

Signe Jauhiainen, Veera Holappa, Timo Maljanen, Lauri Virta,
Sari Helminen ja Hennamari Mikkola
**Vaihtoehtoisia korvausmalleja hammashoidon
sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi**

Kirjoittajat

Signe Jauhiainen, KTT, ekonomisti
Pellervon taloustutkimus
etunimi.sukunimi@ptt.fi

Veera Holappa, KTM, ekonomisti
Pellervon taloustutkimus
etunimi.sukunimi@ptt.fi

Timo Maljanen, VTM, johtava tutkija
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Lauri Virta, LKT, dosentti, johtava tutkijalääkäri
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Sari Helminen, asiantuntijahammaslääkäri
Kelan terveysosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

Hennamari Mikkola, KTT, terveysturvan tutkimuksen päällikkö
Kelan tutkimusosasto
etunimi.sukunimi@kela.fi

© Kirjoittajat ja Kelan tutkimusosasto

Työpapereita-sarjan julkaisut ovat keskustelun avauksia tai alustavia tutkimusraportteja.

www.kela.fi/tutkimus

ISSN 2323-9239

Helsinki 2013

Tiivistelmä

Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli tarjota vaihtoehtoja keskusteluun hammashoidon sairausvakuutuskorvausjärjestelmän uudistamiseksi. Vaihtoehtoisten korvausmallien, porrasmallin ja tilimallin, korvauksia verrattiin vuonna 2009 voimassa olleen taksamallin korvauksiin. Laskelmien avulla arvioitiin, ketkä korvausta saaneet hyötyisivät ja ketkä häviäisivät.

Tutkimuksen aineistona oli otos henkilöistä, jotka saivat sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausta yksityisen hammashoidon kustannuksista vuonna 2009. Otoksen koko oli 100 000 henkilöä, joilla oli yhteensä 503 093 toimenpidettä. Aineistossa oli tiedot henkilöille tehdyistä toimenpiteistä, toimenpiteistä maksetuista palkkioista ja saaduista korvauksista. Taustamuuttujia aineistossa olivat sukupuoli, ikä, kotikunta ja valtionveronalaiset vuositulot.

Laskelmissa käytettiin kahta vaihtoehtoista korvausmallia: porrasmallia ja tilimallia. Porrasmallissa korvaus nousi, kun asiakkaan kustannukset nousivat. Tilimallissa kaikilla oli käytössään vuosittain samansuuruinen korvaussumma. Tutkimusaineiston todellisille toimenpiteille laskettiin vaihtoehtoisten mallien mukaiset korvaukset. Laskelmissa oletettiin, että henkilöiden toimenpiteet ja toimenpiteiden palkkiot säilyvät ennallaan. Korvausmallit pidettiin kustannusneutraaleina, joten niiden korvaussumma oli korkeintaan vuoden 2009 tasolla.

Laskelmat osoittivat, että tilimallista hyötyisi kolme neljästä korvauksen saajasta. Korvausprosentti oli taksamallia korkeampi, kun vuosikustannus eivät ylittäneet 500 euroa. Porrasmallin käyttöönotosta hyötyisi yksi kymmenestä korvauksen saajasta. Korvausprosentti kasvoi, jos vuosikustannus ylitti 800 euroa. Sitä pienemmällä vuosikustannuksella korvausprosentti pieneni taksamalliin verrattuna.

Jos sairausvakuutuksen korvausjärjestelmää halutaan uudistaa kustannusneutraalisti ja samalla parantaa edellytyksiä käyttää yksityisiä hammashoitopalveluja, tulisi soveltaa tilimallia porrasmallin asemesta.

Avainsanat: hammashoito, sairausvakuutus, sairaanhoitokorvaus

Alkusanat

Hammashoidossa onnistuttiin Suomessa 2000-luvulla toteuttamaan merkittäviä uudistuksia. Vuoden 2002 joulukuusta lähtien kaikki kansalaiset ovat olleet oikeutettuja kunnalliseen hammashoittoon ja sairausvakuutuskorvauksiin yksityisestä hammashoidosta. Hoitotakuun voimaantulo 2005 paransi hoitoon pääsyä kuntien hammashoidossa. Yksityisen hammashoidon korvaustaksoja korotettiin vuonna 2008.

Uudistukset ovat lisänneet hammashoitopalvelujen kysyntää, mutta kunnallisen hammashoidon resurssit ovat osoittautuneet liian vähäisiksi suhteessa kansalaisten tarpeisiin. Tämä näkyy jonoina ja kuntien henkilöstön suurena työmääränä. Yksityisten palvelujen käyttö on kuluttajille huomattavasti kalliimpaa kuin kunnallisten palvelujen käyttö, mikä on johtanut siihen, että yksityisten palvelujen käyttäjien joukossa keski- ja suurituloisten osuus on merkittävä. Toisaalta yksityisten palveluilla on Suomessa perinteisesti ollut vahvempi asema hammashoidossa kuin muussa terveydenhuollossa.

Valtiontalouden tasapainottamiseksi pääministeri Jyrki Kataisen hallitus leikkaa sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksia (lääke-, matka- sekä tutkimuksen ja hoidon korvauksia) yhteensä yli 150 miljoonalla eurolla. Merkittäviä julkisen sektorin voimavarojen lisäyksiä ei ole hammashoidossa näköpiirissä lähivuosien aikana. Potilaiden omavastuiden kasvattaminen molemmilla sektoreilla saattaa olla ainoa lisäresurssien lähde. Tämän vuoksi hammashoidon kehittämiseksi on pohdittava olemassa olevien resurssien puitteissa vaihtoehtoja, joilla voidaan kohdentaa tehokkaammin nykyisiä resursseja väestön suun terveyden edistämiseksi. Hammashoitoa koskevan sairausvakuutusjärjestelmän uudistaminen on yksi vaihtoehto.

Tämä tutkimus ja sen laskelmat ovat keskustelunavaus nykyisen sairausvakuutusjärjestelmän kehittämiseksi. Laskelmissa tarkasteltiin kahta erilaista mallia: porrasmallia ja tilimallia. Porrasmallissa korvaukset kohdentuvat suuriin kuluihin ja tilimallissa päinvastoin mataliin kustannuksiin. Porrasmallin idea perustuu Ruotsin hammashoidon korvausjärjestelmään. Tilimallin sovelluksessa on samoja piirteitä kuin Hollannissa ja Englannissa käytössä olevissa henkilökohtaisen budjetin järjestelmissä vanhus- ja vammaispalveluissa. Tutkimuksessa on myös ensimmäistä kertaa yhdistetty hammashoidon sairaanhoitokorvausrekisteri henkilön veronalaisiin tuloihin valtionverotuksessa.

Tutkimus toteutettiin Pellervon taloustutkimuksen (PTT) ja Kelan tutkimusosaston yhteistyöhankkeena. Tutkimushankkeella oli ohjausryhmä, joka kokoontui neljä kertaa. Hankkeen ohjausryhmään kuuluivat kirjoittajien lisäksi toimitusjohtaja Pasi Holm PTT:stä ja toimitusjohtaja Matti

Pöyry Suomen Hammaslääkäriliitosta. Hanke eteni suunnitellussa aikataulussa ja PTT:n tutkijoiden työpanosta rahoitettiin KKRL 12§:n säännösten mukaisista tutkimusrahoista.

Helmikuussa 2013

Tekijät

Sisältö

Tiivistelmä	3
Alkusanat.....	4
1 Johdanto.....	7
2 Taustaa.....	9
2.1 Sairaanhoidovakuutuksen korvausjärjestelmä hammashoidossa.....	9
2.2 Hammashoidon käytön ja kustannusten kehitys.....	11
2.3 Ruotsin korvausjärjestelmä.....	14
3 Tutkimusaineisto	16
3.1 Aineiston perustiedot	16
3.2 Toimenpiteet ja palkkiot	18
3.3 Kustannukset ja korvaukset	19
3.4 Kustannukset ja korvaukset tuloluokittain	20
4 Laskelmia	22
4.1 Laskelmien lähtökohdat.....	22
4.2 Korvaukset eri malleissa	24
4.3 Tilimallin tarkempaa tarkastelua.....	27
5 Pohdintaa	28
5.1 Korvausmallien vertailua.....	28
5.2 Arvioita tilimalliin siirtymisen vaikutuksista	30
6 Yhteenveto.....	32
Lähteet	33

1 Johdanto

Yksityisten palvelujen tarjonta on perinteisesti Suomessa ollut laajempaa hammashoidossa kuin muussa terveydenhuollossa. Hammashoidossa on tapahtunut 2000-luvulla merkittäviä uudistuksia. Vuoden 2002 joulukuusta lähtien kaikki kansalaiset ovat olleet oikeutettuja kunnalliseen hammashoittoon ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin yksityisestä hammashoidosta. Vuodesta 2001 vuoteen 2003 hammashoidon korvauksiin oikeutettujen henkilöiden lukumäärä kasvoi noin kahdella miljoonalla.

Vuonna 2005 voimaantulleen hoitotakuun myötä aikuisväestön hoitoon pääsy on parantunut kunnallisessa hammashoidossa, mutta uudistuksista huolimatta kunnat eivät ole suunnanneet riittävästi voimavaroja hammashoittoon. Tämä näkyy pitkinä hoitojonoina. Lisäksi hammaslääkäripula on vaikeuttanut palvelujen saattavuutta ja järjestelmän kehittämistä molemmilla sektoreilla. Alueellisesti palvelujen saatavuudessa on suurta vaihtelua.

Kunnilla on järjestämisvastuu hammashoidosta. Kunnat ja valtio ovat pyrkineet edistämään hammashoittoon pääsyä useilla keinoilla. Esimerkiksi suuret kaupungit tekevät yhteistyötä yksityisten palveluntuottajien kanssa, ostavat ostopalveluita ja kokeilevat hammashoidon palveluseteliä. Vuoden 2011 alusta lähtien Jyväskylässä käynnistyi terveyskeskuksen ja yksityissektorin kumppanuushanke. Hankkeessa terveyskeskus tarjoaa jonossa oleville potilaille mahdollisuutta ryhtyä hankepotilaaksi, jotka saavat yksityissektorilla toteutettavista suun ennaltaehkäisevistä hoitopaketeista korotetun korvauksen (VNa 1149/2011).

Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset nousevat yhteiskunnalliseen keskusteluun säännöllisesti. Taksaan perustuvaa korvausjärjestelmää on kritisoitu muun muassa siitä, että se on vaikeaselkoinen. Korvausta on pidetty myös yritystukena yksityisille yrityksille (Pekurinen ym. 2011). Kritiikki on kohdistunut muun muassa siihen, että korvauksista hyötyvät erityisesti hyvätuloiset. Tulonjakoaineistoon perustuvat laskelmat osoittavat, että hammaslääkärin palkkiot jakautuvat muita sairaanhoitokorvauksia epätasaisemmin ja painottuvat keski- ja hyvätuloisiin (Mikkola ym. 2012).

Yksityisen hammashoidon korvaustaksoja korotettiin vuonna 2008. Korvaustaksoja korotettiin lisääntyneen kysynnän ja kuntien resurssirajoitteiden takia. Taksojen korotukset olivat keskimäärin 28 prosenttia. Tavoitteena oli nostaa korvaustaso 40 prosenttiin (Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 2007). Koska korvaustaksoja ei ole sidottu indeksiin, asiakkaiden omavastuuosuudet ovat nousseet vuosi vuodelta. Tutkimusten mukaan taksan korotus ei ole paras mahdollinen keino varsinkaan, jos korotuksia tehdään vain harvoin. Silloin on vaarana, että osa taksan korotuksista valuu palkkioiden korotuksiin (Maljanen ym. 2011).

Vuoden 2012 loppuun asti hammaslääkärien perimistä palkkioista korvattiin 60 prosenttia korvaustaksan määrästä. Vuoden 2013 alusta korvausjärjestelmä muuttui siten, että Kela vahvistaa lääkärin ja hammaslääkäriin palkkioille sekä eri tutkimuksille ja hoidoille euromääräisen korvauksen (HE 113/2012). Myös kiinteän omavastuun perimisestä tutkimuksen ja hoidon taksassa luovuttiin. Korvaustaso pysyy ennallaan euromääräisiin korvauksiin siirryttäessä mutta järjestelmää pyritään tällä muutoksella yksinkertaistamaan.

Hammaslääkärit voivat määritellä palkkionsa vapaasti, mutta palkkioista on tarjolla, esimerkiksi internetissä, vain vähän tietoa. Asiakkaan onkin vaikea ennakoida todellisia kustannuksiaan, koska sekä perittävän palkkion että korvauksen selvittäminen vaativat perehtymistä asiaan. Verkkokyselytutkimuksen mukaan 66 prosenttia vastaajista halusi enemmän tietoa yksityisen hammashoidon hinnoista ja 49 prosenttia vastaajista piti hintatietojen vertailua vaikeana (Dadi ym. 2011).

Hammashoidossa kilpaillaan harvoin hinnoilla. Tutkimuksen mukaan vain alle 30 prosenttia hammaslääkäreistä koki kilpailevansa hinnoilla. Kilpailu keskittyy ennemminkin markkinointiin, palveluvalikoimaan ja palveluiden laatuun. Hammaslääkäreiden hinnoittelupäätöksiin vaikuttavat osin hammaslääkäriliiton raportit tapahtuneesta kustannuskehityksestä sekä Tilastokeskuksen vuosiraportti hintojen keskiarvosta. Hammaslääkärit eivät mielestään seuraa muiden hinnoittelua, mutta seuraamalla yleistä raportointia he tulevat välillisesti seuranneeksi muiden hinnoittelua. (Widström ym. 2011.)

