

TAMPEREEN YLIOPISTO
Taloustieteiden laitos

KATSAUS EUROOPPALAISEN TERVEYDENHUOLLON REFORMIIN: Suomen terveydenhuoltojärjestelmän vertailua muihin Euroopan talousalueen maihin ja näkökulmia suomalaisen terveydenhuollon tulevaisuuteen.

Kansantaloustiede
Pro gradu –tutkielma
Helmikuu 2007
Ohjaaja: Matti Tuomala

Vesa Kääpä

Tiivistelmä

Terveyspalvelujen kallistuminen on pakottanut Euroopan valtiot etsimään uusia taloudellisempi tapoja tuottaa ja rahoittaa terveyspalvelujaan. Lisääntyvät terveysmenot eivät enää korreloi paremman terveyden kanssa. Terveyspalvelujen hinnan nousun takana on kysynnän kasvu, joka pääosin on johtunut teknologian kehityksestä. Uudet ja paremmat hoitomuodot lisäävät terveyspalvelujen kysyntää ja näin ollen terveydenhuollon kokonaiskustannukset kasvavat. Tulevaisuudessa ikääntyminen lisää merkittävästi terveyspalvelujen kysyntää. Ikääntyminen nostaa kokonaismenoja, mutta vähentää myös koulutetun työvoiman tarjontaa. Vääränlaiset kannustimet terveydenhuollon rahoituksessa lisäävät terveyspalvelujen kysyntää. Tässä tapauksessa lisääntynyt kysyntä on tarjontalähteistä. Eurooppalaisessa terveydenhuollon reformissa pyritään löytämään kestävä tie tuottaa laadukkaita terveydenhuollon palveluita kaikille kansalaisille tuloista tai asuinpaikasta riippumatta. Erilaiset reformitoimet, kuten omavastuumaksujen asettaminen, vaikuttavat kustannusten kontrolloinnin lisäksi myös terveydenhuoltojärjestelmän rahoituksen oikeudenmukaisuuteen. Suuret omavastuumaksut siirtävät rahoitusjärjestelmän painopistettä terveitä ja hyvätuloisia suosivaksi. Suomalainen verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä on selvinnyt hyvin kansainvälisessä vertailussa. Suomi pystyy tuottamaan kansainvälisesti vertailukelpoisia terveydenhuoltopalveluja keskimääräistä alhaisemmilla kustannuksilla. Suomalaisen järjestelmän tulevaisuuden haasteista suurin on ikääntyminen. Ikääntyminen lisää valtiontalouden paineita kahdella tavalla. Ensinnäkin vanhusväestön terveydenhuoltopalvelujen tarve on moninkertainen työikäisiin verrattuna. Toiseksi eläkkeellä olevien suhteellisen määrän kasvaessa työikäisiin kohdistuva verorasitus kasvaa. Eläkemaksujen nousu ja terveydenhuollon hinnannousu lisäävät verokiilaa. Verokiilan kasvaessa Suomen kilpailukyky heikkenee ja tätä kautta valtiontalouden liikkumatila vähenee. Suurimmassa osaa Eurooppaa tilanne on samankaltainen, jopa vaikeampi kuin Suomessa. Vastauksia ikääntymisen haasteisiin ovat esimerkiksi eläkeiän nosto, vanhusten laitoshoidon minimoiminen, terveiden elinvuosien elinajanodotetta nopeampi kasvu ja terveydenhuollon rahoitusjärjestelmän uudistaminen.

1 JOHDANTO	1
2 TERVEYSPALVELUJEN ERITYISPIIRTEET	4
3 TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄT	7
Sosiaalivakuutukseen perustuva terveydenhuoltojärjestelmä.....	8
Verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä	11
4 JULKISEN SEKTORIN ROOLI TERVEYDENHUOLLOSSA	13
5 TERVEYSMENOT	16
Kokonaiskustannukset	17
Terveyspalvelujen hinnan nousun syyt	20
Tulovaikutus.....	20
Ikääntyminen.....	21
Teknologian kehitys.....	22
Baumolin tauti terveydenhuollossa.....	23
Kannustimet	25
6 EUROOPPALAISEN TERVEYDENHUOLLON REFORMI	27
Terveydenhuollon hajauttaminen	29
Yksityinen terveystakuutus	31
Kilpailu	33
Syyt kilpailuttamiselle	34
Tuottajien välinen kilpailu	37
Terveyspalvelujen kysynnän rajoittaminen	38
Omavastuumaksut	38
Omavastuun vaikutukset	39
Odotusajat	41
Priorisointi.....	44
Julkisäännöstely vs. piilosäännöstely.....	45
Oikeudenmukaisuus	48
Oikeudenmukaisuustutkimus	49

7 SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ.....	53
Kansainvälistä vertailua	56
Suomalaisen terveydenhuollon rahoitusrakenne	59
Terveystuollon julkinen rahoitus	59
Terveystuollon yksityinen rahoitus	63
Terveystuollon rahoituksen oikeudenmukaisuus Suomessa	64
8 SUOMALAISEN TERVEYDENHUOLLON TULEVAISUUS	67
Tehokkuus	67
Hoitotakuu	69
Oikeudenmukaisuus Suomessa	70
Ikääntymisen vaikutus Suomessa	73
Ikääntymisen kustannusvaikutus	73
Ikääntymisen vaikutus lääkärien työntarjonnalle	75
Elintavat	80
9 YHTEENVETO	83
Lähteet	88
Elektroniset lähteet	90

1 JOHDANTO

Hyvä terveys on useimmille ihmisille yksi elämän tärkeimmistä arvoista. Ihmiselle on tyypillistä kantaa huolta myös muiden ihmisten terveydestä. Yhteisön terveydentila vaikuttaa jokaiseen yhteisön yksilöön riippumatta siitä, onko yksilö terve vai sairas. Ihmiset voivat myös pyyteettömästi huolehtia siitä, että myös vähempiosaisilla yhteisön jäsenillä on mahdollisuus pitää terveydestään hyvää huolta. Parempiosaisilla yhteisön jäsenillä on sekä itsekkeitä että pyyteettömiä motiiveja osallistua vähempiosaisten terveydenhuollon järjestämiseen.

Terveyspalvelut ovat yksityishyödyke, mutta niiden tuottamista ei ole kuitenkaan jätetty markkinoiden hoidettavaksi. Terveydenhuoltoa pidetään ns. meriitti-hyödykkeenä, jonka tuotanto- ja kulutus päätöksiä ei voi jättää yksilöiden vastuulle. Yksilö ei osaa arvioida paljonko hänen pitäisi kuluttaa terveyspalveluja. Todennäköisesti yksilö aliarvioisi terveyspalvelujen tarpeensa ja tämän vuoksi yhteiskunnan on pidettävä huolta siitä, että näin ei pääse tapahtumaan. Verovaroin rahoitetun tai sosiaalivakuutusjärjestelmän ideana on se, että yksilö ei joudu yksin kantamaan sairaudesta johtuvia kustannuksia, vaan kustannukset jaetaan terveiden ja sairaiden kesken. Verotuksen ollessa progressiivinen verorahoitteen terveydenhuoltojärjestelmän rahoitus ottaa huomioon myös yksilön maksukyvyyn ja myös hyväosaiset osallistuvat vähäosaisten terveydenhuollon kustannuksiin. Sosiaalivakuutusjärjestelmässä hyvätuloiset maksavat suurempia sosiaalivakuutusmaksuja kuin vähätuloiset. Sosiaalivakuutusjärjestelmä ei kuitenkaan ole progressiivinen. Sosiaalivakuutusmaksut ovat tuloihin suhteutettuja, mutta prosentuaalisesti yhtä suuria joka tuloluokassa.

Julkista terveydenhuoltoa voidaan perustella usealla eri tavalla. Ulkoisvaikutukset mainitaan usein perusteluna, miksi julkisen sektorin rooli terveydenhuollossa on niin suuri. Yksilön hyvä terveys lisää yksilön työntarjontaa. Mitä terveempiä ihmiset ovat, sitä enemmän he voivat tehdä työtä ja sitä kautta koko yhteisö hyötyy. Terveydellä ja vauraudella on selkä yhteys. Kumpi on seuraus ja kumpi syy, sitä on vaikea arvioida. Hyvä terveys lisää taloudellista vaurautta ja vauraus antaa edellytyksen hyvän

terveydenhuoltojärjestelmän luomiselle. Kaikki OECD-maat rahoittavat osan terveydenhuollostaan, julkisista varoista. Julkisen sektorin rahoitusosuus terveydenhuoltomenoista on pienin USA:ssa, alle 50 prosenttia, ja suurin Luxemburgissa, yli 90 prosenttia. Euroopan talousalueen maiden keskiarvo oli, vuonna 2003, n.75 prosenttia (OECD, Health data 2006). Euroopassa terveydenhuolto rahoitetaan joko verovaroin tai sosiaalivakuutusjärjestelmän kautta. Verorahoitteisissa järjestelmissä terveystalouden tuotanto on pääosin julkista. Sosiaalivakuutusjärjestelmässä yksityisillä terveydenhuoltopalveluilla on merkittävä osuus terveydenhuollon palvelutuotannossa.

Eurooppalainen tapa järjestää terveydenhuolto on tuottanut hyviä tuloksia. Eliniänodotteet ovat maailman korkeimpia, lapsikuolleisuus pientä ja useat hankalat taudit, kuten tuberkuloosi, ovat lähestulkoon hävinneet Euroopasta. Terveydenhuoltoon kuitenkin joudutaan panostamaan jatkuvasti yhä enemmän varoja. Terveystalouden hinnannousu on aiheuttanut Euroopan maiden terveydenhuoltojärjestelmissä reformitarpeen. Terveysmenot kasvavat nopeammin kuin talous, joten niiden bruttokansantuoteosuus kasvaa. Terveysmenojen kasvaessa korkeat julkiset rahoitusosuudet aiheuttavat ongelmia valtion taloudelle. Korkeat veroasteet heikentävät valtioiden kilpailukykyä ja sitä kautta hidastavat talouskasvua. Talouskasvun hidastuessa terveydenhuollon bruttokansantuoteosuudet nousevat edelleen ja verorasitus entisestään kasvaa. Eurooppalaisen terveydenhuollon reformeissa ei ole kyseenalaistettu julkisen sektorin merkittävää roolia terveystalouden rahoittajana ja tuottajana. Useissa Euroopan maissa on kuitenkin paineita julkisen rahoitusosuuden laskuun. Julkisen rahoitusosuuden lasku helpottaa valtiontalouden paineita, mutta ei poista todellista ongelmaa eli terveystalouden hinnannousua.

Pro gradu -työni alkuosassa selvittää syitä, miksi julkisella sektorilla on niin suuri osuus terveystalouden rahoittamisessa ja tuotannossa. Lisäksi tutustutaan tekijöihin, jotka nostavat terveystalouden hintaa, ja toimiin, joihin terveydenhuollon reformeissa pääosin on keskitytty. Työni loppuosa käsittelee Suomen terveydenhuoltoa. Siinä tarkastelen, miltä suomalainen terveydenhuoltojärjestelmän pääpiirteittäin näyttää ja vertailen sitä muiden Euroopan maiden järjestelmiin. Lopuksi luodaan katsaus suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän tulevaisuuteen. Tarkoituksena on tutustua suomalaisen

terveydenhuoltojärjestelmän suurimpiin ongelmiin; ikääntymiseen ja rahoitusjärjestelmän epäoikeudenmukaisuuteen. Lähteenä olen käyttänyt pääosin OECD:n terveydenhuollon reformiin liittyviä tutkimuksia. Tilastotiedot ovat pääosin peräisin OECD:n Health data 2006 tietokannasta.

2 TERVEYSPALVELUJEN ERITYISPIIRTEET

Terveyspalvelujen kysyntä eroaa muista yksityishyödykkeistä. Kysyntä on epäsäännöllisempää ja sitä on vaikeampi ennustaa kuin keskimäärin muiden hyödykkeiden kohdalla. Riski sairastua on epäsäännöllisesti jakaantunut ihmisten kesken ja omaa sairastumistaan on vaikea ennakoida. Terveyspalvelut lisäävät kuluttajan hyötyä vasta, kun ihminen sairastuu ja toisaalta kuluttaja maksimoi kokonaishyötynsä kuluttaessaan nolla yksikköä terveyspalvelua eli ollessaan terve. Terveiden menettäminen ei ole ainoastaan riski korkeiden kulujen vuoksi, vaan vaikuttaa myös yksilön tulonhankkimiskykyyn.

Potilaat odottavat lääkäriltään tietynlaista käyttäytymistä, joka eroaa muista yrittäjistä. Karkeasti voidaan ajatella, että asiakkaan täytyy voida luottaa lääkäriinsä paremmin kuin esim. autokauppiaseen. Etiikalla pyritään varmistamaan lääkärin oikeanlainen käyttäytyminen. Etiikka ohjaa lääkärin toimintaa. Lääkärin oletetaan koulutuksessaan omaksuvan oikeanlaisen ammattietiikan ja hän tarvitsee myös luvan harjoittaakseen ammattiansa. Lääkärinä voi menettää toimilupansa, jos hänen toimintansa ei ole ammattikunnan etiikan mukaista.

Terveyspalveluista aiheutuu myös ulkoisvaikutuksia. Positiivisista ulkoisvaikutuksista johtuen terveyspalveluja ei kuluteta tarpeeksi, mikäli niitä kulutetaan markkinahinnalla. Näin ollen terveyspalvelujen hintaa olisi tuettava julkisesti verovaroin. Terveiden positiivisia ulkoisvaikutuksia voidaan peilata sairauden negatiivisten ulkoisvaikutusten kautta. Sairaus aiheuttaa ongelmia myös sairaan ihmisen kanssaihmisille. Sairaus voi levitä ihmisestä toiseen ja läheisen ihmisen sairaus on usein ahdistava kokemus omaisille. Terveiden positiivisina ulkoisvaikutuksina voidaan pitää myös sitä, että ihmiset ovat mieluummin tekemisissä terveiden kuin sairaiden ihmisten kanssa. Ihmiset pelkäävät sairastuvan itsekkin tai pitävät sairaita ihmisiä epämiellyttävinä. (Besley & Gouveia 1994, 204)

Sairastuminen on aina suuri rahallinen riski yksilölle. Yksilö saattaa menettää sairastumisen vuoksi työkyvyn ainakin sairauden ajaksi tai mahdollisesti koko loppuiäkseen. Sairauden

hoitokulut ovat korkeita ja epävarmuus sairastumisesta luo tarpeen vakuuttamiselle sairastumisriskiä vastaan. Vakuuttaminen tuo mukanaan omat ongelmansa terveydenhuoltoon.

Vapaasti vakuutusmarkkinoilla määräytyvä tasapainotila, täydellisen informaation ja täydellisen kilpailun vallitessa, olisi pareto-tehokas. Vakuuttajat tarjoaisivat vakuutuksia asiakkaan riskityypin mukaan siten, että korkeanriskin asiakkaat maksaisivat enemmän vakuutuksistaan kuin matalanriskin asiakkaat. Käytännössä vakuutusmarkkinoilla vallitsee kuitenkin epätäydellinen informaatio.

Epätäydellisen informaation ongelmat, adverse selection sekä moral hazard ongelmat, estävät pareto -tehokkaan markkinaratkaisun syntymisen. Adverse selection tarkoittaa vakuutettujen valikoitumista. Kun vakuuttajalla ei ole tietoa vakuutettavista, eikä heidän riskityypeistään, vakuuttaja ei pysty tarjoamaan reiluja vakuutus sopimuksia. Riskityypit voidaan kerätä yhteen, mutta tällöin joudutaan tilanteeseen, jossa matalanriskin tyypit subventoivat korkean riskin vakuutettavia (mt, 226). Vakuuttajan tarjotessa keskimääräistä vakuutusta tapahtuu markkinoilla vakuutettujen valikoituminen. Ainoastaan korkean riskin omaavat ottavat terveystakuutuksen ja matalan riskin tyyppien kannattaa maksaa terveydenhoitonsa suoraan omasta pussistaan. Vakuutettujen valikoitumisesta aiheutuu vakuuttajalle tappioita, koska vakuutusmaksut ovat keskiarvoja korkeasta ja matalasta riskistä, mutta asiakkaat ovat ainoastaan korkean riskin vakuutettavia. Vakuuttajan on nostettava vakuutusmaksut vastaamaan korkean riskityypin vakuutettavien vakuutusmaksuja välttääkseen konkurssin.

Käytännössä yksityisillä vakuutusmarkkinoilla joudutaan kuitenkin tarjoamaan vakuutettavien erilaisista preferensseistä johtuen yksilöllisiä vakuutuksia. Vakuutetun on käytävä terveystarkastuksessa ennen vakuutuksen ottamista. Tarkastuksessa lääkäri asiantuntijan ominaisuudessa arvioi vakuutettavan riskityypin, jonka jälkeen vakuuttaja pystyy tarjoamaan oikeanlaista vakuutusta. Ongelmia seuraa, jos vakuutettavalta löytyy tarkastuksessa jokin krooninen sairaus. Tällöin vakuutusmaksut saattavat nousta niin korkealle, että vakuutettavan ei kannata ottaa vakuutusta ollenkaan.

Moral hazard - ilmiö vaikuttaa terveydenhuollossa kahdella tapaa. Terveyspalvelun tuottajalla sekä ostajalla voi olla ”moraalinen riski”. Tuottajan tapauksessa se tarkoittaa sitä, että lääkärin tulojen ollessa sidoksissa toimenpiteiden määrään, lääkärillä on rahallinen intressi määrätä liikaa toimenpiteitä. Ostajan tapauksessa riski on olemassa, kun vakuutettu ei maksa markkinahintaa terveysterveyspalveluista. Tällöin hänellä on taipumus kuluttaa liikaa terveysterveyspalveluita. Vakuutettu ei myöskään aina käytä kaikkia mahdollisia keinoja välttääkseen sairastumista. Tällöin kyse on myös moral hazard-ilmiöstä. Omavastuuosuuksilla voidaan yrittää vähentää potilaan ”moraalista riskiä”.

Vakuutuksesta koituu monenlaisia hallinnointikustannuksia: muun muassa myynnistä aiheutuvat kustannukset, riskityyppien selvittämiset ja ihmisten erilaisista tarpeista johtuvat yksilölliset vakuutukset. Mitä suuremmat hallintokustannukset vakuutuksista koituu, sitä suuremmiksi vakuutusyhtiön on määriteltävä vakuutusmaksunsa. Mitä vähemmän erilaisia terveysterveysvakuuksia ja terveysterveysvakuutuksen tarjoajia on, sitä pienemmät ovat myös hallinnointikustannukset. Voidaan siis ajatella että, pakollinen julkinen terveysterveysvakuutus pystyisi tarjoamaan terveysterveysvakuutuksen pienemmällä vakuutusmaksulisällä kuin yksityinen terveysterveysvakuutus. Näin näyttäisi olevan myös todellisuudessa, sillä hallinnointikustannukset ovat pienimmät julkisen vakuutuksen maissa ja suurimmat niissä maissa, joissa yksityisen vakuutuksen rooli on suurin. Vakuutustoiminnassa näyttäisi näin ollen olevan skaalaetuja. (Oxley & MacFarlan 1994, 24)

3 TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄT

Terveydenhuoltopalvelut voidaan tuottaa yksityisesti tai julkisesti. Terveyspalvelujen rahoitus voidaan järjestää joko yksityisen vakuutuksen kautta, verovaroin, suorilla potilasmaksuilla tai sosiaalivakuutuksen kautta. Lähestulkoon kaikissa järjestelmissä turvaudutaan näiden yhdistelmiin.

Besley & Gouveia (1994) jaottelivat terveydenhuoltojärjestelmät sen mukaan, miten terveyspalvelut on pääosin tuotettu ja rahoitettu. Besley & Gouveia jakavat terveydenhuoltojärjestelmät kolmeen eri tyyppiin:

- I – tyyppi yksityinen rahoitus ja yksityiset terveyspalvelut
- II – tyyppi julkinen rahoitus ja merkittävät yksityiset terveyspalvelut
- III – tyyppi julkinen rahoitus ja julkiset terveyspalvelut

Tämä jaottelu on hyvin karkea, eikä yksikään maa ole puhtaasti jotain näistä tyypeistä. Lähinnä ensimmäistä tyyppiä on USA. Esimerkkeinä II-tyypin maista voidaan mainita Saksa ja Ranska. Pohjoismaat luetaan kuuluvaksi III-tyypin maiksi. (Besley & Gouveia 1994, 210.)

I-tyypin maissa yksityinen vapaaehtoinen vakuutus on merkittävin terveyspalvelujen rahoitusmuoto. Yksityisillä vakuutusmarkkinoilla vakuutusyhtiö tarjoaa vakuutuksia, joissa vakuutusmaksu on riippuvainen vakuutettavan riskistä. Vakuutuksia on monenlaisia ja jokaisen riskityypin mukaan yksilöllisiä. Yksityisessä sairaskorvausjärjestelmässä korkean riskin omaavilla asiakkailla on vaikeuksia saada vakuutusta. Palvelut ovat pääosin yksityisesti tuotettuja. OECD-maista USA:n ja Sveitsin terveydenhuolto on rahoitettu pääosin yksityisellä vakuutuksella (Docteur & Oxley, 2003, 9).

Sosiaalivakuutukseen perustuva terveydenhuoltojärjestelmä

Voidaan sanoa, että Euroopassa on kaksi pääasiallista tapaa rahoittaa terveyshuolto. Osa maista rahoittaa terveydenhuoltonsa pääosin verovaroin ja osa rahoittaa terveystalveunsa sosiaalivakuutuksella. Verorahoitteisissa järjestelmissä julkinen osuus terveystmenoista oli vuonna 2003 keskimäärin 76 prosenttia. Sosiaalivakuutuksen maissa julkinen osuus terveystmenoista oli samana vuonna keskimäärin n. 72 prosenttia. (OECD, Health data 2006)

Sosiaalivakuutusjärjestelmään perustuva rahoitus on käytössä Alankomaissa, Belgiassa, Itävallassa, Luxemburgissa, Ranskassa, Saksassa ja Sveitsissä. Euroopan maista myös Puola, Unkari, Slovakia ja Tshekki rahoittavat terveydenhuoltonsa pääosin sosiaalivakuutuksen kautta. Terveystalvet on rahoitettu pääosin sosiaalirahastojen vakuutuksilla ja terveystalvelujen tuotannossa yksityisellä sektorilla on merkittävä rooli.

