

Bilaga 4: Konsekvenser för kundernas beteende och för kostnaderna om sjukvårdsersättningarna för privat hälso- och sjukvård avskaffas

Uppdrag

Uppdraget var att bedöma vilka konsekvenserna blir för den offentliga sektorn, om sjukvårdsersättningarna för privat hälso- och sjukvård avskaffas. Konsekvenserna av denna förändring bedöms med avseende på antalet kunder som övergår till den offentliga sektorn och de kostnader som detta medför för den offentliga sektorn. Strävan har varit att undersöka kundövergångarna ur två perspektiv. Inledningsvis presenteras FPA:s bakgrundsberäkningar som baserar sig på de ersättningar som betalats kunder år 2019 för privata läkartjänster, tandvård samt undersökning och behandling. Beräkningarna utgår från att den offentliga sektorn erbjuder exakt samma tjänster med exakt samma kostnadsstruktur som den privata sektorn. Den mer detaljerade konsekvensbedömningen grundar sig på antaganden om vilka kundövergångarna skulle bli inom specialområdena, antaganden som baserar sig på expertbedömningar utförda vid SHM och THL.

FPA:s beräkningar baserade på ersättningar som betalats av sjukförsäkringsfonden

I tabell 1 nedan presenteras kostnaderna för de ersättningar som kunder betalats från sjukförsäkringsfonden, som administreras av FPA. Ersättningar har betalats för 1) privata läkartjänster, 2) tandvård samt 3) undersökning och behandling. Tabellen visar de totala kostnaderna och finansieringsandelarna (privat kontra offentlig) för dessa förmåner 2019. När det gäller beräkningarna är det bra att beakta att alla som betalar sjukförsäkringspremie (de försäkrade) finansierar sjukvårdsförsäkringen, även om de inte själva är kunder hos en privat tjänsteproducent.

De kostnader som beskrivs gäller 2019, då coronaepidemin inte ännu inverkade på befolkningens användning av hälso- och sjukvårdstjänster. Materialet baserar sig på statistiska data i sjukförsäkringsregistret (Kelasto), som administreras av FPA. Tabell 1 visar kostnaderna i form av arvoden som tagits ut, totalt cirka 1,0 miljarder euro. Av totalbeloppet finansierade kunderna största delen genom självrisker, cirka 870 miljoner euro (86 % av de totala kostnaderna). Staten finansierade FPA:s ersättningar från sjukförsäkringsfonden med cirka 96 miljoner euro, och med de försäkrades försäkringspremier finansierades 47 miljoner euro.

Tabell 1. Arvoden för tjänster inom den privata vården, ersättningar från sjukvårdsförsäkringen och finansieringsandelar för tjänsterna 2019, miljoner euro. Källa: Kelasto.

	Kostnader totalt (inkluderar inte kontorsavgifter)	Kundernas självrisker	FPA-ersättning från SVF-fonden	Statens finansieringsandel av SVF-fonden (67 %)	De försäkrades finansieringsandel av SVF-fonden (33 %)
Privata läkararvoden totalt	367,3	312,5	54,8	36,7	18,1

	Kostnader totalt (inkluderar inte kontorsavgifter)	Kundernas självrisker	FPA-ersättning från SVF-fonden	Statens finansieringsandel av SVF-fonden (67 %)	De försäkrades finansieringsandel av SVF-fonden (33 %)
Specialistläkare, besök + utlåtanden	246,8	209,4	37,4	25,0	12,4
Specialistläkare, distansbesök	3,1	2,6	0,4	0,3	0,1
Specialistläkare, åtgärder	68,0	57,9	10,1	6,8	3,3
Allmänläkare, besök + utlåtanden	46,5	39,9	6,5	4,4	2,1
Allmänläkare, distansbesök	1,6	1,4	0,2	0,1	0,1
Allmänläkare, åtgärder	1,4	1,2	0,2	0,1	0,1
Privat tandvård totalt	345,0	296,6	48,3	32,4	15,9
Tandläkare	308,4	264,8	43,6	29,2	14,4
Munhygienister	36,6	31,9	4,7	3,4	1,3
Undersökning och behandling totalt	301,8	262,2	39,5	26,5	13,0
Fysioterapi	73,0	64,3	8,7	5,8	2,9
Laboratorieundersökningar	82,7	75,0	7,7	5,2	2,5
Radiologiska undersökningar	140,3	117,8	22,5	15,1	7,4
Andra undersökningar och behandlingar	5,7	5,1	0,5	0,4	0,1
Totalt	1 014,0	871,4	142,6	95,6	47,0

Osäkerheten i fråga om kundövergången och kostnader

Hur förändringen inverkar på övergångar och kostnader samt vilka deras hypotetiska ytterligheter är kan bedömas genom olika scenarier där ett visst antal kunder övergår från privata till offentliga tjänster. Tabell 2 visar FPA:s uppskattningar av hur stora kostnaderna blir för kundövergångar för olika typer av förmåner, om sjukvårdsförsäkringsersättningarna för privat vård avskaffas och motsvarande tjänster ordnas av välfärdsområdena. Scenarierna utgår från att den offentliga sektorn tillhandahåller tjänster som motsvarar de tjänster inom den privata vården som kunden för närvarande får ersättning för av

sjukförsäkringen. Dessutom utgår de från att kostnadsstrukturen är exakt densamma inom den privata som inom den offentliga sektorn. I beräkningen har inte heller beaktats de klientavgifter som den offentliga sektorn tar ut. Siffrorna i tabellen baserar sig därmed på hypotetiska beräkningar och inte på några egentliga konsekvensbedömningar. De ger en viss uppfattning om hur stora kostnaderna kan bli för den offentliga sektorn vid kundövergångar av olika storlek.

Det är mycket sannolikt att kundövergångarnas omfattning kommer att variera beroende på omfattningen och utbudet av de tjänster som de kommande välfärdsområdena kommer att erbjuda. Ju mer omfattande välfärdsområdenas så kallade offentliga servicelöfte blir, desto större är sannolikheten för att kunderna övergår till dem. Osäkerheten är betydande i fråga om i vilken utsträckning motsvarande tjänster kommer att omfattas av vårdgarantin, vilket naturligtvis kan påverka efterfrågan på tjänster och eventuella kundövergångar.

Det finns inga forskningsbaserade numeriska uppskattningar av kundövergångarna. Tabell 2 visar finansieringsbehovet vid olika övergångar med hjälp av scenarier. Uppskattningarna av hur stora kundövergångarna skulle bli varierar mellan experterna i de olika organisationerna. Tabellen nedan visar baserat på FPA:s expertbedömningar hur kundövergångarna påverkar den offentliga sektorns finansieringsbehov. FPA:s scenarier utgår från att 5 – 50 procent av kunderna övergår från privata tjänster till offentliga tjänster i välfärdsområdena. Ett följdantagande är att kostnaderna för deras servicebehov inom den offentliga sektorn helt motsvarar de nuvarande kostnaderna inom den privata sektorn. De samlade privata hälso- och sjukvårdstjänster som bedöms utgör en omfattande del i den helhet som består av personer, prestationer och finansiering (finansieringen totalt 1,0 miljarder euro), varför de kundövergångar som visas i tabell 2 har beräknats separat för de olika förmånsslagen.

Uppgifterna om kundövergångarna i tabell 2 baserar sig på de sammanräknade siffrorna i tabell 1 som anges per förmånsslag och baserar sig på hela sjukförsäkringsregistret. Det spekulativa offentliga finansieringsbehovet (netto) i tabell 2 erhålls genom att från den offentliga finansieringen subtrahera den finansiering som kunden har stått för och som samtidigt skulle falla bort. Tabell 1 visar till exempel att ersättningarna för privat tandvård uppgick till 48,3 miljoner euro, varav statens andel (67 %) var 32,4 miljoner euro. Om kundövergången från privat till offentlig tandvård blir 5 procent, minskar statens kostnader med cirka 1,6 miljoner euro ($32,4 \text{ miljoner euro} * 0,05$). Kundernas finansieringsandel för privat vård blir 14,8 miljoner euro ($296,6 \text{ miljoner euro} * 0,05$). Med dessa beräkningsantaganden blir kundövergångens påverkan på det offentliga finansieringsbehovet 14 miljoner euro, då besparingen inom den offentliga finansieringen (1,6 miljoner euro) subtraheras från den finansiering av privat vård som betalas med kundens självrisk och de försäkrades sjukförsäkringspremier (14,8 + 0,8 miljoner euro). Det faktiska finansieringsbehovet beror förstås framför allt på hur stor kostnaden per besök blir inom den offentliga sektorn jämfört med kostnaden per besök i motsvarande tjänst inom den privata sektorn. I beräkningen har inte beaktats den minskning av finansieringsbehovet som klientavgifterna ger. Till exempel inom tandvården för vuxna minskar avgifterna behovet med 40 procent.

Tabell 2. Behovet av offentlig tilläggsfinansiering (miljoner euro) för ersättningarna för privat vård i olika kundövergångsscenarier, om kostnadsnivån samt den offentliga och den privata sektorns finansieringsandelar förblir oförändrade (enligt nivån 2019).

