

TAMPEREEN YLIOPISTO  
Johtamiskorkeakoulu

**HOLLANNIN HENKILÖKOHTAINEN BUDJETTI -  
TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN SEURAAVA ASKEL?**

Kansainvälisen vakuutustoiminnan ja riskienhallinnan opintosuunta  
Pro-Gradu tutkielma  
Marraskuu 2014  
Tekijä: Jaakko Mustakallio

Ohjaaja: Olli-Pekka Ruuskanen

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto	Johtamiskorkeakoulu: Vakuutustiede
Tekijä:	MUSTAKALLIO, JAAKKO
Tutkielman nimi:	Hollannin henkilökohtainen budjetti – terveydenhuollon rahoituksen seuraava askel?
Pro-Gradu tutkielma:	72 sivua, 3 liitesivua
Aika:	Marraskuu 2014
Avainsanat:	Terveydenhuollon rahoitus, Hollannin henkilökohtainen budjetti, yksikanavarahoitus

---

Suomen terveydenhuollon rakenteet ovat murroksessa. Valtioneuvosto linjasi syksyllä 2013 terveydenhuollon järjestämisvastuun siirtämisestä kunnilta viidelle miljoonapiirille ja terveydenhuollon julkisen rahoituksen muuttamisesta monikanavaisesta yksikanavaiseen rahoitusmalliin. Tässä työssä tutkitaan terveystalouden yksikanavarahoitukseen siirtymisen vaikutuksia sekä yksityisen ja julkisen rahoituksen vaikutussuhdetta toisiinsa terveystalouden järjestämisessä.

Suuren muutoksen keskellä on tärkeää pohtia uusia palveluratkaisuja. Päättökäytännöksi on Hollannin terveydenhuollossa käytettävä henkilökohtaisen tilin malli. Mallissa pidempiaikaista hoitoa tarvitsevat potilaat voivat valita hoitonsa julkisesti tuotetun hoidon sijaan hakemalla käyttöönsä henkilökohtaisen budjetin, jolla voi järjestää oman hoitonsa. Annettava henkilökohtainen budjetti on tasoltaan kolme neljäsosaa julkisesti annetun hoidon laskennallisesta kustannuksesta. Henkilökohtaista budjettia voi käyttää monipuolisesti apuvälineiden hankintaan, palkkakustannuksiin tai hoitopalveluiden hankintaan.

Henkilökohtainen budjetti on joustava ja persoonallinen vaihtoehto. Se ei korvaa terveydenhuollon akuuttipalveluita, mutta sillä voidaan osaltaan hidastaa terveydenhuollon kustannusten kasvua. Järjestelmä mahdollistaa uudenlaisten hoivamarkkinoiden synnyn ja tekee lähiomaisten antaman hoidon näkyväksi. Aiheesta on julkaistu viimeisen vuoden aikana muutamia tutkimuksia Suomessa. Tutkimukset ovat tulleet samaan lopputulokseen tämä työn kanssa. Kokeilulainsäädännön säätäminen henkilökohtaisen budjetin mallin toteuttamiseksi tulisi aloittaa Suomessa.

## SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO .....	1
1.1.	Tutkielman lähtökohdat.....	1
1.2.	Tutkimusongelmat ja rajaukset.....	2
1.3.	Keskeiset käsitteet.....	3
1.4.	Tutkimusmenetelmät ja aineisto .....	5
1.5.	Aikaisemmat tutkimukset.....	6
1.6.	Tutkielman rakenne.....	6
2.	TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA.....	8
2.1.	Yleistä .....	8
2.2.	Julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido .....	8
2.3.	Työterveyshuolto .....	10
2.4.	Yksityinen terveyshuolto.....	10
3.	HYVINVOINTIVALTIO VAKUUTUSJÄRJESTELMÄNÄ .....	11
3.1.	Vakuutuksen teoria .....	11
3.1.1.	Epätäydellinen informaatio vakuutusmarkkinoilla .....	12
3.1.2.	Sosiaalivakuutus vastauksena epätäydelliseen informaatioon vakuutusmarkkinoilla .....	14
3.1.3.	Markkinoiden ja valtion epäonnistuminen .....	16
3.1.4.	Taloudellisen turvallisuuden 4-portainen malli.....	17
3.2.	Hyvinvointivaltion teoria .....	17
3.2.1.	Fisherin malli.....	19
3.2.2.	Epätäydelliset markkinat ja epätäydellinen informaatio .....	21
4.	RAHOITUSMALLIT.....	23
4.1.	Terveydenhuollon rahoitus Suomessa .....	23
4.1.1.	Julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido .....	24
4.1.2.	Lakisääteinen sairausvakuutus .....	25
4.1.3.	Työterveyshuolto .....	29
4.1.4.	Yksityinen sairaskuluvakuutus .....	30
4.2.	Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli .....	32

4.2.1.	Hollannin terveyslainsäädäntö.....	32
4.2.2.	Käyttötarkoitus ja käyttäjät .....	33
4.2.3.	Budjetin hakeminen .....	34
4.2.4.	Rahoitus ja hyödyt .....	36
5.	TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN HAASTEITA JA RATKAISUJA SUOMESSA.....	42
5.1.	Tutkimusmenetelmät.....	42
5.2.	Julkinen ja yksityinen rahoitus terveydenhuollossa.....	47
5.3.	Julkisen terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus.....	53
5.4.	Hollannin henkilökohtaisen budjetin järjestelmä Suomessa .....	57
5.5.	Tutkimuskohteen tulkintaa .....	60
6.	JOHTOPÄÄTÖKSET .....	66
7.	LÄHTEET .....	72
	Liite 1. Kuvioluettelo. ....	75
	Liite 2. Haastattelukysymykset 2013 .....	76
	Liite 3. Haastattelukysymykset 2014 .....	77

## 1. JOHDANTO

### 1.1. Tutkielman lähtökohdat

Suomalainen terveydenhuolto on rakentunut vuosikymmenien saatossa pala palalta monimutkaiseksi järjestelmäksi, jossa vastuu terveydenhuollon rahoittamisesta on jaettu yhteiskunnan, työnantajien ja yksilöiden välille. Terveydenhuollon järjestämisvastuu on myös hajautettu kuntiin, sairaanhoitopiireihin ja yksityisten yritysten vastuulle.

Terveydenhuoltokeskustelussa on 2000-luvun ajan pohdittu uudistetaanko terveydenhuoltoamme lähemmäksi anglosaksista, yksilön vastuuta korostavaa mallia vai parannammeko pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin kollektivistisemmän suuntauksen mukaista terveydenhuoltoa kaikille kansalaisille. Anglosaksisten maiden terveydenhuollossa yksityisten yritysten tarjoamilla vakuutuksilla ja työnantajan tarjoamalla turvalla on tärkeä rooli kansalaisten terveysriskien hoitamisessa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa suurin osa terveydenhuollosta rahoitetaan yksityisten tai työnantajan hankkimien sairauskuluvakuutusten kautta. Pohjoismaisessa mallissa valtion rooli terveydenhuollon järjestäjänä on ollut huomattavasti vahvempi. Kuitenkin suomalaisen hyvinvointivaltion terveystalvasta on käyty paljon julkista keskustelua väestön ikääntymisen ja huoltosuhteen heikkenemisen johdosta. Tästä syystä keskustelu järjestelmän kehittämisen suunnasta on käynyt ajoittain hyvin kuumana.

Juuri nyt Suomen terveydenhuoltokenttä elää suurta murrosta ja Valtioneuvosto työstää sosiaali- ja terveystalvaiden täydellistä remonttia. Syksyllä 2013 pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen rakenneuudistuspaketissa linjattiin, että julkinen terveydenhuollon rahoitus ohjataan yksikanavaiseen malliin nykyisen monikanava-mallin sijasta. Keväällä 2014 kaikki parlamenttiryhmät sopivat terveydenhuollon järjestämistävasta. Valtioneuvosto teki historiallisen päätöksen kuntien järjestämisvastuun siirtämisestä viidelle terveydenhuollon miljoonapiirille.

Nyt on siis hyvä hetki pohtia, mitä terveydenhuollon rahoituksen muutokset tarkoittavat ja mitä uudet oivallukset voisivat tarkoittaa. Tässä työssä pohditaan muun muassa julkisen terveydenhuollon monikanavarahoituksen siirtymistä kohti yksikanavaista rahoitusta ja sen vaikutuksia. Työ käsittelee myös Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallia terveydenhuollon rahoituksen järjestämisessä. Sen sijaan, että muutetaan vain olemassa olevia rakenteita, on hyvä pohtia laajemmin terveydenhuollon järjestämisen ratkaisuja. Toivottavasti

tämä tutkielma voi antaa osansa tähän keskusteluun ja päättäjät pohtisivat, kuinka uudistus voitaisiin tehdä entistä paremmin. Haastatteluissa käsitellään, miksi monikanavarahoituksesta halutaan luopua ja mitä yksikanavainen rahoitusmalli tarkoittaa suomalaisille terveyspalveluiden asiakkaille. Haastatteluissa käydään myös lävitse, miksi Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli on yksi varteenotettavimmista vaihtoehdoista uusiksi terveydenhuollon oivalluksiksi vähentääksimme kasvavaa terveydenhuollon kustannuspainetta.

Tämän työn tarkoituksena on esitellä lyhyesti Suomen terveyspalveluiden nykytilannetta ja pohtia, kuinka järjestelmä tulee kehittymään. Pohdinnan aiheena ovat julkinen ja yksityinen terveydenhuolto ja niiden rajapinnat, yksityiset rahoituskanavat ja niiden vaikutukset julkiseen järjestelmään, valtion tuki yksityisten terveyspalveluiden järjestämiselle sekä loppuasiakkaiden käyttäytyminen nykyjärjestelmässä. Näiden asioiden lisäksi pohditaan sitä, mitä vaikutusta julkiseen terveydenhuoltoon on sillä, että sen rahoitus tulee useasta eri lähteestä monikanavaisesti ja mitä siirtyminen yksikanavaiseen rahoitukseen tarkoittaa loppuasiakkaan kannalta. Erityisen pohdinnan ja tutkimuksen fokuksena on, onko Suomessa järkevää ottaa käyttöön vaihtoehtoisia tapoja rahoittaa terveydenhuoltoa. Pohdintana on, kuinka hyvin Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli sopii suomalaiseen järjestelmään ja mitä vaikutuksia sillä olisi.

## **1.2. Tutkimusongelmat ja rajaukset**

Tutkimus on monitahoinen ja -ulotteinen. Tutkimus käsittelee terveydenhuollon laajaa toiminta- ja vaikutusverkostoa, joten on tärkeää ymmärtää sen peruseriaatteet. Työssä käsitellään nykyisen julkisen terveydenhuollon palveluverkosto- ja laatutaso, yksityisen sairauskuluvakuuttamisen turvan tuoma laajuus ja hinnat sekä yleiset poliittiset tekijät.

Päätutkimusongelma on olisiko Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli sopiva ja hyödyllinen osa Suomen terveydenhuollon järjestämistä. Alatutkimusongelmia on kaksi kappaletta. Ensimmäisessä kysytään mitkä ovat terveydenhuollon yksityisen ja julkisen rahoituksen vaikutukset toisiinsa. Toisena alatutkimusongelmana on terveydenhuollon julkisen monikanavarahoituksen haitat ja mitkä ovat hyödyt siirryttäessä yksikanavaiseen rahoitusmalliin. Tutkimusongelmat ovat yhteydessä toisiinsa laajan kokonaisuuden kautta, joten niitä käsitellään jatkuvasti toistensa kanssa yhdessä.

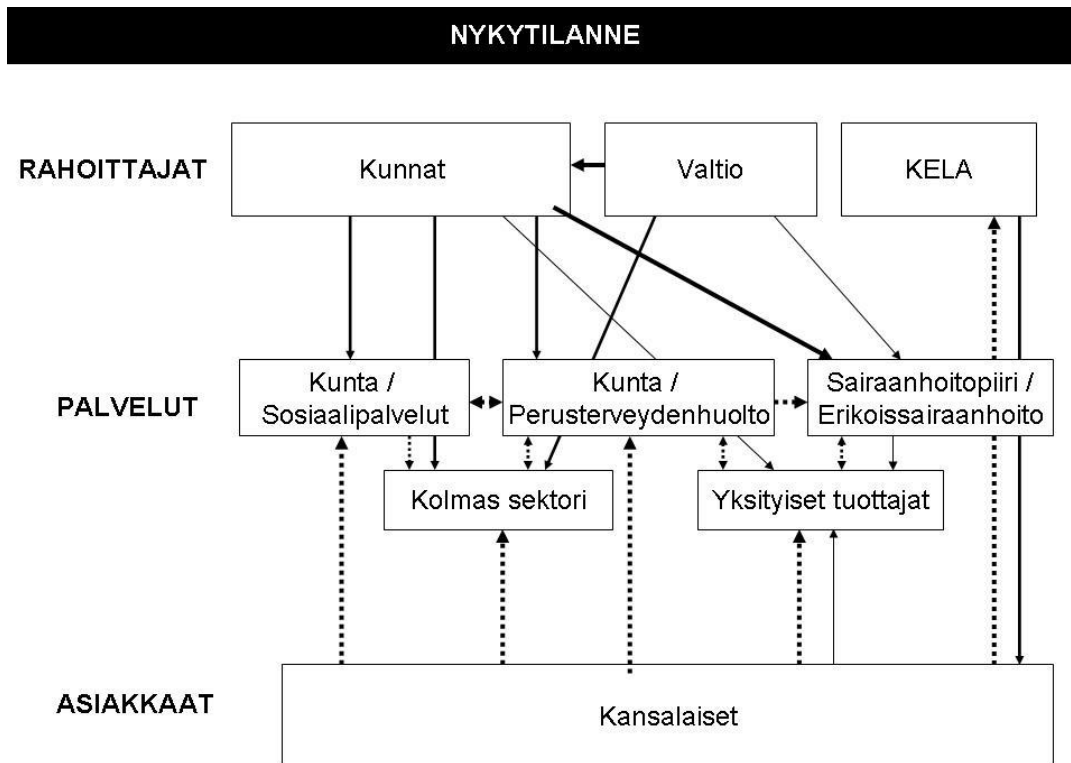
Tässä työssä rajataan selvityksen ulkopuolelle se, missä kulkee raja eri hoitomuodoissa ja hoitoprosesseissa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Työ keskittyy enemmän terveydenhuollon rahoitukseen, joten rajausta voidaan pitää perusteltuna.

### **1.3. Keskeiset käsitteet**

Tutkimuksen tutkimusongelma ja alatutkimusongelmat käsittävät seuraavia käsittekokonaisuuksia. Luvussa viisi pohditaan sitä, kuinka yksityinen ja julkinen terveydenhuollon rahoitus vaikuttavat toisiinsa. Yksityisellä terveydenhuollon rahoituksella tarkoitetaan sairauskuluvakuutuksia sekä osittain työterveyspalveluita. Hypoteesina asiassa on, että yksityisen terveydenhuollon ja työterveyspalveluiden käyttävä henkilö ei tarvitse juuri julkisen perusterveydenhuollon palveluita. Näin ollen yksityisiä terveydenhuolto- ja työterveyspalveluita käyttävällä henkilöllä ei ole henkilökohtaista intressiä maksaa veroillaan julkisista terveydenhuolto- ja työterveyspalveluista. Hypoteesi toimii myös toiseen suuntaan. Ainoastaan julkisista terveyspalveluista riippuvaisella henkilöllä on vahva intressi säilyttää julkiset terveydenhuolto- ja työterveyspalvelut ja niiden riittävä laatu.

Resurssit ja rahoitus yksistään eivät takaa eri terveyspalveluiden laatua, mutta aika ja panostus niiden kehittämiseen vaikuttavat laatuun. Terveysjärjestelmän rahoitustapa vaikuttaa lopulta siihen, kuinka järjestelmää kehitetään ja tehostetaan paremmaksi. Hypoteesi jatkuu siten, että terveydenhuollon rahoitusasemaan vaikuttaa kansalaisten mielipide verorahojen käytöstä ja määrästä. Jos kansalaiset ovat tyytymättömiä julkisiin terveyspalveluihin ja käyttävät mieluummin yksityisiä terveydenhuollon palveluita, eivät he halua maksaa enemmän veroeuroja julkisten terveyspalveluiden tuottamiseen. Tämä taas aiheuttaa sen, että julkisen terveydenhuollon rahoitusasema heikkenee entisestään. Lyhyesti sanottuna mitä laajempi on julkisen palvelun intressipohja, sitä vahvempi on sen legitimitetti, ja toisin päin. (Kallio 2008, 477–480)

On tärkeää erottaa julkisten terveyspalveluiden monikanavarahoitus erilleen yksityisen ja julkisen rahoituksen vaikutuksista toisiinsa. Siinä missä mahdollisesti yksityinen rahoitus vaikuttaa julkiseen rahoitukseen sen palveluita heikentävästi niin taas julkinen monikanavarahoitus tuottaa tehottomuutta ja osioptimointia julkisten terveyspalveluiden sisällä. Julkinen monikanavarahoitus terveydenhuollossa avataan alla olevassa kuvassa.



Kuvio 1. Julkisten terveystalveluiden monikanavarahoitus (Sosiaali- ja terveystalvopoliittinen ohjelma 2010)

Monikanavainen rahoitus on julkista rahaa, joka kanavoidaan eri toimijoilta terveydenhuollon järjestämiseen. Eri tahojen kanavoima rahoitus aiheuttaa hypoteesin mukaan tehottomuutta ja osaoptimointia. Monikanavainen rahoitus avataan tarkemmin luvussa 4.1.

Kolmas keskeinen käsite on Hollannin henkilökohtainen budjetti. Henkilökohtainen budjetti on otettu käyttöön jo vuonna 1996 Hollannissa. Tämän jälkeen henkilökohtainen budjetti on otettu osittain käyttöön myös Englannissa. Tärkein johtotajatus Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallissa on, että henkilökohtaisen budjetin saaja voi tehdä positiivisia valintoja ostaakseen hänelle raataloituja terveystalvueluita annetun budjetin rajoissa. Varat, jotka olisi muuten käyttänyt terveystalvueluiden tuottaja tai vakuutusyhtiö (tai molemmat) vähemmän raataloidyn, usein perinteikkaamman ja kalliimman hoidon tuottamiseen. Nämä varat annetaan henkilökohtaisen budjetin hakijalle omalle tilille käytettäväksi terveystalvueluiden hankkimiseen. Henkilökohtaisen budjetin toimintaperiaatteet avataan tarkemmin luvussa 4.2.



## 1.4. Tutkimusmenetelmät ja aineisto

Tutkimusmenetelmät ovat kirjallisuus ja artikkeliaineisto sekä teemahaastattelut. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa kysymysalueet ovat samat haastateltaville. Teemahaastattelussa asiasisältöjen laajuus ja järjestys vaihtelevat haastateltavan mukaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41). Teemahaastattelu korostaa vuorovaikutusta haastattelijan sekä haastateltavan välillä. Haastattelijan on osattava tulkita ja ottaa huomioon haastattelun tilannesidonnaisuus.

Aihealue on vahvasti sidoksissa Suomen terveydenhuollon rahoituksen ja järjestämisen kokonaisuuteen, ettei tarkempi aiheajaus tai tutkimusongelmarajaus olisi ollut mahdollinen. Tästä syystä teemahaastattelut on suoritettu kahdessa osassa, joista ensimmäisen toteutettiin keväen 2013 aikana tekijän Kauppätieteiden kandidaatin työn yhteydessä. Kandidaatin työ ”Julkinen terveydenhuolto vai yksityiset sairauskuluvakuutukset – suomalaisten terveystalvet tienristeyksessä” hyväksyttiin Tampereen yliopistossa arvosanalla kiitettävä kesällä 2013. Toinen haastattelukierros tehtiin keväen 2014 aikana. Kandidaatin työn haastattelut alustivat aihetta Pro Gradu tutkielmalle ja kuuluvat kiinteänä osana terveydenhuollon rahoitusjärjestelyiden pohtimiselle. Tästä syystä oli varsin luonnollista Pro Gradu tutkielman aiheita ja asiaa myös näiden haastattelujen aineistoilla.

Haastattelukierroksella 2013 haastateltavina olivat asiantuntijoina Finanssialan keskusliiton toimialajohtaja Timo Silvola sekä Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan lehtori Ranja Aukee. Toisen haastattelukierroksen haastateltavina olivat kansanedustaja Osmo Soininvaara, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen johtava tutkija Markku Pekurinen sekä Tampereen yliopiston sosiaali- ja terveystieteiden professori Juhani Lehto.

Ensimmäisen haastattelukierroksen pääpainopisteenä oli terveydenhuollon yksityisen ja julkisen rahoituksen suhde ja vaikutukset toisiinsa. Haastattelukysymykset löytyvät liitteistä yksi ja kaksi. Haastatteluissa käytiin yleisesti lävitse terveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistä. Toisella haastattelukierroksella jatkettiin samasta aiheesta ja käytiin lävitse yleisesti terveydenhuollon rahoitusta ja järjestämistä. Toisen haastattelukierroksella tiedusteltiin haastateltavilta näkemyksiä Hollannin henkilökohtaisen budjetin malliin. Muuten haastattelut olivat varsin samanlaiset.

Haastateltavina oli alojensa asiantuntijoita valtakunnan vaikuttavista asiantuntijaorganisaatioista. Suurin osa toisen kierroksen haastateltavista osallistui aktiivisesti

Eduskunnan sosiaali- ja terveystalvveluiden uudistamiseen haastattelujen aikana. Näin ollen haastatteluista saatu tieto voidaan nähdä viimeisenä tiedossa olevana tietona kysymyksiin.

### **1.5. Aikaisemmat tutkimukset**

Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallista on Sitra julkaissut tutkimuksen, jossa pohditaan omaishoidon korvaamista Henkilökohtaisen budjetin avulla (Patronen 2012). Tämän lisäksi tätä työtä kirjoitettaessa Jyväskylän yliopistosta on valmistunut Pro Gradu tutkielma, jossa tutkitaan Henkilökohtaista budjettia systemaattisella kirjallisuuskatsauksen menetelmällä (Leinonen 2014). Leinosen työssä tutkimuskysymykset keskittyvät henkilökohtaisen budjetin henkilökohtaiseen valinnanvapauteen ja kokemuksiin ottamatta kantaa sen sovellutuksista suomalaiseseen terveydenhuoltojärjestelmään.

### **1.6. Tutkielman rakenne**

Tässä tutkielmassa on yhteensä kuusi lukua. Työn toisessa luvussa tutustutaan Suomen terveydenhuollon järjestämistapaan. Luvun alakappaleissa tutustutaan tarkemmin julkiseen perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon työterveyteen sekä yksityisten yritysten tuottamaan terveydenhuoltoon. Luvussa esitellään terveydenhuollon järjestämistavat.

Työn teorialuvussa numero kolme käsitellään hyvinvointivaltion teoriaa vakuutusjärjestelmänä. Tarkoituksena on pohtia teorian tasolla erilaisia mahdollisuuksia järjestää ja rahoittaa ihmisille monimutkaisia terveystalvveluita.

Neljäs luku pureutuu terveydenhuollon rahoitusmalleihin. Alkupuolella tutkitaan yksityisen ja julkisen terveydenhuollon suhdetta toisiinsa. Samalla pohditaan yksityisen sairauskuluvakuutuksen vaikutusta koko terveydenhuoltojärjestelmään. Toisin sanottuna tutkin kuinka yksityiset tai toisella nimellä vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset vaikuttavat yksityisten terveystalvveluiden kysyntään ja poliittisen vaikuttamisen kautta julkisten terveydenhoitopalveluiden rahoitus pohjaan ja -laajuuteen. Lisäksi katsomme lyhyesti työterveystalvveluiden ja muun muassa opiskelijaterveydenhuollon vaikutuksia kokonaisuuteen terveydenhuoltojärjestelmässä. Luvussa tarkastelemme myös hypoteesin mukaisesti tutkimuskysymystä Suomen monikanavaisesti rahoitetun terveydenhuollon rahoitusmuotojen vaikutuksista koko terveydenhuollon järjestelmään. Neljännen luvun lopussa pääsemme tutustumaan tarkasti myös Hollannin henkilökohtaisen budjetin järjestelmään.

Viidennessä luvussa tutkitaan teemahaastatteluiden avulla nykytilanteen niin julkisen rahoituksen monikanavaisuudesta johtuvia sekä julkisen ja yksityisen rahoituksen yhteiskäytön aiheuttamia haasteita. Tutkielmassa pyritään löytämään keinoja siihen, miten nykymallin ongelmia voitaisiin mahdollisesti korjata Suomessa. Luvun aikana etsitään vastauksia myös Hollannin henkilökohtaisen budjetin malliin.

Kuudennessa luvussa eli johtopäätöksissä summataan kokonaisuutta ja tehdään päätelmiä nykymallin parantamisesta sekä jatkotoimenpiteistä.

## **2. TERVEYSPALVELUIDEN JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA**

### **2.1. Yleistä**

Tässä luvussa on esitellään eri terveydenhuollon tasojen toimintaa ja esitellä niiden järjestämistapoja. On tärkeää huomata, että terveydenhuollon rahoitus ja järjestämistapa ovat eri asioita ja esimerkiksi terveydenhuollon rahoitus voi olla julkinen vaikka järjestämistapa on yksityinen sekä jopa toisinpäin. Terveydenhuollon järjestäminen jaotellaan Suomessa ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon, perusterveydenhuoltoon, erikoissairaanhoidon, mielenterveyspalveluihin, työterveyshuoltoon sekä yksityiseen terveydenhuoltoon (THLa).

Suomessa järjestetään palvelut siten, että täysin julkisia terveydenhuollon palveluntuottajia ovat kunnat ja sairaanhoitopiirit. Kunnat järjestävät julkisen perusterveydenhuollon ja sairaanhoitopiirit järjestävät julkisen erikoissairaanhoidon. Tästä lisää tämän luvun kohdassa 3.2.

Suomessa on olemassa varsin suurikokoinen työterveyssektori, joka perustuu työterveyslakiin. Työterveyspalvelut työnantaja voi hankkia työntekijöilleen joko julkiselta terveyspalveluiden tuottajalta (terveyskeskus) tai yksityiseltä työterveyspalveluiden tuottajalta (esimerkiksi Mehiläinen). Työterveyspalveluiden rahoitus on osittain yksityinen ja osittain julkinen. Työterveyspalvelut ovat myös työntekijöille maksuttomia. Työterveyspalveluista kerrotaan lisää tämän luvun kohdassa 3.3.

Suomessa on myös yksityisiä terveyspalveluiden tuottajia, jotka ovat yhdistyksiä, säätiöitä tai yrityksiä. Yksityiset terveyspalveluiden tuottajat voivat myydä palveluitaan niin kuntayhtymille kuin yksityisille henkilöille. Yksityisistä terveyspalveluiden tuottajista kerrotaan lisää luvun kappaleessa 3.4.

### **2.2. Julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon**

Julkinen terveydenhuolto jakautuu Suomessa kuntien, sairaanhoitopiirien ja erityisvastualueiden (ERVA) järjestettäväksi. Perusterveydenhuollosta vastaa kunta tai kuntayhtymä alueellaan. Kansanterveystyöstä (perusterveydenhuollosta) sen mukaan kuin tässä laissa tai muutoin säädetään tai määrätään" (Kansanterveyslaki 1971, luku 3, § 5). Kunta ostaa vaativampia terveyspalveluita sairaanhoitopiireiltä. Sairaanhoitopiirin tarkoituksena on sovittaa yhteen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut tarpeiden mukaisesti. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarkempi rajanveto on rajattu tästä

tutkimuksesta pois. Sairaanhoidopiirejä on Suomessa 20, joista suurin on Helsingin ja Uusimaan sairaanhoidopiiri 1 545 000 asukkaalla ja pienin Itä-Savon sairaanhoidopiiri 45 000 asukkaalla. Eritysvastuualueita (ERVA) eli erityisvastuullisia sairaanhoidopiirejä on Suomessa viisi ja ne on keskitetty yliopistollisiin sairaaloihin Tampereella, Turussa, Helsingissä, Kuopiossa ja Oulussa. Eritysvastuualueet jaottelevat valtakunnallisesti vastuita erityisen vaativasta sairaanhoidosta. (Kunnat.net-a)

Rahoituksellisesti on kuntien vastuulla järjestää perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoito. Kunnat ostavat erikoissairaanhoidon palveluita sairaanhoidopiireiltä. Pienimmät kunnat järjestävät myös perusterveydenhuollon kuntayhtymissä. Kunnat saavat valtionosuuksia terveydenhuollon järjestämiseen. Asiakkaalle julkisen terveydenhuollon kustannuksia syntyy käyttömaksuista. Julkisen terveydenhuollon käyttömaksuihin ei ole mahdollista saada sairausvakuutuslain mukaisia korvauksia. Sairausvakuutuslain mukaan ei korvata kunnallisista sosiaali- ja terveyshuollon asiakasmaksuja (Sairausvakuutuslaki 2004, luku 2, § 3).

Julkisen terveydenhuollon järjestämistä säätelee terveydenhuoltolaki. Lain mukaan "Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin" (Terveydenhuoltolaki 1 luku, § 4). Kuntien valtionosuuksien perusteena olevat terveydenhuollon palvelut ovat lain mukaan seuraavat: Terveysneuvonta, sairaanhoito ja kuntoutus, sairaankuljetus, hammashuolto, neuvolapalvelut, kouluterveydenhuolto, opiskelijaterveydenhuolto, seulonnat, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, iäkkäiden neuvontapalvelut, ympäristöterveydenhuolto ja mielenterveyspalvelut. (Terveydenhuoltolaki 2 luku, § 11–23)

Näin ollen valtio rahoittaa lueteltuja julkisen terveydenhuollon palveluita, kunnat rahoittavat niistä suurimman osan ja käyttäjät osallistuvat kustannuksiin vain pienillä käyttäjämaksuilla. Julkisen terveydenhuollon lisäksi on hyvä mainita, että myös yksityiset yritykset voivat nauttia Kelan taksakorvausjärjestelmän (Sairausvakuutuslaki) kautta valtion tukea palveluiden toteuttamiseen.

Suomessa on myös puhuttu paljon julkisen puolen terveyskeskusmaksujen poistamisesta. Muun muassa Helsingissä terveyskeskusmaksut on poistettu kokonaan käytöstä perusterveydenhuollon lääkärikäynneistä vuoden 2013 alusta (Helsinki.fi, 2012).

Listasta on myös huomioitava, että mainittu opiskelijaterveydenhuolto koskee pääsääntöisesti vain ammattikorkeakouluopiskelijoita, sillä yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuolto tuottaa Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiö YHTS. Kuitenkin vuoden 2015 alusta myös ammattikorkeakouluopiskelijat ovat mahdollisesti siirtymässä YTHS:n palveluiden piiriin.