Yksityisestä hammashoidosta maksettavien korvausten kokonaismäärät vaihtelevat paljon alueittain. Korvaukset keskittyvät Lounais- ja Etelä-Suomeen sekä suuriin kaupunkeihin. Tervolan ym. (2011) mukaan yksityisten hammaslääkäripalveluiden kustannusten vaihtelua selittävät palveluiden tarjonta, julkisten palveluiden menot sekä sosioekonomiset ja demografiset tekijät. Kelan rekisterien perusteella hammashoidon toimenpidekohtaisissa palkkioissa on suuria eroja kunnittain. Keväällä 2012 Kela julkaisi verkkosivuillaan hintavertailupalvelun¹, jonka avulla kansalainen voi selvittää yksityisistä sairaanhoitopalveluista perittyjä keskimääräisiä maksuja eri alueilla.

Nykyisen korvausjärjestelmän puutteita korvaamaan on nostettu esille muutamia korvausjärjestelmän uudistamisvaihtoehtoja: korvaustaksojen yksinkertaistaminen, korvausten kohdentaminen ja rajoittaminen, hintakatto ja henkilökohtainen budjetti (Mikkola ja Virta 2012). Sairausvakuutusjärjestelmää uudistettaessa on johdonmukaista pyrkiä siihen, että suuremmalla osalla väestöstä olisi aikaisempaa paremmat mahdollisuudet käyttää yksityisiä palveluita.

1 www.kela.fi/hintavertailu

Tämä tutkimus avaa keskustelua hammashoidon sairausvakuutuskorvausjärjestelmän uudistamisvaihtoehtoista. Tässä tutkimuksessa tarkasteltujen vaihtoehtoisten korvausmallien lähtökohtana on edistää väestön pääsyä yksityiseen hammashoittoon. Korvausmalleja laadittaessa on myös pohdittu, voidaanko korvausjärjestelmää muuttamalla aktivoida väestöä hoitamaan ja tarkastuttamaan hampaitaan säännöllisesti. Hammashoidossa yksilön omahoito on ensiarvoisen tärkeää. Lisäksi taustalla on ajatus siitä, että kuluttajat pystyisivät paremmin vertailemaan yksityisten palveluntuottajien hintoja ja laatua.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on verrata sairausvakuutuksen nykyistä korvausmenettelyä, taksamallia, kahteen vaihtoehtoiseen korvausmalliin: porrasmalliin ja tilimalliin. Laskelmien avulla arvioidaan, ketkä palveluista korvausta saaneista hyötyisivät ja ketkä häviäisivät, jos heidän saamansa korvaukset perustuisivat vaihtoehtomalleihin taksamallin asemesta. Tutkimuksessa kuvataan myös yksityisten hammashoitopalvelujen toimenpiteitä ja kustannuksia. Tutkimuksessa yhdistetään ensimmäistä kertaa hammashoidon sairaanhoitokorvausrekisterin tiedot ja tulotietoina henkilön valtionveronalaiset tulot. Tutkimuksen pohdintaosassa pyritään arvioimaan, kuinka paljon vaihtoehtomalleihin siirtyminen mahdollisesti muuttaisi korvattavien palvelujen käyttöä.

Raportin seuraavassa luvussa kuvataan nykyistä korvausjärjestelmää ja luodaan katsaus tilastoihin. Luvussa 3 esitellään tutkimusaineisto sekä tarkastellaan toimenpiteitä, palkkioita, korvauksia ja kustannuksia. Luku 4 sisältää laskelmat vaihtoehtoisista korvausmalleista. Luvussa 5 vertaillaan korvausmalleja ja pohditaan muutoksen vaikutuksia. Luvussa 6 on yhteenveto.

2 Taustaa

2.1 Sairaanhoitovakuutuksen korvausjärjestelmä hammashoidossa

Kelan hallinnoima sairausvakuutusjärjestelmä ja palveluita käyttävät asiakkaat rahoittavat yksityisen hammashoidon. Vuonna 2011 sairausvakuutuksen korvausosuus yksityisistä hammashoitopalveluista oli 34,6 prosenttia eli noin 124 miljoonaa euroa. Vuonna 2011 hammashoidosta korvausta maksettiin hieman yli miljoonalle henkilölle 4,9 miljoonasta toimenpiteestä. Useissa muissa Euroopan maissa, kuten Englannissa ja Hollannissa, hammashoidon sairausvakuutukset ovat yksityisiä. Muista maista poiketen Suomessa ja Ruotsissa on hammashoidossa julkinen sairausvakuutus.

Lakisääteinen sairausvakuutus on osa sosiaaliturvajärjestelmää. Sairausvakuutus turvaa vakuutetun oikeuden korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista. Suomessa lakisääteinen sairausvakuutus otettiin käyttöön vuonna 1964 ja nykyisin se jaetaan sairaanhoitovakuutuk-

seen ja työtulovakuutukseen (L 1224/2004). Sairaanhoidovakuutuksesta korvataan osa kustannuksista, jotka aiheutuvat avohoidon lääkemenosta, sairauden aiheuttamista matkakuluista, ylioppilaiden terveydenhuollon kustannuksista ja Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta. Sairaanhoidovakuutuksesta korvataan myös taksamenettelyllä määrätty osa yksityisen terveydenhuollon lääkärin ja hammaslääkärin palkkioista sekä lääkärin määräämistä tutkimuksista ja hoidoista.

Sairaanhoidovakuutuksen rahoitus jakautuu puoliksi valtion ja vakuutettujen kesken. Vakuutettujen rahoitusosuus kerätään sairausvakuutuksen sairaanhoitomaksulla, joka on tietty prosenttiosuus kunnallisverotuksessa verotettavasta ansiotulosta (palkansaajat, yrittäjät sekä eläkkeen- ja etuudensaajat). Prosenttiosuuden suuruus määräytyy valtioneuvoston asetuksella. Kela huolehtii vakuutuskorvauksien maksusta Suomessa asuville henkilöille, joilla on Väestörekisterikeskuksen myöntämä henkilötunnus.

Vielä ennen vuotta 1991 sairauskulut (myös hammashoidon kulut) olivat verovähennyskelpoisia. Tämä oikeus päätettiin kuitenkin poistaa, mutta vastapainoksi hammashoidon korvauksen piiriin kuuluvien joukkoa haluttiin laajentaa. Vaikka päätös hammashoidon ulottamisesta koko väestöön tehtiin jo 1990-luvun alussa, pystyttiin muutokset toteuttamaan heikon taloustilanteen vuoksi vasta 2000-luvun alkupuolella.

Ennen vuotta 2001 kunnalliseen hammashoittoon ja sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksiin yksityisestä hammashoidosta olivat oikeutettuja vain vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneet aikuiset ja rintamaveteraanit. Vuonna 2001 tuettu hammashoito laajennettiin koskemaan myös vuonna 1946 ja sen jälkeen syntyneitä. Vuoden 2002 joulukuusta lähtien kaikki kansalaiset ovat olleet oikeutettuja kunnalliseen hammashoittoon sekä yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvauksiin. Vuodesta 2001 vuoteen 2003 korvaukseen oikeutettujen lukumäärä kasvoi noin kahdella miljoonalla henkilöllä. Uudistuksen tavoitteena oli tarjota koko väestölle terveystarpeen mukaiset suun terveydenhuollon palvelut ja saattaa kansalaiset suun terveydenhuollon suhteen samanarvoiseen asemaan muiden terveydenhuollonpalvelujen kanssa. Uudistuksen toivottiin tasoittavan sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja. (HE155/2000; Mattila 2011.)

Suomessa hammashoidon korvauksissa on käytössä taksamalli, jossa korvausten enimmäismäärät on sidottu erikseen määriteltäviin taksoihin. Vielä vuoden 2012 loppuun asti yksityisestä hammashoidosta perityistä palkkioista Kela korvasi 60 % enintään taksan mukaisesta määrästä. Kullekin toimenpiteelle on määriteltävä tietty korvaustaksa, jonka suuruus riippuu muun muassa kyseisen toimenpiteen vaativuudesta. Hammaslääkärin perimät palkkiot ylittävät useimmiten toimenpiteille määritellyt korvaustaksat. Suun ja hampaiden tutkimus korvataan vain kerran kalenterivuodessa.

Hammaslääkärin määräämistä radiologisista ja laboratoriotutkimuksista korvaus on enintään 75 % taksan mukaisesta määrästä 13,46 euron (vuonna 2012) omavastuun ylittävältä osalta. Samalla kerta määrätystä tutkimuksista peritään vain yksi omavastuu. Suuhygienistin palkkiosta korvaus on euromääräinen vahvistetun taksan mukaan. Vuoden 2013 alusta hammaslääkäreiden palkkioiden sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksat muutettiin euromääräisiksi.

Taksamallin hyviä puolia ovat yhdenmukaisuus, yksityiskohtainen tuotteistus, edulliset hallinnointikulut ja mahdollisuus taksojen avulla kontrolloida korvausmenoja. Valtiontalouden tarkastusvirasto (VTV) toivoi selvityksessään järjestelmän yksinkertaistamista. Lisäksi VTV huomautti, että korvaukset eivät kohdistu tasaisesti eri väestöryhmille, sillä yksityisiä palveluja on tarjolla eri tavalla eri puolilla maata ja palvelujen käyttö painottuu ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011).

Valtiontalouden näkökulmasta suurella kustannusten omavastuuosuudella voidaan hillitä palvelujen käyttöä ja siten myös korvausmenoja. Korvaustaksojen jäädessä jälkeen hintojen kehityksestä omavastuu voi muodostua suureksi. Suuri omavastuu voi estää pieni- ja keskituloisten hakeutumisen yksityiseen hammashoittoon (Mikkola ja Virta 2012).

Sekä kunnallisten että yksityisten hammashoitopalvelujen kulut eivät kuulu terveydenhuoltomenojen maksukattojärjestelmien piiriin. Sairausvakuutusjärjestelmässä potilaan riski suurista kustannuksista otetaan huomioon matka- ja lääkekulujen korvauksissa. Maksukattojen puuttuminen hammashoitajärjestelmässä kuvaa sitä, että poliittisten päätöksentekijöiden mielestä aikuisten hammashoidossa valtaosa kuluista kuuluu kuluttajien vastuulle.

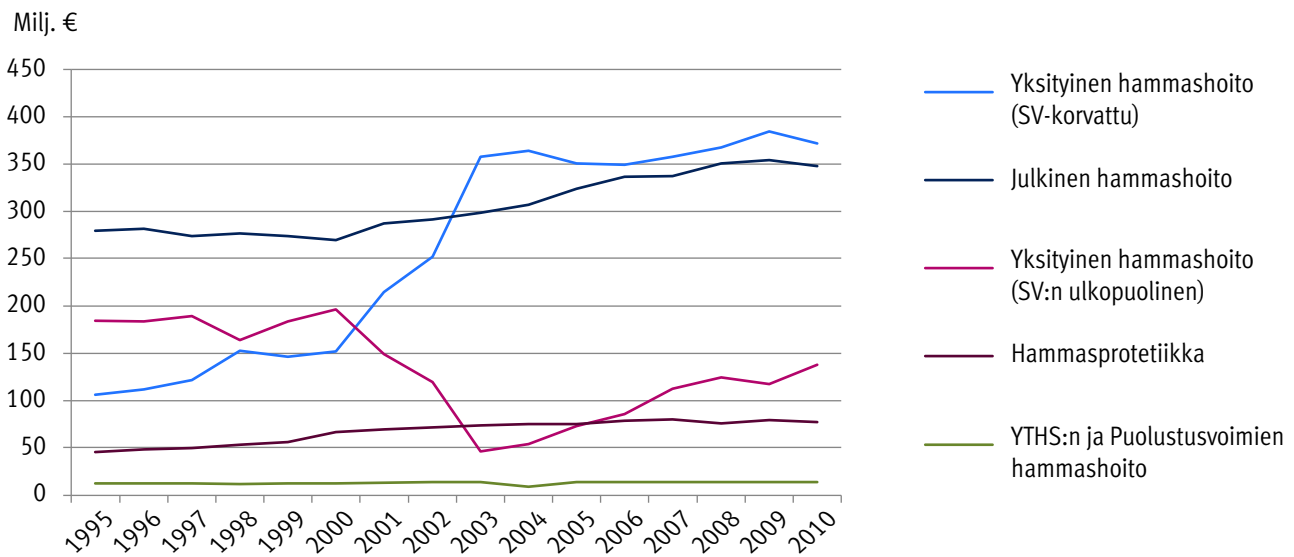
Hammashoidon kustannusten sairausvakuutuskorvaus ei ole kaiken kattava, vaan osa toimenpiteistä on rajattu korvauksen ulkopuolelle. Nykyisin hammashoidossa korvausta ei saa: proteettisista toimenpiteistä, kuten irtoproteeseista ja hammaskruunuista, silloista ja implanteista tai niiden korjauksista (poikkeuksena rintamaveteraanit ja miinanraivaajat), hammasteknisestä työstä (poikkeuksena rintamaveteraanit ja miinanraivaajat), oikomishoidosta (paitsi erityisin perustein), kosmeettisista toimenpiteistä eikä ajalta, jolloin on hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa.