	Övergån g 5 %	Övergån g 10 %	Övergån g 15 %	Övergån g 20 %	Övergån g 30 %	Övergån g 40 %	Övergån g 50 %
Privata läkararvoden totalt	14,7	29,4	44,1	58,8	88,2	117,6	146,9
Specialistläkare, besök + utlåtanden	9,8	19,7	29,5	39,3	59,0	78,7	98,3
Specialistläkare, distansbesök	0,1	0,3	0,4	0,5	0,8	1,0	1,3
Specialistläkare, åtgärder	2,7	5,4	8,2	10,9	16,3	21,8	27,2
Allmänläkare, besök + utlåtanden	1,9	3,8	5,7	7,5	11,3	15,1	18,8
Allmänläkare, distansbesök	0,1	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,7
Allmänläkare, åtgärder	0,1	0,1	0,2	0,2	0,4	0,5	0,6
Privat tandvård totalt	14,0	28,0	42,0	56,0	84,1	112,1	140,1
Tandläkare	12,5	25,0	37,5	50,0	75,0	100,0	125,0
Munhygienister	1,5	3,0	4,5	6,1	9,1	12,1	15,1
Undersökning och behandling totalt	12,4	24,9	37,3	49,8	74,6	99,5	124,4
Fysioterapi	3,1	6,1	9,2	12,3	18,4	24,5	30,7
Laboratorieundersökningar	3,6	7,2	10,8	14,5	21,7	28,9	36,2
Radiologiska undersökningar	5,5	11,0	16,5	22,0	33,0	44,1	55,1
Andra undersökningar och behandlingar	0,2	0,5	0,7	1,0	1,5	2,0	2,5
Totalt	41,1	82,3	123,4	164,6	246,9	329,2	411,4

Behovet av offentlig tilläggsfinansiering varierar från cirka 40 miljoner euro i 5 procents övergångsscenariot till 400 miljoner euro i 50 procents scenariot. Eftersom klientavgifterna inte beaktats i beräkningen, skulle behovet av offentlig finansiering i verkligheten vara lägre. Till exempel när det gäller tandvård varierar behovet av tilläggskostnader i scenarierna mellan 14 och 140 miljoner euro. Om de

vuxnas klientavgifter för tandvård (cirka 40 % av kostnaderna) förblir oförändrade innebär det att det faktiska behovet av tilläggskostnader varierar mellan 8,4 och 84 miljoner euro. I de övriga hälso- och sjukvårdstjänsterna inom den offentliga sektorn är emellertid de genomsnittliga klientavgifterna lägre än avgifterna för tandvård. Till exempel inom den specialiserade sjukvården är klientavgifternas finansieringsandel cirka fyra procent.

De mycket höga procenttalen för övergångarna i scenarierna i tabell 2 skulle kunna bli verklighet om det inte fanns några begränsningar i utbudet av offentliga tjänster – vilket dock inte kan anses var ett särskilt realistiskt utfall. För detta finns det flera skäl. En betydande utbyggnad av de offentliga tjänsterna begränsas för det första av de knappa resurserna, och även framöver blir man antagligen tvungen att diskutera prioriteringar. För det andra kan man inte anta att den offentliga sektorn skulle tillhandahålla exakt samma tjänster som den privata sektorn. Man kan också anta att till exempel vårdgarantin kommer att gälla endast bastjänsterna. Dessutom kan man inte anta att kostnaden för ett besök inom den offentliga sektorn skulle motsvara det pris som tas ut för ett besök inom den privata sektorn.

Beräkningsprinciper i SHM:s och THL:s konsekvensbedömningar

Bedömningar av kundövergångarnas omfattning i specialområden

Eftersom det inte finns några exakta numeriska data baserade på tidigare forskning tillgängliga, bygger konsekvensbedömningen på expertbedömningar av övergångarnas storleksklass. Med beaktande av de olika begränsningar som finns för de offentliga hälso- och sjukvårdstjänsterna kan man anta att realistiska bedömningar av övergångarna ger lägre siffror än de scenarier som beskrivs ovan. Det finns flera aspekter som talar för att antalet övergångar kommer att vara måttliga. De offentliga och de privata tjänsterna kan inte fullständigt ersätta varandra, och de har inte samma utbud av tjänster. De tjänster som tillhandahålls inom den offentliga hälso- och sjukvården motsvarar inte alls till alla delar de tjänster som den privata hälso- och sjukvården tillhandahåller. Inom de offentliga tjänsterna är kriterierna för att få vård också delvis strängare, och en kund kan inte heller komma direkt till en specialistläkare, inte alltid ens till en allmänläkare.

För vissa kunder är det också viktigt att själv få välja läkare, och om kunderna vill kan de alltid be om att få besöka samma läkare. Dessutom har sjukvård ersättningsens realvärde sjunkit kraftigt utan att det orsakat någon betydande övergång till offentliga tjänster; ersättningsens betydelse är således redan nu avsevärt mindre än förut. Det bör också beaktas att marknaden bestämmer priset på tjänsterna. Om ett avskaffande av FPA-ersättningarna leder till att ett stort antal kunder går över till den offentliga sektorn, kan de privata tjänsteproducenterna sänka priserna eller prisernas tillväxttakt, varvid avskaffandet inte heller skulle påverka kundens självriskandel i någon stor utsträckning.

Bedömningen av kostnadseffekterna baseras på bedömningar som SHM:s och THL:s experter på specialiserad sjukvård och primärvård gjort om vilka övergångar som kan förväntas i olika scenarier. För de vanligaste specialområdena har alltid experterna på specialområdet i fråga använts.

Vid uppskattning av hur många kunder som skulle gå över till den offentliga sektorn måste man beakta att antalet kan skilja sig mellan specialområdena. Vid läkarbesök inom **allmänmedicin** har läkarna inom den privata sektorn möjlighet att ta emot kunder med 15 minuters mellanrum. De kortare

mottagningstiderna beror på att läkarna inom den offentliga sektorn sköter mer komplexa patientfall, och den patientgrupp som besöker sjuksköternas mottagningar inom den offentliga sektorn motsvarar delvis den grupp som besöker läkarmottagningarna inom den privata sektorn. Många kunder skulle inte alls besöka mottagningarna inom den offentliga sektorn. De skulle således inte ens ha möjlighet att besöka en mottagning inom den offentliga sektorn, även om de skulle vilja.

Den privata sektorn är således i princip en mycket annorlunda tjänsteproducent än den offentliga sektorn. Den är mer ett komplement till den offentliga sektorn än ett substitut för den. I synnerhet av denna orsak gör experterna den bedömningen att ett avskaffande av sjukförsäkringsersättningarna antagligen inte skulle ha någon stor inverkan på kundövergångarna när det gäller allmänläkarnas tjänster.

En stor del av dem som använder tjänster som sjukförsäkringen ersätter har också tillgång till företagshälsovårdstjänster. Dessa kunder skulle sannolikt främst gå över till företagshälsovårdstjänsterna och inte till tjänsterna inom den offentliga sektorn. En del av de som använder tjänster som ersätts av sjukförsäkringen har en privat försäkring, så ett avskaffande av ersättningarna skulle knappast påverka deras användning av tjänster. Det bör också observeras att många av de kunder som använder privata sektorns tjänster behöver tjänster sällan (de är "engångskunder"). De vet inte nödvändigtvis exakt hur mycket tjänsterna kostar eller så spelar det ingen roll för dem, eftersom de till exempel är villiga att betala för snabb tillgång till en allmänläkares mottagning inom den privata sektorn.

Även när det gäller **ögonsjukdomar** är kriterierna för att få vård betydligt strängare inom den offentliga sektorn än inom den privata sektorn. Det är mycket svårt att få vård för dessa, eftersom det inte finns tillräckligt med tjänster tillgängliga inom den offentliga sektorn, vilket beror på att det inte finns tillräckligt med personal som har kompetens inom området. Att så är fallet beror på att personer med denna kompetens har sökt sig huvudsakligen till den privata sektorn. Inom den privata sektorn är utbudet av ögonläkartjänster rikligt, och många ögonläkare arbetar endast som privatläkare.

Även ögonsjukdomarnas profil har förändrats på sista tiden, och det finns fler behandlingsmetoder tillgängliga. Kunderna nöjer sig inte enbart med det offentliga utbudet. Det har tillkommit aktiva behandlingar för sådant som inte tidigare kunde behandlas (åldersrelaterad maculadegeneration osv.). Inom den offentliga sektorn har arbetet fördelats mellan optiker och sjukskötare. Av ovan nämnda skäl bedömer experterna att ett avskaffande av sjukförsäkringsersättningarna inte skulle leda till några betydande kundövergångar till den offentliga sektorn. Det kan eventuellt öka efterfrågan på optikernas tjänster, men knappast på ögonläkartjänsterna inom den offentliga sektorn.

När det gäller **ortopedi och traumatologi** har kunderna inom den offentliga sektorn inte möjlighet till sådana besök som den privata sektorn erbjuder och som sjukförsäkringen ersätter. Experterna bedömer därför att ett avskaffande av ersättningarna inte skulle orsaka någon övergång till den offentliga sektorn eller så skulle den vara mycket liten. Det skulle antagligen inte heller ske någon övergång till hälsocentralläkarna inom den offentliga sektorn, eftersom det ofta finns en särskild orsak till att kunden vill besöka en ortoped eller traumatolog.

Om ersättningarna avskaffas kan det för de små skadornas del öka belastningen på de offentliga olycksfallspoliklinikerna, men enligt expertbedömningarna blir förändringen inte stor. Läkarbesöken vid små skador är ofta förknippade med rygg-, nack-, axel- och knäsmärtor, för vilka man inom den offentliga

sektorn inte får träffa en ortoped. En del av kunderna har också en privat försäkring, så avskaffandet av ersättningarna skulle knappast minska deras besök hos privatläkare.

När det gäller **öron-, näs- och strupsjukdomar** gäller en stor del av de nuvarande kundbesöken öroninflammationer hos barn och andra liknande åkommor. Kunderna har ofta en privat försäkring, så avskaffandet av ersättningarna skulle inte ha någon betydande inverkan på deras beteende. En del av de besök som tidigare gjorts på grund av lindriga förkylningar eller motsvarande åkommor skulle antagligen inte alls bli av, det vill säga i dessa fall skulle man inte heller vända sig till den offentliga hälso- och sjukvården. Att avskaffa ersättningarna skulle enligt expertbedömningarna således inte ha någon betydande inverkan på kundernas beteende i fråga om dessa sjukdomar.