### **2.3. Työterveyshuolto**

Työterveyshuolto perustuu työterveyslakiin. Työterveyshuoltolain § 1:ssä sanotaan, että lain tarkoituksena on työnantajan, työntekijän ja työterveyshuollon yhteistoimin edistää: työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa sekä työyhteisön toimintaa. (Työterveyshuoltolaki § 1)

Työterveislain mukaan työnantaja voi hankkia työterveyspalvelut hankkimalla ne perusterveydenhuoltojärjestävältä terveyskeskukselta, järjestämällä palvelut itse tai hankkimalla ne työterveyspalveluiden tuottamiseen oikeutetulta yksiköltä (Työterveyshuoltolaki § 7). Työterveyshuollossa tarjotaan kahteen eri kategoriaan kuuluvia palveluita. Näitä ovat 1. lakisääteiset ennaltaehkäisyyn tähtäävät palvelut ja 2. sairaanhoidolliset palvelut (THL 2010, 41–42). Työterveyspalvelut ovat myös työntekijälle maksuttomia.

Työterveyden rahoitus järjestetään monikanavaisesti. Rahoitus saadaan osittain Kelan sairausvakuutuksesta ja osittain työnantajien puolelta. Vuonna 2008 työterveyshuollon kustannuksista 42 % rahoitti sairausvakuutuslain kautta Kela ja 49 % työnantajat (THL 2010). Työterveyspalveluiden piirissä oli vuonna 2007 Suomessa yhteensä 1,87 miljoonaa ihmistä, joista noin 50.000 oli yrittäjiä. Näistä 32 % oli kunnallisesti tai terveyskeskuksissa tuotetun työterveyshuollon piirissä ja loput (1,32 miljoonaa) yksityisten lääkäriasemien ja yritysten omien yksiköiden palveluiden asiakkaina. Näin ollen joka toisella 3 miljoonan työikäisestä suomalaisesta on käytössään työterveyshuollon kautta jonkin asteinen perusterveydenhuollon palvelu ja joka kolmannella tämä on kunnallisen perusterveydenhuollon ulkopuolella. (THL 2010, 41–42)

### **2.4. Yksityinen terveyshuolto**

Yksityiset sosiaali- ja terveyspalvelut täydentävät virallisen tulkinnan mukaan julkisia terveyspalveluja. Yksityiset palveluntuottajat, eli yritykset, järjestöt ja säätiöt, voivat myydä palvelujaan joko kunnille, kuntayhtymille tai suoraan asiakkaille. Yksityisten

palveluntuottajien määrä on jatkuvasti kasvanut 2000-luvulla ja ne tuottavat jo liki neljänneksen kaikista sosiaali- ja terveystalouksista Suomessa. (THLb). Tunnettuja yksityisiä terveystalouksien tuottajia ovat Suomessa Mehiläinen ja Attendo-One. Yksityiset lääkäripalveluasemat ovat lyöneet itsensä läpi jo siinä mitassa, että muun muassa Pohjois-Karjalassa sijaitseva Rääkkylän kunta on lopettanut kokonaan oman terveystaloustuotantonsa ja siirtynyt täysin ulkoistettuun terveystaloustoimintaan yhteistyössä Attendo-Onen kanssa. Myös suuremmissa kaupungeissa, muun muassa Tampereella Attendo ja yksityinen terveystalouksia tarjoava Pihlajalinna tuottavat ulkoisena palveluntuottajana terveystalouksia Tampereen kaupungin asukkaille.

Yksityisiä terveydenhuoltoa tarjoavia yrityksiä tuetaan Suomessa julkisin varoin lakisääteisen sairausvakuutuksen kautta. Suomessa sairausvakuutus korvaa Kelan korvaustaksojen mukaisesti terveydenhuollosta aiheutuneita menoja. Vuonna 2010 Kelan sairausvakuutuksesta korvattiin yksityiselle terveydenhuollolle yhteensä 1,7 miljardia euroa (Kela tilastot 2011). Tarkemmin terveydenhuollon rahoitukseen pureudumme seuraavassa luvussa neljä.

### **3. HYVINVOINTIVALTIO VAKUUTUSJÄRJESTELMÄNÄ**

#### **3.1. Vakuutuksen teoria**

Hyvinvointivaltio on eräänlainen monimutkainen ja pitkälle viety vakuutusjärjestelmä. Ymmärtääksemme hyvinvointivaltiota on tärkeää ymmärtää miten vakuutus ja vakuutusjärjestelmät toimivat. Tässä luvussa kerrataan vakuutuksen teoriaa.

Vakuutus tarkoittaa henkilön suojautumista riskiä vastaan tai on aktuaarinen mekanismi toiselta nimeltään. Aktuaarinen mekanismi tai vakuutus tarjoavat suojaa monenlaisille riskeille. Vakuutuksia hankitaan vähentämään tulojen vaihtelua eli alentamaan riskiä. Esimerkiksi ihmiset ostavat vakuutuksia mieluusti esimerkiksi eläkettä varten kuin säästävät rahaa erikseen. Jos ihmisen pitäisi säästää eläkkeensä, tulisi osata varautua kattamaan maksimaalinen elämänpituus, jota kukaan ei voi tietää etukäteen. Vakuutusjärjestelmässä riittää, että järjestelmään maksetaan riittävästi varoja, että sieltä voidaan maksaa keskiarvo tuhansien ihmisten elämänpituudesta. Vakuutusjärjestelmällä varaudutaan siis riskiin, että eletäisiin pidempään mitä on itse ajateltu. (Barr 2001, 18)

Yksittäisen vakuutuksen yksinkertainen matemaattinen esimerkki on, että 100 ihmistä matkustaa lentäen Lontooseen ja jokainen laittaa matkalaukkuunsa 1000 euroa käteistä. Tiedämme, että noin 2 % matkalaukuista hukkuu matkan aikana, joten voimme ennen matkaa

kerätä jokaiselta 20 euroa eli yhteensä 2000 euroa ennen matkaa ja matkan jälkeen katsoa keiltä kahdelta on matkalaukku hukunut ja maksaa näistä 2000 eurosta tuhat euroa kummallekin matkalaukkunsa hukanneelle. Hyvinvointivaltio toimii samalla tavalla kuin tämä yksinkertainen esimerkkimme, mutta huomattavasti monimutkaisemmin. Näin ollen vakuutuksen matemaattinen kaava voidaan nähdä myös hyvinvointivaltion tuottamissa eri vakuutusjärjestelmissä sisäänrakennettuna. Vakuutuksen matemaattinen kaava (kaava 1) on,

$$\pi = (1 + a)\pi L$$

missä  $\pi L$  on yksilön odotettu tappio ja  $a$  vakuutusyhtiön hallinnolliset kustannukset ja tuottovaade sekä  $\pi$  on hinta, millä vakuutus toimitetaan kilpailuilla markkinoilla. Kaavan mukaan vakuutuksen hinta riippuu riskistä, eli odotetun tappion määrästä.

Toinen esimerkki voidaan ottaa autovakuutuksella. Autovakuutukset ovat kalliita autonomistajalle, jolla on korkea tappion odotusarvo. Tällainen on tilanne, jossa esimerkiksi nuori autonkuljettaja, joka asuu korkean rikollisuuden alueella ja autolle tapahtuu usein vahinkoa sekä sellaiselle, joka ajaa Rolls Roycea tai Mercedes Benziä ja asuu hyvällä alueella. Ensimmäiselle hinta on korkea suuren tapahtumariskin takia, toiselle suuren potentiaalisen tappion. Halvimman vakuutuksen siis maksaa keski-ikäinen Ford – kuski, joka asuu hyvällä alueella. Näin pelkistetysti toimii vakuutus. Vakuutuksen hankkimiseen ei tällaisessa tilanteessa tarvita julkisen vallan ohjausta ja vakuutusmarkkinat voivat toimia tehokkaasti. Ihminen, joka haluaa välttää ja suojautua riskiltä, ostaa vakuutuksen. (Barr 2001, 19)

Kuitenkaan vakuutusmarkkinat eivät ole usein näin pelkistettyjä ja tuotteet sekä tarpeet voivat olla paljon monimutkaisempia. Seuraavaksi käsitellään syitä siihen, miksi vakuutusmarkkinat eivät ole ratkaisu kaikkien riskintasauksien tuottamiseen.

### **3.1.1. Epätäydellinen informaatio vakuutusmarkkinoilla**

Vakuutusmarkkinat eivät voi toimia täydellisesti, jos kaikki seuraavat ehdot eivät vakuutuksen osalta täyty. 1. Kyseessä on yksilöllinen riski, ei yleinen shokki. 2. Kyseessä on riski, ei varma tapahtuma. 3. Kyseessä on riski, ei epävarmuus. 4. Haitallinen valikoituminen vakuutetuilla. 5. Moraalikato vakuutetuilla. (Barr 2001, 19–23)

Ensimmäisessä kohdassa vaaditaan, että vakuutus sisältää aina yksilöllisiä voittajia ja häviäjiä, eli todennäköisyyksiä. Jos riski ei sisällä todennäköisyyttä yksilölle olla voittaja tai häviö, ei riski ole vakuutettavissa. Tästä esimerkkinä käy suuri inflaatio-shokki, jossa yhtäkkiä kaikki



eläkkeensaajat kärsivät tappiota tasapuolisesti. Tällainen yleinen shokkiriski ei ole vakuutettavissa.

Toinen kohta vaatii, että kyseessä on oltava aina riski, eikä varma tapahtuma. Esimerkiksi vanhusten terveystakuutukset ovat hieman ongelmallisia, koska todennäköisyydet vanhusten terveydenhuollontarpeeseen ovat erittäin suuret. Sama asia on, että yksilö ei voi saada vakuutusta sellaista sairautta vastaan, joka hänellä jo on todettu.

Kolmas kohta vaatii, että kyseessä on oltava todettava riski, eikä vain yleinen epävarmuus tai tietämättömyys. Jos kyseessä olisi täysin tunnistamaton riski, ei sille voida laskea vakuutusmaksuakaan.

Neljäs kohta on vakuutettujen haitallinen valikoituminen. Tehokkuuden kannalta on ilmeistä, että korkean riskin omaavat yksilöt maksavat korkeampaa vakuutusmaksua. Kuitenkin asiakas voi piilottaa tiedon olevansa korkeampi riski tai eivät mahdollisesti edes itse tiedosta sitä. Tämä johtaa siihen, että vakuutusyhtiöt pyrkivät tekemään riskivalintaa. Yhdysvalloissa vakuutusyhtiöt arvelevat myös, että pääsääntöisesti jokainen vanhempi terveystakuutuksen hakija piilottelee terveydellistä ongelmaa. Haitallinen valikoituminen voi korostua yhdysvaltalaisissa yrityksissä siten, että ne yritykset jotka tarjoavat parhaat terveystakuutukset työsuhde-etuina houkuttelevat kaikkien huonovoipaisimmat tai perinnöllisiä sairauksia kantavat työntekijät itselleen. Kokonaisuutena haitallinen valikoitumisen ongelma ei ole se, että ihmisillä olisi vaihtelua omassa riskiprofiilissaan, vaan se ettei vakuutuksen antaja on vähemmän tietoinen kuin ostaja hakijan riskistatuksesta.

Viidentenä kohtana on vakuutettujen moraalikato. Moraalikato syntyy, kun vakuutettu voi vaikuttaa vakuutuksenantajan odotettuun tappioon ilman, että vakuutuksenantaja saisi tietää. Puhutaan piilotetusta toiminnasta. Pauly (1974, 44-62) tutkimuksissaan osoitti, että jos vakuutettu ei kannu yhtään vastuuta kustannuksien syntymisestä ja vakuutuksenantaja ei voi tarkkailla yksilön riskin välttämiseksi tehtyä toimintaa, vähentää se yksilön halua kuluttaa riskin välttämisen toimintaan. Näin ollen vakuutuksen tehokkuus vähenee, kun ihmisiä ei voida tarkkailla niin ihmiset käyttäytyvät eri tavalla, jos he ovat vakuutettuja.

Esitellään moraalikadon problematiikasta neljä tarkentavaa. Ensimmäinen esimerkki on henkivakuutus ja tilanne, jossa henkilö pohtii itsemurhaa. Vakuutusmielessä moraalikadon ongelma on pieni, sillä yksilö ei voi toteuttaa itsemurhaa vakuutusmaksujen toivossa itselle. Toinen esimerkki moraalikadon problematiikasta on, kun henkilö on hankkinut

autovakuutuksen ja selkeästi vähemmän varovasti tämän jälkeen. Tutkimuksissa on osoitettu, että tällöin auton huoltoon voidaan käyttää myös vähemmän rahaa. Tämä on moraalikadon ongelma. Kolmas esimerkki on raskaus, joka on ihmisen omaan valintaan liittyvä tapahtuma eikä sinällään riski. Vakuutusenantajien on liki mahdoton laskea riskiä tai odotettua tappiota, joten tällaisia vakuutuksiakaan ei yleensä voi saada. Neljäs kohta on niin sanottu kolmannen maksajan ongelma. Esimerkiksi voimme ottaa ihmisten samppanjan juomisen absoluuttisen määrän. Eroa ovat suuria, jos maksat samppanjasi itse verrattuna vaikka lentoyhtiön ilmaiseksi tarjoamaan samppanjaan. Tapahtuu samppanjan ”ylikulutusta”. Toinen vastaava esimerkki on sairauskuluvakuutus, jossa vakuutusyhtiö maksaa suurimman osan kaikista kustannuksista. Silloin ei potilaalla tai lääkärillä ole estettä tehdä vähemmän tutkimusta potilaan terveydentilasta. Tämä johtaa tehottomaan ja korkeaan terveydenhuollon ylikulutukseen.

Moraalikadon ongelmat ovat vakavia vakuutusmaailmassa, sillä mitä täydellisempi on vakuutuksen kattavuus ja mitä matalammat ovat sen välittömät lisäkustannukset yksilöille itselleen. Sitä vähemmän yksilöiden täytyy välittää heidän omista toimistaan ja voivat toimia haitallisesti verrattuna siihen, että joutuisivatkin kantamaan vastuun itse. Tätä ongelmaa vakuutusyhtiöt pyrkivät rajoittamaan vakuutusehdoilla, omavastuilla, suojeluohjeilla, vakuutustarkastuksilla sekä sillä, että vakuutusyhtiö tarkastaa ja tekee vahinkohaut itsenäisesti. Tämä toimii hyvin ylikulutuksen estävänä toimenä autovahingoissa, mutta terveydenhuollossa se ei pädekään enää niin hyvin, kun avun tarve on nopeaa. (Barr 2001, 19–23)

Vielä sanoen moraalikato ja haitallinen valikoituminen ovat molemmat vakavimpia esimerkkejä epätäydellisestä informaatiosta vakuutusmarkkinoilla.

### **3.1.2. Sosiaalivakuutus vastauksena epätäydelliseen informaatioon vakuutusmarkkinoilla**

Koska vakuutusmarkkinat eivät voi suojata ihmisiä kaikilta riskeiltä tai epävarmuudelta, voidaan rakentaa toisenlaisia ratkaisuja. Arrow väittää (Arrow 1963, 967) että yksityiset tai julkiset instituutiot voivat nousta markkinoiden sijaan ja suojata ihmisiä riskiä tai epävarmuutta vastaan, vaikka ne eivät teknisesti olisikaan aktuaarisia vakuutuksia. Sosiaalivakuutusta, eli julkista vakuutusjärjestelmää käytetään vastaamaan aiemmin esitettyihin epätäydellisen informaation ongelmiin kuten työttömyyteen, pitkään ikään (eläkkeet), inflaatioon tai terveystalouteen. Sosiaalivakuutus eroaa yksityisestä vakuuttamisesta kahdella tärkeällä seikalla. Ensinnäkin, sosiaalivakuutus on kaikille pakollinen, eikä matalan riskin omaavat ihmiset voi ulkoistaa itseään järjestelmästä. Myös vakuutusmaksun ja yksilöllisen riskin

väläinen linkki katkaistaan. Mikä erottaa sosiaalivakuutuksen veroista on se, että verot ovat yksisuuntaisia maksuja kun sosiaalivakuutus on kaksisuuntainen. Yksilö maksaa hinnan vakuutuksesta, joka kattaa riskin ja on siten lähellä tavallista aktuaarista vakuutusta. Toinen ero on siinä, että sosiaalivakuutus ei ole yhtä tarkasti rajattu kuin yksityinen vakuutus, joka tuo kaksi etua. Ensimmäinen etu on, että suojaa voidaan antaa riskeille, joita yksityiset markkinat eivät vakuuta. Toisena, riskit saattavat muuttua ajan kuluessa ja vakuutus sallii tämän. Atkinson (1995, 210) tuo esiin, että sosiaalivakuutus voi riskin lisäksi suojata epävarmuutta. (Barr 2001, 24)

Asiakkaat ovat hyvin tietoisia osasta vakuutustuotteita ja hintoja, sekä joistain hieman vähemmän. Yleisesti markkinat ovat tehokas tapa jakaa tuotteita, jos paremmin seuraavat ehdot täyttyvät: asiakkaat tuntevat tuotteet, mitä halvemmin ja tehokkaammin asiakkaiden tietämys tuotteesta voidaan parantaa, mitä helpommin sen on asiakkaille ymmärrettävä informaatio, mitä pienemmät ovat väärän valinnan tekemisestä aiheutuvat kustannukset sekä mitä moninaisemmat ovat asiakkaiden mieltymykset.

Markkinoiden tehokkaan toiminnan hyvinä tuote-esimerkkeinä ovat ruoka ja vaatteet, joissa ensimmäisessä on valtion sääntelyä paljon mukana markkinoilla. Ruokaketjut ja – alkuperät ovat hyvin säänneltyjä Suomessa. Kuitenkin tieto ruuasta on helposti saatavilla ja jos valitset epähuomiossa väärän ruuan, esimerkiksi banaanin omenan sijasta, et menetä juuri mitään. Lisäksi makuja hedelmissä on useita eri mieltymyksiin. Monimutkaisemmasta tuotteesta taas markkinat on haastavampi tapa jakaa tuotteita, ilman minkäänlaista sääntelyä. Esimerkiksi auton ostamisessa et voi tietää auton jarrujen laadusta samalla tavalla kuin hedelmien laadusta, tarvitaan asiantuntemusta. Niinpä jarrujen ja muunkin autoturvallisuuden laatua on järkevää säädellä lailla ja katsastuksilla. Tämä sama sääntely toimii myös vakuutuksissa, joista ammattilaiset osaavat kertoa vakuutuksien kattavuuksista, mutta jota on järkevää säädellä myös lailla. Valtion tehtävänä siis voi olla säädellä sellaisia tuotteita, jossa asiakkaat eivät ole tehokkaasti informoituja suojaamaan itseään tai jossa väärän valinnan kustannukset voivat olla korkeat. Esimerkkinä ovat vääränlaisen banaanin ostaminen tai vääränlaiset jarrut omaavan auton ostaminen. Kummassa väärän valinnan tekemisen kustannukset voivat olla kohtalokkaat. Jos nämä viisi tehokkaiden markkinoiden kohtaa täyttyy, pystyvät markkinat hoitamaan tuotteiden ja palveluiden jakamisen tehokkaasti. (Barr 2001, 26)

### 3.1.3. Markkinoiden ja valtion epäonnistuminen

Erityisesti terveystakuuksissa ja sairauskuluvakuuttamisessa markkinat eivät täytä yllä mainittuja tehokkaiden markkinoiden ehtoja. Sairauskuluvakuutuksista asiakkaiden informaatio on usein huonoa ja/tai yksilöt tarvitsevat yksilöllistä ohjausta, mikä ei ole edullista. Toinen huomio on, että annettu informaatio on hyvin teknistä ja vääränlaisen vakuutuksen valitsemisen kustannukset voivat olla hyvinkin korkeat, jos otettu vakuutus ei korvaakaan riittävän laajasti kaikkia tarvittuja toimenpiteitä. Vaikka kaikki informaatio annettaisiin, niin sen teknisluonteisuus ja mahdollisen väärän valinnan vaara nostaa riskit korkealle.

Monimutkaisten tuotteiden jakamisessa markkinat voivat olla tehottomat, mutta myös valtio voi olla tehoton vakuutuksien jakamisen välineenä. Valtio voi olla hyvää tarkoittava, mutta tehoton, korruptoitu tai ajaa virkamiesten etuja (Niskanen 1971). Toinen valtion tehottomuutta käsittelevä tekijä on tulonsiirtojen siirtyminen suurimman äänivallan omaavalle ryhmittymälle (Tullock 1970). Tullockin ideana on, että tulonsiirrot rikkailta jäävät usein keskiluokan hyödyksi, eivätkä päädy tasaisesti myös alimpien luokkien hyödyksi. Tutkimuksessa tosin myönnetään, että tämä on varsin Yhdysvaltalainen ongelma, sillä muun muassa Ruotsissa tulonsiirrot toimivat varsin mainiosti. Kuitenkin tutkimusten periaatteesta on laajasti opittava, että markkinat voivat olla tehottomia, mutta niin voivat olla valtiotkin. Markkinoiden tai valtion epäonnistuminen tai tehottomuus ei ole hallitseva argumentti toisen puolesta tai toista vastaan.

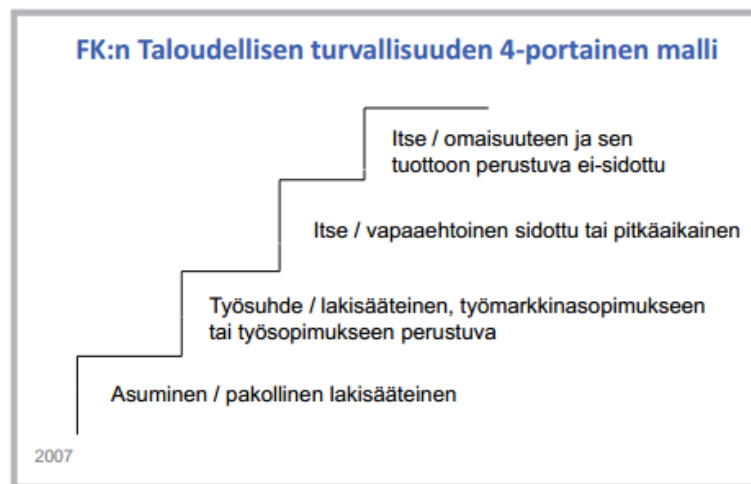
Poliittinen debatti käytiin viime vuosisadalla siitä, kuinka kapitalismi tai kommunismi, markkinat tai valtio nähtiin pahana tai hyvänä, riippuen katsojasta. Ideologisesti kuitenkin se on vain osa kokonaisuutta; markkinoiden epäonnistumiset tehokkuudessa ja valtion epäonnistumiset tehokkuudessa näyttelivät omat osansa. Jos aiemmin mainitut täydellisten markkinoiden ehdot saavutetaan, ovat markkinat se tehokkain tapa toteuttaa tuotteiden jakelu. Jos taas markkinat epäonnistuvat täyttämään ehdot vain vähän, tai valtion kantokyky on pientä tai korruptio suurta, ovat markkinat yleensä edelleen tehokkain tapa. Mutta, missä markkinat epäonnistuvat siten, että se on kallis tapa toteuttaa tuotteiden jakelu ja valtio on tehokas, valtion tapa toteuttaa palvelua on yleensä tehokkain.

Kuitenkin markkinat tai valtio kysymys ei yksin riitä, vaan yleensä hyvin tärkeä kysymys on miten toteutus tehdään. Jos kyseessä on tulonsiirrot köyhille, on paras tapa antaa köhille rahaa, että he voivat ostaa ruuan kaupasta markkinahintaan. Yleensä me emme anna eläkkeensaajille ruokaa, vaan maksamme heille eläkkeitä, koska se on tehokkaampaa. Toinen esimerkki

tehokkuudesta liittyy julkiseen rahoitukseen. Tehokkuus julkisissa monimutkaisissa palveluissa saavutetaan parhaiten jakamalla rahankaltaisia etuja (cash-in-kind) tuotteissa ja palveluissa. Esimerkiksi on tehokasta tuottaa terveystaloudellisia palveluita ja antaa niitä ilmaiseksi tai erittäin vahvasti kompensoituna koko väestölle sen sijaan, että antaisimme ihmisille rahaa, että he voisivat ostaa itselleen terveystaloudellisia palveluita. Tästä syystä näemmekin useissa maissa kansallisia terveystaloudellisia palveluita, muttei yhtään kansallista ruokakauppaa. (Barr 2001, 28–29)

### 3.1.4. Taloudellisen turvallisuuden 4-portainen malli

Ihmisten taloudellinen turvallisuus on yhä tärkeämpi tarve aina rikastuvassa maailmassa. Kehittyvien maiden kansalaisten omaisuusarvon noustessa vakuuttaminen ja vakuutuksien kysyntä kasvaa. Suomessa Finanssialankeskusliitto on luonut vakuutustoimintaan taloudellisen turvallisuuden 4-portaisen mallin, jolla kuvataan ihmisten tarpeita vakuutusmarkkinoilla. Mallin ajatuksena on, että alempien portaiden tarpeet tulee olla täytetty, ennen kuin voidaan siirtyä seuraavalle portaalle. Mallissa on ensimmäisellä portaalla lakisääteinen julkinen perusturva. Toisella portaalla on kaikki työsuhteeseen perustuva turva, eli lakisääteinen, työmarkkinasopimusperustainen sekä työsopimusperustainen turva. Kolmannella portaalla on yhteiskunnan kannustama vapaaehtoinen sidottu säästäminen ja vakuuttaminen ja neljännellä portaalla kaikki muu vapaaehtoinen säästäminen ja varallisuus.



Kuvio 2. Finanssialan keskusliiton taloudellisen turvallisuuden 4-portainen malli (FKLa 2009)

## 3.2. Hyvinvointivaltion teoria

Tässä työssä käsitellään hyvinvointivaltiota ja sen toimia ihmisten terveydenhuollon järjestämiseksi. Eurooppalainen hyvinvointivaltio on valtionmuoto, jolla pyritään

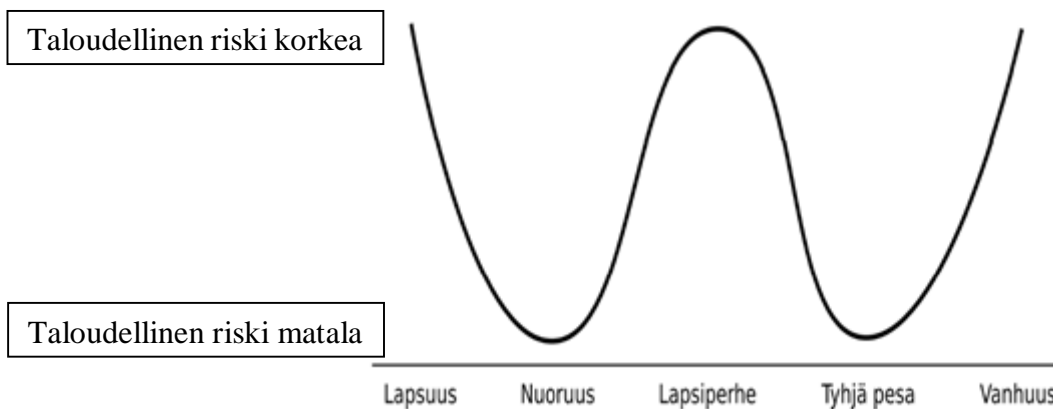
vähentämään köyhyyttä ja lisäämään mahdollisuuksien tasa-arvoa. Hyvinvointivaltiolle käsitteenä ei ole kuitenkaan tyhjentävää vastausta (Barr 2012, 7.).

Hyvinvointivaltiolla on monia rooleja. Näistä kaksi tärkeintä roolia ovat vähentää köyhyyttä, jakaa tuloja ja varallisuutta vähentää sosiaalista syrjäytyneisyyttä. (Robin Hood –rooli) Toinen rooli on tarjota turva ja vakuutus elinkaaren eri vaiheisiin ja tarjota mekanisti, jossa tuloja jaetaan elinkaaren eri vaiheisiin. (säästöpossu -rooli)

Tulojen jakaminen yhteiskuntaluokkien ja väestönsien välillä on tavanomaisempia rooleja hyvinvointivaltiolle. Ihmisiä palvelevat hyvinvointivaltion mekanismit elinkaaren eri vaiheissa ovat pidemmälle viedyn hyvinvointivaltioajattelun tuloksia. (Barr 2001, 1)

Vaikka hyvinvointivaltion alkuperäinen, Robin Hood –rooli saataisiin toteutettua täysin, eikä yhteiskunnassa olisi lainkaan köyhyyttä tai sosiaalista syrjäytyneisyyttä, tarvittaisiin silti mekanismeja ihmisille vakuuttaa ja turvata taloutensa oman elinkaarensa eri vaiheissa.

Seuraavassa kuviossa esitetään Kelan tutkimuslaitoksen johtavan tutkijan Mikko Niemelän kuvaa ihmisen taloudellisen toimeentulon riskeistä eri elinkaaren vaiheissa. Kuvion Y-akselilla yläosassa yksilön kokema taloudellinen riski on suuri ja alaosassa riski on pieni.



Kuvio 3. Taloudellisen turvallisuuden riskit eri elämänvaiheissa. Mikko Niemelä, Kelan tutkimuslaitos kalvo.