2.2 Hammashoidon käytön ja kustannusten kehitys

Yksityisen hammashoidon sairaanhoitokorvaukset ovat viime vuosina muodostaneet noin seitsemän prosenttia Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista. Hammashoidosta maksettujen kor-

vausten kokonaismäärä (124 milj. euroa vuonna 2011) onkin selvästi suurempi kuin esimerkiksi lääkärinpalkkioista maksetut korvaukset (74 milj. euroa). Sairaanhoidovakuutuksen piiriin kuuluvan yksityisen hammashoidon menoissa näkyy selvästi 2000-luvun alussa tehdyt laajennukset tuettuun hoitoon oikeutettujen ryhmässä (kuvio 1)². Menojen kasvu julkisessa hammashoidossa oli selvästi maltillisempaa kuin yksityisellä puolella. Sairaanhoidokorvauksiin oikeuttavan yksityisen hammashoidon menot kasvoivat 2000-luvun alussa selvästi enemmän kuin korvauksen ulkopuolisen hoidon menot laskivat.

Kuvio 1. Yksityisen ja julkisen hammashoidon menot vuosina 1995–2010, milj. euroa vuoden 2010 hinnoin.

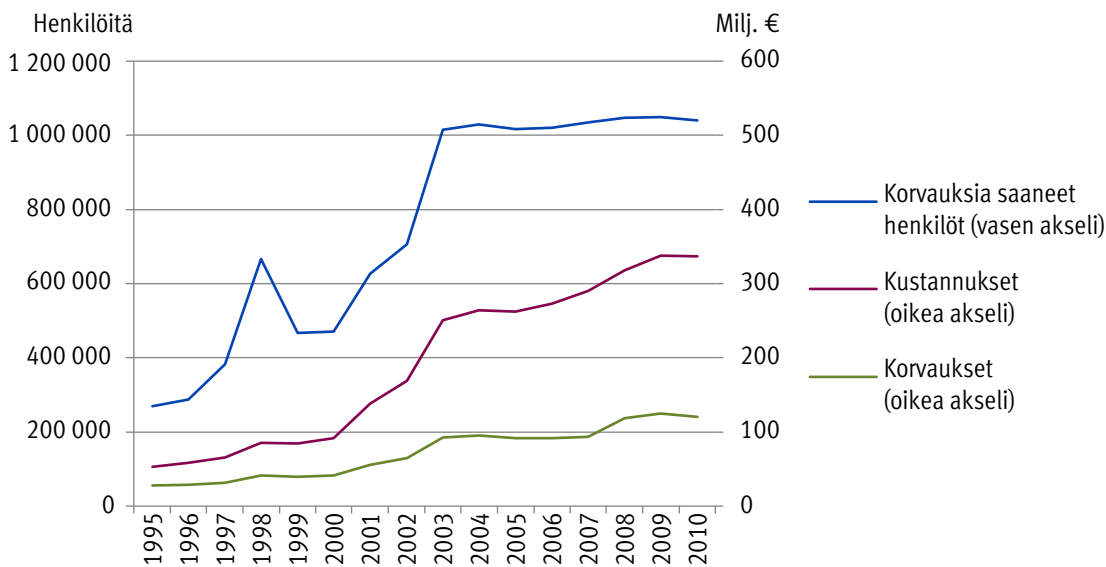


Lähde: Kela ja THL.

Yksityisten hammaslääkäreiden palkkioista korvauksia saaneiden henkilöiden määrä kaksinkertaistui, kun tuettu hammashoito ulotettiin koko väestöön (kuvio 2). Laajennuksen jälkeen korvauksia saaneiden henkilöiden määrä on pysynyt vakaana. Vuonna 2010 yksityisiä hammashoitokäyntejä tehtiin noin 2,7 miljoonaa (Kelan tilastollinen vuosikirja 2010). Korvausten ja korvaukseen oikeutaneiden kustannusten välinen ero eli potilaille maksettavaksi jäävän omavastuuosuuden määrä on kasvanut voimakkaasti 2000-luvun alusta lähtien. Julkisessa hammashoidossa hoitoon oikeutettujen ryhmän laajentaminen kasvatti hammaslääkärikäyntejä maltillisesti (SOTKANet 2012).

² Kuviot 1 ja 2 perustuvat Kelan ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoihin sekä THL:n ylläpitämän tilasto- ja indikaattoripankin SOTKANetin aineistoihin. Kuvioiden kustannusluvut poikkeavat hieman toisistaan, sillä kuvion 1 luvut sisältävät arvon yksityisten hammaslääkäripalveluiden toimistomaksuista sekä sairausavustuskassojen hammashoitokorvaukset. Hammasprotetiikan luvut sisältävät sekä julkisen ja yksityisen hoidon ja ne perustuvat kansantalouden tilinpidon tilastoihin ja kuluttajatutkimusten perusteella tehtyihin arvioihin.

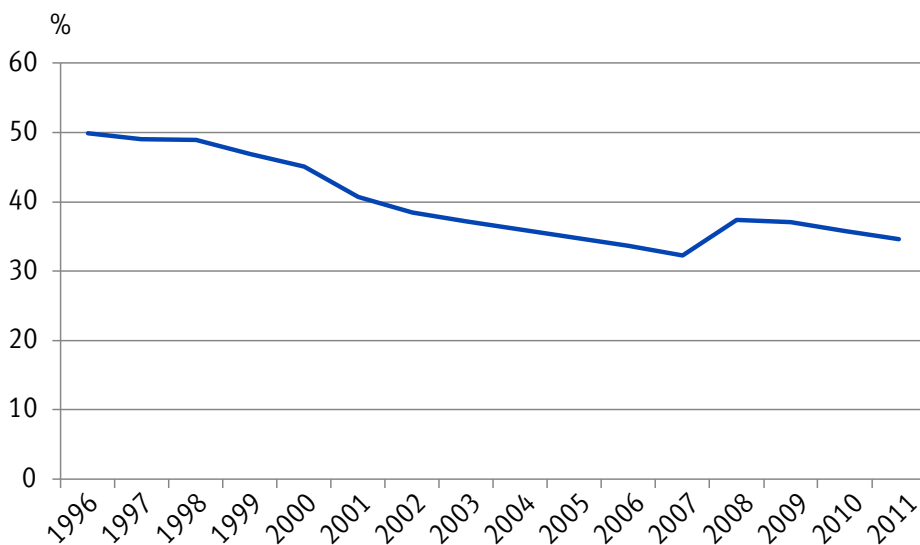
Kuvio 2. Yksityisen hammashoidon kustannukset, korvaukset ja korvauksia saaneet henkilöt vuosina 1995–2010.



Lähde: SOTKANet.

Kuviossa 3 on yksityisen hammashoidon laskennallinen korvausprosentti, eli korvauksen osuus perityistä palkkioista. Kuviosta havaitaan, että korvausprosentti ollut laskujohteinen vuoden 2008 tak-sankorotusta lukuun ottamatta. Vielä vuonna 1996 laskennallinen korvausprosentti oli 49,9. Vuo-den 2011 loppuun mennessä Kelan maksamien korvausten osuus oli laskenut 34,6 prosenttiin. Kor-vaukset jäävät jälkeen hammaslääkäreiden perimistä palkkioista, sillä niitä ei koroteta säännöllisesti.

Kuvio 3. Yksityisen hammashoidon laskennallinen korvausprosentti vuosina 1996–2011.



Lähde: Kela.

2.3 Ruotsin korvausjärjestelmä

Tämän tutkimuksen kannalta kiinnostusta on herättänyt Ruotsissa vuonna 2008 käyttöön otettu uudistettu hammashoidon korvausjärjestelmä. Uudistuksen myötä Ruotsin hallitus kaksinkertaisti hammashoidon korvauksiin vuosittain käytettävät rahat noin 6 miljardiin kruunuun (670 milj. euroa³). Korvausjärjestelmän muutoksen päätavoitteet olivat ensinnäkin säilyttää hampaiden terveystaso niillä potilailla, joilla on vähän hoidollista tarvetta. Toiseksi uudistuksen tavoitteena oli tarjota kustannustehokasta hoitoa kohtuulliseen hintaan niille, joilla on tarvetta laajemmalle hammashoidolle. Näiden tavoitteiden toteuttamiseksi Ruotsin hammashoidon korvausjärjestelmästä rakennettiin kaksiosainen. Mallin pääpiirteet on kuvattu taulukossa 1⁴. Yleisellä hammashoitotuella pyritään saamaan ihmiset hammashoidon piiriin ja ennaltaehkäisemään vakavampien suunterveydellisten ongelmien syntyminen. Korkeiden kustannusten suojalla pyritään kohtuullistamaan vaativampaa hoitoa tarvitsevien potilaiden kustannuksia. (Försäkringskassan 2011; Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2011.)

Taulukko 1. Ruotsin hammashoidon korvausjärjestelmä pääpiirteissään.

Yleinen hammashoitotuki
30–74-vuotiaat: henkilökohtainen 150 kruunua (17 €)/vuosi. Voidaan säästää kahden vuoden jaksossa. Henkilökohtaisella hoitotilillä voi siten olla maksimissaan 300 kruunua (33 €).
20–29-vuotiaat ja yli 75-vuotiaat: henkilökohtainen summa on 300 kruunua (33 €) /vuosi. Voidaan säästää kahden vuoden jaksossa. Henkilökohtaisella hoitotilillä voi olla maksimissaan 600 kruunua (66 €).
Korkeiden kustannusten suoja
Lista toimenpiteistä, joihin tukea voidaan myöntää. Toimenpidekohtainen viitehintaa.
Jos kulut alle 3 000 kruunua (333 €), ei tukea yleisen hammashoitotuen lisäksi.
Jos kulut 3 000–15 000 kruunua (333–1 666 €), tuki 50 % viitehinnasta.
Jos kulut yli 15 000 kruunua (1 666 €), tuki 85 % viitehinnasta.
Viitehintaa on kustannusperusteinen ja toimenpidekohtainen. Viitehinnasto on saatavilla internetistä ⁵ .

Hammashoidon korvausjärjestelmän uudistuksen yhteydessä luotiin koko maan kattava yhteinen hammashoidon tietohallintojärjestelmä, johon kaikki hoitopisteet veloitettiin liittymään. Samalla avattiin internet-portaali, johon yksityisten hammaslääkäreiden tuli ilmoittaa toimenpiteiden hinnat.

3 1 € = 9 SEK, samaa kurssia käytetty myös jäljempänä.

4 Malli on kuvattu perusteellisemmin julkaisussa: Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Handbok till TLVFS 2011:2 om statligt tandvårdsstöd. 2011.

5 Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Information om omräkning av referenspriser. <http://www.tlv.se/tandvard/referensprislista>.

Vakuutuskassa korvaa asiakkaille hammashoidon kustannukset yksittäisten toimenpiteiden viitehintojen mukaan. Viitehinnat tarkastetaan vuosittain noudattamaan suun terveydenhuollon yleistä kustannustasoa. Viitehintojen määrittelyssä otetaan huomioon myös tuottavuuskehitys. Joka kolmas vuosi viitehinnastolle tehdään laatutarkistus, jossa kiinnitetään huomiota jokaisen toimenpiteen sisältöön ja laajuuteen. (Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket 2013.)

Ruotsin Sosiaalivakuutuskassa koordinoi hammashoitojärjestelmän uudistusta kartoittavan tutkimuksen. Tutkimuksen tekijöinä ovat olleet Sosiaalivakuutuskassa, sosiaali- ja terveysministeriö sekä hammashoito- ja lääkekorvausvirasto ja tutkimuksen tuloksia raportoidaan Sosiaalivakuutuskassan julkaisussa. (Försäkringskassan 2011.)

Tutkimuksessa käytetyt tilastoaineistot perustuivat Sosiaalivakuutuskassan hammashoidon rekistereihin, Sosiaali- ja terveysministeriön suunterveystilastoihin sekä Ruotsin Tilastokeskuksen tietoihin. Sosiaalivakuutuskassa teetti myös fokusryhmähaastatteluja Tukholman seudulla asuville potilaille ja alueella toimiville hammaslääkäreille. Haastattelut on suoritettu tukemaan tutkimusta, mutta niiden tuloksista ei voi tehdä koko kansaa koskevia johtopäätöksiä.

Tutkimus kattaa hammashoidon korvausjärjestelmän uudistusta seuraavat kaksi vuotta eli ajanjakson 1.7.2008–30.6.2010. Tutkimuksen kohteena oli 5,1 miljoonaa 20 vuotta täyttänyttä henkilöä, jotka kävivät hammashoidossa vähintään kerran tutkimusperiodin aikana. Tämä vastaa noin 71 prosenttia yli 20-vuotiaasta väestöstä. Yli 50-vuotiaat käyttivät hammashoitoa eniten ja 20–29-vuotiaat vähiten. Naiset kävivät miehiä useammin ennaltaehkäisevässä hoidossa ja saivat enemmän korvauksia korkeista kustannuksista.

Tutkimustulokset osoittavat, että tarkasteluperiodin aikana 68 prosenttia aikuisväestöstä kävi hammashoidossa ennaltaehkäisevissä toimenpiteissä. Matalasti koulutetut ja pienituloiset kävivät selvästi vähemmän ennaltaehkäisevissä toimenpiteissä kuin muut. Aineistossa ei ole tietoa ehkäisevästä hammashoidosta korvausjärjestelmän uudistusta edeltävältä ajalta, joten tutkimuksen perusteella on vaikea sanoa, onko muutos kannustanut ennaltaehkäisevään hoitoon. Toisaalta tulokset osoittavat, että 79 prosenttia käynneistä, joissa yleistä hammashoidontukea on käytetty, on tapahtunut ennaltaehkäisevistä syistä.