Enligt expertbedömningarna skulle ett avskaffande av FPA-ersättningarna i fråga om **barnsjukdomar** knappast påverka de försäkrade kundernas beteende. Experterna bedömde att cirka 20 procent av alla kunder är oförsäkrade. Hos en del av dessa kan efterfrågan minska om priserna höjs på grund av att ersättningarna avskaffas. Enligt expertbedömningarna består cirka 80 procent av de besök som görs på grund av barnsjukdomar av rådgivning på sjukskötar nivå. Kostnadseffekten skulle därmed troligen vara liten.

Även när det gäller **hudsjukdomar** bedömer experterna att ett avskaffande av ersättningarna skulle ha liten inverkan på kundövergångarna från privata tjänsteproducenter till offentliga. Detta beror på att en del av kunderna är kroniker (eller sådana som använder tjänster oftare än andra) för vilka det är viktigt att de alltid får besöka samma läkare. Dessutom har många (till exempel små barn med födoämnesallergi) en privat försäkring, så för dessa skulle avskaffandet av ersättningarna ha liten effekt med tanke på kundövergångarna.

Inom specialområdet **kvinnosjukdomar och förlossningar** skulle ett avskaffande av ersättningarna enligt expertbedömningarna kunna orsaka en större kundövergång till den offentliga sektorn än inom de övriga specialområdena när det gäller kvinnor under 25 år, eftersom dessa i vissa kommuner har tillgång till avgiftsfria tjänster relaterade till förhindrande av graviditet. En del av kvinnorna i denna grupp anlitar privata tjänster i samband med att de ska börja använda preventivmedel. I övrigt bedömer experterna att övergångarnas omfattning skulle vara liten, eftersom många gynekologer arbetar bara inom den privata sektorn. Även den privata och den offentliga sektorns verksamhetsmodeller skiljer sig en aning från varandra. Till exempel hos många privata tjänsteproducenter hör det till rutinerna att efter gynekologiska operationer komma överens om en efterkontroll, vilket inte på samma sätt är en rutinåtgärd i den offentliga sektorns verksamhetsmodell.

Dessutom har en del av kunderna en privat försäkring, och de skulle knappast övergå till den offentliga sektorn. För en del av kunderna är det också viktigt att träffa samma gynekolog varje gång, så antagligen skulle inte heller de gå över till den privata sektorn, fastän priset på tjänsten skulle stiga då ersättningarna avskaffas.

För specialområdet **psykiatri** bedömde experterna att ett avskaffande av ersättningarna knappast skulle påverka kundernas beteende, eftersom det bland dem som använder privata psykiatriska tjänster finns många som vill ha hjälp snabbt och inte vill vänta i långa köer och/eller vårdkedjor inom den offentliga sektorn. Dessutom är särskilt psykiatritjänsterna sådana att det för kunderna ofta är viktigt att alltid få besöka samma vårdande läkare (vilket inte är lika vanligt inom den offentliga sektorn).

Inom ungdomspsykiatri skulle avskaffandet av ersättningarna knappast ha någon stor inverkan på kundövergångarna, eftersom ersättningen är liten och priset för tjänsten i allmänhet består av bara läkararvoden (inga andra tillägg). Dessutom finns det kunder som har privata försäkringar.

Försäkringsbolagen skulle knappast ändra sitt beteende till följd av att ersättningarna avskaffas, eftersom ersättningarna är små, och det förekommer att försäkringsbolagen till och med låter bli att ansöka om dessa ersättningar, eftersom ansökan ger upphov till administrativa kostnader.

När det gäller tjänsterna inom undersökning och behandling bedömer experterna att det i kommunerna för närvarande är dålig tillgång på tjänster av det slag som ges vid de privata **fysioterapibesök** som ersätts av sjukförsäkringen. De fysioterapibesök som ersätts av sjukförsäkringen gäller huvudsakligen fysioterapi vid problem med rörelseorganen, och det är svårt att få tillgång till denna typ av vård inom den offentliga sektorn. Om det inte sker några förändringar i den offentliga sektorns serviceutbud, förmår inte denna sektor särskilt väl kompensera för de tjänster som för närvarande tillhandahålls av den privata sektorn med ersättning av sjukförsäkringen. Kundernas möjlighet att gå över till den offentliga sektorn skulle således inte vara god, även om ersättningarna avskaffades. Även när det gäller hudsjukdomar bedömde experterna att ett avskaffande av ersättningarna skulle ha liten inverkan på kundövergångarna från privata tjänsteproducenter till offentliga.

När det gäller **laboratorieundersökningar** vänder sig redan nu en del av kunderna till den privata sektorn på grund av att de vill ha laborietester som inte är tillgängliga inom den offentliga sektorn (då den vårdande läkaren inte anser att de är motiverade). Skillnaderna mellan den offentliga och den privata sektorn i användningen av laboratorie- och röntgenundersökningar beror således i någon mån på att det finns stora skillnader mellan deras kunder. Enligt expertbedömningarna skulle en avskaffning av ersättningarna antagligen ha liten inverkan på kundövergångarna till den offentliga sektorn, eftersom den privata sektorn har ett ekonomiskt incitament att utföra laboratorie- och röntgenundersökningar som kunderna önskar, vilket den offentliga sektorn inte har. Inom den offentliga sektorn är det en vanlig praxis att inte upprepa en laboratorieundersökning om mindre än ett år har gått sedan föregående undersökning. När det gäller **radiologiska undersökningar** bedömer experterna att ett avskaffande av ersättningarna sannolikt skulle ha liten inverkan på kundövergångarna, så dess kostnadseffekt skulle också vara mycket liten. I Finland är tillgången till radiologiska undersökningar omfattande och det finns priskonkurrens mellan de privata aktörerna.

Scenarier för kundövergångarna

I konsekvensbedömningarna baserade på ovan beskrivna specialområdesvisa bedömningar har den slutsatsen dragits att kundernas övergångar från privata till offentliga tjänster totalt sett skulle bli måttliga.

Förutom expertbedömningar finns också en enkätundersökning om användningen av privata hälso- och sjukvårdstjänster. Denna undersökning har utförts av Taloustutkimus vid Nordic Healthcare Group (NHG). Undersökningen genomfördes i januari–februari 2020. Undersökningsmaterialet består av 974 personer som använde privata hälso- och sjukvårdstjänster (exkl. tandvårds- och företagshälsövårdstjänster) mellan januari 2019 och januari 2020.

Cirka 30 procent av respondenterna bedömde att ett avskaffande av sjukvårdersättningarna skulle ha en ganska eller mycket stor inverkan på deras användning av privata hälso- och sjukvårdstjänster. Särskilt kraftigt skulle avskaffandet inverka på personer som bor utanför huvudstadsregionen och vars hushåll har små inkomster eller som inte har någon privat sjukkostnadsförsäkring. Av dessa respondenter (för vilka avskaffandet av ersättningarna skulle ha en ganska eller mycket stor inverkan) uppgav 63 procent att de oftare skulle välja offentliga tjänster än för närvarande. Enligt NHG:s enkätundersökning skulle cirka 19 procent av dem som besvarade enkäten börja använda offentliga hälso- och sjukvårdstjänster oftare, om sjukvårdersättningarna avskaffades.

Av enkäten framgick att de vanligaste orsakerna till att privata FPA-ersatta hälso- och sjukvårdstjänster används är förknippade med egenskaper hos tjänsterna som den offentliga sektorn inte har lika god möjlighet att erbjuda som den privata (snabb tillgång till vård, kontinuerlig vårdrelation till samma yrkesperson och direkt tillgång till specialläkare). Det bör observeras att många av den privata sektorns kunder inte ens har möjlighet att gå över till den offentliga sektorn även om de önskade, om motsvarande tjänster inte finns tillgängliga inom den offentliga sektorn. Dessutom bör det noteras att det bland dem som uppgav att avskaffandet skulle ha en ganska eller mycket stor inverkan på användningen av tjänsterna fanns många som uppskattade att FPA-ersättningen är större än den faktiskt är. På grund av dessa omständigheter är det inte möjligt att utifrån enkätresultaten göra några rätlinjiga bedömningar av vilka kundövergångarna till den offentliga sektorn skulle bli, om ersättningarna avskaffades.

Vid bedömning av kostnadseffekterna användes olika scenarier för kundövergångarna baserade på uppfattningar bland experter vid SHM och THL. I scenario 1 går inte en enda kund över till den offentliga sektorn och kundstrukturerna förblir desamma inom båda sektorerna. I "genomsnittsscenario" antas att två procent av läkartjänsternas kunder går över till den offentliga sektorn, om sjukförsäkringsersättningarna för hälso- och sjukvård inom den privata sektorn avskaffas. I scenario 3 övergår fem procent av den privata sektorns kunder till den offentliga sektorn. De olika expertorganisationerna har dock i någon mån olika uppfattning om kundövergångarna. FPA:s experter uppskattar att övergångarna blir större än vad de här anlidade experterna från SHM och THL gör.

I de antaganden som konsekvensbedömningarna grundar sig på har det gjorts några undantag i nivån på basövergångarna. I scenarierna 1–3 sker ingen förändring för anestesiologin, det vill säga förändringen är 0 procent. Detta beror på att anestesiologin är en "stödåtgärd" som inte kan överföras till den offentliga sektorn som en separat del av de privata producenternas åtgärder. För områdena allmänmedicin och kvinnosjukdomar/förlossningar är procenttalen för övergångarna 0, 5 och 10, eftersom de privata tjänsterna inom dessa specialområden har en större substitutionseffekt på den offentliga sektorns tjänster än de övriga specialområdena (inom vilka de privata tjänsterna främst kompletterar de offentliga).

De enhetskostnader som använts i beräkningarna inkluderar kostnaderna för de undersökningar som behövs (t.ex. laboratorieundersökningar och radiologiska undersökningar), och i och med detta har kostnaderna även för undersökningarna beräknats med samma procenttal som i de ovan nämnda scenarierna (t.ex. laboratorie- och röntgenundersökningar har undersökts med 0, 5 och 10 procents scenarier). Av undersökningarna har endast fysioterapi, strålbehandling och cytostatikabehandling

undersökts som egna övergångsscenarier. Av dessa står de senare för en mycket liten andel av användningen av de tjänster som ersätts av sjukförsäkringen. För dessa tre helheter utgår scenario 1 från att ingen kundövergång sker, scenario 2 från att kundövergången är 1 procent och scenario 3 från att den är 3 procent. I största delen av specialområdena har man beroende på scenario använt övergångar på 0, 2 eller 5 procent, men det bör noteras att inom många specialområden görs få besök som ersätts av sjukförsäkringen. Detta innebär att de allra flesta besöken och/eller åtgärderna har i scenarierna beräknats med 0, 5 och 10 procents övergångar.