Sosiaalivakuutus perustuu lakisäateisiin sairastvakuutusrahastoihin, jotka ovat viranomaisten valvonnassa. Rahastot saavat varansa kotitalouksilta, työnantajilta ja valtiolta. Rahastot maksavat jäsentensä terveydenhoidon ja jäsenet maksavat ainoastaan mahdolliset omavastuumaksut. Eri riskityypit on kerätty yhteen ja vakuutusmaksut ovat tiettyyn rajaan saakka tuloista riippuvaisia. Sosiaalivakuutus on pääsääntöisesti pakollinen. Sairastvakuutusrahastoja on monenlaisia, muun muassa teollisuuden erialoilla on omansa, uskontokunnilla omansa ja rahastot voivat olla myös maantieteellisesti rajattuja. Saksassa oli 1980-luvulla yli 1000 sairastvakuutusrahastoa, mutta muissa maissa rahastoja on selvästi vähemmän. Pääosa terveystmenoista maksetaan sairastvakuutusrahaston kautta. Osuus kokonaismenoista vaihtelee 50 prosentista 70 prosenttiin maasta riippuen. Loput menoista katetaan omavastuumaksuin, verovaroin ja yksityisellä vakuutuksella. (OECD, Health data 2006)

Sosiaalivakuutukseen perustuvassa terveydenhuoltojärjestelmässä terveystalvet rahoitetaan pääosin sairastvakuutusmaksuilla. Sosiaalivakuutusrahaston jäsenet maksavat

prosentuaalisen osuuden palkastaan sosiaalivakuutusrahastolle. Sosiaalivakuutusmaksut ovat siis jäsenten tuloihin sidottuja, maksut eivät ole sidottuja terveyspalvelujen tarpeeseen. Osassa sosiaalivakuutuksen maita maksut menevät suoraan keskusrahastolle, joka jakaa varat sosiaalivakuutusrahastoille, sosiaalivakuutusrahastot voivat myös kerätä maksut suoraan jäseniltään, tällöin järjestelmässä ei ole keskusrahastoa. Maissa jossa varat jaetaan keskusrahaston kautta, alueellinen terveyspalvelujen tarve otetaan huomioon varoja jaettaessa. Terveyspalvelujen rahoitus on läpinäkyvämpää kuin verovaroin rahoitetussa järjestelmässä. Rahoitus kerätään suorina palkkaperusteisina maksuina ja varat käytetään sosiaalivakuutusrahaston jäsenten terveydenhuoltoon. Poliittiset päättäjät eivät kohdenna varoja kuten verorahoitteisessa järjestelmässä, tämän vuoksi painostusryhmien vaikutus terveydenhuollon rahoitukseen on vähäisempää. Sosiaalivakuutusrahastot ovat voittoa tavoittelemattomia organisaatioita. (Saltman, Busse & Figueras 2004, 6 – 8)

Palkkaperusteiset sosiaalivakuutusmaksut ovat pääsääntöisesti prosentuaalisesti samansuuruisia. Itävallassa ja Saksassa maksujen suuruus vaihtelee työtehtävien ja sosiaalivakuutusrahastojen välillä. Työnantaja osallistuu työntekijöidensä terveydenhuollon maksamiseen. Pääsääntöisesti sosiaalivakuutusmaksut jakaantuvat tasan, työnantajien ja työntekijöiden välillä. Ranskassa työnantajan osuus on 20 prosenttia. Sairasvakuutusmaksuilla on yleensä maksukatto. Sosiaalivakuutusjärjestelmässä on myös maksuja jotka eivät ole tulosidonnaisia, tällaiset maksut ovat pääsääntöisesti nimellisiä. Sosiaalivakuutusjärjestelmässä terveydenhuollon palveluja rahoitetaan myös verovaroin. Itävallassa ja Sveitsissä verovaroilla on merkittävä rooli sairaalahoidon rahoituksessa. Ranskassa verovaroja on käytetty sosiaalivakuutusrahastojen alijäämien kattamiseen. (mt, 45 – 50)

Yksityisellä terveysvakuutuksella on suurempi rooli sosiaalivakuutukseen perustuvissa terveydenhuoltojärjestelmissä kuin verorahoitteisissa järjestelmissä. Sosiaalivakuutukseen perustuvissa terveydenhuoltojärjestelmissä yksityisen vakuutuksen osuus kokonaisuudesta on suurin Alankomaissa, n. 17 prosenttia. Myös Ranskassa yksityinen vakuutus on merkittävässä roolissa terveydenhuollon rahoituksessa, n. 13 prosenttia kokonaisuudesta. Muissa sosiaalivakuutuksen maissa yksityinen vakuutus jää alle kymmeneen prosenttiin.

Verorahoitteisissa järjestelmissä yksityisen vakuutuksen osuus vaihtelee Islannin nollassa prosentista Irlannin viiteen prosenttiin (OECD, Health data 2006).

Verorahoitteinen terveydenhuoltojärjestelmä

Verovaroin rahoitetussa järjestelmässä pääosa rahoituksesta kerätään verotuksen kautta ja terveyspalvelut ovat pääsääntöisesti julkisesti tuotettuja. Palveluntuottaja ja -rahoittaja ovat perinteisesti kuuluneet samaan organisaatioon ja tällaista järjestelyä kutsutaan usein integroiduksi terveydenhuoltojärjestelmäksi. Verorahoitteiset järjestelmät voidaan jaotella ainakin syntyajallisesti vanhoihin ja uusiin verorahoitteisiin järjestelmiin. Vanhoja järjestelmiä ovat pohjoismaiden järjestelmät, kuten Iso-Britannian ja Irlannin järjestelmät. Uusia verorahoitteisia järjestelmiä ovat Portugalin, Espanjan ja Italian järjestelmät. Myös Kreikka luetaan uudeksi verorahoitteiseksi terveydenhuoltojärjestelmäksi, vaikka Kreikassa terveydenhuollon julkinen rahoitusosuus on varsin alhainen verrattuna muihin veroperusteisiin järjestelmiin. Kreikassa terveystenonon julkinen rahoitusosuus vuonna 2004 oli n. 52 prosenttia (OECD, Health data 2006).

Vanhojen verorahoitteisten järjestelmien luominen aloitettiin 2. maailmansodan jälkeen ja järjestelmät muotoutuivat 1950–1960 -luvuilla. Uudemmat järjestelmät ovat 1970- ja 1980-luvuilla kehittyneitä. Ajanjaksot eroavat merkittävästi toisistaan, sillä 1950-luvulta 1970-luvun puoliväliin asti elettiin voimakasta kasvun aikaa ja julkisia investointeja oli helppo toteuttaa. Vanhat verorahoitteiset järjestelmät ovat syntyneet sotien jälkeisessä Euroopassa ajanhenkeen hyvin sopivina; voimakkaan uudelleen rakentamisen aikakautena, paternalismin ja kansanvalistus -ideologian kyllästäminä.

Uudet verorahoitteiset järjestelmät puolestaan ovat reaktioita vanhan terveydenhuoltojärjestelmän toimimattomuuteen. Uusien verorahoitteisten maiden ongelmina olivat alueelliset erot terveyspalveluiden saatavuudessa. Köyhillä ja harvaan asutuilla seuduilla terveyspalvelujen saatavuus oli vaikeaa. Terveyspalvelujen minimitaso oli myös riittämätön ja erikoissairaanhoidon jonotilanne oli hyvin vaikea. Uuden verovaroihin perustuvan järjestelmän uskottiin tuovan helpotusta näihin ongelmiin. Mallia on haettu varsinkin Pohjoismaista ja Iso-Britanniasta. (Saltman & Figueras 1997, 121 – 123)

Ajanjakso 1970-luvun puolivälistä 1990-luvulle ei ollut Euroopassa yhtä otollista aikaa julkisille investoinneille kuin ajanjakso, jolloin vanhat verorahoitteiset järjestelmät ovat kehittyneet, johtuen kiristyneestä kilpailusta valtioiden välillä. Huoli kiristyvistä verotuksesta ja reaalikorkojen nousu pakottivat eri maiden päättäjät tarkemmin arvioimaan julkisten investointiensä tuottoja. Tämän vuoksi uudet verorahoitteiset järjestelmät poikkeavat vanhoista. Esimerkiksi ylikapasiteetti ongelmia ei juuri ole ja tämä johtuu siitä, että sairaalaverkostoa luotaessa rahoitusolosuhteet ovat olleet korkeamman korkotason myötä varsin toisenlaiset kuin 1950- ja 1960 -luvuilla.

Verorahoitteisessa järjestelmässä terveystaloudet maksetaan siis pääosin verovaroilla, mutta myös suorat potilasmaksut ovat merkittäviä ja niiden osuus on 1990 -luvulta lähtien ollut kasvussa. Yksityinen rahoitus, kotitalouksien suorat potilasmaksut poisluettuna, on integroiduissa järjestelmissä vähäistä. Suorat potilasmaksut ja omavastuuosuudet puolestaan ovat selvästi korkeammat kuin muissa järjestelmissä. Sosiaalivakuutuksen maissa omavastuumaksut olivat vuonna 2003 keskimäärin 10 prosenttia. Veroperusteisissa järjestelmissä omavastuuosuudet olivat samana vuonna keskimäärin 18 prosenttia. (OECD, Health Data 2006)

4 JULKISEN SEKTORIN ROOLI TERVEYDENHUOLLOSSA

Normaalitapauksessa hyödykkeen kokonaistuotos jaetaan kuluttajille siinä suhteessa, mitä he ovat valmiita hyödykkeestä maksamaan. On olemassa kuitenkin hyödykkeitä, joiden tuotannon valtio on ottanut hoitaakseen ja tällöin tuotos jaetaan kaikille asukkaille tasan tai tarveharkintaisesti. Tällaisia ovat esimerkiksi koulutus ja terveydenhuolto. Toimialat, joilla on mittakaavaetuja eli niin sanotut luonnollisen monopolin alat, ovat usein valtion sosialisoimia tai ainakin valtion sääntelyn alaisia. Terveyspalveluissa esiintyvien erityispiirteiden vuoksi kaikissa terveydenhuoltojärjestelmissä valtiolla on merkittävä rooli ainakin terveydenhuoltopalvelujen rahoittajana. Joissakin maissa lähes koko terveydenhuolto on rahoitettu julkisesti eli verovaroin.

Lähestulkoon kaikissa OECD-maissa terveydenhuolto onkin pääosin julkisesti rahoitettua. Vain USA:ssa ja Turkissa valtion osuus terveydenhuollon rahoituksesta on alle 50 prosenttia. Terveyspalvelujen tuotannon järjestäminen vaihtelee maittain enemmän kuin rahoitus. Yhteistä kaikille maille on kuitenkin se, että suorat maksut potilaalta palvelun tarjoajalle ovat pienet. Suurimman osa terveydenhuollon kustannuksista maksaa jokin kolmas osapuoli. (Besley & Gouveia 1994, 209)

Terveyspalvelujen sosialisointipäätöksellä täytyy olla enemmistön tuki. Oletetaan, että yhteiskunta ottaa terveyspalvelujen tuotannon vastuulleen ja jakaa palveluja tasapuolisesti kaikille kansalaisilleen ilmaiseksi. Yhteiskunta rahoittaa terveyspalvelujen tuotannon verovaroin, tällöin rikkaat osallistuvat köyhien terveydenhuollon maksuun, koska maksavat enemmän veroja. Vaikka verojärjestelmä ei olisikaan progressiivinen, verovaroin rahoitettu terveydenhuoltojärjestelmä on silti uudelleenjakava. Kaikki kansalaiset saavat hyödykettä saman määrän. Verovaroin tuotettu hyödyke on suurempi osa köyhän tuloa kuin rikkaan, ja näin ollen köyhä saa suhteellisesti enemmän hyötyä. Verovaroin rahoitettu järjestelmä jakaa tuloja myös terveiltä sairaille.

Keskiarvotuloa vähemmän tienaavia ihmisiä on enemmän kuin sitä enemmän tienaavia, jolloin sosialisointia tukemaan on mahdollista saada enemmistö. Sosialisointia vastaan

toimivia voimia ovat muun muassa heterogeeniset preferenssit. Ihmisillä, jotka ovat yhteneväisiä tuloiltaan, voi olla erilaiset preferenssit sosialisoitavan hyödykkeen kulutuksen suhteen. Käytäntö siitä, että kaikki saavat hyödykettä saman verran, joutuu ristiriitaan kansalaisten erilaisten preferenssien kanssa. Todennäköisyys, että sosialisoidaanko jokin hyödyke, riippuu kansalaisten preferenssien heterogeenisyydestä ja siitä miten vinoutunut kansalaisten tulojakauma on. (mt, 231–232)

Tulojen epätasainen jakaantuminen aiheuttaa sen, että suurin osa ihmisistä maksaa sosialisoidusta hyödykkeestä vähemmän veroja kuin hyödykkeestä koituvat kustannukset kuluttajaa kohden olisivat. Näin ollen sosialisointipäätökselle on olemassa vaadittava enemmistö. Mitä suuremmat erot preferensseissä on, sitä epätodennäköisempää sosialisointi on. Yhteisö on sitä valmiimpi sosialisoimaan hyödykkeen tuotannon, mitä enemmän tulojakauma on vinoutunut ja mitä homogeenisemmät preferenssit ovat.(Usher 1977)

Tulojen uudelleenjakaminen tasaisesti populaation kesken olisi parempi vaihtoehto kuin hyödykkeen tuotannon sosialisointi. Tällöin jokainen saisi kuluttaa haluamansa määrän tuotteita. Rikkaiden on kuitenkin helpompi hyväksyä tulojen uudelleenjako julkisten terveyspalvelujen muodossa, kuin suorina rahasiirtoina. Suurin kannustin parempituloisten osallistumiselle vähempiosaisten terveydenhuollon kustannuksiin on se, että varallisuuden uudelleenjaolla terveydenhuoltojärjestelmän kautta on positiivinen vaikutus työntarjonnalle, kun taas suorilla rahasiirroilla on negatiivinen vaikutus työntarjonnalle.

Terveyspalveluja pidetään myös meriittihyödykkeenä, mikä tarkoittaa sitä, että yhteiskunta ei halua antaa yksilön päättää omasta kulutuksen tasostaan. Meriittihyödykkeillä yleensä tarkoitetaan koulutusta ja terveyspalveluita. Yksilö ei välttämättä osaa arvioida omaa meriittihyödykkeen tarvettansa oikein ja tämän vuoksi yhteiskunta haluaa varmistaa, että meriittihyödykettä kulutetaan riittävä määrä. Yhteiskunta vähintäänkin tukee terveyspalvelun hintaa, mutta käytännössä myös terveysvalistus on merkittävä osa perinteisten veroperusteisten maiden terveyspolitiikkaa. Terveyden positiiviset ulkoisvaikutukset ovat seikka, miksi tuotannon sosialisointi on parempi vaihtoehto kuin

suora tulonsiirto rikkailta köyhille. Näin varmistetaan, että terveystalvveluja kulutetaan sosiaalisesti optimimäärä. (Besley & Gouveia 1994, 236)

Kuitenkin jokaisessa verorahoitteisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on myös yksityisesti rahoitettuja ja tuotettuja terveydenhuollon palveluja. Jofre-Bonetin tutkielmassa (1999) vertailtiin kolmea eri tapaa tuottaa terveystalvveluja: julkista monopolia, yksityistä oligopolia ja näiden sekoitusta. Mallissa otettiin huomioon myös terveydenhuollon laatu. Kuluttajan hyöty saatiin, kun laskettiin yhteen rikkaiden ja köyhien kokema hyöty ostamista yksityisistä terveydenhuoltoalvvelusta lisättynä hyödyllä, joka saatiin käyttämällä julkisia terveydenhuoltoalvveluja.

Köyhien ihmisten on vaikea hankkia terveystalvveluja, jos markkinoilla on ainoastaan yksityisiä firmoja. Marginaalikustannukset ovat niin korkeat, että yksityiset terveystalvvelut ovat liian kalliita ja tasokkaita köyhemmälle kansanryhmälle. Näin ollen julkinen terveydenhuolto poistaa yksityisen vakuutuksen kattavuusongelman eli tarjoaa heikompi-tasoisia terveystalvveluja myös vähempituloisille.

Sekamallissa yksityisen terveydenhuollon taso on korkeampi kuin julkisella puolella, mutta yksityisten palveluiden hinta on alhaisempi, jos markkinoilla toimii yksityisen oligopolin lisäksi julkinen toimija. Myös verrattuna pelkkään julkiseen monopoliiin sekamalli on parempi. Terveydenhuollon laatu ja kokonaishyvintointi on parempi julkisen tuottajan ja yksityisen oligopolin toimiessa markkinoilla verrattuna julkiseen monopoliiin. Jofre-Bonetin malli antaisi olettaa, että kun löydetään sopiva suhde julkisen ja yksityisen vakuutuksen välillä, niin terveystalvvelujen hintaa voitaisiin alentaa, huonontamatta terveydenhuollon tasoa.(Jofre-Bonet, 1999)

5 TERVEYSMENOT

Suurimmaksi yksittäiseksi ongelmaksi Eurooppalaiselle terveydenhuollolle on muodostunut kustannusten kasvu. Ajanjaksolla 1960 – 1990, terveydenhuollon kustannusten kehitys voidaan nähdä kaksijakoisena. Ensimmäinen vaihe 1960-luvulta 1970-luvun puoleenväliin asti oli laajenemisen aikakautta. Terveydenhuollon bkt-osuudet järjestelmästä riippumatta kasvoivat aina öljykriisiin asti. Tämän jälkeen on havaittavissa selkeä muutos; bkt-osuudet kasvoivat edelleen, mutta selvästi hitaammin kuin aiemmin. (Besley & Gouveia 1994, 206)

Kolmen vuosikymmenen aikana, 1960 – 1990, terveydenhuollon bkt-osuudet keskimäärin kaksinkertaistuivat, niiden ollessa aikajakson alussa neljä prosenttia ja kasvaen kahdeksaan prosenttiin 1990-luvulle tultaessa. 1970-luvulla sairaalasektori oli suurin terveydenhuoltomenoja lisäävä tekijä, etenkin maissa joissa terveydenhuoltomenojen kasvu oli kaikkein nopeinta. 1980-luvulla sairaalakustannukset laskivat huomattavasti, mutta useissa maissa muiden, esimerkiksi perusterveydenhuollon kallistuminen, mitätöi sairaalakustannusten laskun. (Oxley & MacFarlan 1994, 8).

1980-luvulla kustannusten kasvu ja budjettipaineet loivat tarpeen joko terveydenhuollon tason laskemiselle tai sen tehokkaammalle tuottamiselle. Tason laskun ollessa poliittisesti hankalaa, vaihtoehdoksi jäi osan palvelutuotannon ja rahoituksen siirtäminen yksityiselle sektorille. Joko yksityistä sektoria pidettiin tehokkaampana tai todennäköisemmin vain haluttiin keventää terveydenhuollon aiheuttamaa budjettirasitusta. Suurimmat julkisen sektorin bkt-osuuden vähennykset olivat Iso-Britanniassa, Kreikassa ja Portugalissa. Samaan aikaan kyseiset maat lisäsivät terveydenhuollon kokonaismenojen bkt-osuuksia eli yksityisellä sektorilla oli merkittävää kasvua. (Besley & Gouveia 1994, 214)

Tänä päivänä eri maiden terveydenhuoltomenoissa on suuria eroja. Eniten terveydenhuoltoonsa panostaa Luxemburg. Vuonna 2004 Luxemburgin terveystenot asukasta kohden olivat yli 5000 USD. Norjassa terveystenot olivat vuonna 2004 n. 3900 dollaria per asukas. Pienimmät terveystenot ovat Portugalilla n. 1800 USD per asukas.

Vanhat verorahoitteiset maat käyttivät suurin piirtein yhtä paljon kuin sosiaalivakuutuksen maat, hieman yli 2700 dollaria per asukas. Sosiaalivakuutuksen maat kuluttivat hieman alle 2800 dollaria per asukas. Luvut ovat ostovoimakorjattuja.(OECD, Health data 2006)

Kokonaiskustannukset

Kokonaiskustannukset muodostuvat pääosin kolmesta osasta: sairaalahoidosta, perusterveydenhuollosta ja lääkekuluista. Kokonaiskustannukset jakautuvat eri maissa eri tavalla. Resurssien allokoinnissa löytyy huomattavia eroja eri maiden välillä. Esimerkiksi perusterveydenhuollon osuus vaihtelee 15 prosentista 30 prosenttiin ja lääkekulut vaihtelevat 10 prosentista 25 prosenttiin. Sairaalahoidon osuus kokonaismenoista vaihtelee Espanjan 25 prosentista Islannin 55 prosenttiin. (OECD, Health data, 2006)

Vuodeosastohoito eli erikoissairaanhoito on kaikkein kallein osa-alue terveydenhuollon kokonaismenoista. Vuodeosastohoidon tarvetta on yritetty vähentää uusilla lääkehoidoilla ja päiväkirurgialla. Päiväkirurgialla tarkoitetaan sitä, että potilas hoidetaan sairaalassa, mutta kotiutetaan samana päivänä. Uudet lääkehoidot ovat myös mahdollistaneet vuodeosastopäivien vähentämisen. Myös vuodepaikkoja on pystytty vähentämään hoitajaksojen lyhentyessä. Vaikka erikoissairaanhoitoon osuus kokonaismenoista ei korreloisikaan maiden välisissä vertailuissa kokonaismenojen kanssa, voidaan perustellusti väittää, että vuodeosastohoidon painoa vähentämällä voidaan kontrolloida kokonaiskustannuksia.

Lääkkeiden kehitys on mahdollistanut uusia hoitomuotoja ja tietyt uudet lääkkeet ovat mahdollistaneet kalliista sairaalahoidosta luopumisen. Nykyään hoitajaksoon kuuluu huomattavasti vähemmän vuodeosastopäiviä kuin aiemmin. Esimerkiksi Suomessa keskimääräinen hoitajakson pituus on lyhentynyt puoleen vuoden 1980 8,8 päivästä. Kehitys on ollut samansuuntainen myös muissa maissa. Verorahoitteiset maat kuitenkin selviävät keskimäärin lyhemmillä hoitajaksilla kuin sosiaalivakuutuksen maat. (OECD, Health data 2006).

Lyhentynyttä hoitajaksoa voidaan siis selittää lääkemenojen kasvulla. Lääkemenot ovat kasvaneet kaikissa maissa ja hoitajaksot ovat myös lyhentyneet selvästi kaikissa maissa. Kuitenkin verorahoitteiset maat kuluttavat lääkkeisiin vähemmän kuin sosiaalivakuutuksen maat, vaikka hoitajakso on selvästi lyhyempi. Toisaalta verorahoitteisten maiden lääkemenot ovat kasvaneet 1990-luvulla selvästi nopeammin, kuin sosiaalivakuutuksen maissa. Sosiaalivakuutuksen maissa keskimäärin 40 prosenttia ja verorahoitteisen järjestelmän maissa keskimäärin 75 prosenttia (OECD, Health data 2006).

Verorahoitteinen järjestelmä antaa paremman mahdollisuuden kontrolloida lääkkeiden kulutusta. Lääkäreiden reseptin kirjoitusta tarkkaillaan ja kontrolloidaan paremmin. Myös rahalliset kannustimet lääkereseptien kirjoittamiseen puuttuvat. Sosiaalivakuutuksen maissa lääkäreillä on kovempi kilpailu potilaista ja lääkäreiden palkkioperusteissa on edelleen rahallisia kannustimia määrätä liikaa hoitoja ja reseptejä. Terveystuollon erilaisista järjestelmistä johtuvat erot selittävät lääkekulutuksen eroja. Toisaalta verorahoitteisten maiden nopeammin kasvavat lääkekulut selittävät osaltaan hoitajakson lyhenemistä.