Kuten kuvaajasta näemme, on hyvinvointivaltio olemassa myös muiden syiden takia, kuin lievittämässä köyhyyttä. Hyvinvointivaltio luo ihmisille vakuutuksen ja tasaa kulutusta ihmisten eri elämänvaiheissa. Itse asiassa, kulutuksen tasaaminen elämänvaiheiden välillä voidaan nähdä hyvinvointivaltion ydintehtävänä. (Barr 2001, 2)

Toinen hyvinvointivaltion tärkeistä tehtävistä on tehokkuuden tuottaminen eri tavoin. Esimerkkinä käy hyvin ruoka ja terveydenhuolto. Molemmat ovat elintärkeitä kaikkien ihmisten elämisen kannalta. Kuitenkin hyvinvointivaltio mahdollistaa molemmat hyvin eri tavoin ihmisille. Ruuan ostamiseen hyvinvointivaltio jakaa rahaa eri järjestelmien kautta, että myös köyhillä on mahdollisuus ostaa itse ruokaa kaupasta ja maksaa siitä markkinahinta. Terveydenhuolto taasen toisena ääripäänä on usein kaikille ihmisille maksuton tai taloudellisesti vahvasti tuettu julkinen järjestelmä. Terveydenhuollon tarve on ihmisten vaikeampi määrittää etukäteen. Näin ollen hyvinvointivaltio tuottaa tehokkaasti eri asioita eikä markkinalähtöisyys/yksityinen tuotanto vastaan julkinen tuotanto ole relevantti. (Barr 2001, 2)

Kolmas keskeinen ominaisuus hyvinvointivaltiolla ja sen puolustamiselle on yhä kasvava epävarmuus tulevaisuudesta ja vaikeus sen ennustamisesta. Siinä, missä maailma muuttuu yhä nopeammin ja työn- ja elämisen luonne muuttuvat, tarvitaan yhä enemmän perustuksellista turvaa ihmisten hyvinvoinnin takaajaksi. Kasvava tarve turvalle työttömyyttä, perheen hajoamista, eläkettä ja pitkää ikää vasten on ilmeinen. Hyvinvointivaltiot myös muuttuvat jatkuvasti maailman mukana, vaikka muutokset ovatkin varsin reaktiivisia proaktiivisuuden sijaan. (Barr 2001, 3)

Hyvinvointivaltiolla on nähtävissä monia positiivisia vaikutuksia sen kansalaisille kokonaisuutena. Kuitenkin hyvinvointivaltiomalleja on useita eikä hyvinvointivaltiolla ole olemassa yhtä tyhjentävää käsitettä, vaan eri mallit ja käsitteet sulautuvat toisiinsa eri tavoin. (Barr 2012, 22–23)

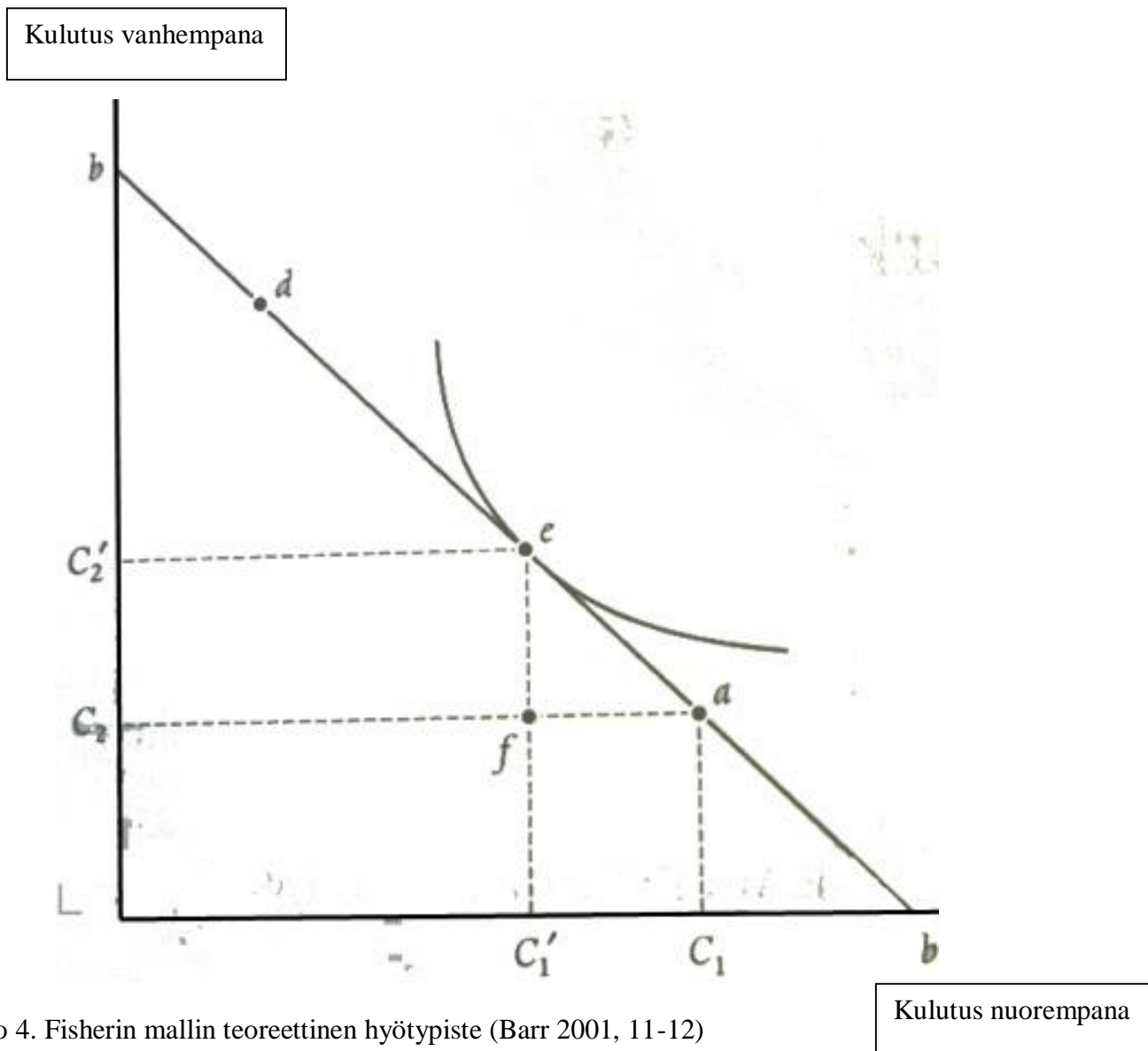
Kuitenkin hyvinvointivaltioon tunnistetaan kuuluvan kolme kokonaisuutta, jotka nousevat esiin eri hyvinvointivaltioissa universaalisti. Ensimmäisenä hyvinvointi kertyy useasta eri lähteestä valtion oman toiminnan lisäksi. Tällaisia lähteitä ovat niin työmarkkinat kuin yksityinen säästäminen. Toisena hyvinvointivaltioiden palvelutarjonnan rahoittaminen on julkisella pohjalla, mutta niiden tuotantomuodot voivat vaihdella. Kolmantena hyvinvointivaltion rajat ovat vaikeasti määriteltävissä suhteessa yksityisiin markkinoihin. (Barr 2012, 7.)

### **3.2.1. Fisherin malli**

Fisherin teoreettinen malli kuvaa hyvinvointivaltion tarpeen ja tarkoituksen. Mallin ajatuksena on se, että miten ihminen suunnittelisi koko elämänsä kulutuksen alusta saakka, jos hänellä olisi käytössään koko elämänsä aikana hankkima varallisuus. Ihminen saisi suunnitella kuinka

siirtäisi rahaa hänen nuoremman ja vanhemman itsensä välillä siten, että maksimoisi oman hyvinvointinsa. Kuinka ihminen rahoittaisi eläkkeensä, opintonsa, lapsuutensa, lapsiperheen arjen ja tyhjän pesän välillä.

Fisherin mallissa alla olevassa kuvassa näemme X akselilla yksilön kulutuksen nuorempana ja Y-akselilla kulutuksen vanhempana. Kuviossa piste A on hänen alkuperäinen varallisuutensa, jossa hän voi kuluttaa nuorempana  $C_1$  verran ja vanhempana vain  $C_2$  verran. Esimerkissämme hän voi kuitenkin hankkia lisää vaihtoehtoja itselleen lainaamalla tai antamalla lainaksi rahaa. Hän voi antaa esimerkiksi rahaa lainaksi ja periä lainan myöhemmin ja näin siirtyä pisteestä A ja kulutuksesta  $C_1$  pisteeseen F ja kulutukseen  $C'_1$  ja näin siirtää kulutusta myöhemmällä iällä pisteeseen E ja kulutukseen  $C'_2$ . (Barr 2001, 11–12)



Kuvio 4. Fisherin mallin teoreettinen hyötöpiste (Barr 2001, 11-12)



Fisherin malli perustuu oletuksiin, joissa hyötyfunktio, rationaalinen käyttäytymisteoria, varmuus ja toimivat markkinat vallitsevat. Fisherin mallissa varmuus on suurin oletamus, joka on myös vaikein osoittaa toteen. Mallissa varmuus olettaa, että ihmiset osaisivat tehdä hyviä ja perusteltuja päätöksiä esimerkiksi eri eläkeratkaisuista, terveydenhuollosta ja sen rahoitusmalleista, koulutuksesta ja sen rahoituksesta. Toiseksi Fisherin malli ei ota huomioon riskejä eikä yleistä epävarmuutta. Jos Fisherin mallin olettamukset olisivat todenmukaisia, ei hyvinvointivaltiolle olisi tarvetta, sillä ihmiset voisivat vain jakaa oman kulutuksensa elämänsä eri osa-alueille itse. Fisherin mallin mukainen varmuus olisi maailma, jossa pätsivät seuraavat lainalaisuudet: vakuutukset olisivat tarpeettomia, koska ei olisi olemassa riskejä. Täydellisten markkinoiden kautta ihmiset allokoivat rahoitusta lainaamalla ja tasoittavat kulutustaan vanhemman ja nuoremman itsensä välillä. Tällöin muun muassa käyttäytymisen tuomat vaihtelut on rajattu pois. Ainoastaan koko elämänsä köyhinä olevia täytyisi pystyä auttamaan tarvittaessa, sillä heillä kulutuksen tasaaminen nuoremman ja vanhemman itsensä kanssa ei toisi apua. Ja viimeisenä hyvinvointivaltion ainoaksi rooliksi jäisi koko elämänsä köyhinä olevien ihmisten auttaminen. (Barr 2001, 12)

Riskin lisääminen Fisherin malliin ei muuta sitä kovin paljon. Yksilöthän voivat ostaa itselleen vakuutuksen tasaamaan mahdollisia riskien tuomia heilahteluja. Esimerkiksi pitkää ikää varten voi hankkia eläkevakuutuksen jonka voi taas halutessaan muuttaa elinkoroksi. Näin ollen oletuksia varmuudesta on höllennettävä, sillä todellisuudessaan pääomamarkkinat, vakuutusmarkkinat ja tuotemarkkinat sisältävät epätäydellistä informaatiota. Lisäksi todellisuus sisältää riskejä ja epävarmuutta sekä ulkoiset shokit aiheuttavat muutoksia, muun muassa väestökehitys ei ole samanlainen jatkuvasti, joka vaikuttaa laskelmiin. (Barr 2001, 13)

### **3.2.2. Epätäydelliset markkinat ja epätäydellinen informaatio**

Täydellisten markkinoiden teoria vaatii jo aiemmin toistetusti ehtoja toteutuakseen. Täydellinen markkina on ainoastaan tilanteessa, jossa on olemassa täydellinen kilpailu. Täydellinen kilpailu syntyy ainoastaan, kun markkinoilla on riittävästi ostajia ja myyjiä, vapaa pääsy ja poistuminen markkinoilta sekä samanlainen tuote. Toinen ehto täyttyy, kun markkinoilla ei saa olla ulkoisia vaikutuksia. Näin ollen päästöistä tai vahingonkorvauksista ei tarvitsisi maksaa. Kolmas ehto täyttyy, kun täydellisillä markkinoilla ei saa olla julkisia palveluita tai tuotteita kilpailemassa. Myös subsidiaarituotteet pitäisi poistaa. Jos julkinen palvelu tarjoaisi ainoana tuottajana omenia, niin kuluttajalle omenan ostamiseen menevät rahat voivat olla pois esimerkiksi banaanin ostamisesta. Julkisesti tuotettujen palveluiden tulee olla

ei-kilpailtuja, universaaleja kaikille sekä niiden hyötyä ei pidä voida välttää (esimerkiksi maanpuolustus). Neljäs ehto sanelee, että täydellisillä markkinoilla ei synny kasvavia suuren mittaluokan tuottoja. Jos hintoja nostetaan, se vähentää pitkällä aikavälillä ostajia. Viidentenä täydellisillä markkinoilla kaikilla toimijoilla on täydellinen informaatio asiakkaista, tuotteista ja laadusta tai kattavuudesta.

Todellisuudessa kuitenkin valtio vaikuttaa markkinoihin ja aiheuttaa sekaannusta täydellisten markkinoiden teoriaan melko paljon. Valtio vaikuttaa markkinoihin pääsääntöisesti neljällä eri tavalla, joita ovat lainsäädäntö ja asetukset (laatu / määrä / hinta), rahoitus (tuet ja verot), julkinen tuotanto (koulutus, terveydenhuolto) sekä tulonsiirrot (sosiaalivetot, eläkkeet). Kuluttajan on erittäin vaikea sanoa, mikä on esimerkiksi laatu saadussa peruskoulutuksessa tai mikä on juuri riittävä kattavuus omassa terveydenhuollossa. Työnantajat eivät tiedä työnhakijan laatua tai vakuutusyhtiö ei tiedä vakuutuksenhakijan riskejä. Näin täydellisen informaation ehto ei toimi reaali maailmassa juuri lainkaan. (Barr 2001, 16)

New (1999, 63-83) esitteli täydellisten markkinoiden osalta informaation osalta kaksi eri ongelmaa. Informaatiota voi olla liian vähän tai informaatiota käsittely on haastavaa. Esimerkiksi tilanteessa, jossa informaatio on niin monimutkaista, eivät asiantuntijatkaan voi tehdä välttämättä rationaalisia päätöksiä informaatioon vedoten. Tällaisia ongelmia ovat esimerkiksi tilanteet, joissa palvelu tai tuote hyödyttää vain pitkällä tulevaisuudessa, palvelu tai tuote aiheuttaa hyvin pienellä todennäköisyydellä harmia yksilölle itselleen sekä palvelu tai tuote sisältää paljon monimutkaista tietoa, eikä yksilön tietotaito riitä sitä prosessoimaan. (New 1999, 63-83)

Asioissa, joihin voi ostaa informaatiota, kuten asiakaslehdet tai teemalehdet, markkinat voivat toimia. Esimerkiksi taloihin ostetaan kiinteistönvälittäjältä katselmus. Joissain tapauksissa valtio voi määrätä regulaatiolla esimerkiksi ruuan hygieniasta, jolloin informaatio kaikesta ruokaketjujen toiminnasta ei ole välttämätöntä vaan voidaan luottaa regulaatioon. Kun tuote tai palvelu on tämän New:n esimerkkien mukainen, kuten kokonaisterveydenhuolto, niin tavalliselle kuluttajalle markkinat ovat usein tehon ja tuote tai palvelu on parempi tuottaa julkisesti. (Barr 2001, 17)

Kokonaisterveydenhuolto on erityisesti tuote, jossa ihmiset eivät tiedä hyödyttääkö se heitä palveluna tulevaisuudessa ja kuinka paljon. Toisin päin ajatellen terveydenhuollon palveluiden täydellinen puuttuminen aiheuttaisi kohtalaisella todennäköisyydellä harmia yksilölle.

## 4. RAHOITUSMALLIT

### 4.1. Terveydenhuollon rahoitus Suomessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus on Suomessa ollut jo pitkään monen eri toimijan rahoittama. Järjestelmään kanavoidaan rahaa vähintäänkin kahdeksan rahoittajatahon kautta. Tärkeimpiä rahoittajia ovat kunnat, valtio, kotitaloudet, Kansaneläkelaitos, työnantajat, yksityiset vakuutusyhtiöt sekä Asumisen rahoitus ja kehittämiskeskus ja Raha-automaattiyhdistys. Rahoitustapoina ovat valtion ja kuntien verotulot, pakolliset ja vapaaehtoiset vakuutusmaksut sekä työnantaja- ja asiakasmaksut. Näiden rahoittajien rahoitusmalleja käsitellään tässä luvussa julkisen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon, työterveyshuollon ja yksityisten sairaskuluvakuutusten osalta. (THL 2011, 14)

Teorian tasolla hyvinvointivaltion rahoittamista käsiteltiin jo hieman luvussa kaksi ”Hyvinvointivaltio vakuutusjärjestelmänä”. Maailmalla terveydenhuollon rahoitus toteutetaan usein joko vakuutusjärjestelmän tai verojärjestelmän kautta. Suomessa terveydenhuoltopalvelut on järjestetty osittain vakuutus pohjaisesti ja osittain veropohjaisesti.

Terveydenhuolto on hyvä toteuttaa yleisesti vakuutus pohjaisella järjestelmällä. Usein yksittäinen asiakas ei voi tietää, milloin tai kuinka paljon terveydenhuoltopalveluita hän tarvitsee (Barr 2010, 240). Kuten aiemmin on esitetty, niin ihmisiltä puuttuu usein tieto eri hoitojen tarpeesta, hinnasta ja toimittajista. Kysymykseksi nousee usein, kykenevätkö yksityiset markkinat toimittamaan sairausvakuutuksen tehokkaasti. Tähän epävarmuuden ongelmaan sosiaalivakuutus on oiva ratkaisu, joka tasaa kustannusten heilahtelut ja epävarmuuden suuren ihmisjoukon kesken. (Barr 2010, 240)

Vakuuttamiseen liittyy terveydenhuollossa myös systemiriskejä. Haitallinen valinta (adverse selection) ja moraalikato (moral hazard) vaikuttavat myös ihmisten terveyden vakuuttamisessa kuten muussakin vakuuttamisessa. Haitallinen valinta tarkoittaa sitä, että asiakas voi pyrkiä piilottamaan vakuuttajalta olevansa huono riski kannettavaksi. Huonolla riskillä tarkoitetaan asiakasta, joka on terveydenhuollossa riskialtis erilaisille sairauksille tai muuten tietoinen korkeasta riskiprofiilistaan, esimerkiksi vaarallisen ajotavan takia. Haitallinen valinta vaikuttaa vakuutusten hintaan. Amerikassa voidaan kysyä miksi yli 65-vuotiaiden on hankala saada vakuutusta. Vastauksena on, että vakuutuksen hinta nousisi niin korkeaksi, että

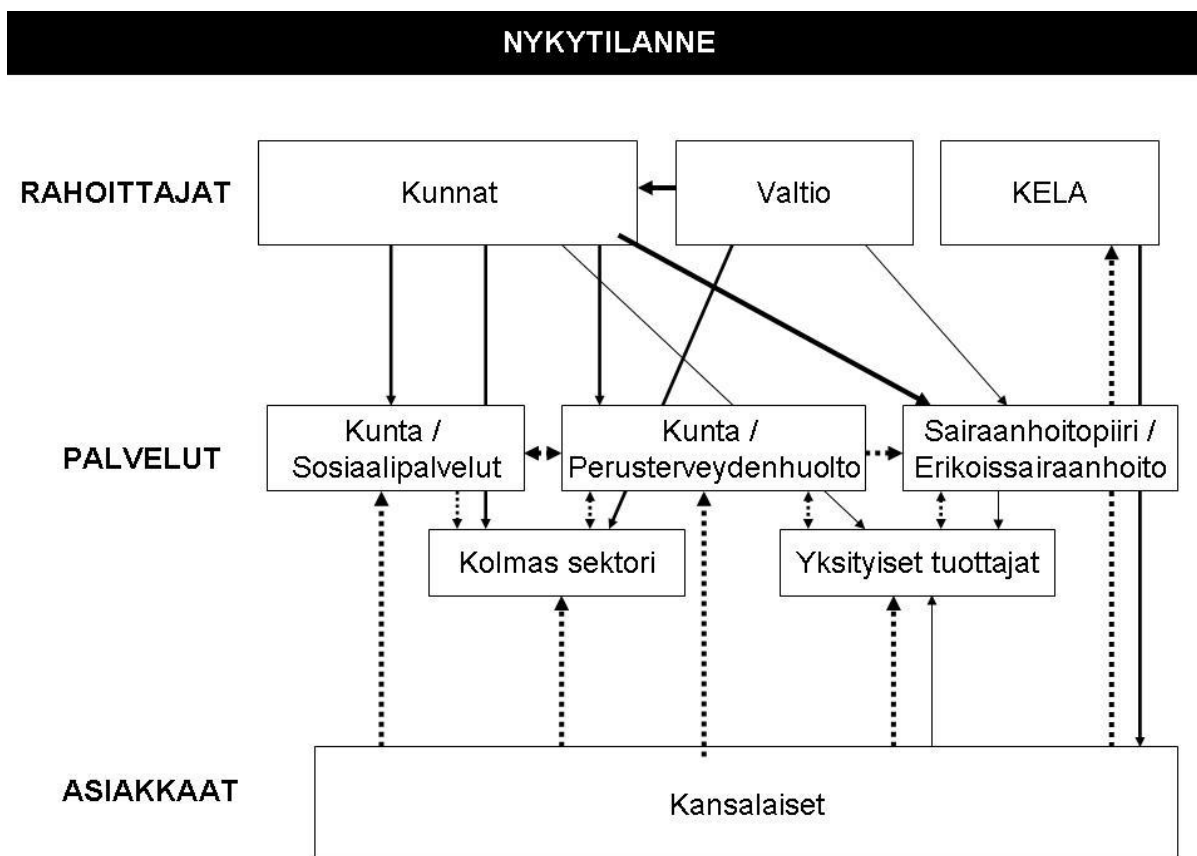
ainoastaan he, jotka ovat liki aivan varmoja siitä, että he tarvitsevat vakuutusta pian, ottavat sen (Barr 2010, 240).

Moraalikato liittyy siihen, että asiakas voi vaikuttaa aina oman terveydenhuollon todennäköisyyteen ja hintaan omilla toimillaan. Henkilö, joka on täysin vakuutettu voi ottaa vähemmän huomioon ennaltaehkäisevää toimintaa terveytensä puolesta (Barr 2010, 241). Moraalikato voi muodostua myös kolmannen tahon ongelmana. Jos asiakas on hyvin vakuutettu ja lääkäri tietää, että asiakas ei kohtaa itse mitään kuluja, voi lääkäri varmuuden vuoksi toteuttaa potilaalla eri tutkimuksia ja hoitoja. Potilas ei kyseenalaista lääkärin tulkintaa, sillä hänellä ei ole taloudellista intressiä, tietotaitoa sekä terveyden suhteen tahtoa olla varma varmuuden vuoksi on hyvin korkea. Tätä kutsutaan terveydenhuollon ylikulutukseksi. Anglosaksisessa ja liberaalissa yhteiskunta-ajattelussa terveyden vakuuttaminen jäisi yksilön vastuulle, kollektivistisessä ajattelumallissa vakuuttamisen hoitaisi valtio. Sosiaalivakuuttamisessa moraalikato laajenee kaikille ihmisille, myös niille jotka eivät vakuutusta hankkisi, mutta haitallinen valinta katoaa. Yksityisvakuuttamisessa moraalikadon ongelma vähenee, mutta haitallisen valinnan ongelmat kasvavat. (Barr 2010, 241)

Yksityisesti jokainen henkilö voi ostaa terveystalvueluita yksityisiltä yrityksiltä tai rahoittaa omia yksityisiä terveystalvueluitaan yksityisillä sairaskuluvakuutuksilla. Lisäksi kuka tahansa työnantaja voi ostaa työntekijälleen yksityisen sairaskuluvakuutuksen. Yksityisten yritysten palveluiden ostamista rahoitetaan osittain myös julkisin varoin lakisääteisen sairausvakuutuslain kautta. Tätä aihetta käsitellään tarkemmin luvussa 4.1.4.

#### **4.1.1. Julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito**

Suomessa kunnat, valtio ja asiakkaat osallistuvat julkisen terveydenhuollon rahoittamiseen. Julkinen perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito järjestetään kuitenkin liki täysin valtion ja kuntien julkisin varoin, eikä asiakasmaksuilla ole suurta roolia kokonaisrahoituksessa. Tässä alla havainnekuva julkisen terveydenhuollon monikanavaisesta rahoituksesta.



Kuvio 5. Terveyspalveluiden rahoitus (Sosiaali- ja terveystalouden ohjelma 2010)

Valtio maksaa kunnille valtionosuuksia sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämiseksi, valtion korvausta terveydenhuollon yksiköille opetuksen ja tutkimuksen kustannuksiin, kunnille sosiaali- ja terveydenhuollon hankkeisiin sekä Kansaneläkelaitokselle valtion osuuden sairaanhoitovakuutuksesta ja työtulovakuutuksesta. Kunnat taas rahoittavat järjestämänsä perusterveydenhuollon, vanhustenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon palvelut omilla verotuloillaan ja saamallaan valtionosuuksilla ja asiakasmaksuilla. Kansaneläkelaitos maksaa sairaanhoitovakuutuksesta potilaille lääkkeitä, yksityisistä terveyspalveluista, kuntoutuksesta, matkoista sekä lisäksi maksaa korvauksia Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiölle.

#### 4.1.2. Lakisääteinen sairausvakuutus

Lakisääteinen sairausvakuutus on laki, jolla muun muassa valtio rahoittaa työterveyshuoltoa ja sekä yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käyttämistä

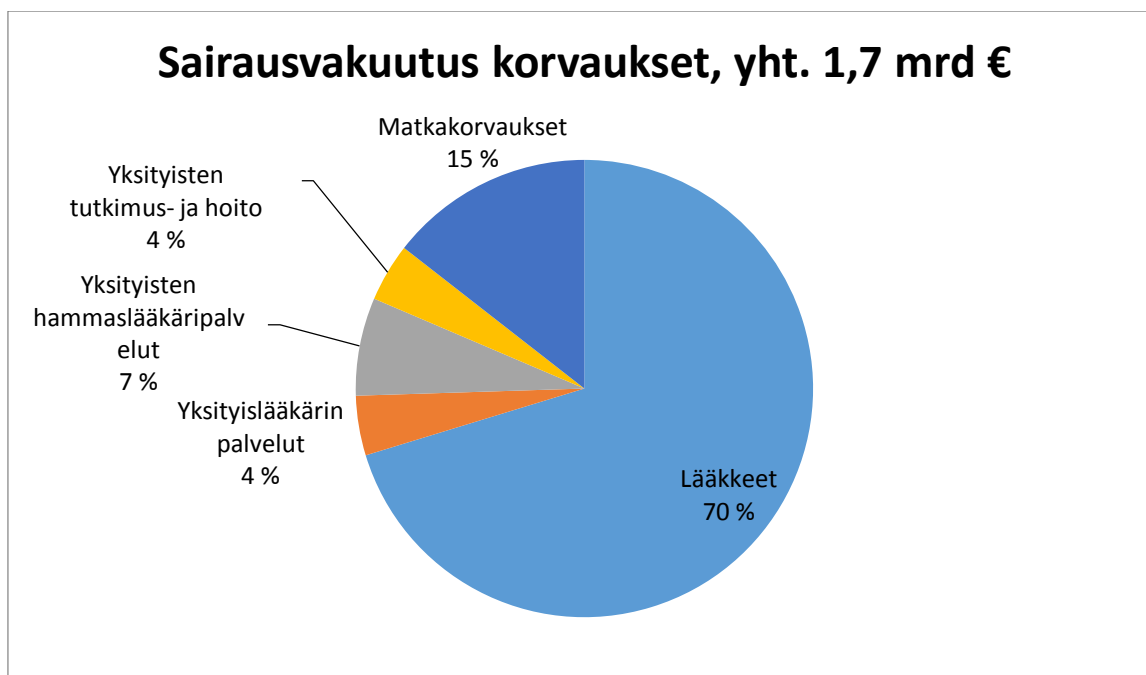
Sairausvakuutus on osa Suomen sosiaaliturvaa ja lain toteuttamisesta vastaa Kela. Sairausvakuutus perustuu sairausvakuutuslakiin ja on voimassa Suomessa vakinaisesti asuville

henkilöille. Lain tarkoituksena on taata: "Vakuutetun oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon aiheuttamista kustannuksista ja lyhytaikaisen työkyvyttömyyden sekä raskauden ja lapsen hoidon aiheuttamasta ansionmenetyksestä turvataan siten kuin tässä laissa säädetään" (Sairausvakuutuslaki § 1). Sairausvakuutus ei korvaa kustannuksia julkisesta terveydenhuollosta, joka jää kuntien maksettavaksi. Sairausvakuutus korvaa lain mukaan seuraavia kustannuksia ei-julkisesta terveydenhuollosta, eli työterveyshuollosta ja yksityisestä terveydenhuollosta: ansionmenetystä työkyvyttömyyden ajalta sairauspäivärahana tai osasairauspäivärahana, osan yksityislääkäripalkkioista ja yksityislääkäriin määräämistä tutkimus- ja hoitokuluista, osan yksityisen hammaslääkäriin ja suuhygienistin palkkioista sekä hammaslääkäriin määräämistä tutkimuskuluista, osan lääkekuluista, osan matkakuluista sairaanhoitoon ja osan työnantajien ja yrittäjien työterveyshuollon kustannuksista. (Kela.fi - sairausvakuutus)

Sairaanhoitona korvataan lääkärin suorittama tutkimus mahdollisen sairauden toteamiseksi tai hoidon määrittelemiseksi sekä lääkärin antama hoito ja tämän lain mukaisen etuuden hakemista varten tarvittavan lääkärintodistuksen tai -lausunnon hankkimisesta aiheutuneet kustannukset. Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa lääkärin tai erikoislääkäriin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä (Sairausvakuutuslaki 3 luku, § 1).

Tässä työssä keskityn ainoastaan yksityislääkäripalkkioiden ja yksityislääkäriin määräämien tutkimus- ja hoitokulujen sairausvakuutusosuuksiin. Kela korvaa oman korvaustaksansa mukaisesti. Vuoden 2013 alusta korvaustaksahinnasto ilmaisee suoraan, kuinka paljon asiakkaalle mistäkin hoidosta korvataan. Korvaustaksat ovat yleensä huomattavasti alhaisempia kuin yksityislääkäripalkkiot, joten asiakas maksaa todellisen palkkion ja korvaustaksan välisen erotuksen itse. Sairausvakuutuskorvauksen eli korvaustaksan saa näyttämällä Kela-korttia palvelun maksamisen yhteydessä. Sairausvakuutuksessa on tiettyjä rajoituksia, ja sairausvakuutus ei korvaa yksityislääkäripalveluiden. Niistä ei korvata yksityisten laitosten perimiä toimistokuluja, leikkaussalimaksuja, sairaaloiden hoitopäivämaksuja, poliklinikkamaksuja tai ennaltaehkäisevän hoidon maksuja, lukuun ottamatta hammashoitoa. (Kela.fi - sairausvakuutus)

Kelan sairausvakuutuksen korvaukset jakautuvat lääke-, matka-, tutkimus- ja hoito-, hammaslääkäripalvelu- ja yksityislääkäripalvelukorvausten välillä seuraavasti:



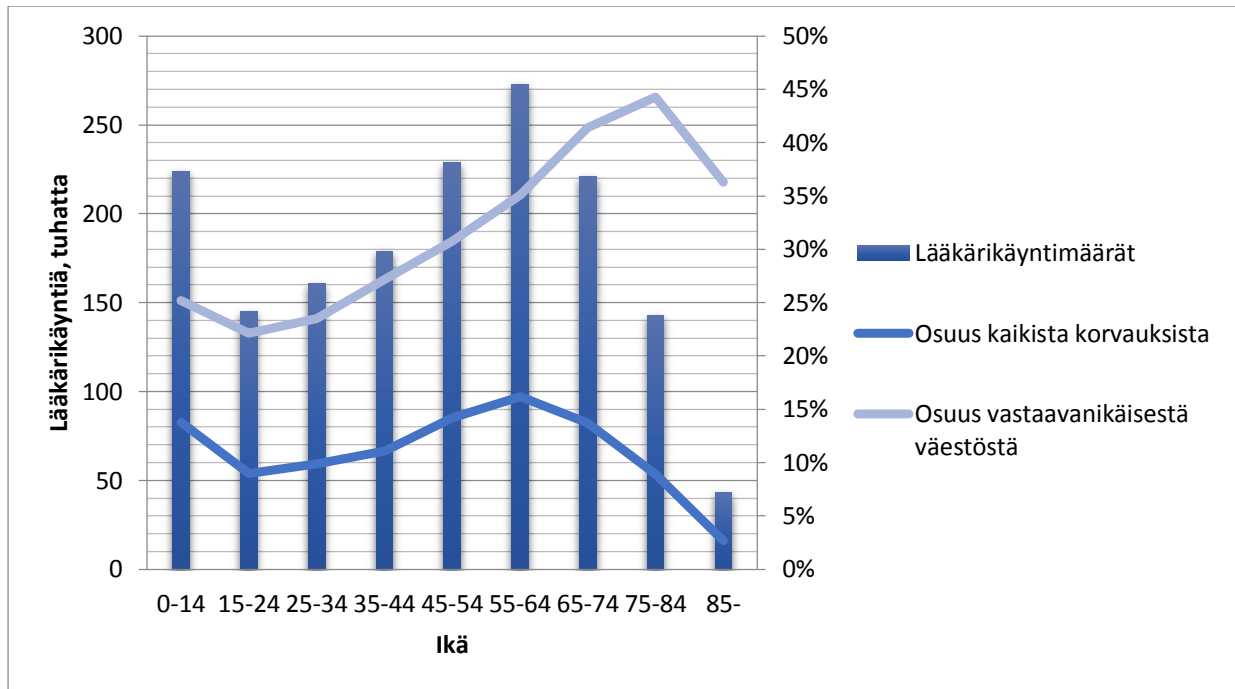
Kuvio 6. Sairausvakuutuskorvausten jakautumien eri osa-alueille. (Lääkäriliitto 2012; sairausvakuutustilasto 2010)

Sairausvakuutuksen kautta korvattiin 3,7 miljoonaa yksityislääkärikäyntiä, 2,7 miljoonaa hammaslääkärikäyntiä ja yksityisen tutkimuksen 1,6 miljoonaa kertaa. Lääkärikäyntejä korvattiin yhteensä 73 miljoonan euron edestä, hammaslääkäripalveluita 121 miljoonan edestä ja tutkimus- ja hoitokertoja 72 miljoonan edestä. Yhteensä palveluita korvattiin 266 miljoonan edestä, mutta omavastuita asiakkaat maksoivat näistä palveluista yhteensä 401 miljoonaa euroa. (Lääkäriliitto 2012)

Kelan sairausvakuutuskorvauksia maksettiin yksityisistä lääkäripalveluista vuonna 2011 seuraavasti. Seuraavassa kuviossa (kuvio 4) nähdään Kelan yksityislääkäripalveluiden korvaamat lääkärikäyntikerrat ikäryhmittäin, toisena ikäluokittaisen jakauman maksetuista korvauksista sekä kolmantena korvauksia saaneen ikäryhmän osuus koko omaan ikäryhmäänsä verrattuna. Kuvioista nähdään, että yhteensä korvattavia lääkärikertoja oli 1,6 miljoonaa ja yksityisiä lääkäripalkkioita korvattiin yhteensä 30 %:lle kaikista suomalaisista. Tilaston tulkinnassa on huomioitava, että ne sisältävät työterveyshuollon korvaukset. Työterveyshuolto ei kuulu julkiseen terveydenhuollon palveluihin, joten se kuuluu luontevasti silti mukaan tilastoon.

