

Asia: VN/22558/2020

Lausuntopyyntö monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvityksestä

Yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvaukset

Kommenttinne koskien yksityisen sairaanhoidon hoito- ja tutkimuskorvausten osiota (luku 3)

Säädösvalmisteluhanke VN/22558/2020.

Hammaslääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua alaan merkittävästi vaikuttavasta asiasta.

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa rahoitetaan tällä hetkellä Suomessa pääasiassa kuudella tavalla: valtion ja kuntien verotuloilla, pakollisilla (lakisääteisillä) ja vapaaehtoisilla vakuutusmaksuilla sekä työnantaja- ja asiakasmaksuilla (1). Monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun virkamiesselvitys on keskittynyt ainoastaan monikanavarahoituksen sairaanhoitovakuutusosuuteen, joka edustaa vain pientä osaa kokonaisrahoituksesta.

Rahoitusuudistusta suunniteltaessa on tärkeää huomioida, että suun terveydenhuollon palvelujen tuottaminen poikkeaa muusta terveydenhuollosta. Kuten selvityksen liitteessä todetaan, yksityisellä sektorilla toteutuu lähes puolet yhteiskunnan tukemista suun terveydenhuollon aikuisten käynneistä. Työterveyshuoltoon ja yksityisiin sairauskuluvakuutuksiin ei yleensä sisälly suun terveydenhoitoa. Toisaalta osa työnantajista on alkanut tarjota hyvinvointietuina myös suun terveydenhuoltoa.

Alaa koskevien rahoitukseen, rakenteeseen ja hoitoon pääsyyn liittyvien ongelmien taustalla on se, että julkista suun terveydenhuoltoa ja sen palveluvalikoimaa ei ole resurssoitu alun perinkään koko väestölle. Julkisen suun terveydenhuollon resurssit eivät ole riittävät suun terveydenhuollon tuottamiseksi koko väestölle sellaisella tavalla, jota voidaan pitää eettisesti tai kansanterveydellisesti tarkoituksenmukaisena. Tämän vuoksi julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon yhteistyötä palvelujen tuotannossa on aina pidetty välttämättömänä. Sairausvakuutuskorvaukset yksityisistä

suun terveydenhuollosta ovat vuosikymmenien ajan olleet kansallisesti merkittävä keino tukea julkisella rahoituksella yksityisten suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä.

Kansanterveyslain perusteella vasta vuoden 2002 joulukuusta lähtien hammashoitoon pääsyä ei ole voinut enää rajoittaa iän perusteella. Uudistukseen myönnettiin kuitenkin valtionosuuksia vain neljäsosa kunnille aiheutuvista arvioiduista kustannuksista. Toisaalta sairaanhoitokorvaukset laajennettiin koskemaan kaikkia ikäluokkia. Aikuisten hammashoidon uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä hoitosuhteitaan. Kunnallisen hammashoidon laajennus arvioitiin ainakin osittain voitavan toteuttaa myös ostamalla palveluja yksityisiltä. Julkisen ja yksityisen suun terveydenhuollon toiminta kytkettiin tiiviisti yhteen tässä koko alaa koskevassa hammashoidon uudistuksessa.

Erityisesti väestökeskittymien alueella julkisella terveydenhuollolla on ollut vaikeuksia tarjota suun terveydenhuollon peruspalveluja riittävästi ja yksityisten palveluntuottajien merkitys on suuri. Väestökeskittymien ulkopuolella palvelujen tuottamistavat vaihtelevat merkittävästi alueiden välillä ja järjestämisvastuun siirtyminen kunnilta hyvinvointialueille toivottavasti vähentää palvelujen saatavuuden eroja.

Riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut on perustuslain mukaisesti taattava yhdenvertaisesti. Tämä ei tällä hetkellä toteudu suun terveydenhuollossa palvelujen ja henkilöstön riittämättömän ja epätasaisen saatavuuden vuoksi. Julkisen suunterveydenhuollon resurssit ja toimintatavat vaihtelevat alueellisesti niin, että kaikkialla kysyntään ei pystytä vastaamaan samalla tavalla. Suun terveydenhuollon palvelujen saatavuudessa on ollut ongelmia jo ennen COVID 19 -pandemiaa. Keväällä 2019 terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä vain 19 % oli samaa mieltä siitä, että yksittäisen potilaan hoitovälit pysyvät riittävän lyhyinä. Vastaavasti 50 % yhtyi väittämään, jonka mukaan potilaan tarvitseman kokonaishoidon asemasta joudutaan usein tyytymään osittaisiin hoitoratkaisuihin (2). Pandemian aikana tilanne on vaikeutunut edelleen. Suun terveydenhuollon jo ennestään iso hoitovelka kasvoi vuoden 2020 aikana noin 1,3 miljoonan potilaskäynnin verran. Julkisen sektorin resurssien puute on näkynyt paitsi potilaiden vaikeutena päästä hoitoon ja hoitojen pitkittymisenä myös henkilöstön työhyvinvointihaasteina.