Lääkkeiden hintaan vaikuttaa patentit ja sitä kautta lääketehneiden monopoliasema. Lääketeollisuuden kustannukset johtuvat suurelta osin kehityskustannuksista. Lääkkeiden hinnan säätely ja monopsoniostot ovat keinoja vaikuttaa lääkkeiden hintoihin. Kannustimet lääkkeiden käytön järjeistämiseen niin lääkäreille kuin potilaille ovat myös tärkeitä. Kannustimina voidaan käyttää muun muassa kuluttajan omavastuuta. Vakuutuksen korvatussa halvimmalla markkinoilla olevan lääkkeen hinnan mukaan kuluttajat alkavat ostaa halvempia lääkkeitä. (Oxley, MacFarlan 1994, 44 – 45)

Kokonaiskustannusten kontrolli on helpompaa verorahoitteisissa maissa kuin sosiaalivakuutuksen maissa, sillä näissä maissa rahoitus tulee pääosin yhdestä lähteestä. Rahoittaja voi määrittää kokonaisbudjetin, budjettiraamit, jonka puitteissa terveystuollus on tuotettava. Sosiaalivakuutusjärjestelmissä on yleensä monia rahastoja, mistä terveystuollus maksetaan. Silloin tarvitaan rahastojen välistä yhteistyötä sekä yhteistyötä

tuottajien kanssa että valtion säätelyä. Kokonaisbudjetin määrittäminen on helpompaa kun rahoitus tulee pääosin yhdestä lähteestä.

Kokonaiskustannusten kontrollissa tärkein kohde on siis sairaalakustannukset. Uusien sairaaloiden rakentaminen on tarkoin harkittua ja kalliiden teknologioiden käyttöönotto on kontrolloitua. Sairaalakustannuksien eniten käytetty kontrolliväline on vuodepaikkojen vähentäminen. Vuodepaikkojen vähentäminen on vaikeampaa sosiaalivakuutuksen maissa kuin verovaroin rahoitetuissa järjestelmissä. Tämä johtuu keskushallinnon heikommasta valvonnasta. Yksittäisillä sairaaloilla on suurempi autonomia järjestää palvelunsa kuin verovaroin rahoitetussa järjestelmässä.

Työvoimaa voidaan myös kontrolloida. Tällöin keinona käytetään yleensä koulutettujen määrän kontrollointia. Potilaan maksamien sairaalamaksujen kontrollilla vaikutetaan terveystalouden tarjontaan. Kun sairaala ei voi nostaa potilasmaksuja haluamalleen tasolle, ei se myöskään halua lisätä terveystalouden tarjontaa. Perusterveydenhuollon kustannuksia kontrolloidaan muun muassa terveystaloudellisten maksuilla. Tarkoituksena terveystaloudellisten maksuilla on vähentää kuluttajapuolen moral hazardia.(mt, 28 – 29)

Yleensä perusterveydenhuolto on kustannuksiltaan halvempaa kuin vuodeosastohoito. Kokonaiskustannuksia onkin alennettu siirtämällä sairaanhoitoa avohoidon ja lääkehoidon piiriin. Perusterveydenhuolto on myös tärkeässä asemassa kustannusten kontrollin kannalta. Avohoidossa yleislääkärit, esimerkiksi terveystaloudellisten lääkärit, päättävät sairaalahoidon tarpeellisuudesta ja ovat ns. portinvartijoita.

Omalääkärijärjestelmällä yritetään vähentää kuluttajan moral hazardia. Lääkäri tuntee potilaansa paremmin ja siten lääkäriellä on parempi tieto potilaan todellisesta hoidon tarpeesta, jolloin ylikysyntä vähenee. Lääkäreiden määrän ollessa suuri ja maksujen perustuessa toimenpiteiden määrään, kannustimet voivat kuitenkin johtaa ylitarjontaan. Toisaalta taas omalääkärijärjestelmä, jossa maksuperusteena on kiinteä palkka, johtaa mahdollisesti terveystalouden alitarjontaan eli kerman kuorintaan(mt, 43 – 44).

Kerman kuorinnalla tarkoitetaan ilmiötä, jossa lääkäreiden ei kannata ottaa vaikeita potilaita, koska he vaativat enemmän työtä. Vaikeiden potilaiden hoidosta ei saa sen enempää palkkaa kuin vähemmän vaikeiden potilaiden hoidosta. Jos lääkäri ei ole tulospalkkausta, vaan jonkinlainen palkkakatto on olemassa, lääkäri saattaa olla kannustimena keventää työtaakkaansa.

Terveyspalvelujen hinnan nousun syyt

Terveyspalvelujen lisääntynyt kysyntä on johtanut terveyspalvelujen kokonaiskustannusten nousuun. Terveyspalvelujen kysyntää lisäävät lähinnä väestön ikääntyminen, teknologian kehitys ja varallisuuden kasvu. Myös vakuutukseen liittyvät moral hazard ongelmat johtavat teoriassa terveyspalvelujen ylikysyntään ja sitä kautta terveysmenojen kasvuun.

Tulovaikutus

Vaurastuminen lisää terveysmenoja. Terveyspalvelujen kysyntä kasvaa tulojen kasvaessa. Länsimaiden rikastuessa myös terveydenhuollon bruttokansantuoteosuudet ovat nousseet. Tietyn tulotason saavutettuaan ihmiset ovat valmiita lisäämään terveyspalvelujen kulutusta. Kehitys on selkeimmin nähtävissä järjestelmissä, joissa yksityisellä vakuutuksella on merkittävä rooli, esimerkiksi USA:ssa. Yhdysvaltojen terveysmenot ovat bruttokansantuoteosuuksina laskettuna noin kaksinkertaiset Eurooppalaiseen keskiarvoon verrattuna. Osa kalliimmasta terveydenhuollosta selittyy laadullisilla eroilla ja yksityisen vakuutuksen korkeammilla hallinnointikustannuksilla. Eräs selittävä tekijä on kuitenkin kuluttajan varallisuuden kasvu. USA:ssa kotitalouksien käytettävissä olevat tulot ovat selvästi suuremmat kuin läntisessä Euroopassa keskimäärin. Vuonna 2003 käytettävissä olevat tulot olivat Yhdysvalloissa n. 30 000 USD, länsieurooppalaisen keskiarvon ollessa n. 16 000 USD. Summat ovat ostovoimakorjattuja. (OECD, Health data 2006)

Täytyy kuitenkin ottaa huomioon, että esimerkiksi Suomessa on verovaroin rahoitettu julkinen terveydenhuolto, joten tulojen kasvu ei periaatteessa lisää terveyspalvelujen

kysyntää. Tulovaikutus eli tulojousto on voimakkaimmillaan järjestelmissä, joissa on suuret omavastuumaksut. Järjestelmissä, missä omavastuuosuuksilla on vähäinen merkitys, tulojousto on pieni. Verorahoitteisissa ja sosiaalivakuutuksen järjestelmissä terveystalvelujen tulojousto on vähäinen, koska ihmiset saavat ainakin teoriassa saman hoidon tuloista riippumatta. Terveystalveluissa, jotka eivät kuulu vakuutuksen piiriin, voidaan havaita kysynnän ja käytettävissä olevien positiivinen korrelaatio. Tällaisia talveluja Suomessa ovat mm. hammashoidon talvelut.

Ikääntyminen

Terveystalvelujen käyttö on suurinta ensimmäisten ja viimeisten elinvuosien aikana. Yli 65-vuotiaat kuluttavat noin neljä kertaa enemmän terveystalveluita kuin alle 65-vuotiaat (Besley & Gouveia 1994, 212 – 214). Väestön ikärakenteen muutoksia voidaan tarkastella nuorten ja vanhojen suhteellisen osuuden muuttumisena verrattuna työikäiseen väestöön. Tätä suhdetta voidaan kutsua tässä yhteydessä huoltosuhteeksi. OECD:n tilastoista nähdään, että verorahoitteisissa maissa huoltosuhde on muuttunut 1990 -luvulta vuoteen 2003 hyvin vähän. Huoltosuhde on muuttunut keskimäärin edullisempaan suuntaan. Työikäisten määrä suhteessa vanhus ja nuoriso väestöön on kasvanut keskimäärin 3,5 prosenttia. Edullisin ikärakenteen muutos on ollut Irlannissa. Ajanjaksolla vuosina 1990 – 2003, huoltosuhde on muuttunut 25 prosenttia parempaan suuntaan. Epäedullisin huoltosuhde oli Ruotsissa, mutta sielläkin huoltosuhde oli muuttunut edullisempaan suuntaan. Eniten huollettavien määrä on kasvanut Italiassa ao. ajanjaksolla, noin 6,6 prosenttia.

Sosiaalivakuutuksen maissa huoltosuhde on muuttunut epäedullisempaan suuntaan. Huollettavien määrä on kasvanut suhteessa työikäiseen väestöön vuosina 1990 – 2003 keskimäärin 6,3 prosenttia. Eniten huollettavien määrä on kasvanut Saksassa, noin 16 prosenttia. Lähtötilanne, verorahoitteisiin maihin verrattuna, on kuitenkin ollut edullisempi. Tällä hetkellä huoltosuhde on kutakuinkin sama verorahoitteisissa ja sosiaalivakuutuksen järjestelmän maissa.(OECD, Health data 2006)

Ikääntymisen vaikutusta terveydenhuollon kustannuksiin on vaikeampaa arvioida kuin esim. eläkkeisiin, johtuen muun muassa siitä, että eläkkeet ovat laissa tarkasti määritelty, kun taas käsitykset terveydenhuollon minimistä vaihtelevat maittain. Ikääntymisen vaikutusta on vaikea määrittellä, koska ei tiedetä, mitkä väestön ikärakenteeseen liittyvät piirteet vaikuttavat kustannuksiin eniten. Toisin sanoen kumpi vaikuttaa kustannuksiin enemmän, yli 65-vuotiaiden ihmisten suuri määrä vai hyvin vanhojen ihmisten väestöosuuden kasvu. (Dang, Antolin & Oxley 2001, 13)

Teknologian kehitys

Teknologian kehitys on tärkeä tekijä terveystalouden kustannuskehityksessä. Uudet teknologiat ovat mahdollistaneet uusien sairauksien hoidon ja sitä kautta kasvattaneet terveystalouden tarjontaa. Tarjonnan lisäys on ruokkinut kysyntää, josta automaattisesti on seurannut terveystalouden bruttokansantuoteosuuden kasvu. Tekniikan kehitys on toisaalta myös vähentänyt kustannuksia ja uudet lääkkeet ovat vähentäneet leikkauskuluja sekä vuodeosastopäiviä. Uudet rokotteet ovat lähestulkoon hävittäneet osan taudeista kokonaan. Silti teknologian kehitys on ollut kustannuksia lisäävää, vaikkakin on muistettava, että kehityksen tuomat edut varmasti kompensoivat sen aiheuttamat kustannukset (Oxley & MacFarlan 1994, 13). Teknologian kehitys ei ole laskenut terveydenhuollon kokonaiskustannuksia muun muassa siitä syystä, että hintaa alentavaa teknologiaa on käytetty tuottamaan parempia tuotteita samalla hinnalla kuin aikaisemmin. Haluttaessa karsia kustannuksia, samanlaatuista tuotetta olisi tuotettava halvemmalla hinnalla.

Teknologia lisää terveydenhuollon bkt-osuuksia senkin vuoksi, että markkinahinnat eivät kohdenna resursseja. Päätöksiä uusien teknologioiden käyttöönotosta ei tehdä kannattavuuden perusteella, vaan muut seikat ovat tärkeämpiä, kuten mahdollisuus uuden sairauden hoitoon. Uuden teknologian käyttöönoton kustannuksia on vaikea laskea. Päätöksenteossa täytyy ottaa huomioon myös laadullisia seikkoja. Jos tarkastellaan terveydenhuollon investointeja, nähdään investointien olleen 1990 – luvulta 2000 – luvulle

hyvin vakaat, keskimäärin neljä prosenttia kokonaismenoista. Vuosittaiset vaihtelut ovat olleet pieniä.(OECD, Health Data 2006)

Baumolin tauti terveydenhuollossa

Teknologinen kehitys laskee myös terveydenhuollon työn tehokkuutta. Samaan aikaan, kun yhteiskunnan muilla sektoreilla tekniikan kehitys on työtä säästävää ja työtehokkuus kasvaa, niin terveydenhuollossa työn tarve ei vähenny, vaan mahdollisesti jopa lisääntyy. Terveydenhuollon työ tulee suhteellisesti kalliimmaksi kuin muilla sektoreilla ja suhteelliset hinnat nousevat (Besley & Gouveia 1994, 203).

Terveydenhuollon suhteellisen hinnan noustessa, vaikka kysyntä tai tarjonta ei muuttuisikaan, kokonaiskustannukset kasvavat. Tätä ilmiötä kutsutaan ”baumolin efektiksi” eli ”kustannustaudiksi”. Baumolin mukaan erityisesti työvoimavaltaiset palvelut, joissa tuottavuuden kasvu ei ole yhtä nopeata kuin teollisuudessa, kärsivät kustannustaudista. Hitaampi tuottavuuden kasvu liitettyä teollisuuden palkkatason seuraamiseen, aiheuttaa Baumolin mukaan terveydenhuollon suhteellisen hinnan nousun. Terveydenhuollon suhteellisen hinnan nousu kysynnän ollessa joustamatonta, johtaa terveydenhuollon bkt-osuuden kasvuun. Käytännössä on hyvin vaikeata osoittaa, mikä osa terveydenhuollon hinnan nousua on laadun parantumista ja mikä kustannustautia. (Carr & Arriste 2001 , 3)

Kun työntuottavuus on palvelusektorilla tehottomampaa kuin teollisuudessa ja samalla yritetään pitää palvelujen reaalityötuotos vakiona, täytyy palvelutuotannon työntekijämäärän kasvaa. Kärsiikö terveydenhuolto ja kuinka paljon Baumolin mainitsemasta kustannustaudista, riippuu siitä, onko terveydenhuolto työvoimavaltaista ja kuinka paljon palkat terveydenhuollossa ovat seuranneet teollisuuden palkkoja.

Vaikka työntuottavuus on hitaampaa terveydenhuollossa, ovat uudet lääkkeet, paremmat testit ja laitteet lisänneet tuottavuutta. Terveydenhuollossa tuottavuutta on kuitenkin hankala mitata. Uusien parempien hoitojen aiheuttama terveydenhuollon kysynnän kasvu johtaa samaan tulokseen kuin Baumolin kustannustauti. Terveydenhuollon kustannukset

maksaa yleensä kolmas osapuoli: vakuutus tai valtio, mikä johtaa kannustimiin parantaa hoidon laatua kustannusten alentamisen sijasta. Suhteellinen hinta nousee riippumatta siitä, kärsiikö terveydenhuolto ”baumolin taudista” vai ei.

Terveydenhuollon kokonaiskustannukset nousevat, jos yksikköhinta nousee ja kysyntä on joustamatonta. Eli kyseessä on Baumolin tauti. Hinnan laskiessa ja kysynnän ollessa joustavaa, lisääntynyt kysyntä voi ylittää hinnan laskun aiheuttaman kustannusten laskun. (mt, 8)

Se miten paljon kokonaiskustannusten nousu on aiheutunut Baumolin kustannustaudista ja miten paljon kustannuksia lisäävästä tuottavuuden kasvusta, on vaikea määrittellä, johtuen lähinnä terveydenhuollon tuottavuuden mittaamisen hankaluudesta. Carr & Arriste löysivät tutkimuksessaan viitteitä Baumolin kustannustaudin vaikutuksista kanadalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään.

Kanadan terveydenhuoltojärjestelmä on hyvin työvoimavaltainen, jopa työvoimavaltaisempi kuin muut palvelut. Keskimääräiset ansiot terveydenhuollossa ovat lisääntyneet enemmän kuin muualla taloudessa. Työvoiman määrä terveydenhuollossa on lisääntynyt vuosina 1987 – 1996 nopeammin kuin väestö. Suhteellinen yksikkökustannus on kasvanut, palkat ovat kasvaneet nopeammin kuin bkt ja nopeammin kuin muualla taloudessa. Vaikka terveystalouden tuotantoa ja tuottavuutta on vaikea mitata, voidaan ajatella, että tuottavuus on ollut alhaisempaa kuin teollisuudessa. Näyttäisi siis siltä, että kustannustaudilla olisi merkitystä terveydenhuoltojärjestelmien kokonaiskustannusten kasvussa. (mt, 15)

Kannustimet

Kannustimet saattavat lisätä terveystalouden turhaa käyttöä. Vääränlaiset kannustimet lääkäreiden palkkioissa ja sairaaloiden maksuperusteissa ovat merkittävä tekijä terveydenhuollon kustannusten kasvussa. Maksuperusteina on käytetty esimerkiksi vuodeosastohoidon määrää, hoitotoimenpiteitä, hoidettujen potilaiden määrää ja kiinteitä budjetteja.

Vuodepaikkojen määrä lisääntyi voimakkaasti 1970-luvulla. Ajanjakso 1960-luvulta 1970-luvun puoliväliin oli sairaaloiden rakentamisen aikakautta, mutta myös terveydenhuollon rahoitusperusteissa oli tietynlaisia kannustimia lisätä vuodepaikkojen määrää sairaaloissa. Sairaalat saivat maksunsa sen mukaan, mitä enemmän ne tarjosivat vuodeosastohoitoa (Oxley & MacFarlan 1994, 13–14). Sairaalakustannuksien paino kokonaiskustannuksissa on kaikkein suurin, joten tämän kaltaisten kannustimien olemassa ololla on suuri merkitys terveydenhuollon kokonaiskustannusten kasvulle.

Vanhojen verorahoitteisten maiden keskimääräinen vuodepaikkojen määrä vuonna 1980 oli 4,96 vuodepaikkaa tuhatta asukasta kohden. Vuonna 1990 vuodepaikkoja oli 3,9 / 1000 as. Vuodepaikkoja vähennettiin kymmenen vuoden aikana 21 prosenttia. Vuonna 2002 vuodepaikkoja oli 3 per 1000 asukasta. Uusien verorahoitteisten maiden vastaavat luvut ovat samansuuntaiset. Vuodepaikkoja vähennettiin lähes 20 prosenttia vuosina 1980 - 1990. Vuonna 2002 vuodepaikkoja oli keskimäärin 3,4 / 1000 as.

Sosiaalivakuutuksen maissa vuodepaikkoja vähennettiin maltillisemmin, 1980-luvulla 12,5 prosenttia. Vuodepaikkoja oli alun alkaen selvästi enemmän kuin verorahoitteisissa järjestelmissä. Vuonna 1990 vuodepaikkoja oli keskimäärin 6 / 1000 as.. 2000-luvulla vuodepaikkoja on vähennetty maltillisemmin. Vuonna 2003 vuodepaikkoja oli keskimäärin 5 / 1000 as. Maksuperusteiden muutoksilla on saattanut olla merkitystä verorahoitteisten terveydenhuoltojärjestelmien halukkuuteen vähentää vuodepaikkoja. (OECD, Health data 2006)

Tarjontapuolen moral hazard ilmenee, kun lääkärin palkka riippuu määrättävien hoitojen määrästä. Lääkäreillä on tällöin rahallinen kannustin määrätä liikaa hoitoja. Kilpailun ollessa yhä tiukempaa, lääkäreillä voi tulla paineita määrätä liikaa hoitoja miellyttääkseen potilaitaan. Kilpailu johtaa myös lääkekulujen kasvuun, sillä kovasta kilpailusta johtuen lääkärit taipuvat asiakkaidensa reseptipyyntöihin helpommin. (Oxley & Macfarlan 1994, 14)

Lääkärien saadessa maksunsa suoritettujen toimenpiteiden mukaan järjestelmä kannustaa perusterveyspalvelujen ylituotantoon. Palkkalääkärijärjestelmä toisaalta taas kannustaa alituotantoon ja potilaan siirtoon specialistille tai sairaalahoitoon. Kummassakin tapauksessa kannustimet lisäävät kustannuksia. Ensinnäkin ylitarjonta lisää kustannuksia ja tuottajan moral hazard ongelmaa. Toiseksi potilaan siirto sairaalasektorille lisää kustannuksia, koska sairaalahoito on avohoitoa kalliimpaa.

Sosiaalivakuutuksen maissa maksuperusteena on käytetty enimmäkseen suoritettuja toimenpiteitä. Tällöin kokonaiskustannuksia on vaikea kontrolloida. Verorahoitteisissa järjestelmissä lääkärit ovat pääosin kiinteällä palkalla. Lääkäreiden kiinteä palkkaus toimii normaaleissa olosuhteissa. Palkkalääkäri järjestelmässä vaikeat ja kalliit asiakkaat siirretään mielellään seuraavalle tasolle. Sekoitus kiinteää palkkaa ja maksu per toimenpide antavat todennäköisesti parhaan lopputuloksen. Näin voidaan vähentää eri järjestelmistä johtuvia ongelmia, kuten ylitarjontaa ja helppojen sekä tuottavien potilaiden haalintaa. Useat maat ovatkin alkaneet käyttää palkkausperusteissaan kiinteää palkkaa ja suoritusperusteisia maksuja.

6 EUROOPPALAISEN TERVEYDENHUOLLON REFORMI

Suurinta osaa OECD-maita vaivaa budjettivajeet. Suurin osa terveydenhuollon kustannuksista rahoitetaan julkisesti, joten terveydenhuollon kustannusten kontrollointi voidaan näin ollen nähdä yritykseksi keventää julkisen talouden budjettipaineita. Kuitenkin myös maissa, joissa terveydenhuolto on yksityisesti rahoitettua, kustannusten nousua pidetään vähintään yhtä suurena ongelmana, joten huoli valtion taloudesta ei ole ainoa syy kustannusten kontrollointi pyrkimykseen. OECD-maat käyttäytyvät kuin terveydenhuollon kustannusten katto olisi saavutettu ja ylitetty. Terveydenhuoltoon sijoitettu lisäpääoma ei tuo enää haluttua hyötyä yhteiskunnalle. Vaihtoehtoiskustannukset ovat liian suuret ja sama raha tuottaisi suuremman hyödyn kulutettaessa jossain muualla yhteiskunnassa. (Nolan 1996, 82–83)

Terveydenhuoltojärjestelmät ovat tulleet tiukemman tarkastelun alaiseksi. Aikaisemmin terveydenhuollossa rahalla ei välttämättä ollut merkitystä siinä määrin kuin nykypäivänä. Ajan myötä resurssien niukkuus on tullut myös terveydenhuoltojärjestelmien ongelmaksi. Terveydenhuollon reformit eli uudistukset ovat tulleet ajankohtaisiksi kautta maailman.