Noin neljäsosa hammaslääkärissä käyneistä sai korvausta korkeiden kustannusten takaisinmaksuohjelmasta. Mediaanikorvaus eri ikäryhmissä oli suhteellisen matala, 900–1 400 kruunua (noin 100–155 euroa). Noin 45 prosenttia korkeiden kustannusten korvauksista maksettiin kolmelle prosentille potilaista, jotka saivat korvauksia ylimmän arvon (15 000 kruunua, 1 666 euroa) mukaan. Korvaus-

uudistuksen ensimmäisen vuoden aikana voimassa oli vielä edellisen korvausjärjestelmän aikaisia maksuja, joten tutkimuksen tulokset eivät anna tarkkoja tuloksia uudistuksen vaikutuksista ihmisten hammashoidon käyttöön.

Koko väestöstä hieman yli 15 prosenttia sai korvausta korkeiden kustannusten takaisinmaksujärjestelmästä ja alle kaksi prosenttia sai korvausta ylimmän tason mukaan. Näin ollen vain pieni osa väestöstä hyötyi korkeiden kustannusten takaisinmaksujärjestelmästä. Korkeiden kustannusten takaisinmaksujärjestelmää käyttivät useimmin 50–74-vuotiaat ja vähiten 20–29-vuotiaat. Tutkimuksesta ilmenee myös, että ryhmät, jotka kävivät useimmin ennaltaehkäisevässä hoidossa, saivat vähiten korvauksia korkeista kustannuksista.

Fokusryhmähaastatteluiden tulosten mukaan 20–29-vuotiaat nuoret aikuiset kokivat, että hammaslääkärissä käyminen on liian kallista. Lähes kaikilla haastatteluihin osallistuneilla potilailla oli huono tietämys korvausjärjestelmästä ja hoitojen hinnoista. Kuitenkin Ruotsissa hammashoidon korvausjärjestelmää on käytetty paljon. Merkittävänä tuloksena haastattelut toivat esille sen, että 3 000 kruunun (333 euron) kustannuskaton ajatellaan yleisesti olevan liian korkea niille, joilla ei ole varaa edes hammastarkastukseen. Haastateltavien mielestä hammashoito aiheuttaa taloudellista riskiä, sillä hammaslääkärikäyntejä on vaikea ennakoida, eikä potilas ei voi kontrolloida hoitoa toimenpiteen aikana.

3 Tutkimusaineisto

3.1 Aineiston perustiedot

Tutkimuksen aineisto oli ositettu satunnaisotos henkilöistä, jotka olivat saaneet vuonna 2009 sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvausta yksityisen hammashoidon kustannuksista. Otoksen koko oli 100 000 henkilöä. Otoksen ositteena käytettiin maakuntaa, joten henkilöiden asuinmaakuntien osuudet otoksessa ovat samat kuin perusjoukossa. Rintamaveteraanit ja miinanraivaajat eivät olleet mukana otoksessa.

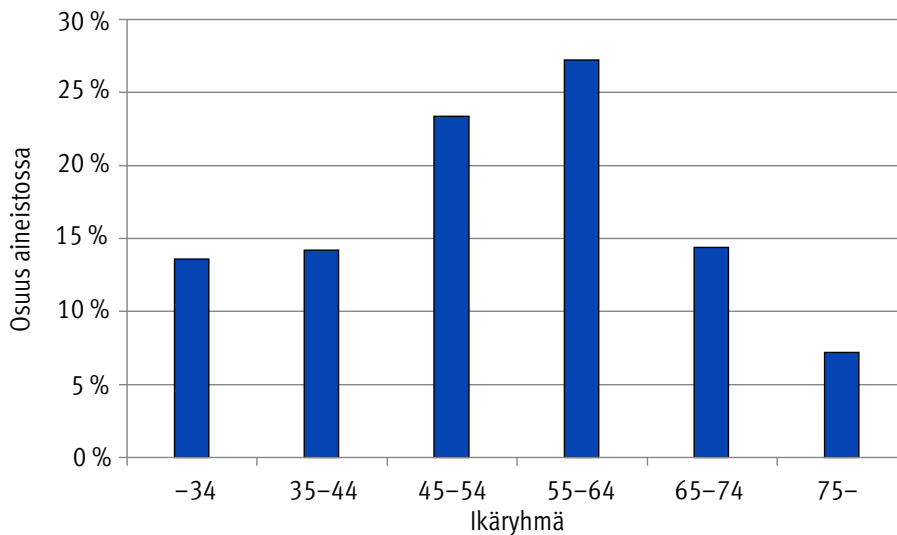
Aineisto sisälsi tiedot kaikista henkilöille korvatuista toimenpiteistä, toimenpiteistä maksetuista palkkioista ja korvauksista. Vuoden 2009 aineistossa 100 000 henkilöllä oli yhteensä 503 093 korvattua toimenpidettä. Vuonna 2009 maksettiin korvausta hammashoidosta 1 037 916 henkilölle (muille kuin rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille) 5 200 208 toimenpiteestä, joten otos on noin 10 prosenttia perusjoukosta.

Tutkimusaineiston tunnuslukuja on koottu taulukkoon 2 ja niitä käsitellään tarkemmin tulevissa kappaleissa. Taustamuuttujia aineistossa olivat sukupuoli, ikä, kotikunta ja vuositulot. Osohenkilöistä 56 prosenttia oli naisia ja 44 prosenttia oli miehiä. Kuviossa 4 on esitetty henkilöiden jakautuminen ikäryhmittäin. Suurin ikäryhmä oli 55–64-vuotiaat (27 %) ja pienin alle 35-vuotiaat (14 %).

Taulukko 2. Tunnuslukuja, vuosi 2009, aineisto hammashoidon korvauksen saajista, n = 100 000.

Toimenpiteitä/hlö/vuosi, keskiarvo, kpl	5,0
Palkkio/toimenpide, keskiarvo, €	63,60
Korvaus/toimenpide, keskiarvo, €	23,55
Kustannukset/hlö/vuosi, keskiarvo, €	319,08
Korvaukset/hlö/vuosi, keskiarvo, €	118,35
Korvausprosentti	37
Naisten osuus, %	56,4
Ikä, keskiarvo	53,0
Valtionveronalaiset vuositulot, keskiarvo, €	31 808
Henkilöitä	100 000
Toimenpiteitä, kpl	503 093

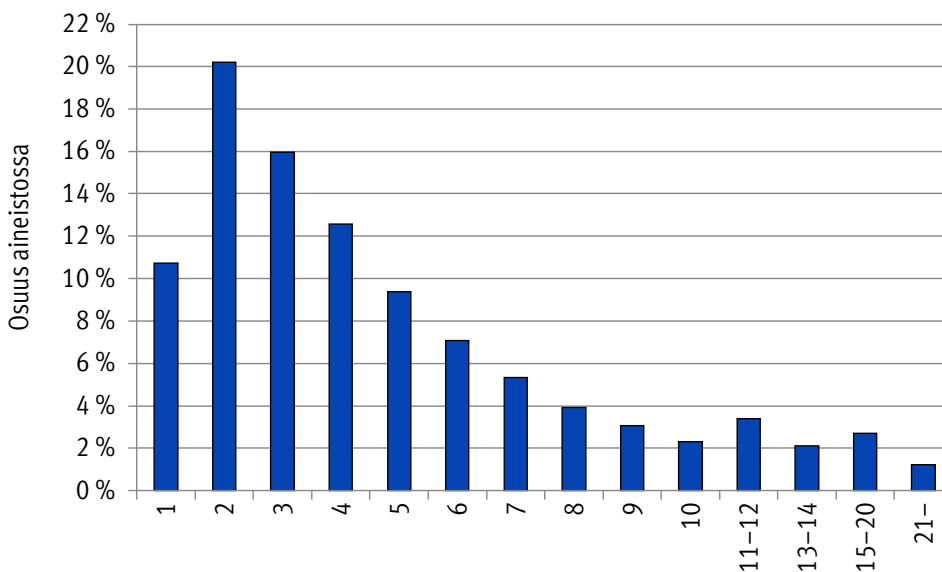
Kuvio 4. Korvausta saaneiden ikäryhmittäiset osuudet aineistossa, vuosi 2009.



3.2 Toimenpiteet ja palkkiot

Henkilöille korvattujen hammashoidon toimenpiteiden määrä vaihteli huomattavasti, yhdestä toimenpiteestä useaan kymmeneen toimenpiteeseen. Keskimäärin toimenpiteitä henkilöä kohden oli viisi. Kuviossa 5 aineiston henkilöt on jaettu luokkiin toimenpidemäärän mukaan. Pienet toimenpidemäärät olivat aineistossa yleisiä, sillä lähes puolella (47 %) korvauksen saajista oli korkeintaan kolme toimenpidettä.

Kuvio 5. Toimenpiteiden lukumäärä/henkilö, osuus korvausta saaneista, vuosi 2009.



Aineistossa olleiden mahdollisten tallennusvirheiden vuoksi aineistosta poistettiin toimenpiteet, joiden palkkio poikkesi merkittävästi kyseisestä toimenpiteestä keskimäärin peritystä palkkiosta. Palkkion piti olla suurempi kuin 0 euroa ja pienempi kuin neljä kertaa toimenpiteen mediaanipalkkio. Kaikista aineiston toimenpiteistä näiden rajausten ulkopuolelle jäi 91 toimenpidettä. Myöhempiä laskelmia varten aineistosta rajattiin pois kaikki henkilöt, joiden toimenpiteitä oli poistettu. Tällöin aineistosta karsiutui 90 henkilöä.

Taulukkoon 3 on koottu yleisimpien toimenpiteiden mediaanipalkkiot, palkkiot 10. persentiiliin ja 90. persentiiliin kohdalla, korvaustaksat, maksimikorvaukset (60 prosenttia korvaustaksasta) ja korvausprosentit. Yleisin toimenpide oli suun perustutkimus, joita oli aineistossa 62 969 kappaletta. Hammaslääkäreiden perimissä palkkioissa oli jonkin verran vaihtelua. Esimerkiksi suun perustutkimuksen mediaanipalkkio oli 51 euroa ja palkkioista 80 prosenttia oli 40 euron ja 61 euron välillä. Eri toimen-

piteiden todelliset korvausprosentit vaihtelivat. Korvausprosentti oli suurin kolmen tai useamman pinnan täytteessä (36 %) ja pienen ehkäisevässä suun terveydenhoidossa (44 %).

Taulukko 3. Yleisimpien toimenpiteiden palkkiot ja korvaukset aineistossa, toimenpiteitä 503 002 kpl, vuosi 2009.

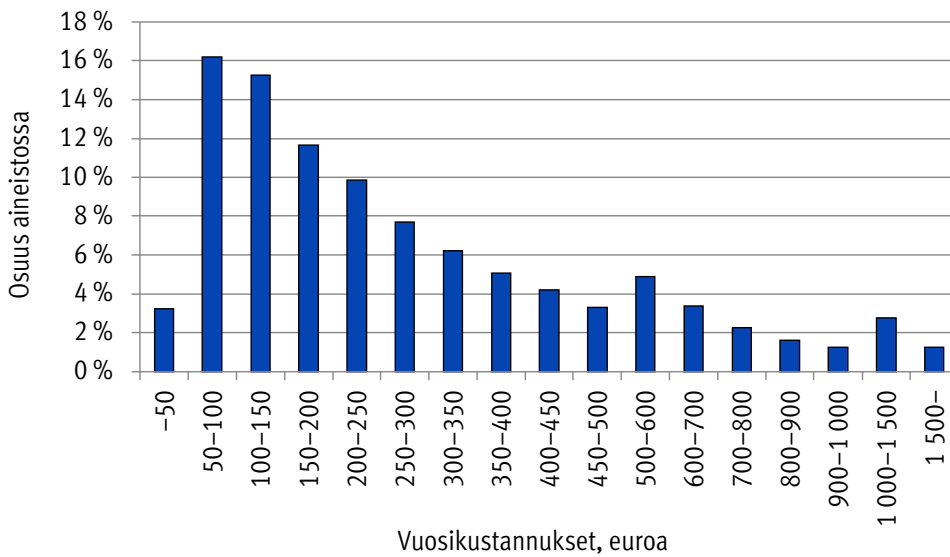
	Lkm	Palkkio, euroa			Korvaus, euroa		
		10. Persentiili	Mediaani	90. Persentiili	Taksa	Maksimi	Prosentti
Suun perustutkimus	62 969	40,00	51,00	61,00	34,00	20,40	40 %
Yhden pinnan täyte	53 862	45,00	55,84	65,00	34,00	20,40	37 %
Kahden pinnan täyte	59 384	70,00	93,16	110,30	57,00	34,20	37 %
Kolmen tai useamman pinnan täyte	26 594	84,00	108,15	128,90	65,00	39,00	36 %
Parodontologinen hoito, suppea	22 761	35,00	47,00	61,00	29,00	17,40	37 %
Parodontologinen hoito	27 030	50,00	69,00	94,00	44,00	26,40	38 %
Ehkäisevä suun terveydenhoito	23 692	20,00	26,93	33,00	20,00	12,00	44 %
Infiltraatiopuudutus	37 100	13,00	16,00	20,00	10,00	6,00	37 %