Kuvion 7 tulkinnassa mielenkiintoisena huomiona on se, että lapset saavat huomattavan osan kaikista sairaanhoidon sairausvakuutuskorvauksista. Tässä näkyy mahdollisesti nuorten

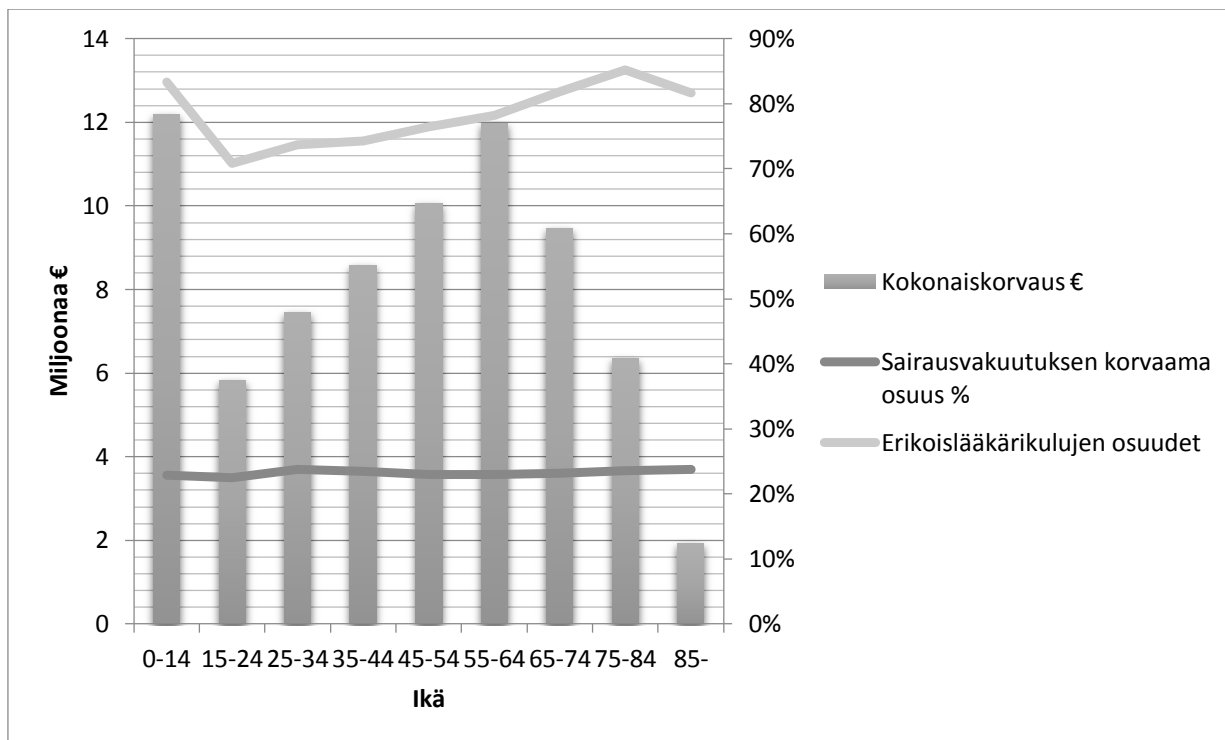
sairauskuluvaluuttamisen kasvava trendi 2000-luvulla. Alle 15-vuotiaiden ei julkisen terveydenhuollon lääkärikäyntejä suoritettiin liki 230 000 kappaletta. Ikäryhmän osuus kaikista maksetuista Kela-korvauksista on liki 15 prosenttia. Lisäksi mielenkiintoista on nähdä, kuinka korvaukset kohdistuvat nuorilla noin 25 % osuudelle ikäryhmästä. Vanhempien ikäluokkien suurempi osuus korvausten saajista selittyy työterveydenhuollolla sekä vanhenemisella.



Kuvio 7. Kela sairausvakuutus tilastot 2011

Seuraavassa kuviossa (kuvio 8) nähdään euromääräisesti kokonaiskorvausmäärät yksityisistä lääkäripalkkioista ikäryhmittäin sekä terveydenhuoltopalvelun todellisen sairausvakuutuskorvausosuuden lääkäripalvelun kokonaiskustannuksista ikäryhmittäin. Näemme myös, kuinka suuri osuus sairausvakuutuslain mukaan korvattavista kuluista on syntynyt erikoislääkäripalveluista. Kokonaisuutena Kela-korvauksia maksettiin 73,8 miljoonaa euroa, keskimääräinen korvausosuus lääkäripalvelusta oli 23,2 % ja erikoislääkärikuluja oli kuluista keskimäärin 78,5 %. (Kela sairausvakuutus tilastot 2011)





Kuvio 8. Kela sairausvakuutus tilastot 2011.

Kuvion tulkinnaissa mielenkiintoista on se, että suurin osa sairausvakuutuslain mukaan korvattavista kuluista on tosiaan syntynyt erikoislääkäripalveluista eikä perusterveydenhuollon palveluista. Lisäksi myös se, että alle 15-vuotiaiden ikäryhmä on lunastanut eniten korvauksia, yli 12 miljoonaa euroa, vaikka suurin lääkärikäyntimäärä on ollut 55-64 vuotiaiden ikäryhmällä. Kuitenkin erot ovat tilastollisesti pieniä.

Kokonaisuutena tulkinnaissa nuorimman ikäluokan osalta on mielenkiintoista, että nuorimmasta ikäluokasta ainoastaan 25 % saa Kela-korvauksia, mutta silti tämän ikäluokan kokonaiskorvaukset ja lääkärikäyntimäärät ovat huomattavan suuria. Tämä voi olla seurausta sairauskuluvakuuttamisen kasvaneesta trendistä 2000-luvulla etenkin lapsivakuutusten suhteen.

#### 4.1.3. Työterveyshuolto

Työterveyshuollon rahoittaa työnantaja, valtio sekä kunta. Työterveyspalveluita rahoitetaan siten, että työnantajat saavat sairausvakuutuslain mukaisen korvauksen lisäksi seuraavasti korvauksia:

Työterveyshuollossa tarjotaan kahteen eri kategoriaan kuuluvia palveluita. Ensimmäiseksi tarjotaan lakisääteisiä ennalta ehkäisyyn tähtääviä palveluja ja toisena sairaanhoidollisia

palveluita. Sairaanhoidon kuuluu lääkärin yleislääkärin palvelut sekä työterveyshoitajan palvelut. Järjestelmä on poikkeuksellisen laaja Euroopan mittakaavassa. Työterveyshoitajan palvelu on verrattavissa perusterveydenhuollon sairaanhoitajien työhön. Joskus työterveyshuollon asiakkailla on oikeus erityistutkimuksiin, erikoislääkäreiden konsultaatioon, fysioterapiaan sekä harvoissa tapauksissa myös hammashoiton. (THL 2011, 54)

Työterveyshuollon kokonaismenot olivat vuonna 2008 noin 632 miljoonaa euroa. Kustannukset jakautuivat siten, että työterveyspalveluiden käytön kustannuksista valtion sairausvakuutus maksoi 42 prosenttia ja työnantajat maksoivat 49 prosenttia. Työterveyshuollossa sairaanhoito painottui, kun kaksi kolmasosaa kustannuksista syntyi sairaanhoidosta ja vain yksi kolmasosa ennaltaehkäisevästä toiminnasta. Työtulovakuutuksesta, josta sairausvakuutuksen osuus työterveyshuollon menoista rahoitetaan, työnantajat rahoittivat 71 prosenttia ja palkansaajat ja yrittäjät 26 prosenttia. Samalla työterveyshuollon palvelut ovat henkilöasiakkaille maksuttomia. Työterveyshuollon piirissä oli vuonna 2008 yhteensä liki 1,9 miljoonaa työntekijää, joista 92 prosentilla sairaanhoito kuului palveluihin. (THL 2001, 55)

Työterveyspalvelut ovat jakautuneet siten, että 1,1 miljoonalla suomalaisella työterveys on järjestetty yksityisessä terveyspalveluita tarjoavassa yrityksessä ja noin 0,35 miljoonalla suomalaisella työterveys on järjestetty terveyskeskusten tai kunnallisten liikelaitosten työpaikkaterveydenhuollossa. (THL 2011, 55)

#### **4.1.4. Yksityinen sairaskuluvakuutus**

Yksityiset vakuutusyhtiöt maksavat vapaaehtoisista sairausvakuutuksista ja pakollisista tapaturma- ja liikennevakuutuksista korvauksia esimerkiksi asiakasmaksuista, haitoista tai vammoista. Lisäksi vakuutusyhtiöt maksavat korvauksia hoitolaitoksille annetuista hoidoista ja kuntoutuksesta.

Yksityinen tai vapaaehtoinen sairaskuluvakuutus on vakuutus, joka korvaa lääkärin määräämiä sairauden tai tapaturman aiheuttaneita välttämättömiä tutkimus- ja hoitokuluja. Sairaskuluvakuutuksia tarjoavat useat suomalaiset vahinkovakuutusyhtiöt. Vakuutusyhtiöt rajaavat korvauksien ulkopuolelle tiettyjä hoitomuotoja omien vastuidensa vähentämiseksi ja vakuutusmaksujen pitämiseksi alhaisella tasolla.

Op-pohjolan sairaskuluvakuutuksissa vakuutusehdot rajaavat korvauksien ulkopuolelle seuraavia hoitomuotoja:

Fysioterapiasta, fysikaalisesta hoidosta tai niihin rinnastettavista hoidoista aiheutuvia kuluja; raskaudentilasta, synnytyksestä, raskauden keskeyttämisestä taikka lapsettomuuden tutkimuksesta tai hoidosta tai näihin liittyvistä komplikaatioista aiheutuvia kuluja; lääkeaineen väärinkäytöstä tai alkoholin tai huumaavan aineen käytöstä aiheutuvia kuluja, kuntoutuksesta eikä psyko-, neuropsyko-, toiminta- tai puheterapiasta taikka muusta näihin rinnastettavasta hoidosta aiheutuvia kuluja, silmien taittovirheleikkauksesta aiheutuvia kuluja, hivenaine, kivennäisaine-, ravinto-, rohdos-, vitamiinivalmisteen tai perusvoiteen taikka antroposofisen tai homeopaattisen tuotteen hankkimisesta aiheutuvia kuluja; ulkomuotoon tai ulkonäköön liittyvän hoidon kustannuksia, joiksi katsotaan myös hoidot, jotka liittyvät rintojen pienennykseen tai suurennykseen, silmäluomien kohotukseen tai rasvaimuun, liikalihavuutta eikä ensisijaisesti elämänlaatua parantavan hoidon kustannuksia, ellei kyse ole lääkevalmisteista, jotka on korvattu sairaanhoidon kustannuksina sairauskuluvakuutuslain perusteella; huumausaineen, alkoholin, lääkeaineen, nikotiinin tai muun aineen käytön aiheuttaman riippuvuuden tai muun riippuvuuden hoidosta aiheutuvia kuluja; hampaisiin, hampaiden tukikudoksiin, purentaelimiin tai leukaniveliin kohdistetuista tutkimus- tai hoitotoimenpiteistä aiheutuvia kuluja; lääkinnällisiä välineitä tai muita apuvälineitä taikka tekojäseniä; kuorsauksen hoitoa, ellei kyseessä ole unirekisteröinnillä varmistettu uniapnea tai kustannuksia ortopedisten sidosten ja tukien hankkimisesta. (lähde Op-pohjola, vakuutusehdot)

Kuten näemme, vakuutusehdot rajaavat ulkopuolelle monta eri hoitomuotoa. Eräänä pääsääntönä voidaan pitää, että lähtökohtaisesti elämänlaatua parantavia hoitomuotoja ei korvata. Myös erilaiset vaihtoehtoiset hoitomuodot rajataan ulkopuolelle ehtokohdan yksi mukaan.

Op-pohjolan vapaaehtoisissa sairauskuluvakuutuksissa (hoitokuluvakuutus), vakuutuksen vakuutusmäärä on yleensä 50.000 koko vakuutuksen voimassaoloaikana. Op-pohjolan hoitokuluvakuutuksissa korvauksien omavastuu on aina 10 % tai vähintään 100 euroa. Vakuutusehdoista näemme, että vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus ei korvaa kaikkia sairauksia ja vaikeisiin sairauksiin vakuutuksen vakuutusmäärä on huomattavan pieni. Esimerkiksi yksityisellä klinikalla hoidettuna eturauhassyövän ulkoinen sädehoito kustantaa 20.100 euroa (Docrates Oy, hinnasto 2013)

Yksityisiä sairauskuluvakuutuksia on Suomessa jo yli 600 000 tuhatta (THL-tilastot 2006) ja vuonna 2011 jo 30 % koko Suomen väestöstä kuului yksityisten sairauskuluvakuutuksen piiriin. Määrä on noussut 10 % viimeisen 10 vuoden aikana (Lehti, 2011).

## **4.2.Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli**

Tärkein johtoajatus Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallissa on, että henkilökohtaisen budjetin saaja voi tehdä positiivisia valintoja ostaakseen hänelle räätälöityjä terveyspalveluita annetun budjetin rajoissa. Varat, jotka olisi muuten käyttänyt terveyspalveluiden tuottaja tai vakuutusyhtiö, tai molemmat, vähemmän räätälöidyn, usein perinteikkäämmän ja kalliimman hoidon tuottamiseen.

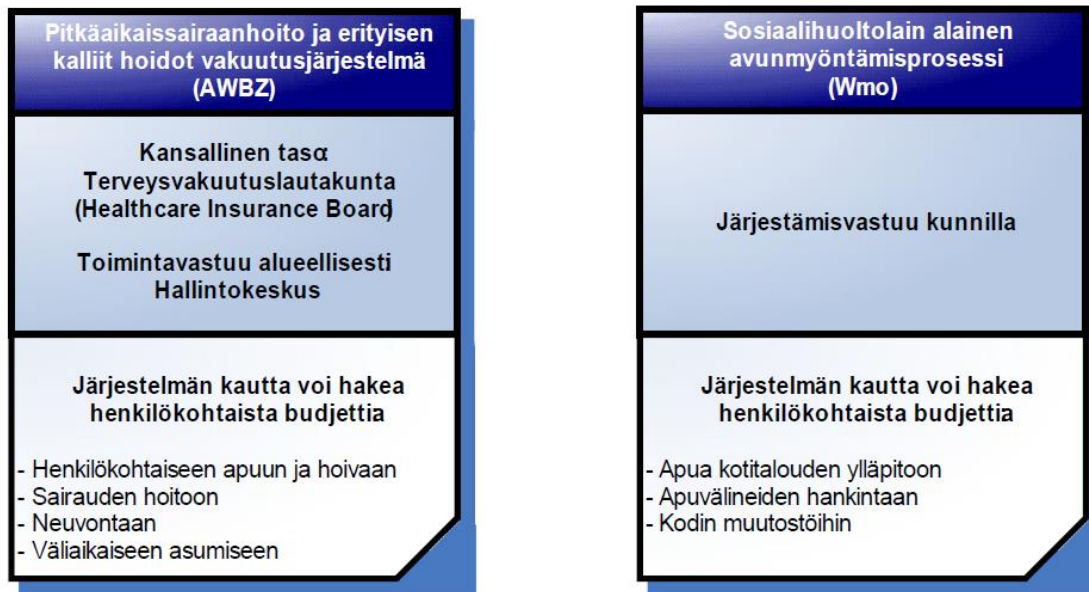
Hollannissa on siis mahdollisuus hakea henkilökohtaisen budjetin järjestelmään sosiaali- ja terveyspalveluissa. Henkilökohtaisella budjetilla (Hollanniksi: persoonsgebonden budget, PGB) tarkoitetaan tarpeenarvioinnin avulla määrättyä rahasummaa, jota henkilö voi käyttää terveyspalveluiden tai apuvälineiden hankintaan itsenäisesti. Henkilökohtaisen budjetin avulla kansalainen voi vapaasti valita terveyteensä liittyviä sosiaali- ja terveyspalveluita. Kansalaiselle jää näin myös mahdollisuus vaikuttaa vahvemmin palveluidensa sisältöön. Järjestelmä on varsin laaja, se mahdollistaa jopa sosiaalipalveluiden, kuten kotihoidon ostamisen omalta perheen jäseneltä tai ystävältä. (Health system review 2010, 38)

### **4.2.1. Hollannin terveyslainsäädäntö**

Hollannin terveysvakuuttaminen jakautuu kahteen osaan. Ensimmäinen osa on yleinen ja pakollinen terveysvakuutus *Zvw* (*Zorgverzekeringswet*). Tämä järjestelmä hoitaa tavallisen perusterveydenhuollon akuuttipalveluita kuten päivystyskäynnit ja sairaalahoidon. Hollannin valtio maksaa osan kansalaisten terveyskuluista, jos ihmisten tulot ovat pienet. Ihmiset voivat ostaa myös yksityisiä sairauskuluvakuutuksia, jotka korvaavat fysioterapiaa tai hammashoidon kuluja. (Sitra 2010, 8)

Hollantilaiset maksavat myös kansallista vakuutusta tuloverojensa kautta, jonka nimi on *AWBZ* (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*). Tämä järjestelmä kustantaa pitkän aikavälin terveydenhuollon, joka jää terveysvakuutuksen ulkopuolelle. Tämä järjestelmä on tarkoitettu muun muassa vammautuneille tai vanhuksille hoidon saamiseksi. *AWBZ* -järjestelmä jakautuu pitkäaikaishoidon kansalliseen tasoon ja aluetasoon. Kansallisella tasolla ylimpänä päättävänä elimenä toimii terveysvakuutuslautakunta, joka jakaa toimivaltaansa alueellisiin hallintokeskuksiin. Tämän lautakunnan kautta henkilö voi hakea henkilökohtaista budjettia maksettuna suoraan tililleen sairauden hoitoon, väliaikaiseen asumiseen, neuvontaan tai henkilökohtaiseen apuun. Henkilö voi siis päättää, hakeutuuko se henkilökohtaisen budjetin järjestelmän piiriin vai hankkiiko palvelut perinteisen julkisen kanavan kautta. Terveysvakuutuslautakunnalta haetaan budjetti Hollannin terveysvakuutuslain alaisen

pitkäaikaissairaanhoidon sekä erityisen kalliit hoitokustannukset kattavan terveystakuujärjestelmän mukaan. (Health system review 2010, 12)



Kuvio 9. Vakuutusjärjestelmien vertailua AWBZ ja Wmo (Sitra 2010, 7)

Kunnat järjestävät Hollannissa sosiaalihuollon. Henkilökohtaisen budjetin järjestelmässä kuntien vastuulle jää sosiaalihuollon avunmyöntämisprosessi, jonka kautta henkilö voi hakea henkilökohtaista budjettia apuvälineiden hankintaan, kodin muutostöihin ja apua kotitalouden ylläpitoon. Tämä kuuluu sosiaalihuoltolain alaisuuteen. (Sitra 2010, 8)

#### 4.2.2. Käyttötarkoitus ja käyttäjät

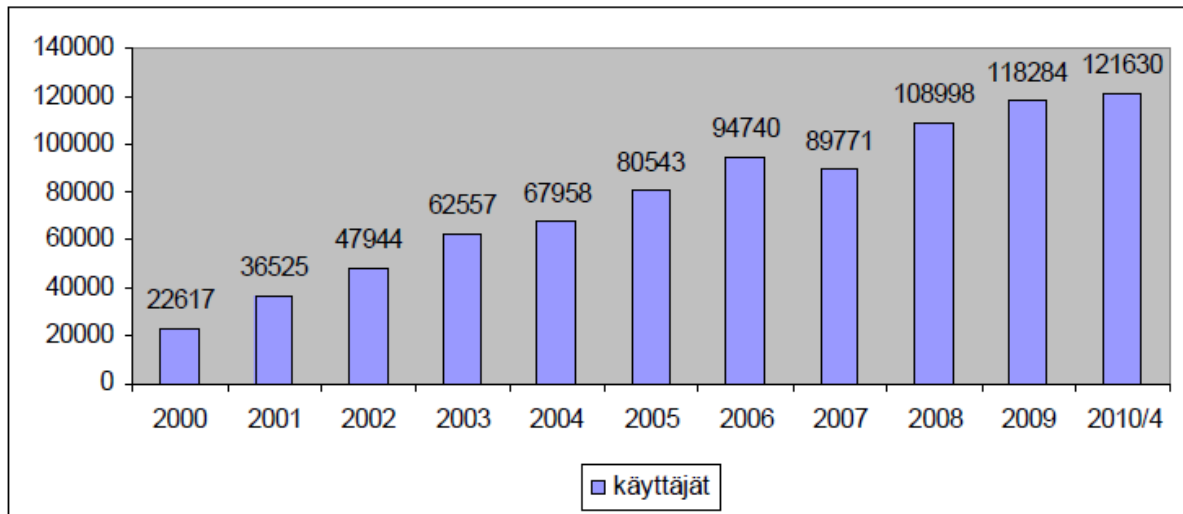
Tarkemmin sanottuna henkilökohtainen budjetin apu voidaan jakaa neljään kategoriaan, joihin se on tarkoitettu

- Henkilökohtainen hoito ja apu päivittäiseen elämiseen.
- Sairaanhoidtajapalvelu, sisältäen apu lääkkeiden ottamiseen.
- Tukipalvelut, kuten päivähoito tai koulutukset, joissa opetetaan elämään vammaan kanssa.
- Tilapäishoito kodin ulkopuolella

(The health foundation 2011, 15)

Kansalaisen vaikutusmahdollisuudet oman elämän hallintaan ovat olleet keskeinen periaate henkilökohtaisen budjetin järjestelmää suunniteltaessa. Järjestelmä on asumisperusteinen ja

kansalaisten pitää anoa erikseen järjestelmään liittymislupaa. Vuoteen 2010 mennessä järjestelmään oli liittynyt 120 000 Hollannin kansalaista. Nykyään järjestelmään hakeutuu kuukausittain 2000 uutta kansalaista ja järjestelmästä poistuu noin 1000, jättäen nettokasvuksi 1000 henkilöä per kuukausi. (Sitra 2010, 6)

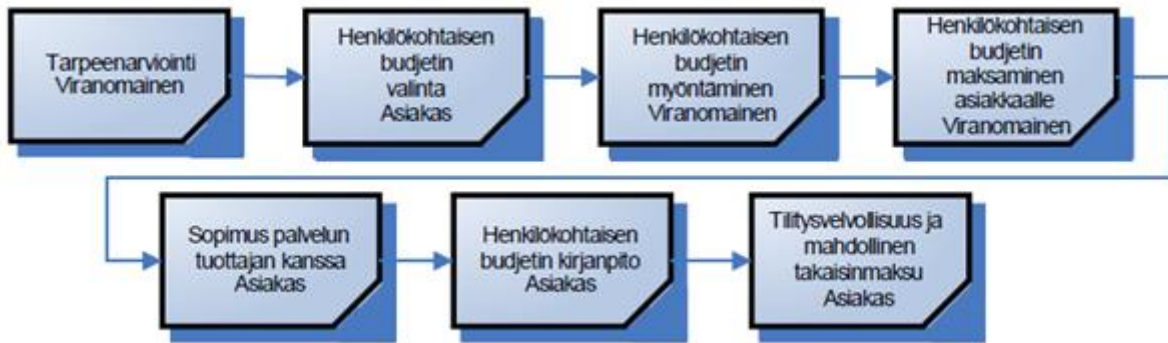


Kuvio 10. Hollannin henkilökohtaisen budjetin käyttäjämäärä (Sitra 2010, 9).

Järjestelmä otettiin ensimmäisen kerran käyttöön vuonna 1996 terveystulujen lain puitteissa [Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten or AWBZ]. Laki määritteli erikseen erityisesti pitkän aikavälin terveydenhuoltoa. Järjestelmä otettiin käyttöön kohoavien terveydenhuollon kysynnän ja kustannusten takia, joka johti laskevaan laatuun ja pitkiin jonoihin terveydenhuollossa. Järjestelmässä annettiin suoria rahasuorituksia järjestelmän piiriin hakeutuneille ihmisille, joka vapautti terveystulujen tarjonnan ja tarjosi räätälöidyn ja halvemmän vaihtoehdon olemassa olevalle palveluntarjonnalle (care-in-kind). Hollannissa noin 600 000 ihmistä tarvitsee henkistä tai fyysistä terveydenhuoltoa. Noin puolet tästä joukosta hoidetaan kotona ja noin 30% hoidetaan henkilökohtaisen budjetin kautta. (The health foundation 2011, 16-17)

#### 4.2.3. Budjetin hakeminen

Kansalaisen näkökulmasta liittyminen henkilökohtaisen budjetin järjestelmään tapahtuu seuraavalla tavalla. Ensinnäkin viranomainen tekee tarpeenarvioinnin kansalaisen hoidon tarpeesta. Tämä tarkoittaa muun muassa vanhuksen hoidon tarpeen tai vamman tunnistamista. Tämän jälkeen kansalainen päättää hakeutuuko se henkilökohtaisen budjetin järjestelmään vai toteutetaanko hoito tavallista reittiä vai haluaako kansalainen saada näiden välimuodon.



Kuvio 11. Henkilökohtaisen budjetin asiakasprosessi (Sitra 2010, 9).

Päättyessään hakeutua henkilökohtaisen budjetin järjestelmään henkilö tekee hakemuksen terveysvakuutuslautakunnan paikalliselle toimistolle. Viranomainen käsittelee hakemuksen ja pohtii painotettujen tariffien ja ohjeiden kautta, kuinka paljon hoitoa henkilö tarvitsee. Tästä prosessin osasta myös ohjelman nimi syntyy. Lisäksi budjetointi tehdään aina seuraavan 12 kuukauden ajaksi, vaikka hoitotarve olisi pidempi. Lopulta viranomainen myöntää tai ei myönnä budjettia. Yksi järjestelmän parhaita puolia on, että rahoitusta myönnetään budjetteihin normaalisti noin 75 prosenttia laskennallisesta hoitomenosta. Tämä säästää terveydenhuollon kustannuksissa. Kun päätös budjetin antamisesta on tehty, maksetaan henkilöille raha seuraavan taulukon mukaisesti. (Sitra 2010, 11)

Määrä	Maksetaan asiakkaalle
<EUR 2.500,00	Kerran vuodessa
EUR 2.500,00 – 5.000,00	Puolen vuoden välein
EUR 5.000,00 – 25.000,00	Kolmen kuukauden välein
>EUR 25.000,00	Kuukausittain

Kuvio 12. Henkilökohtaisen budjetin maksukerrat asiakkaalle vuodessa. (Sitra 2010, 11)

Budjetin saanut henkilö valitsee hoidonantajat ja tekee sopimuksia eri palveluntuottajien kanssa omista hoidoistaan. Samalla kansalaisen on pidettävä kirjanpitoa rahojen käytöstä. Kirjanpito on raportoitava alle 5000 euron budjetilla kerran vuodessa ja yli 5000 euron budjetilla kahdesti vuodessa. Pienistä, alle 1250 euron budjeteista ei tarvitse pitää kirjanpitoa lainkaan. Myöhemmin viranomainen voi vaatia kansalaista tekemään selvityksen rahojen

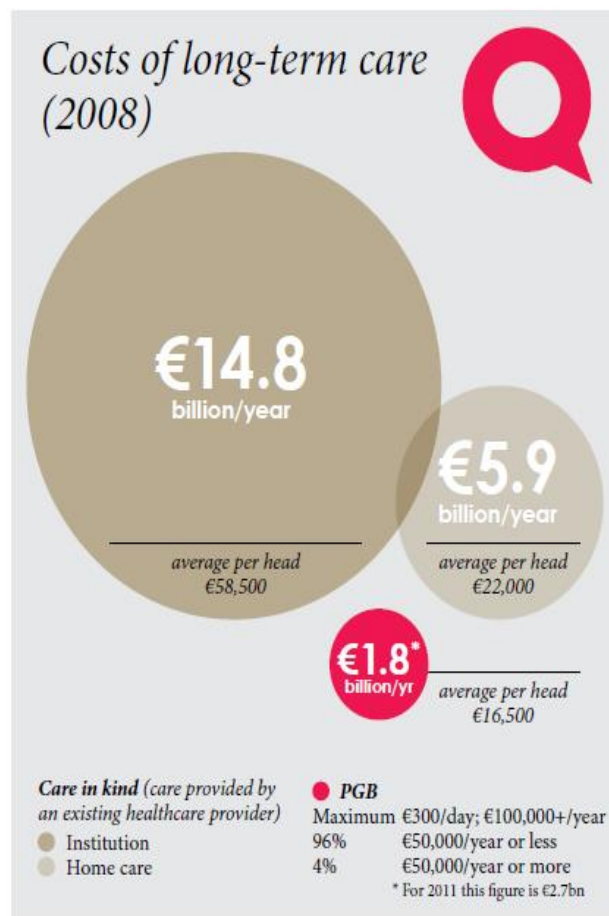
käytöstä. Viimeisenä henkilön on maksettava mahdollinen jäljelle jäänyt ylijäämä takaisin budjetin antajalle. Hollannissa noin 10–15 prosenttia kaikista budjetin saajista maksavat takaisin osan vuosittaisesta budjetistaan. (The health foundation 2011, 16-17)

#### **4.2.4. Rahoitus ja hyödyt**

Henkilökohtaisen budjetin rahoitus katetaan yksikanavaisesti verovaroin, mutta se sisältää tulosidonnaisen omavastuuosuuden. Rahoitusta hallinnoi terveystakuutuslautakunta, joka valvoo varojen käyttöä, palveluiden laatua, saatavuutta ja hintatasoa. Hollannissa kaikki ovat velvoitettuja ottamaan henkilökohtaisen terveystakuutuksen ja vain vakuutettu henkilö voi hakea henkilökohtaista budjettia. (Sitra 2010, 12)

Järjestelmätasolla henkilökohtainen budjetti tuntuu tuovan säästöjä. Vertailtaessa Hollannin laitoshoidon, avohoidon ja henkilökohtaisen budjetin järjestelmiä tulee henkilökohtaisen budjetin järjestelmä edullisimmaksi. Alla olevassa kuvassa näemme pitkäaikaisen hoidon kustannuseroja laitoshoidon, avohoidon ja henkilökohtaisen budjetin välillä. (The health foundation 2011, 29)



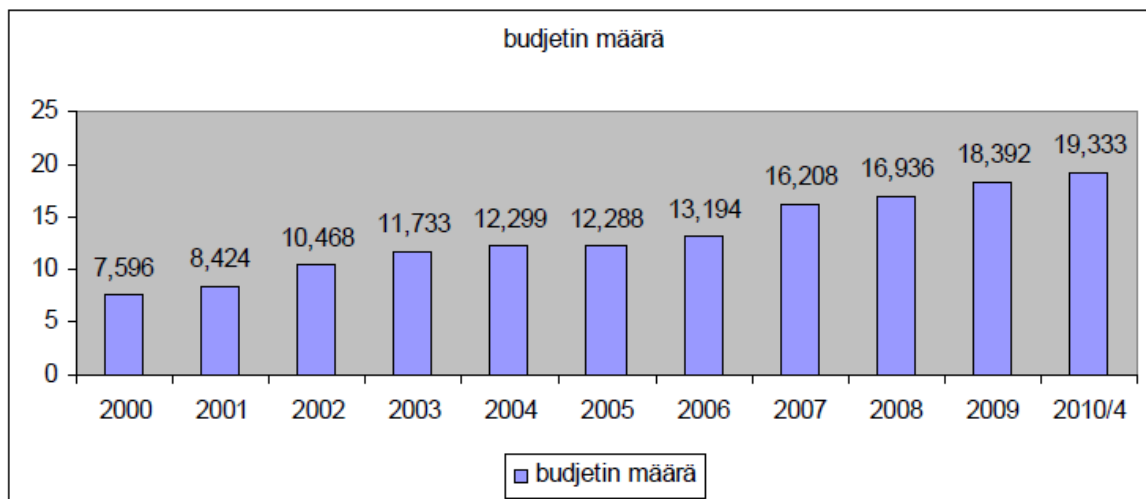


Source: Ministry of Health, Welfare and Sport 2009<sup>5</sup>

Kuvio 13. Vuosikustannukset laitoshoidon, kotihoidon ja henkilökohtaisen tilin välillä per henkilö (The health foundation, 2011)

Kuviosta on nähtävissä, että laitoshoidon yksikkökustannukset per henkilö ovat 58 500 euroa, kotihoidon yksikkökustannukset 22 000 euroa ja henkilökohtaisen budjetin yksikkökustannukset 16 500 euroa per henkilö.