Käytännössä terveydenhuoltojärjestelmät ovat jatkuvassa muutoksen tilassa. Erilaiset uudistukset ja kokeilut ovat arkipäivää nykyaikaisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Reformi voidaan erottaa pienemmistä uudistuksista. Rakenteellinen reformi on institutionaalista uudelleen organisointia. Vaikka reformi on yleensä käsitetty poliittisesti värittyneenä, silti tärkeimmät rakenteelliset muutokset syntyvät lähinnä resurssien niukkuudesta ja siitä johtuvasta teknologisesta kehityksestä. Uudistuksien tavoitteet ja keinot niiden saavuttamiseksi vaihtelevat maakohtaisesti ja terveydenhuoltojärjestelmästä riippuen. (Saltman & Figueras 1997, 2 – 3)

Makrotasolla OECD-maissa terveydenhuoltokustannusten kasvu ei korreloi terveyden kanssa, johtuen saavutetusta korkeasta terveyden tasosta. Budjettirajoitteet ja tuotannon tehottomuus ovat aiheuttaneet reformin tarpeen OECD-maissa. OECD-maiden erilaisista

terveydenhuoltojärjestelmistä johtuen myös terveydenhuollon reformeissa on painotettu eri asioita.

Iso-Britanniassa, Ruotsissa ja Suomessa kustannusten nousu ei ole ollut yhtä merkittävä kuin sosiaalivakuutuksen maissa. Tämä johtuu paljolti siitä, että sairaaloiden rahoitusperusteena on ollut kokonaisbudjetti ja lääkäreillä kuukausipalkka. Verorahoitteisissa järjestelmissä reformit on kohdistettu lähinnä jonojen vähentämiseen sekä tehokkuuden parantamiseen. Toisaalta maat painottavat tavoitteitansa eri tavoin. Eri maiden terveydenhoitojärjestelmiin kohdistuu erilaisia paineita. Järjestelmästä riippuen myös painostusryhmien vaikutus terveysmenoihin vaihtelee. Painostusryhminä voidaan pitää potilaita, tuottajia, poliitikkoja sekä veronmaksajia (Oxley & Macfarlan 1994, 27).

Maiden välisistä eroista huolimatta voidaan sanoa, että on olemassa yhteisiä perusperiaatteita, jotka kaikki terveydenhuoltojärjestelmät kokevat omikseen. Kaikki maat pyrkivät varmistamaan jonkinlaisen terveydenhuollon minimitason. Jokaisella kansalaisella pitäisi olla oikeus terveydenhuollon minimitasoon, tuloista riippumatta. Yhteisenä tavoitteena voidaan pitää myös terveydenhuollon rahoituksen oikeudenmukaisuutta. Oikeudenmukaisuus tarkoittaa sitä, että terveyspalvelujen kustannus pitäisi olla mahdollisimman tasapuolisesti jakaantunut terveiden ja sairaiden kesken. Yhteiskunnan hyväosaisten pitäisi osallistua terveyspalveluiden rahoitukseen enemmän kuin huono-osaisten. Terveyspalvelut pitäisi pystyä tuottamaan tehokkaasti ja mahdollisimman vähäisillä kustannuksilla. Terveydenhuollon reformin keskeisiä teemoja ovat olleet terveydenhuollon hajauttaminen, yksityisen terveysvakuus, kilpailu, kysynnän kontrollointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus.

Terveydenhuollon hajauttaminen

Terveydenhuollon hajauttamista on käytetty reformikeinona keskusjohtoisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Keskusjohtoisia järjestelmiä ovat olleet lähinnä integroidut eli verorahoitteiset terveydenhuoltojärjestelmät. Hajauttamisastetta voidaan mitata kolmella tekijällä. Nämä tekijät ovat paikallistason yksiköiden autonomia, delegoitujen tehtävien laajuus ja se, miten paljon kansalaiset voivat suoraan vaikuttaa paikallistason yksiköihin. Verorahoitteisista maista, Suomessa ja Tanskassa on suurin autonomia. Kummassakin maassa päätöksenteko on siirretty kuntatasolle, jolla on verotusoikeus. Näin ollen ne ovat myös vähiten riippuvaisia valtion rahoituksesta. Pohjoismaissa keskusjohto asettaa säännöt, joiden puitteissa paikallistasolla voidaan autonomisesti toimia. Pohjoismaisessa mallissa myös korporaatioilla on suuri vaikutus päätöksentekoon tarkoittaen lähinnä työntekijä- ja työnantajajärjestöjä.

Pohjoismaissa hyvinvointipalvelujen järjestämisvastuu on delegoitu keskusjohdolta paikallishallinnolle. Tanskassa kansa voi suoraan valita vaaleilla ihmiset hoitamaan paikallistason organisaatiota, joka on vastuussa terveyspalvelujen jakelusta. Suomessa taas vaaleilla valitut kuntien valtuutetut valitsevat edustajansa sairaanhoitopiirien hallinnollisiin elimiin. Norjassa alueellisella tasolla ei ole poliittisesti valittua hallintoelintä. (Bankauskaite, Saltman & Vrangbaek 2004, 8 – 10)

Päätöksenteon hajauttamisella paikallistasolle on ollut positiivinen vaikutus kansalaisten suoraan vaikuttamiseen. Kun ihmisillä on hyvät mahdollisuudet vaikuttaa suoraan, järjestelmälle saadaan myös laaja hyväksyntä. Muista verorahoitteisista maista muun muassa Espanja on myös hajauttanut terveydenhuoltonsa päätöksentekoa. Tärkeimmät hajauttamiseen johtaneet syyt ovat olleet historiallisia. Espanjassa on alueita, joilla on voimakkaita itsenäistymispyrkimyksiä, kuten Kataloniassa. Hajauttaminen on tuonut terveydenhuoltosektorille uudistuksia, uusia hallintomalleja ja erilaisia kokeiluja. Hallinto on tullut joustavammaksi. Autonominen malli on tuonut paremmat palvelut alhaisemmalla

hinnalla. Näin on varsinkin Katalonian alueella. Paikallistasolla on paremmin osattu nähdä alueelliset tarpeet. (mt, 13 – 16)

Hajauttamisen motiiveina toimivat pyrkimykset rajoittaa kustannusten kasvua ja hajauttamisen on uskottu parantavan terveydenhuollon kustannusten kontrollointia. Paikallistason osallistuessa terveydenhuollon kustannuksiin myös terveydenhuollon budjettikuri paranee.

Yksityinen terveystakuutus

Julkisesti tuotettujen terveystalvelujen kysyntää voidaan vähentää subventoimalla vapaaehtoisen yksityisen terveystakuutuksen hintaa. Käytännössä se tarkoittaa sitä, että yksityistä terveystakuutusta tuetaan valtion verovaroin joko maksamalla osa vakuutuksesta tai antamalla verohelpotuksia niille, jotka yksityisen vakuutuksen hankkivat. Perusajatuksena on alentaa yksityisen vakuutuksen hintaa ja näin ollen siirtää terveystalvelujen kysyntää julkiselta sektorilta yksityiselle sektorille. Ongelmaksi saattaa muodostua kysynnän kasvu. Yksityisen vakuutuksen kattaessa sellaisia hoitoja, joita julkisella sektorilla ei tuoteta, esimerkiksi ilman lääketieteellisiä perusteita olevia kauneusleikkauksia, terveystalvelujen lisäkysyntä voi syrjäyttää substituutiovaikutuksen, sen mitä yksityistä vakuutusta subventoimalla yritettiin hakea.

Verorahoitteisissa terveydenhuoltojärjestelmissä samat lääkärit toimivat yleensä sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Yksityisen vakuutuksen roolin kasvattaminen pikemmin lisää odotusaikojä edellyttäen, että yksityinen vakuutus lisää terveystalvelujen kysyntää. Toisaalta, jos yksityisen vakuutus lyhentäisi leikkausjonoja julkisella sektorilla, niin jonojen lyheneminen vähentäisi ihmisten kiinnostusta yksityisen vakuutuksen ostamiseen. Pitkät odotusajat korreloivat positiivisesti ihmisten halukkuuteen ostaa yksityistä terveystakuutusta.

Useissa taloustieteellisissä teoreettisissa malleissa paras laatu ja kokonaishyvinvointi saavutetaan jonkinlaisella julkisen ja yksityisen sektorin hybridimallilla. Tilastolliset havainnot reaali maailmasta eivät kuitenkaan aina tue teoreettisia malleja. OECD:n tutkimusten mukaan yksityisellä rahoituksella näyttäisi olevan enemmän negatiivisia vaikutuksia verorahoitteisissa terveydenhoitojärjestelmissä kuin positiivisia. Suurin ongelma näyttäisi olevan syrjäytysvaikutus eli yksityinen rahoitus syrjäyttää julkista rahoitusta ja päinvastoin.

Maissa, joissa odotusajat toimenpiteisiin ovat pitkät, yksityiselle terveystalvvelulle on kysyntää. Yksityinen vakuutus nopeuttaa hoitoon pääsyä ja antaa valinnan vapautta. Yksityisen vakuutuksen roolin kasvattaminen ei kuitenkaan helpota julkisen terveydenhuollon kustannuspaineita. Yksityisen terveystalvvelvakuutuksen tukeminen verorahoitteisissa järjestelmissä pääsääntöisesti lisää terveystalvvelujen kysyntää. Julkisella sektorilla hoitajonoilla kontrolloidaan kysyntää, jolloin jonojen lyheneminen ei vähennä julkisen terveydenhuollon palvelutuotannon tarvetta. Toiseksi kysynnän kasvu voi olla niin suurta, että leikkausjonot julkisella sektorilla eivät lyhene ollenkaan. Yksityinen terveystalvvelvakuutus lisää terveydenhuollon kokonaismenoja.

Yksityinen vakuutus parantaa terveydenhuollon kykyä vastata potilaiden tarpeisiin, kun taas julkinen terveydenhuolto keskittyy tuottamaan mahdollisimman paljon terveyttä mahdollisimman suurelle joukolle ja mahdollisimman halvalla. Yksityinen vakuutus antaa mahdollisuuden yksilöllisempiin terveydenhuoltopalveluihin. Yksityinen terveystalvvelvakuutus lisää terveystalvvelujen laatua, mutta myös hintaa. Yksityinen vakuutus, omavastuumaksuille, vähentäisi terveydenhuollon rahoituksen epäoikeudenmukaisuutta verorahoitteisissa maissa, joissa korkeat omavastuuosuudet vaikeuttavat riskiryhmien hoitoon hakeutumista. Yksityinen vakuutus heikentää terveydenhuollon rahoituksen oikeudenmukaisuutta, jos ajatellaan rahoitusjärjestelmän progressiivisuutta. Toisaalta yksityinen vakuutus on oikeudenmukaisempi rahoitusmuoto kuin omavastuumaksut. (Colombo&Tapay 2004, 51 – 52)

Kilpailu

Eurooppalaisen julkisen sektorin uudistamisessa kilpailun on toivottu tuovan tehokkuutta ja säästöjä julkiselle sektorille. Käytännössä verovaroin rahoitetussa julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä terveystalvelujen tuottaja ja ostaja ovat samaa organisaatiota. Tällainen järjestelmä voi olla ongelmallinen kannustimien kannalta. Tuottajan ja rahoittajan erottaminen omiksi organisaatioiksi toisi ehkä paremman mahdollisuuden kustannusten kontrollointiin. Lisäksi kilpailun on ajateltu tuovan terveydenhuoltoon tehokkaampaa resurssien käyttöä. Rahoittajan ja tuottajan roolin erottaminen toisistaan lisäisi myös tilinpidon mahdollisuutta.

Rahoittajan rooli on etsiä parhaat palvelun tuottajat. Jos markkinoilla on ainoastaan yksi rahoittaja, voidaan saada skaalaetuja. Myös informaation hinta alenee ja monopsoniostoilla voidaan vaikuttaa palvelun hintaan. Vakuuttajan roolin muuttuessa pelkästä rahoittajasta ostajaksi saadaan kilpailu tuottajien välillä kasvamaan. Mahdollisen kilpailun tuomaan hyötyä vaikuttaa luonnollisesti se, miten terveystalvelut on tuotettu, yksityisesti vai julkisesti. Kun rahoittajalla ja potilaalla on mahdollisuus valita palvelun tuottaja, johtaa se kilpailuun ja sitä myötä terveystalvelun hinta laskee.

Kilpailun kiristyessä tulee paremmin esille todellinen terveydenhuollon palvelujen kysyntä. Kilpailusta seuraa paremmin hinnoitellut terveystalvelut ja tällöin resurssien allokaatio paranee. Ongelma onkin se, miten hyvin kilpailutettaessa otetaan huomioon terveystalvelujen ulkoisvaikutukset. Kilpailu mahdollistaa sopimusperusteiset terveydenhuoltopalvelut. Rahoittaja ei ole passiivinen maksaja, vaan kilpailuttaa tuottajia. Hinnat voidaan määritellä lähemmäksi tuotantokustannuksia ja sopimuksin voidaan määritellä terveystalvelun laatu, määrä ja hinta. Kirjallisesti määriteltyjä sopimuksia on helpompi kontrolloida. (Oxley & Macfarlan 1994, 37 - 39)

Kilpailu voi jossain tilanteissa kuitenkin johtaa jopa kustannuksien kasvuun. Esimerkiksi, jos perusterveydenhuollossa lääkärit kilpailevat potilaista, voi tilanne johtaa toimenpiteiden

ylituotantoon. Lääkärit joutuvat miellyttämään potilasta ja määräävät siten herkästi tarpeettomia toimenpiteitä. Kyseiset piirteet ovat varsinkin sosiaalivakuutuksen maiden ongelmia, varsinkin sellaisten maiden, joissa ei ole omalääkärijärjestelmää ja lääkärien palkkioperusteena käytetään toimenpiteiden määriä.

Syyt kilpailuttamiselle

Kustannusten kasvu ei ole ollut ainoa motiivi luoda kilpaillut terveydenhuoltomarkkinat. Ei ainakaan verorahoitteen järjestelmän maissa. Motiivit voidaan jaotella kolmeen eri tyyppiin:

- 1) Taloudelliset syyt
- 2) Poliittiset syyt
- 3) Ideologiset syyt

Taloudelliset paineet terveydenhuollon tuotannon tehostamiseen syntyvät pääosin terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta riippumattomista syistä. Reformitarpeet ovat syntyneet kansallisen kilpailukyvyn säilyttämisen ja parantamisen tarpeesta. Kansallisvaltiot kilpailevat keskenään globaaleilla markkinoilla. Tuotannontekijöiden sekä pääoman ja työntekijöiden lisääntynyt liikkuvuus pakottaa kansallisvaltiot verokilpailuun keskenään. Tästä on seurannut mittava julkisen sektorin reformi ja terveydenhuolto osana julkista sektoria on joutunut moninaisten reformien kohteeksi.

Vuosien 1960 – 1980 välisenä aikana terveydenhuollon järjestämisestä vallitsi yhteisymmärrys. Vasta taloudellisen kasvun hidastuttua terveydenhuolto politisoitui. Potilaat organisoituivat ja muodostavat tänä päivänä merkittävän painostusryhmän. Keskiluokan tulojen kasvun myötä terveydenhuollon laadun kohottamiseen kohdistuu merkittäviä paineita. Verorahoitteen järjestelmän maissa poliittiset syyt ovat merkittävä kilpailuttamisen motiivi johtuen tavasta allokoida terveydenhuollon resursseja.

Allokoinnista ei viimekädessä päätä asiantuntijalääkärit, vaan vaaleilla valitut kansanedustajat.

Uudet ideat muovautuvat usein tiedeyhteisön valtaapitävien ideologioiden mukaan. Esimerkiksi terveydenhuollon reformiin on voimakkaasti vaikuttanut OECD. Yhdessä maassa toteutettu reformi siirtyy helposti toiseen maahan riippumatta siitä, onko kyseisessä maassa reformitarvetta. Näin tapahtuu varsinkin, jos maat ovat samankaltaisia kulttuuriltaan ja kieleltään, kuten esimerkiksi Pohjoismaat. Reformi-ideat siirtyvät myös samankaltaisten terveydenhuoltojärjestelmien sisällä. Näin on tapahtunut varsinkin verorahoitteen järjestelmän maiden välillä.

Idea kilpailusta terveydenhuollossa on peräisin USA:sta. Idea sopi hyvin myös 1980-luvulla Iso-Britanniassa vallassa olleiden konservatiivien ideologiaan. Ajatus kilpailusta siirtyi siis ensin Anglosaksisten maiden välillä. Sen jälkeen sama tapahtui myös verorahoitteen järjestelmän maiden välillä. Myös verorahoitteen maiden keskusjohtoisuus ja järjestelmän parempi kontrolloitavuus helpotti uusien ajatusten omaksumista. Sosiaalivakuutuksen maissa kilpailu käsitetään eri tavalla. Sosiaalivakuutuksen maissa järjestelmä on hitaammin muuttuva ja sillä on pitemmät perinteet. Vakuutuslaitosten suuri lukumäärä hidastaa uudistusten omaksumista sosiaalivakuutukseen perustuvissa järjestelmissä. Sosiaalivakuutuksen maissa myös maan sisällä voi olla suuria kielellisiä ja alueellisia eroja, mikä hidastaa uusien käytäntöjen käyttöönottoa. Toisekseen sosiaalivakuutuksen maissa on olemassa useita rahoittajia ja vakuuttajia. Periaatteessa sosiaalivakuutusrahastot voisivat toimia kilpailluilla markkinoilla. Käytännössä sosiaalivakuutusrahastoon ei voi aina vapaasti valita, vaan se määräytyy esimerkiksi työpaikan mukaan tai alueellisesti. Sosiaalivakuutusrahastoilla on mahdollisuus kilpailuttaa palveluntuottajia, koska yksityisellä palvelun tuotannolla on merkittävä rooli.

Kilpailua on kahdenlaista. Ensinnäkin voidaan erotella kilpailu terveystalvelujen tuottajien välillä. Tällöin kilpaillaan sopimuksista. Kilpailua voi myös olla terveystalveluja kuluttavista asiakkaista. Ensiksi mainittu on sisämarkkinatyypinen ratkaisu, joka on käytössä verorahoitteen maissa. Jälkimmäinen tarkoittaa sitä, että vakuutuslaitokset

kilpailevat asiakkaista tai terveyspalvelujen tuottajat, esimerkiksi lääkärit perusterveydenhuollossa, kilpailevat keskenään asiakkaista. Jälkimmäinen kilpailumuoto on käytössä sosiaalivakuutuksen maissa.(Freeman 1998, 395 – 401)

Tuottajien välinen kilpailu

Tuottajien välistä kilpailua on käytetty kustannusten karsimisessa ja laadun parantamisessa Länsi-Euroopan maista ainoastaan Iso-Britanniassa ja Ruotsissa. USA:n ja Uuden-Seelannin järjestelmissä kilpailu tuottajien välillä on ollut tärkeämpi tekijä. USA:n erilaisen systeemin vuoksi kokemuksia ei ole erityisen järkevää istuttaa Eurooppalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Mielekkäämpää onkin tarkastella muiden maiden kilpailuttamiskokemuksia. Euroopassa kilpailua on yritetty lisätä luomalla ns. kvasimarkkinat. Kvasimarkkinoilla tarkoitetaan lähinnä tuottajan ja ostajan erottamista integroidussa terveydenhuoltojärjestelmässä. Käytännössä kuitenkin tuottajapuoli on ollut liian vahva sopimusosapuoli ja rahoittajalta on puuttunut riittävä informaatio sekä taito laatia toimivia sopimuksia.

Iso-Britanniassa, Ruotsissa ja Uudessa-Seelannissa 1990-luvun alussa käyttöön otetut kvasimarkkinamallit jäivät suhteellisen lyhytaikaisiksi kokeiluiksi. Ne päättyivät vuosien 1996 – 1997 aikana. Kvasimarkkinamalleissa yritettiin luoda kilpailua julkisen terveydenhuoltojärjestelmän sisälle esimerkiksi erottamalla rahoittaja ja tuottaja omiksi organisaatioiksi. Kaikissa kolmessa kokeilussa potilaiden tyytyväisyys järjestelmään huononi. Joillain tehokkuusindikaattoreilla mitattuna pieniä parannuksia oli havaittavissa, mutta odotusajoissa ja hoidon laadussa ei havaittu paranemista. Iso-Britanniassa oli havaittavissa jopa hoidon laadun alenemista.

Kilpailun tuomat rahalliset edut häviävät helposti transaktio- ja hallinnointikustannuksiin. Säästetyt resurssit kuluvat systeemin ylläpitämiseen, ei laadun parantamiseen. Vaikka kilpailun suorat taloudelliset vaikutukset ovat olleet vähäiset, voivat sen tuomat rakenteelliset muutokset olla merkittäviä. Kilpailuaspektin tilalle on tullut yhteistyö. Kilpailumalli -kokeiluissa käyttöön otetut sopimusmallit mahdollistavat tulevaisuudessa paremman tilinpidon ja järjestelmän läpinäkyvyyden. Myös rahoitus on enemmän tuotokseen perustuvaa. (Docteur & Oxley 2003, 36 – 39)

Terveyspalvelujen kysynnän rajoittaminen

Eräs keino hillitä kustannusten kasvua on rajoittaa kysyntää. Kun kysyntää rajoitetaan keinotekoisesti, terveyspalvelun hinta ei pääse nousemaan. Kysynnän rajoituskeinoina käytetään omavastuumaksuja ja leikkausjonoa. Omavastuumaksut nostavat kynnystä hakeutua hoitoon. Tällöin terveyspalvelujen kysyntä laskee ja sitä kautta omavastuumaksut vähentävät terveysmenoja. Leikkausjonoilla ja priorisoinnilla muokataan terveyspalvelujen kysyntä tarjontaa vastaavaksi. Kiinteillä resursseilla hoidetaan niin monta potilasta kuin pystytään, eikä yritetä resursseja lisäämällä hoitaa kaikkia potilaita.

Omavastuumaksut

Omavastuun tarkoitus on vähentää moral hazard -ongelmaa eli terveyspalvelujen liikkakäytöstä johtuvaa kustannusten kasvua. Omavastuumaksuilla kerätään myös varoja terveydenhuollon rahoittamiseen. Omavastuuta asetettaessa on otettava huomioon, miten käy terveydenhuollon positiivisten ulkoisvaikutusten. Toisin sanoen täytyy verrata kustannussäästöjä menetettyihin positiivisiin ulkoisvaikutuksiin.

Länsimaissa on käytössä lähinnä kolmenlaisia omavastuukäytäntöjä:

- 1) voidaan määritellä osuus, mikä potilaan on itse maksettava ennen kuin terveysvakuutus astuu voimaan.
- 2) Potilas maksaa kiinteän omavastuumaksun.
- 3) Potilas maksaa prosentuaalisen omavastuumaksun.

Omavastuuseen liittyy myös muita käytäntöjä riippuen omavastuumallista. Etuuksille voidaan määrittää maksimi eli maksimi terveydenhuollon taso. Myös omavastuulle voidaan määritellä maksimi. Useassa maassa on olemassa listahinnat lääkkeille ja toimenpiteille, joiden mukaan korvaukset määritellään. Vakuutuksen ulkopuolelle voidaan määritellä esimerkiksi kosmeettiset operaatiot. Yleisimmät omavastuun muodot ovat 2 ja 3 kohdan kaltaiset omavastuukäytännöt.

