävät yksityisiä lääkäripalveluja asuinpaikastaan riippumatta.

Sairaanhoitokorvauksia lääkärissä käynnistä saaneita oli 431 kunnassa vuonna 2006. Eniten korvausta (yli 12,8 €) asukasta kohti saavat asuivat pääkaupunkiseudulla, Turun, Tampereen, Porin ja Kotkan seuduilla. Vähiten lääkärinpalkkiosta korvausta saaneita (alle 4,9 €) oli joissakin Lapin kunnissa ja Pohjanmaalla. (Liite 2. Sairaanhoitokorvaukset yksityislääkärin palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006).

Vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan eläkeläisistä 44 %, alemmista ja ylemmistä toimihenkilöistä 34 – 35 %, yrittäjistä 33 % ja työntekijöistä 23 % sekä työttömistä 22 % oli saanut korvauksia lääkärissä käynnistä. Sekä suomenkielisistä että ruotsinkielisistä vakuutetuista lääkärinpalkkiokorvauksia sai 31 % ja muunkielisistä vakuutetuista 12 %. Kolmannes lääkärissä käynnistä korvauksia saaneista asui kaupunkimaisissa kunnissa, 28 % asui taajaan asutuissa ja neljännes asui maaseutumaisissa kunnissa.<sup>8</sup>

<sup>8</sup> Tiedot: Kela Tutkimusosasto ja tilastokeskus

Kuva 3. Lääkäripalkkiosta korvausta saaneet erikoisalalan mukaan 2005



Vuonna 2005 lääkäripalkkiosta korvausta saaneesta 1,5 miljoonasta vakuutetusta 87 % käytti erikoislääkäriä palveluja. Lääkäripalkkiokorvaukset olivat 62 miljoonaa euroa, josta erikoislääkäripalkkiosta maksetut korvaukset olivat 55 miljoonaa euroa. Silmätautien ja naistentautien palkkiosta sai korvausta 820 000 vakuutettua. Lääkäripalkkiokorvauksista erikoislääkärien palkkioiden korvauksia oli 89 % ja silmätautien ja gynekologien palkkioiden korvauksia 29 %. Sairaanhoidopiireittäin yleis- ja erikoislääkäriä käyneistä korvausta saaneet ilmenevät liitteestä 3.

Vuonna 2006 korvattiin 3,4 miljoonaa vastaanottokäyntiä ja lääkärin suorittamaa toimenpidettä yhteensä. Korvaukset olivat yhteensä 63,4 miljoonaa euroa. Korvaustaso oli 27,5 %. Keskimääräinen vakuutetun maksama kustannus erikoislääkäriä käynnistä oli 66,6 euroa ja korvaus 30,6 euroa.

Lääkäripalkkiosta korvausta saivat naiset miehiä enemmän lukuun ottamatta alle 14-vuotiaita, joista pojat saivat korvauksia tyttöjä enemmän. Naisista 973 000 ja miehistä 551 000 sai korvausta. (Liite 4. Lääkäripalkkiosta korvauksia saaneet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006.)

### ***Hammaslääkärin antamat palvelut***

Sairaanhoitona korvataan hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätön hoito. Korvausta ei makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista. Hammaslääkärin suorittamalla suun ja hampaiden tutkimuksella tarkoitetaan hammaslääketieteellistä tutkimusta, taudinmäärittystä ja siihen liittyvää hoidon suunnittelemista. Hammaslääketieteellisen tutkimuksen korvaamista koskeva rajoitus ei koske rintamaveteraaneja eikä miinanraivaajia.

Rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille korvataan rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta annetun lain (678/1992) perusteella hammaslääkärin tai erikoishammasteknikon suorittamaa protetiikan kliinistä ja teknistä työtä. Implanttivalmisteiden kustannuksista ei kuitenkaan makseta korvausta.

Erikoishammasteknikko voi tehdä koulutuksensa mukaisesti kokoproteesin valmistus- ja huoltotyön. Kokoproteesin valmistus ja huoltotyö korvataan rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille hammaslääkärin suorittaman suun tutkimuksen ja hänen antamansa läheteen perusteella. Lähetä on voimassa kaksi vuotta. Kokoproteesihoidon kustannuksia korvataan myös julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan hammaslääkärin läheteellä. Vuonna 2006 protetiikkaan liittyvästä työstä korvattiin 6 442 rintamaveteraanille 24 00 toimenpiteestä yhteensä 1,8 miljoonaa euroa. Korvaukseen oikeutetuille syntyneet kustannukset olivat 3,1 miljoonaa euroa ja korvaustaso oli 56,6 %.

Suuhygienistin antama hoito korvataan hammaslääkärin toimenpidetaksan mukaisesti hammaslääkärin työnä. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan suuhygienistin antamasta hoidosta ei makseta korvausta.

Vuonna 2006 hammashoidon toimenpiteitä korvattiin yli viisi miljoonaa. Korvaustaso oli 33,6 %. Korvauksia maksettiin 91,6 miljoonaa euroa. Keskimääräinen vakuutetun maksama kustannus hammaslääkärissä käynnistä oli 270 euroa ja korvaus 90 euroa. Rintamaveteraaneista noin 17 000 sai hammashoidon korvauksia yhteensä 3,2 miljoonaa euroa.

Korvausten saajien määrät jakautuvat sairaanhoitopiireittäin siten, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella noin 340 000 vakuutettua sai korvausta, Varsinais-Suomen alueella 113 000 ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueilla noin 99 000. Vähiten saajia oli Itä-Savossa, 6 500 ja Keski-Pohjanmaalla 7 200. (Liite 1).

Naiset saavat hammashoidon korvauksia miehiä enemmän kaikissa ikäluokissa lukuun ottamatta alle 14-vuotiaita, joiden osuus korvauksista on vähäinen. Eniten korvauksia maksettiin 40–64-vuotiaille. Hammashoidosta sai korvausta miljoona vakuutettua vuonna 2006 (Liite 5. Hammashoidon korvauksia saaneet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006)

Hammashoidosta saatiin korvausta 429 kunnassa vuonna 2006. Yli 10 euroa asukasta kohti korvausta saaneita asui 255 kunnassa. (Liite 6. Sairaanhoitokorvaukset yksityishammaslääkärin palkkiosta asukasta kohti kunnittain 2006)

### ***Lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito***

Lääkärin määräämät tutkimukset ja hoidot korvataan, jos ne on määrätty sairauden hoidon vuoksi tai ne ovat olleet tarpeellisia mahdollisen sairauden toteamiseksi. Myös hammaslääkärin määräämä radiologinen tutkimus tai laboratoriotutkimus korvataan. Samalla kertaa määrätty tutkimus tai hoito korvataan enintään 15 tutkimus- tai hoitokerralta edellyttäen, että tutkimus on suoritettu tai hoito annettu vuoden kuluessa määräyksen antamisesta.

Kun vakuutettu käy yksityislääkärin läheteellä tutkimuksissa julkisessa terveydenhuollossa, hän maksaa asiakasmaksuasetuksen mukaisen maksun eikä kustannuksista makseta sairausvakuutuskorvausta. Vakuutetulla on kuitenkin oikeus korvaukseen vaikka yksityissektorin asiakkaan laboratorionäyte on otettu terveyskeskuksessa jos näyte on lähetetty analysoitavaksi yksityiseen laboratorioon, joka laskuttaa asiakasta. Korvaus maksetaan myös, jos yksityinen palvelujen tuottaja perii asiakkaalta maksun julkiselta sektorilta hankkimistaan palveluista kuten esimerkiksi laboratoriotutkimuksista.

Lääkärin / hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvauslajit ovat:

1. Radiologiset tutkimukset: natiiviröntgentutkimukset, varjoainetutkimukset, tietokonetomografiat, ultraäänitutkimukset ja magneettitutkimukset sekä radiologiset toimenpiteet.
2. Laboratoriotutkimukset: kliinisen kemian, hematologian, mikrobiologian, kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian tutkimukset sekä patologian alaan kuuluvat laboratoriotutkimukset.
3. Sairaanhoitotoimenpiteet: sairaanhoitajan antama aikaperusteinen hoito, valohoito ja lymfaterapia tietyin ehdoin
4. Psykologin tutkimukset: älykkyyden, kehitystason ja persoonallisuuden tutkimukset
5. Fysioterapia: terapeutin käsittely, muu fysikaalinen hoito ja lymfaterapia tietyin ehdoin
6. Sytostaattihoidot

Lääkärin määräämänä korvataan myös psykologin tekemiä älykkyyden, kehitystason ja persoonallisuuden tutkimuksia. Tutkimuksista runsas kolmannes kohdistuu alle 15-vuotiaisiin.

Vuonna 2006 tutkimuksista tai hoidosta sai korvauksia yhteensä 895 200 vakuutettua. Korvausprosentti oli 31,7.



Taulukko 4. Tutkimusten ja hoitojen lukumäärät ka korvaukset korvauslajeittain.

Korvauslaji	Tutkimusten lkm	Korvaus milj. €
Radiologiset tutkimukset	608 000	25,6
Laboratoriotutkimukset	1 318 000	12,0
Sairaanhoitotoimenpiteet	88 000	0,5
Psykologin tutkimukset	3 500	0,1
Fysioterapia	2 063 000	17,0
Sytostaattihoidot ja muut	690	0,3
<b>Yhteensä</b>	<b>4 081 000</b>	<b>55,5</b>

Vuonna 2006 tutkimuksista tai hoidoista sai korvauksia yhteensä 895 000 vakuutettua. Saajien määrä on noussut hiljalleen siten, että vuonna 2000 se oli 740 000. Korvausten saajien määrät jakautuvat sairaanhoitopiireittäin siten, että Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella noin 300 000 vakuutettua sai korvausta, Varsinais-Suomen alueella 92 000 ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueilla noin 87 000. Vähiten saajia oli Ahvenanmaalla, 5 400 ja Itä-Savossa 7 000. (Liite 1).

Naisia oli korvausten saajista enemmistö, 580 000 ja miehiä 315 000. Eniten korvauksia saivat 40–59-vuotiaat naiset. (Liite 7. Lääkäri/hammaslääkäriin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvausten saajat iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006.)

Sairaanhoitokorvauksia tutkimuksesta ja hoidosta saatiin korvauksia 431 kunnassa vuonna 2006. Yli 10,8 euroa asukasta kohti korvausta saaneita asui 144 kunnassa. Kaikissa kunnissa oli korvausta saaneita. (Liite 8. Sairaanhoitokorvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta asukasta kohti kunnittain 2006).

Vuonna 2000 tehdyn selvityksen mukaan tutkimuksista ja hoidoista korvauksia saaneista asui kaupunkimaisissa kunnissa 20 %, taajaan asutuissa kunnissa 13 % ja maaseutumaisissa kunnissa 10 %. Eläkeläisistä sai tutkimuksen ja hoidon korvauksia 23 %, alemmista ja ylemmistä toimihenkilöistä 21 %, yrittäjistä 19 % ja työntekijöistä 11 % sekä työttömistä 9 %. Suomenkielisistä vakuutetuista sai korvauksia 16 % ja ruotsinkielisistä 18 % sekä muunkielisistä 6 %.<sup>9</sup>

<sup>9</sup> Tiedot: Kela Tutkimusosasto ja tilastokeskus

## *Fysioterapia*

Fysioterapiaa annetaan perusterveydenhuollossa, kuntoutuksena, työterveyshuollossa, erikoissairaanhoidossa ja myös sosiaalialalla. Sairausvakuutuslain perusteella vakuutetulla on oikeus saada korvausta yksityisessä terveydenhuollossa annetusta tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksista. Tarpeellisenä fysioterapiana pidetään yleisesti hyväksytyä, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Lääkärin määräämänä fysioterapiana korvataan terapeutin käsittely ja muu fysikaalinen hoito edellyttäen, että hoidon on antanut fysioterapeutti tai hoito on annettu yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa tarkoitettua fysioterapiapalveluja tuottavassa terveydenhuollon toimintayksikössä. Fysioterapian kuten muunkin lääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon tulee perustua potilaan esitietoihin ja lääkärin tekemään kliiniseen tutkimukseen. Fysioterapiaa määrätessään lääkäri merkitsee tutkimus- ja hoitomääräyslomakkeelle hoidon valintaan vaikuttavat sairaudet, päädiagnoosista ICD-10-koodin, fysioterapian kohteet, hoidon tavoitteet ja vasta-aiheet sekä suosituksen hoitokertojen tiheydestä.

Saman määräyksen perusteella korvataan enintään 15 tutkimus- tai hoitokertaa, jos tutkimus on suoritettu tai hoito annettu vuoden kuluessa määräyksen antamisesta. Saman määräyksen perusteella tehtyjen toimenpiteiden yhteenlaskettujen taksojen tai perittyjen palkkioiden, jos ne ovat taksaa matalammat, summasta korvataan 75 %. Ennen korvauksen laskemista kustannuksesta vähennetään kiinteä omavastuuosuus. Fysioterapian hoitosarjasta vähennetään erikseen kiinteä omavastuu, vaikka samalla kertaa olisi määrätty myös muuta tutkimusta tai hoitoa.

Fysioterapiaa korvataan tavallisimmin hoitosarjoina, joihin kuuluu useita käyntikertoja. Yleisimmin hoitosarja käsittää 1–10 käyntiä. Vuonna 2006 korvattiin 212 000 hoitosarjaa, joissa oli alle 11 käyntiä ja 35 000 hoitosarjaa, joissa oli enemmän kuin 10 käyntiä. Hoitosarjoihin sisältyy yksi tai useampi fysioterapian toimenpide. Tavallisimmin hoitosarjassa toteutetaan vain yhtä toimenpidettä.

*Taulukko 5. Fysioterapian toimenpiteiden määrät, korvaukset ja hoidon saajat vuosina 2001 – 2006. Korvaukset ovat vuoden 2006 rahana.*

<b>Vuosi</b>	<b>Toimenpiteiden määrät, milj. kpl</b>	<b>Korvaukset milj. €</b>	<b>Hoidon saajat</b>
2001	2,28	19,9	190 021
2002	2,23	19,2	190 955
2003	2,23	19,0	192 145
2004	2,22	18,8	193 537
2005	2,06	17,3	185 896
2006	2,12	17,5	197 902

Vuonna 2006 korvattiin 2,12 miljoonaa fysioterapian toimenpidettä. Korvaukset olivat yhteensä 17,5 miljoonaa euroa ja korvausprosentti oli 26,3. Hoidon saajia oli 197 902. Työpaikkakassat maksoivat fysioterapian korvauksista 1,35 miljoonaa euroa. Vakuutetuille fysioterapiasta aiheutui yhteensä 66,7 miljoonan euron kustannukset.

Työterveyshuoltona fysioterapiakäyntejä korvattiin korvausluokassa II vuonna 2002 yhteensä 396 826 toimenpidettä, vuonna 2003 yhteensä 378 437 toimenpidettä ja vuon-

na 2004 yhteensä 406 676 toimenpidettä. Työterveyshuollon fysioterapian korvauskustannukset olivat vuonna 2004 yhteensä 16,49 miljoonaa euroa (ennakkotieto).

Fysioterapian taksa määräytyy Kelassa määriteltyjen tutkimus- ja hoitotoimenpidekoodien perusteella. Korvattavat toimenpiteet jakautuvat potilaan tutkimukseen ja neuvontaan, fysioterapeuttisiin hoitoihin ja nimikekohtaisiin fysikaalisiin hoitoihin. Eniten korvataan yksilöllistä terapeuttista harjoittelua sekä siihen liittyvää hierontaa ja fysikaalista hoitoa, jonka taksa määräytyy hoitoon käytetyn ajan mukaan. Lymfaterapiaa korvataan poikkeustapauksissa. Ihosairauksien valohoitoa korvataan sairaanhoitotoimenpiteenä samalla tavalla kuin sairaanhoitajan antamana. Akupunktiohoitoa ei korvata fysioterapeutin antamana.

Suurin osa, 39 %, korvattavasta fysioterapiasta kohdistuu niska- ja hartiaseudulle. Selkään kohdistuu 28 %, niveliin 15 % ja muuhun kuin edellä mainittuihin kohteisiin 18 %.

*Taulukko 6. Fysioterapiaa määränneiden lääkäreiden toimipaikka vuonna 2006*

<b>Lääkärin toimipaikka</b>	<b>Määräyskerta</b>	<b>Määräyskerta %</b>
Terveyskeskus	83 450	37
Erikoissairaanhoito	13 557	6
Työterveyshuolto	59 781	27
Kuntoutuslaitos	4 971	2
Yksityislääkäri	52 528	23
Muu	10 118	5
<b>Yhteensä</b>	<b>224 405</b>	<b>100</b>

Muun tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvaamisesta poiketen fysioterapiaa korvataan myös julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin läheteellä.<sup>10</sup> Yhteensä fysioterapiaa oli määrännyt 10 602 lääkärinä.

Suurimmat korvaukset asukasta kohti on maksettu Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Savossa, Kainuussa ja muutamassa Lapin kunnassa asuville vakuutetuille. Pääkaupunkiseudun kunnissa asuvat vakuutetut ovat saaneet vähiten korvauksia asukasta kohti (Liite 9. Sairaanhoitokorvaukset fysioterapian palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006)

Lääkärin merkitsemät, eniten käytetyt ICD-10-koodit vuonna 2006 olivat M54 (selkäsärky), M53 (muualla luokitattomat muut selkäsairaudet) ja G44 (muut päänsärkyoireyhtymät). Nämä diagnoosit kattoivat 56 % kaikista määräyksissä ilmoitetuista sairauksista. Kaikista vuonna 2006 annetuista fysioterapian määräyksistä ICD-10-koodi oli merkitty 92 000:een.

Fysioterapian korvaaminen osana terveydenhuoltoa on EU-maissa varsin tavanomaista. EU-maissa fysioterapiaa tai siihen rinnastettavaa fysikaalista hierontaa korvataan verorahoitteisesti tai vakuutus-perusteisesti EU-maissa ainakin Italiassa, Islannissa, Kreikassa, Norjassa, Espanjassa, Ranskassa, Irlannissa, Tanskassa, Belgiassa, Ruotsissa ja Isossa-Britanniassa. Korvattava fysioterapia voi olla valtiosta riippuen potilaalle joko kokonaan ilmaista, kuten Isossa-Britanniassa. Potilas voi joutua joissakin maissa maksamaan

<sup>10</sup> Lähetekäytännöstä tarkemmin kappaleessa 2.2.3.

osan hoidosta. Annettavan fysioterapian määrässä voidaan soveltaa myös määrällistä tarveharkintaa siten, että potilaalle korvataan vuositasolla fysioterapiaa tietty määrä käyntikertoja.

### ***Psykoterapia***

Psykoterapiaa korvataan kahden eri lain, sairausvakuutuslain ja Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista annetun lain (566/2005), perusteella. Sairausvakuutuksesta korvataan lääkärin antamaa psykoterapiaa. Psykoterapia korvataan 200 käyntikertaan saakka ilman erillistä lääkärinlausuntoa. Jos käyntien määrä 200 käynnin täyttymisen jälkeen on enemmän kuin 50 kertaa vuodessa, asia käsitellään Kelassa toimivassa pitkäaikaisen psykoterapian korvaamista käsittelevässä asiantuntijaryhmässä. Asiantuntijaryhmä antaa suosituksen hoidon korvaamisesta esitetyn lääkärinlausunnon perusteella.

Kuntoutuksena korvataan lääkärin antaman psykoterapian lisäksi myös psykologin tai muun psykoterapeuttisen koulutuksen saaneen henkilön antamaa psykoterapiaa. Jos terapian antajana on lääkäri, voi asiakas saada sairausvakuutuskorvauksen lisäksi myös kuntoutuskorvauksen. Tällöin Kelassa tehdään kaksi erillistä korvauspäätöstä, mikä aiheuttaa ylimääräistä työtä sekä terapeutille että Kelalle.

Lääkärin antamaa yksilöterapiaa on korvattu sairausvakuutuksesta alla olevan taulukon 7 mukaan. Vuonna 2006 lääkärin antamaa yksilöpsykoterapiaa korvattiin lähes 126 000 terapiakertaa ja kertakustannus oli 64 euroa. Pari/perhepsykoterapiaa korvattiin 911 terapiakertaa ja kustannus oli 88,2 euroa. Ryhmäterapiaa korvattiin 2 158 terapiakertaa ja kustannus potilasta kohti oli 40,4 euroa.

*Taulukko 7. Yksilöpsykoterapian korvaaminen sairausvakuutuksesta vuosina 2000–2006.<sup>11</sup>*

	<b>Käynnit/hoitokerrat lukumäärä</b>	<b>Kustannukset (milj. euroa)</b>
2000	152 220	4,63
2001	146 701	4,46
2002	146 120	4,48
2003	147 626	4,53
2004	133 986	4,11
2005	118 883	3,58
2006	126 674	3,87

<sup>11</sup> Noin kolmasosalla korvausta saaneista on voimassa oleva kuntoutuspäätös ja heille korvataan psykoterapian kustannuksia myös kuntoutuksena.

### *Psykoterapia kuntoutuksena*

Harkinnanvaraisena kuntoutuksena eli eduskunnan vuosittain päättämän rahamäärän puitteissa psykoterapiaa tuetaan lähes 20 miljoonalla eurolla. Psykoterapiaa tuetaan kuntoutuksena henkilöille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Tavoitteena on työ- tai opiskelukykyyn parantaminen ja palauttaminen ja sen seurauksena työelämässä pysyminen tai työhön paluu. Psykoterapiaa saa vuosittain noin 10 000 kuntoutujaa. Psykoterapian saajat jaetaan kahteen ryhmään iän ja psykoterapiakorvauksen suuruuden perusteella.

Nuorten kohderyhmään kuuluvat 16–25 -vuotiaat. Psykoterapiakorvaus vaihtelee 52,14–60,55 euron välillä terapeutin koulutuksesta riippuen. Nuorten omavastuu ei ole suuri. Vuonna 2006 yhteensä 3 625 nuorta sai Kelan kuntoutuksena korvattua psykoterapiaa.

Aikuisten kohderyhmään kuuluvat 26–64 -vuotiaat. Psykoterapiakorvaus vaihtelee 37–45,41 euron välillä terapeutin koulutuksesta riippuen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että aikuiset maksavat itse jokaisesta käyntikerrasta yli 20 euroa. Jos kaikki myönnetty terapiakerrat toteutuvat, ovat omavastuut kolmen vuoden kuntoutusprosessin aikana kerran viikossa toteutuvassa terapiassa keskimäärin 2 900 euroa ja kaksi kertaa viikossa toteutuvassa terapiassa 5 900 euroa. Vastaavan pituisessa terapiassa Kelan enimmäiskorvausosuus vaihtelee kertaviikkoisessa terapiassa 4 400 eurosta 5 448 euroon ja kaksi kertaa viikossa tapahtuvassa terapiassa 8 800 eurosta 10 896 euroon. Enimmäiskorvaus vaihtelee terapeutin koulutustason mukaan. Vuonna 2006 yhteensä 7 515 aikuista sai Kelan kuntoutuksena korvattua psykoterapiaa.

*Taulukko 8. Kuntoutuksena psykoterapiaa saaneet ja Kansaneläkelaitoksen kustannukset*

<b>Vuosi</b>	<b>Kaikki psykoterapian saajat</b>	<b>16–25-vuotiaat saajat</b>	<b>Kustannukset milj. €</b>
2000	7 030	265	10,67
2001	8 265	1 390	12,34
2002	10 625	3 658	17,23
2003	10 309	4 669	20,50
2004	9 245	4 055	14,10
2005	9 142	3 343	13,49
2006	11 140	3 625	16,99

Valtaosa Kelan korvaamasta psykoterapiasta on ollut pidempikestoista eli enintään 3 vuotta kestävää terapiaa. Käyntitiheys pidempikestoisessa terapiassa on 1–2 kertaa viikossa kahden vuoden ajan ja 1 kerta viikossa kolmannen vuoden ajan. Vuodesta 2006 alkaen on korvattu myös lyhytkestoista terapiaa. Lyhytkestoista terapiaa myönnetään vuoden ajaksi enintään 25 kertaa. Terapia voi olla kertaviikkoista tai harvemmin tapahtuvaa. Käytännössä lyhytterapiaa saavien määrä on toistaiseksi ollut vain prosentin luokkaa kaikista terapian saajista.

Psykoterapian tarve on jatkuvasti suurempi kuin Kelalle myönnetyllä rahamäärällä voidaan toteuttaa. Käytännössä tätä epäsuhtaa on pyritty pienentämään määrittämällä Kelan kuntoutuksen kohderyhmä, kuten edellä on esitetty. Tämä rajaa merkittävän osan tarvitsijoita Kelan tukeman psykoterapian ulkopuolelle. Vuonna 2006 Kela joutui hylkäämään vakuutusalueesta riippuen 1–10 % nuorten hakemuksista ja 8–25 % aikuisten hakemuksista, koska he eivät täytenä myöntökriteereitä. Jos julkisen terveydenhuollon psykoterapiapalvelujen tarjonta ei lähivuosina merkittävästi lisäännä, paine Kelan kuntoutukseen kasvaa ja hylkäysosuudet tulevat nykyisellä rahoitustasolla lisääntymään. Kuntien perusvastuusta huolimatta, Kelasta on tilastojen valossa tullut maamme tärkein psykoterapian tukija<sup>12</sup>.

### 2.2.3 Lähetekäytäntö

Lääkärin määräämät tutkimus- ja hoitotoimenpiteet korvataan, jos ne on määrätty sairauden hoidon vuoksi tai ne ovat olleet tarpeellisia mahdollisen sairauden toteutumisesta. Vakuutetulle korvataan erikoislääkärinpalkkiosta, kun hän on hakeutunut suoraan erikoislääkärille. Sekä yleis- että erikoislääkärin määräämät tutkimuksen ja hoidon kustannuksista maksetaan korvausta.

Sairausvakuutus korvaa osan yksityislääkärin määräämien laboratoriotutkimusten, radiologisten tutkimusten, sairaanhoitotoimenpiteiden, sytostaattihoidon, fysioterapian ja psykologin tutkimusten kustannuksista. Yksityishammaslääkärin määräämät, hänen toimialaansa kuuluvat laboratorio- ja radiologiset tutkimukset ovat myös korvattavia.

Fysioterapiaa ja ihosairauksien valohoidon kustannuksia korvataan myös, jos julkisessa terveydenhuollossa toimiva lääkäri on lähetteen kirjoittamalla ohjannut vakuutetun hakeutumaan hoitoon yksityiselle palvelujen tuottajalle ja vakuutettu on maksanut hoidosta yksityiselle palvelujen tuottajalle. Fysioterapiaa oli korvattu julkisessa terveydenhuollossa (terveyskeskus ja erikoissairaanhoito) toimivan lääkärin lähetteellä 43 %, yksityisessä terveydenhuollossa (yksityislääkäri ja kuntoutuslaitos) toimivan lääkärin lähetteellä 26 % ja työterveyshuollon lääkärin lähetteellä 27 % määräyskerroista.

Terveyskeskuksessa toiminut lääkäri oli määrännyt 37 % ja erikoissairaanhoidossa toiminut lääkäri 6 % sairaanhoitovakuutuksesta korvatusta fysioterapiasta. Työterveyshuollon lääkärin osuus oli 27 % ja yksityislääkärin osuus oli 25%. Vuoden 2006 aikana julkisen terveydenhuollon fysioterapian määräyskertoja oli 97 000, yksityisen terveydenhuollon määräyskertoja oli 57 000 ja työterveyshuollon 60 000. Yhdellä määräyskerralla voidaan korvata enintään 15 tutkimus- tai hoitotoimenpidettä. Tavallisimmin yhteen fysioterapian määräyskertaan kuuluu 5–9 toimenpidettä. Vuonna 2006 fysioterapian toimenpiteitä korvattiin yli 2 miljoonaa.

Rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille korvataan erikoishammasteknikon suorittamaa protetiikkaan liittyvää työtä sekä yksityishammaslääkärin että julkisen terveydenhuollon palveluksessa olevan hammaslääkärin lähetteellä, kun hoidon on antanut yksityinen erikoishammasteknikko. Tämä perustuu rintamaveteraanien hammashuollon järjestämi-

<sup>12</sup> Psykoterapiaa koskeva konsensuslausuma 18.10.2006. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia

sestä ja korvaamisesta annettuun lakiin. Vuonna 2006 toimenpiteitä korvattiin 6 442 rintamaveteraanille yhteensä 24 000 toimenpidettä.

## **2.2.4 Korvaamisen rajoitukset**

Sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei makseta sairaanhoidon kustannuksista, joista on peritty sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa tarkoitettu maksu. Korvausta ei myöskään makseta, jos yksityisen terveydenhuollon palvelut on järjestetty kunnallisen sosiaali- tai terveydenhuollon tiloissa tai, jos julkinen terveydenhuolto on ostanut palvelut yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai lähettänyt potilaan yksityiselle sektorille hoitoon tai tutkimuksiin.

Vakuutetulla on oikeus saada kaikki terveydenhuoltoon kuuluvat toimenpiteet ja lääkkeet asiakasmaksuilla koko sen ajan, jonka hän on sisäänkirjoitettuna sosiaali- ja terveydenhuollon laitokseen. Sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei makseta tältä ajalta. Kuitenkin erikoismaksuluokassa julkisessa sairaalassa hoidettavana olleelta potilaalta perittyjä lääkärinpalkkioita korvataan sairausvakuutuslain perusteella. Sairaalahoidon aikana korvataan, laboratorio- ja radiologisten tutkimusten lääkärinpalkkio-osuuksia, jotka on peritty asiakasmaksuasetuksen 26 §:n perusteella. Korvaus maksetaan tällöin tutkimuksen ja hoidon taksan perusteella. Myös sairaalan poliklinikalla yksityisvastaanotto-oikeuden saaneen lääkärin perimästä palkkiosta maksetaan korvaus, mutta korvausta ei kuitenkaan myönnetä laboratorio- ja radiologisista tutkimuksista perityistä maksuista. Sekä erikoismaksuluokan että yksityisvastaanotto-oikeuden voimassaolo loppuu 29. helmikuuta 2008.

Sairausvakuutuslain nojalla ei ole oikeutta korvaukseen sairaanhoitoon liittyvien tai vakuutetun muutoin tarvitsemien hoitotarvikkeiden, apuvälineiden ja proteesien hankkimisesta aiheutuvista kustannuksista.

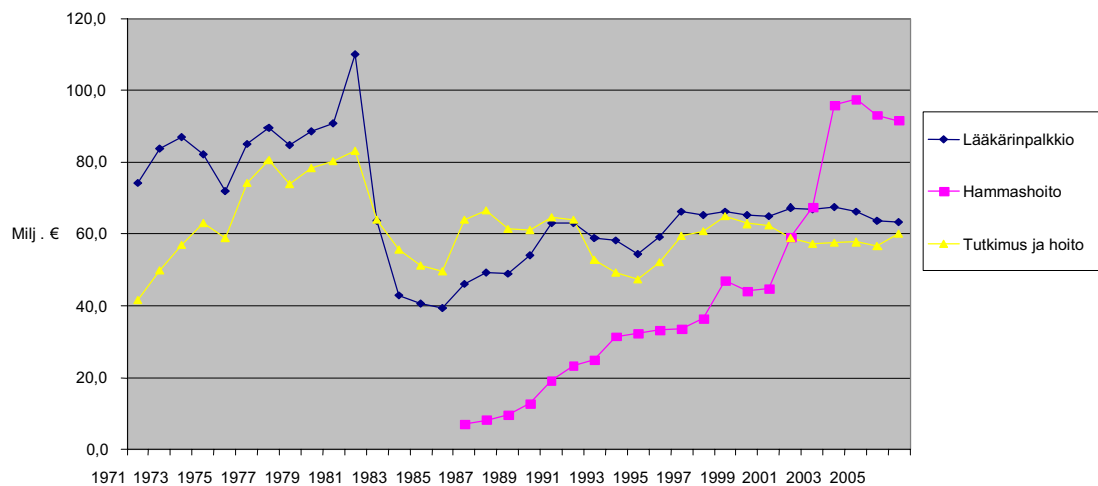
## **2.2.5 Korvauksen määrä**

Lääkärin tai hammaslääkärin perimästä palkkiosta tai lääkärin/hammaslääkärinpalkkion taksasta tai palkkiosta korvataan 60 %. Kun hoidon on antanut erikoislääkäri ja se on kuulunut hänen erikoisalaansa, korotetaan taksaa 50 %. Erikoishammaslääkärin antaman hoidontaksaa korotetaan 30 prosentilla, jos hoito on kuulunut hänen erikoisalaansa.

Rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille korvataan hammaslääkärin suorittama tutkimusta ja ehkäisevää hoitoa sekä hammaslääkärin tai erikoishammasteknikon suorittama protetiikan kliinistä työtä 100 % ja protetiikan teknistä työtä 50 % enintään taksan määrästä.

Lääkärin tai hammaslääkärin samalla kertaa määräämän tutkimuksen ja hoidon taksoista tai kustannuksista korvataan 75 % siltä osin kuin kustannusten yhteismäärä ylittää 13,46 euroa.

Kuva 4. Lääkärin antaman hoidon, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten kehitys 1971–2006 vuoden 2006 rahassa.



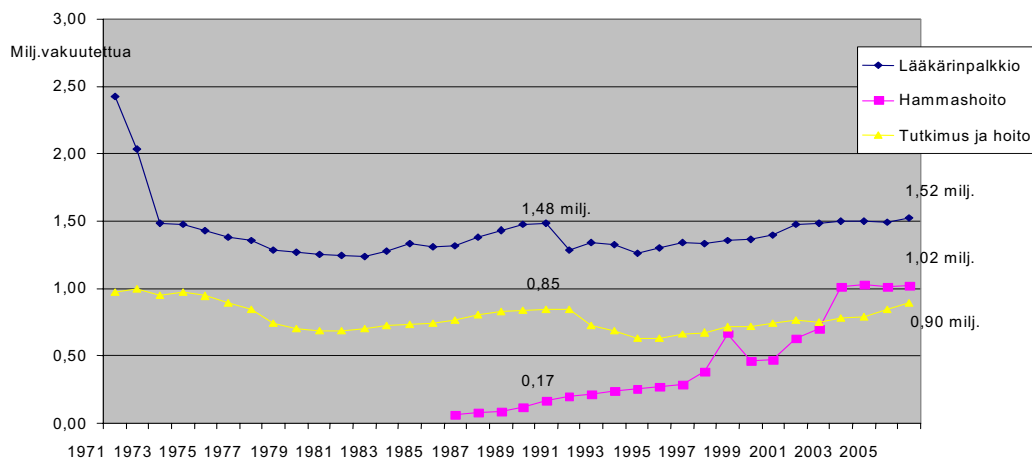
Lääkäripalkkion taksan tarkistuksia on tehty vuodesta 1973 lähtien 3–4 vuoden välein. Vuonna 1995 uudistettiin nimikkeistö siten, että otettiin käyttöön aikaperusteiset vastaanottokäynnit ja toimenpiteet taksoitettiin toimenpidekohtaisesti. Vuonna 1997 otettiin käyttöön pohjoismainen leikkausluokitus ja 2005 yhdistettiin suu- ja leukakirurgisten toimenpiteiden taksoja hammashoidon taksojen kanssa.

Hammashoidon taksatarkistuksia on tehty kahdeksan vuodesta 1986 lähtien. Tarkistukset ovat koskeneet tutkimuksen ja hoidon ja ehkäisevän hoidon korvausprosentin laskemista 90 prosentista 75 prosenttiin (1995), veteraanien hammashoidon protetiikan kliinistä työtä (1998), ehkäisevän hoidon korvausprosentin laskemista 60 prosenttiin (2001) ja suu- ja leukakirurgisten toimenpiteiden taksojen yhdistämistä (2005).

Laboratoriotutkimusten, radiologisten tutkimusten ja toimenpiteiden sekä fysioterapian toimenpiteiden taksoja on tarkistettu useita kertoja. Rakennemuutoksesta (laboratorio- ja rtg- tutkimukset 1995 ja fysioterapia 1989) lähtien taksoihin on pääasiassa lisätty uusia tutkimuksia ja tarkistettu tutkimusten taksojen suhteita toisiinsa.



Kuva 5. Lääkäripalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten saajien määrät 1971–2006.



Sairaanhoitokorvauksia saaneiden määrät olivat korkeimmillaan vuonna 1990. Vuonna 1989 korotettiin viimeisen kerran sairaanhoitokorvausten taksoja. Vuonna 2006 korvausten saajien määrät ovat nousseet vuoden 1990 tason yläpuolelle. Hammashoidon korvausten saaneiden määriin on ensisijaisesti vaikuttanut korvausten laajentaminen vähitellen koko väestöä koskevaksi.

## 2.2.6 Korvaamisen menettelyt

Sairausvakuutuslain mukaista korvausta sairaanhoidon kustannuksista haetaan Kelan toimistosta kuuden kuukauden kuluessa maksun suorittamisesta. Korvaus voidaan maksaa myös suoraan palvelujen tuottajalle, kun palvelujen tuottaja on perinyt asiakkaalta ainoastaan omavastuusuuden ja tehnyt tilityksen Kelaan sopimuksen mukaisesti. Menettelyä kutsutaan suorakorvaukseksi. Asiakkaan ei tarvitse hakea sairausvakuutuskorvausta vaan palvelujen tuottaja tekee sen hänen puolestaan. Menettelyllä palvelujen tuottaja parantaa asiakaspalveluaan. Kelan kannalta tavoitteena on asiakkaan palvelun parantaminen, korvauskäsittelyn joustavoituminen ja toimiva yhteistyö Kelan toimiston ja palvelujen tuottajan välillä.

Ensimmäinen sopimus sairaanhoitokorvausten maksamisesta palvelujen tuottajille vakuutetun antamalla valtakirjalla solmittiin 1998 ja se koski hammashoitoa. Valtakirjasopimusmenettelyä täydennettiin niin, että runkosopimukset solmittiin myös lääkäreiden, fysioterapeuttien, sairaanhoitajien ja erikoishammasteknikkojen etujärjestöjen kanssa. Psykoterapiaa kuntoutuksen asiakkaille antavat lääkärit ja kuljetuspalvelujen tuottajat tulivat myös valtakirjasopimuksen piiriin. Tammikuun 1. päivänä 2007 tuli voimaan laki sairausvakuutuslain muuttamisesta (890/2006), jossa on säädetty valtakirjamenettelyn korvaavasta suorakorvausmenettelystä. Sitä sovelletaan lääkäripalkkioon, hammashoitoon, tutkimukseen ja hoitoon sekä ambulanssilla ja helikopterilla tehtyihin matkoihin. Menettelystä sovitaan palvelujen tuottajia edustavien etujärjestöjen kanssa sopimuksin. Palvelujen tuottaja voi halutessaan liittyä suorakorvaussopimukseen liittymissopimuksella. Korvaus on samansuuruinen riippumatta siitä, maksetaanko korvaus

suorakorvausmenettelyllä palvelujen tuottajalle vai asiakkaalle itselleen Kelan toimesta. Asiakas päättää itse, hakeeko hän korvausta itse vai saako hän korvauksen vähennettynä kustannuksistaan.

*Taulukko 9. Sopimustilitykset vuosina 1998–2006.*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Lääkäripalkkiot %	10	11	18	23	23	28	37	48	51
Tutkimus ja hoito %	32	31	36	42	43	45	52	59	60
Hammashoito %	21	31	35	42	46	54	60	66	70
Sopimustilitysten osuus kaikista korvauksista, %	18	20	25	32	34	42	50	58	62
Yhteensä milj. €	158	154	159	176	185	215	216	209	615

Sopimustilitysten osuus kaikista sairaanhoitokorvauksista on lisääntynyt vuosi vuodelta. Vuonna 2006 lääkärikäyntien, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksista maksettiin 62 % suorakorvausmenettelyllä.

### **2.2.7 Taksa, taksan perusteet ja määrittäminen**

Sairausvakuutus korvaa osan yksityisen sairaanhoidon kustannuksista. Muu osa eli kokonaiskustannuksen ja korvauksen välinen erotus, jää asiakkaan maksettavaksi. Lääkäri- ja hammaslääkäriin sekä heidän määräämiensä tutkimuksen ja hoidon korvaus lasketaan taksojen määrästä. Jos peritty palkkio on pienempi kuin taksa, korvaus lasketaan peritystä määrästä.

Valtioneuvoston asetuksella säädetään lääkäri- ja hammaslääkäripalkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteet ja enimmäismäärät. Tämän asetuksen perusteella Kela vahvistaa korvaustaksat.

Kansaneläkelaitoksen on ylläpidettävä luetteloita korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Sairausvakuutuslain mukaan taksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamiin kustannuksiin, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon ja korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin.

Lääkäriin ja hammaslääkäriin toimenpiteiden nimikkeet ja koodit ovat Stakesin julkaisemasta Toimenpideluokituksesta. Sen lisäksi Kela ylläpitää lääkäripalkkioiden aikaperusteisia käyntinimikkeitä ja koodeja. Radiologian tutkimusten ja toimenpiteiden sekä laboratoriotutkimusten nimikkeet ja koodit noudattavat pääosin Suomen Kuntaliiton julkaisemaa nimikkeistöä. Fysioterapian toimenpiteiden, psykologisten tutkimusten, sairaanhoitajan antaman hoidon ja sytostaattihoidon nimikkeet ja koodit on määritelty Kelassa.

Valtioneuvoston 11. päivänä huhtikuuta 2002 antamassa periaatepäätöksessä edellytetään, että laboratorio- ja kuvantamistutkimusten korvausperusteet lasketaan tehokkaimpien yksiköiden tuotantokustannusten tasolle vuoteen 2002 mennessä. Periaatepäätös noudatti sosiaali- ja terveysministeriön Terveydenhuollon laboratoriotutkimusten tuottamista, kustannuksia ja korvauksia koskevan selvityksen (2001)<sup>13</sup> ja kansallinen terveysprojektin raportin (2002)<sup>14</sup> suositusta korvaustaksoista.

Tutkimus tai toimenpide muodostaa yhden kokonaisuuden. Radiologian tutkimus sisältää kuvantamisen valmistelu- ja oheistoimintoineen, tutkimusmateriaalin analysoinnin, tulkinnan ja lääkärin antaman erillisen lausunnon sekä riittävän dokumentoinnin. Laboratoriotutkimus sisältää analysoinnin esikäsittelyineen, näytteenoton sekä mahdollisen lausunnon kustannukset.

Taksaa määritettäessä oletetaan, että tehokkaimmat tuotantoyksiköt ovat suuria julkisen terveydenhuollon yksiköitä. Kela pyytää tutkimusten hinnat sairaanhoitopiireiltä. Saatujen hintojen mediaaneja käytetään taksan pohjana. Niihin lisätään tarvittaessa keskimääräinen palvelumaksu (näytteenotto, esikäsittelymaksu tai lausunto) sekä arvonlisäveron vaikutus. Taksaehdotuksesta pyydetään lausunnot asiantuntijatahoilta. Taksan vahvistaa Kansaneläkelaitoksen hallitus tai johtajat. (Liite 10. Taksatarkistukset)

## 2.2.8 Kiirettömään hoitoon pääsyn perusteiden soveltaminen

Sosiaali- ja terveysministeriö on koonnut asiantuntijoiden esitysten pohjalta valtakunnalliset suositukset kiirettömään hoitoon pääsystä helmikuussa 2005. Lääkärit ja hammaslääkärit käyttävät näitä suosituksia apunaan päättäessään potilaan hoidosta julkisessa terveydenhuollossa. Terveydenhuollon hoidon perusteilla ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksilla on sama lähtökohta - tutkimusnäyttöön ja kokemukseen perustuva hyvä hoito. Korvausjärjestelmä ei kuitenkaan osallistu hoitopäätöksen tekoon, vaan Kansaneläkelaitoksessa arvioidaan ja tehdään päätökset sairaanhoitokorvauksista hakeusten perusteella jälkikäteen.

Kansaneläkelaitoksessa toimii lääketieteellisten kysymysten käsittelyä varten lakisääteisenä elimenä sosiaalilääketieteellinen neuvottelukunta, jossa on edustus sairausvakuutuksen kannalta tärkeimmiltä lääketieteen erikoisaloilta, yliopistojen lääketieteellisistä tiedekunnista, Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksesta sekä lääkäreitä ja hammaslääkäreitä edustavista järjestöistä. Neuvottelukunnan mielestä kiirettömän hoidon perusteissa esitetyt toimenpideindikaatiot ovat tutkimusnäyttöön perustuvia ja soveltuvat näin ollen käytettäväksi apuna myös hoidon korvattavuuden arvioinnissa. Kansaneläkelaitos on tiedottanut asiasta yksityisille terveydenhuollon palvelujen tuottajille.

<sup>13</sup> STM työryhmämuistioita 2001:20

<sup>14</sup> Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi (STM Työryhmämuistioita 2002:3)

## 2.2.9 Sairausvakuutuksen rahoitus

Sairausvakuutusjärjestelmän rahoitus jakautuu sairaanhoitovakuutuksen ja työtulovakuutuksen rahoitukseen. Sairaanhoitoetuuksia ovat Kansaneläkelaitoksen maksamat lääkekorvaukset, korvaukset lääkärin- ja hammaslääkärinpalkkioista, korvaukset tutkimuksesta ja hoidosta, matkakorvaukset, kuntoutusmenot, maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuksen perusturvaan kuuluvat sairaanhoitokorvaukset, korvaukset Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle sekä EU-maihin maksettavat sairaanhoidonkustannusten korvaukset. Nämä ovat etuuksia, joiden määrä ei riipu vakuutetun työtulosta.

Sairaanhoitovakuutuksen rahoittavat vakuutetut ja valtio yhtä suurilla rahoitusosuuksilla. EU-maihin maksettavat sairaanhoidon kustannusten korvaukset rahoittaa kuitenkin kokonaan valtio. Sairaanhoitoetuuksien rahoittamiseksi kaikilta vakuutetuilta perittään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksua kunnallisverotuksessa verotettavan ansiotulon perusteella. Vuonna 2006 sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen etuuskulut olivat 1 750 miljoonaa euroa. Tästä valtion maksuosuus oli 880 miljoonaa euroa.

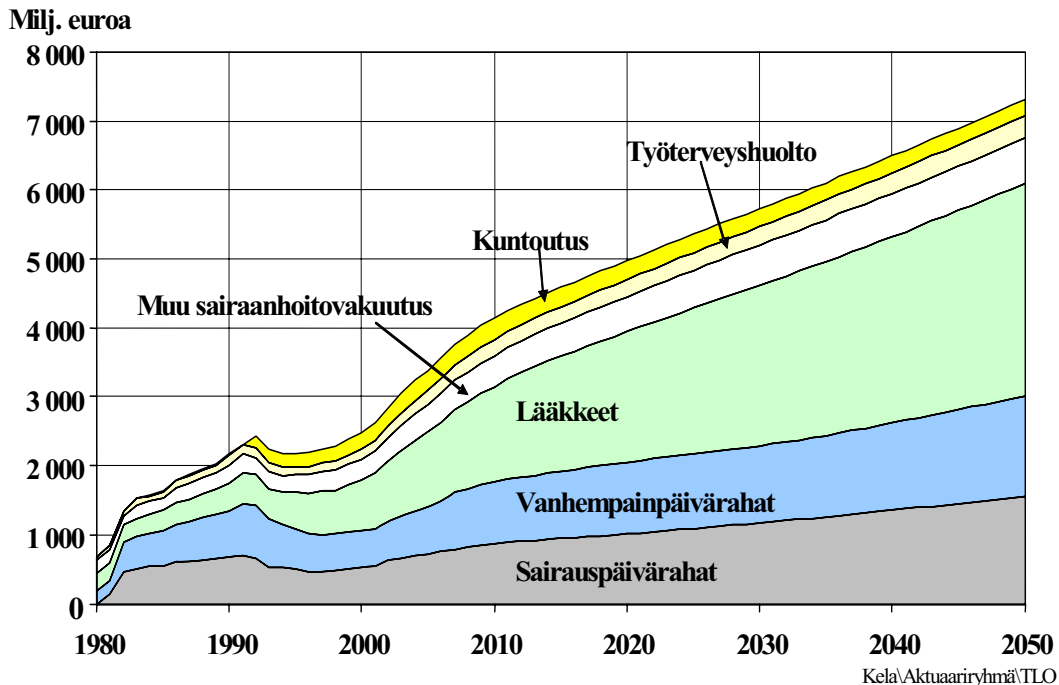
Rahoitusjärjestelmä on rakennettu siten, että sen tarkoitus on turvata sairausvakuutuksen rahoituksen riittävyys. Vakuutettujen rahoitusosuus on jaettu palkansaajien ja yrittäjien sekä etuudensaajien kesken. Vuonna 2007 etuudensaajien maksuprosentti on 1,45 ja palkansaajien ja yrittäjien 1,28. Vakuutetulta sairaanhoitoetuuksien rahoittamiseksi perittävät maksut seuraavat etuusmenojen kehitystä. Maksujen muutokset jaetaan tasan palkansaajien ja yrittäjien sekä etuudensaajien kesken. Sairaanhoitomaksua tarkistetaan vuosittain annettavalla lailla.

Vakuutetun sairaanhoitomaksu peritään kaikilta Suomessa asuvilta, jotka ovat sairausvakuutuslain perusteella täällä vakuutettuja. Rajoitetusti verovelvollinen, Euroopan talousalueella asuva eläkkeensaaja on kuitenkin velvollinen maksamaan Suomesta saamansa eläketulon perusteella vakuutetun sairausvakuutusmaksun, vaikka ei ole Suomessa vakuutettu, jos hän ei maksa eläkkeensä perusteella täyttä lähdeveroä Suomeen. Sairausvakuutusmaksua ei määrätä henkilölle, jolla ei ole kunnallisverotuksessa verotettavaa ansiotuloa. Maksu on kuitenkin suoritettava eräiden kunnallisverotuksen ulkopuolelle jäävien ansiotulojen perusteella. Tällaisia tuloja ovat ulkomailla lähetettynä työntekijänä työskentelevälle vahvistettava niin sanottu vakuutusmaksu ja Suomessa työskentelevän rajoitetusti verovelvollisen saama palkkatulo. Yrittäjän eläkelain (1272/2006) tai maatalousyrittäjän eläkelain (1280/2006) mukaan vakuutettu yrittäjä suorittaa maksun yrityksestä saamansa ansiotulon sijasta yrittäjäeläkkeen perusteeksi vahvistetun työtulon perusteella.