Järjestelmän suosion takia budjetin kokonaismäärää on pitänyt nostaa vuosittain. Parlamentti on tahtonut nostaa budjettia useina vuosina. Suosion vuoksi jotkut tahot ovat sitä mieltä, että sosiaali- ja terveydenhuollon kulut kasvavat Hollannissa sitä mukaa kun ihmiset eivät enää valitse perinteistä hoito- ja hoivamallia.



Kuvio 14. Henkilökohtainen budjetti keskiarvo per henkilö. (Sitra 2010, 9)

Talousvaikutuksiltaan henkilökohtaisen budjetin yksi parhaista ominaisuuksista on, että rahoitusta myönnetään budjetteihin normaalisti noin 75 prosenttia laskennallisesta care-in-kind hoidon kustannuksista. Tämä säästää järjestelmätasolla terveydenhuollon rahoitusta. Tämän lisäksi henkilökohtaisen budjetin avulla mahdollistetaan sellaisten henkilöiden osallistuminen työelämään esimerkiksi matalan kynnyksen terveystalveluiden antajana lähellä kotiaan, jotka eivät muuten osallistuisi aktiivisesti työmarkkinoille.

<b>Yksilöllisten ja luovien hoitotapojen ja –menetelmien syntyminen</b>	Järjestelmä on auttanut kehittämään uusia hoitomuotoja asiakkaiden yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tällaisia ovat esimerkiksi asumispalveluprojektit, joiden elinympäristö ja hoitojärjestelyt vastaavat täysin asiakkaan toiveita.
<b>Palvelun laadun ja sisällön kehittyminen</b>	Järjestelmä on vaikuttanut terveydenhuoltoyksiköihin mm. siten, että niiden on asiakkaiden kysyntään vastatakseen täytynyt uudistaa omaa palvelutuotantoaan yhä räätälöidyimpien palveluiden suuntaan.
<b>Henkilökohtaisen budjetin hinnat ovat alhaisempia kuin terveydenhuoltoyksiköissä tuotetun hoidon</b>	Tämän on katsottu johtuvan siitä, että palvelun tuottajilla ei ole samanlainen kustannusrakenne kuin hoitoyksiköillä on. Monet kunnat laskevatkin henkilökohtaisen budjetin arvoksi 75 prosenttia hoitoyksiköiden hinnoista.
<b>Työmarkkinoiden kehittyminen</b>	Huomattava osa henkilökohtaisen budjetin käyttäjistä hankkii palvelut läheltä itseään. Palveluiden tuottajat taas ovat usein henkilöitä, jotka eivät ole muutoin aktiivisesti työelämässä. Henkilökohtainen budjetti mahdollistaa heille kotia lähellä tapahtuvan työskentelyn ja aktiivisen roolin yhteisössään.  Henkilökohtaisen budjetin myötä myös terveydenhoitoyksiköissä työskentelevät henkilöt ovat voineet siirtyä ehkä raskaaksi kokemastaan organisaatiosta työskentelemään lähemmäs asiakkaita. Osa onkin jättänyt työnsä hoitoyksikössä ja siirtynyt tarjoamaan palveluita henkilökohtaisen budjetin kautta asiakkailleen.
<b>Hallinto- ja välittäjätoimistojen syntyminen</b>	Järjestelmän myötä on perustettu toimistoja, jotka avustavat budjetin hakemisessa, palveluiden hankinnassa sekä henkilökohtaisen budjetin hallinnassa.
<b>Riippumaton tarpeenarviointi</b>	Mahdollistaa terveydenhuollon palvelujen tarjoamisen henkilökohtaisen budjetin kautta arvioimalla asiakkaan hoidon tarpeen budjetin määrittelyä varten. Tarpeenarvioinnin avulla hoidon kustannuksia on mahdollista seurata ja niiden tasoon voidaan vaikuttaa.

Kuvio 15. Henkilökohtaisen budjetin talouden kokonaisyötyjä (Sitra 2010, 17)

<b>Valinnan vapaus ja oman elämän hallinta</b>	Asiakkaat saavat valita palveluntuottajan, palvelun ajankohdan sekä vaikuttaa hoidon sisältöön. Tämä lisää oman elämän hallintaa ja mahdollistaa aktiiviseen roolin itseä koskevissa asioissa.
<b>Asiakkaan aseman parantuminen</b>	Käyttäessään oikeuttaan hankkia palvelut henkilökohtaisella budjetilla, kokevat asiakkaat tulevaisuuden kohdeksi paremmin kuin valitessaan heille nimetyt terveydenhoitoyksikön palvelut.
<b>Perheenjäsenet voivat hoitaa toisiaan</b>	Järjestelmä tarjoaa perheille mahdollisuuden hoitaa lapsiaan tai muita perheen jäseniä. Vanhemmat tuntevat lastensa hoitotarpeen, jolloin hoito voidaan suunnitella alusta asti täysin lapsen tarpeen mukaan.

Kuvio 16. Henkilökohtaisen budjetin hyötyjä asiakkaalle (Sitra 2010, 18)

Järjestelmän haittapuolena voidaan nähdä kuitenkin seuraavia talouden kokonaisuuksia: Henkilökohtaisen budjetin kautta syntyy lisää byrokratiaa, kun perinteisen hoitojärjestelmän rinnalle rakennetaan toinen hakemuksiin perustuva järjestelmä. Lisäksi vapaaehtoisauttaminen muuttuu monilta osin vastikkeelliseksi toiminnaksi. Aiemmin perheenjäsenet auttoivat toisiaan vastikkeetta, mutta järjestelmän kautta näkymättömästä työstä tulee näkyvää, vastikkeellista ja hoitokuluja nostavaa toimintaa. Myös asiakkaan tulosisäntänsä mukainen maksuosuus budjetista; maksuosuuden määrän laskeminen tulojen perusteella tekee budjetin hallinnan ja maksamisen työlääksi. (Sitra 2010, 18–21)

Henkilökohtaisen budjetin myöntäjien kannalta kehityskohteita löytyy seuraavasti: Hallinnollisten kulujen ja toimeenpanokulujen kasvaminen, joka johtuu yksilöllisistä budjettihakemuksista, myöntämiskäytännöistä ja tarkastustehtävistä. Myös alueelliset erot toimeenpanomalleissa eri myöntäjätahojen välillä; paikalliset eroavaisuudet mm. palveluiden kattavuudessa ja käytännön toteuttamisessa aiheuttavat asiakkaille epätietoisuutta. Esimerkiksi asiakkaan muuttaessa toiselle paikkakunnalle saattavat budjetteja hallinnoivat ja myöntävät keskuksot painottaa eri asioita asiakkaan vastuiden osalta. Keskuksilla voi olla erilaisia toimintamalleja esimerkiksi väärin myönnetyn budjetin tapauksessa. Lisäksi henkilökohtaisen budjetin väärinkäyttö; kaikki asiakkaat ovat oikeutettuja periaatteessa hakemaan henkilökohtaista budjettia. Hakijoita ei tarkasteta etukäteen, mikä johtaa toisinaan budjetin väärinkäytöstapauksiin. Huomioitavana on myös järjestelmän myötä syntyneiden erilaisten hallinto- ja välittäjäorganisaatioiden toiminnassa on havaittu jonkin verran henkilökohtaisten budjettien väärinkäyttöä. Budjetti on voitu esimerkiksi maksaa tällaisen toimiston tilille, josta asiakas ei ole enää niitä käyttöönsä saanut. Toimistot ovat myös saattaneet värvätä kadulta asiakkaita hakemaan budjettia itselleen ja sitten käyttäneet varat itse. Asiaan on puututtu mm. säädöksellä, joka velvoittaa asiakkaan itse allekirjoittamaan sekä hakemuksen että budjetin vastaanottamisen. Budjetti maksetaan myös aina suoraan asiakkaan tilille. Haastateltavat arvioivat, että noin 10 – 15 prosenttia asiakkaista on hyödyntänyt tällaisten toimistojen apua. Asiassa on otettava huomioon myös se, että terveysvakuutusyhtiöille ei ole annettu selkeitä ohjeistuksia siitä, mitä terveydenhoidon tuottajat voivat veloittaa henkilökohtaisella budjetilla maksettavasta hoidosta. Hintojen pitäisi olla lähellä markkinahintoja. (Sitra 2010, 18–21)

Asiakkaiden näkökulmasta kehityskohteita on huomioitu muun muassa siten, että henkilökohtaisen budjetin hallinnolliset kustannukset ovat korkeammat kuin terveydenhoitoyksiköstä vastaanotetun hoidon. Myös hakuprosessi on monimutkaisempi. Asiakkaalla on vastuu maksaa hoidosta tuottajalle ja hänen tulee myös pitää kirjaa käytetystä budjetista. Tämän lisäksi asiakkaasta tulee palveluntuottajan työnantaja, mikäli hän hankkii palveluita monena päivänä viikossa, hänen on huolehdittava myös erilaisista työnantajavelvollisuuksista, kuten työnantajamaksuista. Myös sekä kunnat että vakuutusyhtiöt ovat säättäneet terveydenhoitoyksiköiden tuottamien palveluiden hoidon laadulle vaatimuksia. Tällaisia vaatimuksia ei kuitenkaan ole säädetty henkilökohtaisella budjetilla hankituille palveluille. Myöskin asiakkaan hoidontarpeen muutokset on helpompi huomata ja ne on helpompi järjestää hänen tarpeidensa mukaisesti silloin, jos hoito on hoitoyksiköstä suoraan hankittua. Tietenkin myös terveydenhoitoyksiköt tarjoavat asiakkaalle parempaa hoidon

jatkuvuutta esimerkiksi palveluntuottajan loman tai sairauden aikana. Kehityskohteeksi on myös nähty, että asiakkaiden hallinnollista työtä voisi helpottaa erilaisten tietoteknisten sovellusten käyttöönotto, joita voitaisiin käyttää niin budjetin hakuprosessissa kuin raportoinnissakin. (Sitra 2010, 18–21)

Muun muassa suomalainen tutkimusryhmä ehdottaa samoihin perusteisiin vedoten, että Suomessa tulisi ottaa käyttöön kokeilulainsäädäntö Henkilökohtaisen budjetin kokeiluasteelle saattamiseksi. Patronen (2014, 46) näkee raportissa, että Suomessa vaihtoehtoja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotolle voitaisiin hakea palveluseleleistä tai erityisistä maksukorteista.

## **5. TERVEYDENHUOLLON RAHOITUKSEN HAASTEITA JA RATKAISUJA SUOMESSA**

Tässä luvussa käydään läpi teemahaastattelujen kautta suomalaisen terveydenhuollon rahoituksen haasteita. Aluksi esitellään tutkimusmenetelmät, haastateltavat sekä esitellään poliittisen nelikentän hypoteesi haastateltavista. Haastatteluissa voidaan yksityisen ja julkisen rahoitusta, julkisen rahoituksen monikanavaisuuden haasteita sekä pohditaan Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallia osana terveydenhuollon rahoituksen ratkaisua.

### **5.1. Tutkimusmenetelmät**

Aihealue on poliittinen ja siten fenomenologinen, joten yhtenä tutkimusmenetelmänä käytetään myös poliittisen näkökulman tutkimusmenetelmää. Näkökulma perustuu Hans Slompin (2011) poliittisen spektrin malliin. Mallissa jaetaan ihmiset kahdella akselilla poliittiseen ajatussuuntaan. Akselit ovat talouden kollektivistinen vai liberaali sekä arvomaailman konservatiivi vai liberaali –akselit. Haastattelukysymyksiin saadut vastaukset pohjautuvat vahvasti arvoihin, analysoidaan tämän luvun lopussa haastateltavien poliittista suuntautumista, ennen kuin siirrymme itse haastatteluihin.

Haastattelujen tutkimusmenetelmänä on käytetty kirjallisuus- ja artikkeliaineistoa sekä teemahaastattelua. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelumenetelmä, jossa kysymysalueet ovat samat kaikille haastateltaville. Teemahaastattelussa asiasisältöjen laajuus ja järjestys vaihtelevat haastateltavan mukaan (Hirsjärvi & Hurme 2000, 41). Teemahaastattelu korostaa vuorovaikutusta haastattelijan sekä haastateltavan välillä. Haastattelijan on osattava tulkita ja ottaa huomioon haastattelun tilannesidonnaisuus.

Haastattelut toteutettiin kahdessa osassa, ensimmäiset haastattelut tehtiin kandidaatin tutkielman yhteydessä keväällä 2013 ja toinen haastattelukierros tehtiin Pro gradu tutkielmaa varten keväällä ja kesällä 2014.

Ensimmäiset teemahaastattelut toteutettiin siis maaliskuussa 2013 haastattelemaan kahta terveystalouden asiantuntijaa. Haastattelukierroksella fokuksena oli yksityisen ja julkisen rahoituksen suhde ja vaikutukset toisiinsa. Tarkoituksena oli saada mielipiteitä vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen ja julkisen terveydenhuollon väliseen yhteyteen sekä eri pohtia näkökulmien hyviä ja huonoja puolia. Haastatteluihin valittiin henkilöt aihealueen asiantuntijoina, aiheen poliittinen luonne huomioiden. Tästä syystä haastateltaviksi valikoitui alustavan taustaselvitystiedon mukaan kaksi asiantuntijaa, joilla on poliittinen tai

edunvalvonnallinen tausta. Näiden haastattelujen pohjalta on tarkoituksena tehdä päätelmiä siitä, minkälainen vapaaehtoisen vakuuttamisen eli yksityisen rahoituksen ja julkisen terveydenhuollon eli julkisen rahoituksen suhde voisi olla kaikkein paras terveydenhuollon kokonaisuuden kannalta. Ensimmäisen haastattelukierroksen teemoja käsitellään erityisesti kappaleessa 5.2 Julkisen ja yksityisen rahoitus terveydenhuollossa, johon myös toisella haastattelukierroksella otettiin kantaa.

Ensimmäiseksi haastateltavaksi valikoitui valtiotieteen kandidaatti Ranja Aukee, joka on toiminut Tampereen yliopiston sosiaalipolitiikan lehtorina ja yleisen vakuutustutkimuksen opettajana. Ranja on toiminut vasemmistoliiton pitkäaikaisena kunnallispoliitikkona muun muassa Tampereen erikoissairaanhoidon johtokunnan puheenjohtajana, sosiaali- ja terveystalouden lautakunnassa ja avopalvelujen johtokunnassa varsinaisena jäsenenä. Ranja on nyt eläkkeellä ja on tehnyt työuransa eri yliopistoissa Oulussa, Helsingissä ja pääasiassa Tampereella. Ranja Aukee edustaa haastatteluissamme kollektivistista suuntausta. Haastattelu järjestettiin 6.3.2013 hänen Tampereen asunnollaan ja haastattelun kesto oli noin kolme tuntia.

Toiseksi haastateltavaksi valitsin oikeustieteen maisteri, 59-vuotias Timo Silvola, joka toimii Finanssialankeskusliitossa johtajana vastualueenaan uudet markkinat, finanssialan tulevaisuuden rakenteet, ikääntymiseen liittyvät ilmiöt sekä public-private partnership. Timo Silvola toimii myös Mandatum Life yhtiön hallituksessa sekä useassa elinkeinoelämän finansi- ja ikääntymiseen liittyvissä työryhmissä, kuten THL:n sosiaali- ja terveystalouden neuvottelukunnassa sekä Elinkeinoelämän keskusliiton vetämässä UUTE (Uusi, uljas terveydenhuolto) -työryhmässä. Timo Silvola edustaa libertaarista/liberaalista suuntausta valtioajattelussa. Haastattelu järjestettiin 15.3.2013 Helsingissä, Finanssialankeskusliiton pääkonttorilla. Haastattelu kesti noin kaksi ja puoli tuntia.

Toisella haastattelukierroksella haastateltiin myös terveystalouden asiantuntijoita, keskittyen haastatteluissa kahteen aiheeseen. Ensimmäinen aihe oli julkisen rahoituksen monikanavaisuuden haasteet ja toinen aihe oli Hollannin henkilökohtaisen budjetin järjestelmän toimintamahdollisuudet Suomessa. Haastattelujen kysymykset jaettiin siten, että julkisen rahoituksen monikanavaisuuden haasteita kuvataan kappaleessa 5.3 Monikanavainen julkinen rahoitus ja Hollannin henkilökohtaisen budjettia kappaleessa 5.4 Hollannin henkilökohtaisen budjetin järjestelmän Suomessa.

Haastateltavina kevään 2014 aikana oli monipuolinen kolmen asiantuntijan joukko. Ensimmäinen haastateltava oli kansanedustaja Osmo Soininvaara. Soininvaara on 63-vuotias valtiotieteen lisensiaatti tilastotieteestä, pitkän linjan kansanedustaja ja poliitikko. Osmo on toiminut aiemmin Helsingin yliopiston tilastotieteen laitoksella sekä Suomen akatemiassa. Poliittisella urallaan Soininvaara on toiminut Helsingin kaupunginvaltuustossa vuodesta 1987 asti, vihreiden puheenjohtajana vuosina 2001–2005 sekä peruspalveluministerinä vuosina 2000-2002. Terveystieteiden parissa hän on toiminut Suomen terveydenhuollon arviointiseurassa, terveydenhuollon verkostovaliokunnassa sekä eduskunnan terveydenhuollon rahoitusta pohtivassa yksikanavaisen rahoituksen työryhmässä. Haastattelu järjestettiin eduskunnassa ja kesti noin kaksi tuntia.

Toinen vuoden 2014 haastateltava oli Terveys- ja hyvinvoinnin laitoksen osastojohtaja Markku Pekurinen. Pekurinen on 62-vuotias kauppatieteiden tohtori ja THL:n palvelujärjestelmäosaston johtaja. Aiempaa työtä Pekurisella on Kuopion yliopistosta, Kelasta sekä Suomen terveystutkimus Oy:stä. Pekurinen on ollut mukana useissa tutkimushankkeissa, joista merkittävimmät ovat Sosiaali ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet raportti sekä Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Näiden lisäksi Pekurinen on kirjoittanut valtioneuvoston kanslialle useita rahoitusjärjestelmää koskevia raportteja. Haastattelu toteutettiin THL:n pääkonttorilla Helsingissä ja haastattelu kesti noin kaksi tuntia.

Kolmas haastateltava oli valtiotieteen tohtori, Tampereen yliopiston sosiaali- ja terveystieteiden professori, entinen politiikan professori Juhani Lehto. Lehto on toiminut viimeiset 15 vuotta Tampereen yliopiston terveystieteiden yksikössä professorina. Tätä ennen Lehto on toiminut 30 vuotta Stakesissa tukijana, Maailman terveysjärjestö WHO:ssa analysoimassa terveystieteiden kysymyksiä. Nykyään hän vetää myös Tampereen yliopistossa sosiaali- ja terveysalan MBA-koulutusohjelmaa. Haastattelu järjestettiin Tampereen yliopistolla ja haastattelun kesto oli kaksi tuntia.

Haastatteluiden sujuvuuden ja tieteellisyyden varmistamiseksi toimitin liitteestä löytyvät kysymykset haastateltaville etukäteen tutustuttavaksi.



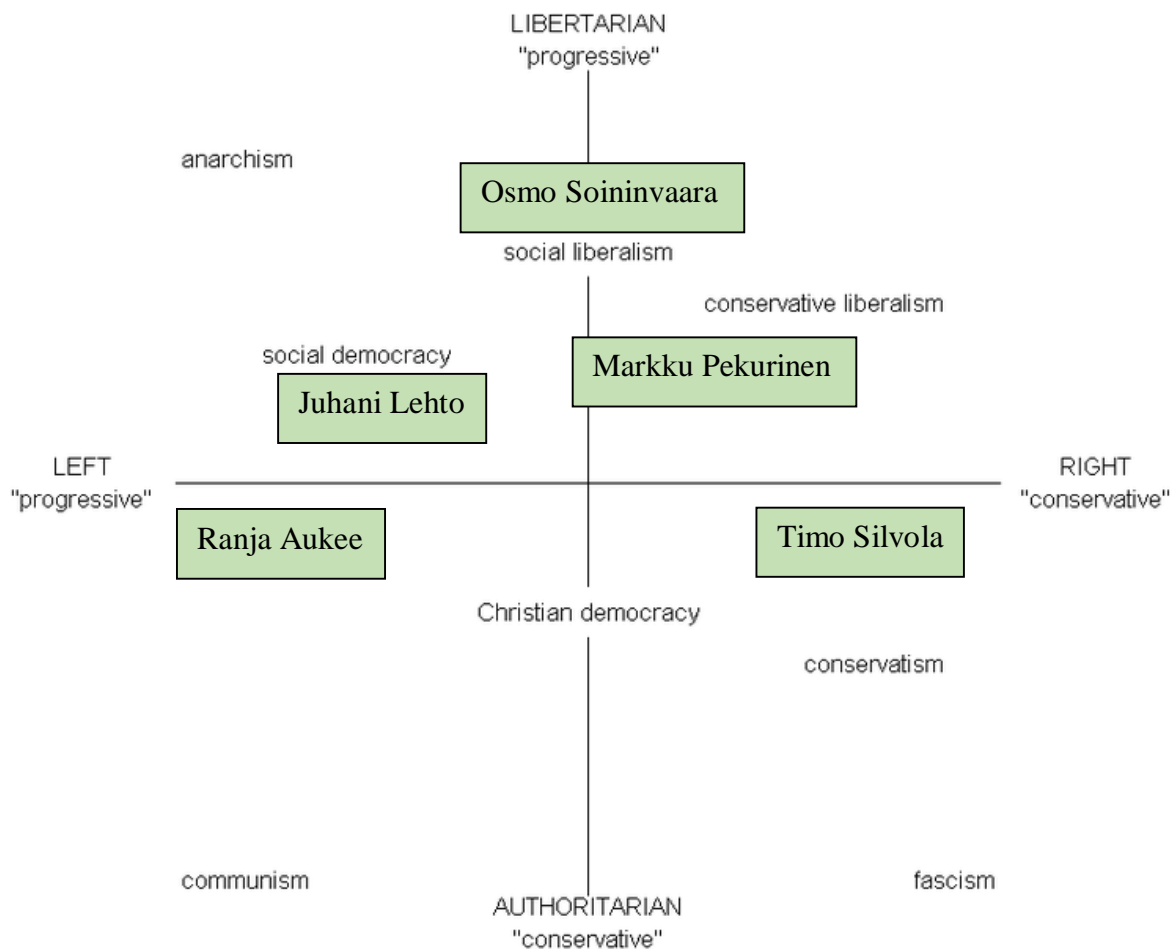
*Poliittinen spektri*

Hans Slompin (2011, 103) poliittisen spektrin mallin avulla pyrimme peilaamaan haastateltavien näkemyksiä aiemmin esitettyyn hyvinvointivaltion teoriaan sekä haastatteluissa esitettäviin ratkaisuihin. Kuten sanottua, aihealue on poliittinen, johon ei ole olemassa yksiselitteistä yhtä ratkaisua. Mielenpitoja on monia ja tarkoituksena on selvittää, mikä olisi Suomen kannalta paras malli. Koska aihealue on poliittinen, haastateltavat esittävät arvoihinsa sopivia ratkaisuja. Tästä syystä on tärkeää pohtia myös poliittista diskurssia osana haastatteluja. Tavoitteena on, että poliittiselta kartan eri osista on riittävästi asiantuntijoita antamassa mielipiteensä haastattelukysymyksiin. Muuten voisi olla riskinä, että tutkimustulos vääristyy jonkun yksittäisen arvopohjan mukaiseksi ja ei ota huomioon riittävän laajasti eri vaihtoehtoja. Tämän työn johtopäätöksissä pyrin analyttisesti kokoamaan yhteen eri arvopohjien tuomia ratkaisuehdotuksia ja löytämään Suomen oloihin parasta ratkaisua tutkimusongelmaan.

Slompin spektri jakaa ihmiset kahden eri akselin mukaisesti poliittiseen näkemykseen. Pystyakseli on yksilön arvomaailmaa mittaava libertaari tai autoritäärinen arvomaailma. Tätä akselista käytetään liberaali-konservatiivi –akseli. Vaaka-akselilla on ihmisen mielipide talouteen, tulisiko yhteiskunnan tuottaa palveluita julkisen tuotannon vai yksityisen tuotannon kautta, perinteisemmän vasemmisto ja oikeisto akselin mukaisesti.

Slomp on tutkimuksessaan täydentänyt eurooppalaisia aatesuuntauksia nelikentälle. Slomp näkee sosialidemokraatit vasemmistopuolueena, joka on myös hieman liberaalimpi. Kun taas talousaatteiltaan oikeiston ja vasemmiston välissä olevat konservatiivit hän on nimennyt kristillidemokraattien alueeksi. Slompin spektrissä on hyvä huomioida, että poliittisten puolueiden asemointi Suomessa ei välttämättä ole sama.

Haastateltavien kohdalta esitän hypoteesin, jossa asetamme haastateltavat nelikentälle ja haastattelujen jälkeen tarkastelemme vastauksia hypoteesin pohjalta. Näin pyrimme tarkastamaan, ettei poliittisessa aihealueessa ole haastateltu ainoastaan tietyn ajatussuunnan edustajia, joka voisi vääristää tutkimustuloksia. Henkilöt asetetaan poliittiselle nelikentälle heidän haastattelujensa, taustansa, työnsä ja poliittisen historiansa perusteella.



Kuvio 17. Hans Slomp poliittinen spektri (2011, 103)

Hypoteesina on, että haastateltavat Juhani Lehto sekä Ranja Aukee taustansa takia sijoittuvat nelikentän vaaka-akselin vasemmistopuolelle ja konservatiivi-liberaali akselilla he asettuvat lähelle keskustaa. Osmo Soininvaaran näen sijoittuvat vasemmisto-oikeisto –akselilla lähelle keskusta, mutta konservatiivi-liberaali –akselilla hän asettuu selkeästi liberaalimmalle puolelle. Markku Pekurinen sekä Timo Silvola taas sijoittuvat oikeisto-vasemmisto akselilla enemmän oikealle, Silvolan ollessa vahvemmin oikeistoa. Konservatiivi-liberaali –akselilla Pekurinen on taas Silvolaa enemmän liberaalilla puolella.

Tämän hypoteesin mukaisesti haastateltaviksi on valittu riittävän laajasti asiantuntijoita keskustelemaan terveydenhuollon ja sen rahoituksen ongelmista ja ratkaisukeinoista. Voimme hypoteesin mukaisesti olettaa, että saamme kattavan kuvan eri ratkaisukeinoista laajasti poliittisen kentän eri näkökulmista.

## 5.2. Julkinen ja yksityinen rahoitus terveydenhuollossa

Ensimmäisen haastattelukierroksen aloitettiin pohtimalla haastateltavien kanssa, mitkä ovat julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon välisen suhteen suurimpia haasteita tällä hetkellä?

Ranja Aukee näkee, että Suomen terveydenhuolto on rakennettu yksittäisinä parannuksina, omana tilkkutäkinään täynnä erillisiä yksittäisiä järjestelmiä. Vuonna 1972 luotu kansanterveyslaki on loistava järjestelmä, jossa ajateltiin, että kunnat tekevät fiksuja päätöksiä. Problematiikka muodostui, kun laki jäi vaillinaiseksi ja järjestelmä ei pitkäjänteisesti kannusta kehittämään ennaltaehkäiseviä palveluita. Aukeen mukaan terveydenhuollon parasta ennaltaehkäisyä on hyvä sosiaalipolitiikka, jonka toiminnan vaikutuksia on hankala mitata. Alun perin kansanterveyslaissa oli ajateltu lääkäri, hoitaja, sosiaalityöntekijä ja psykologi - yhteistoimintamallia, joka jäi kuitenkin toteuttamatta. Yleisesti terveydenhuollossa Suomen hallitukset ja eduskunta eivät ole olleet Aukeen mukaan riittävän ammattitaitoisia. Suurina haasteina hän näkee erikoissairaanhoidon kasvavat kustannukset nykyisellä mallilla sekä ennaltaehkäisyyn kannalta viranomaisten vaitiolovelvollisuudet hankaloittavat asioihin aikaisempaa puuttumista.