Suurin osa länsimaista on keskittänyt kustannusten kontrollointitoimet terveystalouden tarjontaan. Omavastuukysymykseen on kiinnitetty huomattavasti vähemmän huomiota. Perusterveydenhuoltoon ja sairaalahoidon ylikysyntään omavastuuosuuksilla ei ilmeisesti ole suurta vaikutusta. Arviolta noin puolet läntisen Euroopan maista käyttää jonkinlaista omavastuuta ensikäynnillä sekä puolet maista käyttää omavastuuta vuodeosastohoidossa ja specialistilla käynnillä. Voidaan ajatella, että syyt omavastuihin vuodeosastohoidossa ja specialistikäynneillä johtuvat käytännön syistä. Esimerkiksi rahoituksen kerääminen on yksi syy, sillä potilaalla itsellä on hyvin harvoin vaikutusta esimerkiksi vuodeosastohoidon ylikysyntään. (Oxley & MacFarlan 1994, 17)

Potilaan maksamat omavastuumaksut, esimerkiksi terveyskeskumaksut suoraan tuottajalle, ovat suuret Suomessa, Italiassa ja Espanjassa. Kaikissa kolmessa maassa omavastuuosuudet ovat yli 20 prosenttia kokonaismenoista. Sosiaalivakuutuksen maissa omavastuuosuudet ovat selvästi alhaisemmat. Sosiaalivakuutuksen maissa yksityinen vakuutus vähentää omavastuuosuuksia (OECD, Health data 2006).

Lääkekuluissa omavastuuta käytetään paljon laajemmalti länsimaissa. Useimmissa Euroopan maissa lääkkeillä on käytössä viitehinnat. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaiselle lääkkeelle, joka on vakuutuksen korvauksen piirissä, on määritelty listahinta. Listahinnan perusteella määritellään lääkekorvaus riippumatta siitä, onko lääke todellisuudessa kalliimpi.

Omavastuun vaikutukset

Omavastuun asettamisen tarkoituksena on vähentää terveystalouden ylikysyntää. Omavastuun vaikutus ylikysyntään on kuitenkin vähäistä johtuen siitä, että ylikysyntä on pääosin tarjontalähtöistä. Omavastuun asettaminen voi jopa alentaa yhteiskunnan kokonaishyötyä, koska positiiviset ulkoisvaikutukset vähenevät, eikä kustannuksissakaan tapahdu merkittävää säästöä.

Ruotsissa siirryttiin vuonna 1993 lääkkeiden listahinnoitteluun. Sen seurauksena vuosittainen säästö lääkekorvauksissa oli 5 %, mutta kokonaiskustannukset kasvoivat siitä huolimatta edelleen. Tästä voidaan päätellä, että kustannukset vain siirtyivät potilaalle. Lääkkeet voivat olla kuluttajalle täysin ilmaisia ja omavastuun käyttöönoton jälkeen kulutus voi silti pysyä ennallaan. Suurimmassa osassa Euroopan maita lääkekuluissa on jonkinlaista omavastuuta ja näin ollen omavastuuta voitaneen pitää lääkekulujen kontrolloinnissa perusteltuna.

Omavastuun asettaminen vaikuttaa terveystalouden oikeudenmukaisuuteen. Omavastuun asettaminen vaikuttaa eniten alemman tulotason talouksissa. Mikäli omavastuu on kaikille sama, alemman tulotason taloudet maksavat terveystalouksista suhteellisesti enemmän kuin parempituloiset. Tällöin voidaan sanoa, että terveystaloudet eivät ole rahoitettu oikeudenmukaisesti.

Joissain järjestelmissä, kuten Ranskassa, on mahdollista ottaa lisävakuutus myös omavastuulle. Perusvakuutus ei ole kattava ja joillekin toimenpiteille on asetettu omavastuu. Ylimääräisellä vapaaehtoisella vakuutuksella potilas saa paremman hoidon eikä maksa omavastuuta. Kuitenkin alemman tulotason talouksilla on harvoin lisävakuutus. Heillä on ainoastaan pakollinen vähemmän kattava vakuutus. Tutkimuksissa onkin havaittu, että omavastuu aiheuttaa ongelmia oikeudenmukaisuudelle. Useimmissa länsimaissa onkin käytössä omavastuumaksimit ja maksukatot terveystalouksille. Myös suurella osalla maita köyhiltä ja kroonista sairautta sairastavilta ihmisiltä, omavastuu on poistettu tai omavastuuosuus on pienempi. Esimerkiksi Irlannissa tietyn tulotason ihmisiltä on poistettu omavastuu kokonaan. Suomessa monien kroonista sairautta sairastavien ihmisten lääkekorvaukset ovat suurempia.

Terveystaloudessa, joissa terveystalouden tarjoajat saavat rahoituksensa jälkikäteen, omavastuukäytännöt ovat tehottomia kustannusten hillitsijöitä. Yleensä, kun omavastuun johdosta kysyntä vähenee, on hyvinkin mahdollista, että hoidot ja toimenpiteet potilasta kohti lisääntyvät. Omavastuun käyttäminen on toimivinta järjestelmissä, joissa

rahoitus on annettu etukäteen ja tällöinkin ainoastaan lääkekorvauksissa sekä lääkärin ensikäynneillä käytettynä. (Nolan 1996, 83 – 100)

Odotusajat

Odotusaikojen pituus ja leikkausjonot ovat varsinkin julkisesti rahoitetun ja tuotetun terveydenhoitojärjestelmän ongelmia. Eri mielipidemittausten mukaan odotusaikojen pituudet koetaan suurimmaksi tyytymättömyyttä aiheuttavaksi tekijäksi terveystalouden käyttäjien joukossa. Pidentyneet leikkausjonot johtuvat pääosin siitä, että teknologinen kehitys on mahdollistanut uusia leikkaushoitoja ja uudet lääkkeet ovat lyhentäneet hoitoaikoja. Nämä tekijät yhdessä ovat saaneet aikaan leikkauspalvelujen kysynnän kasvun. Vaikka rahaa ja resursseja on siirretty kirurgiseen sairaanhoitoon, palvelutuotanto ei ole pystynyt vastaamaan kasvavaan kysyntään. Ongelma ei kosketa ainoastaan verorahoitteisia terveydenhuoltojärjestelmiä, vaan on kasvava ongelma myös muissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Noin puolella OECD-maista on ongelmia pitkien leikkausjonojen kanssa. (Siciliani & Hurst 2003, 10)

Leikkausjonojen lyhentämisen keinot riippuvat siitä, johtuvatko odotusajat liian alhaisesta tuotannon tasosta vai onko syynä liian suuri kysyntä. Kysynnän rajoitustoimet ovat ajankohtaisia, jos kysyntä on liian suurta ja vastaavasti tarjontaa on lisättävä, jos tarjonta on liian pientä. Optimaalisia leikkaustasoja voidaan määritellä ja optimaalinen odotusaika voidaan laskea. Kuitenkin jonoja ja odotusaikoja arvioidessa, on otettava muitakin asioita huomioon kuin taloudellinen tehokkuus, kuten esimerkiksi potilaan tarpeet ja oikeudenmukaisuus.

Tarjonnan ollessa liian alhaista leikkausjonoja voidaan lyhentää resursseja lisäämällä. Resursseja voidaan lisätä tuottavuutta ja kapasiteettia lisäämällä sekä kannustimia muuttamalla. Julkista palvelutuotantoa voidaan lisätä suuntaamalla lisärahoitusta sairaalan aktiviteetin lisäämiseen jo olemassa olevilla resursseilla. Tämä tarkoittaa esimerkiksi kirurgien ylitöistä aiheutuvien kustannusten rahoitusta. Verorahoitteisissa

terveydenhuoltojärjestelmissä on edelleen käytössä kiinteät budjetit. Pitkiä odotusaikoja ja leikkausjonoja voidaan lyhentää väliaikaisella ylimääräisellä rahan lisäyksellä, jolla on tarkoitus kattaa ylitöistä koituvat kustannukset. Tällöin ei lisätä henkilökuntaa, ainoastaan tehostetaan olemassa olevien henkilöstöresurssien käyttöä.

Euroopassa on kokeiltu lähinnä kolmea erilaista lisärahoitusmallia:

- a) Suunnataan lisäbudjetti sinne, missä jonot ja odotusajat ovat pitkät.
- b) Suunnataan lisäbudjetti sairaaloille, jotka ovat valmiita lisäämään ylimääräisiä leikkauksia.
- c) Suunnataan lisäbudjetti sairaaloille, jotka ovat onnistuneet lyhentämään jonoja ja odotusaikoja

Lisärahoituksen ollessa kuten a-kohdassa, sairaaloilla ei ole kannustimia lyhentää jonoja, koska ylimääräinen rahoitus on sidottu jonoihin ja lakkaa jonojen lyhentyessä. Kun rahoitus sidotaan ylimääräiseen tuotannon lisäykseen, sairaaloilla on kannustimena suosia ylimääräistä aktiviteettia normaalin terveydenhoidon kustannuksella.

Parhaiten leikkausjonoja on voitu lyhentää c-kohdan tyyppisellä lisärahoituksella. Ylimääräinen budjetti sidotaan aktiviteetin nousuun ja jonojen lyhentämiseen. Espanjassa vuonna 1996 käyttöön otettu INSALUD-paketti on tästä hyvä esimerkki. Paketti sisälsi ylimääräisen rahoituksen, joka edellytti sairaalalta leikkaustoimenpiteiden määrän kasvua. Paketissa määrättiin maksimiodotusaika ja käytettiin myös yksityistä sektoria jonojen lyhentämiseen. Vuonna 1998 rahoitus sidottiin odotusaikojen lyhenemiseen. Kirurgian aktiviteetti kasvoi 6,5 % vuodessa ja odotusajat putosivat 210 päivästä 67 päivään. Odotusajat olivat kyllä jo laskussa ennen INSALUD-pakettia, mutta odotusaikojen aleneminen selvästi kiihtyi paketin jälkeen.

Jonoja on yritetty vähentää tuottavuutta lisäämällä. Tuottavuutta on yritetty parantaa aktiivisuuteen perustuvalla hinnoittelulla. Kiinteät budjetit eivät kannusta tuottavuuden

parantamiseen, koska palvelutuotannon lisääminen ei tuo sairaalalle lisää rahaa. Kiinteät budjetit voivat kannustaa aliaktiivisuuteen, jos lisätuotannolla ei voida saavuttaa lisärahaa, helposti ajatellaan, että vähemmän tuottamalla saadaan sama raha.

Aktiivisuusperusteinen budjetti tarkoittaa sitä, että sairaalat saavat sitä enemmän rahaa, mitä enemmän sairaalassa on toimintaa. Aktiivisuuteen perustuvasta hinnoittelujärjestelmästä käytetään yleisesti lyhennettä drg. Drg tarkoittaa käytännössä sitä, että diagnosoidut sairaudet ryhmitellään siten, että yhtä paljon hoitopäiviä ja toimenpiteitä tarvitsevat sairaudet ryhmitellään samaan ryhmään. Drg-hinnoittelun on toivottu helpottavan terveystalouden kustannusten kontrollointia. Drg-hinnoittelun pitäisi helpottaa eri sairaaloissa tuotettujen terveystalouden keskinäisiä vertailuja. Drg-hinnoittelua on kokeiltu laajasti verorahoitteisissa terveydenhuoltojärjestelmissä. Tanskassa se otettiin käyttöön vuonna 1999 ja Iso-Britanniassa 2002. Ruotsissa drg-hinnoittelu otettiin käyttöön jo vuonna 1992. Drg:n käyttöönoton jälkeiset tulokset ovat olleet positiivisia. Norjassa sairaaloiden aktiviteetti on lisääntynyt kustannusten pysyessä vähintäänkin ennallaan. Odotusajat eivät kuitenkaan ole merkittävästi lyhentyneet. (Siciliani & Hurst 2003, 24 – 27)

Teknologinen kehitys on lisännyt terveystalouden kysyntää ja sitä kautta luonut tarpeen terveydenhuoltojärjestelmien kapasiteetin lisäämiselle. Vaikka kapasiteettia on pikkuhiljaa lisätty, niin kysynnän kasvu on kuitenkin ollut tarjontaa suurempaa ja leikkausjonoista on tullut ongelma. Näin on varsinkin ollut verorahoitteisen terveydenhuoltojärjestelmän maissa.

Kapasiteetin lisääminen ei ole aivan ongelmaton. Terveydenhuoltojärjestelmien kapasiteetin lisääminen on hidaskas prosessi. Uusien yksiköiden rakentaminen on hidasta ja uuden henkilökunnan koulutus vielä hitaampaa. Kapasiteettia voidaan lisätä myös ostamalla terveydenhoitopalveluja yksityiseltä sektorilta. Tällä hetkellä yksityisiä ostopalveluja käyttävät Espanja, Tanska ja Englanti. Viimeaikoina myös Suomi on yrittänyt lyhentää leikkausjonoja ostamalla leikkauspalveluja yksityiseltä sektorilta. Yksityisten ostopalvelujen käyttö on nopea tapa lisätä leikkausaktiviteettia. Voidaan myös ajatella, että

näin voitaisiin tuoda kilpailullisia elementtejä julkiseen terveydenhuoltojärjestelmään. Ongelmana ostopalveluissa on se, että jos maassa on lääkäripula, niin yleensä samat kirurgit toimivat sekä yksityisellä että julkisella sektorilla. Tällöin voi käydä niin, että jos yksityisellä sektorilla lisätään leikkausaktiiviteettia, niin julkisella sektorilla joudutaan sitä vähentämään.

Toinen nopea tapa lisätä kapasiteettiä on hankkia terveydenhoitohenkilökuntaa ulkomailta. Näin on toiminut mm. Norja ja Iso-Britannia. Ulkomailta hoitohenkilökuntaa rekrytoidaan yleensä, jos oman maan yksityinen sektori pieni ja se toimii jo maksimiteholla. Maiden, joiden palkkataso on korkeampi kuin naapurivaltioiden, on helpompi käyttää hyväksi ulkomaista työvoimaa. Jotkut maat ovat myös kokeilleet potilaidensa hoitamista ulkomailla, esimerkiksi Norja.(mt, 30 – 33)

Priorisointi

Kysynnän rajoittamisesta seuraa leikkausjonot ja leikkausjonoissa käytetään priorisointia. Priorisoinnilla tarkoitetaan sitä, miten potilaat asetetaan jonossa. Potilaita ei hoideta jonoon saapumisjärjestyksessä, vaan priorisointimenetelmin asetetussa järjestyksessä.

Kysyntää voidaan rajoittaa kannustamalla kirurgeja priorisoimaan potilaita systemaattisemmin ja nostamaan hoitokynnystä, jotta kysyntä ja tarjonta paremmin kohtaisivat. Käyttämällä perusterveydenhuollossa enemmän kirurgian vaihtoehtoisia hoitomuotoja, voidaan myös vähentää leikkauspalvelujen kysyntää.

Priorisoinnin kaksi pääkysymystä ovat, miten terveydenhuollon tehokkuus ja oikeudenmukaisuus toteutuvat. Tehokkuus ja oikeudenmukaisuus voivat olla joskus vaikeita yhdistää, mutta jos resurssit ovat niukat ja kaikkia potilaita ei voida hoitaa, niin toimiva priorisointi järjestelmä on terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta lisäävä järjestelmä. Käytännössä voi olla hankalaa luoda toimivaa priorisointijärjestelmää. 1990-luvulla käytettiin lähinnä lääke- ja taloustieteeseen perustuvia kvantitatiivisia

priorisointimenetelmiä. 1990-luvulla priorisoinnin perustana olivat laatupainotteiset elinvuodet suhteessa kustannuksiin, esimerkiksi Qaly-mittari¹. Ongelmana oli määritellä laatupainotteiset elinvuodet ja se, miten verrata yksilöllisten potilaiden elämänlaatua. Tällaiset priorisointikokeilut lopetettiin. Myöhemmissä priorisointisuunnitelmissa oikeudenmukaisuudelle on annettu suurempi rooli kuin 1990-luvulla. Käytännössä priorisointi pohjautuu terveystaloudellisiin analyyseihin. Terveysteen liittyviä toimenpiteitä arvioidaan niiden kustannusten ja niiden tuottamien terveydellisten hyötyjen pohjalta. Priorisointijärjestelmä toimii terveystaloudellisen päätöksenteon apuvälineenä, eikä se saa korvata normatiivisia valintoja, eikä sivuuttaa eettismoraalisia kysymyksiä. (Hetemaa, Keskimäki & Vuorenkoski 2003, 12)

Julkisäännöstely vs. piilosäännöstely

Säännöstely eli priorisointi voi olla julkisäännöstelyä tai piilosäännöstelyä. Julkisäännöstely on näkyvää. Se on tietyllä menetelmällä, yhteisesti hyväksytyjen mittareiden mukaan, suoritettavaa priorisointia. Piilosäännöstelyllä tarkoitetaan kirurgin omaan harkintaan perustuvia priorisointitoimia. Tällöin ei ole käytössä mitään tiettyä menetelmää asettaa potilaita jonoon, vaan kaikki priorisointi on piilotettua ja terveydenhuollon ammattilaisten harkintaan perustuvaa tilannekohtaista arviointia. Molemmilla menetelmillä on kannattajansa.

Piilosäännöstely antaa tarvittavaa liikkumatilaa monimuotoisissa terveydenhoidollisissa päätöksentekotilanteissa. Piilosäännöstely on myös helpompi toteuttaa, koska silloin ei tarvitse luoda mitään priorisointijärjestelmää. Piilosäännöstelyyn eivät myöskään pääse vaikuttamaan mitkään voimakkaat painostusryhmät. Julkisäännöstelyn kannattajat taas pitävät julkisäännöstelyä demokraattisempana tapana priorisoida potilaita kuin piilosäännöstelyä. Tällöin priorisointi on myös perustellumpaa, johdonmukaisempaa ja

¹ Qaly mittarilla määritellään miten paljon laadukkaita elinvuosia leikkauksella voidaan saavuttaa. Potilaat asetetaan jonoon laatupainotteisten elinvuosien määrän perusteella.

läpinäkyvää. Julkinen sääntely antaa kansalaisille mahdollisuuden arvioida priorisointi kriteerejä. Se antaa myös vaikutusmahdollisuuden kriteerejä luotaessa.

Varsinaisia priorisointijärjestelmiä ei ole käytössä missään terveydenhuoltojärjestelmässä. Niitä ollaan vasta luomassa tai juuri käyttöönottamassa. Eri mielipidemittausten mukaan julkisäännöstelyä pidetään piilosäännöstelyä parempana sekä potilaiden että terveydenhuollon ammattilaisten keskuudessa. Nykyisin priorisointi suoritetaan implisiittisesti eli piilosäännöstelynä. Tulevaisuuden tavoitteena on kuitenkin löytää oikeudenmukainen makrotasolla toimiva priorisointijärjestelmä, jonka sisällä toimisi mikrotason piilosäännöstely. (Hetemaa, Keskimäki & Vuorenkoski 2003, 13 - 14)

Nykyaikaisen priorisointijärjestelmän legitiimiys ja oikeudenmukaisuus perustuvat Danielsin, Sabinin ja Rawlsin oikeudenmukaisuusteorian pohjalta kehitettyyn käsitteeseen. Priorisointijärjestelmän oikeudenmukaisuuden ja legitiimiyden takaavat:

- 1) Julkisuus
- 2) Merkityksellisyys
- 3) Korjattavuus
- 4) Toimeenpano

Priorisointi päätösten ja niiden perusteiden täytyy olla julkisia ja päätösten täytyy perustua yleisesti hyväksytyille kriteereille. Kriteereiden on oltava järkeviä ja oikeudenmukaisia. Kansalaisilla täytyy olla mahdollisuus arvioida ja muuttaa päätöksenteon kriteerejä. Priorisointipäätökset on toteutettava selvien yleisesti hyväksytyjen pelisääntöjen mukaisesti. (mt, 15 – 16)

Oikeudenmukaisuus

Verorahoitteen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuus on paljolti kiinni siitä, kuinka uudelleenjakava verojärjestelmä on. Verojärjestelmä on teoriassa jokaisessa verorahoitteen terveydenhuoltojärjestelmän maassa progressiivinen, mikä tarkoittaa sitä, että rikkaammat osallistuvat terveydenhuoltojärjestelmän rahoitukseen suuremmalla prosentuaalisella osuudella kuin vähempituloiset. Täytyy kuitenkin muistaa se, että valtio on siirtänyt useissa maissa vastuuta terveydenhuollon rahoituksesta kunnille ja kuntaverot eivät ole yleensä progressiivisia. Toisaalta, vaikka verot olisivat prosentuaalisesti kaikille samat, tuloista riippumatta, suurempituloiset maksaisivat silti terveydenhuollostaan enemmän kuin pienituloiset.

Terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta voidaan arvioida tarkastelemalla miten terveyspalvelujen käyttö vaihtelee tulojen mukaan. Epäoikeudenmukaisuutta voivat aiheuttaa köyhyys, palvelujen alueellisen saatavuuden erot ja potilaiden erilaiset kulttuuriset taustat. Suurimmassa osassa OECD-maita on jo saavutettu terveyden huollon minimi varsin kattavilla terveyspalveluilla. Potilaille on mahdollisuus kattaviin terveyspalveluihin tarpeidensa mukaan riippumatta heidän varallisuudesta. Tähän on kiinnitetty huomiota jo useamman vuosikymmenen ajan. Esimerkiksi Etelä-Euroopan maiden siirtyminen verorahoitteen terveydenhuoltoon oli pitkälti lähtöisin yrityksestä taata terveydenhuollon minimipalvelut kaikille kansalaisille.

Terveyspalvelujen oikeudenmukaisuutta on tutkittu ja mitattu eri tavoin. Eräs tapa mitata oikeudenmukaisuutta on vertailla terveyspalvelujen käyttöä eli onko terveyspalvelut suunnattu maksukyvyn perusteella vai terveyspalvelujen tarpeen mukaan. Terveyspalvelujen tarjonnassa pitää ottaa huomioon alueen terveyspalvelujen tarve. Terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttaa alueen ikärakenne, sairastavuus, ympäristö ja sukupuolijakauma. Terveyspalvelujen tarjonnan jakautuminen rikkaampia alueita suosien ei ole harvinaista Euroopassa. Rahoitusjärjestelmässä saattaa olla elementtejä jotka johtavat

rikkaita suosivaan terveystalvelujen käyttöön. Korkeat omavastuuosuudet ja yksityinen vakuutus ovat esimerkkejä tällaisista elementeistä.