Suun terveydenhuollossa asiakasmaksut ovat muuta terveydenhuoltoa korkeammat. Suun terveydenhuollon palveluita tuotetaan 1,2 miljardilla eurolla vuodessa. Tästä julkisen rahoituksen osuus on noin 40 % ja asiakasmaksujen 60 %. Julkinen rahoitus kohdentuu erityisesti julkisen sektorin tuottamiin suun terveydenhuollon palveluihin. Julkisen rahoituksen näkökulmasta asiakkaan hoito on nykyisellä rahoitusrakenteella noin neljä kertaa kalliimpaa julkisella kuin yksityisellä sektorilla, koska yksityissektorilla omavastuuosuus on useiden sairausvakuutuskorvausten leikkausten vuoksi peräti noin 85 %. Sairausvakuutuskorvaus on kustannustehokas tapa tuottaa terveydenhuollon palveluita. Lopputulos korvausten poistamisesta olisi, että julkisella rahalla saatavan palvelun määrä vähenisi.

Potilaan näkökulmasta suun terveydenhuollon asiakasmaksut ovat edellä mainitusta syystä keskimäärin kaksi kertaa korkeampia yksityisellä kuin julkisella sektorilla. Hammaslääkäriliitto on esittänyt, että suun terveydenhuollossa sairausvakuutuskorvauksien nosto olisi tehokas tapa sekä lisätä väestön mahdollisuuksia saada suun terveydenhuollon palveluja että purkaa hoitovelkaa. Korvauksia voitaisiin kohdentaa esimerkiksi tutkimuksiin ja iensairauksiin korjaavan hoidon sijaan, jolloin madallettaisiin kynnystä käyttää palveluita ja luotaisiin kannustimia huolehtia suun terveydestä (3). Korvausten nosto myös hillitsisi potilaiden siirtymisiä yksityiseltä sektorilta pahoin ruuhkautuneisiin terveyskeskuksiin.

Vaikka yhteiskunnan rahoitusosuus on vähentynyt viime vuosina voimakkaasti, sairausvakuutuksesta tulevalla rahoituksella on edelleen merkitystä myös pienituloisille. Juuri julkaistun tutkimuksen mukaan alimmassa tuloviidenneksessä 13 % käytti yksityisen suun terveydenhuollon palveluja ja toiseksi alimmassa 22 % (4). Etenkin yksityisellä sektorilla sama potilas voi halutessaan käydä samalla hammaslääkärillä ja hoitosuhteet ovatkin muodostuneet pitkiksi. Pitkäaikaisen hoitosuhteen aikana hammaslääkäri kykenee muodostamaan paremmin kokonaiskuvan potilaan suun terveydestä ja noudattamaan pitkäjänteistä hoitosuunnitelmaa, joka vähentää hoidon tarvetta ja sitä kautta myös kustannuksia.

Selvityksessä todetaan, että yksityissektorin asiakkailta perimät maksut ovat nousseet enemmän kuin mitä julkisten menojen sosiaali- ja terveystoimen hintaindeksi mukainen nousu olisi ollut. Selvityksestä ei kuitenkaan käy ilmi, ovatko nämä tosiasiallisesti vertailtavissa. Alalla on tehty mittavia investointeja viime vuosikymmenen aikana, joista osa on todennäköisesti ollut julkiselle sektorille yksityistä edullisempia hankintasopimusten vuoksi. Yksityisen sektorin toimijoilla ei pääsääntöisesti ole arvonlisäverovähennysoikeutta investoinneistaan. Kunnilla ja kuntayhtymillä on oikeus saada palautuksena viranomaistoiminnan ja verottoman toiminnan hankintojen sisältämä arvonlisävero. Kanta-järjestelmään liittyminen sekä uudet tietosuojavaatimukset ovat esimerkiksi olleet yksityisvastaanoitoille merkittävä kuluerä. Myös lisääntyvästä sääntelystä aiheutuva hallinnollisen taakan kasvu on johtanut hintojen nostopaineisiin. Lisäksi yksityisellä sektorilla tehdään investointeja, joita julkisella sektorilla tehdään vähemmän. Tällaisia ovat esimerkiksi suun ulkopuolisiin täytteisiin ja kruunuihin tarvittavat laitteet. Suun ulkopuolella valmistettu kruunu pidentää esimerkiksi juurihoidetun hampaan elinikää pitkällä aikavälillä Käypä hoito -suosituksen mukaan. Palveluvalikoimaneuvosto tulee antamaan suosituksen pitkälle vaurioituneiden hampaiden korjaamisesta suun ulkopuolella valmistetuilla täytteillä ja kruunuilla.