3.3 Kustannukset ja korvaukset

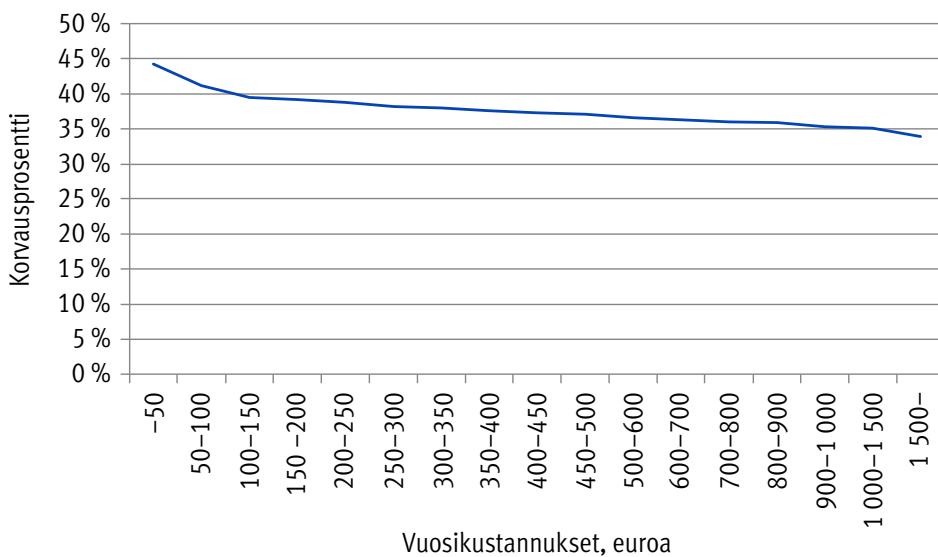
Henkilön yksityisen hammashoidon vuosikustannukset saatiin laskemalla yhteen toimenpiteistä vuoden aikana maksetut palkkiot. Vuosikustannuksista ei vähennetty saatuja korvauksia. Vuosikustannusten keskiarvo tutkimusaineistossa oli 319,08 euroa vuonna 2009. Kustannusten mediaani on 218,31 euroa eli puolella korvauksen saajista kokonaiskustannukset ovat vuodessa tätä pienemmät. Kuviossa 6 korvausta saaneet henkilöt on jaettu luokkiin vuoden 2009 kustannusten mukaan. Korvausta saaneista 19 prosentilla kustannukset olivat alle 100 euroa ja 17 prosentilla yli 500 euroa vuonna 2009.

Korvausten osuus vuoden 2009 kustannuksista oli 37 prosenttia. Kuviossa 7 esitetään korvausprosentin keskiarvo kustannusluokittain. Aineistosta havaittiin, että korvausprosentti laski, kun kustannukset nousivat. Esimerkiksi ryhmässä, jossa kustannukset olivat 50–100 euroa, korvausprosentin keskiarvo oli 41, mutta 1 000–1 500 euron kustannusluokassa 35 prosenttia.

Kuvio 6. Tutkittujen osuudet vuoden 2009 kustannusten mukaan.



Kuvio 7. Korvausprosentin keskiarvo kustannusten mukaan vuonna 2009.

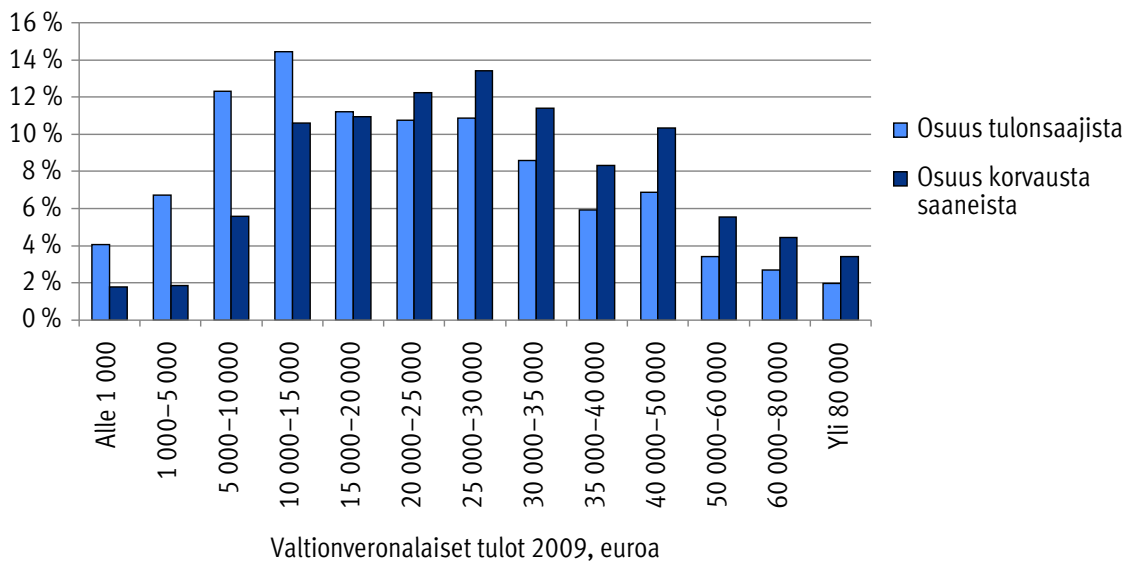


3.4 Kustannukset ja korvaukset tuloluokittain

Aineistossa taustatietona käytettiin henkilön veronalaisia tuloja valtionverotuksessa vuonna 2009. Veronalaisiin tuloihin sisältyvät ansiotulot, pääomatulot ja tulonsiirrot. Veronalaisia eivät kuitenkaan ole tietyt sosiaaliavustukset, päivärahat ja korvaukset. Esimerkiksi lapsilisät, asumistuet ja toimeentulotuki eivät ole veronalaista tuloa. Veronalaisia eivät myöskään ole julkisyhteisöiltä saadut stipendit ja apurahat.

Kuviossa 8 on korvauksen saajien jakautuminen eri tuloluokkiin vuoden 2009 veronalaisten vuositulojen mukaan. Vertailukohtana on kaikkien tulonsaajien jakautuminen tuloluokkiin (Tilastokeskus 2011). Kuviosta voidaan havaita, että pienituloiset olivat selvästi aliedustettuina korvauksen saajien joukossa. Noin 38 prosenttia kaikista tulonsaajista kuului neljään pienituloisimpaan ryhmään (tulot alle 15 000 euroa), mutta korvauksia saaneiden joukossa näiden luokkien osuus oli 20 prosenttia. Kaikista tulonsaajista 30 prosentilla ja korvauksia saaneista 43 prosentilla oli yli 30 000 euron vuositulot.

Kuvio 8. Korvausta saaneiden ja kaikkien tulonsaajien tulojakaumat, valtionveronalaiset tulot, vuosi 2009.

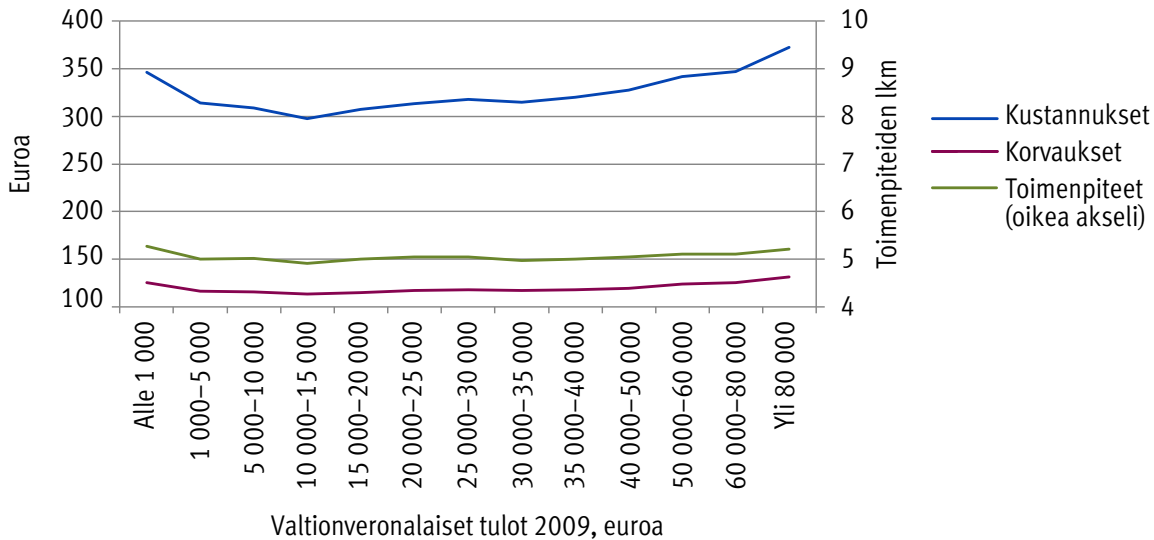


Kuviossa 9 esitetään toimenpiteiden lukumäärän, kustannusten ja korvausten keskiarvot tuloluokittain. Toimenpiteiden lukumäärä vaihteli tuloluokan mukaan vain vähän. Pienituloisimmassa ryhmässä keskiarvo oli hieman korkeampi, samoin suurituloisimmissa ryhmissä. Kustannuksissa oli kuitenkin suurempaa vaihtelua kuin toimenpiteiden lukumäärässä. Vuosikustannusten keskiarvo oli korkea pienituloisilla. Kustannukset laskivat ensin tulojen kasvaessa mutta nousivat uudestaan tulojen kasvaessa edelleen. Suurituloisimmassa ryhmässä kustannusten keskiarvo oli 372,40 euroa, joka oli selvästi korkeampi kuin koko aineiston keskiarvokustannus 319,08 euroa. Korvaukset eivät kuitenkaan vaihdelleet yhtä merkittävästi kuin kustannukset. Korkeimmassa tuloluokassa korvauksen keskiarvo oli 131,80 euroa vuodessa ja koko aineiston keskiarvokorvaus oli 118,35 euroa.

Kustannukset vaihtelivat tulojen mukaan selvästi enemmän kuin toimenpiteiden lukumäärä. Koska toimenpiteiden määrä ei juuri vaihdellut, mutta kustannuksissa oli eroja, voidaan päätellä, että toimenpiteistä maksetut korkeammat palkkiot nostivat suurituloisten kokonaiskustannuksia. Korkeammat palkkiot voivat johtua kalliimpien toimenpiteiden toteuttamisesta tai yleisesti kor-

keammasta hintatasosta hammaslääkärillä, jolla henkilö asioi. Suurituloisten suurempien kustannusten taustalla voi, koko väestön kattavassa aineistossa, olla tulojen ja palkkioiden samanlainen alueellinen vaihtelu. Suurituloiset asuvat kunnissa, joissa myös hammashoidon palkkiot ovat korkeampia kuin muissa kunnissa.

Kuvio 9. Toimenpiteiden lukumäärän, kustannusten ja korvausten keskiarvot tuloluokittain, vuosi 2009.



4 Laskelmia

4.1 Laskelmien lähtökohdat

Laskelmissa tarkasteltiin kahta erityyppistä korvausmallia: porrasmallia ja tilimallia. Laskelmien tavoitteena oli arvioida, miten korvausten jakautuminen korvauksia saavien kesken muuttuisi, jos taksamallin asemesta korvaukset maksettaisiin näitä malleja soveltaen.

Porrasmallissa jokainen sai samansuuruisen 20,40 euron korvauksen, joka oli taksamallin mukaan suun perustutkimuksen korvaus. Jos vuosikustannukset nousivat yli määritellyn portaan, osa kustannuksista korvattiin. Korvaus oli 60 prosenttia toimenpiteen korvaustaksan määrästä, jos vuosikustannukset olivat yli 150 euroa mutta alle 800 euroa. Korkeammalla portaalla, vuosikustannusten ollessa yli 800 euroa, korvaus oli 80 prosenttia korvaustaksan määrästä. Laskelmissa käytettiin aineistossa olevia korvaustaksoja vuodelta 2009.

Porrasmallissa korvaus nousee, kun asiakkaan kustannukset nousevat. Porrasmalli toimii vakuutuksen tavoin, koska se pienentää kalliista toimenpiteistä asiakkaalle aiheutuvaa riskiä. Jotta porrasmalli ei lisäisi palvelujen turhaa käyttöä, mallissa oli eri kustannustasoilla korvausportaita. Lisäksi suurimmissa kustannuksissa oli edelleen omavastuuosuus. Porrasmallissa sovellettiin Ruotsin hammashoidon korvausmallia. Laskelmissa käytetty malli poikkesi Ruotsin mallista siten, että korkeiden kustannusten tukea sai varsin pienistä kustannuksista eli 150 eurosta alkaen. Ruotsin mallissa korvataan myös hammasprotetiikka mutta laskelmissa käytetyssä porrasmallissa hammasprotetiikkaa ei korvattu.

Toisena korvausmallina laskelmissa on tilimalli. Kaikkien vakuutettujen käytettävissä oli samansuuruinen korvaussumma vuosittain. Tilimallissa maksettiin korvausta vuodessa enintään 180 euroa, josta korvattiin 50 prosenttia toimenpiteiden kustannuksista. Korvausta maksettiin siten 360 euron vuosikustannukseen saakka. Korvaukseen asetettiin katto, jotta toimenpiteistä perityt poikkeuksellisen korkeat palkkiot eivät kasvattaisi korvauksia. Jos 50 prosenttia toimenpiteen palkkiosta oli enemmän kuin 80 prosenttia korvaustaksan määrästä, korvaus rajoitettiin korkeintaan 80 prosenttiin korvaustaksan määrästä. Tällöin henkilön omavastuu toimenpiteen palkkiosta kasvoi. Tilimallista tehtiin myös lisälaskelmat kahdesta vaihtoehdosta (Tilimallit B ja C), jotka on esitelty luvussa 4.3.