Oikeudenmukaisuustutkimus

OECD:n terveydenhuollon oikeudenmukaisuus -työryhmän raportissa tarkasteltiin 21 maan terveydenhuoltopalveluita ja miten oikeudenmukaisesti ne ovat jakautuneet. Tutkimuksessa oikeudenmukaisuutta tarkasteltiin vertailemalla havaittua terveystalvelujen jakaamaa tulojen ja terveystalvelujen tarpeiden jakaumien suhteen. Tutkimuksessa mitattiin todellista terveystalvelujen käyttöä ja niiden tarvetta viidessä eri tuloluokassa. Tuloluokat olivat yhtä suuria eli yksi tuloluokka sisälsi 20 % populaatiosta. Tutkimuksessa oikeudenmukaisuutta mittasi HI indeksi. Indeksillä mitattiin horisontaalista oikeudenmukaisuutta. Horisontaalisella oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan sitä, että tuloilla ei ole vaikutusta terveystalvelujen käyttöön.

HI indeksin ollessa nolla, terveystalvelut ja niiden ennustettu käyttö ovat tasaisesti jakautuneet eri tuloluokkien välille. Indeksin ollessa negatiivinen, terveystalvelujen tarjonta on alempia tuloluokkia suosiva. Indeksin ollessa positiivinen, terveystalvelujen tarjonta on ylempää tuloluokkia suosiva. HI indeksi ottaa huomioon siis myös terveydelliset seikat ja terveystalvelujen tarpeen.

HI indeksi laskettiin lyhyesti sanottuna havaittujen tai odotettujen terveystalvelujen käytön ja terveystalvelujen tarpeen erotuksena. Tarveperusteinen terveystalvelujen jakauma tarkoittaa sitä että, terveystalvelujen odotettu tarve on jakaantunut tasan tuloluokkien välille. Terveystalvelujen tarve laskettiin väestön tunnusluvuista. Tällaisina tunnuslukuina oli käytetty esimerkiksi ikärakennetta, perhekokoa ja sukupuolijakaamaa. Myös sairastavuus otettiin huomioon terveystalvelujen tarvetta mitattaessa. (van Doorslaer & Masseria 2004, 29-31)

Tutkimuksessa tarkasteltiin yleislääkärikäyntejä, spesialisteilla käyntejä ja sairaalahoitoa. Perusterveydenhoidon mittarina olivat yleislääkärikäynnit. Yleislääkärikäynnit olivat

tasaisesti jakautuneet. Jos epäoikeudenmukaista jakaumaa löytyi, oli se lähinnä negatiivista eli HI indeksi näytti perusterveydenhuollon olevan köyhiä suosivaa. Suomi oli ainut maa, missä rikkaat käyttivät enemmän perusterveydenhuollon palveluita. Tämä tulos johtuu lähinnä siitä, että Suomessa työterveydenhuollon käynnit näyttävät lisäävän rikkaita suosivaa terveystalouden käyttöä. Käytännössä perusterveydenhuolto on myös Suomessa köyhiä suosivaa, jos sitä mitataan terveyskeskuskäynneillä. Oikeudenmukaisuuden vääristymät olivat hyvin pieniä ja tilastollisesti merkitseviä ainoastaan harvassa maassa.

Spesialistilla käyntejä tarkasteltaessa tilanne oli toinen. Jokaisessa tutkimuksen maassa rikkaat käyttivät spesialistin palveluja, tarpeista riippumatta, enemmän kuin köyhät. Tulos oli merkitsevä jokaisessa maassa. Kaikissa maissa rikkaita suosiva spesialistien käyttö oli suurta. Suurinta se oli Suomessa, Portugalissa ja Irlannissa. Suomessa suurin syy tähän oli suuret omavastuuosuudet ja yksityisen sektorin käyttö. Portugalissa syynä olivat terveyskeskumaksut ja spesialistien palveluiden saatavuuden alueelliset erot. Irlannissa, potilaiden tuloihin perustuva jako, julkisen ja yksityisen terveydenhuollon piiriin, lisäsi rikkaita suosivaa spesialistien palvelutarjontaa.

Sairaalahoitoon oikeudenmukaisuutta on vaikea mitata, koska sairaalapalveluja käytetään harvoin ja niiden jakauma on hyvin vinoutunut. Tutkimuksessa oli esitelty ainoastaan ne hoidot, jotka kestivät yli yön. On epätodennäköistä, että epäoikeudenmukaisuutta löytyy akuutin sairaanhoidon tai ensiavun piiristä. Vähemmän kiireellisten hoitojen, kuten esimerkiksi kaihileikkausten tarjonnassa, epäoikeudenmukaisuuksia voisi löytyä. Vähemmän kiireelliset operaatiot suoritetaan yleensä päiväkirurgisina operaatioina ja näin ollen näitä ei tutkimuksessa ollut.

Hammashoito on aivan erityyppinen terveystalouden palvelu kuin edellä mainitut. Hammashoitoon on usein liitetty ylellisyshyödykkeen leima. Rikkaat käyttävät hammashoidon palveluita selvästi enemmän kuin köyhät. HI indeksi oli pienin Belgiassa, Hollannissa ja Tanskassa. Suurimmat HI indeksit olivat maissa, joissa hammashuolto ei kuulu julkisen terveydenhuollon piiriin, ja jonka joutuu maksamaan suurelta osin itse tai yksityisellä

vakuutuksella. Maita, joissa oli selkeät rikkaita suosivat hammashuollonpalvelut, olivat Espanja, Irlanti, Italia, Kreikka, Portugali ja Suomi.(mt, 24 – 27)

Epäoikeudenmukaista terveyspalvelujen jakaumaa selittivät alueelliset erot, tuloerot, koulutus ja työelämään osallistuminen. Mitä suuremmat tuloerot maassa ovat, sitä enemmän tuloerot lisäävät rikkaita suosivaa terveyspalvelujen käyttöä. Tulojen kanssa korreloivat myös koulutus ja työelämään osallistuminen. Koulutuksen lisääntyessä lisääntyy myös terveyspalveluiden käyttö, varsinkin spesialistien ja hammashuollon palvelujen käyttö. Tämä osaltaan selittää näissä palveluissa esiintyvää rikkaita suosivaa terveyspalvelujen käyttöä. Korkeammalla työhön osallistumisasteella on yleensä köyhiä suosiva vaikutus. Tämä johtunee siitä, että ne ihmiset jotka eivät osallistu työelämään ovat yleensä joko eläkkeellä tai työkyvyttömyyseläkkeellä. Nämä ihmisryhmät käyttävät normaalisti enemmän terveyspalveluita kuin työssäkäyvä väestö. Poikkeuksena tutkimuksessa oli Suomi. Suomessa työelämässä olevat käyttävät terveyspalveluja enemmän kuin muut ihmiset. Tämä tulos johtuu jälleen työterveydenhuollosta.

Alueelliset erot terveyspalveluiden epäoikeudenmukaisuutta lisäävänä tekijänä olivat merkitseviä Italiassa, Espanjassa, Irlannissa, Kreikassa, Norjassa ja Portugalissa. Oikeudenmukaisuutta vääristävä vaikutus johtuu siitä, että kyseisissä maissa on hyvin toimeentulevien ihmisten kaupunkikeskittymiä, joissa on hyvät palvelut ja toisaalta harvemmin asuttu köyhä maaseutu, missä palvelujen saatavuus on huono.

Tutkimuksessa mitattiin terveyspalvelujen määriä, ei laatua. Vaikka terveyspalveluissa ei olisikaan määrällisesti ongelmia oikeudenmukaisuudelle, ei se tarkoita sitä, että terveydenhuollossa ei voisi olla potilaiden tulotasosta johtuvia laadullisia eroja. Laadulliset erot eri potilaiden saamista hoidoissa voivat olla paljon pahempi este terveydenhuollon oikeudenmukaisuudelle kuin määrälliset erot. Terveystenhoitojärjestelmissä, missä on sekä julkisia että yksityisiä terveyspalveluja, on todennäköistä että hoitojen laatu vaihtelee.

Tutkimuksesta ilmenee kuitenkin selvästi, että terveydenhuollon oikeudenmukaisuus on saavutettu paremmin sosiaalivakuutuksen maissa kuin verorahoitteen terveydenhuollon

maissa. Useimmissa verorahoitteisen järjestelmän maassa ilmeni rikkaita suosivaa terveyspalvelujen käyttöä. Osaltaan tulosta selittää omavastuumaksut, jotka ovat huomattavasti pienemmät sosiaalivakuutuksen maissa verrattuna verorahoitteisiin maihin. (van Doorslaer & Masseria 2004, 18 - 22)

7 SUOMALAINEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

Suomessa kunnat toimivat päävastuullisina terveystalvelujen rahoittajina. Kunta tai useamman kunnan muodostama kuntayhtymä omistaa sairaalat ja terveyskeskukset. Jokainen kunta kuuluu oman alueensa sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiriin kuuluminen on pakollista, eikä ainakaan vielä kunta voi vapaasti valita mihin sairaanhoitopiiriin kuuluu.

Kunnat järjestävät erikoissairaanhoitonsa siten, että jokainen kunta tavallaan tilaa erikoissairaanhoidon palvelunsa alueensa sairaanhoitopiiriltä. Sairaanhoitopiiri laskuttaa jäsenkuntiaan tarjoamansa hoidon mukaan. Ennen kuntien maksut määräytyivät läheteiden mukaan, mutta nykyään jokainen hoitajakso on hinnoiteltu ja kuntia laskutetaan listahintojen mukaan. Sairaanhoitopiirijako noudattaa käytännössä maakuntarajoja.

Sairaanhoitopiirin alueella on yksi keskussairaala ja mahdollisesti useampia pienempiä aluesairaaloita ja terveyskeskuksia. Keskussairaalan omistavat sairaanhoitopiirin jäsenkunnat. Toiminta rahoitetaan jäsenkuntien maksuilla. Aluesairaalat ovat pienempiä yksiköitä ja niiden omistajakuntien määräkin on pienempi. Aluesairaalat saavat rahoituksensa omistajakunniltaan. Sairaanhoitopiirin aluesairaaloiden lukumäärä vaihtelee. Esimerkiksi Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä ei ole ollenkaan aluesairaala, kun taas Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella aluesairaaloita on viisi. Keskussairaaloita suomessa on 21, joista viisi on yliopistollista keskussairaala.

Avohoito on järjestetty yhden tai useamman kunnan muodostaman kuntayhtymän omistamassa terveyskeskuksessa. Avohoidon toiminta on rahoitettu kuntien verovarjoilla, valtionosuuksilla ja potilasmaksuilla. Ensimmäiset terveyskeskukset perustettiin 1970-luvulla korvaamaan silloisen kunnanlääkärijärjestelmän. Terveyskeskukset perustettiin vastaamaan avohoidon tarpeisiin. Alkuperäisen suunnitelman mukaan terveyskeskuksen väestöpohjan täytyy olla vähintään 10 000 asukasta. Tälläkin hetkellä Suomessa on lukuisia muutaman tuhannen asukkaan väestöpohjalla toimivia terveyskeskuksia. Tämän hetken

arviot tehokkaasti toimivan terveyskeskuksen väestöpohjasta on lähempänä 20 000 asukasta kuin 10 000.

Yksityinen sektori tarjoaa perus- ja erikoissairaanhoidonpalveluja. Suomessa on muutamia isompia yksityisiä sairaaloita ja useita yksityisiä lääkäriasemia. Yksityiset lääkäripalvelut ovat merkittäviä lähinnä hammashuollon palveluissa.

Nykyisen kaltaisen terveydenhuoltojärjestelmän kehitys voidaan nähdä alkaneeksi 1920-luvulla, jolloin sairaalat siirtyivät suurimmaksi osaksi kuntien omistukseen. Loputkin valtion yleissairaalat siirtyivät 60-luvulla kuntien omistukseen, poisluettuna vankeinhoidon sairaalat ja kättilöopisto. Aluksi Suomessa sairaanhoidon järjestämisvastuu oli jaettu kolmeen erilliseen hoitopiiriin. Tuberkuloosipiiri vastasi keuhkosairaanhoidosta, mielisairaanhoidopiiri vastasi mielisairaiden hoidosta ja yleissairaanhoidopiiri vastasi muusta sairaanhoidosta.

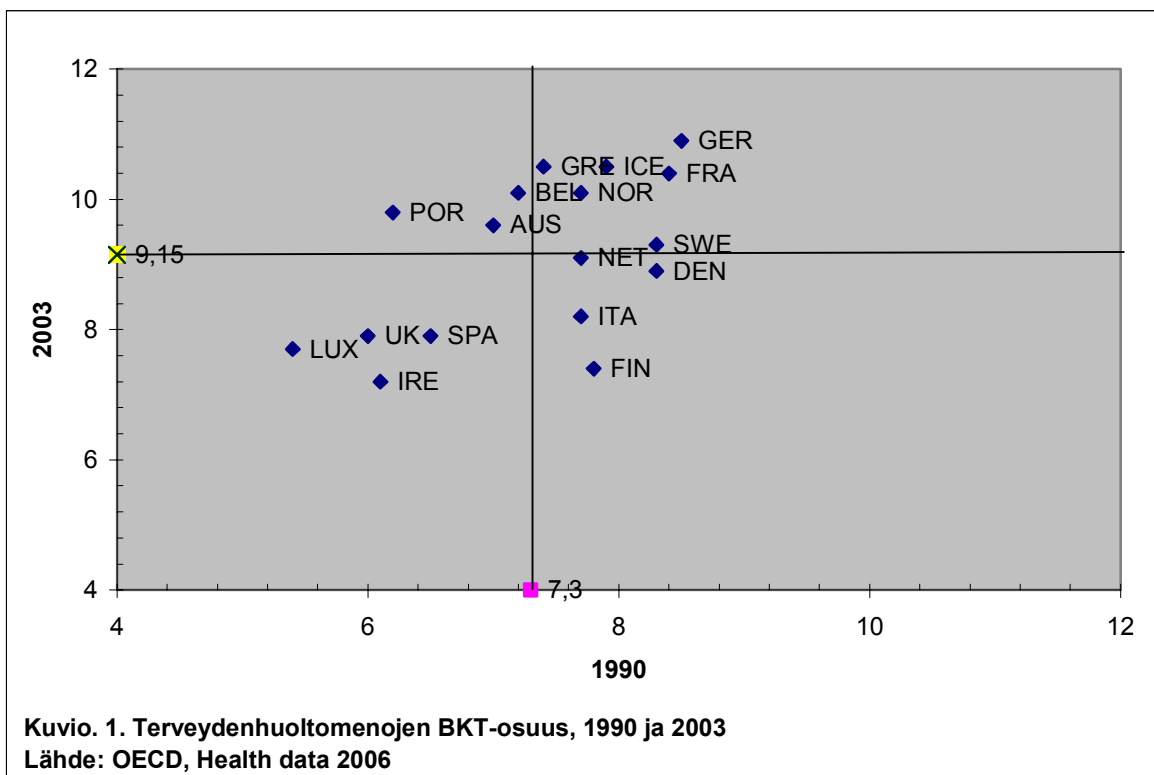
Tuberkuloosisairaalat lopetettiin vuonna 1987 ja toiminta siirrettiin yleissairaaloitten sekä perusterveydenhuollon piiriin. Mielisairaanhoidon siirto yleissairaaloitten ja perusterveydenhuollon piiriin alkoi vuonna 1986. Erillisten piirien yhdistäminen sairaanhoidopiireiksi aloitettiin 1970-luvun lopussa. Ensimmäinen yhdistetty piiri oli Keski-Suomen Sairaanhoidopiiri. Viimeiset sairaanhoidopiirit perustettiin 1990-luvun alussa. (Vohlonen, Jaatinen & Ekroos 1999, 22 – 28)

Valtio otti erikoissairaanhoidon rahoitusvastuun sekä toiminnan ohjauksen 1970-luvulla ja toteutti samaa politiikkaa aina vuoteen 1993. Valtionosuusuudistuksen myötä valtio luovutti päätöksenteon erikoissairaanhoidon järjestämisestä kunnille. Valtionosuusuudistuksen jälkeen kunnat saivat itse päättää, miten terveyspalvelut mukaan luettuna erikoissairaanhoido järjestetään. Perusteluna esitettiin, että paikallistasolla viranomaiset tietävät parhaiten oman alueensa terveyspalvelujen tarpeet. Toisaalta Suomi oli ajautunut 1990-luvun alussa vaikeaan lamaan ja valtiontalouden tasapainottamispaineet olivat todennäköisesti valtionosuusuudistuksen päämotiivit. Valtion osuus erikoissairaanhoidon kustannuksista alkoi selvästi laskea.

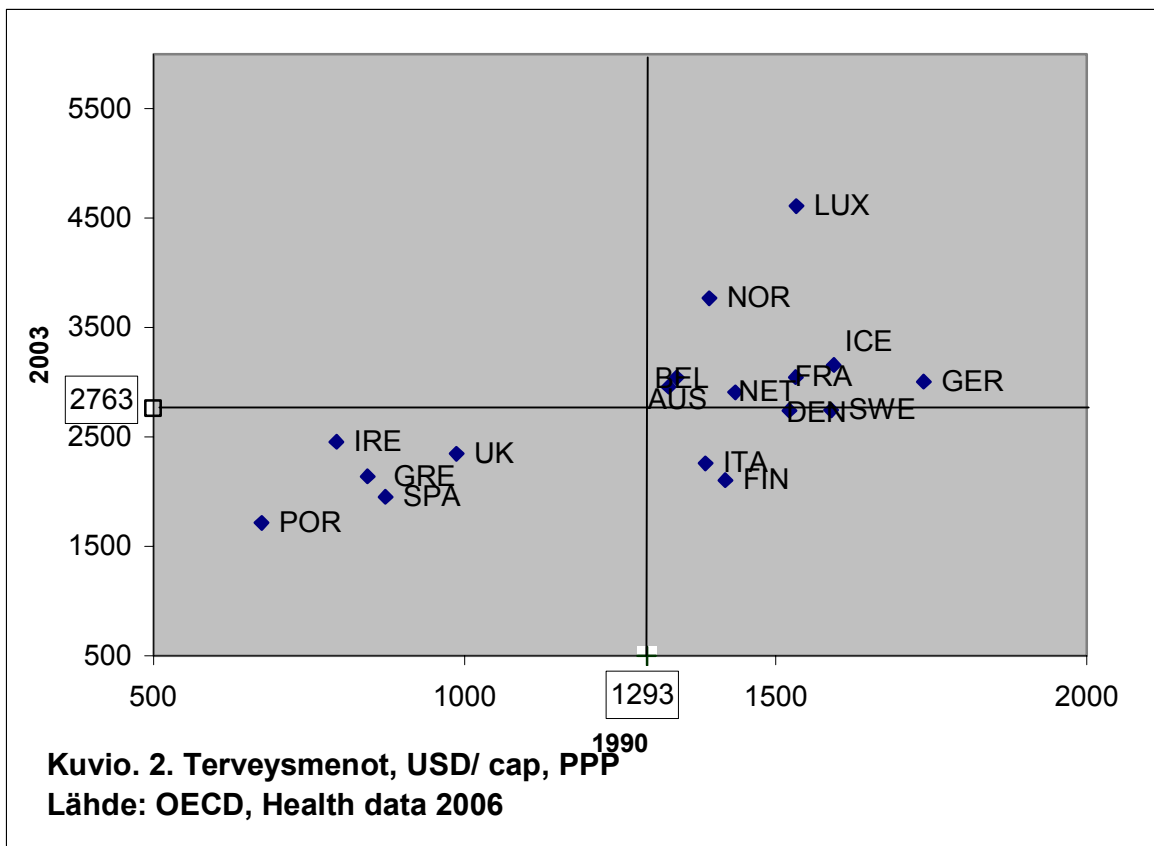
Lisääntynyt vapaus paikallistasolla ei ole ollut ainoastaan hyväksi. Monet kunnat ovat joutuneet ongelmiin. Pieniltä kunnilta puuttuu usein ammattitaitoa suunnitella terveydenhuoltonsa. Valtion antamat valtionosuudet eivät ole korvamerkittyjä eli kunta saa itse päättää mihin valtiolta tulleet rahat allokoit. Järkevän allokaation suunnittelu vaatii suurta ammattitaitoa, jota pienimmistä eikä välttämättä suurimmistakaan kunnista aina löydy. Kunnallispolitiikka tuo myös oman lusikkansa terveydenhuollon soppaan. Kunnan asukkailla on omat toisistaan eroavat tarpeet ja preferenssinsä ja poliittisilla painostusryhmillä on vaikutusta, miten kunta käyttövaransa allokoit. Pienillä ja ikärakenteeltaan iäkkäillä kunnilla on taipumus joutua rahoitusongelmiin. Valtionosuuksissa otetaan kyllä huomioon muun muassa kunnan maksukyky, sairastavuus, ikärakenne ja väestön sukupuolijakauma. Valtion karsittua omaa panostaan terveydenhuollon kustannuksista, pienissä kunnissa yhden vaikean pitkäaikaissairaalan hoitaminen voi tehdä suuren loven kunnan budjettiin.