Taustamuistiossa on kuvattu Kelan tekemiä sairaanhoitokorvausten auditointeja. Järjestelmän toimivuutta ei voida arvioida näiden auditointien perusteella, koska niitä on tehty selvityksen mukaan ainoastaan 2 %:lle palveluntuottajista.

Yhtenä rakenteellisista ongelmista suun terveydenhuollossa on erikoishammaslääkärien vähyys. Erikoishammaslääkäreitä on vain noin 15 % koko ammattikunnasta, lähinnä väestökeskittymien lähettävillä. Erikoishammaslääkärien työpanoksesta vain noin puolet kohdistuu julkisen sektorin tarpeisiin. Osasyynä tähän on, että julkisella sektorilla erikoishammaslääkärien toimia ja virkoja on perustettu hyvin rajoitetusti ja väestön tarpeeseen nähden liian vähän. Esimerkiksi

keskussairaالاتaso on tarpeeseen nähden riittämättömästi resursoitu. Yksityissektorin sairausvakuutuskorvattu erikoishammaslääkäritasoinen hoito onkin ollut tärkeä näiden palvelujen tarpeen kattamiseksi edes osittain. Korvausten poiston seurauksena vaarana on erikoissairaanhoidon kuormittuminen, jota on jo tällä hetkellä todettavissa.

Lisäksi todettakoon, että selvityksessä on arvioitu epämääräisesti rajat ylittävän terveydenhuollon merkitys ja uudistuksen vaikutukset siihen. Mikäli Suomi joutuisi noudattamaan EU-komission kantaa ulkomailla annetun hoidon korvaamisesta, johtaisi korvausten poistaminen entistä suurempaan epäsuhtaan ulkomailla ja kotimaassa annetun yksityisen hoidon korvaamisessa. Ulkomailla yksityistä hoitoa saisi terveyskeskuksen asiakasmaksun hinnalla, mutta kotimaisesta yksityisestä hoidosta ei saisi mitään korvausta.

1. Seppälä T, Pekurinen M (toim.). Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat. Thl raportti 22/2014.
2. Hammaslääkäriliitto: Työmarkkinatutkimus <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/liiton-toiminta/tutkimukset-ja-tilastot/tutkimukset/tyomarkkinatutkimukset#.YRuxjS06rfY>
3. Hammaslääkäriliitto: Julkisen rahoituksen merkitys suun terveydenhuollon palvelukäyttöön (2020) https://www.hammaslaakariliitto.fi/sites/default/files/mediafiles/kuvat/liiton_toiminta/selvitys_julkisen_rahoituksen_roolista_suun_terveydenhuollon_palveluissa_2020_0.pdf
4. Nurminen M, Blomgren J, Mikkola H (2021) Socioeconomic differences in utilization of public and private dental care in Finland: Register-based evidence on a population aged 25 and over. PLoS ONE 16(8): e0255126. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0255126>

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Valmisteluryhmien toimeksiannot ovat rajanneet selvityksen tarkoituksenmukaista suppeammaksi, ja asiaan vaikuttavia tekijöitä (esimerkiksi verotus, asiakasmaksut, työtulovakuutus) ei ole kokonaisuutena arvioitu tai laskettu.

Nyt esitetyistä vaihtoehtoista kumpikaan ei parantaisi suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta tai väestön tasa-arvoa. Esitys ei myöskään ota kantaa siihen, miten hyvinvointialueiden välinen tasa-arvo turvataan. Aiemmin kuvatun vuoksi suun terveydenhuollossa on tärkeää säilyttää yhteiskunnan tuki myös yksityisessä terveydenhuollossa, kuten mallissa A ehdotetaan. Kyseessä olevassa mallissa ei kuitenkaan ole tarkemmin määritelty, mihin palveluihin tuki kohdennettaisiin.