Aukee näkee yksityisen terveydenhuollon täydentävän roolin paikoittain hyvänä asiana asiana, muttei näe terveydellä liiketoiminnan tekemistä hyväksyttävänä. Yksityinen terveydenhuoltojärjestelmä ei ole myös kovin markkinataloushenkinen, vaan nauttii laajasti valtion tukia. Kun yksityisellä puolella ei ole muita vastuita kuin lupaamansa ja myymänsä, voivat yhtiöt jättää kalliita terveyslaitteita hankkimatta ja tuottaa kilpailukykyisempiä hintoja helpompia toimenpiteitä varten. Aukeen mukaan yksityinen sektori jossain määrin vie rusinat pullasta. Aukeen mukaan terveyspalveluiden eriarvoistuminen tuo varmasti haasteita tulevaisuudessa yksityiselle puolelle.

Timo Silvolan mukaan yksi haaste ylitse muiden on myös huono johtaminen julkisessa terveydenhuollossa. Enemmän tai vähemmän muut isot ongelmat ovat tämän seurausta. Huonolla johtamisella Silvola tarkoittaa työmarkkinajärjestöjen, maan hallituksen ja eduskunnan huonoa johtamista terveydenhuollossa. Vasta tästä seuraa ongelma, josta julkistaloudessa paljon puhutaan: julkistalouden kestävyysvaje erityisesti terveydenhuoltopalveluissa. Silvolan mukaan tämä kestävyysvaje johtuu pääsääntöisesti otetusta palveluvastuuvelasta. Palveluvastuuvelka on sitä velkaa, jota poliitikot lupaavat hyvällä palvelutasolla ihmisille, josta kukaan ei tiedä mitä se lopulta maksaa. Silvolan mukaan

ihmisiltä peritään tämän tason palvelutason tuottamiseksi vain nimellisiä asiakasmaksuja. Ongelmaa tiivistää se, ettei kukaan tiedä kuinka paljon vastuut realisoituvat 10 vuoden sisällä.

Silvola vertaa terveydenhuollon nykyjärjestelmää työeläkejärjestelmään esimerkin avulla. Silvolan mukaan terveydenhuoltojärjestelmä olisi kuin työeläkejärjestelmä, jossa ei tiedettäisi paljonko eläkkeitä suurin piirtein maksetaan 10 vuoden kuluttua, mutta luvataan silti korkea eläketasoa. Kuitenkin työeläkejärjestelmässä eläkkeiden riittävyyttä seurataan hyvin tarkasti. Silvolan mukaan tällä hetkellä nykyisiä työeläkejärjestelmän malleja pyritään ajamaan terveydenhuoltoon, kuten työeläkejärjestelmän maksu- ja etuusperiaatetta. Luvassa on myös maksujen korotuksia ja leikkauksia. Silvolan mukaan yleisesti sosiaali- ja terveystoimista noin 40 % on sosiaali- ja terveystoimista (Sote) ja 60 % vanhustalvuita ja eläkkeitä. Työeläkejärjestelmävertauksella voidaan laskea nyt kattamattomat palveluvastuut, joita nyt eläkepuolella on noin 370 miljardia. Sosiaali- ja terveystalvuita kattamattoman vastuun luvut pyörivät noin jossain 700 miljardin luokassa. Silvola korostaa näiden palveluiden olevan pakollisia maksukuluja. Vanhukset pitää pestä, sairaalan leikata ja tiet pitää aurata, muuten yhteiskunta ei toimi. Silvolan mukaan siksi sosiaali- ja terveystalvuiden noin 17 % asiakasmaksutuloa tulee nostaa.

Silvolan mukaan yksityisillä terveystalvuita 27 % rahoitus tulee julkiselta taholta. Haasteita järjestelmällä on, kuinka se integroituu sulavaksi osaksi julkista terveydenhuolto. Ongelmia tulee asetelmasta perusterveydenhuolto vs. työterveydenhuolto vs. yksityisten lääkäriasemien käyttö. Tällä hetkellä ei ole mitään tahoja, joka koordinoisi koko terveydenhuollon sirpaleista kenttää, näin ongelmia voi syntyä paikallisesti. Silvolan mukaan Euroopan unioni tulee vielä vaikuttamaan terveydenhuollon järjestämiseen, sillä Euroopan Unionin potilasdirektiivi tuo mahdollisuuden, että suomalainen voi hakea terveydenhoitonsa virosta.

Pohdimme vahvasti myös sitä, täydentääkö julkinen ja yksityinen terveydenhuolto todella toisiaan ja onko Suomen kansantaloudella varaa useisiin päällekkäisiin järjestelmiin? Aukeen mielestä tämän hetken tilanne ei ole ideaali. Nykytilanteessa esimerkiksi lapsiperheet joutuvat pahimmassa tapauksessa odottamaan tunteja saadakseen hoitoa lastenklirikalla, vaikka pahimmillaan lapsella olisi katkennut raaja. Näin yksityisen terveydenhuollon täydentävyys on ymmärrettävää. Hyviä palveluita tarjoavat Aukeen mukaan kuitenkin yksityiset firmat joissa on töissä samat lääkärit kuin julkisella puolella. Julkiselle puolelle on myös hankalampi saada osaavaa työvoimaa, kun henkilöstöpalkat ovat pienempiä ja työn joustavuus lääkärin oman elämäntilanteen suhteen jäykempää.

Aukeen mukaan erityisesti valtakunnallisesti maantieteellinen eriarvoisuus korostuu, kun yksityinen ja julkinen sektori eivät varsinaisesti täydennä toisiaan juurikaan kaupunkiseutujen ulkopuolella. Palveluiden järjestämisen suhteen julkisen terveydenhuollon on oltava yksityisen sektorin palveluiden takana. Kun potilaan rahat loppuvat, vakuutusmäärä täyttyy tai tulee hoitovirhe, on julkinen sektori yksityissektorin tukena. Näin käy esimerkiksi plastiikkakirurgiassa. Aukeen mukaan palveluiden täydentämisen mielikuva on valheellinen, sillä yksityinen järjestelmä voi käyttää julkista järjestelmää hyväkseen.

Aukeen mukaan kansantaloudellisesti ja tuloluokittain Suomen järjestelmä on eriarvoistunut. Pääsääntöisesti julkista järjestelmää käyttävät työttömät, köyhät ja muut vajaakuntoiset. Työterveyspalveluita käyttävät työssäkäyvät, mutta vain perusterveydenhuollon tasolla. Erikoissairaanhoidossa ja vaativammassa perusterveydenhuollossa nojaututaan julkiseen terveydenhoitoon. Yksityisiä terveyspalveluita käytetään suurissa kaupunkikeskuksissa ja niiden asiakkaina on usein keskiluokkainen väestö. Yksityisiä palveluita käytetään usein vapaaehtoisen sairauskuluvakuutuksen kautta, joten nämä henkilöt nojautuvat julkiseen terveydenhuoltoon siinä vaiheessa, kun vakuutuksen vakuutusmäärä täyttyy tai vakuutusehdot rajaavat hoidon ulkopuolelle.

Timo Silvolan sanoin julkinen ja yksityinen terveydenhuolto eivät ainakaan ole toistensa vastakohtia, toistensa täydentäjiä pikemminkin. Silvolan mukaan yksityisellä on roolinsa myös toimia julkisen tilauksen toteuttajana, kuten Tampereella esimerkiksi Pihlajalinnan terveysasema. Yksityisen ja julkisen välinen ristiriita ei Silvolan mukaan tuota legitimitteettiongelmia, sillä sairauskuluvakuutuksella rahoitetaan vain pieni, 2 % osa koko terveydenhuollon kustannuksista. Silvolan mukaan kuitenkin yksityinen sektori voi tarjota nopean hoidon esimerkiksi lapsiperheille. Syntymättömälle lapselle hankitut vakuutukset ovat jatkuvassa kasvussa, mutta vaikutukset ovat vähäiset jos lapsi ei ole kroonisesti sairas. Silvolan mukaan ainoastaan suurten kaupunkien nuorten kohdalla voidaan nähdä sairauskuluvakuutusten penetraatiota markkinoilla siten, että se voisi vaikuttaa julkisten palveluiden kysyntään. Nuorten lisäksi noin 130 000 työnantajaa on hankkinut sairauskuluvakuutuksen taatakseen työntekijöiden nopean paranemisen ja tehokkaamman työkyvön. Silvolan mukaan julkisella puolella kiireellinen sairaus hoidetaan vasta kun keritään, joka aiheuttaa kustannuksia.

Legitimitteettiongelmia Silvola ei näe, sillä yksityisen sektorin käyttäjät maksavat myös julkisen sektorin terveydenhuollosta, vaikka eivät sitä käytä. Tällaisilla henkilöillä voi olla

monta eri terveystalvurtaa päällekkäin. Silvola näkee, että Hollannin kaltainen terveydenhuoltojärjestelmä voisi olla paras mahdollinen. Hollannissa terveydenhuollon osuus bruttokansantuotteesta on Suomen tasolla noin 8-9 %, mutta sen toteuttamisvastuu on pääosin yksityisillä järjestöillä. Silvolan mukaan Yhdysvalloissa käytetään julkiseen terveydenhuoltoon vain 8-9 % bruttokansantuotteesta, mutta valtavan yksityisen sektorin takia kokonaisuudessaan terveydenhuollon kulut nousevat Yhdysvaltojen bruttokansantuotteesta noin 16 %:iin. Silvolan mukaan Suomessa rahan lisääminen julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään ei tuottaisi lisähyötyä. Silvolan mukaan nykyään Suomessa on eniten vanhusten hoitopaikkoja maailmassa.

Pohdimme myös sairausvakuutuslain tuomaa Kelan sairausvakuutusjärjestelmää sekä sitä, tulisiko siitä luopua tai miten sitä tulisi kehittää? Ranja Aukee näkee lain mukaan annettavat Kelan sairausvakuutuskorvaukset yksityisille lääkäriyhtiöille periaatteessa tukena yksityislääkäritoiminnalle. Aukee näkee ongelmana, että on vaikea sanoa, mitä tulisi tehdä nyt, kun julkinen sektorikin on päästetty niin huonoon jamaan. Aukeen mukaan julkinen sairausvakuutusjärjestelmä oli aikanaan suurien ponnistusten tulos, sairausvakuutusjärjestelmässä ei sinällään ole vikaa mutta julkisessa terveydenhuollossa on. Kuitenkin nykytilanteessa yksityisille annettava tuki tulisi kanavoida julkisen terveydenhuollon lisärahoitukseksi ja nostaa julkisen terveydenhuollon tasoa.

Aukeen mukaan vapaaehtoista sairauskuluvakuuttamista on myös käytetty oikeiston lobbaamisessa vahvasti. Aikanaan Suomessa oli kaikille maksuton peruspalvelujärjestelmä, mutta nyt puhutaan, että vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus tai muut yksilön vastuuta korostavat työkalut olisivat ainoita keinoja esimerkiksi julkisen talouden kestävyysvajeen korjaamiseen. Aukeen mukaan kuitenkin väestön vanheneminen ei ole niin iso pommi kuin asiaa usein paisutellaan. Ihmisille vain viimeiset kaksi vuotta ovat usein kalliita hoidollisesti ja vaikka ihmiset elävät 80-vuotiaiksi niin vanhukset ovat huomattavasti terveempiä. Ikäihmisistä monet tekevät omaishoitoa, vapaaehtoistyötä ja muuta, eli ei voida puhua terveyskustannusten valtavasta räjähdyksestä vain väestön ikääntymisen takia, vaikka toki tämäkin vaikuttaa.

Ranja Aukeen mukaan periaatteessa vapaaehtoista sairauskuluvakuutusta ei pitäisi tarvita täydellisessä maailmassa. Kun tällaisia järjestelmiä on, hyväosaiset takaavat niillä oman hyvinvointinsa ja eivät halua kehittää julkista järjestelmää. Amerikkalainen järjestelmä tuo tästä hyvän esimerkin, jossa järjestelmä tuottaa varsin suuria terveyseroja. On maita, joissa on

vakuutus pohjainen järjestelmä olemassa, joka toimii hyvin. Kuitenkin Suomessa veropohjainen palvelurakenne perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido eivät ole ongelma. Moniongelma-asiakkaat ovat yhteisiä, joita ei pystytä individualistisessa toimintamallissa huomioimaan. Tämä on myös vain yhteen asiaan erikoistuneiden yksityisten lääkäripraktiikoiden ongelma, ei huomioida syy-yhteyksiä eri ongelmien välillä.

Timo Silvolan mukaan Kelan sairausvakuutusjärjestelmä lisää tasa-arvoa. Jokainen maksaa järjestelmästä ja luo mahdollisuuden käyttää yksityisiä palveluita edullisemmin. Kelan korvausjärjestelmän kautta korvataan lääkäripalveluita noin 70–80 miljoonan edestä. Erilaisiin laboratoriotutkimuksiin ja vastaaviin käytetään huomattavasti suurempi summa Kelakorvauksia. Tällä hetkellä Kelakorvattavilla terveyspalveluilla asiakkaan omavastuu on huomattavasti suurempi kuin valtion maksama korvaus. Silvolan mukaan Kelakorvaus on ajastaan huomattavasti jäljessä eikä pysty todellisuudessa tuottamaan apua yksityisen sektorin palveluihin, kun korvaustaksat ovat noin 20 % kokonaiskustannuksista. Silvolan mukaan Kela-korvausjärjestelmää tulisi kehittää sille tasolle, jolla korvaustaso suunniteltiin 80-luvulla. Nykyinen keho taso syö sairausvakuutus-korvausjärjestelmän legitimizeettii. Silvolan mukaan järjestelmää tulisi vahvasti elvyttää tai sitten se tulisi jopa lopettaa. Silvolan mukaan paras malli olisi sellainen, jossa rahat seuraavat potilasta. Yhtenä esimerkkinä hän nostaa muun muassa palvelusetelin. Tällä järjestelmällä ne henkilöt, jotka voivat maksaa terveydenhuollostaan eivät kuormita julkista terveydenhuoltoa, vaan valtio saa 20 % kustannuksilla hoidettua 100 % terveydenhuoltoa. Näin julkiseen terveydenhuoltoon jää käytettäväksi enemmän rahoitusta. Silvolan mukaan on kuitenkin mainittava, että perusterveydenhuollon yksityisten tuottajien määrä on noussut ja sitä kautta noussut myös sairauskuluvakuutusten kysyntä on noussut. Kun haja-asutusalueilla yksityisten terveyspalvelujen tarjonta kasvaa, myös vakuutuksia kysytään enemmän. Myös asiakkaiden laatuvaatimukset ovat nousseet, mistä syystä vakuutuksien kysyntä on kasvanut. Tällä hetkellä Suomessa joka kolmas lapsi saa sairaskuluvakuutuksen. Silvolan mukaan sairaskuluvakuutus ei eriarvoista kansalaisia, vaan on osoitus varsinkin lasten akuutin terveydenhuollon ja julkisen terveydenhuollon hitaudesta.

Osmo Soininvaaran mielestä taas suurin haaste julkisessa terveydenhuollossa on, ettei henkilö, jonka aika on kalliimpaa voi ohittaa toista henkilöä jonossa, jonka aika ei ole yhtä kallista. Tästä johtuu, että monien yritysten kannattaa maksaa työntekijöidensä nopeasta kuntoutumisesta. Soininvaara näkee myös, että sosiaali- ja terveystieteissä 2014 puhuttu

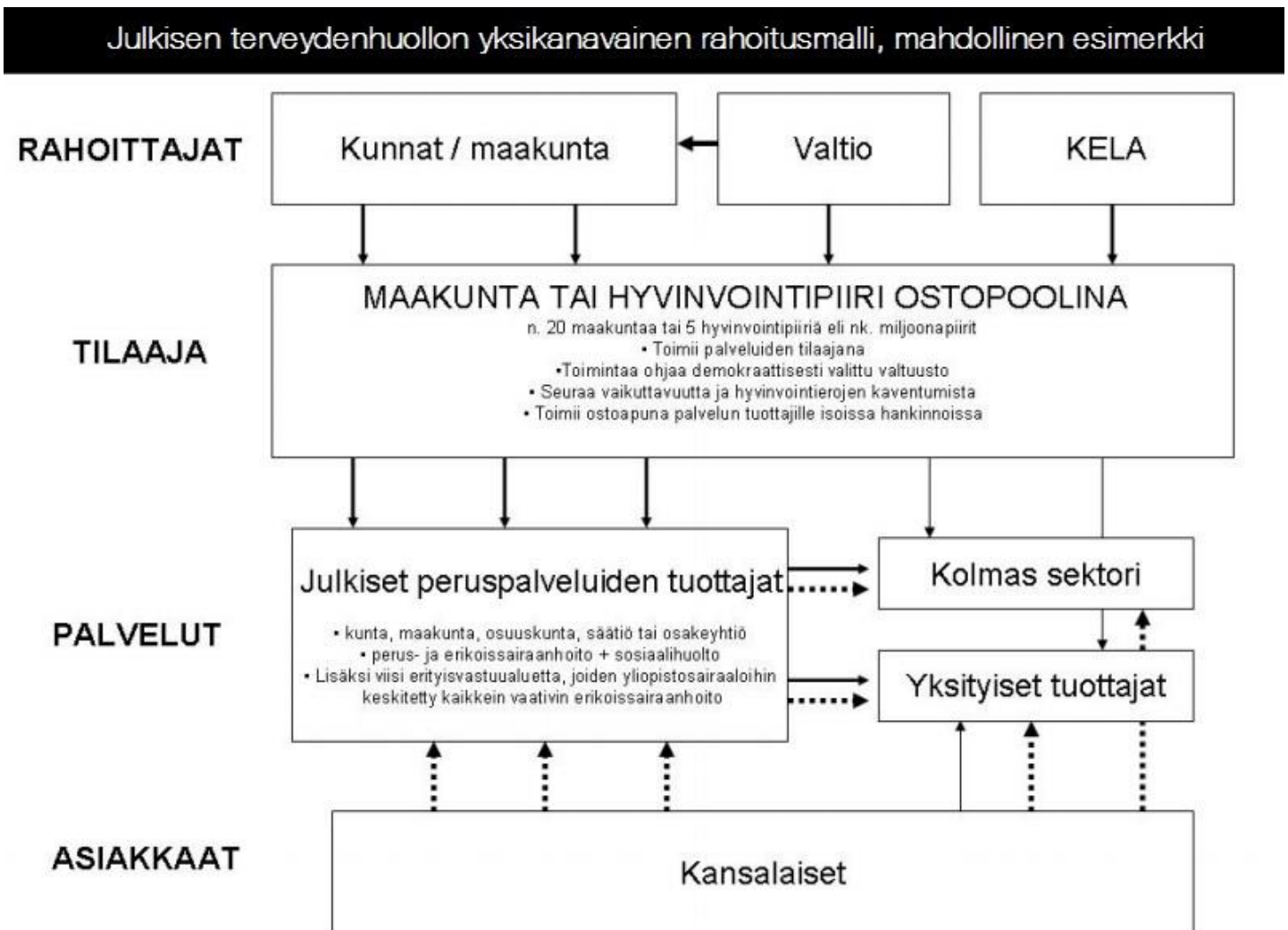
miljoonapiiri, eli nykyisenkaltaiset viisi ERVA-aluetta voisivat mahdollisesti vastata myös erillisten sairauskuluvakuutuksien antamisesta oman piirinsä kansalaisille korvausta vastaan. Tämä malli toimisi samaan tapaan kuin Kelan myöntämä kotihoidontuki.

Markku Pekurisen mielestä nykykäytännössä sairauskuluvakuutukset vaikuttavat lapsiin ja lapsiperheisiin. Työnantajapuolella Suomessa otetut sairauskuluvakuutukset ovat vielä pieniä volyymiltään. Pekurisen mukaan myöskään ei ole vielä nähtävissä, että kansalaiset suhtautuisivat nurjasti veroihin siitä syystä, että he omistavat sairauskuluvakuutuksen. Pekurisen mukaan on kohtalaisen hyvin tiedossa, ettei sairauskuluvakuutus riitä, jos oikeasti jotain vakavampaa sattuu. Pekurinen näkee, että sairauskuluvakuutukset ovat perusterveydenhuollon jonojen lyhentäjiä, mutta jos sairauskuluvakuutusten määrät kasvavat, niin kysymykset kasvavat myös. Yksityiset sairauskuluvakuutukset Pekurinen näkee vielä riittävän pienenä järjestelmässä, ettei se sekoita itse järjestelmää. Tosin vahingolliset ennakkoasenteet julkisesta terveydenhuollosta voivat vaikuttaa vielä pitkään, vaikka järjestelmä saataisiinkin korjattua paremmaksi. Voi syntyä kohortti-ilmiötä, eli ihminen saattaa ajatella, että koska minunkin vanhempani ottivat minulle sairauskuluvakuutuksen, niin minäkin otan lapsilleni. Pekurisen mukaan järjestelmätasolla työterveys puolestaan on isompi ongelma, mutta siitä seuraavassa kohdassa lisää.

Juhani Lehdon mukaan yksityiset sairauskuluvakuutukset luovat politiikan ristiriidan. Se luo mahdollisuuden, että julkisella sektorilla ei ole intensiiviä järjestää perusterveydenhuollon palveluitaan paremmin, koska silloin suurempi osa turvautuu yksityisiin sairauskuluvakuutuksiin. Virallinen retoriikka tietenkin kertoo, että yksityiset palvelut ovat täydentävässä roolissa, mutta todellisuus on usein toinen Lehdon mielestä.



### 5.3. Julkisen terveydenhuollon yksikanavainen rahoitus



Kuvio 18. Soininvaaran mukaan kuvassa yksikanavarahoituksen mahdollinen toteutusmuoto. (Sosiaali- ja terveystoimintapolitiikka 2010)

Tässä kappaleessa keskitytään julkisen terveydenhuollon yksikanavaiseen rahoitukseen ja sen ongelmiin. Kansanedustaja Osmo Soininvaaran mielestä on tärkeää jakaa rahoituksen ongelmat kahteen osaan. Ensimmäinen yksityisen ja julkisen terveydenhuollon rahoituksen tuomiin ongelmiin ja toinen julkisen terveydenhuollon monikanavarahoituksen tuomiin ongelmiin. Yksityisen ja julkisen rahoituksen problematiikkaa käsiteltiin kohdassa 5.2.

Julkkisen monikanavarahoituksen kannalta muodostuu ongelmia, kun terveydenhuollossa ei mietitä kokonaisuutta ja koko palveluketjua. Soininvaaran mielestä erityisesti ongelma

kulminoituu siinä, kun kunta maksaa perusterveydenhuollon ja valtio maksaa Kelan kautta lääkekorvaukset. Kun kunnan päätöksen alla olevassa perusterveydenhuollon yksikössä mietitään, hoidetaanko potilasta fysikaalisella hoidolla vai lääkehoidolla, päädytään usein lääkehoitoon taloudellisista syistä. Vastaavia esimerkkejä tapahtuu myös lääkkeiden välillä tehtäessä valintoja. Esimerkiksi lääkäri antaessa lääkitystä reuman hoitamiseen miettii, annetaanko potilaalle lääkemääräys, joka pitää tulla ottamaan terveystieteiden keskuskeskukseen vai annetaanko lääkemääräys jonka voi ottaa kotona, mutta joka on kaksi kertaa kalliimpi, on usein päätös kunnan talouden kannalta suotuisampi ja päädytään kalliimpaan lääkkeeseen, jonka valtio maksaa, Soininvaara summaa.

Soininvaaran mukaan toinen hyvä esimerkki on, kun ihmiset saavat työterveyshuollosta ilmaisia läheteitä erikoissairaanhoidon. Kun työterveys säästää lähettämällä helpommissakin tapauksissa potilaan erikoissairaanhoidon hoidettavaksi, tehdään sitä enemmän kuin perusterveydenhuollosta, jossa kunta on maksajana myös erikoissairaanhoidossa. Soininvaaran mukaan on kiistatonta, että hoidon maksajan vaihtuminen vaikuttaa käyttäytymiseen.

Markku Pekurisen mukaan myös terveydenhuollon rahoituksen suurin haaste on, ettei kokonaisuus ole kenenkään hallinnassa eikä rahoitus kohdennu oikein. Toisena asiana Pekurinen nostaa sen, että joskus potilaan saama hoito ei riipu hoidon tarpeesta, vaan siitä kuka maksaa hoidon. Kolmas iso haaste on Pekurisen mielestä vanhusten huollossa ja pitkäaikaishoidossa. Nykymallissa vanhusten ja pitkäaikainen hoito on laitoshoidoa, joka jää kunnan vastuulle. Avoimessa terveydenhuollossa lääkkeet jäävät valtion kustannuksiksi, joka kannustaa avopalveluiden hoitoon. Pekurisen mukaan myös matkakustannukset vaikuttavat. Valtio ja Kela vastaavat tarvittaessa terveydenhuollon matkakustannuksista, joten keskittämällä palveluita toisiin kuntiin kunta voi säästää. Taas lähellä palvelukeskusta asuvat ihmiset eivät saa vastaavaa hyötyä valtion kelakorvauksista matkoistaan.

Juhani Lehdon mukaan julkisen terveydenhuollon monikanavarahoituksen ongelmia on hieman ylikorostettu ylipäätään. Kuitenkin monikanavarahoituksen ongelmista hän ottaa esimerkiksi kuntoutuspalvelut, joilla on olemassa 9 eri rahoituskanavaa, jotka rahoittavat varsin samanlaista toimintaa. Kuitenkin jokaisessa rahoituskanavassa on olemassa eri ehtoja. Tämä aiheuttaa vakavia tasa-arvo-ongelmia, kun kahdella henkilöllä on sama vamma, mutta toisen vamma on sattunut autossa ja toisen työpaikalla, ovat hoitoehdot erilaiset.

Lehto kuitenkin haluaa nostaa esiin, että monikanavaista rahoitusta ei luultavimmin voida luopua kokonaan. Esimerkkinä vanhusten hoivapalveluita Lehto pitää ongelmallisina. Vanhuspalveluita rahoitetaan verovähennyksillä, omaishoidon tuella, hoivapalveluilla sekä vakuutusehtoisillakin järjestelmillä. Kaikkea tätä ei kuitenkaan voida saada yksikanavaisen rahoituksen sisään, jolloin osa-optimointia ei kokonaan saada pois. Kaiken kattava yksikanavainen rahoitusjärjestelmä on ehkä liian suuri saadakseen kaiken sisäänsä.

Lehto ottaa vielä esimerkin siitä, että jos esimerkiksi koko vanhustenhuolto halutaan rahoitusjärjestelmän piiriin, puhutaan noin 20 % koko Suomen BKT:sta yhden järjestelmän alaisuudessa. Lehto näkee, että poliittisessa retoriikassa yritetään esittää, ettei yksikanavaisen järjestelmän jälkeen olisi enää lainkaan osa-optimointia. Kuitenkin muun muassa Helsingin kaupungissa, jossa perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido sekä sosiaalihuolto olivat pitkään samassa yksikössä, eivät osa-optimoinnin ongelmat poistuneet. Kuitenkin rahoituksen keskittyminen tekee loppuasiakkaan kannalta oikeudet läpinäkyvämmiksi.

Valtioneuvosto linjasi syksyllä 2013 siirtymisestä yksikanavaiseen rahoitusjärjestelmään. Soininvaaran mukaan tämä koskee kokonaan julkisen rahoituksen osuutta. Jos yksikanavaisuudesta päästään yhteisymmärrykseen, tulisi Soininvaaran mielestä nykyiset maksajat kunnat, valtio, Kela maksaisivat omat osuutensa ensin yhdelle toimijalle, joka suunnittelisi kokonaisuuden. Soininvaaran mielestä siis kuntien, valtion tai Kelan osuuksia ei mahdollisesti muutettaisi kovinkaan merkittävästi, tai on mahdollista että kuntien terveydenhuoltoon saamat valtionosuudet järjesteltäisiin uudelleen. Soininvaaran mielestä lopputulos on kuitenkin julkisessa rahoituksessa aina sama. Veronmaksajat kuitenkin maksavat loppulaskun, nyt pitää miettiä miten se tehdään kaikkein parhaiten kokonaisuutta palvellen.

Markku Pekurisen mielestä työterveyshuolto luo haasteen nykyiselle terveydenhuoltojärjestelmälle käytännössä rinnakkaisella järjestelmällään, jossa on myös julkista ja työnantajien rahaa mukana. Työterveyden saatavuudessa ja kattavuudessa on suuria eroja ja työterveyshuolto vie lääkäri työvoimaa julkiselta sektorilta. Pekurisen mukaan nykyisessä monikanavarahoituksessa on huomattavissa korrelaatio, kun tarjolla on hyvät työterveyspalvelut niin perusterveydenhuollon avopalvelut ovat huomattavasti heikompia. Pääkaupunkiseudulla muun muassa on muuta maata jopa 40 % alempi perusrahoitus perusterveydenhuollossa kuin muualla Suomessa keskimäärin. Tähän ongelmaan yksikanavainen terveydenhuollon rahoitus purisi mainiosti.

Lehto näkee ongelmana myös työterveyden tuomat ongelmat yleisesti terveydenhuollossa. Muun muassa Lahdessa on nähtävissä, että työikäisistä ainoastaan 30 % rekisteröityy terveyskeskuksiin kerran vuodessa, mutta heti kehyskunnissa Hartolassa ja Sysmässä jopa 80 % työikäisistä rekisteröityy terveyskeskuksiin kerran vuodessa. Erityisesti myös Lehto muistuttaa, että jos työterveysjärjestelmää ajetaan alas, haluavat työnantajat laskea työnantajamaksuja. On myös mahdollista, että yritysten tarjoamat sairaskuluvakuutukset yleistyisivät, jos työterveysjärjestelmä ajetaan alas. Terveystuon rahoitus on institutionaalinen kokonaisuus, joka kulkee poliittisen prosessin kautta. Kaikilla poliittisilla tahoilla on intressejä terveystuon palveluiden järjestämisessä, joka vaikeuttaa prosessia.

Rahoitusjärjestelyissä Soininvaaran mielestä miljoonapiiri voisi hyvin toimia rahoituksen kerääjänä kunnilta, valtiolta ja Kelalta. Soininvaaran mukaan kunta olisi huono perusyksikkö terveydenhuollon järjestämiseen monesta syystä, ja miljoonapiirit olivat riittävät suuria asian järkeväksi hoitamiseksi. Yksittäisenä esimerkkinä yksittäisten kuntien terveydenhuoltovastuiden ongelmista on, että kunnallisveroa maksetaan kotikuntaan eikä asuinkuntaan. Kun useissa kasvukeskuksissa ihmiset asuvat eivätkä maksa sinne verojaan, syntyy kunnan kannalta vapaamatkustaja ongelma. Helsingissä yksistään on virallisesti 27 000 asuntoa, joissa ei asu vakituisesti ketään. Suurilla miljoonapiireillä tämä ongelma tasaantuu ainakin hieman.