Työtuloetuuksina rahoitetaan sairauspäivärahat, vanhempainpäivärahat, kuntoutusrahat sekä työnantajille maksettavat korvaukset vanhempainpäiväraha-ajan vuosilomakustannuksista ja työterveyshuollon järjestämisestä. Työtulovakuutuksen rahoittamiseen osallistuvat työnantajat, palkansaajat ja yrittäjät sekä valtio.

Sairausvakuutuksen menot on esitetty etuuslajeittain kuvassa 6.

Kuva 6. Sairausvakuutuksen ja kuntoutuksen etuuskulut 1980–2050 vuoden 2006 rahana.



## 2.3 Muut järjestelmät

### 2.3.1 Työterveyshuolto

Työterveyshuollon järjestäminen ja toteuttaminen Suomessa perustuu työterveyshuoltolainsäädäntöön, joka tuli voimaan vuonna 1979 ja toimeenpantiin asteittain 31. maaliskuuta 1983 mennessä ottaen huomioon muun muassa työpaikoilla vallitseva työterveyshuollon tarve. Työterveyshuollon järjestämisvelvollisuus koskee kaikkia työpaikkoja, mutta työterveyshuollon sisältö vaihtelee työpaikkojen olosuhteista aiheutuvien tarpeiden mukaisesti.

Lakisääteisen työterveyshuollon piiriin kuului vuonna 2004 oli noin 1,78 miljoonaa työntekijää eli noin 92 % palkansaajana toimivasta työvoimasta. Työnantajan vapaaehtoisesti järjestämän yleislääkäritasoisien, työterveyspainotteisen sairaanhoidon piiriin kuului noin 1,4–1,5 miljoonaa työntekijää<sup>15</sup>. Yrittäjille työterveyshuollon järjestäminen on vapaaehtoista. Vuonna 2004 työterveyshuollon ehkäisevän toiminnan piiriin kuului noin 46 000 yrittäjää. Vuodesta 2006 lukien yrittäjillä on ollut mahdollisuus järjestää itselleen työterveyshuollon yhteydessä myös yleislääkäritasoisia sairaanhoitopalveluita.

Työterveyshuolto on osa perusterveydenhuoltoa ja sen toteuttamisessa painotetaan työntekijöiden terveyden ja työkyvyn ylläpitämistä ja edistämistä koko työuran ajan. Työterveyshuoltolakia sovelletaan työhön, jossa työnantaja on velvollinen noudattamaan

<sup>15</sup> Tiedot: Työterveyslaitos ja Kela

työturvallisuuslakia. Työterveyshuollon toimintaan vaikuttavat myös Euroopan yhteisön direktiivit. Ns. puitedirektiivi (89/391/ETY) velvoittaa työnantajaa järjestämään mm. ehkäisevät ja suojeluun tähtäävät palvelut ja terveystarkastukset työntekijöille. Työterveyshuoltopalveluilla toteutetaan kyseisiä määräyksiä. Työterveyshuollon keskeisenä periaatteena on työterveyshuoltolaissa (1383/2001) määritellyn hyvän työterveyshuoltokäytännön mukaisen toiminnan järjestäminen ja toteuttaminen. Sairausvakuutuslakiin perustuvan työterveyshuollon korvausjärjestelmän tavoitteena on tukea työterveyshuoltolain tavoitteiden toteutumista työssä olevan väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja terveyden edistämiseksi.

Työterveyshuollon kattavuus on nykyään verrattain hyvä ja työterveyshuollon palvelut ovat tasa-arvoisia iän ja sukupuolen suhteen. Työterveyshuolto on käyttäjilleen maksuton.

Työterveyshuolto on lisäksi vaikuttanut keskeisesti mm. ammattitautien vähenemiseen ja terveyserojen kaventamiseen työssä olevan väestön keskuudessa. Puutteita esiintyy kuitenkin vielä esimerkiksi epätyypillisissä työsuhteissa olevien ja mikroyritysten työntekijöiden työterveyshuollossa. Työterveyshuollon korvausta ei suoriteta myöskään hammashuollosta. Haasteita asettavat lisäksi liian suuret työn fyysiset ja psyykkiset vaatimukset eräillä toimialoilla sekä epävarmuus, kiire ja ristiriidat työpaikoilla. Samoin vaatimuksia asettavat työelämän rakenteelliset muutokset, työn sisällön ja työmenetelmien muutokset sekä ikääntyvän työvoiman erityistarpeet.

Valtioneuvosto on vuonna 2004 hyväksynyt työterveyshuoltoa koskevan periaatepäätöksen<sup>16</sup>, jossa on otettu huomioon mm. sosiaali- ja terveystalouden ja työelämän kehittämistavoitteet sekä sosiaali- ja terveysministeriön strategiset linjaukset. Periaatepäätöksessä todetaan, että työterveyshuollon sisältöä ja menetelmiä tulisi kehittää uudistamalla tarvittaessa mm. lainsäädäntöä. Työterveyshuollon toimintamalleja ja -tapoja kehittämällä on lisäksi mahdollista vaikuttaa siihen, että kaikki työssä olevat saavat tasa-arvoisesti palveluja. Työterveyshuollon varhaisella puuttumisella työssä ja työympäristössä vallitseviin epäkohtiin ja riskitekijöihin voitaisiin aikaisempaa tehokkaammin ehkäistä työkyvyttömyyttä ja vaikuttaa siihen, että työntekijät pysyvät työkykyisinä ja terveinä läpi työuran.

Työterveyshuoltojärjestelmää kehitetään jatkuvasti osana maamme sosiaali- ja terveystaloutta edellä mainitun valtioneuvoston periaatepäätöksen linjojen mukaisesti ottaen huomioon vuonna 2002 uudistetun työterveyshuoltolainsäädännön vaatimukset. Työterveyshuollon korvausjärjestelmää, joka rahoitetaan sairausvakuutuslaissa säädetystä työtulo- ja vakuutusmaksusta, kehitetään samanaikaisesti siten, että sen avulla voidaan mahdollisimman tehokkaasti edistää työterveyshuollon vaikuttavuutta työpaikoilla ja työterveyshuollon palvelujen joustavaa järjestämistä.

---

<sup>16</sup> Valtioneuvoston periaatepäätös, Työterveys 2015, Työterveyshuollon kehittämislinjat (STM julkaisuja 2004:3)

### 2.3.2 Yksityisvakuutukset

Yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat kasvattaneet osuuttaan vuosien mittaan, mutta kehitys on viime vuonna pysähtynyt. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että ensin on haettu sairausvakuutuslain mukaista korvausta.

*Taulukko 10. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen määrien kehitys<sup>17</sup>*

	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Lasten sairauskuluvakuutus	372 671	381 289	384 997	374 879
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	179 262	192 728	205 883	206 495
Työnantajan sairauskuluvakuutus	21 995	27 520	29 402	30 167
<b>Yhteensä</b>	<b>573 928</b>	<b>601 537</b>	<b>620 282</b>	<b>611 541</b>

## 3. AIKAISEMMAT SELVITYKSET

### 3.1 Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio, STM, 1989

Sosiaali- ja terveysministeriön sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmä asetti tavoitteiksi vuonna 1989 suorakorvausjärjestelmän kehittämisen lääkäripalkkiossa sekä tutkimuksessa ja hoidossa. Tavoitteena oli myös taksojen pitäminen ajan tasalla niin, että samalla otettaisiin huomioon pyrkimys hillitä yksityisten palvelujen tuottajien hintojen nousua.

Työryhmä esitti lainsäädäntöön muutosta, jonka perusteella palvelujen tuottajat voisivat halutessaan liittyä suorakorvausmenettelyyn. Työryhmä ehdotti tutkimuksen ja hoidon kiinteän omavastuun poistamista ja taksojen määrittämisen yksinkertaistamista. Työryhmän näkemyksen mukaan markkamääräistä korvausjärjestelmää tulisi selvittää ja kilpailun edistämistä pitäisi tukea.

Työryhmä katsoi, että taksat olisi saatava todellisten tuotantokustannusten tasolle. Työryhmä ehdotti perustettavaksi lakisääteisen taksaneuvottelukunnan, jonka tehtävänä olisi seurata yksityisen sektorin terveyspalvelujen tuotantokustannusten kehittymistä ja ohjata kustannusten selvitystyötä. Taksaneuvottelukunta esittäisi vuosittain sosiaali- ja terveysministeriölle selvityksen tuotantokustannusten muutoksista, taksojen tarkistamistarpeista ja muusta korvausjärjestelmän teknisestä kehittämisestä. Myös taksojen indeksitarkistuksen mahdollisuutta pohdittiin. Ministeriön tulisi tarkistaa korvaustaksojen perusteet tarvittaessa. Taksat tarkistettaisiin silloin, kun tuotantokustannuksissa on tapahtunut olennaisia muutoksia. Vakuutetulla pitäisi kuitenkin aina olla riittävän suuri omavastuu palveluiden hinnoista.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Lähde: Vakuutusyhtiöiden keskusliitto

<sup>18</sup> Sairausvakuutuksen taksa- ja suorakorvaustyöryhmän muistio (STM työryhmämuistio 1989:8)

### 3.2 Sairaanhoidovakuutustoimikunnan mietintö, STM, 1993

Vuonna 1993 sosiaali- ja terveysministeriö asetti toimikunnan pohtimaan sairaanhoidovakuutusta. Toimikunta (ns. Lehdon toimikunta) totesi, että vaikka sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisvastuu oli kunnilla, sairaanhoidovakuutuksen tavoitteena oli asiakaslähtöinen ajattelu, jossa korostuvat vakuutettujen tasa-arvo, vapaus valita terveydenhuoltopalvelut kunnallisen järjestelmän ulkopuolelta ja oikeus saada siihen yhteiskunnan tukea. Toimikunta esitti julkisen ja yksityisen terveydenhuollon yhteensovitusta paikallisella, alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. Näillä tasoilla tehtävissä suunnitelmissa tuli ottaa huomioon palvelujen tarjonta ja kysyntä sekä palvelutuotantoon sitoutuvan henkilöstön määrä. Terveydenhuoltoa tuli tarkastella kokonaisuutena, jolloin myös yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto sisältyivät tarkasteluun. Kelan tuli toimittaa kunnille niitä koskevat tiedot sairaanhoidokorvauksista. Näin kunnat saisivat tietää alueellaan toimivista yksityisen palvelujen tuottajista ja sovittaa oman palvelutuotantonsa sen mukaan. Toimikunta ehdotti 1) sairaanhoidokorvausten profiloimallia ja vaihtoehtoisesti 2) omalääkärimallia.

1) Valitessaan terveyspalvelut yksityissektorilta asiakkaan tulisi maksaa aiempaa isompi osa kustannuksista. Se toteutettaisiin siten, että lääkärinpalkkiolle sekä tutkimukselle ja hoidolle määrättäisiin alkukustannusosuus, jonka ylimenevistä kustannuksista vasta maksettaisiin korvausta. Mallia kutsutaan sairaanhoidokorvausten profiloimalliksi. Alkukustannusosuuden täyttymisen jälkeen korvaus olisi nykyistä korkeampi, esimerkiksi 75 % korvausperusteesta. Julkisen terveydenhuollon valtakunnallisen suunnitelman vahvistamisen yhteydessä tarkistettaisiin sairausvakuutuksen korvaustaso niin, että se asettuu terveyspoliittisesti perustellulle tasolle.

2) Omalääkärimallissa julkisin varoin korvattaisiin vain omalääkäriin palveluista ja tämän läheteen perusteella tapahtuvasta hoidosta aiheutuvia kustannuksia. Asiakas valitsisi omalääkäriin joko yksityiseltä tai julkiselta sektorilta. Omalääkäri voisi ohjata potilaan jatkohoitoon joko yksityiselle tai julkiselle sektorille. Omalääkäriin läheteellä yksityinen erikoislääkärikonsultaatio olisi potilaalle tavanomaista halvempi. Muita yksityissektorin palveluita ei korvattaisi.

Kela toimeenpani omalääkärikokeilun vuosina 1985–1993 neljässä kaupungissa. Tavoitteina oli kehittää yksityisten ja kunnallisten palvelujen yhteistyötä, parantaa hoitopääsyä ja hoidon jatkuvuutta, parantaa palvelujen laatua, lisätä väestön ja palvelujen tuottajien tyytyväisyyttä, kehittää lääkärintyön sisältöä sekä lisätä terveydenhuollon tuottavuutta ja tehokkuutta. Kokeilun tuloksina avohoidon palveluiden saatavuus, peittävyys ja riittävyys paranivat sekä hoidon jatkuvuus parani. Terveyspalvelutarpeet tyydyttyivät kokeiluväestössä vertailuväestöä paremmin. Itsenäisen ammatinharjoittajien omalääkäritoiminta lisäsi hieman terveyspalvelujen kokonaiskustannuksia ja yhden omalääkäriiläkäynnin aiheuttamat kustannukset olivat jonkin verran suuremmat kuin terveyskeskuksen lääkäriiläkäynnistä koituneet kustannukset. Kokeilun tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon, että sairaanhoidovakuutuksen korvauksia maksettiin kokeilun rinnalla kuten ennenkin ja siksi esimerkiksi suoraan erikoislääkärille hakeutuva asiakas sai korvauksia.

Edellisten lisäksi toimikunta ehdotti suorakorvausmenettelyn käyttöön ottoa. Se toteutui valtakirjasopimusmenettelynä vuodesta 1998 alkaen ja muuttui suorakorvausmenettelyksi vuonna 2007 voimaan tulleen sairausvakuutuslakiin tehdyn muutoksen myötä.



Toimikunta esitti myös, että lääkärinpalkkioiden korvaamisessa siirryttäisiin käyntikoh-  
taiseen taksaan toimenpidekohtaisen taksan sijaan. Lääkärinpalkkiotaksan rakenneu-  
distus toteutettiin vuonna 1995, jolloin aikaperusteiset vastaanottotaksat otettiin käyt-  
töön. Niiden lisäksi taksaan jäivät lääkärin vaativat toimenpiteet.<sup>19</sup>

## 4. KANSAINVÄLINEN VERTAILU

### 4.1 Terveysthuoltojärjestelmien luokittelu

Terveysthuoltojärjestelmiä voidaan luokitella palveluiden tuottamistavan perusteella  
jakamalla mallit seuraavasti:

- 1) julkiseen palveluntuotantoon perustuva malli
- 2) yksityiseen palveluntuotantoon perustuva malli; sekä
- 3) malli, jossa koko julkinen palveluntuotanto taikka osa siitä hankintaan kattavien  
sopimusten perusteella yksityisiltä palveluntuottajilta.

Julkiset terveysthuoltojärjestelmät voidaan jakaa rahoituksen perusteella kahteen  
päämalliin:

- 1) kansallisiin verorahoitteisiin terveysthuoltojärjestelmiin
- 2) kansallisiin sairausvakuutusjärjestelmiin.

Euroopassa ainoastaan Suomen, Irlannin ja Alankomaiden nykyiset järjestelmät eivät  
ole yksiselitteisesti sijoitettavissa jompaankumpaan näistä päämalleista.

Yksityiset sairausvakuutusjärjestelmät voidaan lisäksi jakaa kolmeen ryhmään:

- 1) pakollista vakuutusta/terveysthuoltoa korvaava yksityisvakuutus, jossa vakuutus  
kattaa palvelut tai korvaukset, jotka muutoin julkinen järjestelmä tuottaisi. Käyttäjät  
ovat esimerkiksi henkilöt, jotka kansallinen järjestelmä sulkee pois julkisen vakuu-  
tuksen tai sen osan piiristä esimerkiksi suurituloisuuden perusteella.
- 2) pakollista vakuutusta/terveysthuoltoa täydentävä yksityisvakuutus, jossa vakuutus  
kattaa palvelut, jotka eivät kuulu julkiseen palveluun taikka sen kustannusosan, joka  
jää vakuutetun maksettavaksi julkisesta palveluksesta taikka julkisen vakuutuskor-  
vauksen jälkeen.
- 3) lisävakuutus, joka tuottaa nopeampaa hoitoon pääsyä taikka suurempaa mahdolli-  
suutta yksilöllisiin kuluttajavalintoihin. Tämä vakuutustyyppi, joka on yksityisva-  
kuutusta puhtaimmillaan näistä kolmesta tyypistä, on tarjolla suurimmassa osassa  
EU:n jäsenmaita. Vakuutustyyppiä koskee yleensä vähäinen sääntely yhtiöiden sol-  
venssia koskevaa sääntelyä lukuun ottamatta.

Seuraavassa esitellään yleisesti eri terveysthuoltojärjestelmiä. Katsaukset eri maiden  
järjestelmiin perustuvat Missoc 2006-taulukkoihin. (ks. Liite 11. Kuvaus eri EU-maiden  
terveysthuoltojärjestelmistä.) Lisäksi tausta-aineistona on käytetty Niilo Färkkilän  
selvitystä terveysthuolto- ja sosiaalitoimen asiakasmaksuista eräissä maissa sekä Yrjö Mattilan  
liseniaattityötä (Suomen terveysthuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”Yhteis-  
sestä pohjasta eri puolille”, 2006, Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos). Ensiksi  
mainittu selvitys kuuluu 9. päivänä syyskuuta 2005 luovutetun Sosiaali- ja terveysthuol-  
lon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan  
mietinnön tausta-aineistoon.

<sup>19</sup> Sairaanhoidonvakuutuslaitosten toimikunnan mietintö. Komiteamietintö 1993:29.

## 4.2 Julkiseen palvelujen tuotantoon perustuvat järjestelmät

### 4.2.1 Kansalliset verorahoitteiset järjestelmät

Verorahoitteisissa järjestelmissä palvelujen tuottaminen rahoitetaan kansalaisilta kannettavien verojen kautta. Palvelujen järjestäminen voi olla joko keskitettyä, jolloin valtio hoitaa palveluiden tuottamisen, tai hajautettua, jolloin järjestämisvastuu on esimerkiksi kunnilla. Palvelut ovat yleensä kaikkien vakinaisesti maassa asuvien saatavilla maksutta tai kohtuullisin potilasmaksuin. Tyypillinen keskitetysti verovaroin terveyspalveluita tuottava valtio on Iso-Britannia. Alueellisesti hajautettu kansallinen terveydenhoitojärjestelmä on puolestaan esimerkiksi Espanjassa, Italiassa ja Pohjoismaissa.

Verorahoitteisissa kansalliseen terveydenhuoltoon perustuvissa järjestelmissä potilaalla ei ole yleensä mahdollisuutta valita julkisen ja yksityisen terveyspalvelun välillä siten, että yksityisistä palveluista saisi korvauksen yleisestä järjestelmästä. Yksityisen sektorin terveyspalveluista voi saada yleensä korvauksen vain yksityisistä sairausvakuutuksista. Yksityinen ja julkinen sektori voivat kuitenkin myös täydentää toisiaan siten, että julkinen terveydenhuolto ostaa yksityiseltä palvelun tuottajalta palveluita, jos julkisen palvelun täydentämiseen on tarvetta. Julkiseen terveyspalvelujärjestelmään on myös voinut sopimuksin liittyä yksityisiä palveluiden tarjoajia. Esimerkiksi lääkäri- tai hammaslääkäripalvelujen tarjonta on voitu järjestää myös paikallisten terveysviranomaisten yksityisten palvelujen tuottajien kanssa tekemin sopimuksin. Potilaalla on yleensä valinnanvapaus järjestelmään kuuluvien lääkäreiden ja hoitolaitosten suhteen. Erikoislääkärin palvelut ovat saavutettavissa joko suoraan tai vaihtoehtoisesti potilaan valitseman yleislääkärin läheteellä. Sopimuslääkärin antama hoito on vakuutetulle yleensä maksutonta mahdollisia omavastuuosuuksia lukuun ottamatta. Sopimuksen piirissä oleville lääkäreille suoritetaan yleisestä terveysjärjestelmästä korvaus potilasmäärien tai annettujen hoitojen perusteella. Kansallisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolella ilman sopimusta toimivien lääkäreiden antamaa hoitoa ei korvata.

Kansallisissa terveydenhuoltojärjestelmissä yksityinen sairausvakuutus toimii yleensä järjestelmää täydentävästi tai paikkaavasti. Yksityisellä sairausvakuutuksella katetaan esimerkiksi sellaisia palveluita, jotka eivät kuulu julkisen terveydenhuollon piiriin. Joissakin maissa yksityistä sairausvakuutusta on rajoitettu voimakkaasti.

### 4.2.2 Vakuutusperusteiset järjestelmät

#### *Palveluihin perustuvat järjestelmät*

Vakuutukseen perustuvissa järjestelmissä terveydenhuoltopalvelut rahoitetaan vakuuteilta ja työnantajilta perittävillä vakuutusmaksuilla. Vakuutukseen liittyminen on pakollista pääsääntöisesti kaikille työntekijöille ja heihin rinnastettaville henkilöryhmille kuten eläkkeensaajille. Joillekin ryhmille, jotka eivät kuulu pakollisen vakuutuksen piiriin, on voitu myöntää oikeus liittyä vapaaehtoisesti vakuutukseen. Vakuutusmaksuja voivat periä vakuutuslaitokset tai eri tyyppiset korvaus- ja sairauskassat.

Palveluita tuottavat vakuutuslaitosten kanssa sopimuksen solmineet yksiköt. Vakuutusperusteisissa järjestelmissä maksuperusteista sovitaan yleensä keskitetysti palveluiden tuottajien ja näiden yhdistysten ja vakuutustentarjoajien kesken. Potilas voi yleensä vali-

ta vapaasti haluamansa järjestelmään kuuluvan sopimuslääkärin tai vakuutetulle voidaan nimittää omalääkäri. Järjestelmään kuuluvalla erikoislääkärille on mahdollista päästä yleislääkärin läheteellä. Vakuutuslaitokset maksavat hoidon kustannukset suoraan hoivontarjoajalle, joten potilaan maksettavaksi jää vain mahdollinen omavastuuosuus. Sairaalahoidon ajalta kustannukset korvataan vakuutuksesta, mutta potilaalta voidaan periä kiinteä päivämaksu. Saksa ja Itävalta soveltavat edellä kuvattua palveluihin perustuvaa vakuutusperusteista järjestelmää.

### ***Jälkikäteisiin korvauksiin perustuvat järjestelmät***

Vakuutusperusteisissa järjestelmissä korvaus suoritetaan tietyissä valtioissa, kuten Ranskassa ja Belgiassa, jälkikäteisesti potilaalle hänen maksettuaan ensin hoidon tarjoajalle saamastaan hoidosta. Vakuutuslaitos maksaa vakuutetulle korvauksen. Vakuutukseen kuulumisen on pakollista kaikille palkansaajille ja niihin verrattaville ryhmille. Ranskassa korvausta maksetaan etukäteen vahvistetuista nimikkeistöön kuuluvista hoidoista määräytyvän prosenttiosuuden mukaisesti. Belgiassa korvattavista määristä päätetään sairausvakuutuslaitosten ja lääkäriyhdistysten välisin sopimuksin. Jos hinnoista ei ole sopimusta, terveydenhuollon palvelut voidaan hinnoitella vapaasti. Tällöin potilaalle vakuutuksesta maksettava korvaus määräytyy virallisesti vahvistettujen määrien mukaan. Vakuutetun omavastuuosuus vaihtelee. Belgiassa vakuutetun maksuosuus perusterveydenhuollossa ei saa ylittää 25 prosenttia. Ranskassa on käytössä myös täydentävä lisävakuutus, joka kattaa vakuutusjärjestelmän korvaamatta jääneen osuuden hoidon kustannuksista.

Vakuutetulla on mahdollisuus valita haluamansa lääkäri ja julkinen tai hyväksytty yksityinen sairaala. Erikoislääkärille on mahdollista päästä yleensä vain yleislääkärin läheteellä. Ranskassa erikoislääkärille ilman lähetettä hakeuduttaessa vakuutetun omavastuuosuus on suurempi.

### **4.3 Yksityisiin vakuutuksiin perustuvat järjestelmät**

Yksityisiin vakuutuksiin perustuvalla järjestelmällä on tyypillistä se, että valtaosa maassa asuvasta väestöstä kuuluu yksityisoikeudellisen vakuutusjärjestelmän piiriin. Tällainen järjestelmä on käytössä Alankomaissa. Valtio sääntelee lainsäädännöllisesti vakuutuksen sisällön suhteen, mitä palveluita ja miten katettuna vakuutusyhtiöltä otetun sairausvakuutuksen tulee sisältää. Vakuutus kattaa yleensä ainakin yleis- ja erikoislääkäritasoisien sairaanhoidon, synnytykseen liittyvän kättilön antaman hoidon sekä apuvälineet ja lääkkeet. Pienempituloiset kuuluvat valtion osittain tukeman järjestelmän piiriin. Mikäli henkilöllä ei ole vakuutusta, vastaa hän itse kaikista sairaanhoidon kustannuksista. Valtio kustantaa vain alle 18-vuotiaiden vakuutukseen kuulumisen. Palveluja tuottavat pääasiassa yksityiset terveydenhuoltopalvelujen tuottajat. Vakuutusyhtiöt huolehtivat palvelujen tuottajien kilpailuttamisesta. Vakuutuksenottanut voi valita myös muun kuin vakuutusyhtiön tuottaman palvelujen tarjoajan. Järjestelmän tarkoitus on kannustaa sekä terveystalouden tuottajia että vakuutusyhtiöitä kilpailuun.

Irlannissa valtio tuottaa ja kustantaa vain yli 70-vuotiaitten ja alle tietyn tuloarajojen jäävien henkilöiden sairaanhoidon. Työikäisillä on vain rajoitettu, tarveharkintaan perustuva oikeus julkisen terveydenhuollon palveluihin ja käytännössä työikäiset rahoittavat sairausturvan yksityisvakuutuksin, ellei vastaava kuulu työsuhde-etuuksiin. Kyseessä on siis yhdistelmä julkisin ja yksityisin varoin rahoitettua terveydenhuoltoa. Julkisen

terveydenhuoltojärjestelmän piiriin lääkärit liittyvät sopimuksilla. Rajoitetun oikeuden omaavat maksavat itse julkisen terveydenhuollon kustannukset, täyden oikeuden omaaville hoito on ilmaista. Erikoislääkärin palvelut ovat ilmaisia myös rajoitetun oikeuden omaaville julkisen terveydenhuollon piirissä. Tiettyjen sairauksien hoito, kuten infektio- taudit, on ilmaista kaikille maassa asuville. Yksityisen sairausvakuutustoiminnan ja vakuutuksen sisältö on määritelty lainsäädännössä, jossa on määritelty ne palvelut jotka vakuutuksen tulee kattaa. Myös maksuja säännellään. Lisävakuutuksin voidaan turvata niiden terveydenhuoltopalvelujen kustannuksia, joihin ei sovelleta sairausvakuutusta koskevia säännöksiä.

#### **4.4 Järjestelmien vertailu Suomen terveystalouden tuottamiseen ja rahoitukseen**

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa laajapohjainen ja asiakkaiden näkökulmasta kattava kansallinen terveystalouden järjestelmä ja toisaalta kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä toimivat rinnakkain, on kansainvälisessä vertailussa ainutlaatuinen. Suomen sairausvakuutusjärjestelmää on näin ollen vaikea verrata muiden maiden järjestelmiin. Tämä koskee sekä palveluiden järjestämistä että niiden rahoittamista.

Kansallisten terveystalouden järjestelmien erot näkyvät etenkin palvelujen käyttäjien maksettavaksi jäävissä osuuksissa. Kun Suomessa käyttäjä maksaa asiakasmaksulainsäädännössä säännellyt maksut saamastaan hoidosta, saa muiden maiden verorahoitettujen järjestelmien asiakas palvelut yleensä ilmaiseksi. Kaikki palvelut ovat myös tasapuolisesti kaikkien saatavilla ja verorahoitettuna malli on taloudellisesti kaikkia tuloluokkia palveleva. Vakuutusperusteisissa järjestelmissä työssäkäyvät ovat lähtökohtaisesti turvatummassa asemassa ei-työssäkäyviin tai vähävaraisiin henkilöihin verrattuna. Yksityisiin vakuutuksiin perustuvat järjestelmät asettavat asukkaat keskenään epätasa-arvoiseen asemaan, mikäli vakuutushintoja ei ole porrastettu suhteessa vakuutuksenottajan tuloihin. Suomessa julkisen terveydenhuollon maksut ovat tutkimusten mukaan Euroopan korkeimpia.

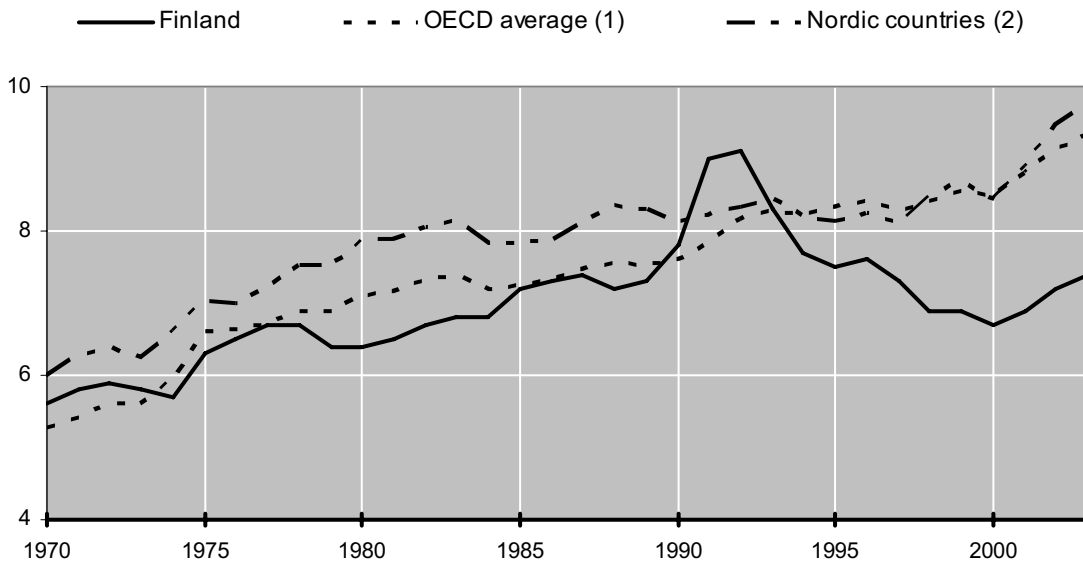
Suomen työssäkäyvä väestö näyttäisi pääsevän muuta väestöä paremmin yleislääkärin vastaanotolle ilmeisesti työterveyshuoltopalvelujen ansiosta, kun taas työvoiman ulkopuolella oleva väestö on terveyskeskusten ja yksityissektorin palvelujen saannin varassa. Työterveyshuolto on lisäksi työntekijöille maksutonta, kun taas ei-työssäkäyvä väestönosa voi joutua maksamaan käynneistään käyntimaksuja ja omavastuuosuuksia. Perittävät asiakasmaksut ovat tosin vähäisiä ja julkisessa terveydenhuollossa on myös maksutonta kalenterivuoden asiakasmaksuille.

Vaikka monen muun tarkastellun maan järjestelmässä potilaille on varsin laaja vapaus hakeutua haluamansa terveydenhuollon palvelujen tuottajan vastaanotolle siinä missä Suomessa asiakas hakeutuu kotikuntansa terveyskeskukseen pystymättä erikoismaksuluokkaa lukuun ottamatta vaikuttamaan hoitohenkilökunnan valintaan, ovat suomalaiset myös tyytyväisempiä terveydenhuoltoonsa kuin monien muiden OECD-maiden asukkaat. Suomen kaksinaapaisessa järjestelmässä sairaanhoitovakuutuksen osittain korvaamassa sairaanhoitopalveluissa vakuutetun valinnanvapaus hoidon antajan osalta toteutuu. Julkiseen terveydenhuoltoon verrattuna sairausvakuutuksen kautta rahoitetussa järjestelmässä vakuutetun mahdollisuus valita hoidon antaja on suurempi. Samoin vakuutetulla on mahdollisuus hakeutua suoraan erikoislääkärin vastaanotolle ja saada korvaus lääkärinpalkkiosta sairausvakuutuksesta.

Julkisten terveystalvelujen tuottaminen tapahtuu tarkastelluissa maissa varsin yleisesti osittain myös yksityisen terveydenhuollon piirissä julkisen terveydenhuollon ja yksityisten palvelujen tuottajien välisiin sopimuksin tai esimerkiksi ostopalveluin. Tähän verrattuna Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä yleiset ostopalvelujrjestelyt erikoissairaanhoidossa eivät ole poikkeuksellisia.

#### 4.5 Suomen järjestelmän arviointia OECD raportin näkökulmasta

Kuva 7. Kokonaisterveysmenojen osuus bruttokansantuotteesta, Suomi, Pohjoismaat ja OECD-maiden keskiarvo, 1970–2003.



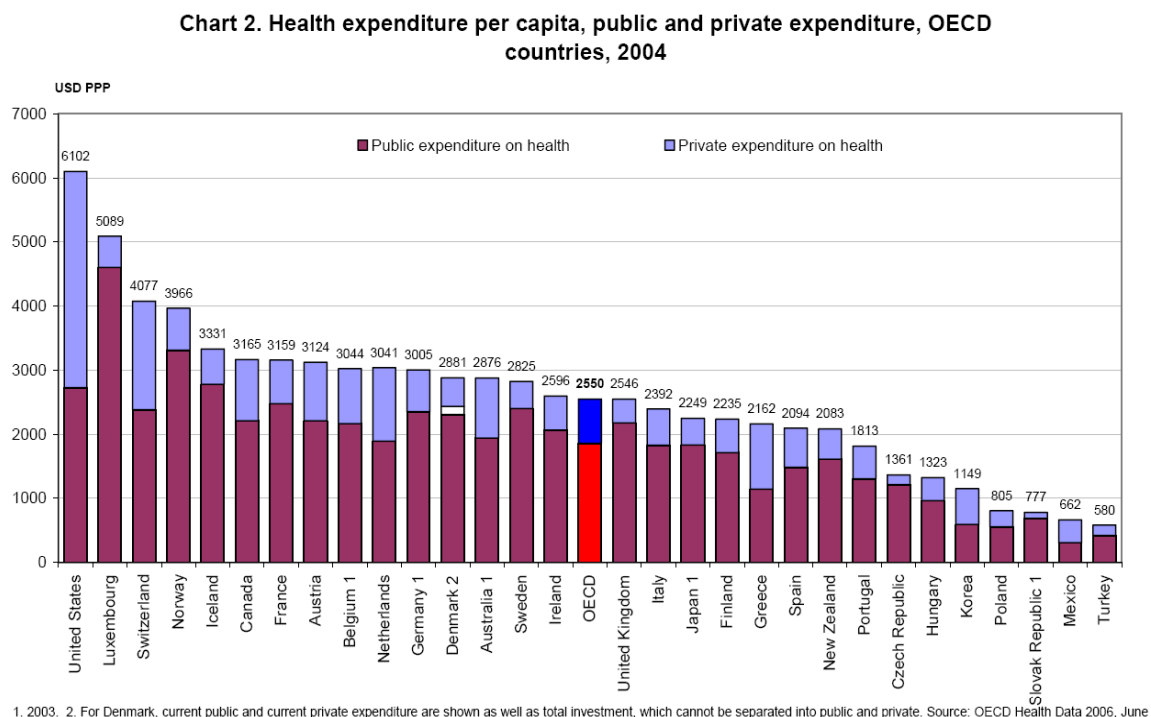
Suomen terveydenhuoltojärjestelmä on kokonaisrahoituksen osalta kilpailukykyinen verrattuna monen muun valtion järjestelmän. Terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta on Suomessa 7,4 %, joka on selvästi alempi kuin OECD-maissa keskimarin (8,8 % v. 2003). Suomen terveydenhuollon rahoitus koostuu valtion ja vakuutettujen rahoittamasta sairausvakuutuksesta sekä verorahoilla rahoitetusta julkisesta terveydenhuollosta. OECD-maiden bruttokansantuotteen keskiarvoa alhaisemmat kokonaisterveysmenot vuodesta 1993 lukien selittyvät Suomen talouden nousukauden myötä voimakkaasti kasvaneella bruttokansantuotteella. Lamavuosina 1990–1992 Suomen bruttokansantuote heikkeni voimakkaasti, jolloin kokonaisterveysmenot bruttokansantuotteesta nousivat vastaavassa suhteessa.

Suomessa terveystalvelujen tekninen laatu on OECD:n raportin mukaan hyvä, ennaltaehkäisevää toimintaa on painotettu, terveydenhuoltohenkilöstön ammatillinen osaaminen on korkeatasoista, ja monet vaikuttavuus- ja vastaavat mittarit kertovat muita maita keskimarist paremmista tuloksista. Myös tiettyjen erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuus on todettu hyväksi.

OECD:n vuonna 2005 julkistamaan Suomen terveydenhuoltojärjestelmän yleisarvioon sisllytty myös terveydenhuoltomme ”rinnakkaisrahoitusjrjestelmn” arviointia. OECD:n tutkijoiden mielestä mynteisid puolia järjestelmässä ovat 1) moniarvoisuuden ja vaihtoehtoisuuden lisntyminen yksityisen palveluvaihtoehdon kautta, 2) korkeamman omavastuun rajoittaman kysyntjohteisuuden lisminen, 3) julkisten menojen ja

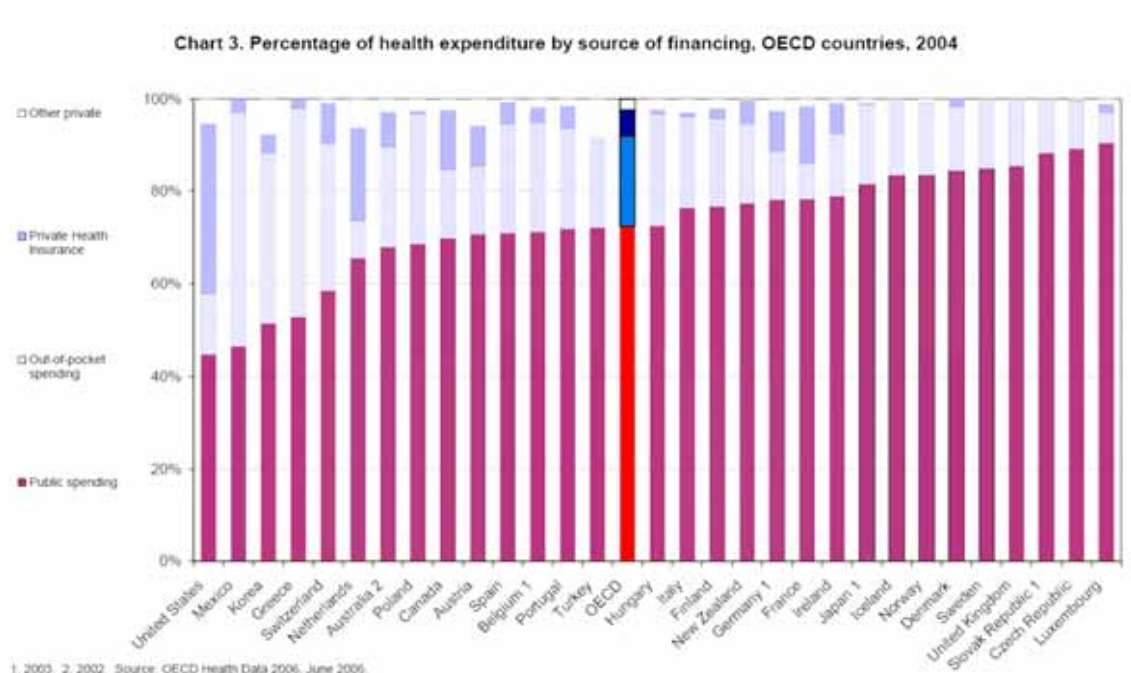
kapasiteetin säästäminen yksityistä vaihtoehtoa käytettäessä, 4) yksityisen terveydenhuoltokapasiteetin lisääminen, 5) lisätyö- ja ansaintamahdollisuuksien tarjoutuminen kunnallisen sektorin lääkäreille ja hammaslääkäreille ja 6) yksityisen terveydenhuoltovakuutuksen kehittämispaineiden pysyminen kurissa ja tällaisesta vakuutusjärjestelmästä mahdollisesti julkiselle terveydenhuollolle koituvien tasa-arvo- ja tehokkuushaittojen välttäminen. Rinnakkaisrahoitusjärjestelmän epäkohtina OECD:n selvityksessä puolestaan nähdään: 1) veropaineen nousu verrattuna yksityiseen vakuutusjärjestelmään tukeutumiseen, 2) jonkinasteinen julkisen menokontrollin otteen höltyminen ja tarjontajohtaisen kysynnän kasvu erityisesti julkisen sektorin ”portinvartijan” (lähetepäätöksen) puuttuessa, 3) epäsuotuisa vaikutus tietoisuuteen lääkekustannuksista, 4) kannustin kustannusten lykkäämiselle julkisesta terveydenhuollosta sairaanhoitovakuutuksen korvausten kohteena olevaan toimintaan, 5) eräiden avohoitopalvelujen päällekkäinen tarjonta, 6) paineen vähentäminen julkisen terveydenhuollon kehittämiseltä työterveyshuollon ja hyvätuloisten menettäessä kiinnostustaan julkisista palveluista ja niiden kehittämisestä ja 7) inhimillisten ja muiden voimavarojen kanavoituminen julkisesta yksityiseen järjestelmään jälkimmäisen kasvaessa.<sup>20</sup>

Kuva 8. Terveydenhuollon menot OECD maissa väestöön suhteutettuna



<sup>20</sup> OECD Review of Health Systems, Finland, OECD 2005

Kuva 9. Terveysthuoltomenot OECD-maissa rahoituslähteittäin



## 5. NYKYTILAN ARVIOINTI

### 5.1. Julkinen terveydenhuolto

#### 5.1.1 Hoitotakuu

Maaliskuussa 2005 voimaan tulleilla hoitoonpääsyn turvaamista koskevilla lainsäädäntömuutoksilla täsmennettiin kuntien ja kuntayhtymien velvollisuutta järjestää terveyspalveluja. Kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin kirjattiin enimmäisajat, joiden kuluessa kiireettömään hoitoon pääsy tulee järjestää. Uudistus valmisteltiin osana kansallista terveyshanketta ja sen tavoitteena on ollut muun muassa tehostaa terveyspalvelujärjestelmää.

Hoitotakuu on uudistanut ja parantanut hoitoon pääsyä terveyskeskuksissa. Toimintakäytäntöjä on muutettu ja palvelua parannettu. Tuloksia on saatu keskittämällä puhelinpalveluja, kehittämällä työnjakoa ja hyödyntämällä teknologiaa eli järjestämällä netti-neuvontaa. Terveyskeskusten johtaville lääkäreille tehtiin helmikuussa 2006 kysely hoitotakuun toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Kyselystä saatujen tietojen perustella tilanne terveyskeskuksissa vaikuttaa merkittävästi paremmalta kuin ennen hoitotakuuta. Edellisestä syksystä tilanne oli edelleen hiukan parantunut, mutta kyselyn vastauksista ilmenee, että täysin tavoitetta ei vielä oltu saavutettu.

Maassamme neljä viidestä asuu alueella, jossa välitön yhteydensaanti terveyskeskukseen toteutuu. Enää yksi prosentti väestöstä asuu sellaisten terveyskeskusten alueella, joissa on jatkuvia ongelmia yhteydensaannissa. Myös ajoittaisten ongelmien määrä yhteyden saamisessa on vähentynyt syksyn 2005 tilanteeseen nähden. Ennen hoitotakuun voimaantuloa yhteydensaannissa lähes neljä terveyskeskusta kymmenestä ilmoitti jatkuvia tai ajoittaisia ongelmia.

Hoitotakuun edellyttämä hoidon tarpeen arviointi kolmen arkipäivän kuluessa onnistui pääsääntöisesti. 96 prosenttia väestöstä asuu alueella, jossa hoidon tarve pystytään arvioimaan kolmen arkipäivän kuluessa. Jatkuvia ongelmia hoidon tarpeen arvioinnissa ei selvityksen mukaan enää ole. Neljä prosenttia väestöstä asuu alueella, jossa määräajan toteuttaminen aiheuttaa ajoittain ongelmia. Ennen lain voimaantuloa joka kolmas terveyskeskus ilmoitti, ettei hoidon tarpeen arviointi kolmessa arkipäivässä onnistu.

Lokakuussa 2006 76 prosenttia terveyskeskuksista pystyi toteuttamaan hoitotakuun edellyttämät määräajat myös suun terveydenhoidossa. Väestöstä 74 prosenttia asui määräaikoja noudattavien terveyskeskusten alueilla. Terveyskeskuksista 13 prosentilla oli jatkuvia ongelmia hoitoon pääsyn turvaamisessa määräajassa; määrällisesti tämä tarkoittaa 27 terveyskeskusta. Tilanne oli huonontunut eniten Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella, jossa 7 terveyskeskusta ilmoitti jatkuvista ongelmista. Määräaikojen noudattamista estää henkilöstöpula. Yli puolet terveyskeskuksista ilmoitti hammaslääkäripulan vaikeuttavan hoitotakuun toteuttamista. Pulaa ilmoittaneiden terveyskeskusten alueilla asui väestöstä 73 %. Suuhygienisteistä pulaa ilmoitti joka neljäs terveyskeskus.

Kansallisen terveysprojektin esittämä sairaaloiden hoitojonojen purkaminen aloitettiin lokakuussa 2002. Tuolloin valtio ja kunnat osoittivat sairaanhoitopiireille yhteensä 50 miljoonaa euroa hoitojonojen lyhentämiseen. Yli kuusi kuukautta hoitoa jonottaneita oli silloin 66 000. Elokuun 2005 puolella välissä yli kuusi kuukautta jonottaneita oli 34 000, joista runsaalle kahdelle tuhannelle oli tarjottu hoitoa muualta kuin omasta sairaalasta, mutta potilaat olivat halunneet jäädä oman sairaalansa hoitoon.

Viimeksi tehdyn kyselyn mukaan tammikuussa 2007 erikoissairaanhoitoon jonotti enää 7 332 potilasta, kun taas toukokuussa 2006 vastaava luku oli noin 12 000 asiakasta. Sairaanhoitopiirien välillä on kuitenkin suuria eroja. Vuoden 2006 loppupuoliskolla edistys oli nopeinta Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa yli puoli vuotta jonottaneiden määrä väheni neljässä kuukaudessa yhtä paljon kuin edellisen neljän vuoden aikana eli vajaalla kahdella tuhannella potilaalla. Varsinais-Suomessa ja Päijät-Hämeessä kehitys on hidastunut tai pysähtynyt kokonaan. Sairaanhoitopiirin väkilukuun suhteutettuna eniten yli puoli vuotta hoitoa jonottaneita potilaita on Pirkanmaan, Pohjois-Savon ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä.

Kokonaisuutena kehitys vuoden 2006 loppupuolella on ollut hyvää. Yli kuuden kuukauden mittaisia hoitojonoja on edelleen eniten ortopedian, käsikirurgian ja plastiikkakirurgian aloilla, joita vaivaa erikoislääkäreiden puute. Kuulonhuoltojonot on sitä vastoin Pirkanmaata lukuun ottamatta purettu. Kuulonhuoltajien koulutuksen lisääminen näkyy hoitojonoissa.

Eduskunta on valtion talousarvion käsittelyn yhteydessä kahdeksana vuotena peräkkäin lisännyt voimavaroja lasten- ja nuorisopsykiatriaan. Hoitotakuu on ollut voimassa lasten- ja nuorisopsykiatriassa tammikuun alusta 2001 alkaen. Tuoreet tulokset osoittavat,



että tarpeelliseksi todettu lasten ja nuorisopsykiatrinen hoito voidaan aloittaa kolmen kuukauden määräajassa varsin luotettavasti kaikkialla muulla Suomessa paitsi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitoyhtymän sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella.

Hoitoon pääsyä koskeva lainsäädäntö koskee periaatteessa myös erilaisia terapioita kuten puhe- tai fysioterapiaa. Käytännössä kuntoutusta koskevat hoitotakuulainsäädännön vaikutukset ovat kuitenkin jääneet vähäisiksi ja potilaat joutuvat jonoon. Eri terapioista ei ole laadittu yhtenäisiä kuntoutuksen perusteita. Palvelujen tai terapeuttien vähäisyys johtaakin priorisointiin julkisessa terveydenhuollossa. Koska hoitotakuu ja siihen liittyvät hoitoon tai kuntoutukseen pääsyn perusteet pohjautuvat Käypä hoito -suosituksiin ja vaikuttavuustietoon tai yleisesti hyväksytyihin hoitokäytäntöihin, tarvitaan dokumentoitua ja koottua tietoa eri terapiamuotojen vaikuttavuudesta eri sairaus- ja ikäryhmissä sekä terapian kestosta ja oikea-aikaisuudesta.

Erikoissairaanhoidon hoitojaksot ovat lyhentyneet, ja kuntoutuksen järjestyminen jatkohoidossa terveyskeskuksissa on vaikeutunut. Yksityiset palvelujentuottajat ja ostopalvelut ovatkin muodostuneet fysioterapiassa vakiintuneeksi käytännöksi.