On jo lähtökohtaisesti eriarvoista, että mallissa B järjestelmää ei suunnitella koko väestölle. Julkisella sektorilla ei tosiasiallisesti ole mahdollisuutta tuottaa riittävästi suun terveydenhuollon palveluita. Siirtymien osalta arvioidaan, että osa potilaista jäisi joka tapauksessa hoitoon yksityiselle sektorille, ja tämä väestönosa jäisi kokonaan julkisen tuen ulkopuolelle. Tämä muutos tarkoittaisi käytännössä sitä, että julkinen valta ei toteuttaisi perustuslaillista velvollisuuttaan riittävien terveydenhoitopalveluiden tuottamiseen. Perustuslaillisen ongelman lisäksi kyseessä olisi merkittävä ideologinen suunnan muutos suun terveydenhuoltopalveluiden tuottamisessa.

Molemmissa esitetyissä malleissa rahoitus kohdennettaisiin hyvinvointialueelle yleiskatteellisena. A mallissa Kela laskuttaisi hyvinvointialueita asukkaiden yksityisten palvelujen käytön mukaan. Mallin B vaarana on, että rahoitus ei kohdentuisi suun terveydenhuollon tarpeisiin. Monikanavarahoituksen koelaskelmat on tehty sote-lakiesityksen rahoituskriteerien mukaan, jotka eivät pidä sisällään suun terveydenhuoltoa, ja ovatkin lähtökohtaisesti ongelmallisia.

Sairausvakuutuskorvauksien poistamisella voi olla arvaamattomia ja viiveellä ilmeneviä ei-toivottavia rakenteellisia seurauksia. Vuosina 2015 ja 2016 keskimääräisiä yksityisen suun terveydenhoidon korvauksia leikattiin 33 %:sta 25 %:iin ja edelleen 15 %:iin. Mallinnuksen mukaan vuoden 2015 leikkauksen jälkeen julkinen sektori lisäsi kapasiteettia ja tuottavuutta niin paljon kuin mahdollista, mutta vuoden 2016 leikkausten jälkeen tähän ei enää pystytty (5).

Jos sairaanhoitokorvaukset poistettaisiin, tulisi julkisen suun terveydenhuollon vakansseja lisätä, mikä puolestaan vaatisi myös uusien tilojen ja laitteistojen hankintoja. Selvityksessä esitetty rahoitus ei riittäisi kattamaan kustannuksia. Tämä loisi painetta veroasteen tai asiakasmaksujen korotukseen. Edellä esitettyjen syiden vuoksi asiakkasiirtymät ovat julkiselle suun terveydenhuollolle hoidon toteuttamisen kannalta mahdottomia, ja todennäköisesti tulisivat olemaan suurempia korvausten lakkauttamisen psykologisen vaikutuksen vuoksi, kun julkista tukea yksityisen sektorin palvelujen käyttöön ei saisi enää lainkaan. Arviomme mukaan suun terveydenhuollossa hammaslääkärin siirtyminen yksityiseltä julkiselle sektorille olisi vähäistä sekä taloudellisten sitoumusten vuoksi että siitä syystä, että huomattava osa hammaslääkäreistä on jo ammatinvalintaa tehdessä nähneet itsensä yrittäjinä, joka oli aina 2000-luvun alkuun saakka selvästi yleisin tapa työskennellä hammaslääkärinä erityisesti aikuisten hammashoidossa.

Arviot asiakkasiirtymistä ovat puutteellisesti perusteltuja ja siirtymien kustannusvaikutukset eivät pidä sisällään proteettista hoitoa ja laboratoriokustannuksia. Kunnat eivät ole tosiasiallisesti pystyneet tarjoamaan proteettista hoitoa väestön tarpeisiin nähden riittävästi, ja ne potilaat, joilla siihen on ollut taloudelliset mahdollisuudet, ovat hakeutuneet hoitoon yksityiselle sektorille. Hammaslääkäriliiton Työmarkkinatutkimuksen mukaan protetiikka muodostaa noin 10 % yksityisen hammashoidon kokonaisvolyymista.