Soininvaaran mukaan yksikanavainen rahoitus julkisessa terveydenhuollossa on järkevän toiminnan välttämätön, mutta yksin riittämätön toimi.

Soininvaaran mielestä julkisen terveydenhuollon yksikanavarahoitus ei olisi pois terveysvakuutusmarkkinoiden liiketoiminnasta. Ihminen ja kotitaloudet maksavat lopulta aina itse terveydenhoidostaan, oli kyseessä nykyrahoittajilta rahojen kerääminen yhteiseen pottiin tai ei, jolla haaskaus saataisiin loppumaan. Tämän pitäisi periaatteessa parantaa kyllä julkisen terveydenhuollon laatua, joka voi vaikuttaa yksityisten sairaskuluvakuutusten kysyntään. Tällä hetkellä sairauskuluvakuutuksien antajat luottavat siihen, ettei julkinen terveydenhuolto toimi. Kuitenkin yksityisen ja julkisen terveydenhuollon peruseriaatetta yksikanavarahoitus ei muuta. Yksityisellä puolella kysynnän ja tarjonnan kohtaantoa säädellään hinnalla, julkisella puolella sitä säädellään jonoilla. Tosin, yksityisellä puolella ylihoitamisen riski kasvaa. Soininvaaran mukaan esimerkiksi lapsien korvien putkituksia tehdään yli 9 kertaa enemmän sairauskuluvakuutetuille lapsille kuin vakuuttamattomille. Soininvaaran mukaan nykyään on olemassa tutkimustietoa siitä, että terveydenhuollossa tehdään paljon turhia leikkauksia.

Markku Pekurisen mielestä tematiikka, jossa ihmisten odotetaan ottavan enemmän vastuuta omasta terveydenhuollostaan, on hankala asia. Tällä hetkellä kotitalouksien rahoitusosuus on jo suuri. Yksilönvastuuta on hyvä korostaa, mutta vastuu pysyy julkisella vallalla. Pekurisen mielestä tärkeintä ei ole keskustella monestako rahoituslähteestä rahaa kerättäisiin miljoonapiireille, mutta tärkeää on, että miljoonapiiri päättäisi kokonaisuudessa rahoituksen käytöstä. Pekurinen ei näe, että siirryttäessä yksikanavaiseen malliin voisi syntyä merkittäviä kustannussäästöjä. Vaikka laadusta pystyttäisiinkin tinkimään niin määrä kasvaa jatkuvasti niin paljon, ettei säästöjä synny. Osoptimoinnin poistuttua käytössä oleva raha voidaan käyttää paremmin.

Markku Pekurisen mukaan yksikanavainen julkinen rahoitus on myös ulkomailla yleinen tapa järjestää julkisen terveydenhuollon rahoitus. Noin 70 % maailman maista terveydenhuollon rahoitus on julkista.

Juhani Lehto näkee miljoonapiirijattelussa vielä suuria kysymysmerkkejä. Hän näkee, että nykyisen kaltainen muutos voi viedä kunnat niin suureen muutokseen, että sitä vastustetaan jo itsessään siitä syystä.

#### **5.4. Hollannin henkilökohtaisen budjetin järjestelmä Suomessa**

Soininvaaran mukaan henkilökohtaisen budjetin mallit vaihtelevat hieman eri puolilla maailmaa, missä niitä on käytössä. Muun muassa Singaporessa kyseessä on sosiaalitali, johon kuuluu terveys, asunto ja sosiaalivakuutuksen palvelut samaan. Hollannin malli ei ole Soininvaaralle kaikkein tutuin, mutta hän tuntee perustoimintatavan.

Soininvaara näkee, että yleisesti hyvinvointiyhteiskunnan vaarana on, että veroaste nousee liian suureksi sekä se, että keskituloiset tukevat lähinnä toisiaan hyvinvointivaltion mekanismien kautta. Soininvaaran mukaan nykyiset ongelmat vaativat, että jokainen osallistuisi kykyjensä mukaan kustannuksiin. Esimerkkinä hän käyttää sitä, että niiden, joilla on mahdollisuus vastata terveydenhuollon menoistaan itse, pitäisi myös tehdä se. Järjestelmä tulisi rakentaa siten, että se käyttäisi säästeliäästi resursseja. Hyvinvointivaltion holhouksen tulisi kasvaa ainoastaan silloin, kun kyvyttömyys vastata itsestään kasvaa. Tämä järjestelmä toimisi myös toisinpäin. Nykyinen terveydenhuollon rahoituksen ongelma on se, että kun piikki on auki, niin sitä myös käytetään. Ihmisten hoitotarve kasvaa jatkuvasti ja sitä tarvetta ei pystytä tyydyttämään laadukkaalla hoidolla. Henkilökohtaisen budjetin järjestelmä säästäisi kustannuksia ja lisäksi

potilaiden omavastuuta. Soininvaara näkee, että tämän kaltainen kehitys on pakko toteuttaa Suomessa lähitulevaisuudessa.

Markku Pekurisen mielestä Hollannin malli vastaa tietyllä tavalla suljettua palveluseteliä, joka on vain huomattavan suuri summaltaan. Se myös vastaa tavallaan ruotsalaistyypistä mallia perustasoltaan, jossa ihmisten valinnanvapaus kasvaa ja korvaus palveluista kohdistuu halutuille tuotteille. Pekurinen näkee haastavana, että mitä vaativampia hoitoja Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallilla hankitaan, sitä vaikeampi on määrittää mikä on hyväksyttyä hoitoa mihinkin vaivaan, joka voisi lisätä byrokratiaa. Lopullisen palvelun käyttäjän eli loppuasiakkaan kannalta tärkeää on, että logiikka toimii taustalla ja saa haluamaansa palvelua. Ongelmallista on, että normaalisti organisaatiot päättävät ihmisten puolesta. On siis tärkeää, että valvonta toimii, sillä asiakkaalle annetaan käyttöönsä julkista rahaa. Pekurinen näkee siten haasteena, että yksilö olisi päättävässä asemassa julkisen rahan käytössä. Tämän kaltaisiin uusiin järjestelmiin siirtyminen voisi viedä pitkän ajan, mutta rahoituksen yksikanavakeskustelu on siihen oiva ajankohta.

Juhani Lehto on saapunut juuri Hollannista tutustumismatkalta henkilökohtaisen budjetin malliin. Hän näkee sen hyödyt juuri pitkäaikaishoidossa. Hän näkee myös järjestelmän hyödyt siten, että Hollannissa vakuutuslait on jaettu akuuttihoitoon ja pitkäaikaishoitoon. Henkilökohtaisen budjetin mallin hän näkee pitkäaikaishoidossa hyvänä mallina, jota voisi laajentaa.

Tässä vaiheessa tarkastelimme Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallin hyötyjä ja haittoja. Loppuasiakkaan kannalta Soininvaara näkee kustannushyödyt. Kun terveydenhuollon piikki ei ole auki ja hoitoa ei ole tarjolla rajattomasti, niin se voi harmittaa joitakin ihmisiä. Soininvaara viittaa hotellin aamiaispöytään, josta joku asiakas haluaisi tehdä eväitä mukaan. Jos kaikki tekisivät niin, nousisivat kustannukset lopulta. Hyödyt henkilökohtaisen budjetin järjestelmässä ovat, että rahaa käytetään järkevämmiin.

Soininvaara näkee, että juuri Hollannin järjestelmän kaltaista mallia voisi lähteä edistämään Suomessa. Erityisen mielenkiintoisen järjestelmästä tekee se, että asiakas voi valita nykyisenkaltaisen terveydenhuollon ja henkilökohtaisen budjetin väliltä. Näin muutos olisi ihmisen itsensä päätettävissä, haluaisiko ottaa hoitoa varten rahat vai käyttää olemassa olevia palveluita. Poliittisesti myös vastaavanlaisen järjestelmän ajaminen eteenpäin voisi olla helppoa, koska ihmiset saisivat päättää ottaisivatko järjestelmän käyttöönsä vai eivät.

Soininvaara näkee, että terveydenhuollon kustannusten bruttokansantuoteosuutta on vaikea saada laskemaan millään rahoitusjärjestelmällä, jossa taattaisiin laadukas hoito kaikille suomalaisille. Soininvaara näkee, että terveydenhuollon kustannusten kasvua pystytään varmasti hidastamaan, mutta suurten ikäluokkien hoitopommi ja lääketieteen kehittyessä korkeampi eliniänodote nostavat kustannuksia jatkuvasti.

Soininvaara näkee myös, että Singaporen mallin mukaisesti rahoituksen kerääminen omalle tilille voisi olla järkevä asia pohtia. Singaporessa ihmisten tuloista 7 % säästetään omalle sosiaalitalille. Tämä on ihmisen omaa rahaa, ja noin 7 % osuus vastaa myös Suomen sosiaaliturvamaksujen tasoa. Soininvaaran mukaan Singaporen malli on epäsolidaarinen, mutta voisi olla järjestettävissä Saksan tapaan siten, että sosiaaliturvamaksujen taso olisi tulosisidonnainen.

Kokonaisuutena Soininvaara näkee, että oli tarkempi järjestelmämalli mikä tahansa, sen pitäisi vähentää keskiluokan tulonsiirtoja keskenään sekä ihmisen oman elinkaaren rahoittaminen ei pitäisi enää vastaisuudessa kulkea nykyisen kaltaisen vahvasti julkisen rahoituksen kautta.

Pekurinen näkee, että kokeiluajatuksena mallia voisi lähteä edistämään. Ajankohta on hyvä, sillä nyt etsitään uusia keinoja. Rakenteet ja järjestelmät eivät muutu, jos niitä ei muuteta. Pekurisen mielestä tämän kaltaisen järjestelmän kokeilu kannattaisi aloittaa muun muassa kuntoutuksen kohdalla. Kuntoutuspalvelut ovat selkeä toiminta-alue ja sopisivat mallin kokeilualustaksi hyvin. Kela pohtii muutenkin jatkuvasti kuinka jakaa entistä pienempää niukkuutta.

Juhani Lehdon mielestä suurin hyöty taloudellisesti on kustannusten ennakointi. Julkishallinto voi siirtää riskin kustannusylityksistä hallinnon ulkopuolelle. Lisäksi taloudellista hyötyä syntyy, kun mikromanageeraus siirtyy hallintokoneistolta yksilölle. Riskinä tosin hän näkee oikeusturva-asiat. Yksilön kannalta Lehto näkee mallin toimivana. Ihmisen hyvinvointi on monesta osasta riippuvainen eikä kaavamainen malli kaikille pakosti ole paras ratkaisu. Henkilökohtaisen budjetin mallilla pystytään kohtaamaan yksilöllisemmin asiakkaan tarpeet. Näin asiakas synnyttää aivan uudenlaisen suhteen palveluidensa tuottajaan. Kun asiakkaalla on rahat, syntyy neuvottelusuhde ja kilpailuttamissuhde. Jos julkinen taho maksaisi palveluntuottajan palkan, voi palvelun laatu ja asiakkaan kohtaaminen heikentyä.

Riskeinä Lehto näkee, että tilin reaaliarvo lähtee laskemaan. Suomessa alun perin sairaskorvausjärjestelmän piti kattaa noin 60 % kaikista yksityisen terveydenhuollon

kustannuksista. Todellisuus nykypäivänä on, että Kela-korvaukset kattavat nyt vain noin 30 % keskimäärin yksityisen sektorin kustannuksista. Lisäksi on olemassa tutkimuksia, että jos palvelutuotanto on kovin markkinaehtoista, niin kilpailutukset tehdään usein kollektiivina. Ongelmia syntyy myös silloin, kun kaikkea ei voida ennakoida täysin. Lisäksi ei ole päätetty vielä, kuinka pitkiä sopimuksia voi tehdä. Lehdon mielestä malli sopii ennakoitaviin vammoihin ja sairauksiin paremmin. Mitä joustavampi järjestelmä on, sitä enemmän mikromanageerausta se tarvitsee.

Lehdon mielestä tällainen järjestelmä tulisi ottaa Suomessa käyttöön. Mallissa tulisi miettiä ensimmäiseksi tarkat kohderyhmät. Vanhukset tai kehitysvammaiset voisivat olla mahdollinen ensimmäinen kohderyhmä. Järjestelmässä pitäisi suomessa miettiä myös tarkasti palveluiden tuottajapuolta poliittisesti. Yleisesti tuottajat alkavat monopolisoitua, vaikka alalla toimisi useita pienempiä yrityksiä. Kun pieni yritys tai yrittäjä vetäytyy pois toiminnasta, niin usein Attendo ostaa nämä yritykset. Kun tuottaja saa valtaa, niin joustavuus tarpeisiin vastaamiseen heikentyy. Hollannissa on mahdollista suosia järjestöpuolen toimijoita, kuten myös Norjassa ja Tanskassa. Tuotannon pitää myös olla tasa-arvoinen ja alueellinen.

Lehdon mielestä terveydenhuollon BKT-osuutta olisi varsin vaikea saada laskemaan henkilökohtaisen budjetin järjestelmällä. Hän uskoo, että terveystaloudella yksikkökustannukset alkavat laskea, kuten informaatioteknologiassa on käynyt. Hollannin kokonaisjärjestelmä on itsessään 25 % kalliimpi kuin Suomen järjestelmä, eli yhteensä noin 13 % Hollannin BKT:stä. Pitkäaikaishoito ei ole Lehdon mukaan riittävän suuri kuluerä vaikuttamaan laskevasti BKT-suhteeseen, mutta voimme hidastaa kustannusten kasvua.

### **5.5. Tutkimuskohteen tulkintaa**

Haastattelujen perusteella näemme, kuinka poliittisesta ja fenomenologisesta aiheesta terveydenhuollon järjestämisessä sekä sen rahoituksessa on kyse. Haastateltavat vastaavat kysymyksiin varsin eri tavoin monissa kysymyksissä. Hans Slompin poliittisen spektin hypoteesi on tässä hyvin onnistunut, sillä haastateltavien vastauksista on tulkittavissa heidän poliittinen arvomaailmansa varsin alustavan hypoteesin mukaisesti.

Tutkimuksen edetessä on vahvistunut, kuinka monimuotoisesti eri ihmiset tarvitsevat, käyttävät ja rahoittavat terveydenhuollon palveluita eri järjestelmien kautta. Suomalainen terveydenhuolto on tällä hetkellä varsinainen tilkkutäkki. Terveydenhuollon monen eri tason toiminta, rahoitus ja monimutkaiset syy-seuraus -suhteet tekevät terveydenhuollon



kokonaisuuden järjestämisestä ja koordinoinnista vaikean. Eri järjestelmien kehittäminen eri aikakausina on luonut tilkkutäkkimäisen kokonaisuuden, jossa kokonaisuus on hankala optimoida tehokkaasti. Tämä kaikki vaikuttaa siihen, että terveydenhuollon johtamisessa kuntien ja valtion tasolla on niin usein epäonnistuttu. Osaaminen ei ole yksinkertaisesti riittänyt eduskunnassa tai kunnallisella tasolla, joissa päätöksiä tehdään. Liian suppeasti ajateltuna hyvänä pidetty uudistus tai muutos voi olla laajalle kokonaisuuden kannalta jopa haitallinen.

On tullut myös selväksi, että terveystalouden yksityinen ja julkinen rahoitus vaikuttavat toisiinsa ja toisen lisääminen tai vähentäminen vaikuttaa toiseen. Samalla on tullut selväksi, että julkisen terveydenhuollon monikanavarahoitus vaikuttaa julkisten terveystalouden toteuttamistapoihin ja asiakkaan saamaan palveluun. Yhtä selväksi on tullut, että nykytila on haastava ja liki kestävä terveydenhuollon kustannusten jatkuvasti kasvaessa ja uusia, luovia tapoja tuottaa terveystaloutta tarvitaan kipeämmin kuin koskaan. Terveydenhuollon tilkkutäkkimäisyyttä tulisi määrätietoisesti vähentää ja koko terveydenhuollon järjestämistä yksinkertaistaa. Koska saavutetuista eduista on vaikea luopua, on nykyjärjestelmän muokkaaminen vaikeaa. On haastavaa löytää jokin ratkaisu, missä jokin kansanosaa ei kärsisi ainakin lyhyellä tähtämellä. Kuitenkin monet esitetyt perusteet edellyttävät muutosta.

Haastatteluiden ja kirjallisuuden kautta on noussut esiin viisi erityistä kokonaisuutta, jotka ovat tärkeitä tämän tutkimuksen tutkimuskysymysten kannalta ja voidaan tulkita liki kaikkien asiantuntijoiden nostavan esiin haasteina liittyen terveydenhuollon rahoitukseen sekä sen ratkaisuihin. Ensimmäiseksi sairausvakuutuksen kautta maksettavat osuudet yksityisen terveydenhuollon palveluihin laskevat loppuasiakkaan hintoja ja sairaskuluvakuutusten hintoja. Voidaan tulkita, että asiantuntijoiden lausunnot nostavat esiin, ettei yksityisten sairausvakuutuksen alkuperäinen idea ole enää pätevä. Yksityistä rahoitusta tarvitaan nykypäivänä enemmän kuin alun perin suunniteltu 20–30 prosenttia terveystaloudesta. Tällä hetkellä julkisen sairausvakuutuksen kautta maksetaan vain 15–30 prosenttia kustannuksista, ja loput yksityisen rahoituksen tai vakuutuksen kautta.

Vapaaehtoisia sairaskuluvakuutuksia on jo 900.000 suomalaisella, joista 420.000 on lapsia (FKLb). Silti sairaskuluvakuutukset ovat vain pieni osa koko terveydenhuollon rahoituksesta. Suomessa kuntien sosiaali- ja terveystaloudet olivat 18,6 miljardia euroa, eli noin 9-10 % Suomen bruttokansantuotteesta (STMc). Kuntien perusterveydenhuollon osuus oli 3,8 miljardia euroa ja erikoissairaanhoidon osuus 5,1 miljardia euroa. Vapaaehtoisten

sairauskuluvakuutusten kautta rahoitettiin vain alle kaksi prosenttia suomalaisten terveydenhuollon palveluista, Timo Silvolan mukaan (FKLd). Tämän tiedon valossa sairauskuluvakuutukset toteuttavat julkista terveydenhuoltoa täydentävää rooliaan suurta kokonaisuutta katsoen. Terveydenhuollon kokonaisrahoituksessa sairauskuluvakuutuksilla on pieni, mutta kasvava osuus suomalaisessa terveydenhuollossa. Mutta asia ei ehkä ole näin mustavalkoinen.

Kun asiaa katsotaan perustason terveydenhuollon näkövinkkelistä, tilanne on toinen hyvin toinen kuin katsottuna koko terveydenhuollon rahoituksen näkökulmasta. On järkevää käydä keskustelua sairauskuluvakuuttamisesta vastinparina julkiselle perusterveydenhuollolle kuin vastinparina kokonaisuutena perusterveydenhuollolle ja erikoissairaanhoidolle. Asiantuntijoiden lausuntojen ja kirjallisuuden mukaan sairauskuluvakuutukset eivät toimi julkisen erikoissairaanhoidon korvaajina, joten vertailtavuus heikkenee. Sairauskuluvakuutukset ovat rajaukseltaan ja vakuutusmääriltään juuri perinteisen perusterveydenhuollon korvaajia ja näin sairauskuluvakuuttamista tulisi verrata ainoastaan perusterveydenhuoltoon. Näin ollen sairauskuluvakuutusten yli 930.000 käyttäjää vaikuttaa perusterveydenhuollon asiakasmääriin, vähintään Etelä-Suomen suurissa kaupungeissa.

Vapaaehtoinen sairauskuluvakuuttaminen on pieni osa kokonaisterveydenhuoltoa, on se silti merkittävä osa rahoituksellisesti perusterveydenhuoltoa. Suurin osa sairauskuluvakuutuksen omaavien ihmisten lääkäripalveluiden tarpeesta on pienikuluista perusterveydenhuoltoa. Nämä ihmiset eivät välttämättä tarvitse ennen sairauskuluvakuutuksensa päättymistä muuta terveydenhuoltoa, kuin hankkimansa sairauskuluvakuutuksen tuoman terveysturvan. Lisäksi henkilöllä voi olla työterveyshuollon kautta perusterveydenhuollon tason palvelut. Sairauskuluvakuutukset vähentävät ihmisten tarvetta perusterveydenhuoltoon, joka aiheuttaa sen, että perusterveydenhuollon tasoheikennyksille on entistä vähemmän vastarintaa.

Toisena suurena kokonaisuutena nousee sairaskuluvakuuttamisessa agentti – ongelma. Terveydenhuollossa asiakkaan tieto oikeasta ja tarvittavasta hoidosta on hankalaa. Erityisesti yksityisessä terveydenhuollossa hoidon tarvetta voi olla potilaan todella hankala määrittää. Yksityisillä lääkäriyhtiöillä voi olla intressi toteuttaa varmuuden varalle tarvittavia ja kalliitakin tutkimuksia, eikä potilas varmasti ole haluton vastustamaan lääkärin ehdotusta, kun vakuutusyhtiö kuitenkin maksaa tulevat kulut. Liiketoimintamielessä tehtävästä terveydenhoidosta tulee kysyä, mikä on riittävä määrä hoitoa. Sairauskuluvakuuttamisessa syntyy yhtälö, jossa lääkäriyhtiö saa tienestinsä lisätutkimuksista, potilas haluaa aivan varmasti

selvittää pienimmätkin riskit oman terveytensä osalta ja kolmanneksi maksuosapuoleksi joutuu ulkopuolinen vakuutusyhtiö. Terveyspalvelutarpeen arvioiminen on liki mahdotonta maallikolle ja lääkärin, potilaan ja vakuutusyhtiön intressiristiriita voi johtaa terveyspalveluiden liikkakulutukseen ja terveyssektorin paisumiseen sekä tehottomuuteen.

Henkilö ei yksityisiä terveydenhuoltopalveluita ja yksityistä sairauskuluvakuutusta ostaessaan tule ajatelleeksi tarvitsevänsä mahdollisesti julkista terveydenhuoltoa. Ihmisen voi olla hankala hahmottaa, että vaikean sairauden osuessa kohdalle oma sairauskuluvakuutus ei luultavimmin ole riittävä turva hoitokustannuksien kattamiseen. Yksityinen sairauskuluvakuutus luo turvallisuuden illuusion. Kuitenkin julkinen terveydenhuolto on ihmiselle vakuutus, jonka jokainen ihminen maksaa verojensa kautta. Jos ihminen ei tarvitse sosiaalivakuutustaan, hän ei halua mahdollisesti halua maksaa sen käytöstä veroissaan. Tästä haastatellut asiantuntijat ovat tosin erimielisiä.

Kolmas kokonaisuus on työterveyshuollon vaikutus julkiseen perusterveydenhuoltoon, joka on huomattavasti yksityisten terveyspalveluiden rahoitusta suurempi ongelma. Samalla tavalla kuin yksityisiin terveyspalveluihin, niin sairausvakuutuslain mukaisesti maksettavat tuet työterveyspalveluihin ovat merkittävässä roolissa. Sairausvakuutuslain mukaan maksettavat osuudet eivät ole valtavia koko terveydenhuollon kokonaisbudjetissa. Asiaa täytyy tarkastella perusterveydenhuollon tasolla, joka tarjoaa vastaavanlaisia palveluita.

Kun työterveyspalveluissa 1,9 miljoonaa ihmistä on työterveyspalveluiden piirissä ja näistä 92 prosentilla on käytössään myös perusterveydenhuollon sairaanhoitotasoinen palvelu yhdistettynä mahdollisiin yksityisiin rahoitustapoihin, on julkisen terveydenhuollon legitimeetti erityisesti kaupunkiseuduilla varsin kyseenalainen. Työterveysjärjestelyillä työtätekevä kansanosa saa nopeammat perusterveydenhuollon palvelut työterveyden ohituskaistan kautta, usein vielä täysin veloitusetta. Vaikka työterveyspalvelut eivät järjestä mitään erikoissairanhoidon palveluita, järjestelmä vaikuttaa juuri perusterveydenhuollon palveluiden laatuun. Asiantuntijoiden mukaan tavallinen keskiluokkainen työntekijä käyttää työterveyspalveluita ohituskaistana erikoissairanhoidon palveluihin. Sen sijaan, että henkilö hakisi apua julkisesta perusterveydenhuollosta, hän voi kävellä työterveysvastaanotolle ja saada lähetteen suoraan erikoissairanhoidon tutkimuksiin. Asiantuntijoiden mukaan muun muassa Lahden kaupunkiseudulla on nähtävissä, että keskuskaupungissa työssäkäyvät rekisteröityvät huomattavasti harvemmin (noin 30 prosenttia) julkisen perusterveydenhuollon käyttäjiksi kuin lähialueen kuntien asukkaat (noin 80 prosenttia), joilla ei mahdollisesti ole yhtä

kattavasti työterveyspalveluita käytettävissä. Prosentuaaliset erot ovat valtavia ja eriarvoisuus on huomattavaa.

Neljäntenä kokonaisuutena nostetaan esiin kuinka julkisen terveydenhuollon monikanavarahoitus vaikuttaa vahvasti loppuasiakkaan saamaan hoitoon. Asiantuntijoiden mielestä kuntien, valtion ja Kelan rahoitus ohjaa pääsääntöisesti kuntien vastuulla olevaa toimintaa. Näin syntyy hoitoketjuissa osaoptimointia ja loppuasiakas ei saa parasta mahdollista hoitoa, joka kasvattaa kustannuksia pitkällä aikavälillä. Kun lääkäri ohjaa potilaan esimerkiksi fysikaalisen hoidon sijaan apteekkiin hakemaan lääkitystä ei mahdollisesti itse ongelmaan puututa ja valtion kustannukset kasvavat sairausvakuutuslain mukaisen lääkekorvausten kautta. Toisena esimerkkinä terveyskeskuslääkäri voi ohjata potilaan resurssipulaan vedoten alueen keskussairaalaan tutkimuksiin, johon potilas käyttää Kelan sairausvakuutuslain mukaista matkakorvausta taksiajoon, joka kasvattaa kokonaiskustannuksia.

Monikanavarahoitus on ongelmallinen, muttei sen muuttaminen yksikanavaiseksi tuota valtavia välittömiä säästöjä, mutta välillisiä säästöjä paremman hoidon myötä voi syntyä paljonkin. Terveydenhuollon kustannusten kannalta monikanavaisuuden purkaminen ei ole vastaus kaikkiin kysymyksiin, sillä työtä tekeviä käsiä tarvitaan vanhusväestön ja eliniän odotteen kasvaessa jatkuvasti enemmän. Yksikanavaista rahoitusjärjestelmää ei voida toteuttaa niin laajaksi, että se kattaisi terveys-, sosiaali- ja vanhuspalveluiden rahoituksen. Tämä vastaisi asiantuntijoiden mukaan noin 20 prosenttia koko Suomen valtion budjetista. Lisäksi riskinä on mahdollisesti se, että jos kuntien ennaltaehkäisevään toimintaan panostaminen ei näy kunnan omassa taloudessa säästöinä toisaalla, voi kunta ruveta säästämään terveyden ennaltaehkäisevistä palveluista.

Viides kokonaisuus on se, että Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli on varsin mielenkiintoinen vaihtoehto asiantuntijoiden mielestä, jota kannattaisi ehdottomasti edistää mahdollisimman pian. Se ei kuitenkaan ole ratkaisu terveydenhuollon kustannusten kasvun vähentämiseen, mutta hidastamiseen kyllä. Tärkeimpänä Hollannin henkilökohtaisen budjetin mallissa nähdään ajattelutavan muutos, jossa vastuuta omasta terveydenhuollosta annetaan loppuasiakkaalle. Näin loppuasiakas voi rakentaa itselleen juuri sopivat palvelut ja samalla yhteiskunta säästää kustannuksissa. Samalla näkymättömästä työstä saadaan näkyvää ja arvokkaasta lähiomaisen hoitamistyöstä voi saada elantonsa.

Asiantuntijoiden lausuntojen mukaan henkilökohtainen budjetti voisi olla ensimmäisen askel kohti terveystalouden laajemman vastuun jakamista asiakkaiden kanssa. Kustannuksissa henkilökohtainen budjetti kun kulkee tavallisen järjestelmän rinnalla, niin terveydenhuollon kustannukset nousisivat aluksi, mutta saavutettuaan riittävän määrän ihmisiä henkilökohtaisen budjetin piiriin kokonaiskustannukset voisivat laskea tai ainakin kustannusten kasvu hidastua.

Huomioitavaa henkilökohtaisen budjetin mallissa on maantieteellinen tasa-arvo. Suomen maaseudulla, missä yksityisiä terveystalouden tuottajia ei ole montaa, voi palveluntarjoajalle syntyä monopoli hoitopalveluissa. Tosin, henkilökohtainen budjetti mahdollistaa jopa oman perheenjäsenen palkkaamisen hoitotyöhön, jolloin uusia yrittäjiä tai itsensä työllistäjiä voisi tulla markkinoille, erityisesti maaseudulla.

Henkilökohtaisen budjetin mallin kokeilun aloittaminen olisi asiantuntijoiden lausuntojen mukaan toivottavaa. Järjestelmän rakentaminen vaatisi uudistuksia ja byrokratian luomista sekä kansalaisten oikeusturvan tarkkaa varmistamista. Julkisessa terveydenhuollossa siirryttäessä viiden miljoonapiirin järjestämisalueeseen voisi mahdollisesti miljoonapiiri toimia myös henkilökohtaisen budjetin myöntäjänä. Terveydenhuollon rahoitustapa päätetään parlamentaarisesti vasta talven 2014 aikana, josta linjauksena on hallituksen rakennepaketissa syksyeltä 2013 siirtyminen yksikanavaiseen rahoitusmalliin. Asiantuntijoiden mukaan samalla olisi hyvä tarkastella myös henkilökohtaisen budjetin kaltaisen mallin kokeilua.

Sitran julkaisema raportti Henkilökohtaisen budjetin mallista ehdottaa myös, että Suomessa tulisi ottaa käyttöön kokeilulainsäädäntö Henkilökohtaisen budjetin kokeiluasteelle saattamiseksi. Patronen (2014, 46) näkee raportissa, että Suomessa vaihtoehtoja henkilökohtaisen budjetin käyttöönotolle voitaisiin hakea palveluseleleistä tai erityisistä maksukorteista.

Nämä esiin nostetut kohdat ovat tulkintaani tutkimustuloksista, luetusta kirjallisuudesta ja asiantuntijoiden lausunnoista. Seuraavassa luvussa summaan yhteen tähän mennessä kirjoitettua ja teen tarvittavia johtopäätöksiä Suomen terveydenhuollon ja erityisesti Hollannin henkilökohtaisen budjetin järjestelmän mahdollisuuksista toimia Suomessa terveydenhuollon rahoituksen uutena askeleena.