Scenarierna är naturligtvis endast exempel på möjliga förändringar. När det gäller kundövergångarna är det omöjligt att ta reda på vilken egen självständig effekt ett avskaffande av ersättningarna skulle ha på kundernas beteende. På kundövergångar inverkar i hög grad bland annat tillgången till olika tjänster i olika regioner. Den offentliga sektorns serviceutbud regleras exempelvis av tillgången på personal. Enligt olika statistiska källor råder det stor arbetskraftsbrist i fråga om legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Enligt arbets- och näringsministeriets yrkesbarometer är bristen störst på läkare, sjukskötare, närvårdare, specialsakkunniga inom socialarbetet och talterapeuter. Enligt utredningar av Keva 2021 skulle kommunerna genast anställa 8 300 sjukskötare, 2 650 socialarbetare, 1 850 läkare och 1 050 psykologer. Siffrorna i Kevas undersökning av arbetskraftsbehovet är större än i till exempel de arbetskraftsundersökningar som KT Kommunarbetsgivarna utför och i vilka endast helt obesatta vakanser på undersökningdagen mäts. År 2020 var drygt 7 procent av läkarvakanserna vid hälsovårdscentralerna, 5 procent av tandläkarvakanserna och 6,5 procent av sjukhusläkarvakanserna obesatta. Enligt en utredning 2019 var 2,5 procent av närvårdarvakanserna och 1,2 procent av sjukskötarvakanserna obesatta.

Begränsningar och antaganden bakom kostnaderna

Vid beräkning av kostnaderna utnyttjades expertbedömningarna om kundövergångar och uppgifter i databasen Kelasto, som drivs av FPA. För de vanligaste specialområdena samt undersökningarna och vården har tidsserieuppgifter om antalet ersättningsmottagare och ersätta besök/åtgärder hämtats i Kelasto, liksom uppgifter om kostnader och kalkylerade ersättningar för besök/åtgärder. Uppgifterna för allmänläkarnas del begärdes separat från FPA, eftersom dessa uppgifter inte är offentligt tillgängliga i Kelasto.

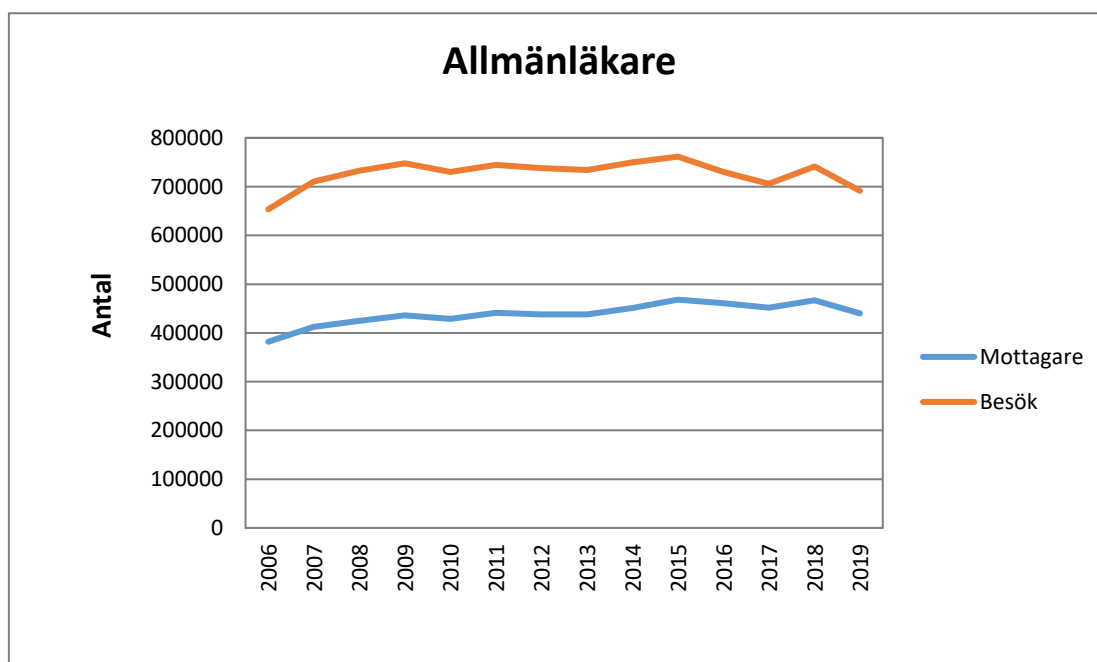
Utvecklingen av kundernas antal 2006–2019

I det följande presenteras tidsseriegranskningar av hur kundernas antal har utvecklats i hälso- och sjukvårdstjänsterna inom den privata sektorn. Som exempel fall har valts tjänster där kundernas antal är stort (besök hos allmänläkare och fysioterapi) samt ett "undantagsfall" (ortopedi och traumatologi), även om det bör beaktas att i praktiken har alla privata hälso- och sjukvårdstjänster särdrag i fråga om prisbildningen och utvecklingen av kundernas antal.

Figur 1 visar antalet kunder som besökt allmänläkare som är verksamma inom den privata sektorn samt det totala antalet läkarbesök 2006–2019. År 2009 fick cirka 440 000 kunder sjukförsäkringsersättningar för

besök hos allmänläkare och antalet ersatta besök var i medeltal 1,6 besök per kund. De vanligaste orsakerna till besök inom allmänmedicin är diagnos av symtom, behandling av akut infektion, olika problem med rörelseorganen, utslag, små ingrepp (t.ex. borttagning av födelsemärken) samt uppföljning och behandling av kroniska sjukdomar (t.ex. hypertoni och astma).

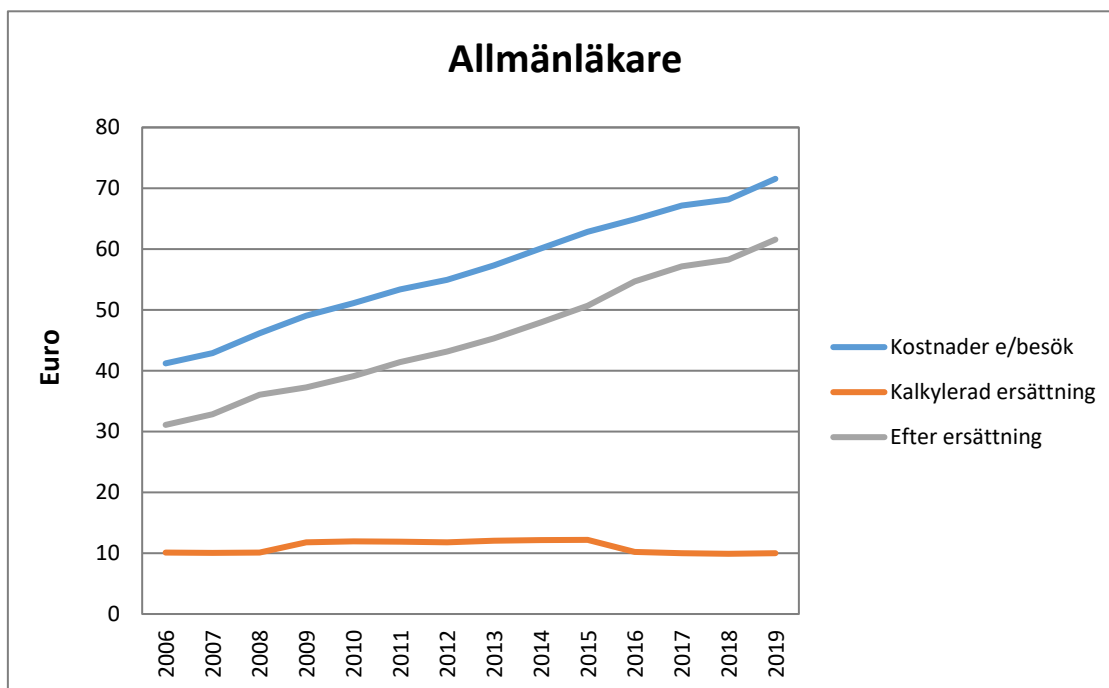
Figur 1. Antal personer som fått ersättning av sjukförsäkringen för besök hos allmänläkare och totalt antal ersatta besök 2006–2019. Källa: Kelasto



Om servicen vid hälsovårdscentralernas mottagningar för brådskande fall och vid samjourerna förbättrades och en eventuell vårdgaranti skärptes, skulle det kunna leda till kundövergångar från den privata till den offentliga sektorn, även om sjukförsäkringsersättningarna inte avskaffas. Å andra sidan är det inom den offentliga sektorn inte på samma sätt som inom den privata sektorn möjligt att komma direkt till en läkare, och exempelvis de allt vanligare teammodellerna inom den offentliga sektorn har lett till att verksamheten blivit alltmer sjukskötarcentrerad. Detta skulle sannolikt minska antalet kunder som lämnar den privata sektorn.

Priset för de besök hos allmänläkare som ersätts av sjukförsäkringen verkar inte ha någon tydlig koppling till antalet kunder (se figur 2). År 2006 var priset för ett besök hos allmänläkare 41,2 euro (exkl. serviceavgifter), som omräknat enligt prisindexet för offentliga utgifter inom uppgiftsområdet social- och hälsovård hade varit 52,7 euro år 2019. År 2019 debiterades emellertid 71,6 euro, det vill säga priset för tjänsterna hade stigit mycket kraftigare än prisindexet. År 2016 sänktes sjukförsäkringens ersättningsnivå, vilket ökade kundernas avgiftsandel en aning. I ett vidare perspektiv har dock förändringarna av kundernas avgiftsandelar påverkats kraftigare av prisökningen.