### **5.1.2 Työvoiman saatavuus**

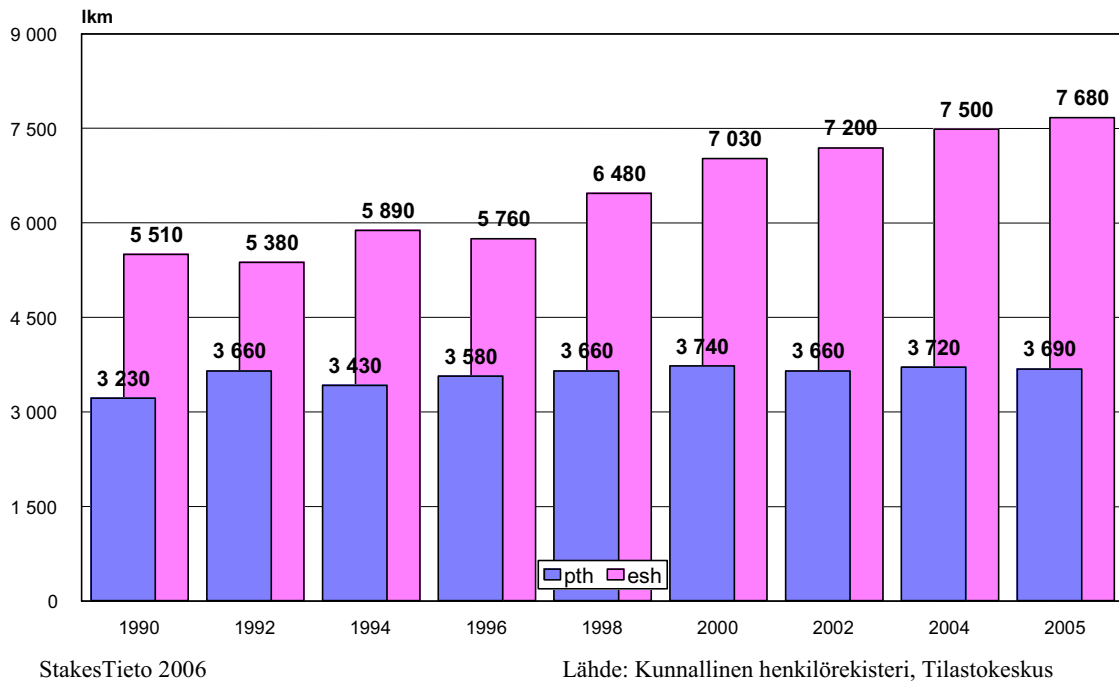
Perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa pyritään kansallisiin hoitosuosituksiin perustuviin hoitokäytäntöihin ja kattaviin valtakunnallisiin tietojärjestelmiin. Julkisten terveydenhuoltopalveluiden osalta keskeistä tulevaisuudessa on erityisesti henkilöstön saatavuuden ja terveyskeskusten tulevaisuuden turvaaminen.

Vuonna 2006 lääkäreitä oli noin 22 000. Heistä 17 000 oli työelämässä. Yksityisellä sektorilla lääkäreistä työskenteli noin 6 000. Suurin osa yksityisellä sektorilla työskentelevistä lääkäreistä toimi myös julkisella sektorilla. Yksityisellä sektorilla toimivista lääkäreistä noin 1 600 toimi ainoastaan yksityisellä sektorilla. Työikäisiä hammaslääkäreitä oli noin 4 500 ja heistä noin 2 500 toimii yksityissektorilla.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Tiedot: Kansaneläkelaitos

Kuva 10. Lääkärit kunnissa ja kuntayhtymissä



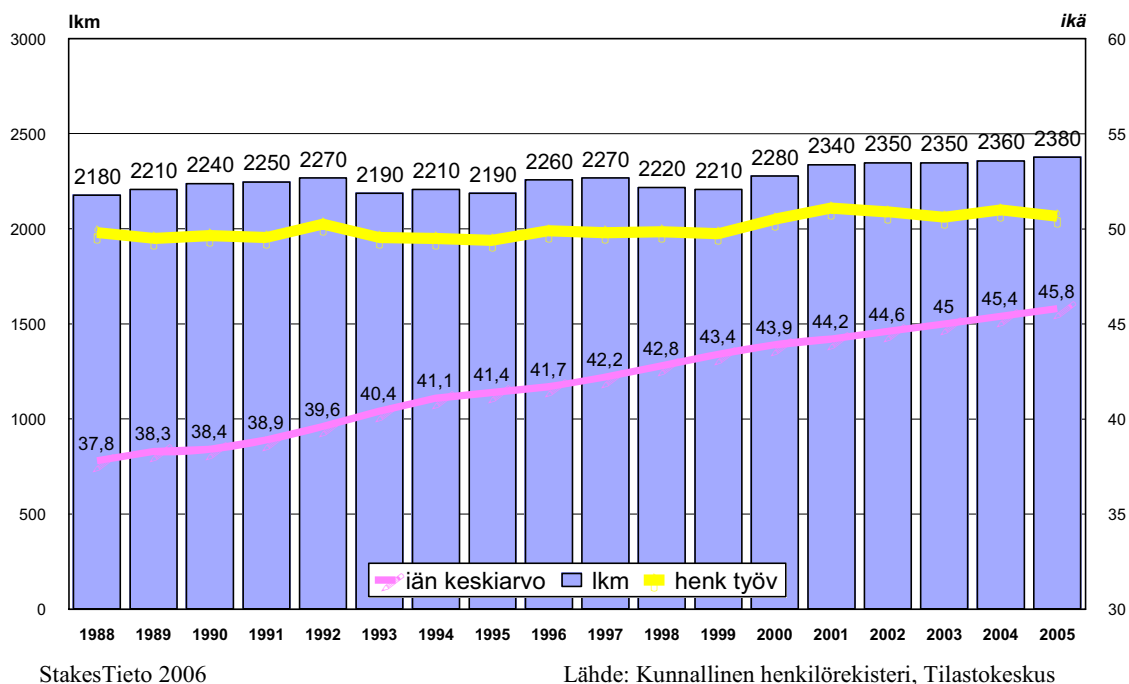
Lääkärivajetta koskevan tutkimuksen mukaan<sup>22</sup> lääkärimäärä Suomessa on hyvää eurooppalaista keskitasoa. Tuhatta asukasta kohti maassamme työskentelee noin kolme lääkäriä. Perusterveydenhuolto kärsii kuitenkin lääkärivajeesta. Lokakuun alussa 2006 terveyskeskusten lääkärivaje oli 8,9 %. Määrällisesti tämä tarkoittaa noin 320 hoitamattomaa lääkärin tehtävää. Lääkärivajetta on helpotettu työvoimaa vuokraamalla ja 7 % viroista hoidettiin ostopalvelulla.

Lokakuussa 2006 tehty työvoimavajeeselvitys<sup>23</sup> osoitti myös pahenevaa hammaslääkärinpulaa terveyskeskuksissa. Tuolloin terveyskeskusten suun terveydenhuollossa hammaslääkärivaje oli 275 (13,2%). Vaje oli suhteellisesti suurinta Itä-Suomessa ja Pirkanmaalla. Samanaikaisesti yksityishammaslääkärien vapaa kapasiteettikysely osoitti vapaata kapasiteettia olevan noin 100 hammaslääkärin verran. Tätä vapaata kapasiteettia on vain Pohjois-Pohjanmaan, Helsingin ja Uudenmaan ja Varsinais-Suomen sekä Vaasan sairaanhoitopiirien alueilla. Työvoimavaje pahenee nopeasti nykyisillä koulutusmäärillä sillä hammaslääkärimäärä vähenee vuosittain runsaalla 50:llä hammaslääkärillä. Vähennys koskettaa sekä yksityistä että julkista sektoria. Erityisen vaikeaksi työvoimavajen tekee Itä-Suomen alueilla se, että jatkossakaan koulutuksesta ei valmistu näille alueille hammaslääkäreitä. Helsingin, Tampereen, Turun ja Vantaan ostopalvelujen lisäykset ovat myös vähentäneet yksityishammaslääkärien vapaata kapasiteettia kyseisillä alueilla ja ostopalvelujen lisäykset nähtävästi vaikeutuvat jatkossa.

<sup>22</sup> Piitu Parmanne ja Jukka Vänskä: Lääkärivaje ja ostopalvelut kasvoivat edelleen. Suomen lääkärilehti 49–50 /2006

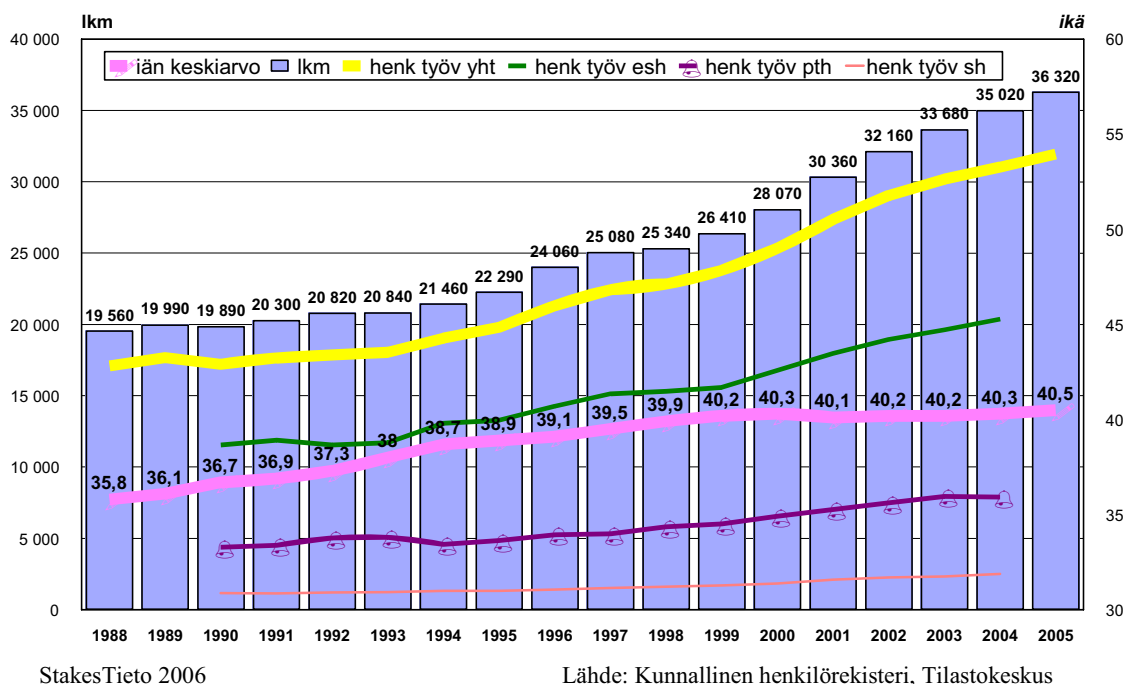
<sup>23</sup> Selvitys on tehty yhteistyössä Suomen Hammaslääkäriliiton, Kunnallisen työmarkkinalaitoksen ja sosi- aali- ja terveysministeriön kanssa. Ks. [www.hammasll.fi](http://www.hammasll.fi)

Kuva 11. Hammaslääkärrien lukumäärä, ikä ja henkilötyövuodet



Terveydenhuollon suurimman henkilöstöryhmän, sairaanhoitajien määrä kasvoi 29 % kunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollossa 2000-luvulla (kuva 12). Samaan aikaan toiseksi suurimman henkilöstöryhmän, lähi- ja perushoitajien määrä kasvoi 39 %, josta neljäsosa tapahtui terveydenhuollossa.

Kuva 12. Sairaanhoidajien lukumäärä, ikä ja henkilötyövuodet



Lokakuussa 2005 kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon vakansseista 3 % oli kokonaan hoitamatta. Vajeet olivat hieman kasvaneen edelliseen vuoteen verrattuna. Määrällisesti eniten oli hoitamatta sairaanhoitajan (2,5 %) ja lähihoitajan (3,2 %) vakansseja ja suhteellisesti eniten hammashuoltajan (6,2 %) ja röntgenhoitajan (5,3 %) vakansseja.

Terveysalan opistoasteisen koulutuksen ja ammattikorkeakoulutuksen saaneesta työvoimasta ei juurikaan ole reservejä. Tässä ryhmässä työttömyys on erittäin vähäistä, valmistuneet sijoittuvat hyvin koulutustaan vastaaviin tehtäviin ja ulkomailla olevien työikäisten paluumuutto on yhtä suurta kuin lähtömuutto.

Vaikka vajeet eivät ole koko maan tasolla suuria, alueellisesti työvoimatilanteessa on vaihtelua. Sairaanhoidopiireistä ja suurista kaupungeista osa on viestittänyt sairaanhoitajien rekrytointivaikeuksista, minkä koetaan osaltaan vaikeuttavan hoitoon pääsyä koskevien säännösten mukaista toiminnan tehostamista. Lisäksi sairaanhoidopiireissä on rekrytointivaikeuksia pienemmissä ammattiryhmissä, kuten röntgen- ja laboratoriohoitajat, joiden koulutus on keskitetty tiettyihin suuriin ammattikorkeakouluihin.

### ***Työnjaon kehittäminen***

Koulutuslisäysten ohella työvoiman saatavuutta ja riittävyyttä on turvattu selvittämällä terveydenhuollon eri henkilöstöryhmien välistä työnjakoa. Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista tehdyn selvityksen<sup>24</sup> mukaan työnjaon kehittäminen liittyi yleisimmin

<sup>24</sup> Sosiaali- ja terveysministeriö. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. (STM selvityksiä 2005:21).

perusterveydenhuollon hoitajavastaanottoihin äkillisissä, lievissä terveysongelmissa sekä kroonisesti sairaiden potilaiden seurantavastaanottoihin erikoissairaanhoidon poliklinikoilla ja perusterveydenhuollossa. Eniten siirrettiin tehtäviä lääkäreiltä sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Pilotteihin osallistui myös toisen asteen ja tätä lyhyemmän koulutukseen saaneita ammattiryhmiä. Suun terveydenhuollossa työnjaon kehittäminen koski suuhygienistin/hammashuoltajan vastaanottotoimintaa, hammaslääkärin ja suuhygienistin/hammashuoltajan tiimitoimintaa sekä puhelinneuvontaa ja ajanvarauskäytäntöjä. Selvityksen mukaan perusterveydenhuollon hoitajavastaanotot kattoivat parhaimmillaan lääkärin ja hoitajan vastaanottokäynneistä noin 60 % ja päivystysvastaanottokäynneistä runsaan neljäsosan. Hoitajien puhelinpäivystyksen ja -neuvonnan seurauksena lääkäripäivystyksen käynnit vähenivät kuukaudessa noin viidesosan.

Ammattihenkilöiden välisen työnjaon rationalisointipyrkimykset tähtäävät osaltaan siihen, että käytettävissä olevilla resursseilla pystyttäisiin vastaamaan palveluntarpeeseen. Suuhygienistien ja hammaslääkärin välistä työnjakoa on kehitetty ja valmisteilla on myös yhtenäiset hoidon perusteet suuhygienistille hoitoon pääsyyn. Julkisessa terveydenhuollossa suuhygienistien antamaa hoitoa on suunnattu erityisesti lasten ja nuorten suun terveydenhuoltoon. Muiden ammattihenkilöiden osalta työnjaon kehittämisen arviointi on vielä sosiaali- ja terveysministeriössä kesken.

### ***Uuden työvoiman tarve***

Työministeriön Työvoima 2025 –projektissa<sup>25</sup> arvioitiin, että vuosina 2005–2020 sosiaali- ja terveysalan työssä avautuu peruskehityksen mukaan 184 600 työpaikkaa ja tavoitekehityksen mukaan 210 100. Vastaavat luvut vuositasolla ovat 11 600 ja 13 100. Avautuvista työpaikoista noin 60–70 % johtuu eläkepoistuman korvaamisesta. (Taulukko 11.)

*Taulukko 11. Poistuma työllisestä työvoimasta, työpaikkojen muutos ja avautuvat työpaikat perus- ja tavoitekehityksen mukaan vuosina 2005–2020.*

Toimiala	Työlliset 2004	Peruskehitys					
		2005–2020			Vuotta kohti		
		Poistuma	Työpaikkojen muutos	Avautuvat työpaikat	Poistuma	Työpaikkojen muutos	Avautuvat työpaikat
Sosiaali- ja terveysalan työ	299 690	131 000	53 600	184 600	8 200	3 400	11 600
Kaikki yhteensä	2 283 930	916 900	63 700	980 600	57 200	4 100	61 300
Tavoitekehitys							
Sosiaali- ja terveysalan työ	299 690	122 000	88 100	210 100	7 600	5 500	13 100
Kaikki yhteensä	2 283 930	857 400	190 400	1 047 800	53 800	12 000	65 800

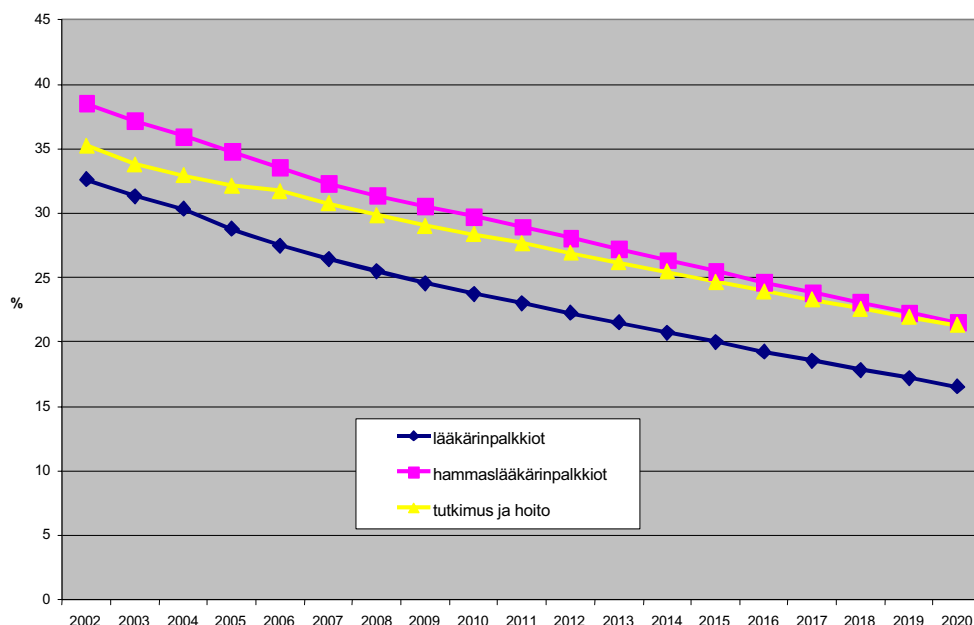
<sup>25</sup> Työministeriö. 2007. Työvoima 2025. Työpoliittinen tutkimus 325.

## 5.2. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutus

### 5.2.1 Yleistä

Sairaanhoitokorvaukset antavat vakuutetulle vaihtoehdon hakeutua julkisen sektorin sijaan yksityiselle sektorille, jolloin hän itse maksaa suuremman osan kustannuksista. Korvaukset ovat kaikille hoitoon hakeutuville samansuuruiset.

*Kuva 13. Sairausvakuutuskorvauksen osuus vakuutetun kustannuksista, jos taksat ennallaan*



Kuvassa 13 kuvataan lääkäripalkkioiden, hammashoidon sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvausosuuksien kehitystä, jos nykyinen menettely jatkuisi eikä taksoja korotettaisi.

Julkiseen terveydenhuoltoon verrattuna sairausvakuutuksesta korvattu hoito on välittömiltä kustannusvaikutuksiltaan edullista ja se pienentää julkisen terveydenhuollon kustannusrasitusta valtiontaloudelle ja kunnille julkisen terveydenhuollon käytettävissä olevia varoja säästäten. Sairausvakuutusjärjestelmä mahdollistaa potilaalle vapauden valita hoidon antajan toisin kuin julkisessa terveydenhuollossa, jossa tätä mahdollisuutta ei ole. EU-alueella hoidon valinnan vapaus on yleisesti ottaen Suomen julkista terveydenhuoltoa laajempi, joskin suomalaiset ovat OECD –tutkimuksen valossa varsin tyytyväisiä terveydenhuoltoonsa.

Sairausvakuutuksen rahoituksesta vakuutetulle kohdistuvan osuuden on oltava kohtuullinen suhteessa vakuutetun maksukykyyn. Sama pätee myös sairausvakuutusmaksun korotuksiin. Toisaalta ylimitoitetulla korvaustasolla saattaisi olla epäsuotuisia vaikutuksia julkisesti rahoitetun terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuuden tasapainoisen kehityksen. Oikein mitoitettu sairaanhoitovakuutuksen korvaustaso palvelee kaikkia väestö-

ryhmiä. Suomen väestön ikärakenne tulee lähivuosina muuttumaan selkeästi terveydenhuoltopalvelujen kysyntää lisäävästi. Väestön ikääntymisen mukanaan tuomat tekijät ja työssäkäyvän väestön siirtyminen pois työterveyshuollon piiristä asettavat painetta julkiselle terveydenhuollolle. Ottaen huomioon julkisen terveydenhuollon kapasiteetin, on sairaanhoitovakuutuksella tärkeä rooli tätä kustannuspainetta tasaavana järjestelmänä.

### **5.2.2 Lääkäripalkkio**

Yksityisen sairaanhoidon lääkäripalkkioiden, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaajana sairaanhoitovakuutuksella on merkittävä, julkista terveydenhuoltoa täydentävä tehtävä. Nopea hoitoon pääsy potilaalle sopivana aikana ja sopivassa paikassa palauttaa parhaimmillaan työkyvyn nopeasti ja työstä poissaolot vähenevät. Potilas voi valita lääkäriinsä ja hakea vaivalleen toisen mielipiteen. Tämä mahdollisuus on julkisessa terveydenhuollossa rajoitetumpi. Suomessa hoidon antajan valinta toteutuu vain yksityisellä sektorilla kun taas muissa EU-maissa potilas voi pääsääntöisesti valita lääkärin ja joissakin maissa myös sairaalan.

Lähes puolet lääkäripalkkioiden korvauksista maksetaan gynekologien ja silmätautien erikoislääkärikäyntien kustannuksista. Potilas tietää hoitoon hakeutuessaan, minkä erikoisalan lääkärille hänen tulee hakeutua. Kun lähetettä ei tarvitse hakea yleislääkäriltä, säästetään yleislääkärin käynnin kustannukset. Jos sairausvakuutuksesta korvattaisiin ainoastaan erikoislääkärikäynti, voidaan käytettävissä olevin tiedoin arvioida ettei julkinen terveydenhuolto kykenisi purkamaan kaikkia yleislääkärille suuntutuvia lääkärikäyntejä. Yleislääkärin lähete erikoislääkärin vastaanotolle kasvattaisi käyntien määrää terveyskeskuksissa. On kuitenkin mahdollista, että potilas hakeutuu turhaan erikoislääkärille sellaisessakin tilanteessa, missä yleislääkärin hoito olisi ollut riittävää. Erikoislääkärikorotusta maksetaan kuitenkin vain silloin, kun erikoislääkärin antama hoito kuuluu hänen erikoisalaansa.

Sairausvakuutuslain mukaan korvattiin 3,45 miljoonaa lääkärissä käyntiä vuonna 2005. Niistä sairausvakuutuskorvaukset olivat 62,5 miljoonaa euroa. Vastaavat käynnit maksoivat julkisen terveydenhuollon järjestäminä 212 miljoonaa euroa. Sairausvakuutus tasaa julkisten terveystalvelujen kysyntään kohdistuvia paineita.

### 5.2.3 Hammashoito ja suuhygienistin antama hoito

Sairausvakuutuksella tuettu hammashoito on merkittävä osa aikuisten suun terveydenhuoltoa. Suomen terveydenhuollossa hammashoito on jo huomattavalta osin järjestetty yksityisen suun terveydenhuollon piirissä. Sairausvakuutuksesta korvattavasta yksityisestä hammashoidosta perityt palkkiot ovat samaa suuruusluokkaa kuin vastaavan hoidon tuotantokustannukset julkisella sektorilla tuotetuissa palveluissa. Asiakkaan omavastuu kustannuksista on kuitenkin yksityishammashoidossa huomattavasti julkista hammashoitoa suurempi. Jos omavastuuosuus jatkaa kasvuaan, siirtyy julkiselle perusterveydenhuollolle lisää käyntipainetta yksityisen suun terveydenhuollon piiristä.

Sairaanhoitovakuutuksesta maksettavien korvausten tulisi edistää väestöryhmien välisen terveyserojen kaventumista suun terveydenhuollossa. Korvausten tulisi edistää yksityisten palvelujen täydentävää roolia julkisen suun terveydenhuollon hoitopalvelujen peruseriaatteiden mukaisesti (työnjako hammaslääkäreiden ja suuhygienistien välillä). Palvelujen korvaamisessa tulisi huomioida väestön palvelujen käytön tarpeet kuten päi-vystysluontoiset toimenpiteet ja niihin suunnattavat korvaukset. Proteettisen hoidon korvausten lähtökohtana tulisi olla terveydellisten ongelmien huomioon ottaminen (hampaattomuuden mukanaan tuomat ongelmat).

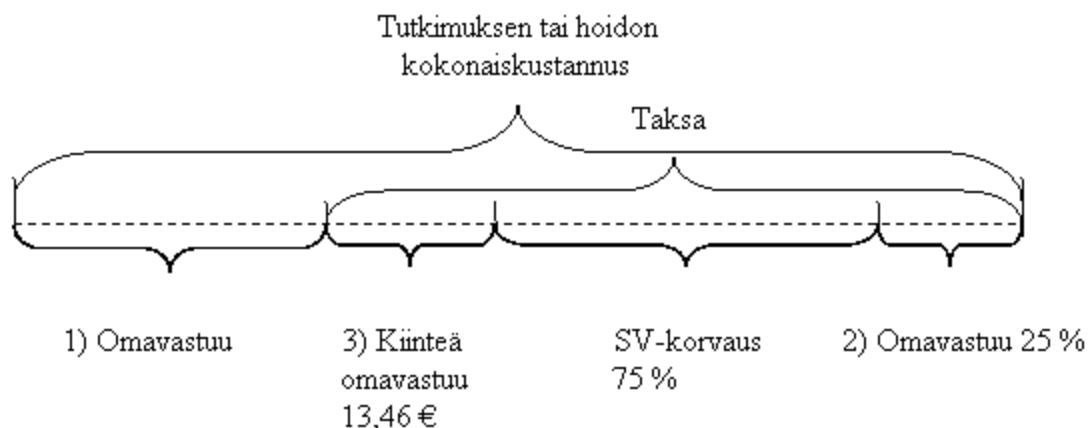
Nykyisin sairausvakuutuslain mukaista korvausta ei makseta proteettisesta hoidosta (poikkeuksena miinanraivaajat ja rintamaveteraanit) ja oikomishoitoa korvataan vain erityistapauksissa.

Sairausvakuutuslain mukaan sairausvakuutuskorvaus myönnetään vain hammaslääkärin antaman hoidon kustannuksista. Hammaslääkärin hoitotiimissä suuhygienisti voi suorittaa hoitotoimenpiteitä hammaslääkärin antaman ohjeen mukaan. Palkkiot hoidosta peritään kuitenkin hammaslääkärille ja suuhygienistin antamaa hoitoa korvataan hammaslääkärin toimenpidetaksan mukaisesti hammaslääkärin työnä. Itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan suuhygienistin antamasta hoidosta ei makseta korvausta. Hammaslääkärin tutkimukseen perustuva, suuhygienistin antama hoito on sairausvakuutuslain tarkoittamaa tarpeellista sairauden hoitoa, jonka suuhygienisti voi koulutuksensa perusteella suorittaa. Suuhygienistin antaman, tarpeellisen sairauden hoidon kustannuksia tulisi korvata sairausvakuutuksesta siten, että korvaus maksetaan hammaslääkärin työn sijaan suuhygienistin työstä ja että korvaus on mahdollinen myös itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan suuhygienistin antamasta hoidosta. Tällöin lähdetään siitä, että korvauskäytännön muutos ei johtaisi kokonaiskustannusten ja korvausten kohoamiseen.

### 5.2.4 Tutkimuksen ja hoidon korvausmenettely

Sairausvakuutuslain 3 luvun 5 §:ssä säädetään tutkimuksesta ja hoidosta korvattavasta osuudesta. Vakuutetun maksaman omavastuun määrää voidaan kuvata janalla seuraavasti:





Taksa on yleensä palvelun todellisia kokonaiskustannuksia pienempi. Kokonaiskustannuksen ja taksan väliin jää ensimmäinen osa potilaan omavastuuosuutta (1). Taksojen määrästä vähennetään edelleen kiinteä omavastuu, joka lisää potilaan omavastuuta (3). Korvausta maksetaan 75 % jäljelle jäävästä summasta, joten potilaalle jää vielä 25 prosentin omavastuu (2) taksasta, kiinteän omavastuun vähentämisen jälkeen. Tutkimuksen tai hoidon taksasta ei voi päätellä, miten paljon vakuutettu todellisuudessa maksaa palvelusta.

Tutkimus ja hoito jakautuu useisiin korvauslajeihin. Samalla kertaa määrättyjen tutkimusten ja hoitojen taksat (tai hinnat, jos ne ovat taksaa matalammat), lasketaan yhteen ja summasta vähennetään kiinteä omavastuu. Fysioterapian taksasta vähennetään kuitenkin kiinteä omavastuu erikseen, vaikka samalla olisi määrätty myös muuta tutkimusta tai hoitoa. Sarjahoidosta kuten fysioterapian hoitosarjasta vähennetään vain yksi kiinteä omavastuu. Monimutkaisen korvausmenetelmän takia vakuutetun on lähes mahdotonta etukäteen arvioida kustannustensa määrää hakeutuessaan lääkärin tai hammaslääkärin määräämiin tutkimuksiin tai hoitoihin. Lainsäädännön olisi oltava tältä osin mahdollisimman selkeä ja läpinäkyvä.

Kiinteän omavastuun poistamista on ehdotettu useita kertoja aikaisempien työryhmien raporteissa. On kuitenkin haluttu varmistua siitä, että yksityisen terveydenhuollon palveluita käyttävä vakuutettu maksaa aina osan kustannuksista itse. Korvaus on sairausvakuutuslain mukaan vain osa kustannuksista tai taksasta ja tällä tavalla vakuutetulla on aina omia kustannuksia yksityisestä palvelusta.

Lääkärinpalkkiosta ja hammashoidosta korvausosuus on 60 %. Tämä poikkeaa tutkimuksen ja hoidon korvausosuudesta, joka on 75 % kiinteän omavastuun ylittävästä osuudesta. Vakuutetun olisi helpompi arvioida omia kustannuksiaan, jos korvaus olisi samalla tavalla laskettavissa kaikissa korvauslajeissa.

Korvaustasot ovat alentuneet, koska korvausten määrää ei ole korotettu vuoden 1989 jälkeen. Taksojen sisäisiä tarkistuksia, rakenteeseen liittyviä muutoksia ja euroon siirtymiseen liittyviä tarkistuksia taksoihin on tehty ja sillä tavalla pidetty taksat lain määrämällä tavalla ajan tasalla. (ks. liite 10, taksatarkistukset 1964–2006).

Taksa määritetään nykyään siten, että taksan pohjana käytetään julkisesta terveydenhuollosta kerättyjä hintatietoja, joita on pidetty tehokkaiden tuottajien hintoina. Taksa

on annettu niille tutkimuksille, toimenpiteille ja hoidoille, joilla on jonkun valtakunnallisen luokituksen mukaiset koodit ja nimet. Taksaa määritettäessä ongelmia aiheuttavat seuraavat nykyisin tiedossa olevat seikat:

- Hintojen pohjana käytetään erilaisia kustannuslaskentatapoja
- Kaikilla yksiköillä ei ole omaa kustannuslaskentaa
- Ei käytetä valtakunnallisia koodeja ja nimiä
- Käytetyt koodit eivät vastaa oikeaa tutkimusta
- Saman tutkimuksen/hoidon kustannusten jakauma on suuri
- Tutkimus/hoido sisältää joskus palvelumaksuja, joskus se on vain analyysin hinta
- Hinnastoissa on virheitä, jotka vaikuttavat keskilukuihin
- Arkityöajan jälkeen tutkimuksilla/hoidoilla on korotettu hinta
- Ilman viivettä tehtävillä tutkimuksilla/hoidoilla on korotettu hinta
- Tutkimuksilla/hoidoilla tai palvelumuksuilla on erilainen hinta asemapaikasta tai ajasta johtuen
- Samaa tutkimusta/hoidoa myydään eri hinnoilla eri ostajille
- Kaikki julkiset laitokset eivät halua antaa hintatietoja

Missään ei ole määritetty terveydenhuollon tehokkaita tuottajia. Tutkimusten ja hoitojen tuottajahintoja koskevat lukuisat epäselvyydet. Tarpeellista olisikin sopia menettelystä, jolla tehokkaiden tuottajien hinnat koottaisiin yhteen korvauksen määrittämistä varten.

Taksoja määritettäessä otetaan huomioon myös yksityisessä terveydenhuollossa käytettävät hinnat siten, etteivät taksat ole yksityisen terveydenhuollon hintoja korkeampia. Yksityisten palvelujen tuottajien hintojen jakauma on suuri. Myös saman tuotteen tai palvelun hinta voi vaihdella samalla palvelujen tuottajalla. Lisäksi rekisteröidyissä perityissä hinnoissa on virheitä. On runsaasti vähän korvattuja tutkimuksia ja hoitoja, jolloin hintoja ei saada kattavasti. Palvelujen tuottajat voivat myös alentaa joidenkin tuotteiden hintoja markkinoinnin tueksi.

### **5.2.5 Psykoterapia**

Sairaanhoitovakuutuksesta korvataan vain lääkärin antamaa psykoterapiaa. Toimenpidemikkeet ovat yksilöpsykoterapia, pari/perhepsykoterapia ja ryhmäpsykoterapia. Taksa on määritetty yleislääkärille ja taksaa korotetaan 50 prosentilla, kun hoidon antaa erikoislääkäri, jonka erikoisalaan hoito kuuluu.

Kansaneläkelaitos korvaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena psykoterapiaa 16–64-vuotiaille vakuutetuille, joiden työ- tai opiskelukyky on mielenterveyden häiriön vuoksi uhattuna. Kuntoutuksen tavoitteena on työelämässä pysyminen tai sinne palaaminen. Kansaneläkelaitoksen korvaama kuntoutus täydentää kunnille kuuluvaa lakisääteistä mielenterveyspalveluiden järjestämisvelvollisuutta. Myös Kansaneläkelaitoksen kustantamassa kuntoutuksessa olevien potilaiden kokonaisuhoitovastuu kuuluu mielenterveyslain mukaisesti julkiselle terveydenhuollolle.

Kuntoutuksena psykoterapiaa korvataan sekä lääkärin että myös muun terapeuttisen koulutuksen saaneen henkilön antamana. Psykoterapian korvaaminen kahdesta eri järjestelmästä on monimutkaista kokonaisuuden hallinnan, vakuutetun, Kelan sekä osittain myös hoidon antavan terapeutin kannalta. Jos lääkäri antaa psykoterapiaa, potilas voi saada korvauksen annetusta psykoterapiasta myös kuntoutusetuutena. Järjestelmä asettaa erilaisen koulutuksen saaneet henkilöt eriarvoiseen asemaan hoidon antajana, vaikka henkilöillä muutoin voitaisiin katsoa olevan riittävä koulutus terapian antamiseen.

Diagnosoidut mielenterveyden häiriöt ovat jatkuvasti lisääntyneet Suomessa vuodesta 1996 lähtien.<sup>26</sup> Vaikuttavaan mielenterveydenhäiriöiden hoitoon tulee panostaa, koska niiden aiheuttamat sairauspäiväraha-kaudet ja työkyvyttömyyseläkkeet lisääntyvät. Ennusteen mukaan työikäisten aikuisten psykoterapian saajien määrä tulee lisääntymään lähivuosina. Sekä lääkkeillä että psykoterapialla on hoidollista vaikutusta, joten panostusta ei voida suunnata kustannustehokkaammin vain toiseen näistä vaihtoehdoista.

Psykoterapiaa harkinnanvaraisena kuntoutuksena saaneiden määrä on ajanjaksolla 1992–2006 kasvanut noin 4 000 kuntoutujasta noin 11 000 kuntoutujaan. Harkinnanvaraisena kuntoutuksena korvattavan psykoterapian ongelmana on harkinnanvaraisen rahoituksen riittävyys kuntoutustarpeen vaihdellessa mutta määrärahan ollessa kiinteä. Koska kuntoutustarve vaihtelee, menot eivät ole ennakoitavissa. Kohderyhmän määrittely ei saisi tapahtua yksioikoisesti kulloisenkin määrärahan mukaan vaan sen tulisi olla samalla johdonmukaista hoidon tehokkuuden ja kattavuuden näkökulmasta. Viime kädessä mielenterveyslaki velvoittaa kuntia järjestämään tarpeenmukaisen psyykkisen kuntoutuksen henkilön jäädessä Kelan korvaaman kuntoutuksen ulkopuolelle. Psykoterapian konsensuskokouksen lausuman mukaan<sup>27</sup> Kelan korvamaa psykoterapiakuntoutusta pidetään nykyisin tosiasiallisesti tärkeimpänä mielenterveyskuntoutujien kuntoutusmuotona. Sosiaali- ja terveysministeriön johdolla ollaan valmistelemaan kansallista mielenterveys- ja päihdesuunnitelmaa vuoden 2008 loppuun mennessä. Julkisen terveydenhuollon resurssit eivät kuitenkaan riittäne kasvavan psykoterapiantarpeen tyydyttämiseen ellei varoja kohdenneta nykyistä tarkoituksenmukaisemmin.

## 5.2.6 Fysioterapia

Fysioterapiaa korvataan lääkärin määräämänä. Kelan korvausjärjestelmän mukaan lääkäri merkitsee diagnoosin vain vajaassa puolessa määräyskerroista, vaikka fysioterapian tulee aina perustua sairauden hoitoon. Hoitoa määrättäessä on potilaalla oltava diagnoosi tai diagnoosiepäily. Useimmat diagnoosit merkitään yleisellä tasolla. Fysioterapeutti tekee aina fysioterapeuttisen tutkimuksen ja suunnittelee hoidon ja sen sisällön, usein ilman lääkärin tarkkaa diagnoosia. Tavoitteena tulisi olla lääkäreiden yhtenäinen määräyskäytäntö, mikä voitaisiin saavuttaa määräyskäytäntöä terävöittämällä.

Potilas maksaa jokaisesta fysioterapian hoitosarjasta erikseen kiinteän omavastuun silloinkin, kun samalla kertaa on määrätty muuta hoitoa tai tutkimusta. Tällaisessa tapauksessa potilas maksaa kiinteän omavastuun (13,46 €) kahdesti, taksojen summan ja palvelun hinnan välisen erotuksen sekä 25 % taksojen summasta. Potilaan on vaikea etukäteen arvioida kustannuksiaan saamastaan hoidosta.

<sup>26</sup> Kansaneläkelaitos AT-osasto

<sup>27</sup> Psykoterapiaa koskeva konsensuslausuma 18.10.2006. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia

Korvaus maksetaan sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin määräämästä fysioterapiasta. Julkisen terveydenhuollon ja työterveyshuollon lääkäreiden antamat fysioterapiamääräykset muodostavatkin huomattavan osan Kansaneläkelaitoksen korvaamasta fysioterapiasta. Korkein hallinto-oikeus on antanut ratkaisun<sup>28</sup>, jossa on korostettu kunnan velvollisuutta järjestää kansanterveyslain perusteella lääkinnällinen kuntoutus sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi kuin kuntoutuksen tarve kunnassa edellyttää. Tästä huolimatta julkisen terveydenhuollon läheteet yksityiseen fysioterapiaan ovat muotoutuneet pysyväksi käytännöksi kaikkialla maassa eikä tilanne osoita korjaantumisen merkkejä. Nykyistä lähetekäytäntöä voidaan pitää palvelujen tuottamisen kannalta ongelmallisena, sillä se ei kannusta julkista sektoria tuottamaan tarvittavia fysioterapiapalveluja.

Fysioterapian saatavuuden arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota alueelliseen yhdenvertaisuuteen. Tarkasteltaessa fysioterapian korvauksia alueellisesti, voidaan todeta, että korvaukset ovat jakautuneet varsin epätasaisesti Suomessa<sup>29</sup>. Kaikissa terveyskeskuksissa ei ole saatavilla fysioterapiapalveluja. Palvelutarjonnan korvaa näillä alueilla yksityinen palvelujen tuotanto. Joillain alueilla yksityisiä fysioterapiapalveluja on saatavilla, mikä näkyy sairausvakuutuksesta korvattavan fysioterapian määrässä. Julkisen terveydenhuollon tulevaisuudessa tapahtuva keskittäminen voi aiheuttaa tietyillä alueilla fysioterapiapalvelujen saatavuuden heikentymistä.

Julkisen terveydenhuollon lähete fysioterapiaan toimii perustellusti niillä alueilla, joissa yksityistä terveydenhuoltopalvelua on rajoitetusti. Työterveyshuollon piirissä annettava fysioterapia saattaa joillakin alueilla vaikuttaa yksityisen, sairausvakuutuksesta korvattavan fysioterapian käyttämiseen.

Lähetekäytännön muuttaminen siten, että fysioterapia olisi sairausvakuutuksesta korvattavaa vain silloin, kun yksityisessä terveydenhuollossa toimiva lääkäri kirjoittaa läheteen, saattaisi synnyttää tilanteen, jossa potilaat hakeutuvat yksityislääkärin vastaanotolle saadakseen läheteen yksityiseen fysioterapiaan. Tämä saattaisi aiheuttaa yksityislääkärissä käyntien määrän nousua ja lääkärinpalkkioiden korvausten kasvua. Lisäksi palvelujen käyttäjät ovat vuosien saatossa tottuneet saamaan läheteen julkisesta terveydenhuollosta, joten käytännön muuttaminen saattaisi hankaloittaa fysioterapiaan hakeutumista muun muassa pitkien välimatkojen vuoksi.

Fysioterapian korvauskäytännön eräänä epäkohtana voidaan pitää myös sitä, että lääninhallituksen luvan saaneessa yksityisen terveydenhuollon toimintayksikössä fysioterapiaa voivat antaa muunkin kuin fysioterapeuttien koulutuksen saaneet henkilöt. Fysioterapian toimintayksikössä voi toimia muun muassa hierojia, mikä johtaa siihen, että fysioterapiana saatetaan korvata myös hierontaa.

Tietoa fysioterapian vaikuttavuudesta ja hyödyistä potilaalle on niukasti saatavissa. Hyötynäkökulma on usein subjektiivinen ja perustuu asiakkaan näkemykseen terveydentilan kohentumisesta. Kehon eri alueille annetun fysioterapian vaikuttavuutta on siten vaikea asettaa tärkeysjärjestykseen.

Fysioterapian vaikuttavuuden selville saamiseksi Suomen Kuntaliitto on yhdessä Sairaaliiton, Suomen Fysiatriryhdistyksen, Suomen Fysioterapia- ja Kuntoutusyritykset

<sup>28</sup> KHO 19.6.2002 Dnro 1257/3/00

<sup>29</sup> Ks. Liite 9. Sairaanhoidonkorvaukset fysioterapian palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006.

ry:n ja Suomen Fysioterapeutit ry:n kanssa laatinut Fysioterapian palautesuosituksen (2001), jonka kehittämissä pyritään sähköiseen rakenteelliseen tietoon potilaan voimista. Edelleen Fysioterapianimikkeistö kuuluu Suomen Kuntaliiton ylläpitämiin palvelunimikkeistöihin, joka kuvaa tiivistetysti fysioterapian ja fysioterapeutin työn sisältöjä. Nimikkeistö on tarkoitettu työvälineeksi kirjaamiseen, tilastointiin sekä tuotteistukseen ja tulee olemaan osana sähköistä potilaskertomusta. Kela tulee olemaan valtakunnallisen sähköisen potilasasiakirja-arkiston toimija, joka mahdollistaa hoidon tilastollisen tehokkuuden seurannan.

## 5.2.7 Tekonivelet

Sairausvakuutuslain mukaan tekonivelten kustannuksista ei makseta korvausta. Tekonivelen hinta muodostaa noin 10–30 % tekonivelleikkausten hinnasta yksityissektorilla. Sairausvakuutuskorvaus yksityisessä terveydenhuollossa tehtävästä tekonivelleikkauksesta on noin 10 % riippuen siihen liittyvistä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista. Korvaamatta jää esim. leikkausalivuokrien, hoitopäivien ja leikkausryhmän muiden jäsenten kuin lääkärin palkkioita.

Suomessa tehdään yli 16 000 totaaliendoproteesileikkausta vuodessa. Niistä suurin osa aiheutuu nivelrikosta (80 %). Valtaosa tekonivelistä on polvi- ja lonkkaendoproteeseja. Muiden endoproteesien osuus on noin 5 prosenttia. Noin 10 prosenttia tekonivelistä uusitaan uusintaleikkauksissa. Yli 20 prosenttia leikkauksista tehdään yksityissairaaloissa. Leikkaushoito edellyttää vaikeita oireita ja merkittävää toiminnallista rajoitusta. Yhdenäiset kiireettömän hoidon perusteet ovat käytössä sekä yksityisessä että julkisessa terveydenhuollossa.

HYKS-sairaanhoidon alueen kirurgian yksikön mukaan lonkan, polven tai nilkan tekonivelleikkauksen kustannus on noin 7 600 euroa ja uusintaleikkauksen noin 9 500 euroa.

Kansaneläkelaitoksen korvaustiedoista saadut tekonivelleikkausten lukumäärät kuvaavat tekoniveliä määrää yksityisessä terveydenhuollossa. Vuonna 2006 tehtiin 1 004 lonkan kokonivelleikkausta. Lääkäripalkkio, josta vakuutetulle maksettiin korvausta oli 168 euroa. Polven tekonivelleikkauksia tehtiin 1 367 ja korvauksen perusteena oleva lääkäripalkkio niistä oli keskimäärin 166 euroa. Osa tekonivelleikkauksista tehdään erikoismaksuluokassa julkisessa sairaalassa, jolloin kaikki leikkauksen kustannukset eivät tule potilaan maksettavaksi.<sup>30</sup>

Tekonivelen osuus leikkauksen kustannuksista on merkittävä. Tekonivelkirurgian katsotaan olevan tarpeellista sairauden hoitoa. Sairausvakuutuslain proteesien korvaamista koskeva rajoitus on syntynyt ennen nykyaikaista tekonivelkirurgiaa.

<sup>30</sup> Erikoismaksuluokka loppuu helmikuussa 2008.

## 5.2.8 Hammasproteettinen hoito

Rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille maksetaan yksityishammaslääkärin ja erikoishammasteknikon suorittamasta protetiikan kliinisestä työstä taksan mukaisesta määrästä 100 prosentin korvaus ja protetiikkaan liittyvästä teknisestä työstä taksan mukaisesta määrästä 50 prosentin korvaus. Materiaaleista ei kuitenkaan makseta korvausta. Erikoishammasteknikko tekee työn hammaslääkärin läheteellä.

Myös muulla väestöllä on runsaasti hammasrivistön aukkoisuutta. Valtaosa aukoista on ilman hammasproteesia. Heille proteettista hoitoa ei kuitenkaan korvata. Hampaattomuus on vahvasti sidoksissa potilaan sosioekonomiseen asemaan. Terveys 2000-tutkimuksen<sup>31</sup> mukaan hammasproteesien yleisyydessä on sekä alueellisia että väestöryhmien välisiä huomattavia eroja.

*Taulukko 12. Hammasrivistön aukkoisuus hampaallisella väestöllä (Terveys 2000)*

30 – 44-vuotiaat	16 %
45 – 64-vuotiaat	57 %
=> 65-vuotiaat	84 %

Irrotettavia hammasproteeseja on 32 prosentilla yli 30-vuotiaista. Yli 55-vuotiaissa on runsaasti irrotettavien hammasproteesien käyttäjiä. Hammasproteesien kunto ei Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan ole hyvä. Hammaslääkärin arvioimaa hammasproteesin korjaustarvetta oli 48 prosentilla irtoproteesin käyttäjistä. Myös proteesien käyttäjien omien arvioiden mukaan korjaustarve oli ilmeinen. 45 prosenttia käyttäjistä arvioi proteesinsa vaativan korjausta.

Korvausta ei makseta myöskään hammasimplanteista. Hammasimplantin asettamiseen liittyvä hammaslääkärin kliininen työ korvataan kuitenkin suu- ja leukakirurgisena toimenpiteenä. Korvaus määräytyy hammaslääkärin toimenpidetaksan mukaan (60 % tak-sasta).

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on laadittu myös koskemaan hammas- ja suusairauksien hoitoa. Yhtenäisten hoidon perusteiden mukaan perusterveydenhuollossa proteettisen hoidon perusteita ovat synnynnäisesti puuttuvien sekä menetettyjen hampaiden korvaaminen silloin, kun menetys tai muutos purentakyvyssä (esim. vaikeasti kulunut hampaisto) aiheuttaa merkittävää toiminnallista ja/tai sosiaalista haittaa. Yhtenäisten hoidon perusteiden mukaan perusterveydenhuolto huolehtii myös hammastapaturmien hoidosta sekä pahoin vaurioituneen hampaiston korjaamisesta vaihtoehtona toistuville korjaavan hoidon toimenpiteille. Vanhaa proteesia ylläpidetään ja uusitaan erityisesti vanhuksilla ja laitospotilailla tai hampaansa kokonaan menettäneillä. Lisäksi perusterveydenhuollossa huolehditaan erikoissairaanhoidona toteutetun hoidon jatkohoidosta hoitosuunnitelman perusteella.

Yhtenäiseen kiireettömään hoitoon pääsyn perusteiden mukaisesti tehdyt erikoisalojen toimenpiteet katsotaan yleensä sairausvakuutuslain mukaan tarpeelliseksi hoidoksi, jos ta potilaalla on oikeus sairausvakuutuskorvaukseen.

<sup>31</sup> <http://www.ktl.fi/health2000/>

### 5.3 Yhteenvedo sairaanhoitovakuutuksen kehittämiskohteista

Työryhmän tehtävänä oli selvittää miten sairausvakuutuksen korvausjärjestelmä täydentäisi parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa, käytettävissä olevat varat huomioon ottaen. Sairaanhoitovakuutuksen roolista ja merkityksestä Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä ei ole olemassa sellaista kattavaa perusselvitystä, joka olisi tarjonnut välittömiä vastauksia työryhmän tehtävänannossa esitettyihin kysymyksiin. Työryhmän käytettävissä oleva aika oli varsin lyhyt. Toimeksiannon laajuus ja kattavuus huomioon ottaen ei ole ollut mahdollisuutta tehdä kovin syvällistä analyysiä tarkoituksemukaisesta (optimaalisesta) korvaustasosta ja korvausjärjestelmän soveltamisalalajennusten tarpeesta.