Tietolaatikko 1. Vaihtoehtoiset korvausmallit.

Porrasmalli:

- Korvaus oli 20,40 euroa, kun vuosikustannukset olivat alle 150 euroa.
- Korvaus oli 60 prosenttia korvaustaksan määrästä, kun vuosikustannukset olivat 150–800 euroa.
- Korvaus oli 80 prosenttia korvaustaksan määrästä, kun vuosikustannukset ylittivät 800 euroa.

Tilimalli A:

- Kaikilla oli käytettävissä sama summa, 180 euroa/vuosi.
- Toimenpiteiden palkkioista korvattiin 50 prosenttia.
- Korvaus rajoitettiin 80 prosenttiin korvaustaksan määrästä toimenpiteissä, joiden palkkiot olivat korkeita.

Laskelmissa tutkimusaineiston henkilöiden todellisille toimenpiteille laskettiin uusien mallien mukainen korvaus. Laskelmissa oletettiin, että henkilöiden toimenpiteet ja toimenpiteiden palkkiot säilyvät ennallaan eli mahdollisia käyttäytymisvaikutuksia ei otettu huomioon. Laskelmissa käytettiin yksinkertaisia sääntöjä, jotta eri malleja voitiin vertailla. Lisäksi pyrittiin luomaan yksinkertainen korvausmalli.

Korvausmallien määrittelyssä lähtökohtana oli, että korvauksiin käytetty rahasumma ei kasva. Porrasmallin korvaukset ja tilimallin vuosittainen summa määriteltiin siten, että korvaussumma oli samansuuruinen kuin taksamallissa. Laskelmissa henkilöiden toimenpiteet eivät muuttuneet, joten esimerkiksi tilimallissa kaikki eivät käyttäneet koko tiliään. Porrasmallissa ja tilimallissa korvaussumma jäi hieman taksamallia pienemmäksi, koska mallien yksinkertaisuuden vuoksi portaat ja tilimallin korvaus asetettiin tasalukuihin. Vaihtoehtoisissa malleissa jäi näin hieman varaa, jos palvelujen käyttö lisääntyisi.

4.2 Korvaukset eri malleissa

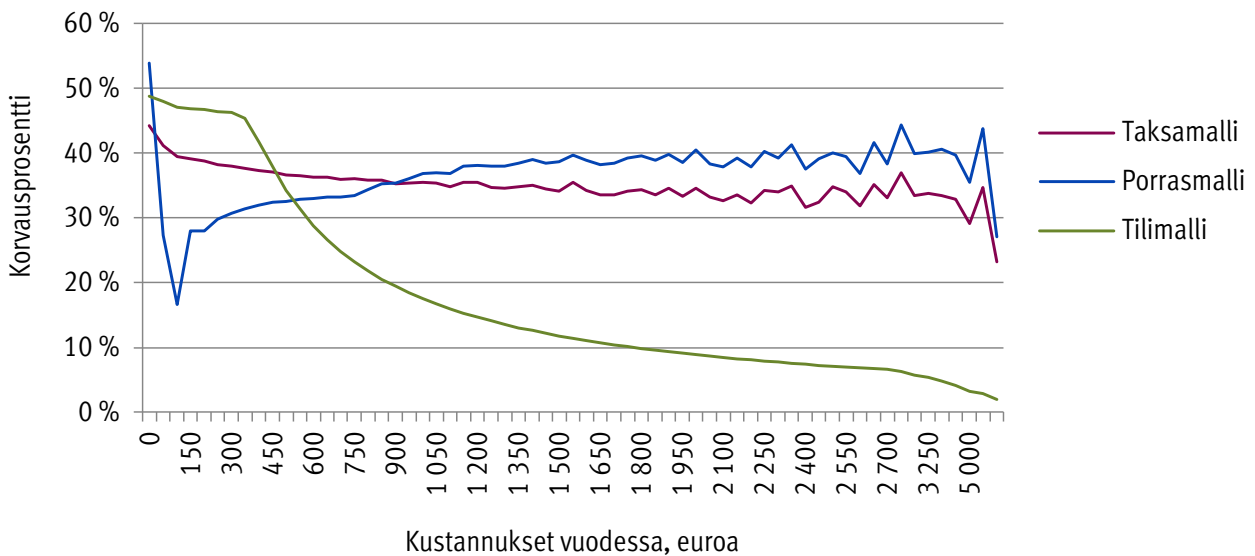
Taulukossa 4 on eri korvausmallien korvaustietoja. Taksamallin luvut taulukossa perustuvat tutkimusaineistossa oleviin todellisiin vuonna 2009 maksettuihin korvauksiin. Korvaussummat jäivät sekä porrasmallissa että tilimallissa taksamallia pienemmiksi. Korvauksia laskettaessa ei otettu huomioon käyttäytymisvaikutuksia.

Laskennallinen korvausprosentti (yhteenlaskettujen korvausten osuus kustannuksista) oli porrasmallissa 32 prosenttia ja tilimallissa 34 prosenttia. Porrasmallin ja tilimallin korvausprosentit olivat pienempiä kuin taksamallin. Mediaanikorvaus oli tilimallissa suurempi ja porrasmallissa pienempi kuin taksamallissa.

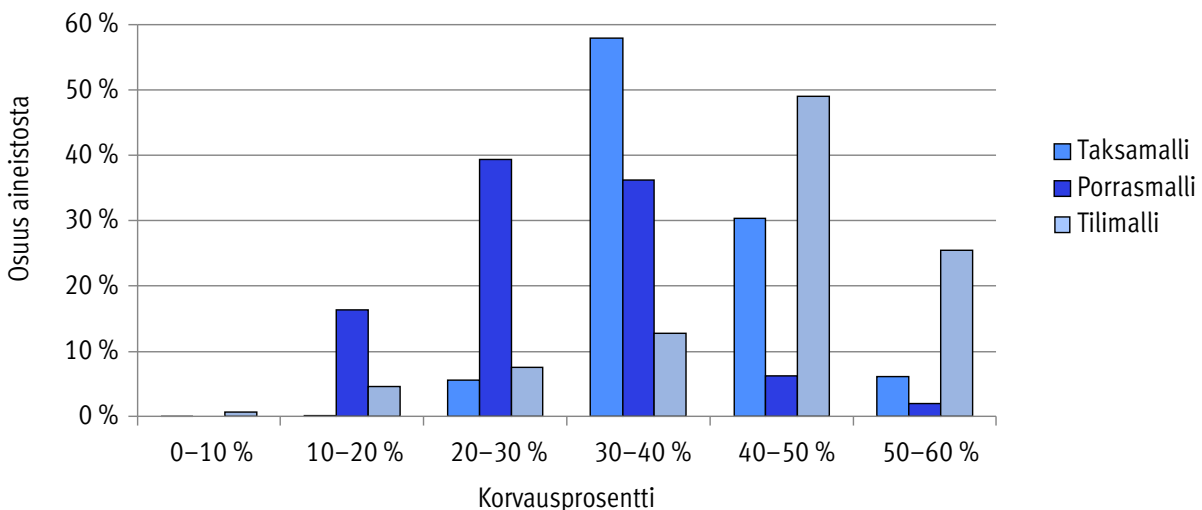
Taulukko 4. Kolmen korvausmallin korvaustietoja.

	Taksamalli	Porrasmalli	Tilimalli A
Henkilöitä	99 910	99 910	99 910
Korvaukset yhteensä, milj. euroa	11,8	10,1	10,8
Korvausprosentti	37	32	34
Keskiarvokorvaus, euroa	118,35	101,44	107,85
Mediaanikorvaus, euroa	84,00	59,40	102,00

Kuviossa 10 on korvausprosenttien keskiarvot eri malleissa henkilön vuosikustannusten mukaan. Taksamallissa korvausprosentti pieneni hieman kustannusten kasvettua, mutta oli kohtalaisen tasainen. Porrasmallin korvaus oli pienillä kustannuksilla yli 40 prosenttia, mutta se laski alle 30 prosenttiin 100–300 euron kustannuksilla. Yli 800 euron kustannuksilla korvausprosentti nousi taksamallia korkeammalle noin 40 prosenttiin. Tilimalli poikkesi merkittävästi kahdesta muusta mallista. Korvausprosentti pysyi lähes 50 prosentissa noin 350 euron kustannuksiin asti ja laski sen jälkeen. Henkilön, jonka kustannukset olivat yhteensä 1800 euroa, tilimallin korvaus oli enää 10 prosenttia.

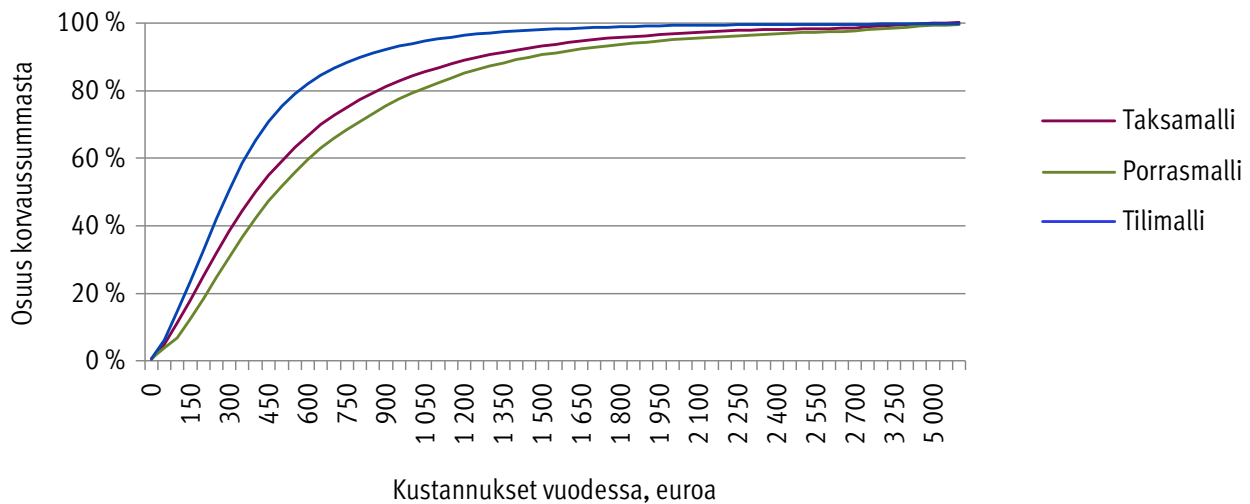
Kuvio 10. Korvausprosentti kustannusten mukaan eri korvausmalleissa.

Kuviossa 11 kuvataan korvausta saaneiden henkilökohtaisten todellisten korvausprosenttien jakaumia eri malleissa. Taksamallin korvausprosentti vaihteli vähän. Vajaalla kahdella kolmasosalla korvaus oli 30–40 prosenttia kustannuksista. Kahdessa muussa mallissa korvausprosenttien jakauma oli hajautuneempi. Porrasmallissa yleisimmät korvausprosentit olivat 20 ja 40 prosentin välillä. On myös syytä huomata, että porrasmallissa korvauksen kasvaessa kustannusten myötä kenenkään korvaus ei laskeutunut alle 10 prosenttiin. Tilimallissa lähes kolme neljäsosaa sai korvausta yli 40 prosenttia kustannuksista, mutta pienellä osalla korvaus jäi alle 10 prosenttiin.

Kuvio 11. Korvausprosenttien jakaumat eri korvausmalleissa.

Kuviossa 12 esitetään, miten korvaussumma jakautuu kustannusten mukaan. Tilimallissa korvaukset painottuvat henkilöille, joilla on pienet kustannukset. Korvauksista 90 prosenttia maksettiin henkilöille, joiden vuosikustannukset olivat alle 800 euroa. Porrasmalli sen sijaan kohdentaa korvauksia taksamallia enemmän henkilöille, joilla on suuret kustannukset. Henkilöt, joiden vuosikustannukset olivat korkeintaan 1450 euroa, saivat 90 prosenttia korvauksista.

Kuvio 12. Korvausten jakautuminen kustannusten mukaan eri korvausmalleissa.



Taulukossa 5 on esitetty, miten korvaukset muuttuivat taksamalliin verrattuna ja korvausten muutosten keskiarvot. Porrasmallissa taksamallia suuremman korvauksen sai noin 9 prosenttia ja pienemmän korvauksen 83 prosenttia henkilöistä. Korvaus säilyi samana 8 prosentilla. Tilimallissa voittajia oli merkittävästi enemmän. Tilimallissa korvausprosentti oli taksamallia hieman pienempi, mutta hyvin suurella osalla korvausprosentti kasvoi. Korvaus kasvoi 76 prosentilla ja laski 24 prosentilla. Tilimallin suuri voittajien määrä johtuu siitä, että korvaus kasvoi henkilöillä, joilla oli pienet kustannukset. Näitä henkilöitä oli suuri osuus korvauksen saajista.

Taulukko 5. Henkilöiden korvausten muutos verrattuna taksamalliin.