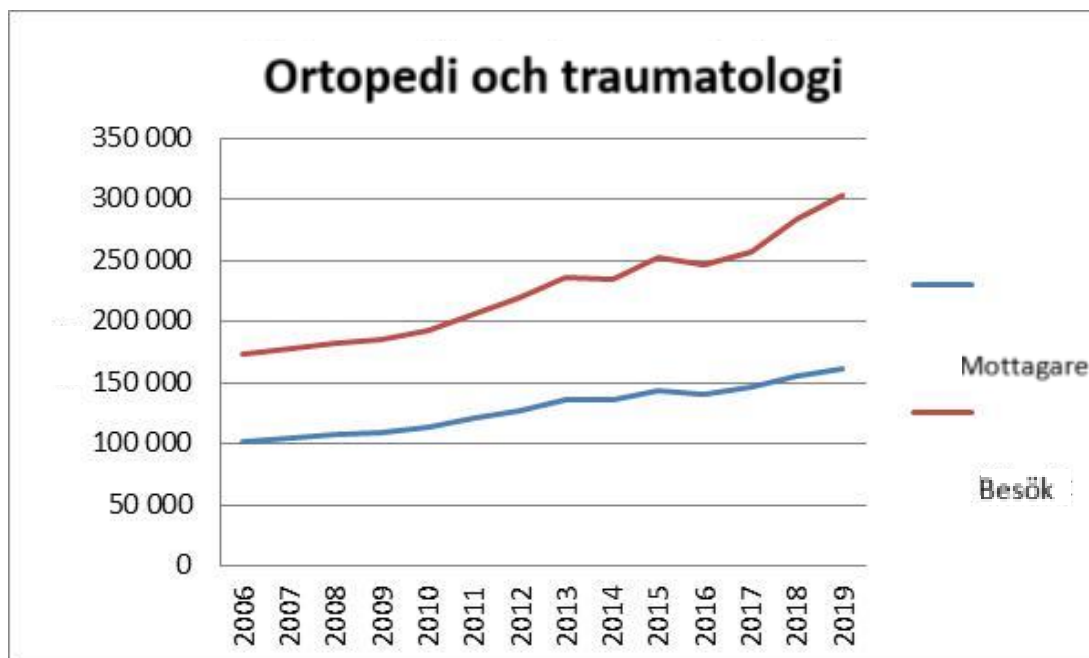
Figur 2. Priser för besök hos allmänläkare och ersättningar för dem (observera att priserna inte inkluderar serviceavgifter). Källa: FPA



Ortopedin och traumatologin är ett mer avvikande exempel på privata sektorns tjänster. Till specialområdet hör också kirurgisk behandling av akuta skador och verksamheten är ofta av jourkaraktär. Priserna för besök hos ortopedier och traumatologer har sjunkit under de senaste åren, vilket torde återspegla det faktum att utbudet inom området är större än efterfrågan. Om avskaffandet av FPA-ersättningarna medför att en betydande del av kunderna går över till den offentliga sektorn, är det mycket möjligt att de privata tjänsteproducenterna justerar sina priser tills det igen råder balans mellan efterfrågan och utbud. Avskaffandet skulle således inte nödvändigtvis ha någon stor inverkan på kundens självriskandel.

Figur 3 visar hur kundbesöken inom ortopedi och traumatologi har utvecklats inom den privata sektorn 2006–2019. Antalet vårdmottagare och samtidigt också antalet vårdbesök har ökat år för år. Avskaffandet av sjukförsäkringsersättningarna skulle förmodligen ha mycket liten – om alls någon – inverkan på övergångarna till den offentliga sektorn, då kunderna ofta har en särskild orsak till sin önskan att komma direkt till en ortoped eller traumatolog, vilket är mycket svårt inom den offentliga sektorn.

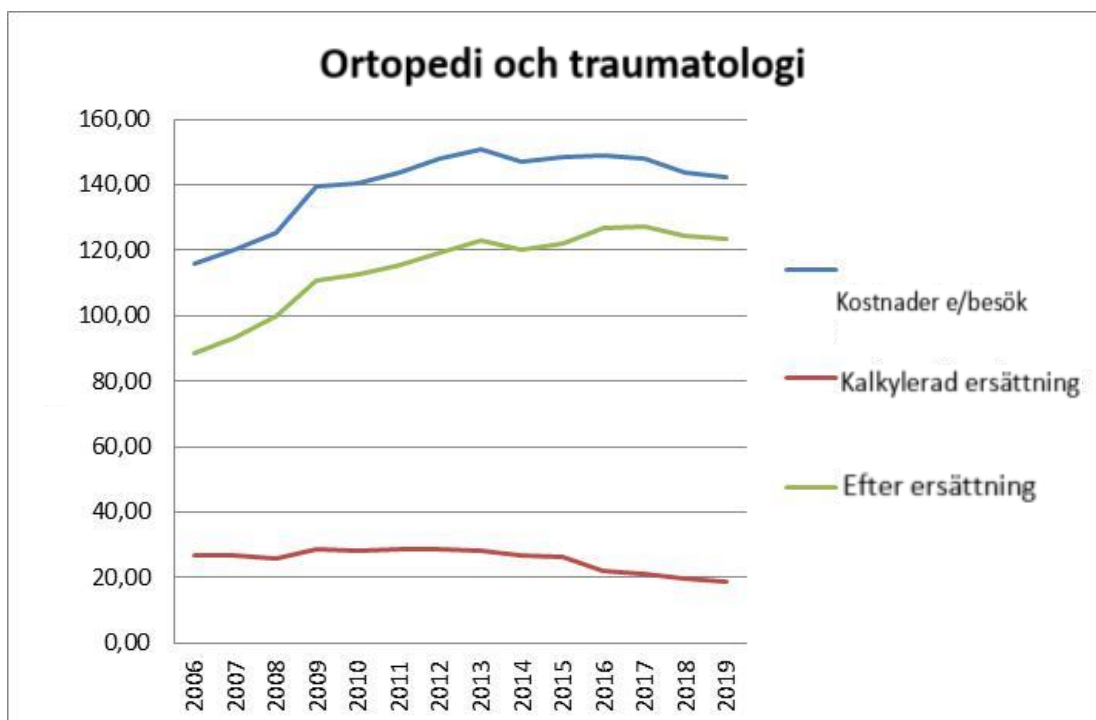
Figur 3. Antal besök inom ortopedi och traumatologi ersatta av sjukförsäkringen och antal ersättningsmottagare. Källa: Kelasto



Ortopedi och traumatologi är ett bra exempel på ett specialområde där flera andra faktorer än sjukförsäkringsersättningen är avgörande vid val av vårdande aktör. Inom den privata sektorn behöver man vanligen inte vänta på vård och man får snabbare tillgång till en specialistläkares kompetens. Ur ett hälso- och sjukvårdsperspektiv är lindriga smärtor i ryggen, nacken, axlarna och knäna sådana att de inom den offentliga sektorn inte sköts av en ortoped. För kunden kan situationen dock vara akut och han eller hon kanske önskar en bedömning av en specialistläkare, varvid en privat tjänsteproducent är ett attraktivt alternativ.

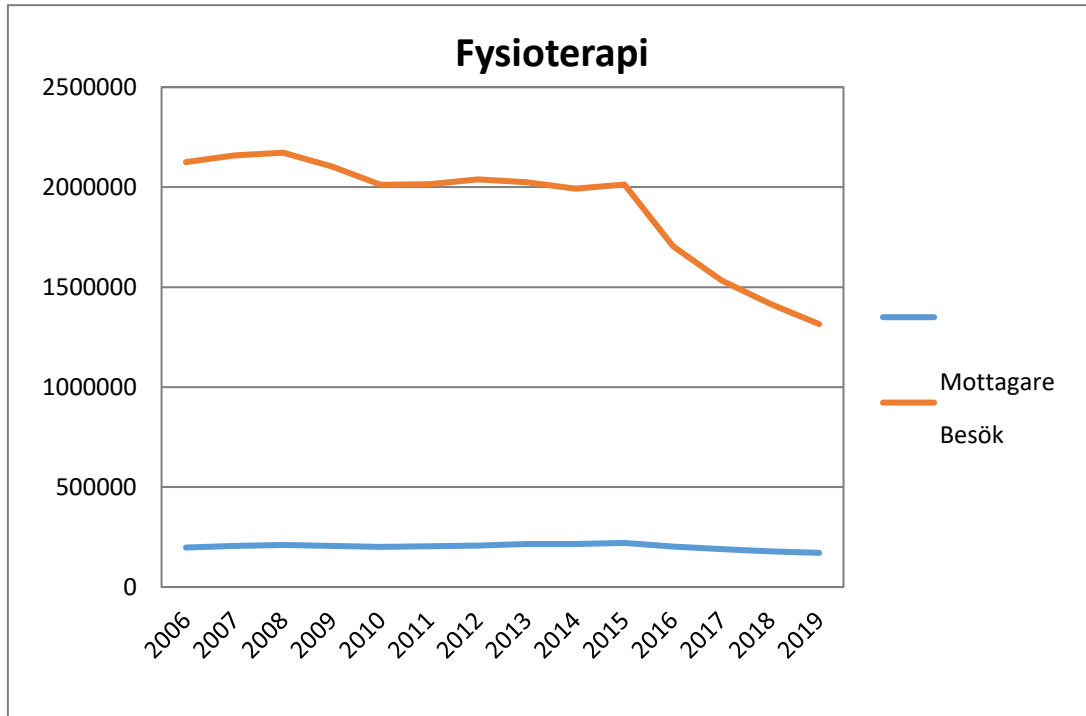
Figur 4 visar hur priserna utvecklats inom ortopedi och traumatologi 2006–2019. Att antalet kunder har ökat visar att det finns efterfrågan på ortopediska och traumatologiska tjänster, men utbudet har varit större än efterfrågan, vilket antagligen förklarar varför priserna sjunkit.