Voimassa olevan sairausvakuutuslain mukaisen korvausmenettelyn epäkohtina ovat erilaiset korvausprosentit eri korvauslajeissa, lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kiinteä omavastuu, nykyinen korvaustaso sekä hankaluudet korvaamisessa käytettävien taksojen määrittämisessä. Asiakkaan on vaikea arvioida korvauksen suuruutta palvelua saadessaan erilaisten korvausprosenttien sekä tutkimuksen ja hoidon kustannusten summasta vähennettävän kiinteän omavastuun vuoksi. Korvaustaso on alentunut kaikissa korvauslajeissa, ja joissakin lajeissa se on jo alle 30 prosenttia. Tehokkaimpien yksiköiden tuotantokustannusten käyttöä taksojen määrittämisessä vaikeuttaa se, ettei tehokkaiden tuottajien määritelmää ole, eikä kustannusten keräämistä niiltä ole siten järjestetty.

Työryhmän selvitystyön kohteena olleiden korvattavien terveydenhuoltopalvelujen (lääkärin ja hammaslääkärin palvelut sekä näiden määräämä tutkimus ja hoito) suhteellinen korvaustaso on kiistatta alentunut; viimeisten kymmenen vuoden aikana keskimäärin 43 prosentista vuonna 1996 keskimäärin 31 prosenttiin vuonna 2006. Potilaan omavastuuosuus on vastaavasti kohonnut. Tämän korvaustason alentumisen vaikutuksia yksityisten terveydenhuoltopalveluiden kysyntään ei ole tutkittu.

Voidaan kuitenkin todeta, ettei korvaustason alentuminen keskimäärin lähelle 30 prosentin tasoa ole johtanut yksityisten terveydenhuoltopalvelujen kysynnän laskuun. Kokonaisuudessaan tarkasteltavien kolmen palveluryhmän kokonaiskustannukset ovat kohonneet 319 miljoonasta eurosta vuonna 1996 kaikkiaan 693 miljoonaan euroon vuonna 2006, eli noin 117 prosentilla. Samana aikana yksityisten kulutusmenojen arvo on kohonnut 63 prosentilla, kansantalouden kokonaistuotannon arvo 69 prosenttia ja kansantuote asukasta kohden 65 prosenttia. Vaikka tarkasteltaviin yksityisiin terveydenhuoltopalveluihin käytetty potilaiden omavastuuosuus onkin kohonnut kymmenessä vuodessa 182 miljoonasta eurosta 478 miljoonaan euroon eli 163 prosentilla, on kyseisten palvelujen kokonaiskysyntä siis merkittävästi noussut. Tätä selittää hammashuollon kokonaisuudistus sekä kansantalouden ja kulutuskysynnän kasvu, jotka ovat heijastuneet palvelujen käyttöön.

Historiallisesta tarkastelusta tehtäviä johtopäätöksiä ajatellen on perusteltua kiinnittää huomiota myös sairaanhoitovakuutuksen kokonaiskehitykseen. Samalla kun tässä muistiossa käsiteltyjen palvelujen korvaustasot ovat suhteellisesti alentuneet on korvattavien

sairaanhoitokustannusten valtaosan, so. lääkkeiden ja matkojen suhteellinen korvaustaso kohonnut jo lähtökohtaisesti korkeammalta tasoltaan edelleen.<sup>32</sup>

Myös hammashoidon sairausvakuutuslain mukaiseen korvausmenettelyyn liittyy useita epäkohtia. Ensimmäinen epäkohta on suuhygienistin antaman hoidon korvaaminen hammaslääkärin toimenpidetaksan mukaisesti hammaslääkärin työnä, koska suuhygienistin antamaa hoitoa ei korvata. Toisena epäkohtana on, että vakuutetuista vain rintamaveteraaneille korvataan hammasprotetiikan teknistä ja kliinistä työtä. Heidän osaltaan korvausta maksetaan rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta annetun lain nojalla. Myös muun väestön hammasrivistön aukkoisuus on yleistä ja hammasproteesien korvaustarve on suuri. Lisäksi rintamaveteraanien hammasprotetiikkaan liittyvän työn kustannusten korvaustaso on alentunut.

Fysioterapian korvaamiseen liittyy joitakin selvitettäviä seikkoja, kuten onko kaikki fysioterapia ja fysikaalinen hoito vaikuttavaa hoitoa. Jotta sairaanhoitokorvaukset voitaisiin kohdentaa tarpeelliseen sairauden hoitoon, pitäisi asiaa selvittää.

Psykoterapiaa korvataan kahden eri järjestelmän, kuntoutusjärjestelmän ja sairausvakuutusjärjestelmän, kautta. Sairausvakuutuksesta psykoterapiaa korvataan vain lääkärin antamana. Kuntoutuksena terapiaa annetaan myös muiden psykoterapeuttien kuin lääkärin antamana, mutta annettavan pitkäjänteisen terapian saantiin vaikuttaa harkinnanvaraisen rahamäärän riittävyys kysynnän kasvaessa jatkuvasti. Lisäksi, jos kuntoutuspsykoterapiaa antaa lääkäri, korvataan syntyneitä kustannuksia kahden eri järjestelmän kautta. Tämä on sekä hallinnollisesti, että asiakkaan ja palvelujen tuottajan näkökulmasta monimutkaista. Julkisen terveydenhuollon järjestämän psykoterapian volyymeistä ja kustannuksista ei ole riittävästi tietoa.

Sairausvakuutuslain mukaan sairaanhoitoon liittyvien proteesien hankkimisesta aiheutuneita kustannuksia ei korvata. Sairausvakuutuskorvaus tekonivelkirurgian kustannuksista on vähäinen. Tekonivelen hinta muodostaa leikkauksen kustannuksista noin neljänneksen. Suurin osa tekonivelkirurgian asiakkaista on vanhuksia, joiden toimintakykyä toimenpide parantaa.

Sairausvakuutuksen mukaan on käytössä kaksi erilaista lähetekäytäntöä. Tutkimusta ja hoitoa korvataan pääasiassa vain yksityislääkärin tai yksityishammaslääkärin läheteellä. Poikkeuksena on fysioterapia, jota korvataan myös julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin läheteellä.

## 6. TULEVAISUUDEN NÄKYMÄT

Terveydenhuollon tulevaisuuteen vaikuttaa seuraavan kymmenen vuoden aikana ennen kaikkea väestön ikääntyminen. Odotettavissa on, että väestömäärä kääntyy laskuun 2020-luvun loppupuolella (tilastokeskus). Yli 65-vuotiaiden määrä alkaa kasvaa tuntuvasti jo viiden vuoden kuluttua, kun suuret ikäluokat saavuttavat tämä iän.

<sup>32</sup> Vuonna 1996 lääkkeiden suhteellinen korvaustaso oli 60 % ja matkojen 85 %. Vuonna 2005 vastaavat luvut olivat lääkkeiden osalta 67 % ja matkojen 88 %. Lääkkeiden osalta suhteellista korvausosuutta ovat kasvattaneet erityisesti lisäkorvaukset.



Ikä on yksi keskeisimmistä terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavista tekijöistä. Vanhusten määrän kasvu lisää terveyspalveluiden kysyntää. Kustannusten kannalta ovat merkittävistä etenkin elämän viimeiset vuodet. Eri maiden tutkimusten mukaan yli 85-vuotiaiden aiheuttamat asukaskohtaiset terveydenhoidon kustannukset ovat 5–8 -kertaiset verrattuna nuorten ja työikäisten aiheuttamiin kustannuksiin<sup>33</sup>.

Suomalaisten terveys on viime vuosina monin osin kohentunut. Myös eläkeläiset ovat entistä terveempiä. Tähän ovat vaikuttaneet lääketieteen ja hoitokäytäntöjen kehittyminen sekä elin- ja asuinolojen kohentuminen, jotka näkyvät etenkin nuorimpien eläkeläisten aikaisempaa parempana terveytenä ja toimintakykenä. Väestön terveydentilan kohentumisen myötä myös elinajanodote kasvaa ja lisääntyneet elinvuodet ovat pääasiassa terveitä elinvuosia. Terveiden parantumisesta huolimatta sairastuneiden kokonaismäärä kuitenkin kasvaa, koska ikärakenne muuttuu vanhusväestöön painottuneeksi.

Ikärakenteen muuttuminen aiheuttaa muutoksia myös terveyspalveluiden rakenteelliseen kysyntään. Nykyisin työterveyshuolto vastaa noin kolmanneksesta työikäisten avosairaanhoidon käynneistä. Jatkossa työterveyshuollon ulkopuolella oleva väestönosa kasvaa ja tämä kasvattaa muun avoterveydenhuollon palveluiden kysyntää. Lisäksi väestö siirtyy tulevaisuudessa yhä enenevästi kasvukeskuksiin ja väestörakenteiden alueelliset erot kasvavat. Tämä asettaa terveyspalveluiden järjestämiselle haasteita sekä kasvavilla alueilla että niillä alueilla, joilla väestö ikääntyy ja vähenee. Riittävien terveyspalveluiden turvaamisen kannalta olennaista on sen tunnistaminen mitä palveluja eri alueilla tarvitaan, sekä osaavan työvoiman riittävyyden turvaaminen sosiaali- ja terveysalalla kaikkialla maassa.

Väestön ikärakenteen ohella terveyspalveluiden kysyntään vaikuttavat merkittävästi lääkkeiden ja hoitomenetelmien kehitys sekä tulotason nousu. Tulevaisuudessa terveydenhuollon suurimpia haasteita aiheuttavat yleistyvät sairaudet, joita ovat muun muassa aikuistyyppin diabetes, allergiset sairaudet sekä alkoholin käyttöön liittyvät sairaudet ja vammat. Haasteena ovat myös väestöryhmien väliset terveyserot, jotka eivät ole kaventuneet, sillä ylempien sosioekonomisten ryhmien terveys on parantunut muita ryhmiä nopeammin.

Ikääntyminen vaikuttaa paitsi sosiaali- ja terveydenhuoltosektorin menoihin niin myös työvoiman riittävyyteen. Jo nykyisinkin ikärakenteen vanheneminen näkyy työmarkkinoilla, sillä työmarkkinoilta poistuu ihmisiä enemmän kuin tulee tilalle. Terveystoimialalla pelätäänkin työvoimapulaa, ja hakijamäärät alan koulutukseen ovat vähentyneet.

Nykyisin yksityisiä terveyspalveluja on vajaa viidennes kaikista terveyspalveluista. Tulevaisuudessa yritysten osuus palvelujen tuotannossa lisääntyy. Suurissa kaupungeissa sopeutumista muutokseen voikin helpottaa asiakkaiden kohtuullisen hyvän maksukyky.

Sosiaali- ja terveysministeriön sosiaali- ja terveyspolitiikan strategisten linjausten mukaan (Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015)<sup>34</sup> tavoitteena on edistää väestön terveyttä ja toimintakykyä, lisätä työelämän vetovoimaa, vähentää köyhyyttä ja syrjäytymistä sekä varmistaa toimivat palvelut ja kohtuullinen toimeentuloturva. Terveiden

<sup>33</sup> Ks. Satu Nivalainen ja Raija Volk: Väestö ja hyvinvointipalvelut vuonna 2030: Alueellinen tarkastelu. (STM julkaisu 2002:15)

<sup>34</sup> Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiat 2015. (STM julkaisu 2006:14)

huollon tulevaisuuden kannalta tämä tarkoittaa ennen kaikkea väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamista, työikäisten terveyden parantamista, palveluiden laadun ja saatavuuden sekä työvoiman riittävyden ja osaamisen turvaamista.

Sairausvakuutuksen kokonaiskulut ovat kasvaneet voimakkaasti 1990-luvun loppupuolelta lähtien. Väestörakenteen ikääntyminen hidastaa työtulovakuutuksen etuuskulujen kuten sairaus- ja vanhempainpäivärahakulujen kasvua, mutta lisää sairaanhoitokorvauskuluja. Vuonna 2006 työtulovakuutuksen osuus oli noin 50 prosenttia sairausvakuutuksen etuuskuluista. Tämä osuus pienenee noin 45 prosenttiin vuoteen 2050 mennessä. Vastaavasti sairaanhoitovakuutuksen osuus kasvaa nykyisellä korvaustasolla 50 prosentista 55 prosenttiin.<sup>35</sup>

Vuonna 2006 sairausvakuutuksen etuuskulut olivat 3,5 miljardia euroa. Näissä kuluissa ovat mukana sekä sairaanhoitovakuutuksen että työtulovakuutuksen mukaiset etuudet. Sairausvakuutuksen suurin yksittäinen kuluerä on lääkkeet. Sairausvakuutuksen kulujen arvioidaan olevan 5,7 miljardia euroa vuonna 2030 ja 7,3 miljardia euroa vuonna 2050.<sup>36</sup>

Sairaanhoitovakuutukseen kuuluvien lääkärinpalkkioiden, hammashoidon palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvaustason aleneminen johtaisi nykyisten säännösten ja ennakoitujen kehitystrendien perusteella aikaa myöten sairaanhoitovakuutuksen suhteellisen merkityksen asteittaiseen marginalisoitumiseen. Jos mitään ei tehdä, arvion mukaan vuonna 2015 lääkärinpalkkioiden korvaukset olisivat 90 miljoonaa euroa ja korvaustaso olisi noin 20 %. Hammashoidossa korvaukset olisivat noin 124 miljoonaa euroa ja korvaustaso olisi noin 26 %. Tutkimuksen ja hoidon korvaukset olisivat 82 miljoonaa euroa ja korvaustaso olisi noin 24 %.

## 7. TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

### 7.1. Ehdotusten lähtökohdat

#### 7.1.1 Sairausvakuutuksen asema

Perustuslain 19 § 3 momentin perusteella julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveystalvet ja edistettävä väestön terveyttä. Säännös edellyttää, että julkinen valta turvaa palvelujen saatavuuden. Sen sijaan säännöksessä ei määritellä terveystalvetjen järjestämistapaa. Se ei siis edellytä, että julkisyhteisöt itse huolehtisivat kaikkien sosiaali- ja terveystalvetjen tuottamisesta. Palvelujen riittävyttä arvioitaessa voidaan puolestaan lähtökohtana pitää sellaista palvelujen tasoa, joka luo jokaiselle ihmiselle edellytykset toimia yhteiskunnan täysivaltaisena jäsenenä.<sup>37</sup>

Sosiaali- ja terveystalvetjen järjestämistä vastuu on kunnilla. Kansanterveyslaissa ja erikoissairaanhoitolaisissa asetetaan kunnille terveystalvetjen järjestämiseen liittyviä velvoitteita. Edellä mainittuihin lakeihin on kirjattu myös enimmäisajat, joiden kuluessa hoitoon pääsy tulee järjestää. Kuntien järjestämien terveystalvetjen tulee olla kattavia

<sup>35</sup> Kelan hoitama sosiaaliturma 2005-2050, Kansaneläkelaitoksen aktuaarijulkaisu 7, Helsinki 2006 s. 17-18

<sup>36</sup> Kelan hoitama sosiaaliturma 2005-2050, Kansaneläkelaitoksen aktuaarijulkaisu 7, Helsinki 2006 s. 17-18

<sup>37</sup> HE 309/1993 vp, s. 71

ja kaikkien saatavilla sosiaalisesta, taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta.

Sairausvakuutuksen tehtävänä on täydentää näitä julkisia palveluita korvaamalla osa yksityisten terveydenhuoltopalvelujen käyttämisestä aiheutuvista kustannuksista, sekä avohoidon lääkemenoja ja matkakustannuksia. Myös sairausvakuutuslaki toteuttaa osaltaan perustuslain 19 §:n 3 momentissa säädettyä riittävien sosiaali- ja terveyspalveluiden vaatimusta.

Työryhmän ehdottamissa ratkaisuissa tavoitteena on, että sairausvakuutus täydentäisi parhaalla mahdollisella tavalla julkista terveydenhuoltoa käytettävissä olevat varat huomioon ottaen.

Jotta sairaanhoitokorvausjärjestelmä toimisi parhaalla mahdollisella tavalla, se ei saa olla hallinnollisesti raskas. Lisäksi tavoitteena tulee olla sekä palvelujen tuottajien että etuuksien hakijoiden ja -saajien kannalta mahdollisimman selvä ja johdonmukainen menettely. Nykyisen kaltainen useista erisuuruuksista omavastuuosuuksista ja korvausprosentteista koostuva järjestelmä tekee todellisen korvauksen arvioimisen vakuutetulle lähes mahdottomaksi. Koska korvauksen määrän arviointi on vaikeaa, myös palvelujen hintojen vertailu on vakuutetulle hankalaa. Perityn palkkion taso ei hahmotu monimutkaisen taksajärjestelmän vuoksi. Selkeästi todettavissa oleva korvausosuus parantaa vakuutetun mahdollisuuksia ennakoida hänelle hoidosta syntyneet kustannukset ja vertailla hankkimansa palvelun hintaa. Tämä avulla voidaan ehkäistä vakuutetun kustannusten kohoamista aiheettoman korkeiksi.

Korvausjärjestelmän yksinkertaistaminen palvelisi myös korvausten toimeenpanijaa ja voisi myös alentaa järjestelmän rahoittajien taakkaa. Monimutkainen korvausjärjestelmä on hallinnollisesti työläs ja tietoteknisesti vaativa. Tämä on omiaan lisäämään hallinnointikustannuksia. Myös korvausten määrittämiseen liittyvät kysymykset tulee ratkaista tavalla, joka vähentää järjestelmän ylläpidon hallinnollista vaativuutta. Nykyinen taksajärjestelmä on osoittautunut hankalaksi. Korvaustason määrittämiselle tulisi löytää mekanismi, joka vähentäisi nykyiseen tuotantokustannusten keräämiseen liittyviä ongelmia. Järjestelmä toimisi parhaalla mahdollisella tavalla, jos hallinnollinen työ ja sitä aiheuttavat kustannukset olisivat mahdollisimman kohtuulliset, mutta takaisivat kuitenkin toimivan järjestelmän.

Sairausvakuutusjärjestelmän tulisi täydentää julkista terveydenhuoltoa siten, että se tarjoaa potilaalle vaihtoehdon. Sairausvakuutus mahdollistaa potilaalle nopean hoitoon pääsyn sekä vapauden valita hoidon ajankohdan ja antajan. Hoidon sisällön tulee kuitenkin noudattaa sitä yleisesti hyväksytyyn hoitokäytännön mukaista hoitoa, jota julkisessa terveydenhuollossakin noudatetaan. Sairausvakuutuksesta korvattun hoidon tulee olla tarpeellista sairauden hoitoa. Näin sairausvakuutus toimii jo nykyisin, eikä tältä osin sen toimivuuteen ole osoitettavissa suurta kritiikkiä.

Suurin osa kaikista sairausvakuutuksesta korvatuista lääkärinpalkkioista korvataan erikoislääkärin palkkiona. Jos sairausvakuutuksesta korvattaisiin vain sellaisten erikoisalojen palveluita, joita julkinen sektori ei pysty tuottamaan riittävästi, saattaisi sairausvakuutuksella olla vinouttava ohjausvaikutus julkiseen terveydenhuoltoon. Tosiasiallisesti nykyisin suuri osa korvauksista maksetaan sellaisten erikoisalojen palveluista jotka julkisesta terveydenhuollosta ovat heikoimmin saatavilla. Jos järjestelmää kehitettäisiin

vahvemmin tähän suuntaan, vaarana olisi, ettei sairausvakuutuksen korvaamille erikoisaloille pyritäisi julkisella sektorilla järjestämään riittävästi palveluja. Julkisesti rahoitetun kaksipilarisen terveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen ydinongelmia on mahdollisimman hyvän tasapainotilan ja sitä tukevien toimintaperiaatteiden löytäminen järjestelmän kummallakin lohkolla. Merkittävä parametri tästä näkökulmasta on sairaanhoitovakuutuksessa sovellettava korvaustaso.

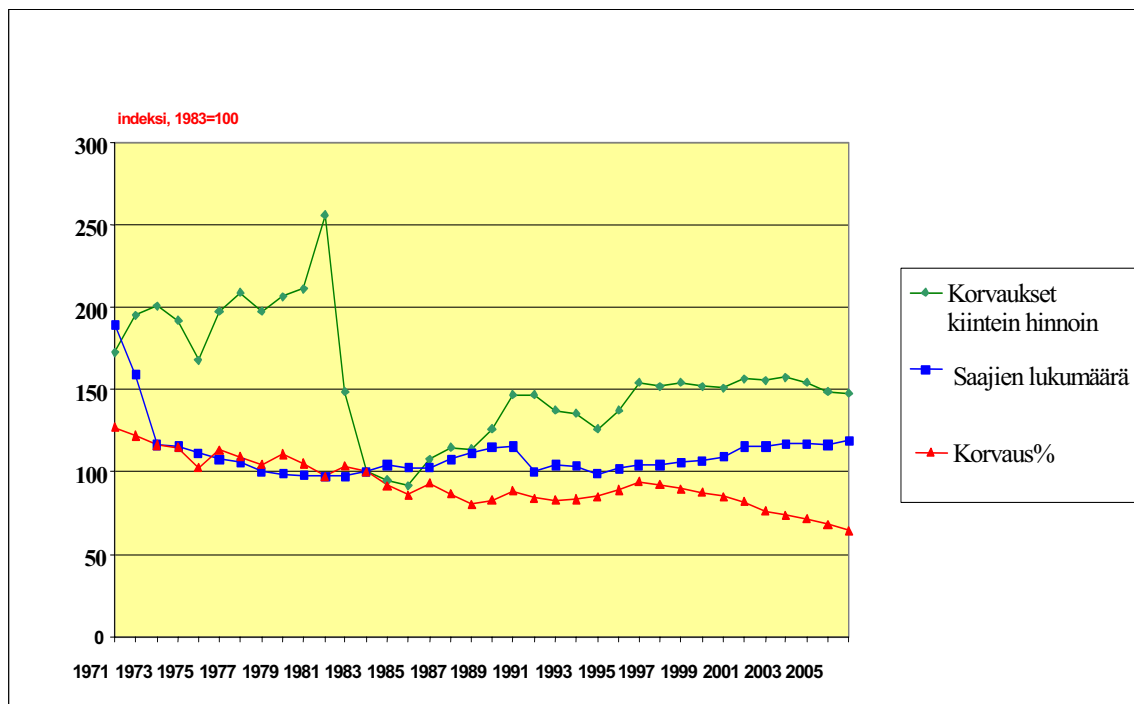
Toisaalta sairausvakuutuskorvausten suuntaamista on arvioitava aika-ajoin julkisen sektorin tarjonnan ja muun kehityksen näkökulmasta. Sairausvakuutuksen tarkoituksena on täydentää julkista terveydenhuoltoa tasaamalla julkisiin palveluihin kohdistuvaa kysyntää. Tarkoituksena on tarjota potilaalle vaihtoehto ja osaltaan helpottaa hoitoon pääsyä. Hoitotakuun käyttöönotto on jossain määrin vähentänyt sairausvakuutuksen roolia hoitoon pääsyn täydentäjänä. Järjestelmä ei kuitenkaan saisi johtaa tilanteeseen, jossa julkisten palvelujen saatavuus heikentyisi. Julkisten palveluiden saatavuus on taattava täydentävästä elementistä huolimatta. Näin ollen perustelluinta olisi korvata palveluita priorisoimatta niitä erikoisaloittain, kuten nykyisinkin.

Perusteltua on korvata myös pieniä kustannuksia. Jos korvaukset ohjattaisiin vain suuriin kustannuksiin, mutta nykyistä huomattavasti tuntuvammalla panostuksella, kohtelisi järjestelmä eri tuloluokkiin kuuluvia eriarvoisesti. Pienituloisen ei pystyisi kustantamaan ensimmäistäkään käyntiä. Lisäksi tällainen korvausjärjestelmä voisi kannustaa asiakkaita hakeutumaan korvausrajan ylityttyä kalliisiin ja mahdollisesti myös epätaroituksenmukaisiin hoitoihin ja tutkimuksiin.

### **7.1.2. Korvaustason kehittämisen lähtökohdat**

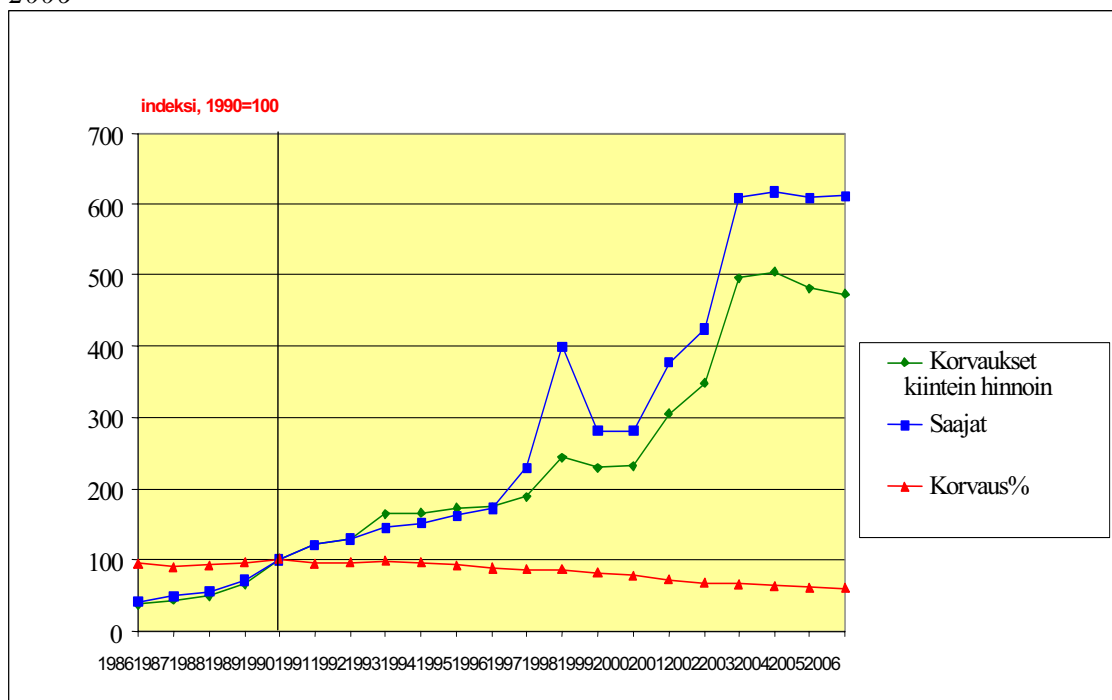
Sairaanhoitokorvauksissa, lääkärinpalkkiossa, hammashoidossa sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämässä tutkimuksessa ja hoidossa on tällä hetkellä noin 30 prosentin korvaustaso. Jos tulevana vuosina korvattaisiin kuten nyt, korvaustaso putoaisi vuoteen 2020 mennessä siten, että lääkärinpalkkiosta korvattaisiin noin 17 prosenttia, hammashoidosta sekä lääkärin/hammaslääkärin määräämästä tutkimuksesta ja hoidosta 22 prosenttia. Korvaukset menettäisivät merkitystään ja väestöstä kasvava osa alkaisi tuntea yksityisen terveydenhuollon palvelut taloudellisten edellytystensä ulottumattomissa oleviksi. Paine julkiseen terveydenhuoltoon kasvaisi. Vaikka hoitotakuu edellyttää palvelujen saamista sovitusajassa julkiselta terveydenhuollolta, ilmenee vielä tällä hetkellä sekä alueellisia että erikoisalojen välisiä eroja tiettyjen palvelujen saatavuudessa.

Kuva 14. Lääkärinpalkkiokorvausten, korvausten saajien sekä korvausprosenttien muutokset 1971-2006



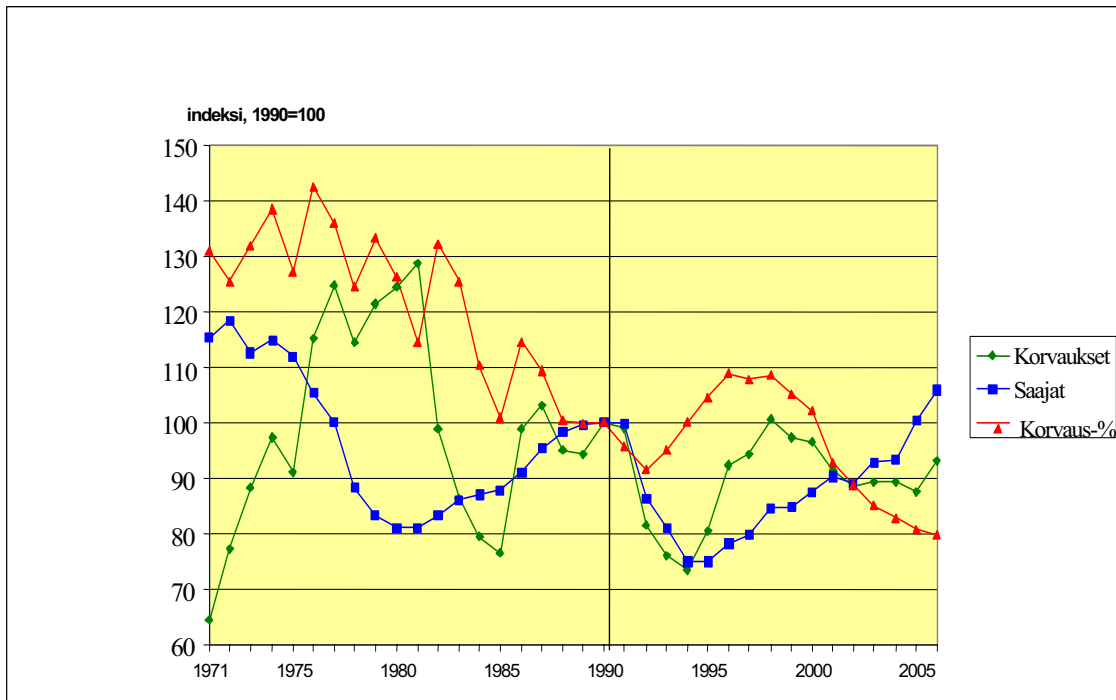
Lääkärinpalkkiokorvausten, niistä korvausta saaneiden ja korvausprosenttien kehitys on esitetty kuvassa 14. Vuoteen 1982 saakka sairausvakuutuskorvausta maksettiin kuntien järjestämistä lääkärin palveluista. Vuodesta 1982–1983 kustannusten korvaaminen kunnille päättyi asteittain. Vuosi 1983 on taulukossa indeksoitu 100:an. Taksatarkistuksia on tehty sen jälkeen vuosina 1983, jolloin korvaustasoa nostettiin 25 % ja 1989, jolloin korvaustasoa nostettiin 34 %. Vuosina 1995, 1997 ja 2005 tehdyissä taksatarkistuksissa tehtiin taksan rakenteellisia ja joitakin sisällöllisiä muutoksia eikä korvaustasoa nostettu. Vuoden 1983 jälkeen korvaustaso on pääsääntöisesti laskenut, korvausten kokonaismäärä noussut ja saajien määrä on vuodesta 1995 tasaisesti noussut. (Ks. liite 10, taksatarkistukset 1964–2006)

Kuva 15. Hammashoidon korvausten, saajien sekä korvausprosenttien muutokset 1986–2006



Hammashoidon korvausten määrä, saajien määrä ja korvaustaso on indeksoitu vuoteen 1990 (=100). Hammashoidossa korvausten ja saajien lisäys johtuu uusien ikäryhmien ja väestöryhmien tulemisesta korvaamiseen piiriin. Hammashoidon korvaaminen aloitettiin 1986 ja silloin se koski 1961 ja sen jälkeen syntyneitä. Vuonna 1989 tehtiin viimeisin taksatarkistus, jossa korvaustasoa nostettiin 24 %. Sen jälkeen on tehty useita tarkistuksia, jotka ovat koskeneet rintamaveteraanien hammashoitoa tai yksittäisiä toimenpiteitä tai hoidon saajien piiriin laajenemista. (Ks. liite 10, taksatarkistukset 1964–2006)

Kuva 16. Tutkimuksen ja hoidon korvausten, korvausten saajien ja korvausprosenttien muutokset 1971–2006.



Lääkäriin/hammaslääkäriin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvaukset, saajat ja korvaustasot on indeksoitu vuoteen 1990 (=100). Laboratoriotutkimuksia, radiologisia tutkimuksia ja fysioterapian taksaa on tarkistettu kuvan 16 mukaan. (Ks. liite 10, taksatarkistukset 1964–2006)

Korvaustaso suhteessa korvauksiin ja saajiin on alkanut laskea vuodesta 1989 lähtien, jolloin tehtiin viimeisin taksan korotus. Saajien määrä suhteessa korvauksiin ja korvaustasoon on noussut melko tasaisesti vuodesta 1995 lähtien. Vaikka korvaustaso on alentunut tuntuvasti, ei yksityisten terveydenhuoltopalveluiden kysyntä siis kuitenkaan toisistaan ole kääntynyt laskuun. Yksityisten palvelujen käyttöön vaikuttavat kuitenkin myös monet muut seikat kuin maksettavan korvauksen suuruus. Käyttöön vaikuttavia seikkoja ovat myös muun muassa palvelujen saatavuus, väestön taloudellinen tilanne, työttömyys ja suhdanteet. Pienituloisille väestöosille korvaustason lasku voi aikaa myöten aiheuttaa liian suuren kynnyksen palvelujen käyttöön. Tämä kehitys johtaa epätasa-arvoon yksityisten terveyspalvelujen käyttömahdollisuuksien suhteen.

Korvaustason nostaminen nykyisestä tukisi yksityissektorin julkista sektoria täydentävää tehtävää lisäämällä potilaiden taloudellisia kannustimia tämän vaihtoehdon käyttöön. Nopea hoitoon pääsy ja varhainen puuttuminen parantavat väestön terveydentilaa. Hoidon antajan valinta ja mahdollisen toisen mielipiteen saaminen turvaavat väestön tasa-arvoista kohtelua. Yksityisessä terveydenhuollossa vakuutettu maksaa aina enemmän hoidostaan kuin julkisessa terveydenhuollossa. Yksityinen terveydenhuolto tulee välittömien kustannusvaikutusten näkökulmasta yhteiskunnalle julkista terveydenhuoltoa edullisemmaksi.

Tarkoituksenmukainen korvaustaso tulevaisuudessa tarjoaa kaikille väestöryhmille mahdollisuuden yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käyttöön. Toisaalta se ei saa muodostaa rahoitukseen osallistuville tahoille kohtuutonta maksurasitetta. Korvaustason

tulee olla myös siinä määrin kohtuullinen, ettei se vaaranna julkisten terveydenhuolto- palveluiden jatkuvaa kehitystä ja saatavuutta.

Työryhmän enemmistö näkee riittävänä korvaustasona 40-50 prosenttia. Työryhmän enemmistö näkee tarkoituksenmukaiseksi myös, että kaikkia korvauslajeja korvattaisiin samalla korvaustasolla.

## **7.2 Lääkärin palkkioiden, hammaslääkärin palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvausten perusteiden kehittämisehdot**

### **7.2.1 Ehdotus A: Euromääräinen korvausmenettely**

Nykyisen korvausjärjestelmän periaatteet on kuvattu edellä kohdassa 2.2. Nykyjärjestelmässä on nähty ongelmalliseksi sekä korvauksen taso että korvausjärjestelmän toimivuus. Ongelmat on kuvattu tässä muistiossa aikaisemmin ja ne ovat koottuna kohtaan 5.3 (Yhteenveto sairaanhoitovakuutuksen kehittämiskohteista). Ehdotuksena on, että kaikissa korvauslajeissa siirryttäisiin euromääräiseen korvaukseen. Nykyisin korvausta maksetaan 60 prosenttia palvelun hinnasta tai vahvistetun taksan määrästä. Euromääräisessä korvausmenettelyssä ei määriteltäisi nykyisellään tiettyä hintaa, josta korvaus lasketaan. Sen sijaan kullekin lääkärin, hammaslääkärin tai muun sairausvakuutuslaissa tarkoitetun terveydenhuollon ammattihenkilön tutkimukselle, hoidolle ja toimenpiteille olisi vahvistettu tietty korvaussumma. Samasta tutkimuksesta tai toimenpiteestä maksettaisiin siis korvauksena aina sama ennalta vahvistettu rahamäärä, riippumatta siitä kuinka palvelujen tuottaja on hinnoitellut antamansa palvelun eli kuinka suuri on vakuutetulle kulloinkin syntynyt kustannus. Lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuusta luovuttaisiin. Myös alle nykyisen kiinteän omavastuun jäävät tutkimukset ja hoidot tulisivat tällöin korvattaviksi. Erikseen olisi kuitenkin selvítettävä, mille tasolle tulisi asettaa pienin maksettava korvaus. Korvausta maksettaisiin edelleen vain kohtuullisista, tarpeellisen sairaanhoidon, raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista.

Malli selkeyttäisi korvausjärjestelmää nykyisestä ja menettely soveltuisi hyvin suora- korvausmenettelyyn. Kaikkia tarkastelun kohteena olevia palveluja korvattaisiin samalla tavalla. Tällä menettelyllä korvaukset voitaisiin pitää terveydenhuollon kustannuskehityksen mukaisina. Koska korvaus olisi kunkin tutkimuksen hoidon tai toimenpiteen osalta kiinteä rahasumma, asiakas voisi arvioida palvelujen hankkimisesta aiheutuvat kustannukset etukäteen. Tämä helpottaisi myös asiakkaan mahdollisuutta vertailla palvelujen hintoja (Liite 12. Esimerkkejä euromääräisistä korvauksista). Asiakkaalle jäisi aina merkittävä suhteellinen omavastuu hänen käyttäessään yksityisiä palveluita ja hän maksaisi aina suuremman omavastuun yksityisen kuin vastaavista julkisen terveydenhuollon palveluista.



### ***Korvauksen määrittäminen vaihtoehto 1***

Euromääräiset korvaukset voitaisiin määritellä usealla vaihtoehtoisella tavalla. Määrittelyyn liittyy monia periaatteellisia ja teknisiä kysymyksiä, joiden tarkoituksenmukainen ratkaisu vaatii yksityiskohtaisen asiantuntijaselvityksen. Työryhmä on voinut määrääkansa puitteissa vain yleisluonteisesti hahmotella tarjolla olevia vaihtoehtoisia etene-  
missuuntia.

Ensimmäinen vaihtoehto olisi hinta- ja kustannustietojen saaminen ns. terveydenhuollon tehokkailta tuottajilta. Kriteerit sille, miten tehokkaimmat tuottajat määriteltäisiin, säädettäisiin laissa ja hintatiedot keräisi riippumaton taho kuten Stakes. Tehokkaiden tuottajien kriteereitä määrittäessä huomioitaisiin terveydenhuollon palkkakehitys ja tutkimusten tuottavuus- ja kustannuskehitys. Määrittämisen pohjaksi voitaisiin valita sekä yksityisiä että julkisia terveydenhuollon yksiköitä, koska osassa palveluja julkiset ja yksityiset voivat olla vaihtoehtoisia palvelujen tuottajia. Valituilta palvelujen tuottajilta kerättäisiin tuotteiden hintoja tai hintakoreja, joihin kuuluisi joukko toimenpiteiden, tutkimusten tai hoitojen hintoja. Tuottajahinnat laskettaisiin sovitulla tavalla ja lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon tuotantokustannuksiin lisättäisiin varsinaisen tutkimuksen tai hoidon lisäksi sen valmisteluun mahdollisesti liittyviä kustannuksia. Tietojen tulisi olla julkisia. Hinnat olisivat sovituna aikana Kansaneläkelaitoksen käytettävissä korvausta määritettäessä. Kansaneläkelaitos ottaisi arvonlisäveron vaikutuksen huomioon korvauksia määrittäessään.

Tällaisen määrittelytavan etuna verrattuna nykyiseen taksajärjestelmään olisi, että korvauksen määrittäminen helpottuisi, kun hinnat korvausten pohjaksi kerättäisiin sovitusti. Lisäksi tutkimuksen ja hoidon korvausten seurantamenettely paranisi kiinteän omavastuun poistamisen vuoksi, koska tilastoinnissa näkyisi yksittäisen tutkimuksen tai hoidon korvaus ja kustannukset. Vaikeutena voisi olla tehokkaiden tuottajien määrittely. Uusien toimenpiteiden hintoihin saataisiin pohjatietoa, jos hintatietojen kerääjä ylläpitäisi tietoja jatkuvasti. Vaihtoehtoisesti uusien toimenpiteiden korvaussummat saataisiin vertaamalla toimenpidettä sitä vastaavaan toimenpiteeseen, jolle on jo korvaus määritetty.

### ***Korvauksen määrittäminen vaihtoehto 2***

Toisessa vaihtoehdossa korvaussummien lähtökohtana olisivat esimerkiksi yksityisen terveydenhuollon hintojen mediaanit. Korvaus perustuisi yksityissektorilla perittyihin hintoihin ja ne otettaisiin edellisen vuoden ajalta kerätyistä hintatiedoista. Tarkoituksenmukaisen, tehokkaan yksityisen tuotannon hintaa kuvaavan hintatiedon tilastollinen määrittely ja mittaaminen edellyttää lisäselvityksiä. Kansaneläkelaitos kerää perityt hinnat korvauksia maksaessaan rekisteriin, josta ne korvaussummia määritettäessä olisivat saatavissa. Jos tiettyä tutkimusta tai hoitoa korvattaisiin vuosittain vain muutamia (esimerkiksi alle 30 vuodessa), tutkimuksen tai hoidon taksa määriteltäisiin useammalta vuodelta perittyjen hintojen mediaanien perusteella. Arvonlisäveron vaikutus otettaisiin huomioon korvausta määritettäessä.

Tämä menettely olisi ensimmäistä vaihtoehtoa helpompi tapa määrittää korvauksen suuruus, koska kustannustietoja korvaussummien pohjaksi ei tarvitsisi enää kerätä. Tutkimuksen ja hoidon korvausten seuranta helpottuisi kiinteän omavastuun poistamisen vuoksi, koska tilastoinnissa näkyisi yksittäisen tutkimuksen tai hoidon korvaus ja kustannukset. Mallissa olisi kuitenkin ratkaistava yksityisten palvelujen tuottajien perittyjen

hintojen yhteismitallisuuteen liittyvät ongelmat. Yksityisillä palvelujen tuottajilla perittyjen hintojen mediaanien jakauma voi olla suuri. Useita toimenpiteitä tehdään vain yhdessä tai kahdessa yksikössä, jolloin todellista mediaania ei ole käytettävissä. Sama koskee harvinaisia ja uusia tutkimuksia. Kustannuksia pitäisi seurata ja niiden hillintään tulisi kehittää menettely.

### ***Korvauksen määrittäminen vaihtoehto 3***

Kolmas vaihtoehto euromääräisten korvausten määrittämiselle olisi vaihtoehtojen 1 ja 2 yhdistelmä. Siinä käytettäisiin korvaussummien pohjahintana tehokkaimpien tuottajien hintoja. Tehokkaina tuottajina pidetään niitä yksityisen sektorin terveydenhuollon tuottajia, joiden perimä hinta on mediaanihinnan alapuolelle jäävien tuottajien hinnan mediaani eli ns. alin neljänneshinta. Tällöin ajatellaan, että tehokkaimpien tuottajien tuotantotapa tekee mahdolliseksi muita alemmat hinnat. Julkisen sektorin maksama korvaus tulisi sitoa tehokkaan tuottajan hintojen kehitykseen, jotta muilla tuottajilla olisi kannuste tehostaa omaa tuotantoaan ja asiakkailta kannuste etsiä palvelun tuottajia, joissa asiakkaan omavastuu jäisi pieneksi.

Tässä vaihtoehdossa euromääräinen korvaus voitaisiin asettaa samaksi kuin vaihtoehdossa 2 ja korvauksen prosenttiosuus hinnasta sopivalle tasolle niin, että kustannusvaikutukset muodostuisivat samoiksi kuin vaihtoehdossa 2. On myös mahdollista antaa korvausprosentteille vaihtoehtoja (esim. 40, 50 ja 60) ja laskea niiden kustannusvaikutukset.

Tällä korvauksen määrittämisen vaihtoehdolla on samat vaikeudet hinnan määrittelyssä kuin vaihtoehdolla 2, mutta etuna se, että viitehinnoittelijana käytetään tehokasta tuottajaa, joka voi asettaa hinnan muita alemmaksi.

### ***Korvaustason tarkistaminen***

Korvaustason tulisi kyetä arvioimaan uudelleen hinta- ja kustannuskehityksen perusteella. Korvaustaso voisi joko nousta tai laskea olosuhteiden muuttuessa. Korvauksen perusteet määriteltäisiin sairausvakuutuslaissa. Kansaneläkelaitos määritteli kullekin korvattavalle toimenpiteelle euromääräisen korvauksen, joiden tarkistamisen tarpeen Kansaneläkelaitos arvioisi määräajoin. Korvausten tarkistamistarve arvioidaisiin vertailutietojen, kuten terveydenhuollon tehokkaiden tuottajien pohjahintojen tai yksityisen terveydenhuollon hintojen mediaanien perusteella. Korvaustason tarkistaminen terveydenhuollon tehokkaiden tuottajien pohjahintojen perusteella on mahdollista vain sillä edellytyksellä, että lainsäädännössä määritellään Kansaneläkelaitokselle oikeus saada nämä tiedot etukäteen määritellyltä riippumattomalta taholta.

Korvaustason tarkistamisesta olisi päätettävä erikseen määräajoin, esimerkiksi hallituskausittain. Järjestelmän rahoittajat osallistuisivat tarkistustarpeen arviointiin. Korvaustason tarkistamistarpeita seuraisi Kansaneläkelaitos, jonka olisi tehtävä sosiaali- ja terveysministeriölle ehdotukset korvaustason tarkistamiseksi erikseen sovittuun määräpäivään mennessä. Kansaneläkelaitos arvioisi tarkistustarvetta vertailutietojen perusteella. Jos muutosta korvaustason ja vertailutiedon välillä olisi noin 10–20 %, ehdottaisi Kansaneläkelaitos kyseisen korvauslajin korvaustason tarkistusta. Jos kustannusten nousu tai lasku olisi korvauslajin osalta euromääräisesti vähäinen, ei korvaustason muutosta tarvitsisi ehdottaa. Huomioitavaa on, korvauslajien kustannuskehitys saattaa vaih-

della ja joitakin korvauslajeja saattaa olla tarve tarkistaa toisia korvauslajeja useammin. Tämä saattaa johtaa siihen, ettei todellinen korvaustaso olisi aina kaikissa korvauslajeissa täsmälleen sama.

Uusille toimenpiteelle, hoidolle tai tutkimukselle, joille ei ole vielä vahvistettu korvausta, voitaisiin antaa korvaustulkinta nykyisen taksatulkinnan tavoin. Näin voitaisiin korvata myös uusien toimenpiteiden, tutkimusten ja hoitojen kustannuksia.

### **7.2.2 Ehdotus B; korvaus olisi suhteellinen osuus kustannuksista**

Korvausjärjestelmän toisena kehittämisvaihtoehtona on korvauksen maksaminen erikseen vahvistettavan taksan sijasta suoraan suhteellisena osuutena todellisista potilaalle aiheutuneista kustannuksista. Kaikilla korvauslajeilla (lääkäripalkkio, hammashoito sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito) olisi sama korvausprosentti. Sairaanhoidokorvauksia maksettaisiin tarpeellisen sairaanhoidon, raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista kuten nykyisinkin. Lisäksi lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuusta luovuttaisiin. Myös alle nykyisen kiinteän omavastuun jäävät tutkimukset ja hoidot tulisivat korvattaviksi. Erikseen on kuitenkin selvitettävä, mille tasolle tulisi asettaa pienin maksettava korvaus.

Asiakas saisi tietyn prosenttiosuuden suuruisen korvauksen jokaisesta toimenpiteestä, tutkimuksesta tai hoidosta, jonka hän ostaa yksityiseltä terveydenhuollolta. Asiakkaan omavastuu sekä korvauksen suuruus määräytyisivät sen mukaan, minkä hintaisen palvelun hän ostaa. Taksaa ei enää tarvitsisi määrittellä eikä hintoja taksan pohjaksi tarvitsisi kerätä. Toimenpiteiden, tutkimusten ja hoitojen seurantalistoja ylläpidettäisiin edelleen. Niiden avulla määritettäisiin korvattavat toimenpiteet, tutkimukset ja hoidot sekä korvaamisen rajoitukset.

Taksoista luopuminen helpottaisi korvausjärjestelmän hallinnointia huomattavasti. Yksityisen terveydenhuollon palvelujen tarpeellisuutta seurattaisiin edelleen. Myös luettelointia korvattavista toimenpiteistä, tutkimuksista ja hoidoista tulisi edelleen ylläpitää. Tilastoinnissa näkyisi yksittäisen tutkimuksen tai hoidon korvaus ja kustannukset, koska kiinteää omavastuuta ei enää olisi ja näin korvausten seuranta tarkentuisi nykyisestä. Koska yksityissektorilla on hyvin erihintaisia palveluita, potilas voisi saada erisuuruisia korvauksia samasta palvelusta sen mukaan, mistä ja millä hinnalla hän hoidon ostaa. Tämä vaikuttanee asiakkaan hintatietoisuuteen ja valintoihin. Hintojen noustessa myös korvaukset nousisivat. Mallissa tarvittaisiinkin tehokkaita keinoja kustannusten hillitsemiseksi.

Kustannusten hallintakeinoja voisivat olla 1) palvelujen tuottajien etujärjestöjen kanssa tehtävät puitesopimukset, joilla määritettäisiin enimmäishinta korvattaville palveluille. Korvaus suoritettaisiin niistä palveluista, joista olisi maksettu korkeintaan sovittu hinta. Jos hinta olisi listahintaa korkeampi, siitä ei maksettaisi lainkaan korvausta. Asiakas voisi valita palvelujen tuottajan, joka myisi hänelle tarkoitetun palvelun korkeintaan enimmäishinnalla, jolloin asiakas saisi siitä korvauksen. Uhkana olisi, että palvelujen tuottajat myisivät joitakin palveluja enimmäishinnalla asiakkaiden houkuttelemiseksi, mutta osa palveluiden hinnoista olisi niin korkeita, ettei niistä maksettaisi korvauksia.