	Taksamalli	Porrasmalli	Tilimalli A
Korvaukset yhteensä, milj. euroa	11,8	10,1	10,8
Laskennallinen korvausprosentti	37	32	34
Korvaus suurempi, hlöä		8 815	75 829
Korvaus pienempi, hlöä		82 707	23 972
Korvaus sama, hlöä		8 388	109
Keskiarvohäviö, euroa		-23,62	-95,54
Keskiarvovoitto, euroa		29,88	16,36

4.3 Tilimallin tarkempaa tarkastelua

Tilimallin tarkempaa tarkastelua varten tehtiin lisälaskelmat kahdesta tilimallin sovelluksesta (tilimallit B ja C). Tilimallissa B korvausta korotettiin 60 prosenttiin kustannuksista ja tilimallissa C perittäviä palkkioita rajoitettiin.

Tietolaatikko 2. Tilimallit B ja C.

Tilimalli B:

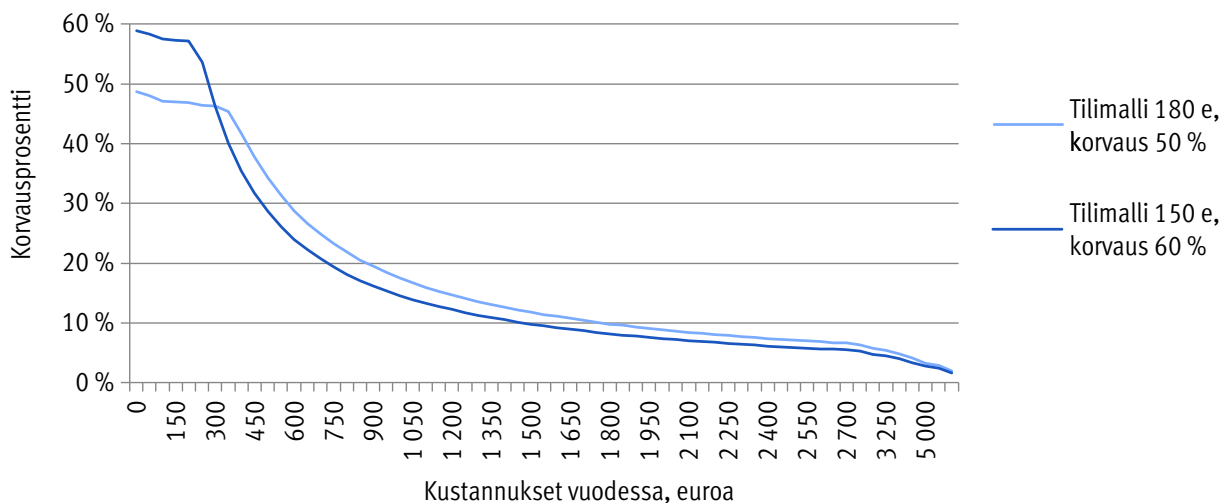
- Kaikilla oli käytettävissä sama summa, 150 euroa/vuosi.
- Toimenpiteiden palkkioista korvattiin 60 prosenttia.
- Korvaus rajoitettiin poikkeavan korkeiden palkkioiden vuoksi enintään korvaustaksan määrään.

Tilimalli C:

- Kaikilla oli käytettävissä sama summa, 180 euroa/vuosi.
- Toimenpiteiden palkkioista korvattiin 50 prosenttia.
- Palkkioita säänneltiin siten, että palkkio oli korkeintaan toimenpiteen mediaanipalkkio.

Korkeamman korvauksen tilimallissa B korvaus oli 60 prosenttia peritystä palkkiosta, mutta korkeintaan korvaustaksan määrä. Tässä mallissa tili oli 150 euroa, kun korvauksiin on käytettävissä saman verran euroja kuin tilimallissa A. Kuviossa 13 on esitetty korvausprosenttien keskiarvio tilimalleissa A ja B. Tilimallissa B korvausprosentti oli tilimallia A korkeampi niillä, joilla oli pienet kustannukset, koska korvaus korotettiin 60 prosenttiin ja tiliä pienennettiin 150 euroon.

Kuvio 13. Korvausprosentti kustannusten mukaan tilimallissa A ja tilimallissa B.

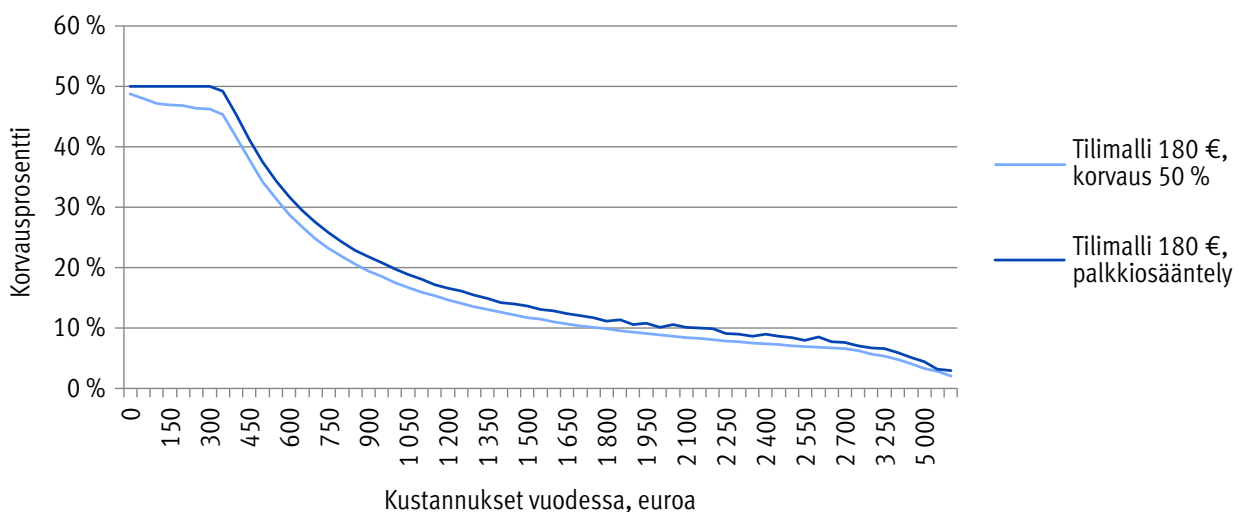


Tilimallissa tarvittaisiin jonkinlainen katto korvauksiin tai palkkioihin, jotta hammaslääkäreillä ei olisi kannustetta korottaa palkkioitaan korvauksen noustessa. Alkuperäisessä tilimallilaskelmassa korvaus sidottiin taksajärjestelmään. Korvauksen enimmäismäärää rajoitettiin, mutta hammaslääkäri saattoi vapaasti määrittellä palkkionsa. Jos hammaslääkärin perimä palkkio oli korkea, korvaustaksaan sidottu korvaus ei kattanut 50 prosenttia kustannuksista. Tällaisessa tapauksessa asiakkaan maksettavaksi jäi

suurempi osuus. Toisena vaihtoehtona voisi olla palkkioiden sääntely. Päästäkseen järjestelmän piiriin hammaslääkärien olisi rajoitettava palkkioitaan. Korvausta maksettaisiin vain sääntelyyn sitoutuneiden hammaslääkärien palkkiosta.

Palkkiosääntelyn vaikutusta korvauksiin arvioitiin tilimallissa C laskemalla mediaanipalkkiot jokaiselle toimenpiteelle ja muuttamalla kaikki mediaanipalkkiota suuremmat palkkiot mediaanipalkkioiksi. Tilimallissa korvaus oli edelleen 50 prosenttia kustannuksista ja korvausta saa korkeintaan 180 euroa vuodessa kuten tilimallissa A. Tilimallin A ja tilimallin C korvausprosenttien keskiarvot kustannusten mukaan on esitetty kuviossa 14. Korvausprosentti oli sääntelymallissa hieman korkeampi kuin tilimallissa A, koska palkkioiden sääntelyn myötä asiakkaan korvausprosentti oli aina 50 prosenttia. Säännellyssä tilimallissa korvaussumma on samansuuruinen kuin tilimallissa A. Tämä johtuu siitä, että aiemmassa tilimallissa A korvauksia rajoitettiin.

Kuvio 14. Korvausprosentti kustannusten mukaan tilimallissa A ja tilimallissa C.



5 Pohdintaa

5.1 Korvausmallien vertailua

Vaihtoehtoisten mallien mahdollisia hyötyjä ja riskejä on koottu taulukkoon 6. Tilimallin hyötynä on nykyistä suurempi korvaus pienillä kustannuksilla. Pienten kustannusten nykyistä suurempi korvaus voisi parantaa pieni- ja keskituloisten mahdollisuutta valita yksityisen ja julkisen hammashoidon välillä. Vaikka terveystalvelujen kysyntä ei juuri josta hinnan mukaan, tilimalli saattaa lisätä yksityisten palvelujen käyttöä, koska korvaus nousee pienillä kustannuksilla. Jos tilimallin avulla voitaisiin kannustaa vähän hoitoa tarvitsevia asiakkaita yksityiselle sektorille, julkisella puolella vapautuisi resursseja.

Tilimallin riskinä ovat hammaslääkärin mahdolliset palkkioiden korotukset. Lisäksi tilimalli saattaa vähentää paljon hoitoa tarvitsevien hakeutumista hoitoon, koska kustannuksista ei saa korvausta, kun tili on kokonaan käytetty. Toisaalta henkilöt, joilla on suuret vuosikustannukset, ovat keskimäärin hieman suurituloisempia, joten korvausjärjestelmän muutos saattaisi käytännössä siirtää korvausten painopistettä enemmän keski- ja pienituloisiin.

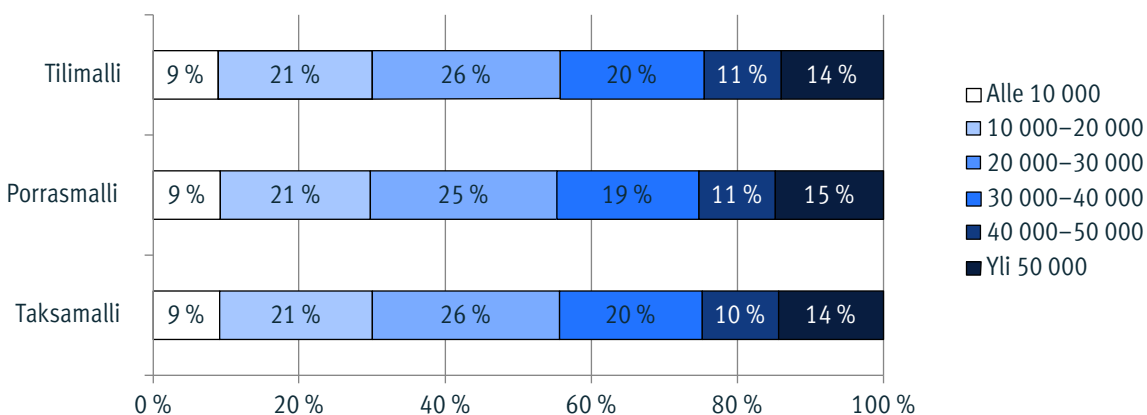
Porrasmalli saattaa vähentää hoitoon hakeutumista, koska korvaus on 20,40 euroa 150 euron kustannuksiin asti. Omavastuu nousee porrasmallissa varsin korkeaksi ennen kuin saa enemmän korvausta.

Taulukko 6. Vaihtoehtoisten korvausmallien hyötyjä ja riskejä.

	Porrasmalli	Tilimalli
Hyödyt	Suojaa korkeiden kustannusten varalta.	Helpottaa hakeutumista hoitoon, koska korvaus on 50 prosenttia 360 euron kustannuksiin saakka.
Riskit	Ei kannusta hakeutumaan hammashoitoon, koska omavastuu on suuri pienillä kustannuksilla.	Saattaa johtaa palkkioiden korotuksiin. Saattaa heikentää paljon hoitoa tarvitsevien henkilöiden hakeutumista hoitoon, koska kustannukset ovat täysimääräiset, kun tilillä oleva summa on kokonaan käytetty.

Kun eri mallien korvausprosentteja tarkasteltiin suhteessa erilaisiin taustamuuttujiin, havaittiin, että mallien välillä ei juuri ollut eroja. Korvausprosentin ikäryhmittäiset ja tuloluokittaiset keskiarvot eivät juuri poikenneet eri korvausmalleissa toisistaan. Kuviossa 15 on esitetty eri tuloluokkien osuudet korvaussummasta. Korvausten jakautuminen eri tuloluokkiin oli kaikissa malleissa sama.

Kuvio 15. Korvaussumman jakautuminen tuloluokittain eri korvausmalleissa.



5.2 Arvioita tilimalliin siirtymisen vaikutuksista

Tämän tutkimuksen laskelmissa ei otettu huomioon korvausjärjestelmän muutoksen mahdollisia vaikutuksia palvelujen käyttöön ja palvelujen hintoihin. Seurauksia arvioitaessa on kuitenkin otettava huomioon, että muutoksella on vaikutuksia sekä potilaiden käyttäytymiseen että hammaslääkärien perimiin palkkioihin.