Figur 4. Avgifter som tagits ut för besök som gjorts inom specialområdet ortopedi och traumatologi och som ersatts av sjukförsäkringen samt betalda ersättningar (observera att priserna inte inkluderar serviceavgifter). Källa: FPA/Kelasto



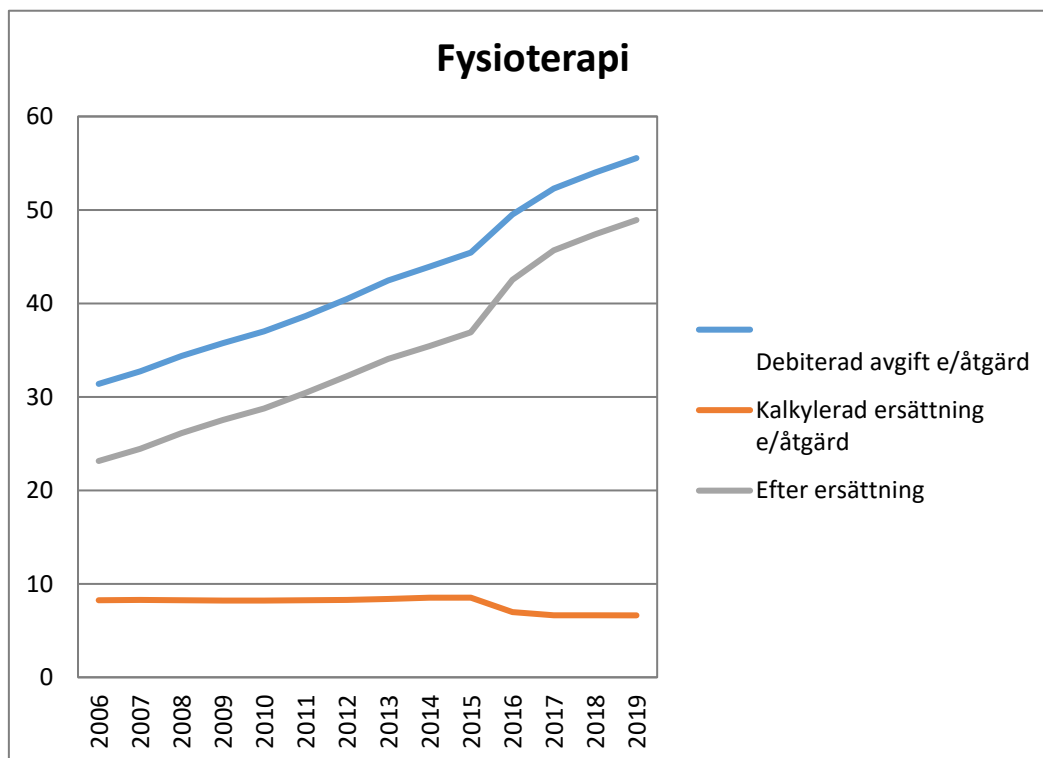
Det tredje exemplet på hur antalet kunder utvecklats inom den privata sektorn är fysioterapin, som i ersättningsgruppen undersökning och behandling är en betydande del av den privata sektorns hälso- och sjukvårdstjänster sett till antalet besök. Figur 5 visar hur antalet kunder och kundbesök utvecklats inom fysioterapin 2006–2019. Figuren visar tydligt att förändringarna i kundantal varit ganska små, men antalet besök har minskat klart.

**Figur 5. Antal fysioterapiåtgärder ersatta av sjukförsäkringen och antal ersättningsmottagare.
Källa: Kelasto**



För fysioterapi betalas sjukvårdersättning när kunden har ordinerats fysioterapi av en läkare, antingen inom den privata eller den offentliga hälso- och sjukvården. Kostnader för fysioterapi som ordinerats av en tandläkare ersätts inte. Av sjukförsäkringen ersätts högst 15 behandlingstillfällen på basis av en och samma ordination. År 2006 var avgiften för fysioterapiåtgärder som ersattes av sjukförsäkringen i medeltal 31 euro (se figur 6). Omräknat enligt prisindexet för offentliga utgifter inom uppgiftsområdet social- och hälsovård hade priset år 2019 varit 39,6 euro. Avgiften år 2019 uppgick dock i medeltal till 55,5 euro, det vill säga betydligt högre.

Figur 6. Kostnader och ersättningar för fysioterapiåtgärder som ersatts av sjukförsäkringen (observera att inga serviceavgifter ingår). Källa: FPA/Kelasto



Det faktum att antalet fysioterapibesök har minskat kraftigare än antalet ersättningsmottagare har flera orsaker. För det första har man som mål att behandla allt fler i grupper. En annan förklaring till att åtgärdstillfällena minskat från och med 2015 är strävan att i behandlingarna betona vikten av att träna själv och att behandlingarnas uppgift ska vara att handleda. Den tredje orsaken är att man försöker förkorta behandlingsseriernas längd.

Hur kostnaderna för kundövergångarna beräknats

De kundövergångar till den offentliga sektorn som ingår i de olika scenarierna har omvandlats till kostnader genom att utnyttja enhetskostnadsuppgifterna i den senaste nationella rapporten om enhetskostnader och omräkna dessa uppgifter (i enlighet med riktlinjerna i enhetskostnadsrapporten) till kostnadsnivån 2019 med prisindexet för offentliga utgifter inom uppgiftsområdet social- och hälsovård.

Det rekommenderas att enhetskostnaderna i rapporten om enhetskostnader används i ekonomiska utvärderingar av hälso- och socialvård på grund av att rapporten innehåller de bästa tillgängliga uppgifterna om enhetskostnaderna inom hälso- och socialvården, och att använda enhetliga enhetskostnader ökar dessutom transparensen och underlättar jämförelser av olika utvärderingar. Det

bör noteras att de enhetskostnader som anges i rapporten har beräknats på riksnivå och beskriver således de genomsnittliga kostnaderna i hela landet – inte kostnaderna i en enda region eller en enda kunds kostnader.

Vid bedömning av kundövergångarnas kostnadseffekter är det naturligtvis förenat med osäkerhet att använda enhetskostnader. Det finns ingen information om hur stora kostnaderna skulle vara om de grundade sig på samma tjänster erbjudna till samma kunder inom den privata och den offentliga sektorn. Detta innebär antagligen att bedömningarna av kostnadseffekterna överskattar de faktiska kostnaderna, eftersom kostnaderna för ett engångsbesök inom den offentliga sektorn sannolikt är lägre än det genomsnittliga belopp som debiteras kunden för motsvarande tjänst inom den privata sektorn.

Vid beräkning av kostnaderna används enhetskostnaderna inom specialiserad sjukvård och primärvårdens öppenvård. Primärvårdens enhetskostnader grundar sig på kostnadsuppgifter i produktifieringssystemet för primärvården (pDRG-databasen). Dessa enhetskostnader inkluderar kostnaderna för alla undersökningar (t.ex. laboratorieundersökningar och radiologiska undersökningar), läkemedel och förbrukningsartiklar som används i vården samt allmänna kostnader. Dessa kostnadsposter har inte inkluderats i kostnaderna på nytt i beräkningarna.

När det gäller undersökningarna (t.ex. laboratorieundersökningar och radiologiska undersökningar) bör det noteras att beräkningen har gjorts på riksnivå. Kostnaderna för undersökningar av enskilda kunder kan variera kraftigt. För en del av kunderna är kostnaderna sannolikt högre än genomsnittet. Det bör dock noteras att det finns många kunder vars läkarbesök inte alls inkluderar undersökningar, men trots detta beräknas kostnaderna för deras besök utifrån enhetskostnaderna, som inkluderar de genomsnittliga undersökningskostnaderna. Det kan således antas att användning av enhetskostnaderna ger tillräckligt noggranna uppskattningar av de faktiska kostnaderna.

För den specialiserade sjukvården har specialområdesspecifika enhetskostnader använts. Kostnaderna baserar sig på viktcoefficientsstatistik som tagits fram av det nationella DRG-organet (Kansallinen DRG-keskus). Vid beräkning av DRG-vikterna har man använt den kostnadsbas som sjukvårdsdistrikten använder för att prissätta produktifierad vårdverksamhet.

Enhetskostnaderna för besök inom den specialiserade sjukvården inkluderar tillhörande undersökningar, åtgärder, läkemedel och sjukhusvård. Dessa kostnadsposter har inte separat inkluderats i enhetskostnaderna. Kostnaderna inkluderar inte kundernas avgiftsandel, varför denna i enlighet med riktlinjerna i enhetskostnadsrapporten separat lagts till vid beräkningen (studier har visat att klientavgifternas andel av den specialiserade sjukvårdens finansiering är cirka fyra procent).

Kostnadseffekterna har bedömts på två sätt. För det första har kostnaderna beräknats som så kallade bruttokostnader, som beskriver den produktionskostnad som uppkommer då den offentliga sektorn ordnar tjänsterna. Kunderna finansierar dock genom klientavgifterna en del av tjänsteproduktionen, så i beräkningen har också de så kallade nettokostnaderna angivits, det vill säga de kostnader som den offentliga sektorn faktiskt (efter klientavgifterna) betalar. När klientavgifterna beaktas används det totala beloppet av klientavgifterna inom mun- och tandvården år 2019.

Också när det gäller klientavgifterna bör det observeras att kalkylen beskriver nivån i hela landet – inte i en enskild kommun. Till exempel i Helsingfors tas det inte alls ut några avgifter för läkarbesök vid

hälsovårdscentralerna. Å andra sidan bodde cirka hälften av befolkningen år 2018 i kommuner där man hade infört klientavgift för besök på sjukskötarmottagningar¹. Detta har inte beaktats i kostnadsberäkningarna, eftersom det i klientavgiftslagen inte har fastställts någon högsta avgift i euro för besök på sjukskötarmottagningar. Det kan således antas att användning av de genomsnittliga enhetskostnaderna ger tillräcklig noggrannhet vid uppskattning av kostnaderna även för klientavgifternas del.