Kustannuksia voitaisiin hillitä myös 2) palveluja kilpailuttamalla. Palvelut kilpailutettaisiin siten, että vain valittujen yksityisten palvelujen tuottajien palveluista maksettaisiin korvausta. Riskinä olisi, ettei aitoa kilpailua syntyisi etenkin syrjäseuduilla, missä on vähän yksityisiä palvelujen tuottajia. Lisäksi riskinä olisi, että suuret palvelujen tuottajat ohjaisivat potilaat tutkimuksiin ja hoitoihin saman yksikön sisällä, eikä todellista kilpailua synny. Kilpailuttamismenetelmä on lisäksi raskas toteuttaa. Harvinaiset tutkimukset on keskitetty eikä vakuutettu voi kilpailuttaa niitä, koska palvelujen tuottajia saattaa olla vain yksi.

Kolmantena kustannusten hillinnän menetelmänä voisi olla 3) sopimuslääkärimalli, jossa korvausta maksettaisiin vain sopimuksen tehneiden lääkärin perimistä palkkioista. Lääkärit sitoutuisivat sovittuun hintatasoon. Puitesopimusmalliin verrattuna asiakkaan olisi helppo tunnistaa ne palvelujen tuottajat, joiden palveluista maksettaisiin korvausta. Korvattavien palvelujen saatavuus olisi taattava koko maassa.

### 7.2.3 Lähetekäytäntö

Korvausta maksettaisiin lähtökohtaisesti vain yksityislääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidoista. Nykyisin korvausta voidaan maksaa myös julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin läheteellä erikoishammasteknikon työstä ja fysioterapiasta<sup>38</sup>, joiden siirtäminen nopealla aikataululla pääsäännön mukaiseen lähetekäytäntöön saattaisi aiheuttaa ongelmia näiden palvelujen saatavuudessa. Tämän vuoksi lähetekäytäntö on perusteltua säilyttää tältä osin toistaiseksi ennallaan.

Eräät terveydenhuollon ammattihenkilöt kuten terveydenhoitajat ja sairaanhoitajat ovat toivoneet lähetekäytännön laajentamista siten, että sairausvakuutuskorvauksia voitaisiin maksaa nykyistä laajemmin myös julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin läheteellä. Toivetta on perusteltu muun muassa potilaiden tasa-arvoisuuden parantamisella palvelujen saatavuuden suhteen.

Lähtökohtana on potilaan oikeus valita, käyttääkö hän työterveyshuollon<sup>39</sup>, yksityisen terveydenhuollon vai julkisen terveydenhuollon palveluita. Kuntien tehtävänä on huolehtia riittävien julkisten terveydenhuoltopalveluiden järjestämisestä. Jos potilas hakeutuu hoitoon julkiseen terveydenhuoltoon, tulee hänen saada tarvitsemansa palvelut sieltä. Viime kädessä kunnan on hankittava potilaan tarvitsemat palvelut ostopalveluina. Julkisen terveydenhuollon kirjoittama lähete yksityiseen terveydenhuoltoon ei perustu potilaan vapauteen valita hoidon antavaa järjestelmää, vaan potilas saatetaan ohjata hakemaan tarpeellinen sairaanhoito yksityisestä terveydenhuollosta. Tällöin myös potilaan maksettavaksi jäävä osuus palvelun kustannuksista on suurempi kuin julkisessa terveydenhuollossa.

Fysioterapian korvaaminen myös julkisen terveydenhuollon läheteellä on osoittanut, että julkisen terveydenhuollon omana toimintana tarjoama fysioterapia on jäänyt kehittymättä niihin mittoihin joissa se voisi olla ilman nykyistä lähetekäytäntöä. Potilaalla tulee olla oikeus kaikkeen hoitoon julkisessa terveydenhuollossa. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausten on tarkoitus täydentää tätä järjestelmää. Fysioterapiasta saatujen kokemusten perusteella lähetekäytännön laajentamisen riskinä on, että julkinen tervey-

<sup>38</sup> Myös fysioterapeutin antamasta valohoidosta, jota korvataan sairaanhoitokorvaustaksan perusteella.

<sup>39</sup> Työterveyshuollon palveluja voi käyttää vain työelämässä oleva henkilö

denhuolto ei panosta siinä mitassa omiin palveluihinsa kuin se muutoin olisi tarpeellista. Tämä voi heikentää potilaan mahdollisuuksia saada tarvitsemaansa hoitoa. Tämän vuoksi lähetekäytännön laajentamista ei voida pitää kannatettavana.

#### 7.2.4 Vaihtoehtoisten kehittämistoimenpiteiden kustannusvaikutukset

Sairaanhoitovakuutuksen lisäkustannuksia on arvioitu vuonna 2006 toteutuneiden korvausten perusteella, jos euromääräisessä korvausmenettelyssä (ehdotus A) korvausprosentiksi määrättäisiin 40 % tai 50 % tai jos korvaus maksettaisiin suhteellisenä osuutena kustannuksista (ehdotus B) ja osuus olisi 40 tai 50 %.

*Taulukko 13. Arvio korvausten lisäkustannuksista vuonna 2007, kun korvaukset olisivat 40 tai 50 % kustannuksista (kustannukset milj. €).*

Korvaustaso	Lääkäripalkkio	Hammashoito	Tutkimus ja hoito	Yhteensä
40 %	32	22	19	73
50 %	56	50	40	146

Hammashoidon lisäkustannuksia laskettaessa rintamaveteraanien 100 %:n ja 50 %:n korvausten perusteet on jätetty nykyiselleen. Lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon nykyisessä menettelyssä alle kiinteän omavastuun (13,46 €) ja siten korvaamatta jäävät kustannukset on näissä laskelmissa oletettu korvattaviksi. Laskelmassa alle nykyisen omavastuun jääviä tutkimuksia on arvioitu olevan 850 000, minkä on arvioitu lisäävän noin 20 % nykyisten tutkimusten tai hoitojen lukumäärää (arviolta 4,3 miljoonaa vuonna 2007). Nämä uudet korvaukset lisääisivät korvausmenoja noin 3 miljoonaa euroa. Tämä sisältyy edellä esitettyyn arvioon. Erikseen on kuitenkin selvitettävä, mille tasolle tulisi asettaa pienin maksettava korvaus.

Valtio ja sairaanhoitokorvauksiin oikeutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) rahoittavat puoliksi sairaanhoitovakuutuksen menot. Jos korvaustaso olisi 40 %, lisämenot olisivat 73 miljoonaa euroa, josta puolet lisää valtion menoja noin 38 miljoonaa euroa ja toisen puolen rahoitus aiheuttaa lisämenoa sairausvakuutuksen maksuperusteseen 0,05 prosenttiyksikön verran.

Jos korvaustaso olisi 50 %, lisämenot olisivat 146 miljoonaa euroa. Valtion menot lisääntyisivät 76 miljoonaa euroa ja sairausvakuutuksen maksuperuste kasvaisi 0,10 prosenttiyksikköä.

Jäljempänä esitetyissä laskelmissa olevat arviot perustuvat Kelan aktuaariryhmän viimeksi tekemiin voimassa oleviin arvioihin. Arviointeihin käytettyjä laskemia ovat ns. Kesäkuun laskelma, TTS- laskelmat<sup>40</sup>, aktuaariraportti<sup>41</sup> sekä kuukausi- ja päiväarviot. Kaikki laskelmassa olevat arviot perustuvat Kansaneläkelaitoksen aktuaariryhmän viimeksi tekemiin voimassa oleviin arvioihin. Jokaisessa laskelmassa ovat lähtökohtina uusimmat valtionvarainministeriöltä saadut, kaikkien ministeriöiden käyttämät, taloudelliset perusoletukset. Näin eri laitosten laskelmat ovat yhteensopivia.

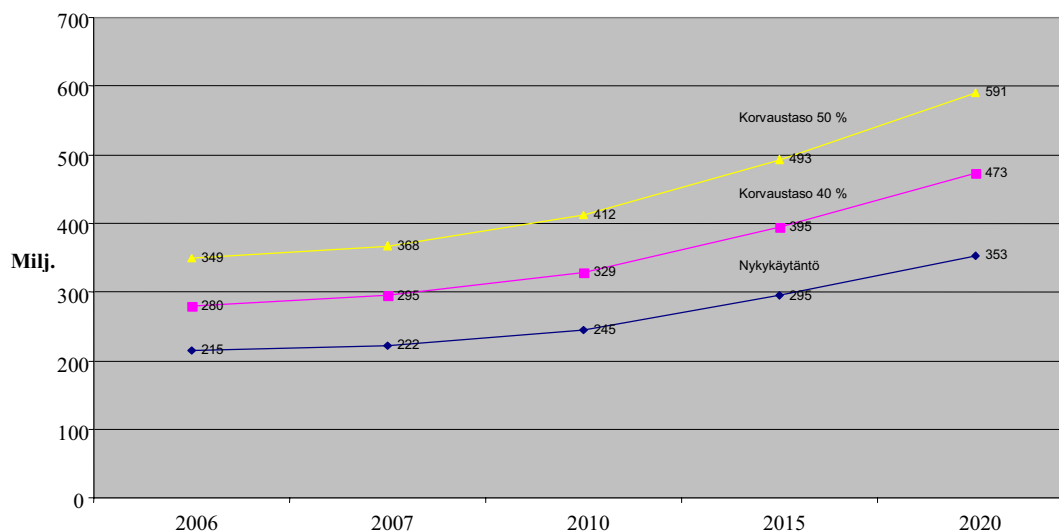
<sup>40</sup> Viimeisin TSS-laskelma tehty helmikuussa 2007 vuosille 2006 -2011

<sup>41</sup> Viimeisin aktuaariraportti tehty helmikuussa 2006 vuosille 2005 -2050

Helmikuun 5. päivänä 2007 tehdyn TTS-laskelman taloudellista kehitystä koskevien laskuperusteiden mukaan: elinkustannusindeksin vuosikeskiarvon kasvu on 1,4 % sekä vuonna 2007 että vuonna 2008 ja 1,7 % sekä vuonna 2009 että vuonna 2010. Arvioita tehtäessä on otettu huomioon väestön lukumääräennuste sekä väestön ikärakenne. Lähötietoina ovat toteutuneet omavastuukerrat, kustannukset ja korvaukset ikäryhmittäin etuuskohtaisesti.

Kuvassa 17 on arvioitu sairaanhoitovakuutuksen kokonaismenoja, jos nykyinen korvauskäytäntö jatkuisi ja korvaustaso säilyisi nykyisen tasoisena (noin 30 prosentissa) sekä, jos korvaustaso nostettaisiin 40 tai 50 prosenttiin. Arvio on tehty kuluvan vuoden, vuoden 2010, 2015 ja 2020 arvioidun korvausmenon mukaan.

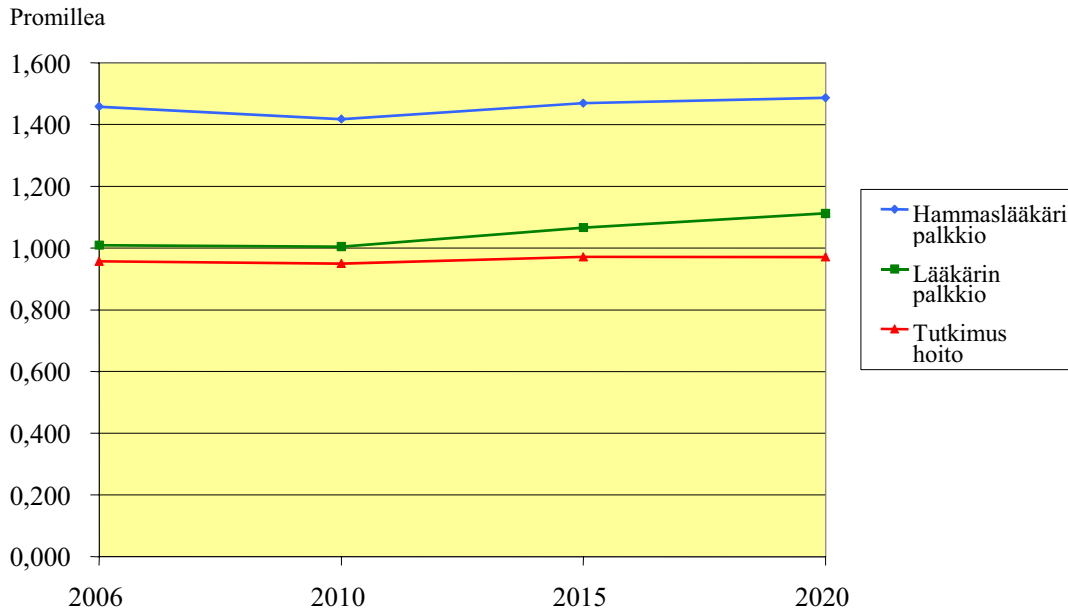
*Kuva 17. Lääkäripalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausmenon kehitys vuoteen 2020 nykykäytännön mukaan sekä korvaustason ollessa 40 % tai 50 %*



Korvausmenojen ero nykyjärjestelmän mukaisiin kokonaiskorvauksiin olisi arvion mukaan 84 miljoonaa euroa, jos korvaustaso olisi 40 % ja 166 miljoonaa euroa, jos korvaustaso olisi 50 % vuonna 2010. Vuonna 2015 ero olisi 100 miljoonaa euroa 40 %:n korvaustasolla ja 199 miljoonaa euroa 50 %:n korvaustasolla. Vuonna 2020 ero nykymenttelyyn olisi 120 miljoonaa euroa 40 %:n korvaustasolla ja 238 miljoonaa euroa 50 %:n korvaustasolla.

Jotta saataisiin käsitys nykykäytännön mukaisen kehityksen ja korvaustason nostamisen vaikutuksista maksuun, on seuraavassa esitetty sama kuvio (kuva 18) suhteutettuna maksun perusteena olevaan palkkasummaan.

Kuva 18. Lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvausmenon kehitys suhteessa palkkasummaan\* 2006, 2010, 2015 ja 2020.

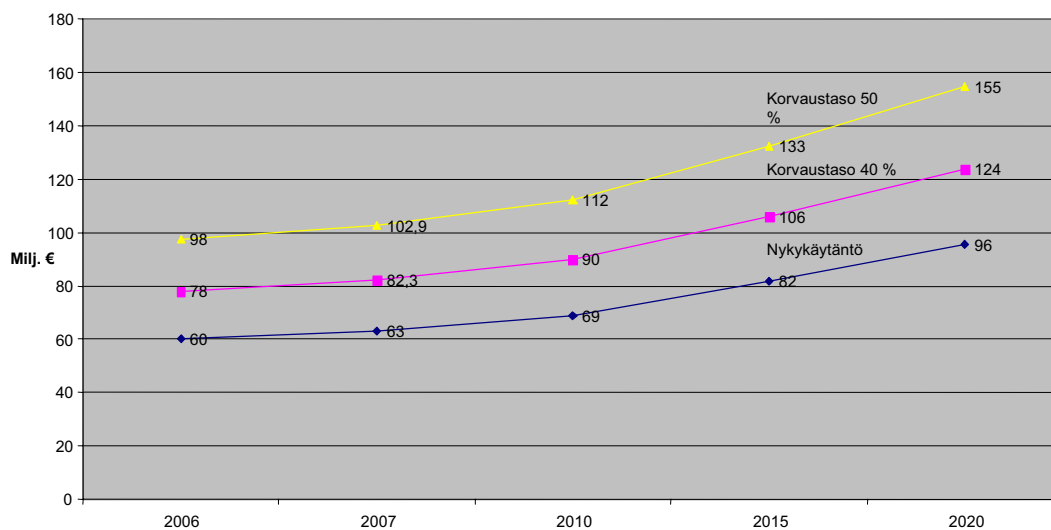


\* Työnantajan sotu-maksujen pohjana oleva palkkasumma.

Tilastoryhmä/Kela 20.4.2007 KM

Lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito koostuu laboratoriotutkimuksista, radiologisista tutkimuksista, fysioterapiasta, sairaanhoitotoimenpiteistä ja psykologisista tutkimuksista. Tutkimuksen ja hoidon korvausten kehitys on arvioitu, jos nykyinen korvauskäytäntö jatkuisi nykyisen korvaustason mukaan ja, jos korvaustaso nostettaisiin 40 tai 50 prosenttiin kuluvana vuonna, vuonna 2010, 2015 ja 2020. Arvio tutkimuksesta ja hoidosta sisältyy edelliseen kokonaisarvioon.

Kuva 19. Lääkärin tai hammaslääkärin määrämien tutkimuksen ja hoidon korvausmenon kehitys nykykäytännön mukaan ja korvaustason ollessa 40 tai 50 %

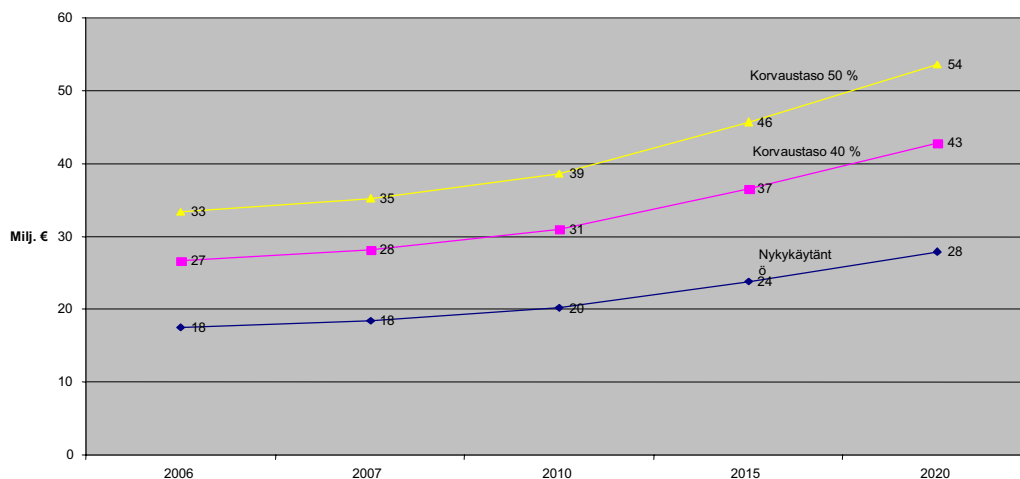


Tutkimuksen ja hoidon korvausmenojen ero nykyjärjestelmän mukaisiin kokonaiskorvauksiin olisi arvion mukaan 21 miljoonaa euroa, jos korvaustaso olisi 40 % ja 44 miljoonaa euroa, jos korvaustaso olisi 50 % vuonna 2010. Vuonna 2015 ero olisi 24 miljoonaa euroa 40 %:n korvaustasolla ja 51 miljoonaa euroa 50 %:n korvaustasolla. Vuonna 2020 ero nykymenettelyyn olisi 28 miljoonaa euroa 40 %:n korvaustasolla ja 59 miljoonaa euroa 50 %:n korvaustasolla.

Fysioterapian korvaukset sisältyvät edellä esitettyyn tutkimuksen ja hoidon arvioon. Fysioterapian kokonaismenoja on arvioitu erikseen, jos nykyinen korvauskäytäntö jatkuisi nykyisen korvaustason mukaan ja, jos korvaustaso nostettaisiin 40 tai 50 prosenttiin kuluvana vuonna, vuonna 2010, 2015 ja 2020. Oletetaan, että fysioterapian osuus tutkimuksesta ja hoidosta säilyy samana kuin vuonna 2006, jolloin fysioterapian osuus tutkimuksen ja hoidon korvauksista oli 29 %.



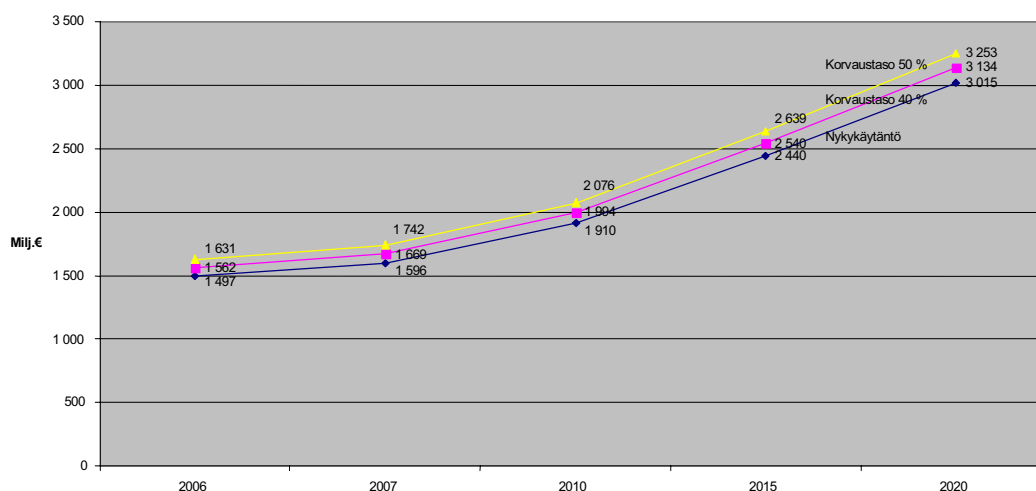
Kuva 20. Fysioterapian korvausmenon kehitys nykykäytännön mukaan ja korvaustason ollessa 40 tai 50 %.



Fysioterapian korvausmenojen ero nykyjärjestelmän mukaisiin kokonaiskorvauksiin olisi arvion mukaan 11 miljoonaa euroa, jos korvaustaso olisi 40 % ja 18 miljoonaa euroa, jos korvaustaso olisi 50 % vuonna 2010. Vuonna 2015 ero olisi 13 miljoonaa euroa 40 %:n korvaustasolla ja 22 miljoonaa euroa 50 %:n korvaustasolla. Vuonna 2020 ero nykymenettelyyn olisi 15 miljoonaa euroa 40 %:n korvaustasolla ja 26 miljoonaa euroa 50 %:n korvaustasolla.

Sairaanhoitovakuutukseen kuuluvat lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon lisäksi matkakorvaukset ja lääkekorvaukset. Seuraavassa on arvioitu sairaanhoitovakuutuksen kokonaismenoja, jos lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvausmenettely vastaisi nykyistä ja korvaustaso olisi nykyisen mukainen, 40 % tai 50 %.

Kuva 21. Koko sairaanhoitovakuutuksen korvausmenon kehitys nykykäytännön mukaan sekä jos lääkärinpalkkiota, hammashoitoa sekä tutkimusta ja hoitoa korvattaisiin kuten nykyisin ja kun korvaus olisi 40 tai 50 %



Vuosina 2006–2020 sairaanhoitovakuutuksen kokonaismenot kasvavat 1 497 miljoonasta 3 015 miljoonaan euroon nykyisen korvausjärjestelmän mukaan ja 1 562 miljoonasta 3 134 miljoonaan euroon, jos korvaustaso olisi 40 prosenttia. Jos korvaustaso nostettaisiin 50 prosenttiin, kasvaisivat korvausmenot 1 631 miljoonasta eurosta 3 253 miljoonaan euroon. Vuoden 2006 lähtötaso siis poikkeaa toteutuneesta joko 65 miljoonalla eurolla tai 134 miljoonalla eurolla ylöspäin jo kyseisen vuoden osalta poikkeavien korvaustaso-oletusten vuoksi. Vuonna 2006 lääkemenojen osuus sairaanhoitokorvauksista oli 74 % ja matkakorvausten osuus 12 %. Lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä lääkärin määräämään tutkimuksen ja hoidon osuus oli yhteensä 14 %.

## 7.3 Korvausjärjestelmän laajentaminen ja muut kehittämistarpeet

### 7.3.1. Arvioinnin lähtökohdat

Lääkärin ja hammaslääkärin palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvausjärjestelmän kehittämisen ohella työryhmän tuli arvioida myös muut sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistarpeet. Näitä ovat sairaanhoitovakuutuksen korvaaman sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksena korvattavan psykoterapian korvausperiaatteet, fysioterapian korvattavuuden periaatteet, suuhygienistin antaman hoidon, hammasproteettisten toimenpiteiden ja hammasteknisten kustannusten korvattavuus, keinonivelten korvattavuus sekä muut mahdolliset sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän kehittämistarpeet. Työryhmä kuuli kehittämistarpeista useita asiantuntijoita ja sekä otti työssään huomioon työryhmälle lähetettyjä kannanottoja.

### 7.3.2 Suuhygienistin antama hoito

Suuhygienistin hammaslääkärin hoitotiimissä antamaa hoitoa korvataan nykyisin hammaslääkärin toimenpidetaksan mukaisesti hammaslääkärin työnä. Nykyjärjestelmässä itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan suuhygienistin antamaa hoitoa ei korvata. Suuhygienistin antamaa hoitoa korvataan siis jo nykyisin, mutta rakenteellisesti se sisältyy hammaslääkärin palkkioon. Suuhygienistin antaman hoidon korvaaminen ei varsinaisesti muuttaisi sairausvakuutuksesta korvattavia toimenpiteitä. Muutos ainoastaan laajentaisi korvaukseen oikeuttavan toimenpiteen suorittamaan oikeutettujen ammattihenkilöiden joukkoa.

Työryhmä katsoo, että hammashoidon korvausten tulisi täydentää julkisen terveydenhuollon suun terveydenhuollon hoitopalveluja, jossa hammaslääkäreiden ja suuhygienistien välistä työjakoa on kartoitettu ja kehitetty. Koska julkisessa terveydenhuollossa hammaslääkärin ja suuhygienistin työnjako on osoittautunut perustelluksi ja nyttemmin sen on katsottava myös vakiintuneen, voitaisiin näin menetellä myös sairausvakuutuskorvausten osalta yksityisen suun terveydenhuollon alueella. Tämä kehityssuunta tukisi kansallisen terveysthankkeen työjaon toteutumista ja annettavan palvelun saataavuutta.

Tämän johdosta työryhmä ehdottaa suuhygienistin antaman hoidon korvaamista tutkimuksena ja hoitona. Suuhygienisti voisi tehdä koulutuksensa mukaisesti hammashoidon toimenpiteitä. Hammaslääkäri suorittaisi suun tutkimuksen ja antaisi lähetteen suuhygienistin hoitoon. Lähetete olisi voimassa kaksi vuotta. Korvausta maksettaisiin yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin läheteellä kuten muussakin sairausvakuutuksen mukaisessa hammaslääkärin määräämässä tutkimuksessa ja hoidossa. Yksityishammaslääkärin läheteellä korvattaisiin myös itsenäisenä ammatinharjoittajana toimivan suuhygienistin antamaa hoitoa.

Sairausvakuutuslain 1 luvun 4 §:n 2 momentissa määritellään ne terveydenhuollon ammattihenkilöt, jolle Terveydenhuollon oikeusturvakeskus on myöntänyt oikeuden harjoittaa ammattiaan laillistettuna ammattihenkilönä ja joiden antamasta hoidosta maksetaan sairausvakuutuslain perusteella korvausta. Suuhygienistin ammattinimeke tulisi lisätä tähän lainkohtaan.

#### *Arvio suuhygienistin antaman hoidon kustannuksista*

Vuoden 2006 Kansaneläkelaitoksen hammashoidon korvaustilastojen perusteella arvioituna suuhygienistin antaman hoidon kustannukset ovat noin 11,9 miljoonaa euroa, josta sairausvakuutuskorvauksia on maksettu yhteensä 4,3 miljoonaa euroa. Korvattuun osuuteen sisältyy ehkäisevän hoidon ja iensairauksien hoidon toimenpiteitä, jotka suuhygienistit voivat koulutuksensa perusteella suorittaa. Arvio suuhygienistien antaman hoidon osuudesta perustuu Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen rekisteritietoihin, Suun Terveydenhoidon ammattiliiton vuoden 2004 jäsenkyselyn tietoihin ja korvattua hoitoa antaneiden hammaslääkärien lukumääriin.

Muutoksen myötä ei ole odotettavissa ainakaan olennaista lisäystä hakeutumisessa suuhygienistin hoitoon. Vertailukohtana voidaan viitata hammashoidon laajentumiseen vuosina 2001–2002, jolloin aiemmin täysin yhteiskunnan subventiota vaille olleet ikäryhmät saattoivat uudistuksen myötä hakeutua subventoituun suun terveydenhuoltoon

joko terveystieteiden tai sairausvakuutuksesta tuettuun yksityiseen hoitoon. Tästä huolimatta vuotta kohden hammaslääkärin hoidossa käyneiden osuus väestöstä nousi vain neljä prosenttiyksikköä.<sup>42</sup> Ennen subventio-uudistusta vuoden aikana 57 prosenttia tutkitusta aikuisväestöstä kävi hammaslääkärissä, uudistuksen jälkeen vuoden aikana hammashoidossa käyneiden osuus oli 61 prosenttia. Koska näin merkittävä taloudellinen etu ei lisännyt kiinnostusta hammashoitoon edellä mainittua laajemmin, ei ole syytä olettaa, että kiinnostus suuhygienistin hoitoon lisääntyisi, koska muutos ei toisi väestölle sinänsä uutta taloudellista etua.

Jos jatkossa päädytään korvaamaan sairausvakuutuksesta suuhygienistin antaman hoidon kustannuksia suuhygienistin työnä, poistuu suuhygienistin tällä hetkellä hammaslääkärinpalkkiotaksan mukaisesti maksettu korvaus hammaslääkärin sairausvakuutuskorvauksista. Koska suuhygienistin antaman hoidon korvaamisessa on tarkoitus noudattaa Stakesin toimenpidenimikkeistöä ja sen vaativuusluokitusta, ei suuhygienistin antaman hoidon korvaus ylittäisi nyt hammaslääkärin työnä korvatun hoidon korvausta. Muutos ei toisi lisäystä sairausvakuutuksesta maksettaviin hammashoidon kustannuksiin. Hammashoidon sairausvakuutuskorvauksiin tulisi kasvaa vain ehdotetun korvausprosentin noston myötä.

### 7.3.3 Fysioterapia

Fysioterapian korvattavuuden periaatteiden ja fysioterapian vaikuttavuuden selvittämiseksi työryhmällä ei ole ollut riittävästi tutkittua tietoa käytössään. Tämän johdosta työryhmä ehdottaa, että fysioterapian vaikuttavuuteen ja korvattavuuteen vaikuttavat seikat selvitettäisiin erikseen. Painopistealueita olisivat fysioterapian vaikuttavuuden arviointi, lääkärin määräyskäytännön sekä fysioterapeutin ja lääkärin keskinäisen yhteistyön selkiyttäminen. Lisäksi pitäisi kartoittaa julkisen terveydenhuollon fysioterapiapalveluiden tarjonta ja selvittää miten alueellinen tasa-arvo toteutuu. Edelliseen liittyen tulisi selvittää, miten nykyinen lähetekäytäntö vaikuttaa julkisen terveydenhuollon tarjoamiin palveluihin. Myös julkisessa terveydenhuollossa toimivan lääkärin läheteellä annettua fysioterapiaa korvataan, kun potilas on hakeutunut hoitoon yksityiselle palvelujen tuottajalle. On selvitettävä, miten tarpeellisten fysioterapiapalveluiden saatavuus varmistettaisiin, jos lähetekäytäntö yhtenäistettäisiin muun tutkimuksen ja hoidon mukaiseksi.

Lääninhallituksen luvan saaneissa yksityisen terveydenhuollon toimintayksiköissä voi fysioterapian antajina olla muihinkin ammattiryhmiin kuuluvia henkilöitä kuin fysioterapeutteja. Selvitettävä on, onko näiden henkilöiden antama terapia myös fysioterapiaa ja mikä sen vaikuttavuus on.

Työryhmä ehdottaa, että fysioterapian korvaamisessa poistettaisiin kiinteä omavastuu vastaavalla tavalla kuin muussakin lääkärin määräämässä tutkimuksessa ja hoidossa. Minimikorvauksen taso tulee kuitenkin erikseen arvioida. Fysioterapian osalta tulisi myös ottaa käyttöön sama korvaustaso kuin muissakin korvauslajeissa. Tällä hetkellä vakuutettu ei saa korvausta fysioterapiasta, jonka hammaslääkäri on määrännyt. On selvitettävä, onko tarpeellista korvata ja jos, niin missä määrin myös hammaslääkärin määräämää fysioterapiaa.

<sup>42</sup> Urpo Kiiskinen, Liisa Suominen-Taipale, Arpo Aromaa ja Sisko Arinen: Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana, Hammashoitouudistuksen arviointitutkimuksen perustaulukot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 22/2005.

Suomen Kuntaliiton ylläpitämää fysioterapianimikkeistöä kehitetään parhaillaan. Nimikkeistön tulee olla sopiva käytettäväksi sähköisessä potilasasiakirja-arkistossa. Korvattavuuden määrittämisessä tulee olla selvät nimikkeet ja koodit, joiden sisältö on riittävän tarkasti kuvattu ja joita Kansaneläkelaitos voi käyttää korvausjärjestelmässään.

### 7.3.4 Psykoterapia

#### *Yleistä*

Psykoterapian korvausperiaatteita pidetään ongelmallisina. Saman aikaan tarve mielen-terveysongelmiin kohdistuvalle vaikuttavalle hoidolle on kasvanut. Julkisen terveydenhuollon tulee kantaa päävastuu kaikista kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon osaluista, niin psykoterapiapalveluistakin. Julkisen terveydenhuollon mahdollisuudet nykyistä runsaampaan panostukseen vaikuttavat kuitenkin toistaiseksi vähäisiltä. Työryhmä toteaa, että julkisen terveydenhuollon järjestämän psykoterapian volyymeistä ja kustannuksista tarvitaan lisää tietoa.

Kansaneläkelaitos onkin vastannut merkittävästä osasta psykoterapiahoidon kustannuksista muun muassa harkinnanvaraisen kuntoutuksen kautta. Vastuun liian laajamittaiseen siirtämiseen julkiselta terveydenhuollolta sairaanhoitovakuutuksen rahoittamalle toiminnalle liittyy kuitenkin vaara julkisten terveystuollon palvelujen vähenemisestä.

#### *Psykoterapiaa sairaanhoitovakuutuksesta*

Rekisteröityjä, nimikesuojattuja psykoterapeutteja oli vuoden 2007 alussa 4 311. Psykoterapeutteja, joilla on taustalla jokin toinen terveydenhuollon ammatinharjoittamisoikeus, oli yhteensä 3 414. Heistä on lääkäreitä 829 ja sairausvakuutuslain mukaisia terveydenhuollon muita ammattihenkilöitä 2 494.

Työryhmä ehdottaa sairausvakuutuslain muuttamista siten, että Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 1 §:ssä tarkoitettujen nimikesuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin. Korvausta maksettaisiin siis muidenkin kuin lääkäreiden antaman psykoterapian kustannuksista. Tällöin muiden kuin lääkäreiden antama psykoterapia olisi korvattavaa yksityisessä terveydenhuollossa toimivan lääkärin määräämänä, jos se olisi määrätty sairauden hoidon vuoksi. Toimenpidenimike ja siitä maksettava korvaus lisättäisiin tutkimuksen ja hoidon toimenpiteiden joukkoon. Lääkärin samalla kertaa määräämä terapia korvattaisiin enintään 15 terapiakäynniltä edellyttäen, että terapia on annettu vuoden kuluessa määräyksen antamisesta. Potilas voisi hakeutua tarpeen tullen uudelleen lääkärin hoitoon terapiasarjan päätyttyä ja lääkäri voi uusia psykoterapiamääräyksen. Korvausta maksettaisiin samalla korvausmenettelyllä ja korvaustasolla kuin muustakin lääkärin määräämästä tutkimuksesta ja hoidosta.

Muutoksen tavoitteena on turvata mielen-terveyspalveluiden nopea saatavuus, mikä tukee varhaisen puuttumisen ajatusta ja nykyistä matalampaa kynnystä hakeutua terapiaan. Palveluiden tarvisijoille uudistus merkitsisi lisää valinnan vapautta ja vähentäisi alueellista epätasa-arvoisuutta palveluiden saatavuudessa. Ajoissa saatu mielen-terveys- hoito edistää toipumista erilaisista vaikeista elämäntilanteista. Lyhytkestoinen terapia voi edeltää kuntoutuksena annettavaa pitkäkestoista psykoterapiaa ja se toimisi näin hoitona kuntoutuspäätöstä odottaessa. Kuntoutuspäätöksen tekeminen on sairaanhoito-

korvauksien maksamista raskaampi menettely. Sairaanhoidokorvauksen maksamisen jälkeenkin potilaan omavastuu olisi suurempi kuin omavastuu kuntoutuksena saadusta terapiasta.

### *Arvio sairausvakuutuksesta korvattavan psykoterapian kustannuksista*

Kuntoutuksena annettavan erityistason psykoterapian perityt palkkiot ovat keskimäärin 50–55 euroa ja vaativan erityistason perityt palkkiot 65–75 euroa vuonna 2006. Tasoero johtuu psykoterapiakoulutuksen kestosta eikä pohjakoulutuksella ole siinä merkitystä. Kuntoutuksesta saatujen perittyjen palkkioiden määriä on käytetty arvioitaessa psykoterapian kustannuksia sairaanhoidovakuutuksesta. Psykoterapiakäyntien määrä on arvioitu olevan puolet lääkärin antaman terapian käynneistä vuonna 2006. Psykoterapeuttien (muiden kuin lääkäreiden) määrän ei oleteta lisääntyvän voimakkaasti, vaikka se tulisi-kin korvattavaksi sairaanhoidovakuutuksesta ja siksi terapiakäyntienkään ei oleteta voimakkaasti lisääntyvän.

*Taulukko 14. Arviot sairaanhoidovakuutuksesta maksettavan muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin antaman psykoterapian kustannuksista:*

<b>Arvio 1.</b>			
Peritty hinta on 53 € ja arvioidaan, että terapiakertoja on puolet lääkärin vuonna 2006 antamasta terapiasta eli 64 000.			
<b>Korvaustaso</b>	<b>Kertakorvaus</b>	<b>Kustannukset 2007</b>	<b>Kustannukset 2009</b>
30 %	15,9 €	1 milj. €	1 milj. €
40 %	21,2 €	1 milj. €	2 milj. €
50 %	26,5 €	2 milj. €	2 milj. €

<b>Arvio 2.</b>			
Peritty hinta on 70 € ja arvioidaan, että terapiakertoja on puolet lääkärin vuonna 2006 antamasta terapiasta eli 64 000.			
<b>Korvaustaso</b>	<b>Kertakorvaus</b>	<b>Kustannukset 2007</b>	<b>Kustannukset 2009</b>
30 %	21,0 €	1 milj. €	1 milj. €
40 %	28,0 €	2 milj. €	2 milj. €
50 %	35,0 €	2 milj. €	2 milj. €

Nykyisin sairaanhoidovakuutuksesta lääkärin kuntoutuksen potilaille antaman psykoterapian korvausmeno on noin 1,7 miljoonaa euroa. Tämä summa vähentää sairausvakuutusmenoja, jos kuntoutuspäätöksen saaneiden potilaiden psykoterapia siirtyy Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin ja se rajataan sairausvakuutuksen ulkopuolelle.

### *Psykoterapiaa kuntoutuksena*

Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoidovakuutuksen ja kuntoutuksen yhteisestä psykoterapian korvaamisesta luovuttaisiin. Kuntoutuksena annettava psykoterapia siirrettäisiin Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin ja siitä säädettäisiin lailla. Järjestämisvelvollisuuden piiriin tulisi saattaa vähintään nykyinen harkinnanvaraisen kuntoutuksen korvausmenettelyn piiriin kuuluva kuntoutus. Psykoterapian kohderyhmänä oli-

sivat edelleen 16–68 -vuotiaat, joiden työ- ja opiskelukyky on mielenterveydenhäiriön vuoksi uhattuna. Tavoitteena on työ- ja opiskelukykyyn parantaminen tai palauttaminen ja sen seurauksena työllistyminen, työssä pysyminen tai työhön paluu. Kuntoutuspsykoterapia myönnettäisiin edelleen vuodeksi kerrallaan. Kuntoutusta varten tarvittaisiin edelleen jokaista terapiavuotta varten oma hakemus ja psykiatrin suositus terapiasta. Psykiatri myös määrää potilaalle tarvittavan lääkityksen. Psykoterapiaa korvattaisiin myös muiden terapeuttien kuin lääkärin antamana kuten nykyisinkin.

Ehdotuksen mukaan psykoterapiaan kohdistettu määräraha ei enää rajoittaisi korvattavan hoidon määrää. Potilaalle korvattaisiin tarpeenmukainen terapia hänen terveydentilansa perusteella ja terapiaa saisivat kaikki sitä tarvitsevat, kohderyhmään kuuluvat vakuutetut. Korvaaminen selkeytyisi, kun korvausta ei määritettäisi ensin sairaanhoitovakuutuksesta ja sen jälkeen kuntoutuksesta.

Kansaneläkelaitoksessa toimiva mielenterveyskuntoutuksen asiantuntijaryhmä päättäisi edelleen sairastavuuden perusteella siitä miten vaativaa hoitoa tarvitaan ja kuinka kauan sitä tulee antaa. Psykoterapian asiantuntijaryhmä tarkentaisi edelleen myös terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen hyväksymän psykoterapeutin pätevyyden kuntoutuksen palvelujen tuottajaksi.

#### ***Arvio kuntoutuksena korvattavan psykoterapian kustannuksista***

Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin siirrettävän psykoterapian kustannuksia arvioitiin siten, että 1) psykoterapiaa järjestettäisiin nykyisin voimassa olevin kriteerein ja 2) korvattavan kuntoutuspsykoterapian enimmäisaika pitenisi kahdella vuodella eli yhteensä viiteen vuoteen ja kolmannen vuoden terapiaa voisi saada kaksi kertaa viikossa. Kolmanneksi vaihtoehdoksi esitetään edellisen vaihtoehdon lisäksi 3) aikuisten kuntoutuspsykoterapian korvauksen nostoa noin viidellä eurolla käyntiä kohden.

Jos psykoterapia siirrettäisiin järjestämisvelvollisuuden piiriin, voitaisiin vähentää harkinnanvaraisen kuntoutuksen määrärahoista psykoterapiakorvausten osuus ja siirtää se järjestämisvelvollisuuden piiriin kuuluvaan rahoitukseen. Tosin tällöin tarvitaan jonkin verran lisäpanostusta rahoitukseen. Jos psykoterapia siirretään järjestämisvelvollisuuden piiriin käytettävissä olevat varat eivät enää rajaisi oikeutta korvaukseen. Arvioiden mukaan psykoterapian tarve on joka tapauksessa lähivuosina kasvava ja jos halutaan vastata tarpeeseen harkinnanvaraisen kuntoutuksen käytettävää rahamäärää tulisi korottaa.

*Taulukko 15. Arvio kuntoutuspsykoterapian kustannuksista eri vuosina sekä nykyisellä ja ehdotetulla korvausmenettelyllä (kustannukset milj. €)*

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Nykyinen (harkinnanvarainen) korvausmenettely	22,0	22,4	23,5
Järjestämisvelvollisuus nykyisin kriteerein 1)	25,0	30,3	36,7
Terapian enimmäisaikojen pidennys, 5 v. ja 3 käyntiä 2)	32,4	39,4	47,7
Edellisen vaihtoehdon lisäksi aikuisen terapian korvauksen nosto 5 € /käynti 3)	34,1	41,4	50,2

Vuonna 2007 harkinnanvaraisen kuntoutukseen käytettävä rahamäärä on 20,5 miljoonaa euroa.

Lisäkustannukset vuonna 2008 olisivat 1) 3,0 milj. €, 2) 10,4 milj. € ja 3) 12,1 milj. €  
Lisäkustannukset vuonna 2010 olisivat 1) 14,3 milj. €, 2) 25,3 milj. € ja 3) 27,8 milj. €.

Psykoterapian konsensuslausuman<sup>43</sup> mukaan lyhytterapioiden määrää tulisi lisätä. Esitetyistä kokonaiskustannuksista vähenisi noin 20 %, jos lyhytterapia olisi riittävä joka neljännelle kuntoutuspsykoterapian kriteerit täyttävälle.

Aikuisten psykoterapia tukee opiskelu- ja työkykyä. Aikuisten psykoterapian korvaustason nostoa on perusteltu korkeilla omavastuuosuuksilla. Kertaviikkoisessa terapiassa aikuiselle jää omavastuuksi noin 800 euroa vuodessa. Jos terapiaa annetaan kaksi kertaa viikossa, omavastuu nousee noin 1 600 euroon.

### **7.3.5 Tekonivelet**

Ikääntyvän väestön toimintakyvyn säilyttäminen on merkittävä haaste kansantaloudelle. Tekonivelleikkauksilla voidaan parantaa iäkkäiden ihmisten elämän laatua ja vähentää laitoshoidon tarvetta. Myös työikäisten sairauspäiväraha-kausien kestoa voidaan lyhentää ja paluuta työelämään nopeuttaa, jos leikkaukseen pääsee riittävän ajoissa. Ortopedisten endoproteesien korvaaminen sairausvakuutuksesta lisäisi potilaiden taloudellisia mahdollisuuksia hakeutua leikkaukseen yksityissektorille.

Tekonivelkirurgian avulla hoidettavien sairauksien esiintyvyys on vanhemmissa ikäryhmissä suuri ja toimenpiteen avulla sairastuneen toimintakyky voidaan merkittävästi ja kustannustehokkaasti parantaa.

Työryhmä pitää tekoniivelten saattamista sairausvakuutuslain korvausjärjestelmän piiriin perusteltuna. Toisaalta julkisen terveydenhuollon mahdollisuudet tekoniivelkirurgiseen hoitoon ovat melko hyvät.

<sup>43</sup> Psykoterapiaa koskeva konsensuslausuma 18.10.2006. Suomalainen lääkärisseura Duodecim ja Suomen Akatemia



### *Arvio tekonivelten kustannuksista*

Vuonna 2006 lonkan kokotekonivelleikkauksia korvattiin 1 004 kappaletta. HYKS-sairaanhoitoalueen kirurgian yksiköltä saatujen tietojen mukaan sementöityjen lonkaniveliä keskikustannus oli 1 500 euroa ja sementöimättömien niveliä 4 515 euroa. Jos oletetaan, että 40 prosenttia leikkauksista tehdään kalliimmalla proteesivaihtoehdolla ja 60 prosenttia edullisemmalla, lonkkaleikkausten kokonaiskustannukseksi saadaan noin 2,5 miljoonaa euroa vuositasona.

Kun kustannuksiin lasketaan lonkkien osaproteesileikkausten sekä uusintaleikkausten aiheuttamat kulut, lonkan osalta kustannukset olisivat yhteensä noin 3,1 miljoonaa euroa.

Vuonna 2006 korvattiin 1367 polvinivelen leikkausta. HYKS-sairaanhoitoalueen kirurgian yksiköltä saatujen tietojen mukaan polviproteesin keskikustannus on 2 625 euroa. Tämän perusteella laskettuna polvinivelten kustannukset olisivat noin 3,6 miljoonaa euroa vuositasona.

Kun kustannuksiin lasketaan polvien osaproteesileikkausten sekä uusintaleikkausten kulut, kustannukset olisivat noin 3,7 miljoonaa euroa.

Lonkka- ja polvinivelten kustannukset olisivat yhteensä noin 6,1 miljoonaa euroa. Jos tähän lisätään osaproteesileikkausten ja uusintojen aiheuttamat lisäkustannukset olisivat kustannukset yhteensä noin 6,8 miljoonaa euroa.

Jos oletetaan, että kaikki leikkaukset tehtäisiin yksityisessä terveydenhuollossa<sup>44</sup> ja korvaustaso olisi 30 %, tekonivelten sairaanhoitovakuutuskorvaukset olisivat yhteensä noin 1,8 miljoonaa euroa ja osaproteesien ja uusintaleikkausten lisäkustannusten kanssa noin 2 miljoonaa euroa. Muiden niveliä leikkauksia korvataan vähän ja niiden merkitys korvausmenoon on vähäinen.

40 %:n korvaustasolla tekonivelten sairaanhoitovakuutuskorvaukset olisivat yhteensä 2,4 miljoonaa euroa ja osaproteesien ja uusintaleikkausten lisäkustannusten kanssa noin 2,7 miljoonaa euroa.

50 %:n korvaustasolla luvut olisivat vastaavasti noin 3,1 miljoonaa euroa ja noin 3,4 miljoonaa euroa.

Uusintaleikkaukset suoritetaan yleensä keskitetysti julkisessa sairaalassa.

Kustannusarvio on tasoltaan maltillinen, kun otetaan huomioon suurten ikäluokkien ikääntyminen ja tämän vuoksi tulevaisuudessa kasvava tekonivelkirurgisten toimenpiteiden kysyntä.

---

<sup>44</sup> Erikoismaksuluokka lakkaa 29.2.2008 mennessä.

### 7.3.6. Hammasproteettinen hoito

Työryhmä katsoo, että hammasprotetiikan klinisen ja teknisen työn kustannusten ottaminen sairausvakuutuksen korvausten piiriin on perusteltua. Hammasproteettisen hoidon korvaaminen edistäisi väestöryhmien välisten terveyserojen kaventumista suun terveydenhuollossa. Korvaaminen helpottaisi hampaattomuuden mukanaan tuomia terveydellisiä ongelmia. Toimenpidenimikkeet perustuisivat Stakesin Suun terveydenhuollon toimenpideluokitukseen<sup>45</sup> kuten rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille korvattavan proteettisen hoidon toimenpidenimikkeet tällä hetkellä. Korvaukset ja korvausten osuus kustannuksista määritettäisiin kuten muissakin sairaanhoitokorvauksissa.

Sen sijaan proteesien materiaalikustannuksia ei ehdoteta korvattaviksi. Myöskään hammasimplantteja eli keinojuuria ei korvattaisi. Hammasimplantin asettamiseen liittyvä hammaslääkärin työ korvataan suu- ja leukakirurgisena toimenpiteenä jo nykyään kaikille korvausten piirissä oleville.

Erikoishammasteknikon suorittama kokoproteesihoido tulisi myös korvattavaksi. Korvattavuuden edellytyksenä olisi yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkärin lähete, joka olisi voimassa kaksi vuotta.

#### *Arvio hammasprotetiikan kustannuksista*

Vuonna 2006 sairausvakuutuksesta korvatun hammashoidon kustannukset olivat 273 miljoonaa euroa. Hammasprotetiikan teknisen ja klinisen työn kustannusten voidaan arvioida olevan Tilastokeskuksesta, Suomen Hammaslääkäriliitosta ja Kelasta saatujen tilastotietojen valossa noin 30 % yksityisen hammashoidon kokonaiskustannuksista.

Jos hammashoidon korvaustaso olisi 30 %, protetiikan teknisen ja klinisen työn aiheuttama lisämeno olisi noin 35 miljoonaa euroa.