Hinnanmuutoksen vaikutusta kysyntään kuvataan taloustieteessä joustokäsitteellä. Kysynnän hintajoustoa terveyspalveluissa on erityiskysymys, jota on tutkittu jonkin verran. Monet ulkomaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että terveyspalveluiden kysyntä on varsin joustamatonta hinnan suhteen. Terveyspalveluiden hintajousto näyttää yleisesti olevan alle $-0,2$. Tämä tarkoittaa sitä, että 10 prosentin hinnan korotus vähentää terveyspalveluiden käyttöä enintään 2 prosenttia. Terveyspalveluiden hintajousto vaihtelee kuitenkin palvelutyyppin mukaan. Esimerkiksi terveystieteiden keskuksien tai muun yleislääkärikäynnin hintajousto on suurempi kuin erikoissairaanhoidon poliklinikkakäynnin, sillä potilas pystyy helpommin hakeutumaan yleislääkärille. Lääkäripalveluiden eli lääkärisäkäynnin hintajousto asettuu ulkomaisissa tutkimuksissa $-0,04$:n ja $-0,35$:n välille. Suomalaisella aineistolla terveyspalveluiden hintajoustoja ei ole juurikaan tutkittu. (Klavus ym. 2004.)

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan hammashoitoon hakeutuminen reagoi voimakkaammin potilaan kustannusten muutoksiin kuin muut terveyspalvelut. Mitä pienempi potilaan omavastuuosuus on, sitä enemmän potilas käyttää hammashoitopalveluita. Voimakkaimmat käyttäytymismuutokset on havaittu korvausosuuden ollessa 0–25 prosenttia. Kun päätös hoitoon hakeutumisesta on tehty, ei hinnalla enää jatkohoidon kannalta ole yhtä voimakasta vaikutusta. (Bendall ja Asubonteng 1995.)

Kiiskinen ym. (2010) tutkivat valintakoemenetelmällä vuonna 2004 ihmisten valintaa yksityisen ja julkisen hammaslääkäripalvelutuottajan välillä Suomessa. Noin 55 prosenttia vastaajista oli tilanteesta riippuen valmis vaihtamaan palveluntarjoajaa ja 32 prosenttia valitsisi aina saman palveluntarjoajan olosuhteista riippumatta. Olosuhteiden muuttuessa tarpeeksi yhä useampi oli valmis vaihtamaan palveluntarjoajasta toiseen. Yhdessä palveluntarjoajassa pitäytyminen on pitkälti seurausta yksilöllisistä ominaisuuksista, kuten erityisesti henkilön käsityksestä hoidon laadusta, palvelun hinnasta ja vastaajan iästä.

Taulukossa 7 on yksinkertainen teoreettinen laskelma siitä, miten tilimallista aiheutuvat korvausprosentin muutokset vaikuttaisivat yksityisen hammaslääkärien palvelujen käyttöön. Laskelmassa on käytetty kolmea eri vaihtoehtoa kysynnän hintajoustosta. Laskelma on tehty siten, että korvauksen saajat

on jaettu vuonna 2009 toteutuneiden hoitokustannusten perusteella 64 luokkaan. Jokaiselle kustannusluokalle on laskettu hinnan (eli kustannus korvauksen jälkeen) muutoksen keskiarvo. Hintamuutoksen ja jouston avulla on laskettu muutos asiakasmäärissä kussakin kustannusluokassa. Asiakasmäärien avulla on myös laskettu uusi korvaussumma.

Tilimallin myötä syntyvä hintamuutos vaikuttaisi oletetuilla joustoparametreilla maltillisesti asiakasmääriin ja korvaussummaan. Suurimmalla joustolla (-0,8) asiakasmäärä lisääntyisi 4,7 prosenttia ja korvaussumma kasvaisi 1,7 prosenttia taksamalliin verrattuna. Asiakasmäärä lisääntyy jonkin verran enemmän kuin korvaussumma, koska jouston myötä kysyntä lisääntyy ryhmissä, joissa kustannukset ovat pienet mutta vähenee ryhmissä, jotka käyttävät koko tilinsä.

Laskelman perusteella voidaan arvioida, että tilimalli ei lisäisi palvelujen käyttöä kohtuuttoman paljon. Vaikka tilimallissa keskimääräinen korvausprosentti (34 %) on alhaisempi kuin taksamallissa (37 %), tilimalli lisää palvelujen käyttöä, koska tilimallissa korvausprosentti muodostuisi taksamalla korkeammaksi kustannusten ollessa pienemmät kuin 500 euroa. Suurimmalla osalla potilaista kustannukset ovat alle 500 euroa.

Taulukko 7. Tilimallissa toteutuvan hinnanmuutoksen vaikutus asiakasmääriin ja korvauksiin.

	Jousto -0,2	Jousto -0,5	Jousto -0,8
Muutos asiakasmäärässä	1,2 %	2,9 %	4,7 %
Muutos korvaussummassa	0,4 %	1,1 %	1,7 %

Joustolaskelmassa ei otettu huomioon mahdollista hammaslääkärien palkkioiden korotusta. Hammaslääkärien välinen hintakilpailu on vähäistä (Widström ym. 2011), joten taksakorotukset saattavat ohjautua hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Aiempi taksakorotus on nostanut hammaslääkärien perimiä palkkioita. Vuoden 2008 alussa hammaslääkäripalkkioiden korvaustaksoihin tehtiin korotus, jonka tavoitteena oli nostaa korvaustaso 40 prosenttiin. Korvaustaksojen korotukset olivat keskimäärin 28 prosenttia. Tarkastelun kohteena olleissa toimenpiteissä (suun perustutkimus, pitkäkestoinen parodontologinen hoito, yhden pinnan täyte, kahden pinnan täyte, hampaan poisto) taksankorotuksesta 30–40 prosenttia siirtyi hammaslääkärien perimiin palkkioihin (Maljanen ym. 2011).

Voidaan arvioida, että tilimallin käyttöönotto lisäisi palvelujen käyttöä ja korvausmenoja maltillisesti. Tämän laskelman perusteella voidaan todeta, että nykyisellä korvaussummalla olisi mahdollista toteuttaa 180 euron vuosittainen korvaustili. Uuden korvausjärjestelmän rahoittamiseen nykyisellä korvaussummalla sisältyy kuitenkin muutamia varauksia. Hammaslääkärien palkkioiden koro-

tuksia on vaikea ennakoida. Hammaslääkärit saattaisivat myös toteuttaa lisätoimenpiteitä tilanteessa, jossa tiliä on vielä käyttämättä, mikä johtaisi korvausmenojen kasvuun.

6 Yhteenveto

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu kahta vaihtoehtoista hammashoidon korvausmallia, tilimallia ja porrasmallia, joita on verrattu vuoden 2009 taksamalliin. Tutkimuksen laskelmat perustuvat 100 000 henkilön otokseen vakuutetuista, jotka saivat sairausvakuutuskorvausta yksityisestä hammashoidosta vuonna 2009.

Porrasmallissa kaikki saisivat 20,40 euron vuosittaisen korvauksen säännöllistä tarkastusta varten. Kustannuksista, jotka ylittävät 150 euroa, korvattaisiin 60 prosenttia korvaustaksan määrästä. Yli 800 euron kustannuksista korvausta saisi 80 prosenttia korvaustaksan määrästä. Tilimallissa korvausta voisi saada vuodessa korkeintaan 180 euroa ja siinä toimenpiteistä perityistä palkkioista korvattaisiin 50 prosenttia. Molemmat korvausmallit olivat nykyjärjestelmään verrattuna kustannusneutraaleja, joten malleissa maksettavat korvaussummat eivät ylittäneet vuoden 2009 korvaussummaa.

Laskelmat osoittavat, että tilimallista hyötyisivät ne, joiden kustannukset ovat pienet. Korvaus kasvoi 76 prosentilla ja laski 24 prosentilla. Kustannusten ollessa alle 500 euroa korvausprosentti tilimallissa olisi korkeampi kuin taksamallissa. Porrasmalli sen sijaan suojaisi korkeilta kustannuksilta. Porrasmallissa taksamallia suuremman korvauksen sai noin 9 prosenttia ja pienemmän korvauksen 83 prosenttia henkilöistä. Korvaus säilyi samana 8 prosentilla. Korvausprosentti olisi pieni kustannusten ollessa noin 100–150 euroa. Kun kustannukset olivat yli 800 euroa, korvaukset olivat porrasmallissa korkeammat kuin taksamallissa.

Arvion mukaan tilimalli lisäisi jonkin verran yksityisen hammashoidon käyttöä. Tilimalli voisi rohkaista säännölliseen hammashoittoon, koska pienillä kustannuksilla asiakkaan maksettavaksi jäisi nykyistä pienempi osa. Tilimallissa oleva korvaussumma on käytettävä vuoden aikana, joten tilimallin kannustaisi säännölliseen palvelujen käyttöön. Tilimallin heikkoutena voidaan pitää sitä, että korvausta ei enää saa, kun henkilökohtainen vuosikorvaus on käytetty.

Tilimallissa maksettavat nykyistä korkeammat korvaukset saattaisivat johtaa palkkioiden korotuksiin. Tähän voitaisiin vaikuttaa esimerkiksi palkkioiden hintasäätelyllä tai määrittelemällä palvelukori, johon kuuluvista toimenpiteistä korvauksia maksetaan. Korvauksia voitaisiin maksaa esimerkiksi vain järjestelmään listautuneiden hammaslääkärien palkkioista.

Tutkimuksen keskeinen tulos oli myös korvausten jakautuminen tuloryhmittäin samalla tavalla kaikissa malleissa. Tämä viittaa siihen, että nykyistä korvausjärjestelmää voitaisiin uudistaa ilman suurempia sosioekonomisia riskejä, vaikka korvaus olisi nykyistä pienempi suurilla kustannuksilla. Yksityisessä hammashoidossa suurten kustannusten maksajat ovat keskimääräistä parempituloisia.

EU:n potilasdirektiivin täytäntöönpano saattaa yhtenäistää sairaanhoitokorvauskäytäntöjä EU-maissa, mikä voi asettaa paineita muuttaa myös Suomessa annettavasta hoidosta maksettavia korvauksia. Tämä voi johtaa siihen, että julkisella ja yksityisellä sektorilla asiakkaalta perittävät omavastuut lähentyvät.

Tämän raportin laskelmat tarjoavat vertailutietoa eri korvausmalleista keskustelun tueksi. Vaihtoehtoihin korvausmalleihin sisältyy riskejä mutta myös mahdollisuuksia. Keskustelua ja selvitystyötä mahdollisista korvausmalleista onkin tärkeää jatkaa edelleen.

Lähteet

Bendall D, Asubonteng P. The effect of dental insurance on the demand for dental services in the USA. A review. *Journal of Management in Medicine* 1995; 9: 55–68.

Dadi L, Hiilamo H, Mikkola H. Yksityisten terveys- ja hammashoitopalvelujen hintatietojen tarve ja käyttö. Helsinki: Kela, Nettityöpapereita 25, 2011.

Försäkringskassan. Nyttjande av det statliga tandvårdstöd som infördes 1 juli 2008. Tukholma: Försäkringskassan, Socialförsäkringsrapport 9, 2011.

HE 155/2000. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta.

HE 113/2012. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi sairausvakuutuslain muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta.

Kelan tilastollinen vuosikirja 2010. Helsinki: Kela, 2011.

Kiiskinen U, Suominen-Taipale AL, Cairns J. Think twice before you book? Modelling the choice of public vs private dentist in a choice experiment. *Health Economics* 2010; 19: 670–682.

Klavus J, Pekurinen M, Järvelin J, Mikkola H. Asiakasmaksut terveydenhuollon rahoituksessa. *Kansantaloudellinen aikakauskirja* 2004; 4: 440–456.

L 1224/2004. Sairausvakuutuslaki.

Maljanen T, Komu M, Mikkola H. Sairausvakuutuksen taksankorotusten vaikutus hammaslääkärien perimiin palkkioihin. Julkaisussa: Klavus J, toim. Terveystaloustiede 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011: 28–33.

Mattila, Y. Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 116, 2011.

Mikkola H, Virta L. Miten sairaanhoitovakuutus tulevaisuudessa korvaa lääkäripalkkioita? Julkaisussa: Mikkola H, Blomberg J, Hiilamo H, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012: 190–203.

Mikkola H, Tillman P, Hiilamo H, Hujanen T, Tervola J, Jarvisalo J. Sairausvakuutuksesta Gordionin solmun avaaja? Muutostarpeita terveystalouden rahoitusjärjestelmässä. Julkaisussa: Mikkola H, Blomberg J, Hiilamo H, toim. Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Helsinki: Kela, 2012: 228–247.

Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, ym. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2011.

Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2007.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Information om omräkning av referenspriser. Saatavissa: <www.tlv.se/Upload/Tandvard/Dokument/Om_referenspriser.pdf>. Viitattu 16.1.2013.

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket. Handbok till TLVFS 2011:2 om statligt tandvårdsstöd. 2011.

SOTKANet, tilasto- ja indikaattoripankki. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012. Saatavissa: <<http://uusi.sotkanet.fi>>. Viitattu 8.5.2012.

Tervola J, Maljanen T, Mikkola H. Mikä selittää yksityisen hammashoidon sairausvakuutuskorvausten vaihtelua? Suomen Hammaslääkärilehti 2011; 13: 32–37.

Tilastokeskus. Veronalaiset tulot 2009. Helsinki: Tilastokeskus, SVT, 2011. Saatavissa: <www.stat.fi/til/tvt/index.html>. Viitattu 4.6.2012.

Valtiontalouden tarkastusvirasto. Sairaanhoitovakuutus – erityisesti korvaukset yksityislääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden palkkioista. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto, Tuloksellisuustarkastuskertomus 228, 2011.

VNa 1194/2011. Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista annetun valtioneuvoston asetuksen 2 luvun 3 ja 3 a §:n väliaikaisesta muuttamisesta.

Widström E, Väisänen A, Mikkola H. Pricing and competition on the private dental market in Finland. Community Dental Health 2011; 28: 123–127.