Kansainvälistä vertailua

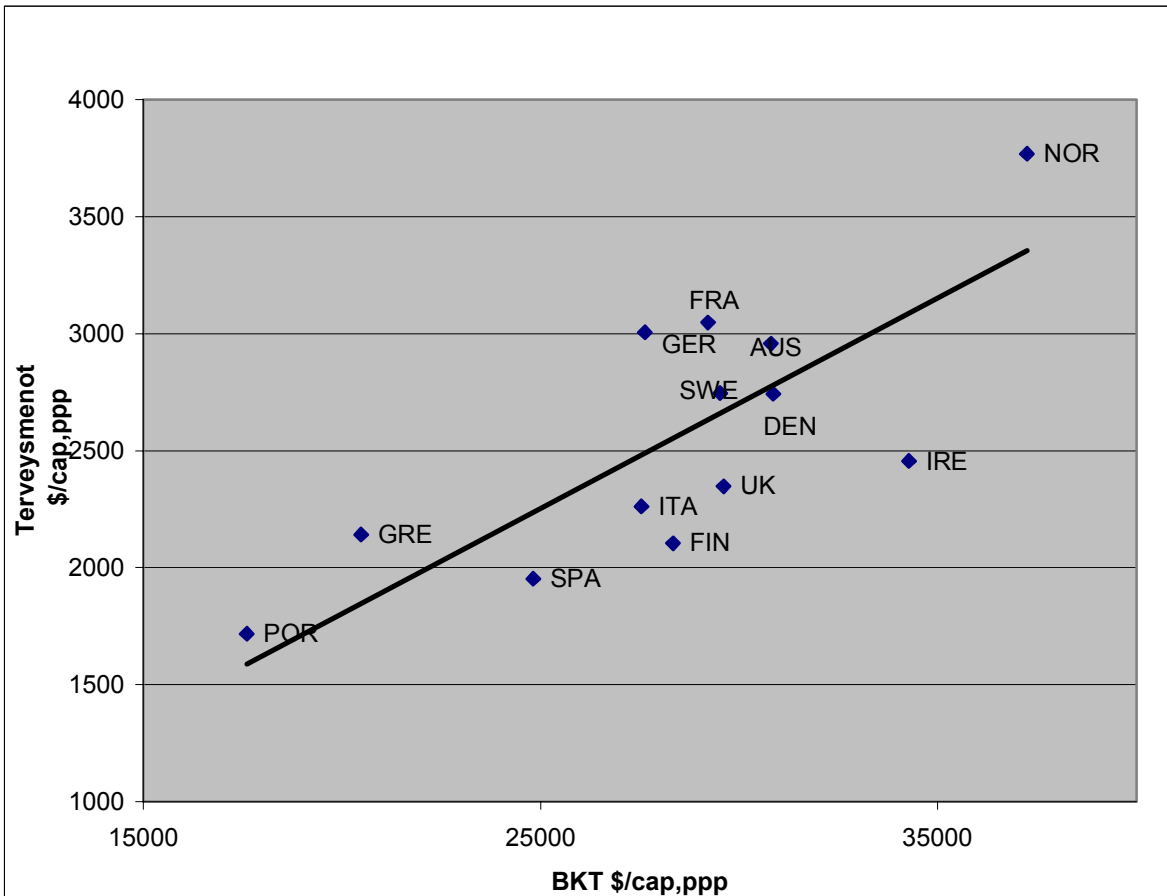
Vuonna 1990 Suomen terveydenhuollon kokonaismenot olivat 7,8 prosenttia bruttokansantuotteesta. Suomen terveydenhuollon kokonaismenot olivat yli keskitason, keskiarvon ollessa 7,3 prosenttia bkt:stä. Kuvioista 1. näemme yhdentoista Euroopan maan kuluttaneen vuonna 1990 terveydenhuoltoonsa Suomea vähemmän. Suomea enemmän kulutti ainoastaan neljä maata, jotka ovat Ranska, Ruotsi, Saksa ja Tanska. Nämä neljä maata satsasivat terveydenhuoltoonsa selvästi muita enemmän. Vuonna 2003 Suomi oli selvästi keskiarvon alapuolella. Suomen terveydenhuollon bkt-osuus oli 7,4 prosenttia, keskiarvon ollessa yli 9 prosenttia bkt:stä. Suomea vähemmän terveydenhuoltoon panosti ainoastaan Irlanti. Vanhat verorahoitteiset maat käyttivät terveystalouteen vuonna 2003 keskimäärin 9,07 prosenttia bkt:stä ja sosiaalivakuutuksen maiden terveystalouteen olivat keskimäärin 9,63 prosenttia bkt:stä. Uudet verorahoitteiset maat käyttivät 8,9 prosenttia bruttokansantuotteestaan terveydenhuoltoon.



Kuviossa 2. on kuvattuna todelliset terveysmenot eli kuinka monta dollaria kukin maa on sijoittanut terveydenhuoltoon asukasta kohti. Suomen tilanne on hyvin samantyyppinen kuin vertailtaessa terveydenhuollon bruttokansantuoteosuuksia. Suomi oli vuonna 1990 selvästi keskiarvon yläpuolella ja Norjan kanssa samalla tasolla. Suomi oli jonkin verran muita pohjoismaita jäljessä, kuitenkin selvästi Iso-Britanniaa ja Irlantia edellä. Vuonna 2003 Suomi oli selvästi keskiarvon alapuolella, takanaan ainoastaan Portugali ja Espanja. Varsinkin Norja ja Portugali ovat panostaneet terveydenhuoltoon ajanjaksolla 1990 – 2003 selvästi muita maita enemmän. Norja on lisännyt terveysmenojaan yli 150 prosenttia, kun taas Suomi on lisännyt menojaan huomattavasti maltillisemmin. Samalla ajanjaksolla noin 40 prosenttia.



Yleinen tapa vertailla eri maiden terveystoimenpiteitä, on suhteuttaa ne bkt:hen. Kuviosta 3 voidaan nähdä, että Suomen terveystoimenpiteet, Irlannin ohella, ovat bruttokansantuotteeseen suhteutettuna Euroopan alhaisimmat. Suhteellisesti suurimmat terveystoimenpiteet ovat Saksassa. Bkt:hen suhteutettuna Portugalin ja Espanjan terveystoimenpiteet ovat suuremmat kuin Suomen.



Kuvio. 3. Terveystoimenpiteiden suhde BKT:hen, 2003

Lähde: OECD, Health data 2006

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä näyttäisi siis numeroiden valossa olevan tehokkaampi kuin terveydenhuoltojärjestelmät muissa maissa keskimäärin. On vaikea sanoa, kuinka paljon tämä johtuu tehokkuudesta, ja kuinka paljon huonommasta terveyspalvelujen laadusta.

Suomalaisen terveydenhuollon rahoitusrakenne

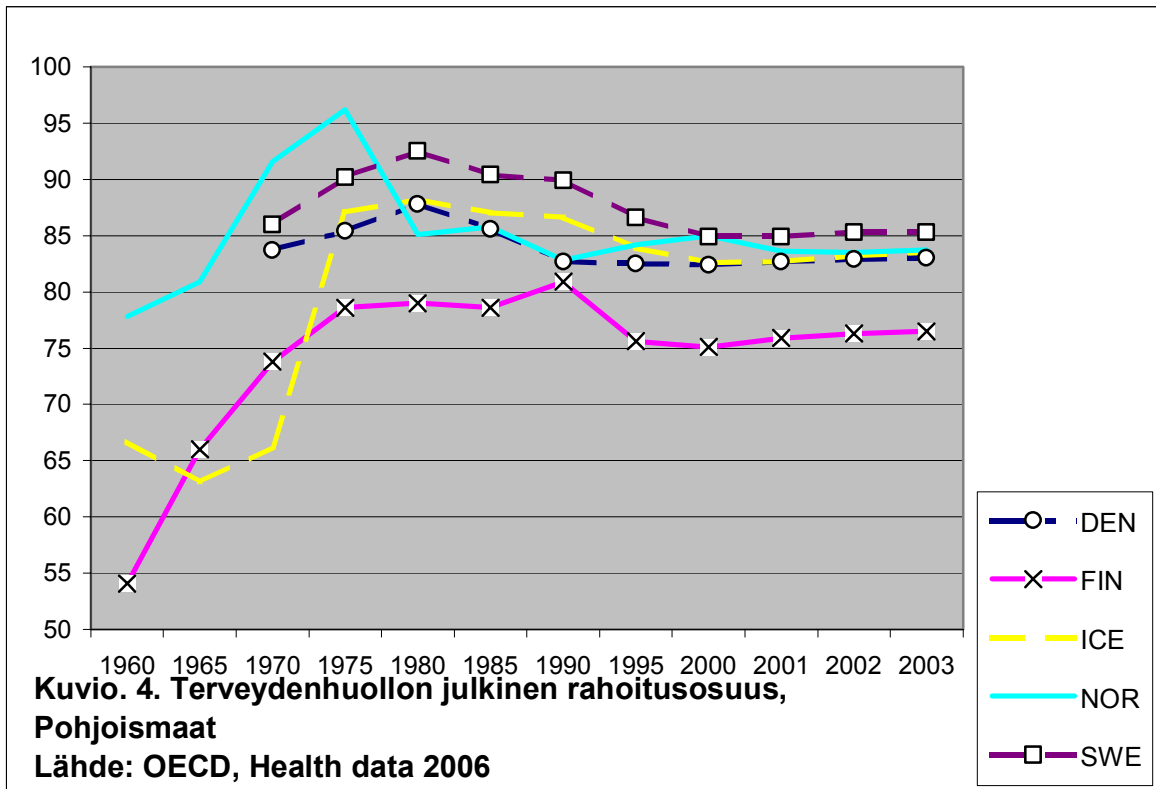
Terveyspalvelut ovat Suomessa pääosin verovaroin rahoitetut. Terveysmenot olivat vuonna, 2003 7,4 prosenttia bruttokansantuotteesta. Kunnat maksoivat terveystoimien kuluista 41,3 prosenttia, valtio 18,3 prosenttia, Kansaneläkelaitos 16,5 prosenttia ja kotitaloudet 19,4 prosenttia. Yksityiset vakuutuslaitokset, työnantajat ja avustuskassat maksavat 4,4 prosenttia kokonaismenoista. (Tilastokeskus²)

Terveydenhuollon julkinen rahoitus

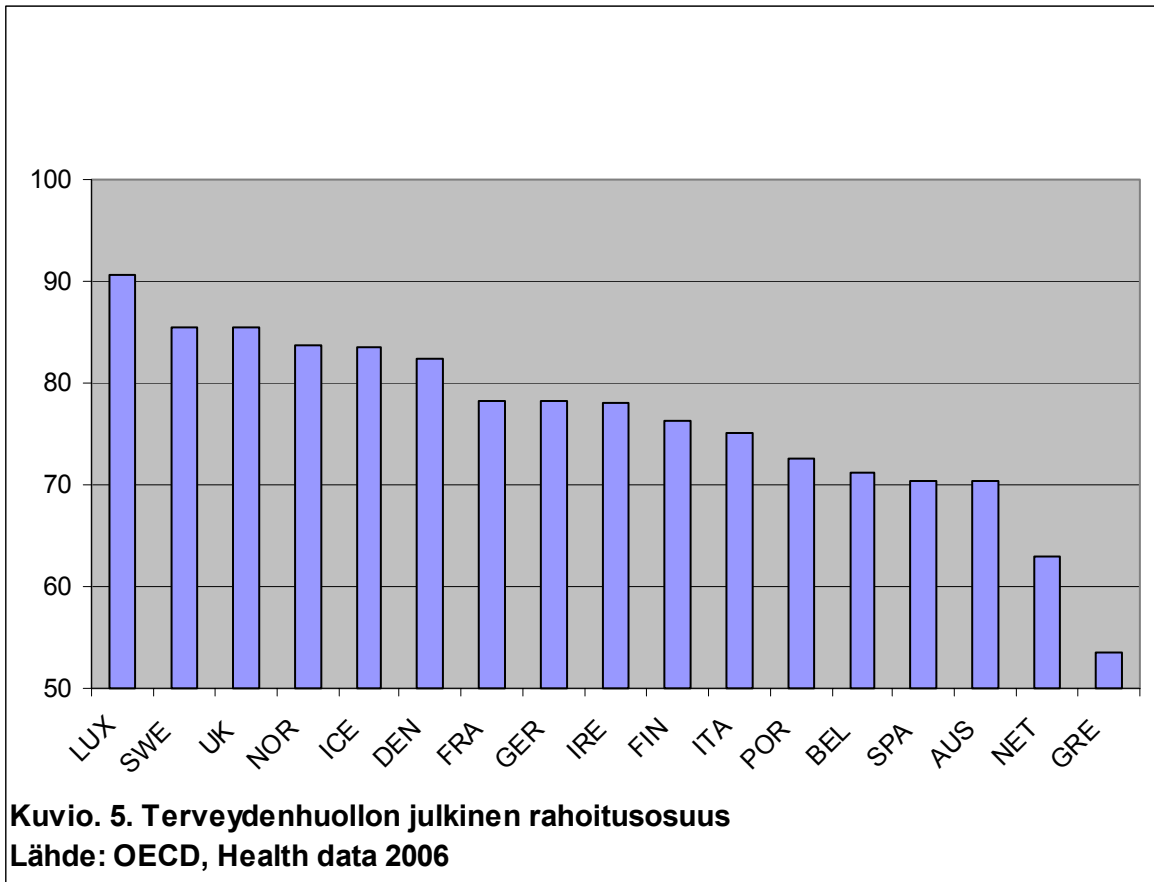
Vuoden 2003 tilastotietojen mukaan Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista katettiin julkisella rahoituksella 76,5 prosenttia. Vanhojen verorahoitteisten maiden keskiarvo oli samana vuonna 81,5 prosenttia. Eniten julkisia varoja terveyteen käytti Ruotsi ja vähiten Suomi. Kuviosta 4. voidaan nähdä muiden pohjoismaiden Suomesta eroava hyvin samankaltainen trendi. Vuoden 1990 jälkeen muut pohjoismaat ovat vakiintuneet päälle 80 %:n tason ja Suomi on vakiintunut selvästi alle 80 %:n tason n. 76 %:iin.

Julkisen rahoituksen osuus Suomen terveydenhuollon kokonaismenoista nousi voimakkaasti 1960-luvulta 1970-luvun puoliväliin asti. Trendin muuttuminen näyttäisi osuvan hyvin yksiin vuoden 1973 Öljykriisin kanssa. 1970-luvun alkupuolelta lähtien seuraavan kymmenen vuoden aikana julkinen rahoitusosuus pysyi muuttumattomana lähellä 80 prosentin tasoa. 1980-luvun puolivälissä trendi taas muuttui ja Suomi lisäsi julkista rahoitusosuutta yli 80 prosentin tason. Parhaimmillaan Suomi pääsi lähelle Tanskan ja Norjan tasoa. Vuonna 1991 julkinen rahoitusosuus oli huipussaan eli noin 81 prosenttia. Lamavuosien seurauksena julkinen rahoitusosuus laski nopeasti alimmillaan 75,5 prosenttiin ja nousi hitaasti vuoden 2003 kohdalla 76,5 prosenttiin. (OECD health data 2006)

² http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_terveys.html



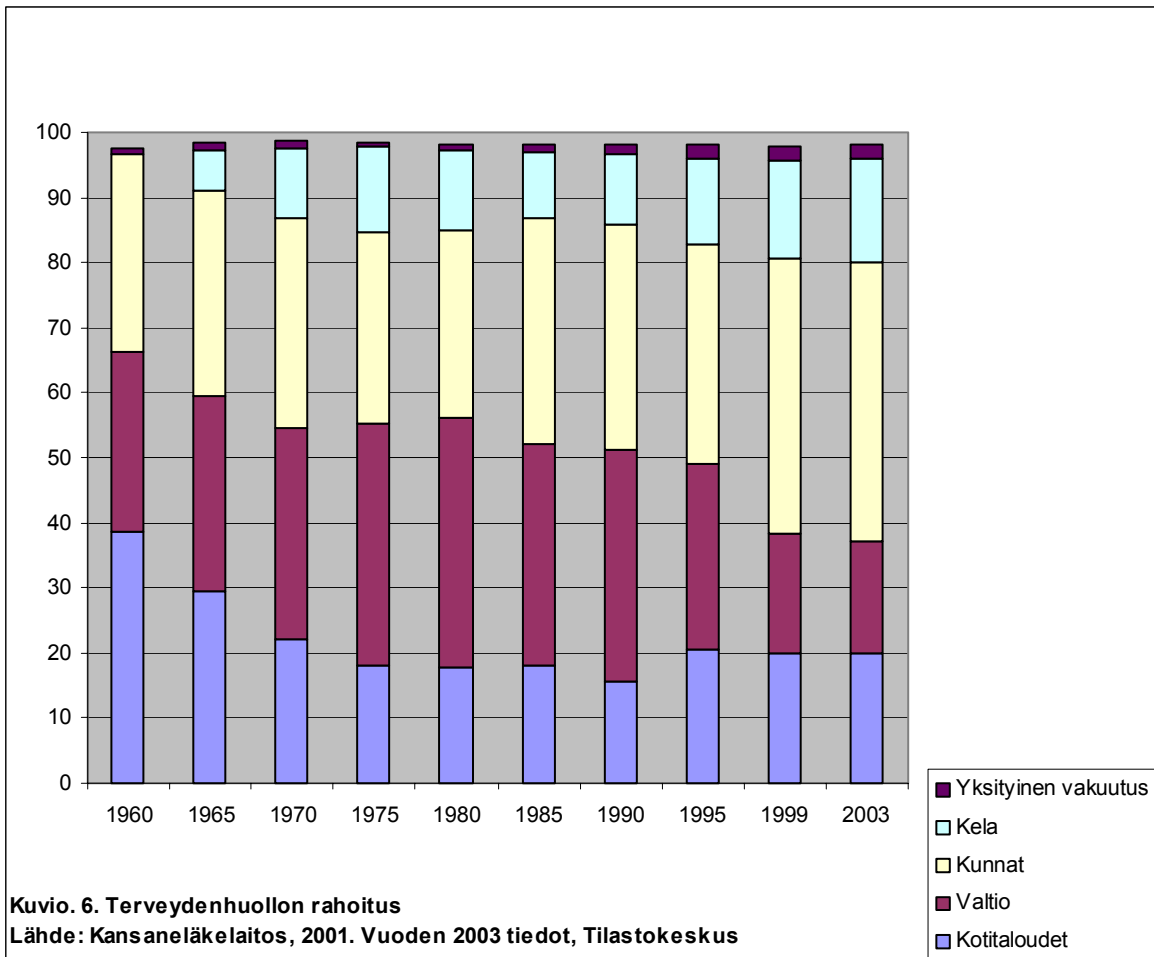
Jaoteltaessa maita terveydenhuollon julkisen rahoitusosuuden perusteella voidaan muodostaa kaksi ryhmää. Ensimmäisen ryhmän muodostavat maat, joiden julkinen rahoitusosuus on 80 – 90 prosentin välillä. Toisen ryhmän muodostavat maat, joiden julkinen rahoitusosuus on 70 – 80 prosentin välillä. Kuviossa 5. maat on jaoteltu julkisen rahoituksen määrän mukaan. Kuvioista 5. näemme, että ensimmäiseen kategoriaan kuuluvat Pohjoismaat, ilman Suomea, ja Iso-Britannia. Toiseen kategoriaan kuuluvat Espanja, Irlanti, Italia, Portugali, sosiaalivakuutuksen maat, ilman alankomaita, ja Suomi. Kreikka ja Alankomaat jäävät molempien ryhmien ulkopuolelle alhaisten julkisten rahoitusosuuksien vuoksi. Luxemburgin julkinen rahoitusosuus ylittää 90 prosenttia, joten se jää myös ryhmien ulkopuolelle.



Julkinen rahoitus Suomessa jakaantuu pääosin, kolmeen osaan: valtion, kuntien ja Kelan osuuteen. Valtion rahoitusosuus nousi 1980-luvun alussa ollen korkeimmillaan vuonna 1982 39,2 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. 1980-luvun alun on tapahtunut selvä rahoitusvastuun siirto valtiolta kunnille.

Kuntien rahoitusvastuu terveydenhuollon kokonaismenoista oli vuonna 1980 n. 29 prosenttia nouden vuonna 1985 lähes 35 prosenttiin. Valtion rahoitusosuus laski samana vuonna 34 prosenttiin kokonaismenoista. Valtion ja kuntien yhteenlaskettu osuus nousi tällä ajanjaksolla 67,1 prosentista 68,7 prosenttiin. Samaan aikaan Kelan rahoitusosuus laski 12,4 prosentista 10,2 prosenttiin kokonaismenoista ja näin ollen laski myös julkisen rahoituksen osuus kokonaismenoista. 1980-luvun lopussa valtio hivenen lisäsi

rahoitusosuuttaan kuntien ja Kelan osuuksien pysyessä lähestulkoon ennallaan. 1990-luvun trendinä voidaan nähdä selvä valtion rahoitusosuuden lasku ja rahoituksen päävastuun siirto kunnille. Kuntien osuus julkisen rahoituksen osuudesta nousi yli 50 prosenttiin 1990-luvun lopussa (Kansaneläkelaitos 2001, 23). Vuonna 2003 Kuntien osuus julkisesta rahoituksesta oli 56,6 prosenttia ja valtion osuus oli samana vuonna 22,3 prosenttia. Kelan osuus oli noussut yhtä merkittäväksi kuin valtion rahoitusosuus.



Terveydenhuollon yksityinen rahoitus

Yksityisellä rahoituksella tarkoitetaan potilaiden maksamia suoria maksuja palveluiden tuottajille, kuten esimerkiksi terveyskeskusmaksuja, poliklinikkamaksuja ja muita omavastuuosuuksia. Yksityisestä rahoituksesta noin 83 prosenttia on asiakkaiden maksamia suoria omavastuuosuuksia ja ne ovat 20 prosenttia kokonaismenoista.

Kuviosta 6. näemme kotitalouksien maksuosuuden kehityksen ajanjaksolla 1960 – 2003. Suurimmillaan kotitalouksien suorat maksut olivat vuonna 1960, lähes 40 prosenttia kokonaismenoista. Valtion lisättyä rahoitusosuuttaan, kotitalouksien maksamien maksujen osuus kokonaismenoista alkoi laskea. Alimmillaan maksut olivat vuonna 1990, 15,6 prosenttia. Laman seurauksena kotitalouksien suorat maksut nousivat yli 20 prosentin tasolle, ollen ylimmillään vuonna 1995, 20,6 prosenttia. Vuonna 2000 kotitalouksien maksamat suorat maksut olivat 20,4 prosenttia kokonaismenoista, vastaavan luvun ollessa muissa vanhoissa verorahoitteisissa maissa keskimäärin 14,18 prosenttia.

Vakuutus sopimuksissa pyritään määrittämään omavastuuosuudet, jotta vakuutuksenottaja pyrkisi välttämään onnettomuutta ja vähentämään moral hazard -käyttäytymistä. Vaikka verorahoitteisessa järjestelmässä ei olekaan kyse varsinaisesta terveystakuusta, niin kuitenkin terveystienot maksaa joku muu kuin potilas. Kotitalouksien maksuosuutta nostamalla yritetään siis vähentää terveystienot liikakäyttöä. Suomen kohdalla omavastuumaksujen korotukset eivät ole terveystienot liikakäytöstä johtuvia, vaan lähinnä yritys vähentää valtion ja kuntien maksutaakkaa.