Jos hammashoidon korvaustaso olisi 40 %, protetiikan teknisen ja klinisen työn aiheuttama lisämeno olisi noin 47 miljoonaa euroa.

Jos hammashoidon korvaustaso olisi 50 %, protetiikan teknisen ja klinisen työn aiheuttama lisämeno olisi 58 miljoonaa euroa.

### 7.3.7 Muut kehittämistarpeet

Viime vuosina on saatu yhä enemmän tutkimustietoa ravitsemuksen ja terveyden välisestä yhteyksistä sekä ravitsemushoidon merkityksestä useiden sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Terveys- ja sosiaalialan viranomaiset sekä asiantuntijaryhmät ovat viime vuosina laatineet eri väestöryhmille kohdennettuja ravitsemussuosituksia ja toimenpideohjelmia, joissa otetaan kantaa myös suosituksen toteutuksen edellytyksiin ja riittävän ravitsemusasiantuntemuksen turvaamiseen toiminnan eri tasoilla. Myös useissa Käypä hoito-suosituksissa edellytetään asianmukaisen ravitsemushoidon toteuttamista.

Ravitsemusterapian kysyntä on kasvavaa ja terveydenhuollon henkilökunnan jatkuvan koulutuksen tarve on ilmeinen. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelmassa

<sup>45</sup> Ks. <http://koodistopalvelu.stakes.fi/>.

on arvioitu, että perusterveydenhuoltoon tarvitaan yhden ravitsemusterapeutin vuotuinen työpanos 30 000 asukasta kohden. Nykyisellään ravitsemusterapiapalveluja ei ole tarjolla tässä määrin. Terveystieteiden ammattihenkilöiden neuvottelukunnan erityisammattien jaosto on kuitenkin päättänyt selvityksessään siihen, ettei ravitsemusterapeuttien koulutusmäärään ole syytä ehdottaa lisäystä ennen kuin kuntien suunnitelmista käy ilmi lisääntyvä ravitsemusterapian ja -terapeuttien tarve.

Työryhmä katsoo, että ravitsemusterapia on sekä paitsi tarpeellinen osa sairaanhoitoa niin sillä on myös ennalta ehkäisevää merkitystä. Sairausriskin vähentämiseksi korvataan tarpeellisen sairaanhoidon kustannuksia, eikä työryhmä katso aiheelliseksi poiketa tästä periaatteesta myöskään ravitsemusterapian osalta. Lisäksi ravitsemusterapeuttien kuten useiden muidenkin sairausriskin vähentämisen korvausjärjestelmän ulkopuolella olevien terveydenhuollon ammattihenkilöryhmien<sup>46</sup> asema julkisessa terveydenhuollossa on vielä selkiytymätön. Korvausjärjestelmän laajentaminen koskemaan uusien terveydenhuollon ammattihenkilöiden joukkoa tulee arvioida tarkemmin vasta sen jälkeen, kun heidän asemansa julkisessa terveydenhuollossa on vakiintunut. Sairaanhoitoon kuuluva ravitsemusterapia voikin tulevaisuudessa olla perusteltua ottaa sairausriskin vähentämiseksi korvattavien tutkimusten ja hoitojen joukkoon.

Työryhmä on arvioinut järjestelmän kehittämistarpeita myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin ravitsemusterapeuttien osalta. Esimerkiksi puheterapeuttien, toimintaterapeuttien ja neuropsykologien osalta julkisen terveydenhuollon palveluiden saatavuudessa on hoitoon pääsyä koskevasta lainsäädännöstä huolimatta ongelmia. Työryhmä katsoo tarpeelliseksi odottaa julkisen sektorin hoitotakuun laajentumista täysimittaiseksi ennen korvausjärjestelmän edellä ehdotettuja laajempia kehittämistä koskevia ratkaisuja.

Sairausriskin vähentämisen laajentamista sellaisiin ammattihenkilöihin, joiden antamaa hoitoa ei julkisessa terveydenhuollossa pidetä hyvän tutkimusnäytteen ja kokemuksen perustuvan hoitokäytännön mukaisena työryhmä sen sijaan ei pidä perusteltuna. Työryhmän tietoon saatettu myös eräitä sairaanhoitokorvausjärjestelmän ulkopuolisia ongelmia, jotka heijastuvat kuitenkin sairaanhoitokorvauksiin. Tällainen liittyy muun muassa kuulon tutkimuksiin. Kuulontutkimukset kuuluvat tutkimuksen ja hoidon taksaan. Lääkärin antaman saman määrän perusteella korvataan enintään 15 tutkimus- ja hoitokertaa. Työryhmä toteaa, että kuulontutkimusten nimikkeistön ylläpidossa ja kehittämisessä on puutteita.

Eräiden sarjahoitojen, esimerkiksi säarihaavahoitojen, lähetekohtaista enimmäismäärää tulisi tarkastella erikseen. Myös muiden samalla kertaa määrättyjen tutkimuksen ja hoidon hoitokertojen määrää tulisi tarkastella uudelleen.

## 7.4 Työryhmän ehdotukset tiivistettynä

Työryhmän enemmistön mukaan lääkärinpalkkion, hammaslääkärin palkkion ja tutkimuksen- ja hoidon korvaustason tulisi olla vähintään 40 prosenttia. Valtiovarainministeriötä edustavan jäsenen mielestä käytössä olleen tiedon perusteella ei ole edellytyksiä

<sup>46</sup> Suuhygienistien osalta on työnjakoa on kehitetty, ja heidän asemansa julkisessa terveydenhuollossa voidaan katsoa vakiintuneen.

ehdottaa yksityisten sairaanhoitopalvelujen korvauksille yleisesti nykyistä korkeampaa korvaustasoa.

Lääkäri-, hammaslääkäri- sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksen perusteena olevan taksajärjestelmän on jo pitkään todettu olevan rakenteeltaan puutteellinen. Asiakkaan on vaikea laskea korvauksen määrää, koska korvausperusteet ja taksajärjestelmä ovat varsin monimutkaiset. Nykyjärjestelmä on myös hallinnollisesti työläs. Työryhmän näkemyksen mukaan toteuttamiskelpoisin malli sairaanhoitokorvausjärjestelmän selkeyttämiseksi olisi euromääräinen korvausmenettely (ehdotus A).

Työryhmä ehdottaa, että sairaanhoitokorvauksia maksettaisiin tarpeellisen sairaanhoidon, raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista kuten nykyisinkin. Lääkäri- ja hammaslääkäriin antaman hoidon sekä heidän määräämänsä tutkimuksen ja hoidon kustannuksiin sovellettaisiin samanlaista korvausmenettelyä. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että lääkärin tai hammaslääkäriin määräämän tutkimuksen ja hoidon kiinteästi omavastuuosuudesta luovuttaisiin. Pienin maksettava korvausmäärä olisi määriteltävä erikseen. Lähetekäytännön työryhmä ehdottaa säilytettäväksi ennallaan.

Työryhmä katsoo, että perustelluimpana menetelmänä korvauksen määrittämiseksi voidaan pitää korvauksen määrittämistä tehokkaimpien tuottajien hintojen perusteella (vaihtoehto 1 tai 3). Tehokkaimpien tuottajien hintojen määrittämiseen ja keräämiseen liittyvät ongelmat tulisi ratkaista esimerkiksi edellä vaihtoehtoa 1 kuvaavan kappaleen yhteydessä esitetyllä tavalla. Näitä tehokkaimman tuottajien malleja on kuitenkin arvioitava vielä erikseen.

Korvauksen tason tulisi jatkossakin taata kaikille väestöryhmille mahdollisuus yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käyttöön. Yksityisessä terveydenhuollossa vakuutettu maksaa aina enemmän hoidostaan kuin julkisessa terveydenhuollossa. Sairausvakuutus onkin yhteiskunnalle edullinen tapa tukea sairaanhoitoa ja sitä tarvitaan edelleen täydentämään julkisen terveydenhuollon palveluita. Korvausten tulisi tulevaisuudessa säilyä vähintään nykyisellä tasolla, ja korvaustason tarkistamista tulisi tarkistella määrääjain. Työryhmä pitää korvausjärjestelmän rakenteeseen ja korvaustasoon liittyvien epäkohtien korjaamista kiireellisenä.

Työryhmän tuli arvioida myös sairaanhoitovakuutuksen korvaaman sekä Kansaneläkelaitoksen kuntoutuksena korvattavan psykoterapian korvausperiaatteet, fysioterapian korvattavuuden periaatteet, suuhygienistin antaman hoidon, hammasproteettisten toimenpiteiden ja hammasteknisten kustannusten korvattavuus, keinonivelten korvattavuus sekä muut mahdolliset sairaanhoitokustannusten korvausjärjestelmän kehittämistarpeet.

Työryhmä ehdottaa suuhygienistin antaman hoidon korvaamista sairausvakuutuksesta yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkäriin määräämänä.

Fysioterapian vaikuttavuuteen ja korvattavuuteen vaikuttavia seikkoja työryhmä ehdottaa selvitettäväksi erikseen. Myös fysioterapian korvaamisesta ehdotetaan poistettavaksi kiinteä omavastuu vastaavalla tavalla kuin muussakin lääkärin määräämässä tutkimuksessa ja hoidossa. Lisäksi käyttöön tulisi ottaa sama korvaustaso kuin muissakin korvauslajeissa.

Työryhmä ehdottaa sairausvakuutuslain muuttamista siten, että kaikkien nimekesuojattujen psykoterapeuttien antama psykoterapia saatettaisiin sairausvakuutuskorvauksen piiriin silloin, kun lähetteen on kirjoittanut yksityisessä terveydenhuollossa toimiva lääkäri. Terapiaa korvattaisiin yhdellä määräyskerralla enintään 15 käynniltä. Lisäksi työryhmä ehdottaa, että sairausvakuutuksen ja kuntoutuksen yhteisestä psykoterapian korvaamisesta luovuttaisiin ja kuntoutuksena annettava psykoterapia siirrettäisiin Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin.

Työryhmä pitää myös hammasprotetiikan klinisen ja teknisen työn korvaamista sekä tekonivelten saattamista sairausvakuutuskorvauksen piiriin perusteltuna.

Työryhmän ehdottamien laajennusten toteuttamisedellytyksiä tulee valtionavarainministeriötä edustavan jäsenen mielestä arvioida hallitusohjelman ja sen perusteella laadittavan valtionalouden kehyspäättöksen puitteissa.

Työryhmän tuli ottaa työssään huomioon ehdotusten kustannusvaikutukset. Vakuutettujen ja valtion osallistumista sairausvakuutuksen rahoitukseen määrittää voimassa oleva lainsäädäntö. Rahoitusosuudet jakautuvat puoliksi vakuutettujen ja valtion kesken. Vakuutettujen sairausvakuutusmaksujen suuruus määräytyy korvausmenojen sekä kunnallisverotuksessa verotettavan työtulon kehityksen perusteella. Valtion rahoitusosuus varataan valtion talousarvioon arviomäärärahana. Lainsäädännön muuttaminen tavalla, joka aiheuttaa käytettävissä olevat varat ylittävän lisärahoitustarpeen, edellyttää rahoitajatahojen hyväksyntää.

Merkittävien lisäkustannusten rahoitus on riippuvainen tulevista valtionaloutta sekä sosiaaliturvamaksujen mitoitusta koskevista ratkaisuista. Koska sairaanhoitokorvaukset muodostavat vain alle kuudesosan sairaanhoitovakuutuksen kokonaiskustannuksista, rahoitusta mitoitettaessa tulee ottaa huomioon sairaanhoitovakuutus kokonaisuutena. Merkittävimmän osan rahoitustarpeesta muodostavat nykyisellään lääkkeet (noin 1,1 miljardia euroa) ja myös matkakorvauksilla on huomattava kustannusvaikutus (181,4 miljoonaa euroa). Ikärakenteen muutos, väestön tulostason kasvu sekä lääkkeiden ja hoitomenetelmien kehitys kasvattavat merkittävästi sairaanhoitovakuutuksen menoja tulevaisuudessa. Erityisesti lääkekorvausten menot saattavat kasvaa merkittävästi tulevaisuudessa. Valtionalouden voimassa olevien kehyspäättösten ja sairausvakuutuksen menolaskelmien ylittäviä lisärahoitustarpeita tulee arvioida kansantalouden ja julkisen talouden kokonaisuuden ja näkymien valossa. Tähän työryhmällä ei ole toimivaltaa eikä edellytyksiä.

## 7.5 Arviot ehdotusten vaikutuksista

Sairaanhoitovakuutuksen lääkärinpalkkion, hammashoidon kustannusten sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannusten korvaukset arvioidaan

- 1) nykyisellä korvaustasolla,
- 2) 40 % korvaustasolla käyttäen oletttamaa, että nykyinen tutkimuksen ja hoidon kiinteä omavastuu on poistettu; ja
- 3) 50 % korvaustasolla käyttäen oletttamaa, että nykyinen tutkimuksen ja hoidon kiinteä omavastuu on poistettu

Nykyisin lääkärinpalkkiosta ja hammashoidon kustannuksista korvataan 60 prosenttia kustannuksista tai taksasta, jos se on kustannuksia matalampi. Tutkimuksen ja hoidon korvaamisen nykymentelyssä samalla kertaa määrättyjen tutkimusten tai hoitojen taksojen tai hintojen summasta vähennetään ensin kiinteä omavastuu 13,46 euroa ja erotuksesta korvataan 75 prosenttia.

**Toteutunut vuonna 2006, korvaukset korvauslajeittain miljoonina euroina ja arviot vaikutuksista.**

*Taulukko 16. Korvaukset korvauslajeittain miljoonina euroina vuonna 2006 eri korvaustasoilla.*

	<b>Nykymenettely (1)</b>	<b>40 % (2)</b>	<b>50 % (3)</b>
Lääkärinpalkkio	63,4	92	115
Hammashoito	91,6	110	137
Tutkimus ja hoito	60,1	78	98
<b>Yhteensä</b>	<b>215</b>	<b>280</b>	<b>350</b>

*Lisämenot ja niiden rahoitus vuoden 2006 tasolla:*

Valtio ja sairaanhoitokorvauksiin oikeutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) rahoittavat puoliksi sairaanhoitovakuutuksen menot.

Korvaustason korottamisesta aiheutuvat lisämenot olisivat:

40 %:n korvaustasolla 65 miljoonaa euroa; tai

50 %:n korvaustasolla 135 miljoonaa euroa.

40 %:n korvaustasolla (2) 65 miljoonan euron lisämenosta valtion menon lisäyksen osuus olisi noin 34 miljoonaa euroa. 50 %:n korvaustasolla (3) valtion menot lisääntyisivät noin 71 miljoonaa euroa.

Sairaanhoitovakuutuksen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien maksuperusteeseen tulisi muutosta 0,047 % -yksikön (40 %) tai 0,099 %-yksikön (50 %) tuoton verran. (Liite 13)

**Arvio vuonna 2007, korvaukset korvauslajeittain miljoonina euroina ja arviot vaikutuksista.**

*Taulukko 17. Korvaukset korvauslajeittain miljoonina euroina vuonna 2007 eri korvaustasoilla.*

	<b>Nykymenettely (1)</b>	<b>40 % (2)</b>	<b>50% (3)</b>
Lääkärinpalkkio	65,5	97	121
Hammashoito	93,5	115	144
Tutkimus ja hoito	63	82	103
<b>Yhteensä</b>	<b>222</b>	<b>295</b>	<b>368</b>

*Lisämenot korvaustason korottamisesta ja vaikutuksen rahoitusosuuksiin vuoden 2007 tasolla:*

Korvaustason korottamisesta aiheutuvat lisämenot olisivat:

40 %:n korvaustasolla 73 miljoonaa euroa; tai

50 %:n korvaustasolla 146 miljoonaa euroa.

Muutos lisäisi valtion menoja noin 38 miljoonaa euroa (40%) tai 76 miljoonaa euroa (50 %).

Sairaanhoitovakuutuksen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien maksuperusteen tulisi muuosta 0,05 % -yksikön (40 %) tai 0,10 %-yksikön (50 %) tuoton verran. (Liite 14)

### **Sairaanhoitokorvausten laajentaminen ja arviot vaikutuksista vuonna 2007.**

*Taulukko 18. Lisäkustannukset (milj. euroa) vuonna 2007.*

	<b>30 %</b>	<b>40 %</b>	<b>50 %</b>
Tekonivelet	2	3	3
Hammasprotetiikkaan liittyvät kustannukset	35	47	58
Suuhygienisti	0	0	0
Psykoterapia sh- vak.*	-1	-0,5	0
	<b>Nykymenettely</b>	<b>Järjestämisvelvollisuus</b>	
Psykoterapia kuntoutuksena	4,5	4,5	4,5
<b>Yhteensä</b>	<b>40,5</b>	<b>54,0</b>	<b>65,5</b>

\* muun kuin lääkärin antamana

*Lisämenot korvausjärjestelmän laajentamisesta ja vaikutukset rahoitusosuuksiin vuoden 2007 tasolla:*

Sairaanhoitovakuutuksesta korvattava psykoterapia tarkoittaa muun kuin lääkärin antamaa psykoterapiaa, jota ei tällä hetkellä korvata. Kuntoutuksena annettavan psykoterapian nykyinen menettely tarkoittaa kuntoutuksena annettavaa määrärahasidonnaista, harkinnanvaraista psykoterapiaa.

Nykyisin sairaanhoitovakuutuksesta lääkärin kuntoutuksen potilaille antaman psykoterapian korvausmeno on noin 1,7 miljoonaa euroa. Tämä summa vähentää sairausvakuutuksen psykoterapiamenoja, jos kuntoutuspäätöksen saaneiden potilaiden psykoterapia siirtyy Kansaneläkelaitoksen järjestämisvelvollisuuden piiriin ja se rajataan sairausvakuutuksen ulkopuolelle.

Lisämenot olisivat:

30 %:n korvaustasolla laajennukset olisivat 41 miljoonaa euroa.

40 %:n korvaustasolla (mukaan lukien laajennukset sekä lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset) 128 miljoonaa euroa; ja

50 %:n korvaustasolla (mukaan lukien laajennukset sekä lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset) 212 miljoonaa euroa.

Järjestelmän laajentaminen kaikilla edellä ehdotetuilla korvauslajeilla lisäisi valtion menoja noin 21 miljoonaa euroa (30 %), 66 miljoonaa euroa (40 %) tai 111 miljoonaa euroa (50 %).

Laajentaminen vaikuttaisi sairaanhoitovakuutukseen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairaushoitomaksunperusteeseen 0,028 % - yksikön (30 %), 0,087 %-yksikön (40 %) tai 0,146 %-yksikön (50 %) tuoton verran. (Liite 15)

### Sairaanhoitokorvausten laajentaminen ja arviot vaikutuksista vuonna 2009.

*Taulukko 19. Lisäkustannukset (milj. euroa) vuonna 2009.*

	30 %	40 %	50 %
Tekonivelet	2	3	3,5
Hammasprotetiikkaan liittyvät kustannukset	36	49	60
Suuhygienisti	0	0	0
Psykoterapia sh-vak.*	-1	0	0
	<b>Nykymenettely</b>	<b>Järjestämisvelvollisuus</b>	
Psykoterapia kuntoutuksena	9	9	9
<b>Yhteensä</b>	<b>47</b>	<b>61</b>	<b>72</b>

\*muun kuin lääkärin antamana

*Lisämenot korvausjärjestelmän laajentamisesta ja vaikutukset rahoitusosuuksiin vuoden 2009 tasolla:*

Lisämenot olisivat:

30 %:n korvaustasolla laajennukset olisivat 47 miljoonaa euroa.

40 %:n korvaustasolla (mukaan lukien laajennukset sekä lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset) 142 miljoonaa euroa; ja

50 %:n korvaustasolla (mukaan lukien laajennukset sekä lääkärinpalkkion, hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaukset) 232 miljoonaa euroa.

Näistä puolet lisäisi valtion menoja noin 25 miljoonaa euroa (30%), noin 74 miljoonaa euroa (40%) tai 121 miljoonaa euroa (50 %).

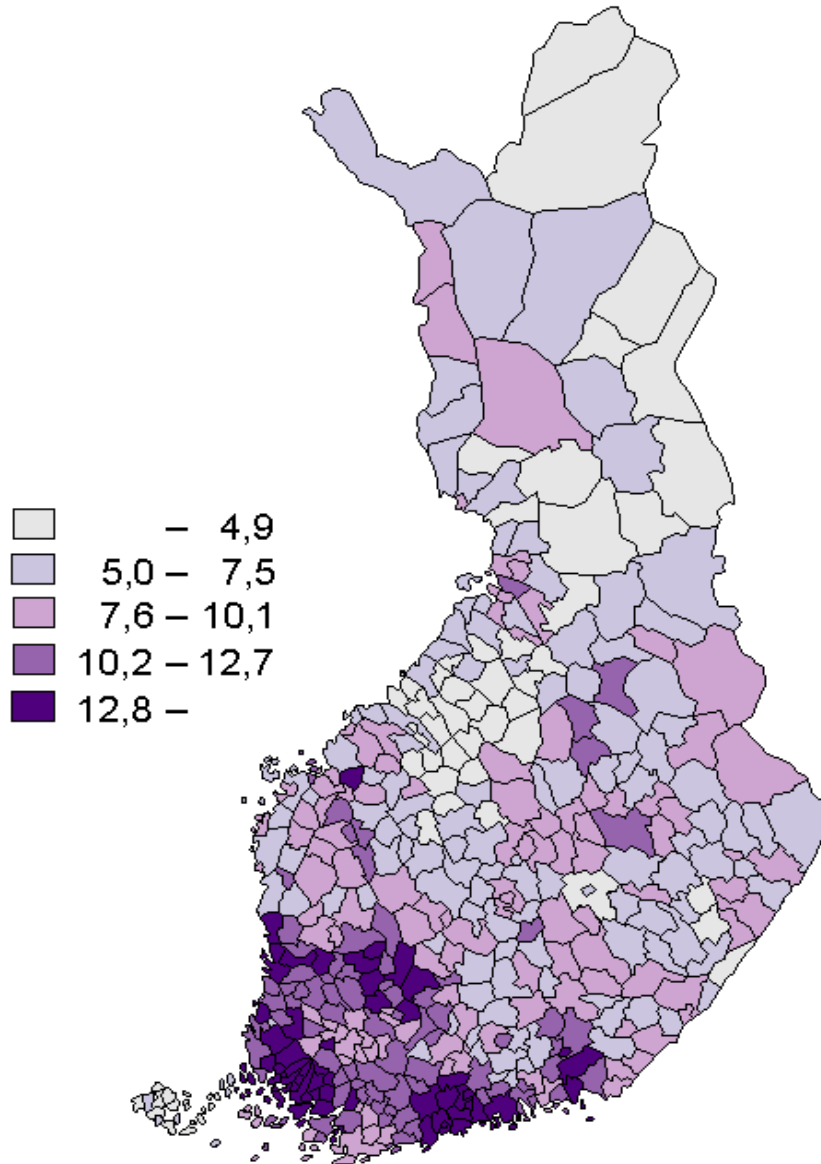
Muutos vaikuttaisi palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairaanhoitomaksuun sairausvakuutuksen maksuperusteen 0,030 %- yksikön, 0,090 %-yksikön tai 0,147 %-yksikön tuoton verran. (Liite 16)

Valitulla korvaustasolla voi olla vaikutusta palveluiden hinnoitteluun sekä asiakkaiden käyttäytymiseen. Näitä vaikutuksia on vaikea arvioida. Samoin korvaustason valinta voi vaikuttaa työvoiman saatavuuteen julkisessa terveydenhuollossa.



*LIITE 1***Sairaanhoidonkorvaukset v.2006****Lääkäripalkkiot ja hammaslääkäripalkkiot sekä lääkärin tai hammaslääkärin määräämä tutkimus- ja hoito**

<b>Sairaanhoitopiiri</b>	<b>Lääkäripalkki- osta korvausta saaneet</b>	<b>Hammashoidosta korvausta saaneet</b>	<b>Tutkimuksesta ja hoi- dosta korvausta saaneet</b>
Yhteensä	1 523 858	1 019 223	895 445
Tuntematon	3 844	2 519	2 519
H:gin ja Uudenm. shp	496 922	336 061	298 245
Varsinais-Suomen shp	159 137	113 404	91 720
Satakunnan shp	75 089	45 239	41 664
Kanta-Hämeen shp	46 282	28 029	25 661
Pirkanmaan shp	150 365	98 839	86 948
Päijät-Hämeen shp	56 513	42 617	28 192
Kymenlaakson shp	59 664	36 307	30 190
Etelä-Karjalan shp	31 948	30 888	20 400
Etelä-Savon shp	25 564	18 808	15 772
Itä-Savon shp	12 882	6 462	6 985
Pohjois-Karjalan shp	39 200	20 246	23 902
Pohjois-Savon shp	64 614	39 982	38 479
Keski-Suomen shp	60 565	34 808	37 587
Etelä-Pohjanmaan shp	48 073	27 501	27 369
Vaasan shp	36 485	36 242	24 795
Keski-Pohjanmaan shp	15 012	7 180	8 460
Pohj.-Pohjanmaan shp	77 649	49 939	45 217
Kainuun shp	19 216	10 789	13 048
Länsi-Pohjan shp	13 046	9 135	7 886
Lapin shp	27 710	15 222	15 016
Ahvenanmaa	4 078	9 006	5 390

**LIITE 2****Sairaanhoitokorvaukset yksityislääkärin palkkioista asukasta kohti kunnittain  
2006 , €/asukas**

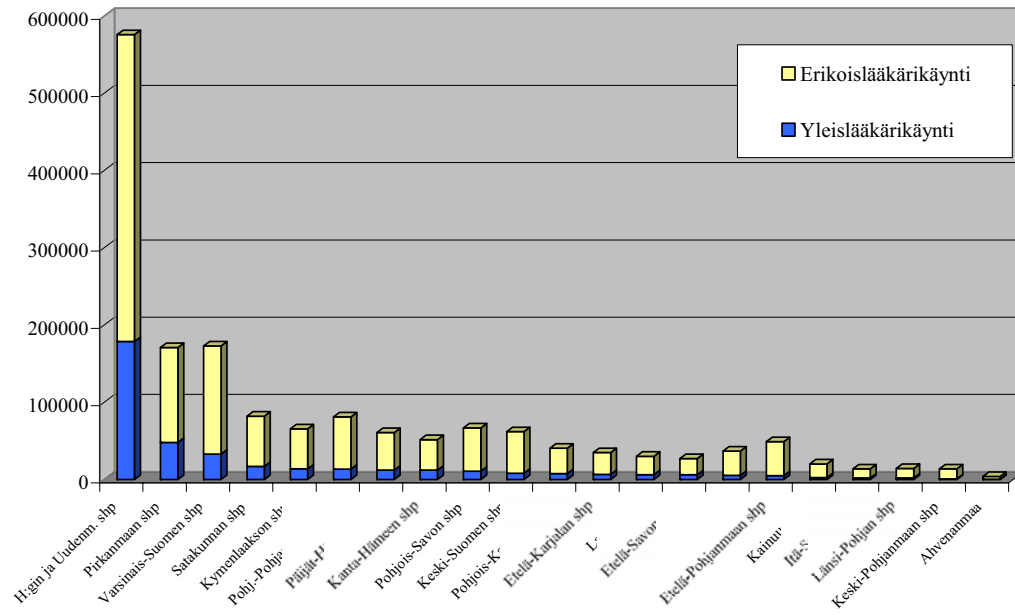
Lähde: SVT. Kela: Sairaanhoitokorvaukset [www.kela.fi/tilastot](http://www.kela.fi/tilastot)

## Yksityislääkärin palkkiosta maksetut korvaukset vuonna 2006

Kunta- numero	Kunta	€/asukas	Kunta- numero	Kunta	€/asukas	Kunta- numero	Kunta	€/asukas	Kunta- numero	Kunta	€/asukas	Kunta- numero	Kunta	€/asukas
920	Velkua	27,0	747	Siikainen	10,8	498	Muonio	8,1	851	Tornio	6,3	584	Perho	3,1
235	Kauniainen	22,7	761	Somero	10,8	97	Hirvensalm	8,0	281	Kortesjärvi	6,3	483	Merijärvi	3,0
853	Turku	21,5	544	Nurmo	10,8	98	Hollola	8,0	403	Lappajärvi	6,3	885	Ullava	2,0
202	Kaarina	21,0	895	Uusikaupun	10,8	770	Sumiainen	8,0	10	Alavus	6,2			
705	Rymättylä	20,4	887	Urjala	10,8	85	Haukivuori	8,0	607	Polvijärvi	6,2			
704	Rusko	20,3	284	Koski TI	10,7	707	Rääkkylä	7,9	146	Ilomantsi	6,2			
529	Naantali	20,2	604	Pirkkala	10,7	935	Virolahti	7,9	90	Heinävesi	6,2			
419	Lemu	19,9	224	Karkkila	10,7	778	Suonenjoki	7,9	276	Kontiolahti	6,2			
485	Merimasku	19,8	254	Kiikoinen	10,7	606	Pohja	7,9	785	Vaala	6,2			
17	Askainen	19,7	243	Kemiö	10,6	301	Kurikka	7,9	846	Teuva	6,2			
481	Masku	19,6	149	Inkoo	10,6	204	Kaavi	7,9	893	Uusikaarle	6,2			
602	Piikkiö	19,1	912	Vammala	10,6	255	Kiiminki	7,9	76	Hammarlahti	6,1			
423	Lieto	19,1	163	Jaala	10,6	696	Ristiina	7,9	173	Joutseno	6,1			
680	Raisio	18,7	406	Lappi	10,5	101	Houtskari	7,9	239	Keitele	6,1			
49	Espoo	18,1	415	Leivonmäki	10,5	981	Ypäjä	7,9	751	Simo	6,1			
490	Mietoinen	17,8	925	Viermä	10,5	6	Alastaro	7,8	854	Pello	5,9			
838	Tarvasjoki	17,5	140	Iisalmi	10,5	182	Jämsä	7,8	620	Puolanka	5,9			
91	Helsinki	17,4	262	Kiukainen	10,5	213	Kangasniemi	7,8	863	Töysä	5,8			
906	Vahto	16,7	585	Pernaja	10,4	598	Pietarsaar	7,8	177	Juupajoki	5,8			
150	Inö	16,7	289	Kuhmalahti	10,4	541	Nurmes	7,8	633	Pykkönmäki	5,8			
503	Mynämäki	16,5	772	Suodenniemi	10,4	220	Karjaa	7,8	748	Siikajoki	5,8			
738	Sauvo	15,9	83	Hauho	10,3	81	Hartola	7,8	593	Pieksämäki	5,8			
784	Särkisalo	15,6	923	Västanfjär	10,3	507	Mäntyharju	7,8	46	Enonkoski	5,8			
837	Tampere	15,6	776	Suomusjärvi	10,3	500	Muurame	7,8	859	Tyrmävä	5,8			
245	Kerava	15,5	834	Tammela	10,3	476	Maaninka	7,8	320	Kemijärvi	5,7			
400	Laitila	15,4	611	Pornainen	10,3	290	Kuhmo	7,8	678	Raahe	5,7			
92	Vantaa	15,3	44	Elimäki	10,3	401	Lammi	7,8	265	Kivijärvi	5,7			
413	Lavia	15,3	205	Kajaani	10,2	240	Kemi	7,8	973	Ylikiminki	5,7			
754	Anjalankoski	14,8	783	Säkylä	10,2	99	Honkajoki	7,7	241	Keminmaa	5,7			
106	Hyvinkää	14,7	505	Mäntsälä	10,2	275	Konnevesi	7,7	976	Ylitornio	5,6			
186	Järvenpää	14,7	439	Luopioinen	10,2	702	Ruovesi	7,7	681	Rantasalmi	5,6			
538	Nousiainen	14,6	501	Muurla	10,1	581	Parkano	7,7	774	Suolahti	5,6			
609	Pori	14,5	40	Dragsfjärd	10,1	494	Muhos	7,7	758	Sodankylä	5,6			
573	Parainen	14,4	936	Virrat	10,1	921	Vesanto	7,6	618	Punkaharju	5,6			
753	Sipoo	14,4	61	Forssa	10,1	231	Kaskinen	7,6	689	Rautjärvi	5,5			
918	Vehmaa	14,4	915	Varkaus	10,0	482	Mellilä	7,6	172	Joutsa	5,5			
577	Paimio	14,4	179	Jyväskylän	10,0	416	Lemi	7,6	625	Pyhäjoki	5,5			
257	Kirkkonummi	14,3	562	Orivesi	9,9	233	Kauhava	7,6	72	Hailuoto	5,5			
211	Kangasala	14,2	152	Isokyrö	9,8	77	Hankasalmi	7,5	588	Pertunmaa	5,5			
286	Kouvola	14,0	214	Kankaanpää	9,8	532	Nastola	7,5	729	Saarjärvi	5,5			
4	Alahärmä	14,0	979	Yläne	9,8	616	Pukkila	7,5	105	Hyrnsalmi	5,5			
927	Vihti	13,8	145	Ilmajoki	9,7	230	Karvia	7,5	47	Enontekiö	5,5			
932	Viljakkala	13,8	491	Mikkeli	9,7	426	Liperi	7,5	630	Pyhäntä	5,5			
858	Tuusula	13,8	944	Vöyri	9,7	171	Joroinen	7,5	617	Pulkki	5,4			
537	Noormarkku	13,6	153	Imatra	9,7	435	Luhanka	7,4	475	Maalahti	5,4			
108	Hämeenkyrö	13,6	319	Köyliö	9,7	831	Taipalsaari	7,4	438	Lumppio	5,4			
50	Eura	13,6	259	Kisko	9,6	309	Outokumpu	7,3	318	Kökar	5,3			
908	Valkeakoski	13,6	443	Längelmäki	9,6	855	Tuulos	7,3	614	Posio	5,3			
285	Kotka	13,3	835	Tammisaari	9,6	534	Nilsä	7,3	576	Padasjoki	5,3			
543	Nurmijärvi	13,3	694	Riihimäki	9,6	942	Vähäkyrö	7,3	236	Kaustinen	5,2			
19	Aura	13,2	905	Vaasa	9,5	16	Asikkala	7,3	563	Oulainen	5,2			
561	Oripää	13,2	928	Viiala	9,5	504	Myrskylä	7,3	414	Lehtimäki	5,2			
638	Porvoo	13,1	244	Kempele	9,5	911	Valtimo	7,2	315	Kälviä	5,1			
734	Salo	13,1	279	Korppoo	9,5	545	Närpiö	7,2	972	Yli-Ii	5,1			
304	Kustavi	13,0	52	Evijärvi	9,5	781	Sysmä	7,2	440	Luoto	5,1			
684	Rauma	12,9	857	Tuusniemi	9,5	266	Kodisjoki	7,2	777	Suomussalmi	5,1			
536	Nokia	12,9	422	Liekka	9,4	848	Tohmajärvi	7,2	682	Rantsila	5,0			
922	Vesilahti	12,8	84	Haukipudas	9,4	578	Paltamo	7,2	889	Utajärvi	5,0			
484	Merikarvia	12,8	701	Ruotsinpyhä	9,4	402	Lapinlahti	7,2	292	Kuivaniemi	5,0			
306	Kuusankoski	12,7	210	Kalvola	9,4	35	Brändö	7,1	305	Kuusamo	4,9			
531	Nakkila	12,6	623	Puumala	9,4	692	Renko	7,1	170	Jomala	4,9			
533	Nauvo	12,6	430	Loimaa	9,2	15	Arjärvi	7,0	43	Eckerö	4,9			
631	Pyhäranta	12,5	425	Liminka	9,2	261	Kittilä	7,0	429	Lohtaja	4,9			
479	Maksamaa	12,5	601	Pihlkipudas	9,2	592	Petäjävesi	7,0	766	Sottunga	4,9			
442	Luvia	12,4	227	Karttula	9,2	287	Kristinank	7,0	583	Pelkosenniemi	4,9			
564	Oulu	12,3	913	Vampula	9,1	850	Toivakka	7,0	640	Pieksämäki	4,9			
587	Perteli	12,3	260	Kitee	9,1	499	Mustasaari	7,0	246	Kerimäki	4,8			
308	Kuusjoki	12,3	165	Janakkala	9,0	436	Lumijoki	7,0	890	Utsjoki	4,8			

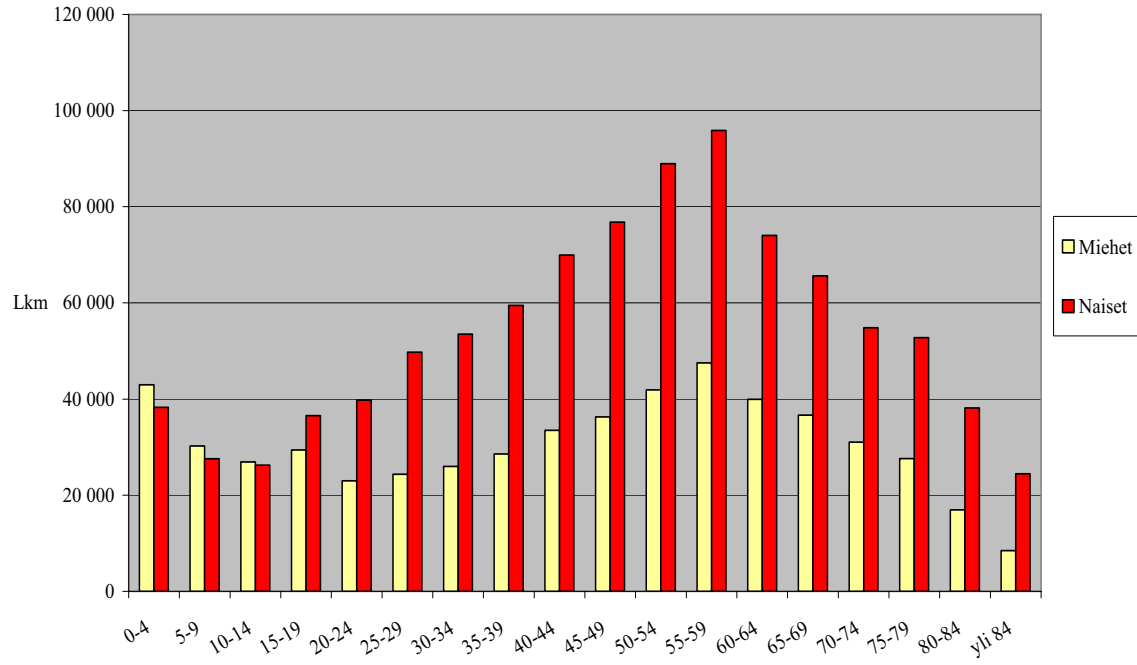
**LIITE 3**

Korvausta yleislääkärin ja erikoislääkärin käynneistä saaneet vuonna 2005 sairaanhoitopiireittäin



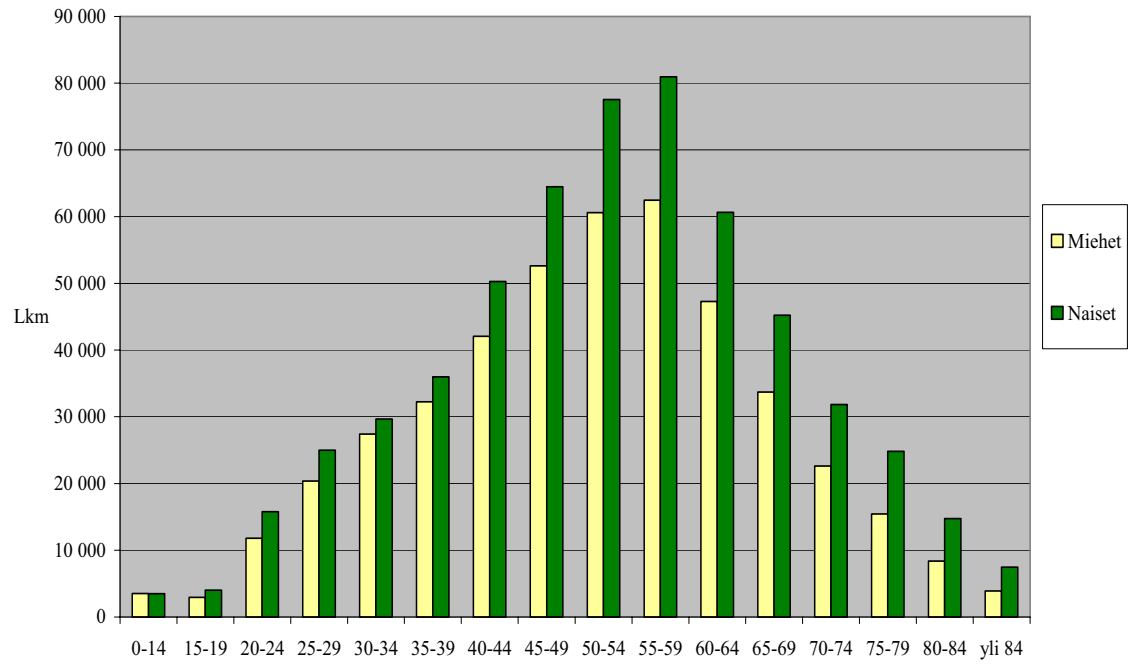
**LIITE 4**

Lääkäripalkkiosta korvauksia saaneet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006



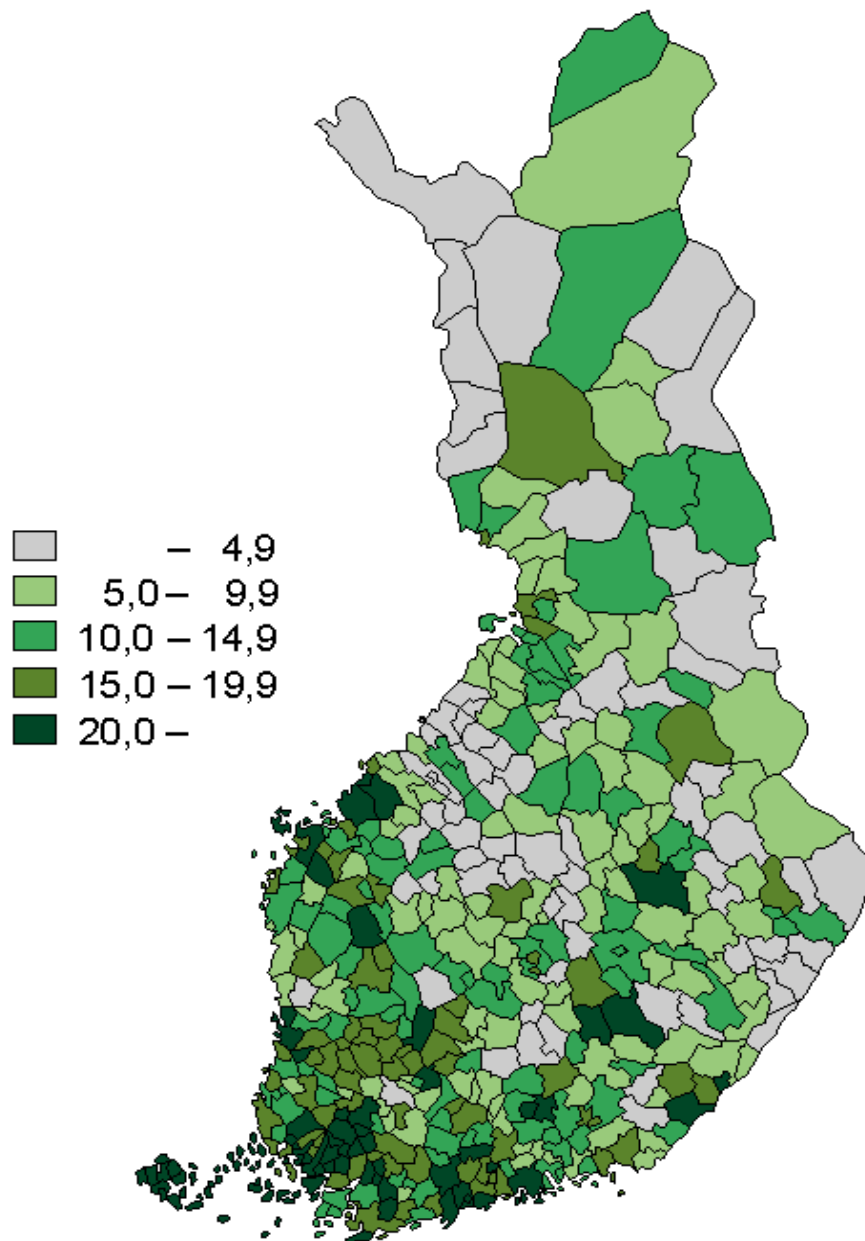
**LIITE 5**

Hammashoidon korvauksia saaneet iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006



*LIITE 6*

Sairaanhoitokorvaukset yksityishammaslääkärin palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006, €/asukas



Lähde: SVT. Kela: Sairaanhoitokorvaukset. [www.kela.fi/tilasto](http://www.kela.fi/tilasto)

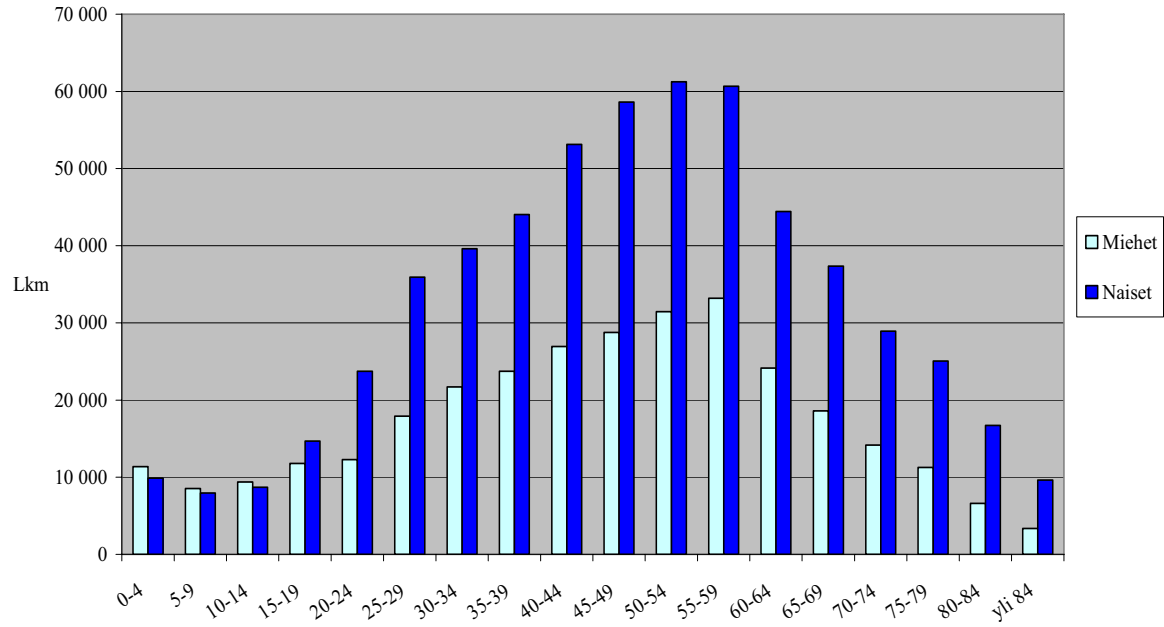
## Hammashoidon kustannuksista maksetut korvaukset asukasta kohti vuonna 2006