Det är motiverat att anta att kunder som går över till den offentliga sektorn inte som inom den privata sektorn kan komma direkt till en specialistläkares (eller ens en allmänläkares) mottagning. En del av de läkarbesök som ersatts av sjukförsäkringen skulle inom den offentliga sektorn bestå av besök på en sjukskötarmottagning. Denna andel varierar beroende på specialområde. Detta "skeva förhållande" har man med hjälp av expertbedömningarna försökt beakta vid beräkning av kostnaderna. Till exempel när det gäller enhetskostnaderna för allmänläkare inom den öppna sjukvården baserar sig beräkningen på antagandet att hälften av de kunder som övergår från den privata till den offentliga sektorn får besöka en läkare, hälften en hälsovårdare. På motsvarande sätt är en del av de besök hos specialistläkare som ersätts av sjukförsäkringen sådana att de inom den offentliga sektorn skulle bestå av ett besök hos en hälsocentralläkare. Även detta har beaktats specialområdesvis vid beräkning av kostnaderna. De koefficienter som används vid bedömning av kostnadseffekterna är dock endast informerade uppskattningar av potentiella övergångar.

Beräkningsprinciperna i konsekvensbedömningarna inom mun- och tandvård

Inom mun- och tandvården har den privata sektorn en betydande roll. År 2019 använde cirka en miljon personer privata mun- och tandvårdstjänster som ersattes av sjukförsäkringen. För tandvård betalades ersättningar på cirka 48 miljoner euro, och utöver detta 4 miljoner euro för undersökningar ordinerade av tandläkare. I ersättningarna för tandvård ingår också behandlingar som utförts av munhygienister och som ordinerats av en tandläkare. Av de vuxnas besök som samhället stödde skedde 43 procent inom den privata sektorn. Företagshälsovården inkluderar vanligtvis inte tandvård. Mycket få personer under 18 år använder privata tjänster, eftersom vården är gratis på hälsovårdscentralerna och tandvårdsförsäkringar är sällsynta.

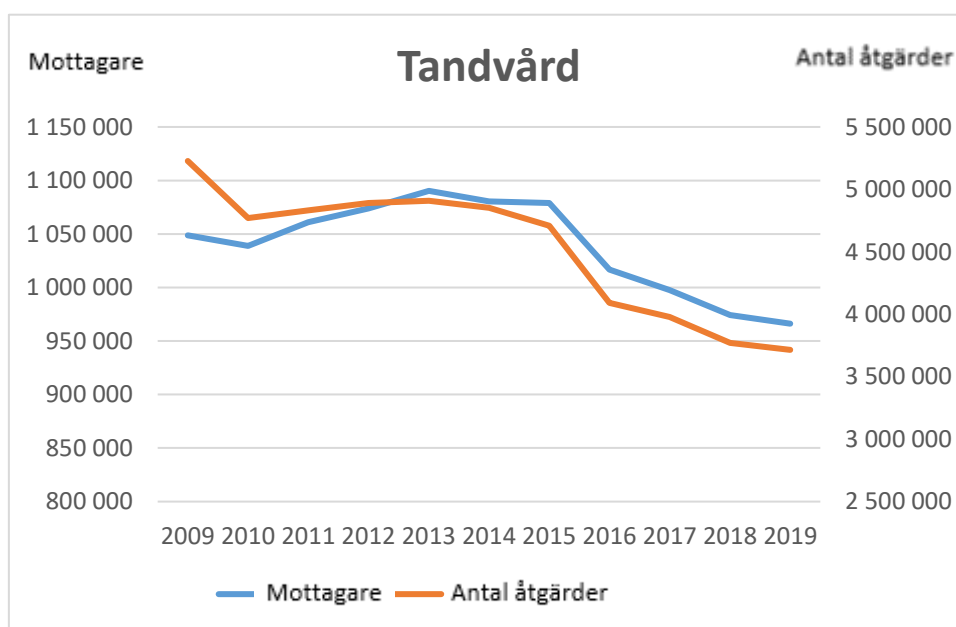
Användningen av privat tandvård varierar beroende på region. Enligt FPA:s statistik betalades 2019 mest ersättningar för privat tandvård på Åland, där 39 procent av befolkningen fick ersättningar. I Fastlandsfinland varierade andelen som fick ersättning från 12 procent i Lappland och Kajanaland till 21 procent i Österbotten.

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

I mars 2021 publicerade FPA forskningsresultat om hur personer över 25 år använde offentlig och privat tandvård i Uleåborg 2017–2018. Så många som 52 procent av personerna i kvintilen med de lägsta inkomster använde inte alls tandläkartjänster under undersökningstiden, medan andelen som inte använde tjänsterna i kvintilen med de högsta inkomsterna var 28 procent. I kvintilen med de lägsta inkomsterna använde 13 procent privata tandvårdstjänster, i kvintilen med de högsta inkomsterna 46 procent.²

Figur 7 visar antalet personer som fått sjukförsäkringsersättning och antalet ersatta åtgärder 2009–2019. Både antalet som fått ersättning och antalet ersatta åtgärder har minskat under uppföljningstiden.

Figur 7. Antal personer som fått sjukförsäkringsersättning för tandvård inom den privata sektorn och antal åtgärder som ersatts av sjukförsäkringen 2009–2019 (Källa: FPA)



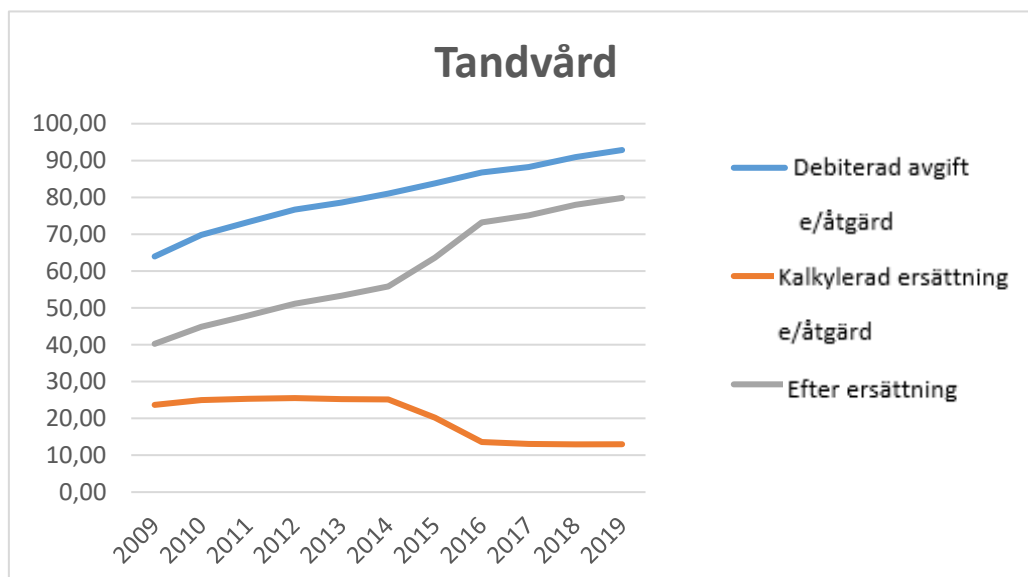
År 2010 minskade särskilt antalet åtgärder, eftersom tandröntgenbilderna då blev ersättningsgilla enligt taxan för undersökning och behandling. Från 2010 till 2013 ökade antalet personer som fick ersättning en aning, vilket kan ha berott på att det bildades kedjor inom den privata sektorn och på att marknadsföringen var kraftig. Nivån på de ersättningar som betalades av sjukförsäkringen sänktes vid ingången av 2015 och igen 2016, varefter det inte längre var möjligt att få ersättning för undersökning av en tandläkare varje år utan särskilda odontologiska grunder. Detta förklarar den kraftiga minskningen i både antalet personer som fick ersättningar och antalet ersatta åtgärder 2016. Ändringen av

² [Kelan tutkimusblogi 17.3.2021.](#)

ersättningspraxisen var väl motiverad. Inom den offentliga mun- och tandvården hade det länge funnits en motsvarande praxis, det vill säga att friska patienter inte får komma till mottagningen varje år. Sedan 2016 har antalet personer som fått ersättning och antalet ersatta åtgärder minskat något från år till år. En förklaring till detta är att andelen kunder som hör till de äldre åldersgrupperna som alltid använt privata tjänster har minskat. Hela befolkningen fick tillgång till hälsovårdscentralernas tandvård först 2002.

Inom den privata sektorn har prisökningen varit mycket större än den hade varit om den följt prisindexet för offentliga utgifter inom social- och hälsovård. År 2008 höjdes sjukförsäkringsersättningarna för tandvård med målsättningen att ersättningsandelen ska vara cirka 40 procent. Priserna inom den privata sektorn steg dock så mycket att ersättningsandelen blev bara 37,5 procent. År 2009 var den genomsnittliga avgiften för en åtgärd inom tandvården 64,0 euro och år 2019 var den 92,9 euro (figur 8). Om avgiften hade stigit i enlighet med ovan nämnda prisindex skulle avgiften år 2019 ha varit 74,15 euro, det vill säga betydligt lägre. År 2019 var sjukförsäkringsersättningens andel av de uttagna avgifterna 14 procent, medan andelen skulle ha varit cirka 18 procent om avgifterna hade följt prisindexet. De ovan nämnda priserna inkluderar inte kontors- eller serviceavgifter, eftersom dessa inte ersätts av sjukförsäkringen, och det finns inga uppgifter om hur de avgifterna utvecklats. Det verkar som om prisökningen inom den privata sektorn inte är kopplad till efterfrågan på tjänster. I en arbetsmarknadsundersökning utförd av Finlands tandläkarförbund 2019 svarade rentav 24 procent av de tandläkare som besvarade enkäten att de hade för lite patienter, medan 9 procent uppgav att de hade för mycket patienter.