Julkisen sektorin potilaspainetta voitaisiin tasata hankkimalla palveluja yksityiseltä sektorilta kehittämällä palvelusetelijärjestelmää. Palvelusetelin käyttäminen voisi mahdollistaa myös jo

olemassa olevien hoitosuhteiden jatkumisen. Palvelusetelin käyttäminen edellyttäisi esimerkiksi sovittujen kriteerien täytyessä hyvinvointialueelle velvollisuutta myöntää riittävän arvon mukainen palveluseteli. Palvelusetelijärjestelyitä olisi kehitettävä siten, että ne olisivat sujuvia sekä hyvinvointialueille, palveluntuottajille että potilaille. Nykyisten järjestelmien ongelmana on niiden vaikeakäyttöisyys, jolloin huomattavia määriä seteleitä jää käyttämättä.

5. Vesinurm (2021): Building contextual evidence for outcomes of policy interventions in healthcare. A case study of the Finnish dental care sector. Master's thesis. Aalto University.

Matkakorvaukset

Kommenttinne koskien matkakorvausten osiota (luku 4)

Hammaslääkäriliitto kannattaa esitettyä näkemystä, että hyvinvointialueille siirtyisi ensihoidon rahoitus- ja järjestämistä vastuu. Niin ikään kuljetuspalvelujen käyttäjien omavastuu tulisi toteuttaa asiakasmaksun muodossa, jolloin se myös kerryttäisi terveydenhuollon maksukattoa.

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Hammaslääkäriliitto kannattaa raportissa esitetyistä vaihtoehtoista sitä, että valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueiden vastuulle ja vakuutettujen rahoitusosuus säilyisi sairausvakuutuksessa. Muissa esitetyissä vaihtoehtoissa tulisi erikseen ratkaistavaksi muiden kuin hyvinvointialueiden järjestämistä vastuulla olevien palvelujen matkakustannusten korvaaminen. Mikäli hyvinvointialueille siirtyisi osa rahoitusvastuusta, muodostuisi niille taloudellinen kannuste palvelutuotannon sijoittelun kokonaistaloudelliseen suunnitteluun.

Riippumatta lopullisesta vaihtoehdosta on huolehdittava siitä, että matkojen korvausperusteet säilyvät kansallisesti yhtenäisinä.

Vaativa lääkinnällinen kuntoutus ja kuntoutuspsykoterapia

Kommenttinne koskien kuntoutuksen osioita (luku 5)

-

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Raportissa esitetyistä vaihtoehtoista Hammaslääkäriliitto kannattaa vaihtoehtoa, jossa Kelassa säilyisi järjestämistä vastuu ja hyvinvointialueille siirtyisi valtion rahoitusosuus, mutta vakuutettujen rahoitusosuus ei siirtyisi.

Lääkekorvaukset

Kommenttinne koskien lääkekorvausten osiota (luku 6)

-

Mikä valmisteluryhmän arvioimista vaihtoehtoista olisi mielestänne kannatettavin? Onko teillä tiedossanne jokin muu vaihtoehto, joka tulisi jatkotyöskentelyssä huomioida?

Hammaslääkäriliitto kannattaa raportissa esitetyistä vaihtoehtoista sitä, että lääkekorvausjärjestelmä säilyisi Kelan toimeenpanemana ja valtion rahoitusosuus siirtyisi hyvinvointialueille. Tässä mallissa myös yksityisessä terveydenhuollossa määrätyt lääkkeet kuuluisivat suoraan korvausjärjestelmän piiriin.

Muita kommentteja ja huomioita

Onko teillä muita kommentteja tai huomiota monikanavarahoituksen purkamisen valmistelun jatkotyössä huomioitavaksi?

Nyt suunniteltua uudistusta ei pidä toteuttaa yhtä aikaa meneillään olevan sote-uudistuksen kanssa. Rahoitusuudistusta suunniteltaessa tarvitaan riittävän pitkä siirtymäaika, huolellinen seurausanalyysi sekä tarvittavat pilotit.

Valmisteluryhmien toimeksiannot ovat rajanneet selvityksen tarkoituksenmukaisempaa suppeammaksi. Jatkotyössä on erityisen tärkeää selvittää monikanavarahoitusta kokonaisuudessaan sekä tuoda esille ja arvioida myös muita vaihtoehtoja, joihin selvityksessä on viitattu.

Lausunnossa olemme esittäneet suun terveydenhuollon rakenteellisia, rahoitukseen ja hoitoon pääsyyn liittyviä ongelmia. Suun terveydenhuollon järjestelmää tuleekin jatkossa kokonaisuudessaan uudistaa kestävämpään ja palveluntarvetta vastaavaan suuntaan.

Savanheimo Nora
Suomen Hammaslääkäriliitto ry