Hammashoidon kustannuksista maksetut korvaukset asukasta kohti vuonna 2006				Hammashoidon kustannuksista maksetut korvaukset asukasta kohti vuonna 2006			
Kunta-	euroa/a Kunta-	euroa/a Kunta-	euroa/a Kunta-	Kunta-	euroa/a Kunta-	euroa/a Kunta-	euroa/a Kunta-
numero	sukas numero	Kunta	asukas numer	Kunta	numero	Kunta	sukas numero
150	42,1	503 Mynämäki	20,8	108 Hämeenkyrö	16,2	783 Säkylä	13,5
62	39,7	78 Hanko	20,7	308 Kuusjoki	16,2	506 Mänttä	13,4
76	36,6	153 Imatra	20,6	79 Harjavalta	16,1	944 Vöyri	13,4
43	36,6	399 Laihia	20,6	604 Pirkkala	16,1	86 Hausjärvi	13,3
941	35,9	297 Kuopio	20,6	286 Kouvolaa	16,1	614 Posio	13,2
295	35,0	638 Porvoo	20,4	749 Siilinjärvi	16,0	16 Asikkala	13,2
478	34,8	599 Pedersöre	20,4	559 Oravainen	16,0	909 Valkeala	13,2
736	34,7	164 Jalasjärvi	20,3	493 Mouhijärvi	16,0	778 Suonenjoki	13,2
438	34,6	908 Valkeakoski	20,3	250 Kihniö	15,9	233 Kauhava	13,1
170	34,1	398 Lahti	20,2	276 Kontiolahti	15,9	421 Lestijärvi	13,0
417	32,8	257 Kirkkonummi	20,1	75 Hamina	15,8	305 Kuusamo	12,9
35	32,2	922 Vihti	20,1	922 Vesilahti	15,7	859 Tyrnävä	12,9
65	31,8	979 Yläne	19,9	704 Rusko	15,6	682 Rantsila	12,9
60	31,0	17 Askainen	19,9	784 Särkisalo	15,6	934 Vimpeli	12,9
920	30,4	753 Sipoo	19,8	213 Kangasniemi	15,5	149 Inkoo	12,8
853	30,3	73 Halikko	19,7	772 Suodenjoki	15,5	743 Seinäjoki	12,6
766	29,9	543 Nurmijärvi	19,6	240 Kemi	15,4	737 Sammatti	12,6
771	29,3	505 Mäntsälä	19,6	562 Orivesi	15,4	181 Jämijärvi	12,5
304	28,4	111 Heinola	19,5	145 Ilmajoki	15,3	434 Loviisa	12,4
533	27,7	858 Tuusula	19,5	252 Kiikala	15,3	890 Utsjoki	12,4
430	27,6	755 Siuntio	19,2	988 Äetsä	15,3	255 Kiiminki	12,4
235	27,2	109 Hämeenlinna	19,1	684 Rauma	15,3	697 Ristijärvi	12,4
202	27,0	92 Vantaa	19,1	254 Kiikoinen	15,2	433 Loppi	12,4
482	26,9	906 Vahto	19,0	6 Alastaro	15,2	475 Maalathi	12,4
318	26,8	835 Tammissaari	18,9	177 Juupajoki	15,2	640 Pieksämäki	12,3
680	26,7	418 Lempäälä	18,9	635 Pälkäne	15,1	71 Haapavesi	12,3
423	26,3	271 Kokemäki	18,7	152 Isokyrö	15,1	98 Holola	12,3
893	25,4	306 Kuusankoski	18,7	61 Forssa	15,0	981 Ypäjä	12,2
101	24,9	761 Somero	18,7	301 Kurikka	15,0	51 Eurajoki	12,1
529	24,3	705 Rymättylä	18,2	167 Joensuu	15,0	915 Varkaus	12,0
573	24,2	540 Nummi-Pusula	18,2	479 Maksamaa	14,9	142 Iitti	12,0
561	24,1	442 Luvia	18,2	444 Lohja	14,9	143 Ikaalinen	12,0
405	24,1	765 Kotkamo	18,2	262 Kiukainen	14,9	140 Iisalmi	11,9
602	24,1	538 Nousiainen	18,1	408 Lapua	14,8	971 Ylihärmä	11,8
532	23,9	285 Kotka	18,0	241 Keminmaa	14,7	303 Kuru	11,8
91	23,7	173 Joutseno	17,9	980 Yläjärvi	14,6	933 Vilppula	11,7
734	23,7	536 Nokia	17,9	776 Suomusjärvi	14,6	918 Vehmaa	11,7
501	23,7	895 Uusikaupunki	17,8	217 Kannus	14,5	230 Karvia	11,7
19	23,6	831 Taipalsaari	17,7	410 Laukaa	14,3	244 Kempele	11,6
577	23,5	440 Luoto	17,7	615 Pudasjärvi	14,3	567 Oulunsalo	11,5
284	23,5	581 Parkano	17,4	611 Pornainen	14,2	180 Jyväskylän	11,5
485	23,2	886 Ulvila	17,4	586 Perniö	14,2	263 Kiuruvesi	11,4
587	23,2	905 Vaasa	17,3	44 Elimäki	14,2	624 Pyhtää	11,4
106	23,1	220 Karjaa	17,3	266 Kodisjoki	14,1	846 Teuva	11,3
598	22,6	50 Eura	17,2	694 Riihimäki	14,1	413 Lavia	11,3
480	22,5	544 Nurmo	17,2	923 Västanfjär	14,1	775 Suomenniemi	11,2
97	22,5	564 Oulu	17,0	534 Nilsia	14,0	936 Virrat	11,1
837	22,4	942 Vähäkyrö	17,0	72 Hailuoto	13,9	494 Muhos	11,0
186	22,3	912 Vammala	16,9	4 Alahärmä	13,9	15 Artjärvi	11,0
481	22,3	245 Kerava	16,9	560 Orimattila	13,9	537 Noormarkku	10,9
259	22,0	593 Pieksämäki	16,9	85 Haukivuori	13,8	425 Liminka	10,9
49	22,0	729 Saarijärvi	16,8	588 Pertunmaa	13,8	174 Juankoski	10,9
491	21,9	280 Korsnäs	16,8	758 Sodankylä	13,8	740 Savonlinna	10,8
490	21,8	179 Jyväskylä	16,8	932 Viljakkala	13,8	232 Kauhajoki	10,7
419	21,8	833 Taivassalo	16,8	205 Kajaani	13,7	631 Pyhäntä	10,7
531	21,7	151 Isojoki	16,7	319 Köyliö	13,6	626 Pyhäjärvi	10,7
609	21,7	698 Rovaniemi	16,6	851 Tornio	13,6	978 Ylämaa	10,6
499	21,5	738 Sauvo	16,6	224 Karkkila	13,6	500 Muurame	10,6
838	21,3	165 Janakkala	16,6	864 Toijala	13,6	400 Laitila	10,6
636	21,3	84 Haukiputa	16,5	82 Hattula	13,5	439 Luopioinen	10,5
606	20,9	211 Kangasala	16,4	40 Dragsfjärd	13,5	632 Pyhäselkä	10,4
279	20,9	102 Huittinen	16,3	585 Pernaja	13,5	183 Jämsänkylä	10,4
						849 Toholampi	10,4
						619 Punkalaidun	7,4
						844 Tervo	7,4
						289 Kuhmalahden	7,4
						607 Polvijärvi	7,4
						47 Enontekiö	4,5
						436 Lumijoki	7,4
						424 Liljendal	7,4
						105 Hyrynsalmi	4,5
						913 Vampula	7,3
						312 Kyyjärvi	4,5
						601 Pihitpudas	7,3
						204 Kaavi	4,3
						69 Haapajärvi	4,2
						952 Petäjävesi	7,3
						683 Ranua	4,1
						571 Simo	7,3
						687 Rautavaara	4,1
						310 Kymäläkoski	7,2
						69 Savitaipale	4,1
						872 Töysä	7,1
						770 Sumiainen	4,0
						263 Kokkola	6,9
						683 Rauma	4,0
						46 Enonkoski	6,9
						768 Sulkava	3,9
						989 Ähtäri	6,8
						309 Outokumpu	3,9
						583 Pelkosenniemi	6,8
						578 Paltamo	3,9
						857 Tuusniemi	6,7
						226 Karstula	3,8
						429 Lohtaja	6,7
						535 Nivala	3,6
						732 Salla	3,6
						287 Kristinankangas	6,6
						580 Parikkala	3,6
						483 Merijärvi	3,6
						931 Viitasaari	3,5
						616 Pukkila	6,5
						854 Pello	3,5
						885 Ullava	3,5
						281 Korttesjärvi	6,4
						785 Vaala	3,4
						256 Kinnula	6,3
						273 Kolari	3,4
						435 Luhanka	3,3
						973 Ylikiminki	6,2
						414 Lehtimäki	3,3
						630 Pyhäntä	6,1
						247 Kestila	3,2
						926 Vihanti	6,1
						300 Kuortane	3,2
						401 Lammi	6,0
						77 Hankasalmi	2,9
						623 Puumala	6,0
						576 Padasjoki	2,8
						992 Äänekoski	5,9
						924 Veteli	2,8
						415 Leivonmäki	5,7
						81 Hartola	2,8
						146 Ilomantsi	2,6
						249 Keuruu	5,7
						99 Honkajoki	5,7
						777 Suomussalmi	2,5
						171 Joroinen	5,6
						315 Kälviä	2,5
						620 Puolanka	5,6
						742 Savukoski	2,4
						246 Kerimäki	5,6
						265 Kivijärvi	2,4
						774 Suolahti	5,5
						45 Eno	2,3
						275 Konnevesi	2,3
						236 Kaustinen	5,5
						163 Jaala	5,3
						741 Savonranta	2,3
						231 Kaskinen	5,3
						248 Kesälahti	2,2
						563 Oulainen	5,2
						441 Luumäki	2,1
						754 Anjalankoski	5,2
						977 Ylivieska	2,0
						916 Varpaisjärvi	5,2
						403 Lappajärvi	2,0
						617 Pulkki	5,2
						584 Perho	1,9
						845 Tervola	5,1
						239 Keitele	1,8
						618 Punkaharju	5,1
						176 Juuka	1,7
						972 Yli-Ii	5,1
						9 Alavieska	1,5
						759 Soini	5,0
						921 Vesanto	1,5
						887 Urjala	5,0
						691 Reisjärvi	1,3
						781 Sysmä	4,9
						832 Taivalkoski	1,2
						911 Valtimo	4,9
						746 Sievi	1,2
						178 Juva	4,9
						707 Rääkkylä	1,8
						216 Kannonkangas	4,8
						848 Tohmajärvi	1,1
						625 Pyhäjoki	4,8
						260 Kitee	0,9
						208 Kalajoki	4,8
						74 Halsua	0,8
						261 Kittilä	4,8
						976 Ylitornio	4,8
						747 Siikainen	4,7



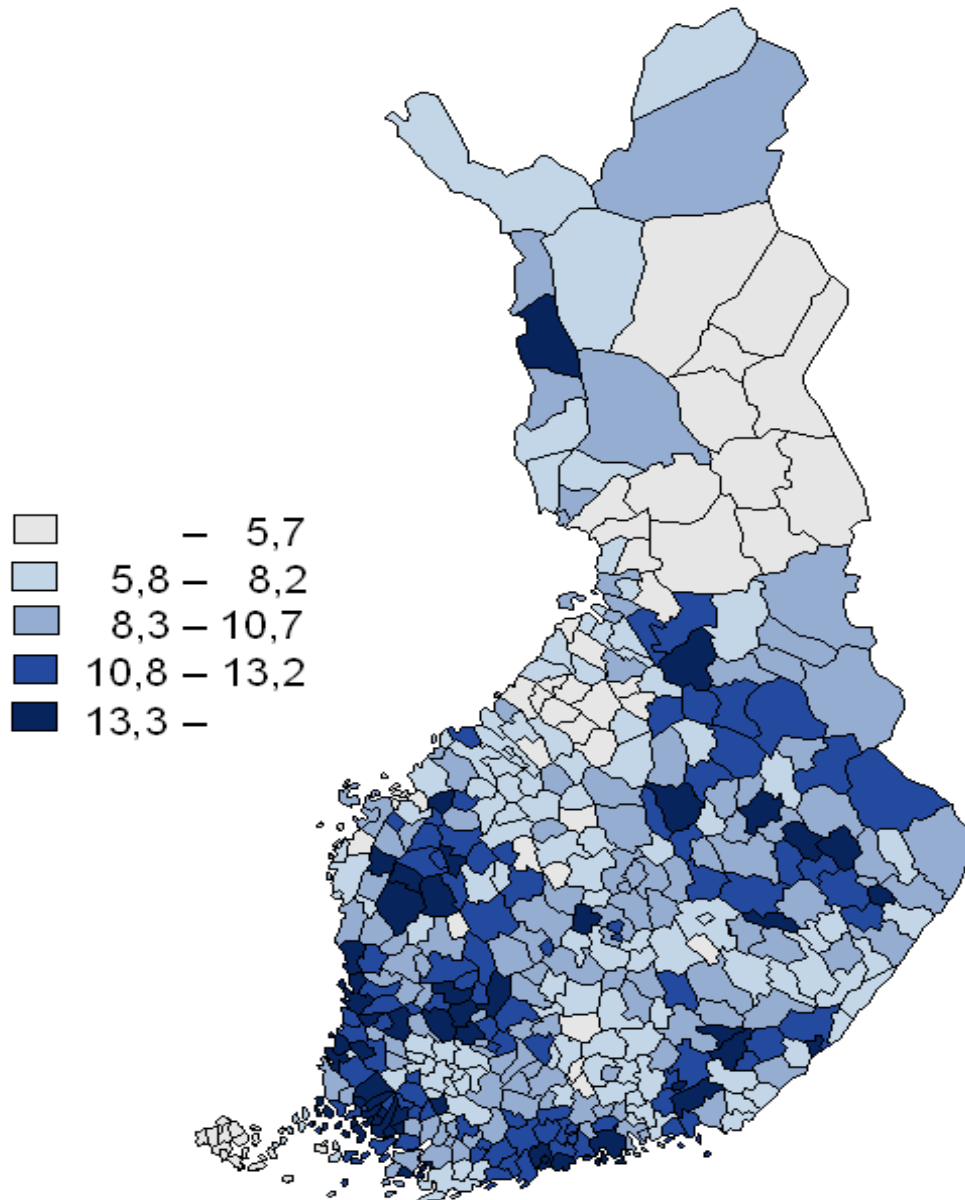
**LIITE 7**

Lääkärin/hammaslääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon korvausten saajat iän ja sukupuolen mukaan vuonna 2006



**LIITE 8**

**Sairaanhoitokorvaukset yksityisestä tutkimuksesta ja hoidosta asukasta kohti kunnittain 2006, €/asukas**

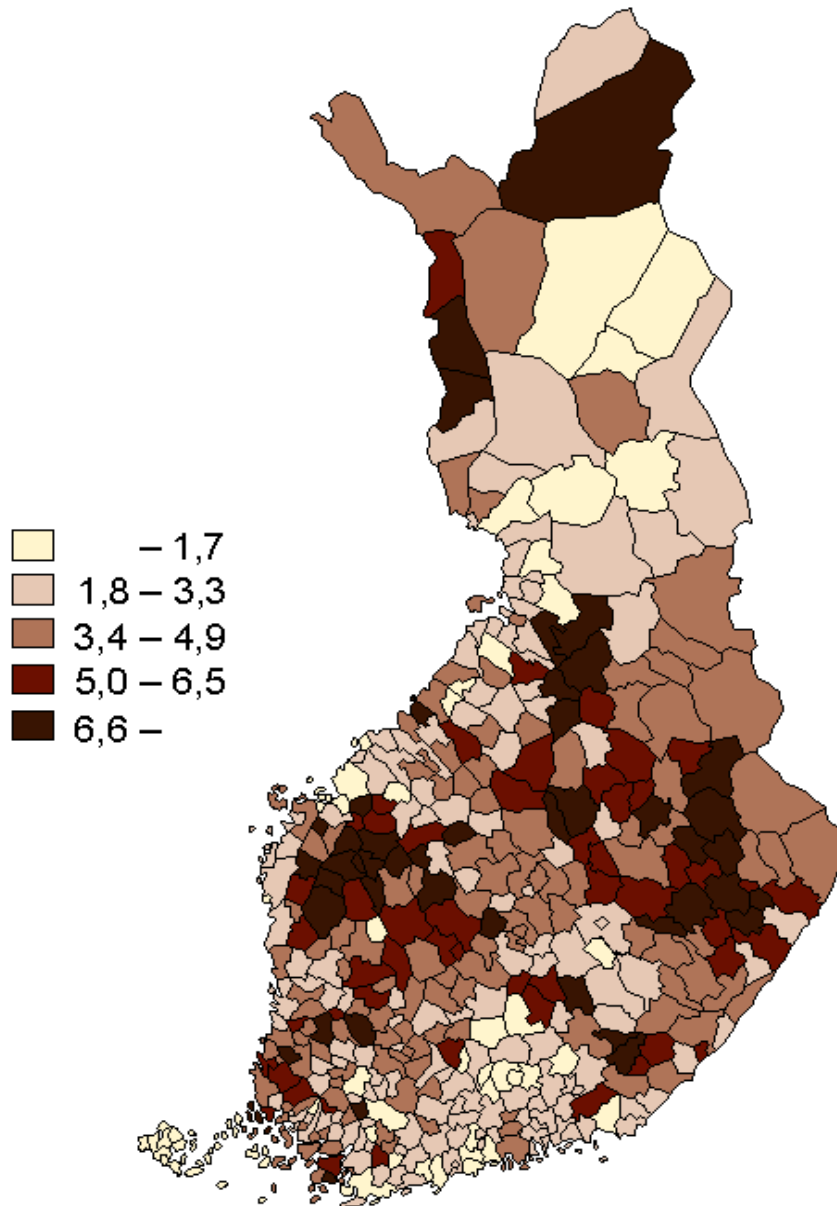


Lähde: SVT. Kela: Sairaanhoitokorvaukset.



**LIITE 9**

**Sairaanhoitokorvaukset fysioterapian palkkioista asukasta kohti kunnittain 2006,  
€/asukas**



Lähde: SVT. Kela: Sairaanhoitokorvaukset.

**LIITE 10****LÄÄKÄRINPALKKION TAKSATARKISTUKSET**

Tarkistusajankohta	Keskimääräinen muutos %
01.08.1973	15
01.03.1976	45
01.02.1979	23
01.04.1982	31
01.01.1986	25
01.07.1989	34
01.05.1995 (taksauudistus) <sup>1)</sup> ---	
01.01.1997 (taksauudistus) <sup>2)</sup> ---	
01.01.2005 <sup>3)</sup>	

1) Vastaanottokäynti aikaperusteiseksi. Lääkärin toimenpidetaksat toimenpidekohtaisesti.

2) Pohjoismainen leikkausluokitus käyttöön.

3) Suu- ja leukakirurgisten toimenpiteiden taksojen yhdistäminen.

**HAMMASHOIDON TAKSATARKISTUKSET**

Tarkistusajankohta	Keskimääräinen muutos %
01.01.1986	70- 75
01.07.1989	24
01.01.1992 1)	---
01.01.1995 2) ---	
01.01.1997	---
01.05.1998 3)	7
01.01.2001 4)	---
01.12.2002	---
01.01.2005 5)	---

1) Rintamaveteraanit tulivat korvauksen piiriin.

2) Tutkimuksen ja hoidon sekä ehkäisevän hoidon korvausprosentti laskee 90 %:sta 75 %:iin.

3) Korotus koski veteraanien hammashuollon protetiikan kliinistä työtä.

4) Ehkäisevän hoidon korvausprosentti laskee 60 prosenttiin.

4) Ehkäisevän hoidon korvaustaso laskee 60 prosenttiin.

5) Suu- ja leukakirurgisten toimenpiteiden taksojen yhtenäistäminen lääkärin- ja hammaslääkärin palkkiotaksassa.

## LABORATORIOTUTKIMUSTEN TAKSATARKISTUKSET

Tarkistusajankohta	Keskimääräinen muutos %
01.09.1974	12
01.03.1976	33
01.02.1979	20
01.04.1982	40
01.01.1986	25
01.07.1989	34
01.05.1995 (rakenneuudistus)	---
01.01.1997	---
01.10.2002	---
01.06.2004	---

## RADIOLOGISTEN TUTKIMUSTEN TAKSATARKISTUKSET

Tarkistusajankohta	Keskimääräinen muutos %
01.08.1973	20
01.09.1974	30
01.03.1976	32
01.02.1979	20
01.04.1982	40
01.01.1986	25
01.07.1989	34
01.05.1995 (taksauudistus) <sup>6)</sup>	---
01.01.1997	---
01.01.1999 (taksauudistus) <sup>7)</sup>	---
01.04.2001	---
01.04.2003 (taksauudistus) <sup>8)</sup>	---

<sup>6)</sup> Magneettitutkimukset lisättiin taksaan

<sup>7)</sup> Nimikkeistön tarkistus uusimman Suomen Kuntaliiton radiologisen toimenpideluokituksen mukaisesti.

Tarkistettiin myös magneetti- ja ultraäänitutkimusten taksat.

<sup>8)</sup> Nimikkeistön tarkistus. Ks. edellinen.

## FYSIOTERAPIAN TAKSATARKISTUKSET

Tarkistusajankohta	Keskimääräinen muutos %
01.08.1973	20
01.03.1976	33
01.02.1979	20
01.04.1982	40
01.01.1986	25
01.07.1989 (taksauudistus) <sup>9)</sup> ---	
01.06.2000 (taksauudistus) <sup>10)</sup> ---	

<sup>9)</sup> Taksarakenne muuttuu toimenpidekohtaisesta aikaperusteiseksi

<sup>10)</sup> Toimenpidetarkistus

Lähde: Kela

**LIITE 11****Muiden EU-maiden terveydenhuoltojärjestelmät**

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä, jossa laajapohjaiset ja asiakkaiden näkökulmasta kattavat kansallinen terveystalvvelujärjestelmä ja toisaalta kansallinen sairausvakuutusjärjestelmä toimivat rinnakkain, on kansainvälisessä vertailussa ainutlaatuinen. Suomen sairausvakuutusjärjestelmää on näin ollen vaikea verrata muiden maiden järjestelmiin. Tämä koskee sekä palveluiden järjestämistapaa että niiden rahoittamista.

Terveydenhuoltojärjestelmiä voidaan luokitella palveluiden tuottamistavan perusteella jakamalla mallit

- 4) julkiseen palveluntuotantoon perustuva malli
- 5) yksityiseen palveluntuotantoon perustuva malli
- 6) malliin, jossa koko julkinen palveluntuotanto taikka osa siitä hankintaan kattavien sopimusten perusteella yksityisiltä palveluntuottajilta.

Julkiset terveydenhuoltojärjestelmät voidaan jakaa rahoituksen perusteella kahteen päämalliin:

- 3) kansallisiin verorahoitteisiin terveystalvvelujärjestelmiin
- 4) kansallisiin sairausvakuutusjärjestelmiin.

Euroopassa ainoastaan Suomen, Irlannin ja Alankomaiden nykyiset järjestelmät eivät ole yksiselitteisesti sijoitettavissa jompaankumpaan näistä päämalleista.

Lisäksi yksityiset sairausvakuutusjärjestelmät voidaan jakaa kolmeen ryhmään:

- 4) pakollista vakuutusta/terveydenhuoltoa korvaava yksityisvakuutus, jossa vakuutus kattaa palvelut tai korvaukset, jotka muutoin julkinen järjestelmä tuottaisi. Käyttäjät ovat esimerkiksi henkilöt, jotka kansallinen järjestelmä sulkee pois julkisen vakuutuksen tai sen osan piiristä esimerkiksi suurituloisuuden perusteella.
- 5) pakollista vakuutusta/terveydenhuoltoa täydentävä yksityisvakuutus, jossa vakuutus kattaa palvelut, jotka eivät kuulu julkiseen palveluun taikka sen kustannusosan, joka jää vakuutetun maksettavaksi julkisesta palveluksesta taikka julkisen vakuutuskorvauksen jälkeen.
- 6) lisävakuutus, joka tuottaa nopeampaa hoitoon pääsyä taikka suurempaa mahdollisuutta yksilöllisiin kuluttajavalintoihin. Tämä vakuutustyyppi, joka on yksityisvakuutusta puhtaimmillaan näistä kolmesta tyypestä, on tarjolla suurimmassa osassa EU:n jäsenmaita. Vakuutustyyppiä koskee yleensä vähäinen sääntely lukuun ottamatta yhtiöiden solvenssia koskeva sääntely.

Seuraavassa esitellään yleisesti eri terveydenhuoltojärjestelmiä Yrjö Mattilan lisensiaatityön (Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”Yhteisestä pohjasta eri poluille”, 2006, Turun yliopisto, Sosiaalipolitiikan laitos) pohjalta. Katsaukset eri maiden järjestelmiin perustuvat Missoc 2006-taulukkoihin. Lisäksi tausta-aineistona on käytetty Niilo Färkkilän selvitystä terveys- ja sosiaalitoimen asiakasmaksuista eräissä maissa. Viimeksi mainittu selvitys kuuluu 9 päivänä syyskuuta 2005 luovutetun Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietinnön tausta-aineistoon.



*Kansallinen verorahoitteinen terveyspalvelujärjestelmä* on terveydenhuollon perustana Pohjoismaissa, Iso-Britanniassa ja monissa Etelä-Euroopan maissa. Näissä maissa potilaalla ei ole mahdollisuutta valita julkisen ja yksityisen terveyspalvelun välillä siten, että yksityisistä palveluista saisi korvauksen yleisestä sairausvakuutuksesta. Yksityisen sektorin terveyspalveluista voi saada korvauksen vain yksityisistä sairausvakuutuksista. Yksityinen ja julkinen sektori voivat myös täydentää toisiaan siten, että julkinen terveydenhuolto ostaa yksityiseltä palvelun tuottajalta palveluita, jos julkisen palvelun täydentämiseen on tarvetta. Julkisen terveyspalveluiden järjestelmät eroavat Suomen julkisesta terveydenhuollosta terveydenhuollon maksujen suhteen: julkisen terveydenhuollon hoidot ovat muissa pohjoismaissa sekä Iso-Britanniassa ja Etelä-Euroopan maissa joko maksuttomia tai erittäin kohtuuhintaisia, kun taas Suomessa julkisen terveydenhuollon maksut ovat tutkimusten mukaan Euroopan korkeimpia.

Keski-Euroopan maissa tyypillinen rahoitustapa on *kansallinen pakollinen sairausvakuutus*. Sairausvakuutusmaksuilla rahoitetaan terveydenhuollon kulut muun muassa Saksassa, Belgiassa ja Ranskassa sekä useimmissa Itäisen Euroopan maissa. Näissä maissa terveydenhuollon lainsäädäntö sisältää yksityiskohtaisia säännöksiä hoidon laadusta ja potilaan oikeuksista, joiden noudattaminen on edellytys rahoituksen saamiseksi. Rahoituksesta ja hoidon laatuksista sovitaan yleensä tarkemmin hoitolaitoksen ja sairausvakuutusrahaston välisillä sopimuksilla.

*Irlannissa* työssä käyvän henkilön tulee kattaa terveysturvansa ottamalla yksityisen sairausvakuutuksen tai vaihtoehtoisesti terveyspalvelut kuuluvat työsuhde-etuuksiin. Julkinen sairausvakuutusjärjestelmä ulottuu vain joihinkin työelämän ulkopuolella oleviin väestöryhmiin, kuten eläkeläisiin ja vähävaraisiin. *Alankomaissa* sairausvakuutusjärjestelmä yksityistettiin vuoden 2006 alussa, jolloin yksityisen sairausvakuutuksen ottaminen tuli pakolliseksi. *Suomen* kansallisen terveyspalvelujärjestelmän ja kansallisen sairausvakuutusjärjestelmän yhdistelmä muodostaa eräänlaisen neljännen terveydenhuollon järjestämisen mallin.

## KANSALLISET VERORAHOITTEISET TERVEYSPALVELUJÄRJESTELMÄT

### 1) Keskitetty terveydenhuolto

#### **Iso-Britannia**

Iso-Britannian terveydenhuoltojärjestelmä (NHS) on verovaroin rahoitettu ja tarkoitettu kaikille maassa asuville. Veropohjaista rahoitusta täydentää tulosidonnaisesta kansallisvakuutuksesta (NI) tilitettävät varat. Terveyspalveluiden tuottaminen on julkista toimintaa.

Yleislääkärijärjestelmä rakentuu perhelääkärijärjestelmän varaan, ja perhelääkäri koordinoi vakuutetun hoitoa. Potilaalla on oikeus valita hoitava lääkäri, jos kyseinen lääkäri hyväksyy tämän potilaakseen. Jos potilas ei onnistu löytämään itselleen hoitavaa lääkäriä, voidaan hänelle sellainen määrätä. Erikoislääkäriin palveluja varten tarvitaan yleislääkäriin lähete. Kaikki lääkäripalvelut yleislääkäriin palveluista lyhyisiin vuodehoitoihin, ovat potilaalle maksuttomia.

Sairaalaan tarvitaan yleislääkärin lähete, joka tavallisesti valitsee potilaan tarpeisiin parhaiten soveltuvan sairaalan. Vuodesta 2005 alkaen potilaalla on tietyissä toimenpiteissä oikeus valita sairaala muutamasta lääkärin tarjoamasta vaihtoehdosta. Myös tarpeellinen sairaalahoido on potilaalle maksutonta.

Julkinen hammashoito on järjestetty paikallisten terveystoimikuntien ja itsenäisten hammaslääkäreiden välillä tehtävillä sopimuksilla. Palveluiden hinnat ovat kiinteät, ja niistä neuvotellaan vuosittain sopimusosapuolten välillä. Hammashoidosta potilas maksaa itse suhteellisen osuuden, 80 prosenttia. Maksuosuudella on kuitenkin rahamääräinen katto. Hammashoitoon kuuluu myös tutkimus. Lapsille ja nuorille (alle 19-vuotiaille), raskaana oleville ja juuri synnyttäneille sekä tiettyjä sosiaalietuuksia saaville ja heidän puolisoilleen hammashoito on maksutonta. Pienituloisilla on mahdollisuus saada apua kustannusten maksamiseen.

Yksityisten lääkärin- tai hammaslääkärinpalveluiden käyttämisestä ei myönnetä korvausta julkisista varoista. Yksityisoikeudellisten vakuutusjärjestelmien määrää lisää se, että osa lääkäreistä ja etenkin hammaslääkäreistä on siirtynyt yksityissektorille ja tätä myötä myös osa vakuutetuista siirtyy käyttämään kokonaan yksityisiä palveluja. Yksityisen terveydenhuollon ja yksityisvakuutuksen osuus on vielä suhteellisen pieni.

Silmälaseja varten tietyt väestöryhmät (lapset, nuoret ja eräitä toimeentuloetuksia saavat) saavat maksusitoumuksia ja myös näöntarkastus on tietyille väestöryhmille ilmainen.

## 2) Hajautettu terveydenhuolto

### **Espanja**

Espanjassa on julkinen valtion verovaroin rahoittama ja koko maan kattava terveydenhuoltojärjestelmä (*Sistema Nacional de Salud*). Terveydenhuollon järjestäminen on hajautettu kunnille, jotka vastaavat sen toteuttamisesta itsenäisesti. Valtio kuitenkin koordinoi toimintaa ja päättää järjestelmästä maksettavista etuuksista, joten kaikki järjestelmän piirissä olevat ovat oikeutettuja samoihin etuuksiin asuinpaikasta riippumatta. Kunnat voivat kuitenkin myöntää lisäetuuksia omalla rahoituksella.

Sosiaaliturvajärjestelmän terveydenhuoltoetuuksien kuuluvat sosiaaliturvamaksuja maksaville, eläkkeen- tai määräaikaisen sosiaaliturvaetuuden saajille sekä vähävaraisille Espanjassa vakinaisesti asuville, joilla ei ole riittävää toimeentuloa. Julkisen terveydenhuollon etuuksia ovat perusterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoito. Sosiaaliturvajärjestelmästä korvattavaa sairaanhoitoa tarjoavat ainoastaan julkiseen sosiaaliturvaan kuuluvat tai sen kanssa sopimuksen tehneet terveysasemat ja sairaalat. Potilas voi valita oman lääkärin asuinpaikkansa kattavalta terveydenhuoltoalueelta. Sen sijaan potilaan sairaala määrittää potilaan asuinpaikan perusteella ellei kyseessä ole kiireellinen sairaustapaus. Erikoislääkärille ja muuhun kuin kiireelliseen sairaalahoidon tarvitaan lääkärin antama lähete.

Julkisen järjestelmän hammashoito kattaa hampaanpoistot ja tietyt muut hoidot. Hammasproteeseihin on mahdollista saada taloudellista tukea.

Julkiseen terveydenhoitojärjestelmän etuuksiin kuuluu myös proteesien, ortopedisten välineiden ja pyörätuolien toimittaminen ja niiden uusiminen. Silmälasien, kuulokojeiden ja muiden proteesien hankintaan voi saada tukea.

Julkisessa järjestelmässä annettu hoito on yleensä potilaalle ilmaista. Keskustelua potilaiden maksuosuuksien lisäämisestä esimerkiksi lääkärikäyntien osalta on ollut, mutta toistaiseksi tätä ei ole katsottu tarpeelliseksi.

## **Italia**

Italiassa on julkinen asumisperusteinen kansallinen terveydenhoitojärjestelmä (*Servizio Sanitario Nazionale*). Järjestelmää rahoitetaan työnantajilta perittävillä maksuilla. Järjestelmän tarjoamiin etuuksiin ovat oikeutettuja kaikki Italiassa asuvat henkilöt, jotka ovat rekisteröityneet julkisen terveystalvvelujärjestelmän piiriin. Järjestelmän piiriin kuuluvaa hoitoa tarjoavat julkiset paikalliset terveyskeskukset (*Unità Sanitarie Locali, USL*) ja sairaalat sekä yksityiset palvelujentarjoajat, jotka ovat tehneet sopimuksen julkisen terveydenhoitojärjestelmän kanssa.

Potilas voi vapaasti valita järjestelmään kuuluvan lääkärin asuinpiirinsä terveydenhoitoalueelta. Erikoislääkärin vastaanotolle tarvitaan yleislääkärin lähete ja vain paikallisen terveyskeskuksen (USL)erikoislääkärin antama hoito kuuluu julkisen terveydenhoitojärjestelmään. Yleislääkärin palvelut ovat potilaalle maksuttomia. Sairaalan ulkopuolella työskentelevä lääkäri saa alueen terveystalvvelutoimistolta kiinteämääräisen summan jokaisesta hoidettavasta potilaasta. Erikoislääkärin antamasta hoidosta, sairaalassa tehdyistä erillisistä tutkimuksista, kylpylä- ja kuntoutushoidoista ja sairaalan ulkopuolella annettavasta fysioterapiasta peritään potilaalta osuus kustannuksista, kuitenkin enintään 36 euroa (2006). Tietyille ryhmille on helpotuksia maksuihin. Sairaalahoito on potilaalle maksutonta ja hän voi valita vapaasti julkisen tai sopimuksen tehneen yksityisen sairaalan.

Hammashoito on potilaalle maksutonta julkisessa terveydenhuollon keskuksissa (*Servizio Sanitario Nazionale, S.S.N*) ja järjestelmään kuuluvien yksityislääkäreiden vastaanotoilla. Proteesihoidon potilas maksaa kuitenkin itse.

Yksityistä sairausvakuutusta on rajoitettu voimakkaasti. Ensinnäkin vakuutusyhtiöillä ei ole seulontaoikeutta vakuutuksenottajiin nähden eivätkä ne voi ottaa käyttöön riskiperusteisia vakuutusmaksuja. Toiseksi yksityinen sairausvakuutus on tiukasti täydentävä: korvaukset voivat kattaa vain eräitä sellaisia palveluita, jotka eivät kuulu julkisen terveydenhuollon piiriin.

## **Portugali**

Portugalissa on julkinen, hajautettu ja verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä, joka toimii muusta sosiaaliturvajärjestelmästä itsenäisenä. Terveysten- ja sairaanhoidosta huolehtivat kansalliseen terveystalvvelujärjestelmään kuuluvat terveyskeskukset (*centros de saúde*) ja sairaalat sekä kansallisen terveystalvvelun kanssa sopimuksen tehneet yksityiset palvelujentarjoajat. Sopimuslääkäreille maksetaan sen tuottamista palveluista erikseen säädettyjen taksojen perusteella.

Potilas voi vapaasti valita terveydenhuoltojärjestelmään kuuluvista lääkäreistä ja sairaaloista. Hoito terveystieteiden hyväksymässä yksityisessä sairaalassa korvataan julkisesta järjestelmästä, jos julkiseen sairaalaan ei pääse tietyn määräajan kuluessa. Potilaalta peritään hoidosta omavastuuosuus, jonka suuruus vaihtelee sairaudesta, hoidosta ja potilaan asemasta riippuen. Tietty ihmisryhmät ovat vapautettu kokonaan omavastuuosuuden maksamisesta. Sairaalahoido on yleisessä järjestelmässä potilaalle maksutonta.

Yksityisen sektorin hammaslääkärin palveluista maksetaan korvaus hallituksen määrittelemän hinnoittelun mukaisesti jälkikäteen. Proteesihoidon potilas maksaa itse, mutta siitä korvataan jälkikäteen 75 prosenttia taksahinnan mukaisesta määrästä.

Kansallinen terveydenhuolto osallistuu myös proteesien kustannuksiin. Silmälasit potilas maksaa itse, mutta niistä on mahdollista saada korvausta 75 prosenttia määrätystä hinnasta

## **Ruotsi**

Ruotsissa on pääosin verovaroin rahoitettu alueellinen terveydenhuoltojärjestelmä, joka on suurimmaksi osaksi erillään sosiaalivakuutuksesta. Julkisen terveydenhuollon organisoivat maakäräjät, joita on 21 kappaletta. Pääsääntöisesti terveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa palveluja, ei korvauksia. Terveydenhuoltojärjestelmä palveluntuottajana (ei siis korvausjärjestelmänä) heijastuu työmarkkinoihin, noin 85 prosenttia kaikista lääkäreistä on julkisen sektorin palveluksessa.

Palveluista voidaan periä palvelumaksuja. Maakuntapäivien velvollisuutena on huolehtia siitä, että kaikki maakuntapäivien alueella asuvat henkilöt voivat saada kunnollista sairaanhoitoa. Myös joillakin yksityisillä terveydenhoitopalveluiden tarjoajilla sekä yksityisillä sairaaloilla on sopimus maakuntapäivien kanssa, jolloin ne kuuluvat julkisen terveydenhuollon piiriin. Ruotsin kunnat vastaavat sairaanhoidosta joidenkin erityisryhmien, kuten erityisasuntoloissa olevien vanhusten hoidosta.

Potilas voi valita lääkärin ja sairaalan julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvista julkisista hoidontarjoajista ja niistä yksityisistä hoidontarjoajista, joiden kanssa maakuntapäivillä on sopimus. Täysin yksityisen, ilman maakuntapäivien kanssa tehtyä sopimusta toimivan lääkärin toimenpiteistä aiheutuneita kustannuksia ei korvata lakisääteisestä sosiaalivakuutuksesta. Jos kyse on julkisen terveydenhuollon yksityiseltä palveluntuottajalta ostamasta palvelusta, palvelua koskevat samat maksusäännökset kuin julkista palvelua.

Erikoislääkärin vastaanotolle on mahdollista mennä suoraan, mutta lääkärin läheteellä tapahtuvaa erikoislääkärin hoitoa suositetaan. Maakuntapäivät vastaa suurimmasta osasta yleisen sairaanhoidon piirissä tapahtuvasta hoidosta. Potilasmaksut voivat vaihdella alueittain (maakunnittain), mutta lakisääteinen enimmäismaksukatto on sama kaikilla alueilla. Potilas maksaa itse potilasmaksun sekä kiinteän vuorokausimaksun (enintään 8,51 euroa) sairaalahoidosta. Näistä potilasmaksuista (asiakasmaksuista) ei myönnetä korvausta. Jos henkilö on maksanut terveyden- ja sairaanhoidon maksuja yhteensä tietyn rajan (96 euroa vuonna 2006, ei sisällä lääkekorvauksia), hänet vapautetaan siitä lähtien potilasmaksuista sen yhden vuoden mittaisen ajanjakson loppuun saakka, joka käynnistyi ensimmäisestä maksukerrasta.

Lapsilla ja nuorilla (alle 20-vuotiailla) sekä vanhuksilla ja vammaisilla henkilöillä on oikeus ilmaiseen hammashoitoon julkisesta terveydenhuollosta. Sosiaalivakuutusjärjestelmästä (viranomaisen: Riksförsäkringsverket) tuetaan aikuisten hammashoitoa 20 ikävuodesta lähtien. Hammashoito on jaettu yleiseen hammashoitoon (tarkastukset, paikkaukset, jne.) ja proteesi- ja oikomishoitoon. Vakuutettu voi käyttää yksityisen hammaslääkärin, hammasteknikon tai yleisen hammashoidon piiriin kuuluvan hoidontarjoajan palveluita. Sosiaalivakuutuksesta maksetaan hoidontarjoajalle kiinteämääräinen korvaus jokaisesta toimenpiteestä, ja potilas maksaa perittävän hinnan ja kiinteämääräisen korvauksen välisen erotuksen. Hammashoidon alalla on hinnoitteluvapaus, joten potilaan maksettavaksi jäävä määrä vaihtelee. Proteesi- ja oikomistapauksissa korvaus maksetaan vain tietyn suuruisen omavastuun ylittävältä osalta.

## **Tanska**

Tanskassa on asumisperusteinen verovaroin rahoitettu terveydenhuolto- ja sairausvakuutusjärjestelmä. Väestörekisteriin kirjattu henkilö kuuluu sairausvakuutuksen piiriin. Oikeus terveydenhoitoetuksiin alkaa kuuden viikon asumisajan jälkeen. Palveluiden tuottaminen jakaantuu yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Merkittävä osa sairaalatasoisesta terveydenhuollosta tuotetaan julkisena palveluna, mutta palveluita myös ostetaan yksityisiltä sairaaloilta. Yleislääkärinpalvelut tuotetaan julkisen palvelutuotannon sijasta yksityislääkäreiden kanssa tehtyjen sopimusten avulla. Lääkäreille maksettavista palkkioista päätetään lääkärijärjestön ja julkisen terveydenhuollon välillä tehdyin sopimuksin ja ne perustuvat potilasmäärän ja palveluiden perusteella. Erikoislääkärin palveluista maksetaan tasasuuruinen määrä kustakin toimenpiteestä.

Tanskassa on kaksi sairausvakuutusryhmää. Vakuutettu voi valita vapaasti kumpaankin ryhmään hän haluaa kuulua, ja ryhmää saa vaihtaa kerran vuodessa.

Ryhmässä 1, joka on pääsääntöinen vakuuttautumisen tapa, terveyspalvelut ovat potilaalle maksuttomia. Vakuutetulle osoitetaan omalääkäri, jolla on sopimus sairausvakuutusjärjestelmän kanssa. Erikoislääkärin antamaa hoitoa varten tarvitaan omalääkärin antama lähete.

Ryhmässä 2 vakuutettu saa itse valita lääkärin ja erikoislääkärin. Hoito korvataan sen sairausvakuutustaksan mukaisesti, jota sovelletaan ryhmässä 1 vakuutettujen henkilöiden vastaaviin hoitokustannuksiin ja potilas maksaa itse mahdollisen ”taksan” ylittävän osuuden. Tässä ryhmässä menoa kontrolloidaan palveluntuottajien kanssa tehtyjen maksusopimusten (hintasopimusten) kautta. Lisäksi menoa kontrolloidaan hankintasopimusten avulla.

Sairaalahoito yksityisessä sairaalassa, joka ei ole tehnyt sopimusta julkisen sektorin kanssa, korvataan sairausvakuutuksesta vain, jos hoito tapahtuu julkisen terveydenhuollon kanssa tehdyn ostopalvelusopimuksen perusteella tilanteissa, joissa julkiseen sairaalaan on ollut yli kahden kuukauden jonotusaika.

Lääkärin ja erikoislääkärin antama hoito on maksutonta ryhmään 1 kuuluville. Sairausvakuutuskorvaus on muista hoidoista 35-65 prosenttia niiden taksojen mukaisista määristä, joista sairausvakuutusjärjestelmä ja terveydenhoidon organisaatiot ovat sopineet.

Molemmissa sairausvakuutusryhmissä potilas maksaa itse 35-60% erikseen listattujen hammashoitosten kuluista. Listaamattomista hoidoista potilas vastaa itse. Proteesihoitoa ei korvata. Aikuisilla hammashoidon kustannukset nousevat helposti merkittäviksi

Molemmissa ryhmissä korvataan osa lääkärin määräämän ravintoterapian kustannuksista sekä osa yleislääkärin läheteellä tapahtuvasta fysioterapeutin, kiropraktikon, jalkahoitajan, psykoterapeutin ja psykologin antaman hoidon kustannuksista.

Suurin osa terveydenhuoltoon kohdistuvasta yksityisestä kulutuksesta maksetaan suoraan palvelujen tuottajille. Noin 28 prosenttia väestöstä on kuitenkin hankkinut lisäksi yksityisvakuutuksen, joka korvaa osan ryhmään 2 vakuutautuneen potilaan omasta maksuosuudesta. Yksityisestä vakuutuksesta korvataan muun muassa lääkekulujen omavastuuosuuksia ja hammashuoltoa.

## Norja

Norjassa julkinen terveydenhoitojärjestelmä, josta vastaa joko kunta tai valtio. Järjestelmä rahoitetaan pääasiassa verovaroista ja vähäisemmältä osalta rajoitetuilla käyttäjämaksuilla. Lisäksi kansallinen vakuutusjärjestelmä, NIS (*folketrygden*), osallistuu hoidosta aiheutuviin kustannuksiin, mm. yksityislääkärin palkkioihin. Yksityisen lääkärin ja yksityisen sairaalan palveluita rahoitetaan kansallisesta vakuutuksesta kuitenkin vain, jos nämä on tehnyt sopimuksen julkisen terveydenhuollon kanssa. Erikoislääkärin edellytetään puolestaan tehneen sopimuksen valtion omistaman alueellisen hoitolaitoksen kanssa. Solmittujen sopimusten määrä riippuu alueen arvioidusta terveyden- ja sairaanhoidon tarpeesta. Yksityisten palveluntarjoajien antamien hoitojen kustannukset korvataan osittain kunnan/valtion taholta ja osittain kansallisesta sairausvakuutuksesta. Yksityisten palveluntarjoajien perimistä hinnoista neuvotellaan hallituksen ja lääkärijärjestöiden välillä.

Jokaiselle asukkaalle määrätään ensisijainen omalääkäri, jota voidaan vaihtaa kahdesti vuodessa. Erikoislääkärin vastaanotolle pääsee omalääkärin läheteellä. Jos potilas hakeutuu suoraan erikoislääkärille, hän joutuu maksamaan suuremman omavastuuosuuden ja lääkäri voi saada alemman korvauksen.

Potilas maksaa omavastuuosuuden suoraan hoidontarjoajalle. Yksityisille hoidontarjoajille sairausvakuutuksesta maksettava osuus välitetään suoraan sopimusjärjestelmän mukaisesti. Potilaan omavastuuosuuksille on kaksi vuosittaista maksukattoa, joiden ylittymisen jälkeen ei omavastuuta ei peritä. Alempi maksukatto (202e v.2006) koskee lääkäri- ja psykologikäyntejä, lääk- ja hoitotarvikkeita, röntgentutkimuksia ja – hoitoja sekä matkakustannuksia. Ylempi maksukatto (313 e vuonna 2006) koskee psykoterapiaa, korvattavaa hammashoitoa sekä kuntoutusta. Alle 16- vuotiaan lapsen hoidosta maksettavat omavastuut kartuttavat vanhemman maksukattoa. Joillekin erityissairausryhmille ja erityisryhmille on säädetty poikkeuksia omavastuuosuuksista. Kansanedustuslaitos päättää vuosittain omavastuuosuuksien enimmäismäärästä.

Kaikilla vakuutetuilla on oikeus ilmaiseen ylläpitoon, hoitoon ja lääkkeisiin sairaaloissa. Sairaalassa tapahtuvasta hoidosta ei peritä omavastuuosuuksia. Yksityisessä sairaalassa tapahtuvasta hoidosta ei makseta korvauksia vakuutuksesta, mikäli yksityinen sairaala ei ole tehnyt sopimusta yleisen sairaanhoitojärjestelmän kanssa.

Alle 19-vuotiaat ovat oikeutettuja ilmaiseen perushammashoitoon ja alle 20-vuotiaat saavat saman hoidon alennetuin hinnoin (75 prosentin alennus). Oikomishoito korvataan täysin tai osittain riippuen vaivan vakavuudesta. Aikuisten hammashoidon korvausjärjestelmä on rajallinen ja koskee lähinnä vain tiettyjä erityisryhmiä tai erityishoitoja.

Kansalliseen vakuutusjärjestelmään kuuluvat apuvälinekeskukset antavat tarvittaessa käyttöön apuvälineitä, mutta välineet säilyvät vakuutusjärjestelmän omaisuutena ja ne tulee palauttaa käytön jälkeen.

## VAKUUTUSPERUSTEISET JÄRJESTELMÄT

### 1) Palveluihin perustuvat järjestelmät

#### **Itävalta**

Terveysturvajärjestelmä rahoitetaan vakuutetuilta ja työnantajilta perittävillä vakuutusmaksuilla ja verorahoilla. Sairausvakuutusjärjestelmään liittyminen on pakollista työntekijöille ja heihin rinnastettaville ihmisryhmille, kuten esimerkiksi eläkkeensaajille, työttömyys- tai lapsenhoitoetuuden saajille, harjoittelijoille, asepalvelusta suorittaville sekä perheyrytyksissä työskenteleville yrittäjien perheenjäsenille. Myös vakuutetun perheenjäsenet, jotka eivät muilla perusteilla kuulu vakuutuksen piiriin, ovat oikeutettuja vakuutusjärjestelmästä maksettaviin etuuksiin. Vakuutus ei kuitenkaan ole pakollinen henkilöille, joiden tulot jäävät alle tietyn rajan. Vapaaehtoisesti vakuutuksen piiriin voi liittyä ne, jotka eivät kuulu pakollisen vakuutuksen piiriin. Sairausvakuutus kattaa lähes koko väestön.

Yksittäisten lääkäreiden ja sairausvakuutusta hoitavien vakuutuslaitosten välisiä suhteita säätelevät niiden solmimat sopimukset, joiden sisältö määräytyy pitkälti alueellisten lääkärijaostojen tekemien yleisten sopimusten perusteella. Alueelliset lääkärijaostot sopivat vakuutuslaitosten kanssa lääkäreiden antamien hoitojen maksuperusteista, jotka voivat olla henkilö-, sairaus- tai hoitoperusteisia tai näiden yhdistelmiä.

Potilas voi vapaasti valita sopimuslääkärin. Erikoislääkärin vastaanotolle pääsee yleislääkärin läheteellä. Hoito on vakuutetulle maksutonta. Hänen tulee osoittaa vakuutuksen piiriin kuulumisen sähköisellä sairausvakuutuskortilla, josta peritään 10 euron vuosimaksu. Vakuutuslaitos maksaa syntyneet kustannukset suoraan hoidontarjoajalle. Psykoterapeutin ja psykologin palveluista vakuutetun on kuitenkin maksettava 20 prosentin suuruinen omavastuu taksan mukaisesta määrästä.

Sairausvakuutukseen hammashoitoon kuuluu tavanomaisen ja kirurgisen hammashoidon lisäksi oikomishoito. Oikomishoidosta potilaalta peritään kuitenkin 25-50 prosentin omavastuu. Tarpeellinen proteesihoito kuuluu myös vakuutukseen. Potilaan omavastuu on samaa luokkaa kuin oikomishoidoista.

Proteeseista ja apuvälineistä vakuutetun maksuosuus on 10 prosenttia, kuitenkin vähintään 25 euroa. Silmälaseista vakuutetun maksuosuus on aina vähintään 75 euroa. Sairausvakuutuksesta maksettavalle osuudelle on olemassa yläraja. Sairausvakuutuksesta maksetaan myös psykoterapiaa.

## Saksa

Sairausvakuutus on pakollinen työntekijöille (ansiokatto) ja tietyille työntekijöihin rinnastettaville väestöryhmille. Sairausvakuutuksen piiriin kuuluvat myös varsinaisen vakuutetun perheenjäsenet. Vähäistä työtä tekevien henkilöiden ei tarvitse liittyä vakuutukseen. Tietyin edellytyksin henkilöt, jotka eivät kuulu pakollisen vakuutuksen piiriin esimerkiksi vuosittaisen ansiokaton ylittymisen vuoksi voivat kuulua siihen vapaaehtoisesti. Vakuuttaminen tapahtuu yleisessä paikallisessa sairauskassassa, korvauskassassa, yrityksen sairauskassassa, ammattiyhdistyksen sairauskassassa tai tiettyjen erityisalojen sairauskassoissa.