Figur 8. Genomsnittlig avgift för en åtgärd inom den privata tandvården, kalkylerad sjukförsäkringsersättning och kundens självrisk efter ersättning 2009–2019 (Källa: FPA)



Förändringarna i ersättningarna för privat tandvård och i antalet kunder har inte haft någon direkt konsekvens för den offentliga sektorn – antalet kunder har emellanåt ökat och emellanåt minskat på

samma sätt inom båda sektorerna. Inom den privata sektorn har antalet kunder minskat betydligt från och med 2016 och inom den offentliga sektorn från och med 2018. En orsak till detta torde vara att de yngre åldersgrupperna har mindre munsjukdomar och behov av vård än de äldre åldersgrupperna. Det är inte bara de längre väntetiderna inom den offentliga sektorn än inom den privata sektorn som dämpat kundövergångarna till den offentliga sektorn utan också bland annat det att klientavgifterna inom den offentliga mun- och tandvården stigit mycket under de senaste åren. Kommunernas och samkommunernas driftskostnader för mun- och tandvården har stigit från 2010 till 2019 med cirka 33 procent och intäkterna från klientavgifterna med rentav 64 procent. Klientavgifterna för den offentliga mun- och tandvården kommer från och med ingången av 2022 att inkluderas i avgiftstaket, vilket kan förväntas öka övergången till hälsovårdscentralerna något.

Enligt Finlands tandläkarförbunds arbetskraftsundersökning arbetade 37 procent av tandläkarna på heltid inom den privata sektorn 2019. En tandläkare som arbetade på heltid inom den privata sektorn hade vid den tidpunkten en timlön som var cirka 30 procent högre än inom den offentliga sektorn, och inom den privata sektorn var den veckovisa arbetstiden uppskattningsvis fem timmar kortare än inom den offentliga sektorn (Finlands tandläkarförbunds arbetsmarknadsundersökning 2019). Inom mun- och tandvården är sysselsättningsgraden hög, så den offentliga sektorn skulle sannolikt ha svårt att rekrytera mer personal, om ett avskaffande av sjukförsäkringsersättningarna skulle öka behovet av tjänster. Då blir det troligen nödvändigt att använda köpta tjänster och servicesedlar, vilket skulle öka de administrativa kostnaderna. Å andra sidan kan man förvänta sig att den minskande efterfrågan inom den privata sektorn kan sänka priset på de tjänster som ska upphandlas så att de totala kostnaderna inklusive administrativa kostnader blir högst så stora som de skulle vara om den offentliga sektorn själv producerade tjänsterna. Till exempel inom Helsingfors stads mun- och tandvård observerades detta i en utredning 2018.³

Beräkning av antalet kunder inom mun- och tandvården som övergår från den privata till den offentliga sektorn

Hur ett eventuellt avskaffande av sjukförsäkringsersättningarna skulle inverka på den privata tandvårdens kunders benägenhet att gå över till den offentliga sektorn kan uppskattas genom att dela upp kunderna i tre grupper enligt kundtyp och varje grupp i tre scenarier. Beräkningen baserar sig på år 2019, när totalt 966 211 kunder använde privat tandvård som det betalades sjukförsäkringsersättning för (FPA:s statistiska databas Kelasto).

Uppskattningsvis 60 procent av kunderna (579 727 kunder) har använt privata tjänster länge och de värdesätter en lång vårdrelation och snabb tillgång till vård. Av dem skulle mycket få gå över till den offentliga sektorn.

En övergång på 2 % innebär att 11 595 kunder övergår (Scenario 1)

En övergång på 4 % innebär att 23 189 kunder övergår (Scenario 2)

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

En övergång på 6 % innebär att 34 784 kunder övergår (Scenario 3)

Uppskattningsvis 10 procent av kunderna (96 621 kunder) besöker tandvården sporadiskt för att få första hjälpen. Av dem skulle mycket få gå över till den offentliga sektorn.

En övergång på 2 % innebär att 1 932 kunder övergår (Scenario 1)

En övergång på 4 % innebär att 3 865 kunder övergår (Scenario 2)

En övergång på 6 % innebär att 5 797 kunder övergår (Scenario 3)

Uppskattningsvis 30 procent av kunderna (289 863 kunder) känner sig inte särskilt bundna till den privata sektorns tandvård. Av dem skulle en stor del gå över till den offentliga sektorn.

En övergång på 30 % innebär att 86 959 kunder övergår (Scenario 1)

En övergång på 40 % innebär att 115 945 kunder övergår (Scenario 2)

En övergång på 50 % innebär att 144 932 kunder övergår (Scenario 3)

I de olika scenarierna uppskattas att antalet kunder som övergår till den offentliga sektorn blir:

100 486, vilket innebär att **10,4 procent** av alla kunder övergår från en privat tjänsteleverantör till en offentlig (Scenario 1)

142 999, vilket innebär att **14,8 procent** av alla kunder övergår (Scenario 2)

185 513, vilket innebär att **19,2 procent** av alla kunder övergår (Scenario 3)

Resultat

Tabell 3 innehåller en sammanfattning av antalet kundövergångar i olika scenarier samt övergångarnas potentiella kostnadseffekter för den offentliga sektorn. Enligt expertbedömningarna blir således kundövergångarna i de olika scenarierna sannolikt 0–10 procent för de privata läkartjänsterna och undersökningarna och cirka 10–20 procent för mun- och tandvården.

När det gäller besök hos specialistläkare bedöms att kundövergångarna blir 0–5 procent; med undantag av kvinnosjukdomar samt besök hos allmänläkare och specialistläkare inom allmänmedicin (övergångar 0–10 %) och å andra sidan anestesilogin där man i alla scenarier utgår från att övergången är 0 procent.

Med de olika antagandena för övergångarna bedöms att de totala kostnaderna för läkarbesök, tandvård samt annan undersökning och behandling blir 22,5 miljoner euro i scenario 1, cirka 40 miljoner euro i scenario 2 (s.k. genomsnittsscenariot) och cirka 61 miljoner euro i scenario 3. Det bör noteras att en stor del av kostnaderna i scenarierna uppkommer inom mun- och tandvården. Som klientavgift för mun- och

tandvård användes i kostnadsberäkningarna den genomsnittliga kundspecifika avgift som togs ut 2019. När det gäller de övriga klientavgifterna användes de högsta avgifterna enligt klientavgiftslagen till den del som det i lagen anges en högsta avgift. Till exempel för sjukskötarbesöken har inga klientavgifter beaktats, eftersom det i klientavgiftslagen inte finns någon exakt högsta avgift för de.

Tabell 3. Uppskattade kundövergångar i olika scenarier och kostnader som övergångarna orsakar välfärdsområdena.

	Antal kunder som övergår	Kostnader (miljoner euro)	Antal kunder som övergår	Kostnader (miljoner euro)	Antal kunder som övergår	Kostnader (miljoner euro)
	<i>Scenario 1 (övergång 0 %)</i>		<i>Scenario 2 (övergång 2–5 %)</i>		<i>Scenario 3 (övergång 5–10 %)</i>	
<i>Privata läkarbesök (inkl. undersökningar) totalt</i>	0	0	69 000	7,4	151 000	16,6
	<i>Scenario 1 (övergång 0 %)</i>		<i>Scenario 2 (övergång 1 %)</i>		<i>Scenario 3 (övergång 3 %)</i>	
<i>Fysioterapi, strålbehandling, cytostatikabehandling totalt</i>	0	0	1 700	1,0	5 100	2,9
	<i>Scenario 1 (övergång 10,4 %)</i>		<i>Scenario 2 (övergång 14,8 %)</i>		<i>Scenario 3 (övergång 19,2 %)</i>	
<i>Privat tandvård totalt</i>	100 000	22,5	143 000	32,0	186 000	41,5
Kostnader utan tandvård		0		8,4		19,5
Alla kostnader totalt		22,5		40,4		61,0

I fråga om kostnadsberäkningarna i denna promemoria bör man beakta att de grundar sig på många antaganden, så resultaten bör tolkas med försiktighet. Det finns inga forskningsdata tillgängliga om hur många som på vilka ersättningsnivåer delvis eller helt skulle lämna de privata tjänsterna och till vilka delar dessa tjänster skulle ersättas med besök inom den offentliga sektorn. Beredningsgruppen presenterar olika scenarier, men det är inte möjligt att på förhand tillförlitligt bedöma hur ett avskaffande av ersättningarna skulle inverka på användningen av tjänster.

Om sjukförsäkringsersättningarna avskaffas är det mycket sannolikt att kundövergångarna blir av olika storlek i de olika välfärdsområdena. Även antalet övergångar inom specialområdena skulle sannolikt variera mycket. De siffror som presenteras här utgör genomsnittliga antaganden om förändringarnas totala effekter på kundövergångarna och om de kostnader som dessa skulle orsaka den offentliga sektorn. Uppgifterna om de verkliga effekterna skulle vara betydligt mer detaljerade än de uppgifter som det var möjligt att genom denna granskning ta fram.

Det kan mycket väl bli så att den privata sektorn försöker kompensera för sina potentiella kundförluster på olika sätt (förbättra tjänsterna, se över priserna på tjänsterna, specialisera sig osv.) och öka marknadsföringen. Detta skulle naturligtvis påverka antalet kundövergångar.

I uppskattningen av övergångarna syns inte heller tidsaspekten i kostnadseffekterna. Till en början kan antalet övergångar vara stort men senare kan en del av kunderna av flera skäl återvända till den privata sektorn (de var inte nöjda med servicenivån inom den offentliga sektorn; priserna på de privata tjänsterna blir mer konkurrenskraftiga etc.). Även av dessa skäl bör beräkningarna betraktas som riktgivande. Oberoende av om avskaffandet av sjukförsäkringsersättningarna blir av kommer hälso- och sjukvården att befinna sig i förändring.