## 6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Esitellyn teorian mukaisesti yksityiset vakuutukset eivät kykene ratkaisemaan kaikkia ihmisten elämisen riskejä tehokkaasti, vaan tarvitaan myös vahvaa sosiaalivakuutusta tuottamaan tehokkaasti riittävää turvaa erilaisten riskein varalle. Erityisesti hyvinvointivaltion vakuutusjärjestelmää Suomessa käytetään niin tulonsiirtoihin eri tuloluokkien välillä kuin yksittäisten henkilöiden säästöpossu – periaatteella eri elämänvaiheiden välillä. Näin teorian viitekehyksessä laajat julkiset terveystaloudet saavat vahvan tuen toiminnalleen. Julkisten palveluiden haasteina ovat demografiset muutokset ja kustannusten nousun asettamat paineet. Tarvitaan rohkeita avauksia ja uusia sovellutuksia julkisissa palveluissa.

Tutkimus ja tutkimusongelmat ovat luonteeltaan poliittisia ja fenomenologisia, joten työn tutkimusmetodina tutkimusmetodina on käytetty kirjallisuus- ja artikkeliaineistoa sekä teemahaastattelua. Tutkimuskysymyksien asettelussa huomioitiin teorian antama viitekehys. Teemahaastatteluissa tietoa kerättiin terveystalouden viideltä asiantuntijalta, jotka olivat Osmo Soininvaara, Ranja Aukee, Timo Silvola, Markku Pekurinen ja Juhani Lehto. Haastateltavat asetettiin Hans Slompin poliittiselle spektrille ja näin todennettiin riittävän laaja edustuksellisuus laajasti eri poliittisista näkökulmista.

Suomen terveydenhuolto jaotellaan julkiseen terveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon ja yksityiseen terveydenhuoltoon. Julkinen terveydenhuolto pitää sisällään perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon sekä valtakunnalliset terveydenhuollon erityisvastualueet. Tällä hetkellä julkinen terveydenhuolto on suurten haasteiden ja muutosten edessä, kun ikääntyvä väestö ja kasvavat palvelutason vaatimukset syövät laadukkaan terveydenhuollon rahoituksen perustaa.

Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä on rakennettu vuosikymmenien aikana pienistä palasista. Täten terveydenhuollon kokonaisuus on huonosti toimiva ja vaikeasti johdettavissa oleva päällekkäisten järjestelmien sekamelska. Julkinen terveydenhuolto kärsii myös palkkaustaso- ja imago-ongelmista, mikä vaikuttaa osaltaan perusterveydenhuollon kasvaviin hoitajajoukkoihin ja päivystysten odotusaikoihin. Potilaiden hoitaminen mahdollisimman pian takaisin terveeksi ei toteudu parhaalla mahdollisella tavalla julkisessa perusterveydenhuollossa. Kuitenkaan julkisen terveydenhuollon kaikkia ongelmia ei voida ratkaista vain kaatamalla lisää resursseja nykyiseen toimintaan, vaan resursseja tarvitaan

prosessien, rahoituksen ja työtapojen tehokkaampaa järjestämistä varten, järjestelmä ja yksikkötasolla. Parlamentaarinen päätös terveydenhuollon järjestämisestä saatiin keväällä 2014, jolloin terveydenhuollon järjestämisvastuu annettiin viidelle miljoonapiirille. Terveydenhuollon rahoitus päätettiin linjata julkisen terveydenhuollon osalta yksikanavaiseen rahoitukseen.

Julkisen terveydenhuollon kustannusten kasvu näkyy eroina perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä. Perusterveydenhuolto on koko terveydenhuollon sektorin kuluissa 3,8 miljardia euroa ja erikoissairaanhoidon 5,1 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon kalliit ja kasvavat kustannukset syövät perusterveydenhuollolta tarvittavia resursseja. Tätä ilmiötä ruokkii kuntayhtyminä toimivien sairaanhoitopiirien irrallinen päätöksenteko kuntien budjettitaloudesta. Muutostyötä julkisen terveydenhuollon parantamiseksi voidaan vahvistaa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa järjestelmämuutoksella miljoonapiireihin, joka poistaa kuntayhtymämallin erikoissairaanhoidosta ja laittaa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteen. Lisäksi julkiseen terveydenhuoltoon tarvitaan ammattilaisia, ei lääkäritaustaisia johtajia. Myös julkisen terveydenhuollon henkilökunnan palkkatasoa ja työn houkuttelevuutta tulisi nostaa.

Vapaaehtoiset sairauskuluvakuutukset ovat löytäneet markkinarakonsa terveydenhuollon kentällä ja liki 20 prosenttia suomalaisista omistaa sairauskuluvakuutuksen. Sairauskuluvakuutukset ovat koko terveydenhuollon rahoituskentällä vielä pienessä roolissa alhaisien enimmäisvakuutusmääriensä takia. Enimmäisvakuutusmäärä kertoo, kuinka paljon vakuutuksesta enintään maksetaan korvauksia vakuutuksen voimassaoloaikana. Silti sairauskuluvakuutuksien korvauksilla maksettava noin kahden prosentin osuus koko terveydenhuollon rahoituksesta vaikuttaa siten, että suuri osa 930 000 vakuutuksen hankkineesta ei käytä perusterveydenhuollon palveluita lainkaan. Miksi jonottaa terveysasemalla sairaan lapsen kanssa kun yksityiselle pääsee heti. Henkilön oma sairauskuluvakuutus voi näin ollen vähentää ihmisten halukkuutta maksaa veroissaan julkista terveydenhuoltoa. Sama ongelma näkyy vahvassa työterveyshuollossa. Suomen työterveys on palveluiden kattavuudeltaan Euroopan laajin. Noin 90 prosenttia jopa 1,9 miljoonasta työterveyspalveluiden käyttäjästä saa käyttöönsä perusterveydenhuollon tason hoitopalvelut, veloitusetta. Nämä aiheuttavat legitimitteetti ongelman julkisen terveydenhuollon rahoitukselle. Näin sairauskuluvakuutukset ja työterveys osaltaan vaikuttavat siihen, että pelkällä julkisella terveydenhuollolla elävät joutuvat kärsimään huonontuvasta palvelu- ja

laatutasosta. Lisäksi jatkuvasti kasvavat sairauskuluvakuutusten määrät kertovat karua kieltään yhä jatkuvasta terveyserojen kasvamisesta. Näin ollen nykymallissa keskustelu julkisen terveydenhuollon legitimitetistä perusterveydenhuollon suhteen nousee. Julkisen terveydenhuollon puolestapuhujien kannatusjoukko vähenee väestön siirtyessä sairauskuluvakuutusten ja työterveyspalveluiden piiriin.

Sairausvakuutuslain mukainen subventio yksityisille terveyspalveluita tarjoaville yrityksille on kokonaisuudessa kohtalaisen pientä noin 72 miljoonan euron osuudella. Kela-korvausjärjestelmä ei itsessään ole suuri subventio valtiolta yksityisille lääkäripalveluille, mutta se laskee jälleen perusterveydenhuollon rutiinioperaatioita edullisemmaksi vakuutusyhtiöiden sairauskuluvakuutuksille. Tämä laskee sairauskuluvakuutusten hintaa ja laskee kynnystä ihmisille hankkia itselleen sairauskuluvakuutuksia.

Suurin osa ihmisistä ei koskaan saa sellaisia sairauksia, joiden hoitamisen kalleus ylittäisi sairauskuluvakuutuksen vakuutusmäärät ja henkilö joutuisi sairauskuluvakuutettuna turvautumaan julkiseen erikoissairaanhoidon. Näin sairauskuluvakuutukset vievät asiakkaita varsinkin julkiselta perusterveydenhuollolta. Kun lisätään, että sairauskuluvakuutuksilla toteutetaan paljon erikoissairaanhoidon tason tutkimuksia ja magneettikuvauksia ei sairauskuluvakuutettu henkilö mahdollisesti koe koskaan julkisen terveydenhuollon palveluita tarpeelliseksi omassa elämässään. Työterveyden käyttäjät, jollei heillä ole myös sairauskuluvakuutusta, käyttävät erikoissairaanhoidon palveluita useammin tutkimuksiin ja kuvauksiin.

Yksityisten terveysyritysten on mahdollista optimoida toimintansa kepeisiin hoitoihin kustannustehokkaasti ja tarjota vain kevyitä palveluita. Kepeitä hoitoja rahoitetaan pääasiassa sairauskuluvakuutuksilla, jolloin vakuutusten hinnat myös pysyvät edullisina ja yhä houkuttelevampina ratkaisuin. Kuitenkin vaikeiden terveysriskien tasaamiseksi ja hoitamiseksi tarvitaan kansalaisilta riittävää osallistumista julkisten kustannusten hoitoon. Julkisen sektori ei voi erikoistua, vaan sen on valmistauduttava tekemään kalliita hoitoja kaikille niitä tarvitseville. Sairaudet, kuten syövä, osuvat harvojen kohdalle, mutta niiden hoitaminen on monin verroin perusterveydenhuoltopalveluita kalliimpia. Julkisen sektorin on vastattava viimeisenä ihmisten terveydenhuollosta ja sen kustannukset koituvat veronmaksajille. Kuitenkin samalla ihmisten käsitykset yksityisten sairauskuluvakuutusten riittävydestä vaikeiden sairauksien kohdalla voivat olla positiivisempia kuin ne todellisuudessa ovatkaan. Kalliit hoidot ylittävät sairauskuluvakuutusten vakuutusmäärät



nopeasti. Ihmisten tietoisuudessa ei välttämättä ole, että sairauskuluvakuutusten tuoma turvallisuuden tunne voi olla illuusio vaikeiden sairauksien kohdalla. Ongelma kuitenkin kulminoituu julkisen perusterveydenhuollon palveluihin, eikä niinkään erikoissairaanhoidon palveluihin.

Yksityiset terveystalot voivat olla järkeviä tilaaja-tuottaja -mallilla. Kun palveluiden tilaus ja rahoitus tulee julkiselta sektorilta, voidaan perusterveydenhuollon rutiininomaisempia palveluita tehostaa tarjoamalla tuottajavastuuta yksityiselle puolelle, julkisen puolen vahvassa hallinnassa.

Yksityisen ja julkisen rahoituksen osuuksia tarkasteltaessa voidaan sivuvaikutuksena nähdä yhteiskunnallinen ilmiö. Jos hyvin toimeentulevat ihmiset ovat samassa järjestelmässä heikompiensa kanssa, on hyvin toimeentulevilla tapana vahtia omia etujaan ja ylläpitää laadukasta järjestelmää. Jos hyvin toimeentulevat ulkoistavat itsensä sairauskuluvakuutuksilla ja työterveyspalveluilla julkisesta terveydenhuollosta ulos, jää heidän edunvalvontansa tuoma myönteinen vaikutus pois julkisesta terveydenhuollosta. Tämä on jo nähtävissä perusterveydenhuollon palveluissa.

Julkiset terveystalot ovat haasteiden edessä. Julkisen terveydenhuollon monikanavarahoitus aiheuttaa osaoptimointia ja loppuasiakas ei välttämättä saa parasta mahdollista hoitoa. Asiantuntijoiden mukaan perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja Kelan maksaman lääkekorvausten takia loppuasiakkaita saatetaan ohjailta tarkoituksellisesti eri palveluiden välillä. Tästä syystä on erittäin tärkeää, että terveydenhuollon rahoituksessa siirrytään kohti yksikanavaista julkista rahoitusmallia. Samalla on todettava, ettei yksikanavainen rahoitusmalli ole tyhjentävä ratkaisu, mutta erittäin hyvä askel oikeaan suuntaan. Osaoptimointia ei saatu Helsingin kaupungin alaisuudessa poistettua silloinkaan, kun erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon olivat saman organisaation alla. Lisäksi useat muut osat jäävät uudistuksen ulkopuolelle, kuten vanhusten- ja omaishoidon.

Henkilökohtaisen budjetin malli voisi olla yksi askel tarjota joustavampia palveluita loppuasiakkaille. Samalla valtio voisi säästää kustannuksissa sekä saada kannustettua ihmisiä työelämään, jotka siellä eivät tällä hetkellä ole. Henkilökohtainen budjetti on mielenkiintoinen vaihtoehto erityisesti pitkäaikaishoitoa tarvitseville potilaille. Se ei voi korvata kuitenkaan perusterveydenhuollon akuuttipalveluita tai erikoissairaanhoidon. Suuret kustannukset syntyvät laitoshoidossa ja avohoidossa, johon henkilökohtainen budjetti voisi tuoda helpotusta

kustannuspuolella. Joustavuuden kannalta järjestelmä olisi järkevä, muttei järjestelmä laskisi terveydenhuollon kustannuksia, korkeintaan hidastaisi niiden kasvua. Lisäksi on huomioitava, että Hollannissa järjestelmä on ollut käytössä jo pitkään, mutta järjestelmä on vielä suhteellisen pieni käyttäjämääriltään. Sitä käyttää jatkuvasti enemmän ihmisiä, jotka tuntevat sen tyydyttävän paremmin heidän tarpeitaan.

Johtopäätöksenä henkilökohtaisen budjetin kannalta on sama lopputulos kuin Sitran julkaisema Patrosen (2014) raportti henkilökohtaisen budjetin mahdollisuuksista Suomessa, että kokeilulainsäädäntötyö henkilökohtaisen budjetin mallista tulisi aloittaa. Henkilökohtaisen budjetin malli toisi osalle suomalaisista juuri sitä kaivattua vapautta järjestellä omat terveyspalvelunsa haluamallaan tavalla ja se vähentäisi myös kokonaiskustannuksia.

Aiemmin esitettyihin tutkimusongelmaan ja alatutkimusongelmiin on tämän tutkimuksen aikana löydetty vastaukset. Vastauksena päätutkimusongelmaan - onko Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli mahdollinen Suomeen - on selkeä kyllä ja lainsäädäntötyö tulisi aloittaa. Alatutkimusongelmia oli kaksi kappaletta. Ensimmäisessä kysyttiin mitkä ovat terveydenhuollon yksityisen ja julkisen rahoituksen vaikutukset toisiinsa. Toisena alatutkimusongelmana oli terveydenhuollon julkisen monikanavarahoituksen haitat ja mitkä ovat hyödyt siirryttäessä yksikanavaiseen rahoitusmalliin.

Alatutkimusongelmiin on löytynyt myös vastaukset. Vapaaehtoinen sairauskuluvakuutus sekä työterveyshuolto vaikuttavat julkiseen perusterveydenhuoltoon heikentävästi. Jos julkisen terveydenhuollon ja yksityisten sairauskuluvakuutusten sekä työterveyshuollon tuomaa ongelmaa katsotaan suppeammin ja ajallisesti lyhyemmin, niin yksityinen sairauskuluvakuuttaminen toimii kyllä julkisen terveydenhuollon täydentäjänä. Samoin työterveyshuollon ennaltaehkäisevä toiminta toimii julkisen perusterveydenhuollon täydentäjänä. Hyvinvointivaltiolle palveluiden laajuuden kasvattaminen ei-veroperäisin tavoin on edullinen tapa. Koituuhan vain noin 20 % yksityisten sairauskuluvakuutusten maksamista lääkäripalveluista julkisen vallan kustannukseksi. Toisaalta, pitkällä aikavälillä yksityiset sairauskuluvakuutukset syövät julkisen terveydenhuollon, varsinkin perusterveydenhuollon legitimizeettiä. Lisäksi yksityinen sairauskuluvakuuttaminen ja työterveyspalvelut korostavat terveyspalveluiden eriarvoisuutta entisestään. Toiseen alatutkimusongelmaan vastaus on, että yksikanavainen rahoitus julkisessa terveydenhuollossa korjaa paljon ongelmia, muttei ole täysin tyhjentävä ratkaisu sen rahoituksessa.

Tässä tutkimuksessa on käsitelty laajasti suomalaisen terveydenhuollon ongelmia ja haasteita liittyen vapaaehtoiseen sairauskuluvakuuttamiseen. Saadut tulokset kertovat mollivoittoista tarinaansa siitä, mihin suomalainen terveydenhuolto on viime vuosina ollut matkalla, ennen viimeisimpiä ryhtiliikkeitä valtionhallinnon tasolta. Hyvinvointivaltion laadukas ja tasavertainen terveydenhuolto kaikille suomalaisille ei juuri nykyään ole enää todellisuutta. Tämä tutkimus on terveydenhuollon uudistustarpeiden vuoksi erittäin ajankohtainen, mielenkiintoinen ja toivottavasti herättää keskustelua. Aiheen tutkimusmateriaalia on ollut runsaasti tarjolla ja aiheesta on myös kirjoitettu paljon. Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti ovat korkeat, sillä käsitelty kirjallisuus päätyi suurimmilta osin samanlaisiin lopputuloksiin tutkimuksen kanssa. Terveyspalveluiden rahoitus on oltava julkista suurimmin osin. Julkinen rahoitus on muutettava yksikanavaiseksi. Hollannin henkilökohtaisen budjetin malli pitäisi ottaa kokeiluun Suomessa.

## 7. LÄHTEET

### Kirjallisuus lähteet

- Arrow, Kenneth: Uncertainty and the welfare economics of medical care (1963).  
Julkaisija: The American economic review no. 5
- Atkinson, A.B: The welfare state and economic performance (1995). Julkaisija:  
National tax Journal, vol. 48, no. 2
- Baldock, John: On Being a Welfare Consumer in a Consumer Society (2003). Social  
Policy and Society. Julkaisija: Oxford University press.
- Barr, Nicholas: Economics of the welfare state, 5th edition (2012). Julkaisija: Oxford  
University press.
- Havakka, Pauliina et al (2012): Sosiaalivakuutus. Finva.
- Hellsten, Katri. Helne, Tuula (2004): Vakuuttava sosiaalivakuutus. Kelan  
tutkimusosasto.
- Hirsijärvi, Sirkka; Hurme, Helena (2011): TUTKIMUSHAASTATTELU:  
Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Julkaisija: Gaudeamus.
- Kelan sairausvakuutustilasto (2011). Julkaisija: Kela
- Korpi, Walter: Social Policy and Distributional Conflict in the Capitalist  
Democracies. A Preliminary Comparative Framework. West European Politics 3  
(1980)
- Leinonen, Emilia (2014): Henkilökohtainen budjetti, systemaattinen  
kirjallisuuskatsaus kansainvälisestä tutkimuksesta. Julkaisija: Jyväskylän yliopisto:
- Niskanen, William (1971): Bureaucracy and Representative Government. Julkaisija:  
Chicago Alherten
- New, Bill (1999): Paternalism and Public Policy. Julkaisija: Economics and  
Philosophy, vol. 15, 63-83.
- Patronen, Mari et al (2012): Henkilökohtainen budjetti. Julkaisija: Sitra
- Pauly, Mark. Overinsurance and public provision of insurance: The roles of moral  
hazard and adverse selection (1974). Julkaisija: The quarterly journal of economics,  
vol 88, no. 1.
- Pekurinen, Markku et al (2011): Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen  
rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Julkaisija: Terveyden ja hyvinvoinnin  
laitos
- Perkurinen, Markku et al (2012): Sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen  
kehittäminen: Kohti yksikanavaista alueellista järjestäjä-rahoittajaa. Julkaisija:  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
- Rantala, Jukka; Pentikäinen, Teivo (2009): Vakuutusoppi. Julkaisija: Finva.
- Slomp, Hans (2011): Europe, a political profile. Julkaisija: Library of Congress
- Tullock, Gordon (1970): Private wants, public means : an economic analysis of the  
desirable scope of government. Julkaisija: University press of America

## Sähköiset lähteet

- FKL a: Taloudellisen turvallisuuden 4-portainen malli.  
[http://www.fkl.fi/materiaalipankki/julkaisut/Julkaisut/Vakuutus\\_Suomessa.pdf](http://www.fkl.fi/materiaalipankki/julkaisut/Julkaisut/Vakuutus_Suomessa.pdf)
- FKL b, sairauskuluvakuutustilastot.  
[http://www.fkl.fi/tilastot/Tilastot/Sairauskuluvakuutuksen\\_lukumaaratilasto\\_2009-2012.pdf](http://www.fkl.fi/tilastot/Tilastot/Sairauskuluvakuutuksen_lukumaaratilasto_2009-2012.pdf). Viitattu 11.4.2013
- FKL c, tiedote 14.2.2013.  
<http://www.fkl.fi/ajankohtaista/tiedotteet/Sivut/Sairauskuluvakuutukset.aspx>
- FKL d Sairauskuluvakuutukset,  
<http://www.fkl.fi/ajankohtaista/tiedotteet/Sivut/Sairauskuluvakuutukset.aspx>, viitattu 14.2.2013
- Docrates Oy, hinnasto 2013 (viitattu 20.3.2013)  
[http://www.docrates.com/images/stories/kustannusarviot/Tyypillinen\\_hoitokokonaisuus\\_eturauhassyvn\\_ulkoinen\\_sdehoito\\_RapidArc\\_adaptiivinen\\_annossuunnittelu.pdf](http://www.docrates.com/images/stories/kustannusarviot/Tyypillinen_hoitokokonaisuus_eturauhassyvn_ulkoinen_sdehoito_RapidArc_adaptiivinen_annossuunnittelu.pdf)
- Helsingin sanomat, pääkirjoitus, 7.3.2011: Terveyspalveluiden iso linja keskusteluun.  
<http://www.hs.fi/paakirjoitus/artikkeli/Terveyspalveluiden+iso+linja+keskusteluun/1135264330189>
- Hiilamo, Heikki (2012). Kaikille parhaat terveystalvelut (JHL), viitattu 25.3.2013  
<http://www.jhl.fi/portal/fi/ajankohtaista/nettikasvo?bid=2361>
- Kallio, Johanna. 2008. Yksityisten lääkäripalveluiden käyttö ja ideologiset tekijät. Julkaisija: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Saatavuus:  
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100189/kallio.pdf?sequence=1>
- Kari, Matti (2005). Sosiaalivakuutus hyvinvointiyhteiskunnan perustana -artikkeli. Viitattu 12.4.2013.  
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/101568/051kari.pdf?sequence=1>
- Kolmasosalla lapsista sairauskuluvakuutus: Helsingin uutiset (viitattu 27.1.2013)  
<http://www.helsinginuutiset.fi/artikkeli/219621-jo-kolmasosalla-lapsista-on-sairauskuluvakuutus>
- Kunnat.net-a: Kunnat.net - sairaanhoitopiirit, viitattu 24.3.2013  
<http://www.hel.fi/hki/terke/fi/Potilasmaksut>
- Lehto, Juhani. UTA Terveystenhuollon muutokset (2011). Viitattu 17.3.2013.  
<http://www.uta.fi/yti/ytiluennot/Terveystenhuollon%20muutokset%20ja%20hyvinvointivaltion%20teoriat20.9.2011.pdf> (Viitattu 4.2.2013)
- Lukko, Jyrki (2009) Vakuutus ja solidaarisuus – Hyvinvoinnin taloudellinen hallinta kilpailuvaltiossa -luentosarja. Viitattu 22.3.2013.  
<http://www.ppt2txt.com/r/802747fb/>
- Muistio: Tilasto- ja tutkimustietoa yksityisen terveystenhuollon sairausvakuutuskorvauksista (2012). Julkaisija: Lääkäriliitto.  
<http://www.laakariliitto.fi/files/Savadata.pdf>

- OP-Pohjola, Mittaturvan vakuutusehdot 1.1.2012. Viitattu 10.3.2013.  
<https://www.pohjola.fi/loso/1332541.pdf>
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Vihreä Liitto ry. Viitattu 4.6.2014.  
<http://www.vihreat.fi/files/liitto/sosiaali-ja-terveyspol-ohjelma2010.pdf>
- STM, WWW-sivusto Palvelujen menot. Viitattu 4.4.2013.  
[http://www.stm.fi/stm/toiminta\\_ja\\_talous/palvelujen\\_menot](http://www.stm.fi/stm/toiminta_ja_talous/palvelujen_menot)
- The Health foundation: The Dutch experience of personal health budgets report (2011). Viitattu 11.6.2014  
<http://www.health.org.uk/public/cms/75/76/4162/2684/Personal%20health%20budget%20case%20study.pdf?realName=1r4eQJ.pdf>
- THL:n asiantuntijaryhmä Pekurinen & Kumpu.; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistoimenpiteet (2010). Julkaisija: THL <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/0fde485f-a347-40de-96b7-7e77656276bb>
- THLa: Palveluiden järjestäminen Internet-sivusto.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/palvelujen\\_jarjestaminen](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki/palvelujen_jarjestaminen). Viitattu 20.3.2013
- THLb, WWW-sivusto, Työterveyshuolto (viitattu 26.3.2013). Lähde:  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/tyoterveyshuolto](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/palvelujarjestelma/terveyspalvelut/tyoterveyshuolto)
- THL - tilastot 2006 liitetiedosto sairauskuluvakuutukset  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/haku?haku=sairauskuluvakuutus&pikahaku=true&x=0&y=0](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/haku?haku=sairauskuluvakuutus&pikahaku=true&x=0&y=0)
- Volk, Raija (2011). Hoiva ja hoitopalveluiden uudistaminen. Viitattu 28.3.2013.  
[https://www.uef.fi/documents/1084483/1438206/Tapiola+Akatemia\\_100211\\_Volk.pdf/e4d0f167-27ac-42f7-b991-e45ccfcc3b90](https://www.uef.fi/documents/1084483/1438206/Tapiola+Akatemia_100211_Volk.pdf/e4d0f167-27ac-42f7-b991-e45ccfcc3b90)
- 2010-luvun sosiaaliset ongelmat: köyhyys, syrjäytyminen, perusturvan puutteet (2010) Sosiaalipolitiikan päivät luentosarja.  
<http://blogs.helsinki.fi/sosiaalipolitiikanpaivat/files/2010/11/abstraktikirjaviimeisin.pdf>

### Oikeudelliset lähteet

- Kansanterveyslaki
- Laki yksityisestä terveydenhuollosta
- Sairausvakuutuslaki
- Terveydenhuoltolaki

## **Liite 1. Kuvioluettelo.**

Kuvio 1 Julkisten terveystalouden monikanavarahoitus	7
Kuvio 2 Finanssialan keskusliiton taloudellisen turvallisuuden 4-portainen malli	20
Kuvio 3 Taloudellisen turvallisuuden riskit eri elämänvaiheissa	21
Kuvio 4 Fisherin mallin teoreettinen hyötypiste	22
Kuvio 5 Terveystalouden rahoitus	28
Kuvio 6 Sairausvakuutuskorvausten jakautumien eri osa-alueille	30
Kuvio 7 Kela sairausvakuutus tilastot 2011	31
Kuvio 8 Kela sairausvakuutus tilastot 2011	32
Kuvio 9 Vakuutusjärjestelmien vertailua AWBZ ja Wmo	36
Kuvio 10 Hollannin henkilökohtaisen budjetin käyttäjämäärä	37
Kuvio 11 Henkilökohtaisen budjetin asiakasprosessi	38
Kuvio 12 Henkilökohtaisen budjetin maksukerrat asiakkaalle vuodessa	38
Kuvio 13 Vuosikustannukset laitoshoidon, kotihoidon ja henkilökohtaisen tilin välillä per henkilö	40
Kuvio 14 Henkilökohtainen budjetti keskiarvo per henkilö	41
Kuvio 15 Henkilökohtaisen budjetin talouden kokonaishyötyjä	42
Kuvio 16 Henkilökohtaisen budjetin hyötyjä asiakkaalle	42
Kuvio 17 Hans Slomp poliittinen spektri	49
Kuvio 18 Soininvaaran yksikanavarahoituksen mahdollinen toteutusmuoto	56

## Liite 2. Haastattelukysymykset 2013

### Taustakysymykset

- Ikä
- Koulutustausta
- Vuodet nykyisessä työpaikassa
- Asema nykyisessä työpaikassa
- Onko teillä tai perheenne jäsenellä yksityistä sairauskuluvakuutusta

### Terveydenhuolto

- Mitä näette julkisen terveydenhuollon suurimpina haasteina
- Mitä näette yksityisen terveydenhuollon suurimpina haasteina
- Mikä eroa on julkisen terveydenhuollon ja yksityisen terveydenhuollon rooleissa
- Täydentävätkö yksityinen ja julkinen sektori toisiaan vai ovatko ne toistensa vastakohtat
- Miten työterveyspalvelut vaikuttavat julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon
- Onko Suomen kansantaloudella varaa useisiin päällekkäisiin järjestelmiin

### Vakuuttaminen

- Tulisiko KELA korvausjärjestelmästä luopua
- Miten KELA korvausjärjestelmää tulisi kehittää
- Miten näette sairauskuluvakuuttamisen osana terveydenhuoltoa
- Onko sairauskuluvakuuttaminen uhka julkiselle terveydenhuollolle
- Onko sairauskuluvakuuttaminen mahdollisuus terveydenhuollolle
- Eriarvoistaako sairauskuluvakuuttaminen kansalaisia
- Moral Hazard ja riskinvalinta julkisessa ja yksityisessä vakuuttamisessa
- Voiko hoivavakuutukset nousta suureen rooliin vakuuttamisessa

### Lopuksi

- Ideologinen vastakkainasettelu - totta vai tarua terveydenhuollossa



### **Liite 3. Haastattelukysymykset 2014**

#### **Taustakysymykset**

- Ikä
- Koulutustausta
- Nykyinen työpaikka ja lyhyt työhistoria

#### **Monikanavainen ja yksikanavainen rahoitus**

- Mitä näette nykyisen terveydenhuollon monikanavarahoituksen suurimpina ongelmina?
  - Ovatko julkisesti rahoitetut terveystilipalvelut ja yksityisesti rahoitetut sairaskuluvakuutukset mielestänne ristiriidassa keskenään?
- Valtioneuvosto linjasi syksyllä siirtymisen yksikanavaiseen rahoitusjärjestelmään. Tulisiko rahoitus yksikanavaisesti vain julkiselta puolelta?
- Terveydenhuollon rahoituksen siirtäminen monesta kanavasta yhteen kanavaan voi lisätä kustannuksia huomattavasti tässä yhdessä kanavassa (kunnat tai valtio?). Näettekö riskinä, että se vaikuttaisi terveydenhuollon palvelutasoon?
- Onko terveydenhuollon yksikanavainen rahoitusmalli mielestänne paras ratkaisu nykyisen monikanavarahoituksen ongelmiin?
- Mitä yksikanavainen julkinen rahoitus tarkoittaisi terveystilipalvelualueille?

#### **Henkilökohtaiset terveystilit**

- Tunnetteko Hollannin terveystili / henkilökohtaisen budjetin mallin?
- Mitä hyötyjä / haittoja näette henkilökohtaisen budjetin mallista yksikanavaisen rahoituksen lisäksi hallinnollisesti?
- Mitä hyötyjä / haittoja näette henkilökohtaisen budjetin mallista loppuasiakkaalle verrattuna pelkkään yksikanavaiseen malliin?
- Tulisiko Suomen toteuttaa kokeilu henkilökohtaisen budjetin mallista uuden yksikanavaisen rahoitusjärjestelmän yhteydessä?
- Tulisiko Suomen siirtyä henkilökohtaisen budjetin mahdollistamiseksi halukkaille Hollannin tapaan?
- Näettekö, että terveydenhuollon BKT-osuus saataisiin laskemaan henkilökohtaisten tilien mallilla (esim. Singaporen terveystilimalli)
- Onko henkilökohtaisen budjetin rahoitusmalli tasa-arvoinen alueellisesti ja tulonjaollisesti kaikille?