Vakuutetulla on oikeus saada yleislääkäreiden, erikoislääkäreiden ja hammaslääkäreiden antamaa hoitoa. Sairausvakuutuksen piiriin kuuluvaa hoitoa lääkärit, jotka kuuluvat sairauskassalääkäreiden yhdistykseen (*Kassenärztliche Vereinigungen*). Sopimuslääkäreihin kuuluu kaikkiaan 90 prosenttia kaikista lääkärintoita harjoittavista lääkäreistä. Vakuutettu voi valita näistä omalääkärin hoidon alussa tai kunkin vuosineljänneksen alussa. Erikoislääkärin vastaanotolle pääsee omalääkärin läheteellä. Sairauskassalääkäreiden yhdistys maksaa syntyneet kulut suoraan lääkärille. Vakuutetulta peritään kuitenkin kiinteä käyntimaksu kunkin vuosineljänneksen ensimmäisellä lääkärikäynnillä (10e vuonna 2006). Käyntimaksua ei kuitenkaan peritä tietyissä tilanteissa, kuten sairauksien varhaista toteamista varten tehdyistä tutkimuksista tai lapsen sairaanhoidosta. Vapaaehtoisesti vakuutuksen piiriin kuuluville voidaan korvata terveydenhoidon kulut jälkikäteen.

Vakuutetulla on oikeus sairaalahoitoon sairausvakuutuskassalääkäreiden yhdistyksen kanssa sopimuksen tehneissä sairaaloissa. Kutakin sairaalavuorokautta kohden vakuutetulta peritään kiinteä 10 euron maksu, kuitenkin enintään 28 päivältä vuodessa. Sairauskassa maksaa sairaalalle hoitokulut sairaalan hoitomaksujen mukaisesti. Vuodesta 2005 vuoteen 2009 siirrytään kuitenkin vähitellen järjestelmään, jossa sairauskassan sairaalalle maksamat hoitomaksut määräytyvät sairausluokittain määräytyvän hinnoittelun perusteella.

Sairauskassa maksaa myös korvauksen sairauden hoitoon liittyvästä kuntouttavasta hoidosta, kuten fysioterapiasta ja hieronnasta. Vakuutetun on kuitenkin maksettava hoidosta 10 prosenttia kuluista 18 ikävuodesta alkaen. Sairauskassa korvaa myös lääkärin määräämistä proteeseista ja muista apuvälineistä aiheutuneet kustannukset tiettyyn enimmäismäärään asti. Apuvälineistä vakuutettu maksaa 10 prosentin omavastuun, kuitenkin vähintään 5 euroa ja enintään 10 euroa.

2) Jälkikäteisiin korvauksiin perustuvat järjestelmät

## Ranska

Ranskan sosiaaliturvajärjestelmä koostuu yleisestä järjestelmästä ja useista ammattialakohtaisista erityisjärjestelmistä. Yleinen järjestelmä kattaa noin 80 prosenttia väestöstä. Pakollinen sosiaaliturvavakuutus perustuu ensisijaisesti työntekoon ja toissijaisesti asumiseen. Yleinen sairausvakuutusjärjestelmä kattaa sairauteen liittyvät riskit yleisen jär-



jestelmään kuuluvien eri ryhmien sekä sellaisten erityisjärjestelmään kuuluvien henkilöiden osalta, joille kyseinen järjestelmä ei tarjoa suojaa kaikkien riskien varalta.

Vakuutettu voi vapaasti valita lääkärin. Terveystenhoitoon korvauksia maksetaan nimikkeistöön kuuluville hoidoille ja korvattaville tuotteille määrätyn hinnan (*tarif de responsabilité*) perusteella. Vakuutetun edellytetään osallistuvan kuluihin hoidon mukaan vaihtelevalla omavastuuosuudella, joka on prosenttiosuus korvattavaksi hyväksytyistä kuluista. Erikoislääkärille pääsee yleislääkärin läheteellä. Ilman lähetettä vakuutetun omavastuuosuus on suurempi. Hyväksytyt kulut eivät aina vastaa todellisia hoitokuluja, jolloin vakuutetun lopullisesti maksettavaksi jäävä osuus on säädettyä omavastuuosuutta suurempi. Vuodesta 2005 lähtien vakuutetulta on lisäksi peritty lisäksi kiinteämääräinen maksu (1e) kultakin lääkärikäynniltä (max.50 e/vuosi). Joissakin tapauksissa vakuutettu voi olla vapautettu omavastuuosuudesta ja kulut korvataan kokonaisuudessaan (työkyvyttömyys- ja työtapaturmaeläkkeen saajat, tietyt sairausryhmät, vähävaraiset).

Vakuutettu maksaa yleensä itse terveydenhuollon kustannukset, joista sairausvakuutus-kassa maksaa jälkikäteen korvauksen. Terveystenhoitoon palveluiden tarjoaja lähettää yleensä sähköisesti selvityksen annetusta hoidosta suoraan sairausvakuutus-kassaan vakuutetun sairausvakuutuskortin tietojen perusteella. Suorakorvausmenettely sairausvakuutus-kassalta palveluidentarjoajalle on kuitenkin yleistymässä ja on pakollista sairaalahoidon yhteydessä.

Sairaalahoitoon vakuutettu voi hakeutua valitsemaansa julkiseen sairaalaan tai hyväksytyyn yksityiseen sairaalaan. Prosenttimääräisen omavastuuosuuden lisäksi sairaalahoidosta peritään kiinteämääräinen päivämaksu.

Sairausvakuutuksesta korvataan myös ennaltaehkäiseviä kuntouttavia hoitoja hoitolaitoksissa ja kylpylöissä sairausvakuutus-kassan etukäteishyväksynnän perusteella.

Sairausvakuutuksesta korvataan myös ennaltaehkäisevää ja korjaavaa hammashoitoa sekä proteesihoidoa. Oikomishoidon osalta vakuutetun on saatava sairausvakuutus-kassan hyväksyntä etukäteen. Korvaus hammashoidosta määräytyy kiinteän hinnoittelun perusteella.

Pakollisen järjestelmän terveydenhoitoon maksuista korvaamatta jättämisen osuuden korvaamiseksi vakuutettu voi hankkia lisävakuutuksen keskinäisessä vakuutusyhtiössä, avustuskassassa tai vakuutuslaitoksessa. Nämä lisävakuutukset ovat tyypiltään täydentäviä vakuutuksia, ja jopa 90 prosentilla väestöstä on täydentävä yksityinen sairausvakuutus. Lisävakuutusjärjestelmä on ilmainen niille vakuutetuille, joiden tulot eivät ylitä erikseen vahvistettavaa tulorajaa kuukaudessa. Lisävakuutuksen rooli on erityisen merkittävä hammasprotetiikan ja silmälasien kustannuksissa.

## **Belgia**

Lakisääteinen sairausvakuutus on pakollinen kaikille palkansaajille ja näihin rinnastettaville henkilöille, kuten eläkeläisille, työttömille, korkeakouluopiskelijoille ja työkyvyttömille. Vakuutettujen perheenjäsenet kuuluvat myös vakuutuksen piiriin. Vakuutuksen piiriin kuulumiseksi vakuutetun on liityttävä valitsemaansa sairausvakuutuslaitoksen jäseneksi.

Sairausvakuutuskorvauksia maksavat sairausvakuutuslaitokset. Korvattavista määristä päätetään sairausvakuutuslaitosten ja lääkäriyhdistysten välisin sopimuksin. Jos hinnoista ei ole sopimusta, terveydenhuollon palvelut voidaan hinnoitella vapaasti. Tällöin potilaalle vakuutuksesta maksettava korvaus määräytyy virallisesti vahvistettujen määrien mukaan.

Vakuutettu voi kääntyä suoraan valitsemansa lääkärin puoleen ja maksaa kustannukset, josta saa korvauksen esittämällä sairausvakuutuslaitokselle lääkärin antaman selvityksen annetusta hoidosta. Korvaus maksetaan sopimushintojen tai virallisti asetetun hinnoittelun perusteella. Vakuutetun maksuosuus vaihtelee annetun hoidon ja vakuutetun mukaan. Yleisessä terveydenhuollossa vakuutetun maksettavaksi jäävä osuus ei tulisi olla 25 prosenttia enempää. Tietyille erityisryhmien eduksi on säädetty vuosittaisista enimmäismaksukatosta, jonka ylittymisen jälkeen terveydenhoitopalvelut ovat vakuutetulle ilmaisia. Jotkut ihmisryhmät on vapautettu maksuosuuksista kokonaan.

Vakuutettu voi valita vapaasti sairaalan hyväksytyjen joukosta. Hoito korvataan kokonaan kiinteää päivämaksua lukuun ottamatta.

Vakuutusjärjestelmästä korvataan korjaavaa ja ehkäisevää hammashoitoa ja oikomishoitoa. Proteesihoidosta ei korvata kuin yli 50-vuotiaille ja joissakin lääketieteellisesti perustelluissa tilanteissa.

Fysioterapia korvataan vain lääkärin määräämä hoito. Sairauskassa voi maksaa korotettua korvausta taloudellisen tilanteen perusteella tietyille asiakasryhmille.

### 3) Yksityisiin vakuutuksiin perustuvat järjestelmät

#### **Alankomaat**

Sairausvakuutusjärjestelmää uusittiin perusteellisesti vuoden 2006 alussa, jolloin sosiaali- ja yksityisiin vakuutuksiin jakautunut sairausvakuutusjärjestelmä yhdistettiin. Sairausvakuutusjärjestelmä yksityistettiin kokonaan ja lakisääteistä sairausvakuutusta hoitavat vuoden 2006 alusta lukien yksinomaan yksityiset sairausvakuutusyhtiöt, jotka voivat toimia voittoa tuottaen. Niiden tarjoaman sairausvakuutuksen kattavuus ja kustannustehokkuus tullaan arvioimaan säännöllisesti, jotta korvauksen piirin laajuutta voitaisiin tarpeen mukaan muuttaa. Kaikki asukkaat kuuluvat myös erityisiä sairauskustannuksia korvaavan vakuutuksen piiriin, joka kattaa tietyt vakavat riskit.

Alankomaiden sairaanhoitojärjestelmään kuuluu kolme keskeistä piirrettä

1. Sairausvakuutus koostuu kolmesta osasta:
  - a. pitkäkestoinen hoito. Pakollinen vakuutus, joka kattaa koko väestön.
  - b. parantumiseen tähtäävä hoito. Lakisääteinen velvollisuus ottaa vakuutus. Vakuutuksen muoto voi olla joko palveluja tarjoava vakuutus taikka korvauksen myöntävä vakuutus.
  - c. täydentävä vakuutus. Yksityisvakuutusta, jota ei kontrolloida.
2. Tarjottu hoito on pääasiassa yksityistä terveydenhoitoa. Suurin osa terveydenhoidosta tuotetaan yksityisten yritysten toimesta. Tämä koskee sekä sairaaloita että muita hoitolaitoksia.

3. Sairausvakuutusjärjestelmä perustuu yksityisoikeudelliseen toimintaan, jota kontrolloidaan ja taataan julkisvallan avulla. Sairausvakuutuksia tarjoavat yksityiset vakuutusyhtiöt, jotka saavat tuottaa voittoa. Lainsäätäjällä on kuitenkin asettanut useita ehtoja, jotta sairausvakuutuksen sosiaalinen luonne turvataan. Kyseessä on eräänlainen ”hybridivakuutus”, jota voitaisiin ehkä verrata suomalaisen työeläkejärjestelmään. Pitkäaikaishoito järjestetään kuitenkin edelleen perinteisenä sosiaalivakuutuksena.

Kaikilla Alankomaissa asuvilla ja työskentelevillä ovat velvollisia ottamaan vakuutuksen sairauskulujen varalle. Aikaisemmin vakuutuksen joutuivat ottamaan vain keski- ja hyvätuloiset, yli 30 000 euroa vuodessa ansaitsevat. Pienempituloiset kuuluivat valtion osittain tukeman sairausvakuutuksen piiriin. Uudessa järjestelmässä valtio maksaa vain alle 18-vuotiaiden sairausvakuutuksen. Mikäli henkilö ei halua tai voi hankkia vakuutusta, hän joutuu maksamaan sairaanhoidon itse. Pienituloiset tai tulottomat voivat kuitenkin saada tulosidonnaista hoitoavustusta vakuutusmaksujen maksamiseen, mutta avustus kattaa enimmillään vain 40 prosenttia maksuista.

Vakuutusyhtiöt ovat velvollisia tarjoamaan kaikille halukkaille perussairausvakuutuspaketin. Sen perusmaksun henkilö maksaa aina itse, ja perusmaksun suuruus on kunkin vakuutusyhtiön päätettävissä, kuitenkin niin että yhtiön sisällä samanlaisen vakuutus-tuotteen maksun on oltava samansuuruinen kaikille. Perusmaksu on tässä vaiheessa noin 1 000-1 100 euroa vuodessa. Tämän lisäksi henkilön on maksettava tulosidonnainen maksu, jonka työnantaja hyvittää työntekijälle. Tämä maksu peritään veronkannon yhteydessä. Ne, joilla ei ole tuloja, ovat tästä maksusta vapautettuja.

Vakuutusyhtiön on pääsääntöisesti tarjottava vakuutuspalveluja koko maassa. Poikkeuksen muodostavat ne vakuutusyhtiöt, jotka vakuuttavat alle 850 000 vakuutettua. Tällä, samoin kuin vakuuttamisvelvollisuudella, kannustetaan yhtiöiden välistä kilpailua.

Perusvakuutuksen lisäksi henkilö voi ottaa myös täydentäviä vakuutuksia. Ne toimivat kuitenkin täysin markkinaperiaatteella, ja ovat lakisääteisestä sairausvakuutuksesta irrallisia vakuutuksia. Näiden vakuutusten antamiseen yhtiöllä ei ole velvollisuutta.

Vakuutusyhtiöiden rooli ei ole rajoittunut kustannusten maksamiseen, vaan vakuutusyhtiöt myös vaikuttavat palveluihin; yhtiöllä on velvollisuus varmistua siitä, että vakuutettu saa tarvittavan hoidon. Vakuutettu on oikeutettu hoitopalveluihin seuraavien mallien avulla:

1. Vakuutusyhtiö tarjoaa tarvittavan hoitopalvelun omana toimintanaan (vakuutusyhtiön lääkärit/sairaalat) taikka sopimuskumppanin palveluna. Palvelun tarjoaja saa maksun kustannuksistaan suoraan vakuutusyhtiöltä. Vakuutettu voi vapaasti valita vakuutusyhtiön omien tai sen sopimuskumppanien palveluiden välillä. Sen estämättä, että vakuutettu on valinnut tällaisen palveluja tarjoavan vakuutuksen, vakuutettu voi valita myös palveluntarjoajan, jolla ei ole sopimusta vakuutusyhtiön kanssa. Näissä tilanteissa vakuutusyhtiö maksaa korvausta vakuutetun kustannuksista. Vakuutusyhtiö päättää tällöin korvauksen tason. Korvauksen tasoon voi vaikuttaa se tosiasia, että yhtiö on laskennallisesti hankkinut palvelut myös sellaiselle vakuutuksenottajalle, joka päätyy ulkopuoliseen palveluntarjoajaan. Korvaus ei kuitenkaan saa jäädä niin

alhaiseksi, että sen taso estäisi tosiasiallisesti vapaan palveluntarjoajan valinnan.

2. Korvausmenettelyyn perustuvassa vakuutuksessa vakuutuksenottaja saa korvauksen vakuutusyhtiöltä ilman, että vakuutusyhtiö on toiminut palvelun tarjoajana tai sopimuskumppanina. Vakuutettu maksaa palvelun hoidon tuottajalle, ja hakee korvauksen vakuutusyhtiöltä. Vakuutusyhtiö ei saa asettaa taksoja, mutta sillä ei ole velvollisuutta maksaa kohtuuttomia kustannuksia. Kustannustaso muodostuu vallitsevan markkinatilanteen mukaan.
3. Palveluvakuutuksen ja korvausvakuutuksen yhdistelmä: vakuutusyhtiö voi muodostaa vakuutuksen siten, että osa sairausvakuutuksesta perustuu palvelun tarjoamiseen ja osa kustannuskorvaukseen.

Vakuutus kattaa tarpeellisen hoidon. Hoito arvioidaan suhteessa todennettavaan tehoon, taloudellisuuteen ja julkisen rahoituksen / tuen tarpeeseen. Vakuutusjärjestelmälle on ominaista se, että se kannustaa terveyspalvelujen tuottajia ja vakuutusyhtiöitä kilpailuun. Vakuutuksen sisällön suhteen valtio säätelee ainoastaan sitä, mitkä palvelut ja miten katettuna sairausvakuutuksen tulee sisältää. Vakuutusyhtiö puolestaan huolehtii palvelun tuottajien kilpailuttamisesta. Kilpailuttamisen kannustin syntyy paitsi hoitovelvollisuuden täyttämisestä, myös kustannus-hyötysuhteesta, jonka avulla yhtiöt kilpailevat keskenään asiakkaista. Vakuutussopimuksista tulee ilmetä palvelun / korvauksen saamisen ehdot, kuten mahdollinen lupamenettely, lähetemenettely ja reseptikäytäntö.

Vakuutuksen tulee kattaa yleis- ja erikoislääkäritasoinen sairaanhoito, kliininen psykologia ja kättilön palvelut, näihin palveluihin liittyvät laboratoriotutkimukset ja hoito sekä eräät apuvälineet, lääkkeet ja lääkkeelliset ravintovalmisteet. Lisäksi sairausvakuutus kattaa eräitä hoitoja, jotka Suomessa kuuluvat kuntoutuksen piiriin.

Järjestelmään sisältyy myös kannustin: jos vuoden aikana ei käytä sairaanhoitopalveluja ollenkaan tai vain tietyn rajan alle, saa osan vakuutusmaksustaan takaisin. Vakuutusyhtiötä voi periaatteessa vaihtaa, jos ei ole tyytyväinen saamaansa palveluun.

Vakuutus korvaa lasten ennaltaehkäisevän hammashoidon. Aikuisille korvataan vain erityiset kirurgiset toimenpiteet ja proteesihoido (potilaan osuus 25%).

Apuvälineistä korvataan osa ortopediset jalkineiden ja kuulolaitteiden kustannuksista, mutta vain sairausvakuutusyhtiön etukäteishyväksynnän perusteella. Mielenterveyshoitoa korvataan erityisiä sairauskustannuksia korvaavasta vakuutuksesta.

## **Irlanti**

Irlannissa on verovaroin rahoitettu asumiseen perustuva terveydenhoitojärjestelmä. Julkiseen terveydenhoitoon ovat kuitenkin täysimääräisesti oikeutettuja vain yli 70-vuotiaat ja henkilöt, joiden tulot jäävät alle tiettyjen kynnyksrajoiden. Henkilöillä, joiden tulot ylittävät kynnyksrajat alle 25 prosentilla, myönnetään vierailuoikeus julkisen sektorin palveluihin. Muilla asukkailla on rajoitettu tarveharkintaan perustuva pääsy julkiseen terveydenhuollon palveluihin. Työikäiset joutuvat käytännössä hoitamaan sairausturvan ottamalla yksityisen vakuutuksen, ellei vakuutus tai terveyspalvelut kuulu työsuhde-etuuksiin. Noin 50 prosentilla väestöstä on yksityisvakuutus, joka on luoteeltaan täydentävä vakuutus.

Lääkärit liittyvät julkisen terveydenhuoltojärjestelmään sopimuksin. Heille maksetaan vuosittainen maksu jokaisesta julkisessa järjestelmässä hoidettavasta potilaasta. Täysimääräiseen julkiseen terveydenhuoltoon oikeutetulle potilaalle hoito on maksutonta. Rajoitetun oikeuden piirissä olevat maksavat itse julkisen terveydenhoidon kustannukset.

Erikoislääkärille pääsee yleislääkärin läheteellä. Myös sairaalahoitoon tarvitaan lähete. Täyden korvauksen piirissä oleville yleislääkärin antama hoito on ilmaista mukaan lukien määrätty lääkkeet. Vierailijaoikeuden haltijoille yleislääkärin palvelut ovat ilmaisia. Sen sijaan rajoitetun oikeuden piirissä olevat maksavat suoraan ammatinharjoittajalle. Heille erikoislääkärin palvelut julkisissa sairaaloissa ovat ilmaisia. Yksityisen hoidon valinnut on itse vastuussa erikoislääkäripalkkioista ja sairaalamaksuista, vaikka hoito olisikin annettu julkisessa sairaalassa. Rajoitetun oikeuden piirisää maksavat tiettyjen taksojen mukaan. Maksuista on poikkeuksia muun muassa määrättyjä sairauksia sairastavien lasten, vastasyntyneiden ja äitiyshuollon osalta. Infektiosairauksien hoito on kaikille ilmaista.

Hammashoito sekä proteesit, silmälasit ja kuulolaitteet ovat ilmaista alle 6-vuotiaille ja julkiseen terveydenhuoltoon täysimääräisesti oikeutetuille sekä valtion koulussa opiskeleville alle 16-vuotiaille. Täysimääräisesti hoitoon oikeutetuille myös hammasproteesit ovat ilmaisia. Tietyille tulosidonnaista vakuutusta maksaville tietyt toimenpiteet ovat ilmaisia. Muut maksavat itse hammashoidon.

Yksityistä sairausvakuutustoimintaa säätelee sairausvakuutuslaki (Health Insurance Act). Tämä yksityisvakuutuksen sisällön säätely on EU-alueella tyypillistä vain Irlannille. Vakuutusyhtiöillä on velvollisuus vakuuttaa alle 65-vuotiaat vakuutusta haluavat asiakkaat. Vakuutusasiakas voi kuitenkin joutua eräissä tilanteissa odottamaan vakuutuksen voimaantuloa. Poikkeuksen yhtiön laajasta vakuuttamisvelvollisuudesta muodostavat sellaiset rajoitettua jäsenyyttä tarjoavat yhtiöt, jotka rinnastuvat suomalaisessa järjestelmässä lähinnä työpaikka- tai ammattialakohtaisiin sairaskassoihin.

Sairausvakuutus korvaa yksityistä hoitoa julkisessa sairaalassa taikka yksityisellä palveluntarjoajalla. Vakuutusehdot vaihtelevat sen suhteen, tarjoaako vakuutus palvelun vai myönnetäänkö siitä korvausta. Myös vakuutuksen sisältö voi vaihdella. Eräille vakuutustyypeille on kuitenkin säädetty minimisisältö. Yhtiöt, jotka tarjoavat vakuutuksen, joka kattaa sairaalassa tapahtuvan osastohoidon kustannuksia, ovat velvollisia tarjoamaan vakuutuksen joka kattaa vähintään seuraavan tasoiset etuudet:

1. päiväpotilas-/osastohoidon tasoinen hoito
2. sairaalatasoinen avohoito
3. äitiysetuudet
4. toipuminen
5. psykiatrinen hoito ja vieroitushoito.
6. osastolla toteutettavassa hoidossa korvauksen tai tarjottavan palvelun on vastattava vähintään puolijulkista hoitoa julkisessa sairaalassa.

Sairausvakuutusta kuvaa kolme keskeistä periaatetta:

1. Lähtökohtaisesti vakuuttamisvelvollisuus; asiakkailla on oikeus saada vakuutus.
2. Elinikäinen vakuutuksen kesto, kunhan vakuutettu suorittaa vakuutusmaksut.

3. Maksujen säätely; yhtiön on tarjottava palvelupaketti kaikille vakuutetuille samalla hinnalla. Sopimuksen sisältö voi vaikuttaa hintaan, mutta esimerkiksi asiakkaan ikä tai sukupuoli ei saa olla hinnoittelun perusteena.

Koska kyse on puhtaasti yksityisestä vakuutustoiminnasta, vakuutusyhtiöiden hyöty muodostuu niiden perimien maksujen ja maksamien kustannusten taikka korvausten välisestä suhteesta.

Yhtiö voi tarjota myös sellaisia tiettyihin terveystalouteihin rajoitettuja vakuutuksia, joihin ei sovelleta sairausvakuutusta koskevia säännöksiä. Tällainen vakuutus voi kattaa esimerkiksi hammashuollon taikka silmälääkärin ja optikon palvelut. Rajoitettu vakuutus voi olla tarkoitettu myös esimerkiksi yleislääkäripalvelujen taikka avohoidon palveluiden korvaamiseen taikka tarjoamiseen.

Koska yhtiöillä on laaja vakuuttamisvelvollisuus ja maksuja säädellään, yhtiöiden välisiä riskintasausta on kehitetty. Vuonna 2003 voimaan tullut riskintaus on järjestelmä, jolla pyritään neutralisoimaan vakuutettujen terveydentilaan liittyviä taloudellisia vaikutuksia yksittäisille vakuuttajille. Mallissa matalan riskin vakuuttajat siirtävät varoja korkean riskin vakuuttajille.

## LIITE 12

**Esimerkkejä korvausmenettelystä, jolloin korvaus olisi euromääräinen eri korvastoilla ja tutkimuksen ja hoidon kiinteästä omavastuusta olisi luovuttu.**

*Taulukko. Lääkärin vastaanottokäynti ja toimenpide*

Toimenpide	Taksa €	Kustannus €	Nykyinen korvaus €	Euro-määräinen korvaus, 30 %	Euro-määräinen korvaus, 40 %	Euro-määräinen korvaus, 50 %
Erikoislääkärillä käynti, 20 min.	21,45	69,4*	12,87	21	28	35
Tympanostomia / putki	39,69	104,4	23,8	31	42	52

\*Keskimääräinen erikoislääkärin käynti tai toimenpide vuonna 2005

Esimerkkiin on otettu tavallisin lääkärin vastaanottokäynti ja tavallinen lääkärin tekemä toimenpide. Arvioissa 30, 40 ja 50 prosentin korvaukset on pyöristetty tasaeuroihin. Kustannukset ovat vuonna 2006 toteutuneita keskimääräisiä toimenpidekohtaisia kustannuksia Kansaneläkelaitoksen korvaustilastoista.

*Taulukko. Hammaslääkärin toimenpiteet*

Toimenpide	Taksa €	Kustannus €	Nykyinen korvaus €	Euro-määräinen korvaus, 30 %	Euro-määräinen korvaus, 40 %	Euro-määräinen korvaus, 50 %
Yhden pinnan täyte	26,41	47,6	15,8	14	19	24
Parodontologinen hoito	18,84	42,6	11,3	13	17	21

Esimerkkiin on valittu hammaslääkärin tavallisimpiin toimenpiteisiin kuuluva yhden pinnan paikkaus ja sekä parodontologinen hoito, jonka voi suorittaa sekä hammaslääkäri että suuhygienisti.

*Taulukko. Laboratoriotutkimus, radiologinen tutkimus ja fysioterapian toimenpide*

Tutkimus tai hoitotoimenpide	Taksa €	Kustannus €	Nykyinen korvaus €	Euro-määräinen korvaus, 30 %	Euro-määräinen korvaus, 40%	Euro-määräinen korvaus, 50%
Tyreotropiini	10,0	37,0	0	11	15	19
Nenän sivuonteloiden natiivi-rtg	33,0	65,9	14,6	20	26	33
Yksilöllinen terapia ja fysik. hoito	15,64	36,4	2,18	11	15	18

Esimerkeissä 30, 40 ja 50 prosentin korvaustasoissa kiinteä omavastuu on poistettu. Tällöin nykyisin alle omavastuun olevat tutkimukset tulisivat myös korvauksen piiriin. Useat tutkimukset, joista ei nyt makseta lainkaan korvausta, tulisivat korvatuiksi.



AT/AKT  
13.2.2007/Armi Weck

**Sairaanhoidon korvaustaksojen korotusprosentit, jos korvaustaksat korotetaan vastaavien kustannusten mukaisiksi vuonna 2006. Korvausten lisäkustannukset ja lisärahoitustarpeet vuonna 2006, kun 1) korvaukset määräytyvät kuten nykyisin tai 2) korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista**

#### Hammaslääkäripalkkiot

Hammaslääkäripalkkioissa korvaustaksojen korottaminen niiden kustannusten suuruiseksi aiheuttaa korvaustaksoihin keskimäärin 80 %:n korotuksen vuonna 2006, jos myös rintamaveteraanien hammashoidon 100 %:n ja 50 %:n korvaustaksat korotetaan.

1) Jos korvaukset määräytyvät kuten nykyisin, niiden lisäkustannus on 73 milj. euroa vuonna 2006.

2) Rintamaveteraanien 100 %:n ja 50 %:n korvausten perusteet jäävät nykyiselleen. Muutos koskee 60 %:n korvauksia ja niiden korvaus on 50 % tai 40 % kustannuksista. Lisäkustannus on 45 milj. euroa tai 18 milj. euroa vuonna 2006.

#### Lääkäripalkkiot

Lääkäripalkkioissa korvaustaksojen korottaminen niiden kustannusten suuruiseksi aiheuttaa korvaustaksoihin keskimäärin 118 %:n korotuksen vuonna 2006.

1) Jos korvaukset määräytyvät kuten nykyisin (60 % korvaustaksasta), niiden lisäkustannus on 75 milj. euroa vuonna 2006.

2) Jos lääkäripalkkioiden korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista, niiden lisäkustannus on 52 milj. euroa tai 29 milj. euroa vuonna 2006.

#### Tutkimus ja hoito

Tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen korottaminen niiden kustannusten suuruiseksi aiheuttaa korvaustaksoihin keskimäärin 94 %:n korotuksen vuonna 2006.

1) Jos korvaukset määräytyvät kuten nykyisin (75 % korvaustaksan ja 13,46 euron erotuksesta), niiden lisäkustannus on 69 milj. euroa vuonna 2006.

2) Jos tutkimuksen ja hoidon korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista, niiden lisäkustannus on 38 milj. euroa tai 18 milj. euroa vuonna 2006. Tällöin alle omavastuun (=13,46 euroa) olevien tutkimusten ja hoitojen kustannukset tulevat korvattaviksi. Laskelmassa on arvioitu nykyisin alle omavastuun jäävien tutkimusten ja hoitojen lisäävän noin 20 % nykyisten tutkimusten lukumäärää (4,24 milj. tutkimusta vuonna 2006). Uudet korvaukset lisäävät 2-3 milj. euroa korvausmenoja, mikä sisältyy arvioon.

## Lisämenot yhteensä ja niiden rahoitus vuonna 2006

Valtio ja sairaanhoitokorvauksiin oikeutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) rahoittavat puoliksi sairaanhoitovakuutuksen menot.

1) Lisämenot ovat 217 milj. euroa, josta puolet lisää valtion menoja noin 114 milj. euroa ja toisen puolen rahoitus aiheuttaa lisämenoa sairaanhoitovakuutukseen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairausvakuutuksen maksuperusteen 0,158 %-yksikön tuoton verran. 2) Lisämenot ovat 135 milj. euroa tai 65 milj. euroa, joista puolet lisää valtion menoja noin 71 milj. euroa tai 34 milj. euroa ja toisen puolen rahoitus aiheuttaa lisämenoa sairaanhoitovakuutukseen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairausvakuutuksen maksu-perusteen 0,099 %-yksikön tai 0,047 %-yksikön tuoton verran.

Kela/AT-osasto  
Aktuaariryhmä  
20.4.2007/Armi Weck

**Arvio korvausten lisäkustannuksista ja lisärahoitustarpeesta vuonna 2007, kun korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista**

**Hammaslääkäripalkkiot**

Rintamaveteraanien 100 %:n ja 50 %:n korvausten perusteet jäävät nykyiselleen. Muutos koskee 60 %:n korvauksia ja niiden korvaus on 50 % tai 40 % kustannuksista. Lisäkustannus on 50 milj. euroa tai 22 milj. euroa vuonna 2007.

**Lääkäripalkkiot**

Jos lääkäripalkkioiden korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista, niiden lisäkustannus on 56 milj. euroa tai 32 milj. euroa vuonna 2007.

**Tutkimus ja hoito**

Jos tutkimuksen ja hoidon korvaukset ovat 50 % tai 40 % kustannuksista, niiden lisäkustannus on 40 milj. euroa tai 19 milj. euroa vuonna 2007. Tällöin alle omavastuun (=13,46 euroa) olevien tutkimusten ja hoitojen kustannukset tulevat korvattaviksi. Laskelemassa on arvioitu nykyisin alle omavastuun jäävien tutkimusten ja hoitojen lisäävän noin 20 % nykyisten tutkimusten lukumäärää (arviolta 4,3 milj. tutkimusta vuonna 2007). Uudet korvaukset lisäävät noin 3 milj. euroa korvausmenoja, mikä sisältyy arviointiin.

**Lisämenot yhteensä ja niiden rahoitus vuonna 2007**

Valtio ja sairaanhoitokorvauksiin oikeutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) rahoittavat puoliksi sairaanhoitovakuutuksen menot.

Lisämenot ovat 146 milj. euroa tai 73 milj. euroa, joista puolet lisää valtion menoja noin 76 milj. euroa tai 38 milj. euroa ja toisen puolen rahoitus aiheuttaa lisämenoa sairaanhoitovakuutukseen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairausvakuutuksen maksuperusteen 0,10 %-yksikön tai 0,05 %-yksikön tuoton verran.

**LIITE 15**

Kela/AT-osasto  
Aktuaariryhmä  
20.4.2007/Armi Weck

**Arvio korvausten muutoksista ja niiden lisärahoitustarpeesta vuonna 2007, kun korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista****Lääkäripalkkiot**

Jos lääkäripalkkioiden korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista, niiden muutos verrattaessa nykykäytäntöön on 7, 32 tai 56 milj. euroa vuonna 2007.

**Hammaslääkäripalkkiot**

Rintamaveteraanien 100 %:n ja 50 %:n korvausten perusteet jäävät nykyiselleen. Muutos koskee 60 %:n korvauksia ja niiden uusi korvaus on 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista. Korvausten muutos verrattaessa nyky-käytäntöön on -6, 22 tai 50 milj. euroa vuonna 2007.

**Tutkimus ja hoito**

Jos tutkimuksen ja hoidon korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista, niiden muutos verrattaessa nykykäytäntöön on -1, 19 tai 40 milj. euroa vuonna 2007. Tällöin alle omavastuun (=13,46 euroa) olevien tutkimusten ja hoitojen kustannukset tulevat korvattaviksi. Laskelmassa on arvioitu nykyisin alle omavastuun jäävien tutkimusten ja hoitojen lisäävän noin 20 % nykyisten tutkimusten lukumäärää ja lukumäärän lisäys on arviolta 850 000. Uudet korvaukset lisäävät noin 2 - 3 milj. euroa korvausmenoja, mikä sisältyy arvioon.

**Tekonivelet, suuhygienistien antama hoito ja hammasprotetiikka**

Lisätään tekonivelet, suuhygienistien antama hoito ja hammasprotetiikka korvattaviksi. Saadun arvion mukaan vuonna 2007 tekonivelten korvaukset ovat 2, 3 tai 3 milj. euroa, jos korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50% . Saadun tiedon mukaan suuhygienistien antama hoito ei aiheuta lisäkustannuksia, koska samainen hoito jo korvataan hammaslääkärin tekemänä. Hammasprotetiikkaa 30 %:sesti korvattaessa korvaukset ovat 35 milj. euroa, 40 %:sesti korvattaessa 47 milj. euroa tai 50 %:sesti korvattaessa 58 milj. euroa, jolloin arviot sisältävät rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille maksettavan hammas-teknisen työn korvauksen korotuksen kyseiseen tasoon. Nämä korvaukset ovat yhteensä 37, 50 tai 61 milj. euroa vuonna 2007.

Psykoterapia sairaanhoitovakuutuksesta muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin antama

Lisätään muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin antama psykoterapia korvattavaksi. Jos korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista, saadun arvion mukaan korvaukset ovat 1 tai 1,5 tai 2 milj. euroa vuonna 2007. Nykyisistä sairaanhoitokorvauksista jää käyttämättä arvion mukaan noin 2 milj. euroa, kun psykoterapia kuntoutuksista siirretään järjestämisvelvollisuuden piiriin ja se rajataan sairaanhoitovakuutuksen ulkopuolelle. Vaikutus sairaanhoidon korvausmenoihin vuonna 2007 on arviolta -1 tai -0,5 milj. euroa tai ei ollenkaan, kun korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista.

Psykoterapia kuntoutuksena, kun se on järjestämisvelvollisuuden piirissä

Lisätään muun ammattihenkilön kuin lääkärin antama yksilöpsykoterapia kuntoutuksena korvattavaksi. Saadun arvion mukaan vuonna 2007 nämä lisäävät kuntoutuksen kustannuksia 4,5 milj. euroa.

Lisämenot yhteensä ja niiden rahoitus vuonna 2007

Valtio ja sairaanhoitokorvauksiin oikeutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) rahoittavat puoliksi sairaanhoitovakuutuksen menot.

Lisämenot yhteensä ovat 30 %:sesti korvattaessa noin 41 milj. euroa, 40 %:sesti korvattaessa noin 127 milj. euroa tai 50 %:sesti korvattaessa noin 212 milj. euroa, joista puolet lisää valtion menoja noin 21, 66 tai 111 milj. euroa ja toisen puolen rahoitus aiheuttaa lisämenoa sairaanhoitovakuutukseen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairausvakuutuksen maksuperusteen 0,028 %-yksikön, 0,087 %-yksikön tai 0,146 %-yksikön tuoton verran.

**LIITE 16**

Kela/AT-osasto  
Aktuaariryhmä  
20.4.2007/Armi Weck

**Arvio korvausten muutoksista ja niiden lisärahoitustarpeesta vuonna 2009, kun korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista**

**Lääkäripalkkiot**

Jos lääkäripalkkioiden korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista, niiden muutos verrattaessa nykykäytäntöön on 9, 36 tai 62 milj. euroa vuonna 2009.

**Hammaslääkäripalkkiot**

Rintamaveteraanien 100 %:n ja 50 %:n korvausten perusteet jäävät nykyiselleen. Muutos koskee 60 %:n korvauksia ja niiden uusi korvaus on 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista. Korvausten muutos verrattaessa nyky-käytäntöön on -6, 25 tai 56 milj. euroa vuonna 2009.

**Tutkimus ja hoito**

Jos tutkimuksen ja hoidon korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista, niiden muutos verrattaessa nykykäytäntöön on -1, 20 tai 42 milj. euroa vuonna 2009. Tällöin alle omavastuun (=13,46 euroa) olevien tutkimusten ja hoitojen kustannukset tulevat korvattaviksi. Laskelmassa on arvioitu nykyisin alle omavastuun jäävien tutkimusten ja hoitojen lisäävän noin 20 % nykyisten tutkimusten lukumäärää ja lukumäärän lisäys on arviolta 850 000. Uudet korvaukset lisäävät noin 2 - 3 milj. euroa korvausmenoja, mikä sisältyy arvioon.

**Tekonivelet, suuhygienistien antama hoito ja hammasprotetiikka**

Lisätään tekonivelet, suuhygienistien antama hoito ja hammasprotetiikka korvattaviksi. Saadun arvion mukaan vuonna 2009 tekonivelten korvaukset ovat 2, 3 tai 3 milj. euroa, jos korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50% . Saadun tiedon mukaan suuhygienistien antama hoito ei aiheuta lisäkustannuksia, koska samainen hoito jo korvataan hammaslääkärin tekemänä. Hammasprotetiikkaa 30 %:sesti korvattaessa korvaukset ovat 36 milj. euroa, 40 %:sesti korvattaessa 49 milj. euroa tai 50 %:sesti korvattaessa 60 milj. euroa, jolloin arviot si-sältävät rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille maksettavan hammas-teknisen työn korvauksen korotuksen kyseiseen tasoon. Nämä korvaukset ovat yhteensä 38, 52 tai 63 milj. euroa vuonna 2009.

Psykoterapia sairaanhoitovakuutuksesta muun laillistetun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin antama

Lisätään muun terveydenhuollon ammattihenkilön kuin lääkärin antama psykoterapia korvattavaksi. Jos korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista, saadun arvion mukaan korvaukset ovat 1,2 tai 1,7 tai 2,2 milj. euroa vuonna 2007. Nykyisistä sairaanhoitokorvauksista jää käyttämättä arvion mukaan noin 2 milj. euroa, kun psykoterapia kuntoutuksesta siirretään järjestämisvelvollisuuden piiriin ja se rajataan sairaanhoitovakuutuksen ulkopuolelle. Vaikutus sairaanhoidon menoihin vuonna 2009 on arviolta -1 tai -0,5 milj. euroa tai ei ollenkaan, kun korvaukset ovat 30 %, 40 % tai 50 % kustannuksista.

Psykoterapia kuntoutuksena, kun se on järjestämisvelvollisuuden piirissä

Lisätään muun ammattihenkilön kuin lääkärin antama yksilöpsykoterapia kuntoutuksena korvattavaksi. Saadun arvion mukaan vuonna 2009 nämä lisäävät kuntoutuksen kustannuksia 9 milj. euroa.

Lisämenot yhteensä ja niiden rahoitus vuonna 2009

Valtio ja sairaanhoitokorvauksiin oikeutetut (palkansaajat, yrittäjät ja etuudensaajat) rahoittavat puoliksi sairaanhoitovakuutuksen menot.

Lisämenot yhteensä ovat 30 %:sesti korvattaessa 47 milj. euroa, 40 %:sesti korvattaessa 142 milj. euroa tai 50 %:sesti korvattaessa 232 milj. euroa, joista puolet lisää valtion menoja noin 25, 74 tai 122 milj. euroa ja toisen puolen rahoitus aiheuttaa lisämenoa sairaanhoitovakuutukseen palkansaajien, yrittäjien ja eläkkeensaajien sairausvakuutuksen maksuperusteen 0,030 %-yksikön, 0,090 %-yksikön tai 0,147 %-yksikön tuoton verran.

## LAUSUMA TYÖRYHMÄMUISTIOON

Ikärakenteen muutos, väestön tulotason kasvu sekä lääkkeiden ja hoitomenetelmien kehitys kasvattavat merkittävästi sairaanhoitovakuutuksen menoja tulevaisuudessa. Sairaahoitovakuutuksen menojen arvioidaan kaksinkertaistuvan 1,5 mrd eurosta 3 mrd euroon vuoteen 2020 mennessä jo ilman korvaustason ja -järjestelmän kehittämistä. Ottaen huomioon sairaanhoitovakuutuksen käytettävissä olevat varat, menojen kasvupaine ja perustellut kehittämistarpeet näemme välttämättömänä että sairaanhoitovakuutuksen rahoituspohjaa laajennetaan nykyisestä.

Viimeisimmässä sairausvakuutuksen rahoitusuudistuksessa työnantajat jätettiin pois sairaanhoitovakuutuksen rahoituksesta. Valmistelu ei ollut yksimielinen, vaan hallitus teki asiassa työnantajapuolen kantoja myötäillen ratkaisun. Sairausvakuutusjärjestelmän sisäiset menopaineet ovat muuttumassa siten, että sairaanhoitovakuutuksen osuus korostuu, jolloin myös rahoitusvastuu on siirtymässä entistä enemmän työnantajilta palkansaajille. Ottaen vielä huomioon elinkeinoelämän julkituoman voimakkaan intressin sairaanhoitovakuutuksen tuntuvaan vahvistamiseen, olisi luonnollista että se myös itse jatkossa osallistuisi vakuutuksen rahoittamiseen.

Katsomme, että rinnan sairaanhoitovakuutusjärjestelmän kehittämisen kanssa on myös järjestelmän rahoitus syytä ottaa uudelleen tarkasteltavaksi.

Sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän jäsenet:

Paula Ilveskivi  
AKAVA ry

Petri Mustakallio  
SAK ry

Heli Puura  
STTK ry



- 2007: 1 Mikael Fogelholm, Olavi Paronen, Mari Miettinen. Liikunta – hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveysliikunnan tila ja kehittyminen 2006.  
ISBN 978-952-00-2232-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2233-4 (PDF)
- 2 Jussi Huttunen. Lääkkeiden kustannusvastuun ongelmat ja ehdotuksia ongelmien ratkaisemiseksi. Selvityshenkilön raportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2237-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2238-9 (PDF)
- 3 Salme Kallinen-Kräkin, Tero Meltti. Sosiaalipalvelut toimiviksi. Sosiaalialan kehittämishankkeen arviointikierroksen raportti. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2245-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2246-4 (PDF)
- 4 Simo Salminen, Riikka Ruotsala, Jarmo Vorne, Jorma Saari. Työturvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuus-toimintaan.  
ISBN 978-952-00-2247-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2248-8 (PDF)
- 5 Perhepäivähoidon kehittämisen suuntia. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2255-6 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2139-9 (PDF)
- 6 Varhaiskasvatustutkimus ja varhaiskasvatuksen kansainvälinen kehitys. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2259-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2260-0 (PDF)
- 7 Varhaiskasvatuksen henkilöstön koulutus ja osaaminen. Nykytila ja kehittämistarpeet. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2261-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2262-4 (PDF)
- 8 Markku Lehto. Tie hyvään vanhuuteen. Vanhusten hoidon ja palvelujen linjat vuoteen 2015. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2263-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2264-8 (PDF)
- 9 Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan tulossopimukset kaudelle 2004-2007. Tarkistusvuosi 2007. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2265-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2266-2 (PDF)
- 10 Sosiaali- ja terveysministeriön toimintasuunnitelma vuodelle 2007. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2267-9 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2268-6 (PDF)
- 11 Samapalkkaisuusohjelma. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2273-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2274-7 (PDF)
- 12 Sosiaalihuollon kehittämistoiminnan arvioinnin loppuraportti. Toim. Jaana Kaakinen, Jarmo Nieminen, Jukka Ohtonen.  
ISBN 978-952-00-2279-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2280-8 (PDF)

- 2007: 13 Varhaiskasvatuksen kehittämisen suuntaviivoja lähivuosille. Väiliraportti varhaiskasvatuksen neuvottelukunnan työstä. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2281-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2282-2 (PDF)
- 14 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. Suomen eTerveys -tiekartta. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2283-9 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2284-6 (PDF)
- 15 Annakaisa livari, Pekka Ruotsalainen. eHealth roadmap - Finland. (Stencil)  
ISBN 978-952-00-2285-3 (pb)  
ISBN 978-952-00-2286-0 (PDF)
- 16 Opportunities to reconcile family and work. Ed. by Rolf Myhrman, Riitta Säntti.  
ISBN 978-952-00-2287-7 (pb)  
ISBN 978-952-00-2288-4 (PDF)
- 17 Tomi Hussi, Guy Ahonen. Business-oriented maintenance of work ability. (Stencil)  
ISBN 978-952-00-2289-1 (pb)  
ISBN 978-952-00-2290-7 (PDF)
- 18 Anita Haataja. Viisikymppisten työllisten työssä jatkamista ennakoivat tekijät.  
ISBN 978-952-00-2292-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2293-8 (PDF)
- 19 Sanna Parrila. Perhepäivähoidon ohjauksen kehitysvaihtoehtoja.  
ISBN 978-952-00-2294-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2295-2 (PDF)
- 20 Elina Renko. "Alkoholinkäyttö ei ole yksityisasia". Alkoholiohjelmaan ja alkoholipolitiikkaan liittyvä lehdistökirjoittelu 2004-2006.  
ISBN 978-952-00-2296-9 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2297-6 (PDF)
- 21 Nikotiinivalmisteiden seurantatyöryhmän muistio. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2304-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2305-8 (PDF)
- 22 Leena Tamminen-Peter. Ergonomiaopetuksen kehittäminen sosiaali- ja terveydenhoitoalan oppilaitoksissa. (Julkaistaan ainoastaan verkossa [www.stm.fi](http://www.stm.fi))  
ISBN 978-952-00-2306-5 (PDF)
- 23 Sosiaali- ja terveysministeriön taloussääntö 1.3.2007.  
ISBN 978-952-00-2315-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2316-4 (PDF)
- 24 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän raportti. Vuoden 2006 toiminta. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2321-8 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2322-5 (PDF)
- 25 Erityisryhmien asumisturvallisuuden parantaminen. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2327-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2328-7 (PDF)
- 26 Markku Kuisma. Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen. Selvityshenkilön raportti.  
ISBN 978-952-00-2332-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2333-1 (PDF)

- 2007: 27 Koko perhe kierteessä. Lähisuuhdeväkivalta ja alkoholi.  
ISBN 978-952-00-2342-3 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2343-0 (PDF)
- 28 Päivi Voutilainen, Eija Kattainen, Reija Heinola. Omaishoidon tuki sosiaalipalveluna. Selvitys omaishoidon tuesta ja sen vaihtelusta 1994-2006.  
ISBN 978-952-00-2344-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2345-4 (PDF)
- 29 Terveysalan opettajan ammatillisen osaamisen ylläpitäminen ja kehittäminen. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2352-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2353-9 (PDF)
- 30 Aila Kumpulainen. Kehitysvammapalvelut vuonna 2004.  
ISBN 978-952-00-2356-0 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2357-7 (PDF)
- 31 Stefan Ehrstedt. Työelämän kehittämishankkeet ja –ohjelmat valituissa OECD-maissa sekä kansainvälisissä järjestöissä.  
ISBN 978-952-00-2362-1 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2363-8 (PDF)
- 32 Samapalkkaisuusohjelman seurantaryhmän (2006-2007) loppuraportti.  
ISBN 978-952-00-2370-6 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2371-3 (PDF)
- 33 Lapsiasiavaltuutetun toimintakertomus vuodelta 2006.  
ISBN 978-952-00-2374-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2375-1 (PDF)
- 34 Sairaanhoidovakuutuksen kehittäminen. Sairausvakuutuksen sairaanhoitovakuutuksen kehittämistyöryhmän muistio. (Moniste)  
ISBN 978-952-00-2378-2 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2379-9 (PDF)
- 35 Palveluksessanne STM.  
ISBN 978-952-00-2390-5 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2391-2 (PDF)
- 36 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Pohjoismaiden terveydenhuollon rahoitus- ja palvelujärjestelmien vertailu.  
ISBN 978-952-00-2386-7 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2387-4 (PDF)
- 37 Mirja Willberg, Hannu Valtonen. Jämförelse av finansierings- och servicesystemen inom hälso- och sjukvården.  
ISBN 978-952-00-2388-1 (inh.)  
ISBN 978-952-00-2389-8 (PDF)
- 38 Raija Volk, Tuula Laukkanen. Palvelusetelin käyttö kunnissa.  
ISBN 978-952-00-2390-4 (nid.)  
ISBN 978-952-00-2391-1 (PDF)