Terveydenhuollon rahoituksen oikeudenmukaisuus Suomessa

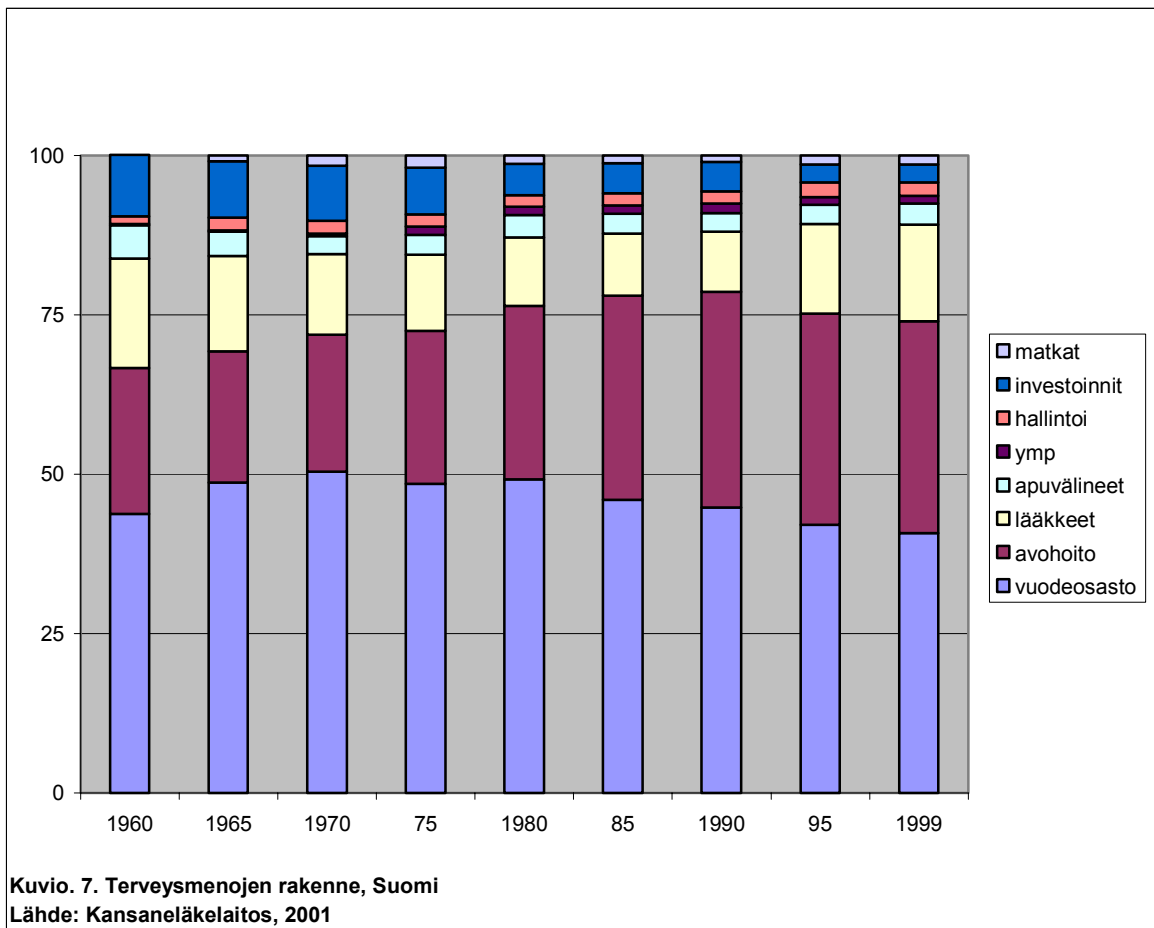
Suurin merkitys omavastuuosuuksien kasvulla on terveydenhuollon rahoituksen oikeudenmukaisuudelle. Oikeudenmukaisena rahoitusrakenteena voidaan pitää rakennetta, jossa terveydenhuollon rahoitus jakaantuu populaatiossa maksukyvyn mukaan. Myös terveystenonjen jakaantuminen kaikille, eikä vain sairaille, lisää rahoituksen oikeudenmukaisuutta. Omavastuuosuuden kasvu vähentää siten rahoituksen oikeudenmukaisuutta. Sairaas, siis terveystenonjen käyttäjät, maksavat suhteessa enemmän terveydenhuollon kokonaismenoista kuin terveet.

Omavastuuosuuksien nosto laskee rikkaamman väestönosan tuloihin suhteutettua rahoitusosuutta eli maksukyvyn merkitys vähenee terveydenhuollon rahoitusta suunniteltaessa. Omavastuuosuudet laskivat 1990-luvun alkuun saakka aina 15,6 prosenttiin, jonka jälkeen osuudet nousivat yli 20 prosentin tason. Osa noususta selittyy terveystenonjen rakenteen muutoksella eli avohoidon ja lääkkeiden merkitys lisääntyi ja vuodeosastohoidon merkitys väheni. Kotitalouksien omavastuuosuudet ovat suuremmat avohoidossa ja lääkkeissä kuin vuodeosastohoidossa, jonka kustannukset maksetaan yli 90 prosenttisesti julkisista varoista. Kotitalouksien maksamat avohoidon omavastuumaksut nousivat ajanjaksolla 1992 - 1993 alle 13 prosentista 18,3 prosenttiin. Omavastuuosuuksien korotus ja terveystenonjen rakenteellinen muutos yhdessä on aiheuttanut kotitalouksien maksaman maksuosuuden nousun 1990-luvulla. Tämä nousu on myös vähentänyt terveystenonjen oikeudenmukaisuutta.

Rahoituksen rakenteen muutos on vaikuttanut oikeudenmukaisuuteen muutenkin kuin omavastuuosuuksien nousun kautta. 1990-luvun alussa valtion ja kuntien osuudet terveystenonjen rahoituksesta olivat suunnilleen yhtä suuria. Vuonna 1999 osuudet olivat kuntien osalta 42,6 prosenttia ja valtion 18,2 prosenttia. Tämä muutos vaikuttaa terveystenonjen rahoituksen oikeudenmukaisuuteen verotuksen kautta. Kuntaverot, kun on ainakin teoreettisesti tasaverot ja valtion verot taas progressiiviset. Näin ollen uusi rahoitusrakenne hyödyttää suurempituloisia, sillä suurempi osa terveystenonjen

rahoituksesta kerätään tasaverolla ja progressiivisella verolla kerätty osuus on laskenut lähes puoleen. Rikkaat osallistuvat köyhien terveydenhuollon maksuun vähäisemmällä osuudella kuin aiemmin.

Kuviosta 7. voidaan nähdä painopisteen siirtymä vuodeosastohoidosta, avohoidon ja lääkehoidon puolelle. Terveysmenojen rakenteellinen muutos vuosina 1990 – 1999 eli painopisteen siirto vuodeosastohoidosta avohoidon puolelle sekä lääkemenojen kasvu, selittävät julkisen rahoitusosuuden laskua.



Taulukkoon 1. on laskettu arvio siitä, miten paljon rakennemuutos on vaikuttanut terveyspalvelujen julkiseen rahoitusosuuteen. Jos eri menoluokkien julkiset rahoitusosuudet olisivat pysyneet ennallaan, julkinen rahoitusosuus olisi laskenut vuoden 1990 yli 80 prosentista vuoden 1999 77 prosenttiin. Todelliset luvut olivat vuonna 1990 80,9 prosenttia ja vuonna 1999 75,7 prosenttia. Karkeasti arvioiden palvelurakenteen muutos vähensi terveydenhuollon julkista rahoitusosuutta noin kolmella prosenttiyksiköllä. Tulos selittyy lääkkeiden, hammashoidon ja perusterveydenhuollon korkeammilla omavastuuosuuksilla. Palvelurakenteen muutos on lisännyt potilaan omavastuumaksuja ja sitä kautta muuttanut terveydenhuollon rahoituksen hyvätuloisia ja terveitä suosivaksi.

Taulukko. 1. Terveyspalvelujen julkisen rahoitusosuuden muutos 1990 - 1999					
	1990		1999		
	menorakenne %	pub.osuus	menorakenne %	pub.osuus	
Vuodeosastohoito	44,7	0,931	40,7	0,92	
Avohoito	33,9	0,823	33,3	0,773	
Lääkkeet	9,4	0,491	15,1	0,506	
Hammashoito	2,9	0,468	3,3	0,359	
Julkiset investoinnit	4,6	1	2,8	1	
Julkinen osuus	80,088		74,8102 *77,0561		
* vuoden 1999 menorakenne ja vuoden 1990 julkinen rahoitusosuus					
Lähde: Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960 - 1999.					

8 SUOMALAISEN TERVEYDENHUOLLON TULEVAISUUS

Hyvin toimiva terveydenhuoltojärjestelmä on oikeudenmukainen, tehokas ja riittävän laadukas. Tehokkuutta mitataan usein bruttokansantuoteosuuksilla. Tällöin oletetaan, että eri maat ja eri järjestelmät tuottavat saman laatuista terveystalvveluja. Tämä ei tietenkään pidä paikkaansa. Maltilliset kokonaiskustannukset saattavat olla merkkinä vähemmän laadukkaista terveystalvveluista. Ainakin jonotusajat ovat pisimmät maissa, joissa kokonaiskustannukset ovat alhaisimmat.

Maissa, jotka ovat parhaiten pystyneet kontrolloimaan kokonaiskustannusten kasvua, kuten esimerkiksi Iso-Britannia ja Suomi, on myös vähiten lääkäreitä. Alhaisempi lääkäreiden määrä ei välttämättä merkitse huonompilaatuista terveystalvveluja, mutta alhaisempi lääkäreiden määrä yhdistettynä pitempiin jonotusaikoihin voitaisiin tulkita merkitsevän alhaisempaa tasoa terveystalvvelujen laadussa. Parempi käsitys terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuudesta voitaisiin saada tarkastelemalla hoitokokonaisuuksien hintoja eri maiden välillä. Tämän kaltaisia vertailukelpoisia tilastoja on vielä tällä hetkellä vaikea saada, mutta jonkinlaisia suuntaa antavia vertailuja pystytään tekemään.

Tehokkuus

Suomi näyttäisi tuottavan keskeisiä terveystalvveluja keskimääräistä enemmän ja keskimääräistä vähemmällä kustannuksilla. Teperin selvityksessä (2006) mainitaan, että suomalainen järjestelmä hoitaa potilaansa 37 prosenttia alhaisemmilla kustannuksilla kuin esimerkiksi norjalainen järjestelmä. Suurin osa erosta selittyi Suomen alhaisemmalla palkkatasolla, mutta myös tuotannon tehokkuudella oli merkityksensä. Samassa selvityksessä mainitaan myös, että eri sairaaloiden välillä on myös selkeitä tehokkuuseroja. Huonoimman ja parhaimman suomalaisen sairaalan välinen ero oli peräti 40 prosenttia. Edelleen sama selvitys mainitsee, että erikoissairaanhoidon tuottavuus on 2000-luvulla pienentynyt puoli prosenttia vuosittain.

Suomalaisen järjestelmän tehokkuutta voitaisiin ehkä lisätä selvittämällä, mikä tekee toisista sairaaloista tuottavampia kuin toisista. Tehokkuuden lisääminen edellyttää tietysti sitä, että tuottavuuserot johtuvat organisaatioiden eroista, ja sitä että positiiviset organisaatorakenteet ovat siirrettävissä tehottomimpiin organisaatioihin. Näin ei välttämättä ole. Erot voivat johtua sairaalan maantieteellisestä sijainnista, koulutetun henkilökunnan saatavuudesta ja myös saman diagnoosin omaavan potilaan hoidossa voi olla eroja sairaaloiden välillä. Eri maiden välisissä tuottavuus ja tehokkuus vertailuissa pitäisi tarkkaan miettiä, millä mittareilla tehokkuutta mitataan. Jos mittarina pidetään esimerkiksi joidenkin lääketieteellisten toimenpiteiden määriä, voidaan saada väärä käsitys eri maiden terveydenhuollon tasosta. Toisessa maassa voidaan tehdä samalla rahalla huomattavasti enemmän leikkauksia kuin toisessa maassa, ja silti maan terveystilanne voi olla huonompi.

Tehokkuutta voitaisiin tietysti yrittää lisätä lakkauttamalla tehottomimmat sairaalat ja siirtää palvelutuotannon vastuu tehokkaimmin toimiville yksiköille. Tällöin joudumme ongelmiin terveydenhuoltopalvelujen saatavuuden suhteen. Erikoissairaanhoidon keskittäminen suuriin kasvukeskuksiin asettaa syrjäseutujen ihmiset epäedulliseen asemaan. Tehokkuuden lisääminen ei varmasti ole suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän uudistamisen tärkeimpiä kohteita, mutta tehokkuutta voitaisiin kuitenkin parantaa ja sitä kautta saada enemmän resursseja terveydenhuoltopalvelujen tuottamiseen.

Suomalainen järjestelmä toimii kansainvälisessä vertailussa tehokkaasti, mutta on myös näyttöä, että tehokkuutta voidaan lisätä. Intuitiivisesti ajatellen osa tehokkuuden alenemisesta johtuisi terveydenhuoltosektorilla vallitsevasta työvoimapulasta. Työvoimaa on jouduttu houkuttelemaan nostamalla terveysalan palkkoja ja varsinkin lääkäreiden ansiot ovat nousseet huomattavasti. Myös osa työstä jää tekemättä, koska kaikkia virkoja ei saada täytettyä, johtuen joko rahan tai koulutetun työvoiman puutteen takia.

Organisaatiouudistuksilla voidaan tehostaa terveydenhuoltoa. Yksi tapa parantaa tuottavuutta/tehokkuutta on muuttaa palvelurakennetta ja miettiä, miten rajalliset resurssit

pitäisi allokoida, jotta päästäisiin parhaaseen mahdolliseen lopputulokseen. Pitäisi uudelleen miettiä, millainen yhdistelmä erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, lääkehoitoa ja kansanvalistusta tuottaa eniten terveyttä. Tänä päivänä lääkkeiden ja avohoidon osuutta on voimakkaasti lisätty. Aikaisempi valtion aktiivisempi rooli terveydenedistämässä on jäämässä vähemmälle. Esimerkiksi alkoholiverotusta on kevennetty ja kansanvalistustyö ei ole enää 2000-luvulla muodikasta. Vastuu terveydestä on selkeästi siirtymässä yhteiskunnalta yksilölle. Tällainen tilanne yhdistettynä tietynlaiseen murrosaikaan, esimerkiksi globalisaation aiheuttamiin haasteisiin, synnyttää ongelmallisia tilanteita. Pitkällä aikavälillä ihmiset varmasti oppivat ottamaan vastuuta terveydestään.

Tärkeämpää kuin tehokkuuden lisääminen, olisi suunnata niukat resurssit toimiviin hoitomuotoihin. Tulevaisuudessa täytyy entistä tarkemmin laskea eri hoitomuotojen ns. varjokustannukset. Varat, jotka kohdennetaan kalliisiin ja vähän hyötyä tuottaviin hoitomuotoihin, voisivat tuottaa yhteiskunnalle enemmän hyötyä kohdennettuina joihinkin halvempiin toimivampiin hoitoihin. (Teperi 2005, 85)

Hoitotakuu

Vuonna 2005 Suomessa otettiin käyttöön hoitotakuu. Hoitotakuu merkitsee sitä, että hoitoon on päästävä määräajassa. Terveyskeskukseen on päästävä kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta. Sairaalahoitoon pääsyn edellytys on lääkärin lähete. Sairaalan on arvioitava hoidon tarve kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta. Arvioinnin jälkeen hoitoon on päästävä kuuden kuukauden sisällä, muuten potilas on oikeutettu saamaan hoidon toisesta sairaanhoitopiiristä tai yksityiseltä sektorilta, ilman eri korvausta. Nämä määräajat koskevat kiireettömiä tapauksia. Kiireelliset tapaukset on tietysti pyrittävä hoitamaan välittömästi. (STM)

Hoitotakuun vaikutuksia voidaan arvioida yli puolivuotta kiireettömään leikkaukseen jonottaneiden määrällä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä yli puoli vuotta

kiireettömään hoitoon jonottaneiden määrä väheni vuonna 2006 tammikuusta toukokuuhun 35 prosenttia (STM tiedote 263/2006). Pirkanmaan sairaanhoitopiirin yli kuuden kuukauden jonottajien määrä väheni ajanjaksolla 1.3.2005 – 1.12.2006 81 prosenttia. Laskua vuoden 2006 heinäkuusta vuoden loppuun oli ainoastaan 0,8 prosenttia (PSHP tiedote, 2006). Hoitotakuun käyttöönoton jälkeen yli puolen vuoden jonoja alettiin purkaa menestyksellä, mutta vuoden loppuun mennessä vauhti hiipui. Jonottajien määrän hidas aleneminen johtunee siitä, että terveydenhuoltojärjestelmä toimii kapasiteettinsa ylärajoilla. Terveyspalvelujen kysynnän kasvu tulevaisuudessa vaikeuttaa hoitotakuun toteutumista.

Oikeudenmukaisuus Suomessa

Aikaisemmassa osuudessa, jossa terveyspalvelujen oikeudenmukaista jakaantumista tarkasteltiin, havaittiin, että suomalainen järjestelmä on rikkaita suosiva. Rikkaat käyttävät terveyspalveluja enemmän kuin köyhät. Sekä erikoissairaanhoito että perusterveydenhuolto olivat tutkimuksessa rikkaita suosivaa.

Teperin selvityksessä mainitaan, että kirurgiset toimenpiteet ovat rikkaita suosivia. Esimerkkinä mainitaan sepelvaltimotauti, jonka esiintyneisyys on selvästi yleisempää alemman tuloluokan ihmisillä. Kuitenkin 1980-luvulla ohitusleikkauksia suoritettiin ylempään tuloluokan ihmiselle selvästi muita enemmän. Uusien hoitomuotojen käyttöönoton jälkeen toimenpiteet ovat kohdentuneet edelleen hyvätuloisia suosien. Alueellisia eroja ei juuri löytynyt, kuitenkin tulevaisuudessa kasvukeskuskehitys saattaa vaarantaa alueellisen terveyspalvelujen saatavuuden. (Teperi 2005, 77)

Yksityisen sektorin käyttö erikoissairaanhoidon avopalveluissa on eräs epäoikeudenmukaisuutta aiheuttava tekijä. Suuret omavastuuosuudet ohjaavat kuluttajien käyttäytymistä. Omavastuuosuudet ovat monelle alemman tuloluokan ihmiselle iso kynnyks hakeutua ajoissa hoitoon. Yksityislääkärin vastaanotolla käyvät lähinnä ylempään tuloluokkaan kuuluvat ihmiset. Suomalaisessa järjestelmässä ensikäynnillä potilas ohjataan

tarvitsemiinsa jatkotoimenpiteisiin, ja kun nämä ensikäynnit jakaantuvat rikkaita suosien, se näkyy myös julkisessa vuodeosastohoidossa.

Perusterveydenhuollon käynneistä yksityinen sektori ja työterveydenhuolto ovat lisänneet osuuttaan. Perusterveydenhuollon palvelujen korkeiden omavastuuosuuksien vuoksi työterveydenhuollon maksuttomat palvelut lisäävät terveyspalvelujen epäoikeudenmukaista jakautumista. Suomessa työterveydenhuolto on maksutonta ja yksityiset terveyspalvelut nopeuttavat potilaiden hoitoon pääsyä. Edellä mainittujen palvelujen käyttäjien ollessa keskimääräistä parempiosaisia terveyspalvelujen käyttö jakaantuu epäoikeudenmukaisesti.

Terveydenhuollon rahoitusjärjestelmä lisää osaltaan eriarvoisuutta. Kuntien saamissa valtionosuuksissa on otettu huomioon väestön terveyspalvelujen tarve, mutta näissä osuuksissa ei oteta huomioon Kelan kautta työterveydenhuoltoon suunnattavia rahoitusosuuksia. Voittajia ovat suuret kasvukeskukset ja häviäjiä pienet kunnat, joissa ei ole suuria työnantajia. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä tuottaa eriarvoisia terveydenhuoltopalveluja (mt, 90). Terveydenhuollon rahoitus pitäisi uudistaa. Omavastuuosuudet muodostavat suuren osan suomalaisen terveydenhuollon rahoituksesta ja suurilla omavastuuosuuksilla on selkeä yhteys eriarvoisiin terveyspalveluihin. Omavastuuosuudet poistamalla suomalaisessa terveydenhuollossa esiintyvä eriarvoisuus vähenisi. Moral hazard -käyttäytyminen tuskin lisääntyisi, sillä terveyspalvelujen liikkakäyttö on pääasiassa lääkärin kannustimista johtuvaa. Rahoitusjärjestelmän uudistamisessa pitäisi ottaa huomioon kannustimet, lisääntyvät terveysmenot ja niiden aiheuttama rasitus kunnille sekä oikeudenmukaisuus.

Alueellinen epäoikeudenmukaisuus tarkoittaa eroja terveyspalvelujen saatavuudessa eri alueiden välillä. Epäoikeudenmukaisuutta aiheuttavat erityisesti erot koulutetun työvoiman saatavuudessa. Kasvukeskusten ulkopuolelle on usein vaikeaa löytää koulutettua henkilökuntaa. Syitä kehitykseen on monia. Esimerkiksi työolot voivat olla paremmat suuremmissa yksiköissä. Usein lääkärin työpaikan valintaan vaikuttaa myös mahdollisen puolison työllistyminen. Tällöin valinta kallistuu yleensä syrjäseutujen sijasta kasvukeskuksiin. Yksityinen sektori houkuttelee lääkäriä työvoimaa paremmilla työoloilla.

Yksityiset terveysasemat sijaitsevat riittävän väestöpohjan omaavilla alueilla, kun taas syrjäseuduilla yksityisiä lääkäripalveluja on vähän tarjolla.

Valtionosuusuudistus vuonna 1993 antoi kunnille päävastuu terveystalvelujen järjestämisestä ja rahoittamisesta. Valtionosuuksissa on otettu huomioon kuntien erilaiset demografiset piirteet. Tästä huolimatta kunnat ovat joutuneet eriarvoiseen asemaan. Valtion rahoitusta ei ole korvamerkitty eli se on voitu käyttää johonkin muuhun kuin terveydenhuoltoon. Pienillä syrjäseutujen kunnilla ei ole mahdollisuutta kilpailla koulutetusta henkilökunnasta. Palkat ovat paremmat kasvukeskuksissa. Ammattijärjestöjen ja terveystalvelujen tuottajaorganisaatioiden neuvotteluasema on parantunut aikaisempaan valtiojohtoiseen aikaan verrattuna. Jos esimerkiksi poliisitalveluiden järjestäminen ja rahoitus olisi lama-aikana siirretty kuntien vastuulle, olisi tällä hetkellä varmasti suuret erot eri alueiden välillä poliisitalveluiden saatavuudessa sekä poliisien palkkauksessa. (mt, 88–89)

Terveystalvelun epäoikeudenmukainen käyttö Suomessa johtuu lähinnä terveydenhuollon rahoituksesta ja koulutetun työvoiman saatavuudesta. Koulutetun työvoiman saatavuuteen voidaan vaikuttaa ainakin koulutettujen määrää lisäämällä. Koulutuspoliittiset päätökset ovat usein väärin ajoitettuja. Esimerkiksi lääkäriksi opiskelevien aloituspaikkoja olisi pitänyt jo aikaa sitten lisätä selkeästi. Lääkärin koulutus kestää vuosia ja sen vuoksi aloituspaikkojen lisääminen tuo helpotusta lääkäripulaan pitkällä viiveellä. Alhaiset koulutusmäärät ja vuoto tutkimukseen sekä hallintotehtäviin ovat johtaneet syrjäseutujen lääkäripulaan ja lääkäreiden kohonneisiin ansioihin. Hoitajien muuntokoulutuksen lääkäreiksi ajateltiin tuovan jotain helpotusta lääkäripulaan. Tällä hetkellä näyttäisi siltä, että toivottua vaikutusta ei saataisi aikaan. Muuntokoulutus kestää 5,5 vuotta ja lääkärin koulutus kestää noin 6 vuotta. Muuntokoulutuksen pitäisi kestää huomattavasti vähemmän aikaa, että sillä voitaisiin helpottaa lääkäripulaa. Samaan aikaan on kuitenkin pulaa myös hoitajista, joten tästä näkökulmasta ajatellen muuntokoulutus ei olisi kovin järkevää. Paras tapa lisätä koulutettavien lääkäreiden määrää on lisätä resursseja itse lääkärikoulutukseen.

Ikääntymisen vaikutus Suomessa

Ikääntyminen aiheuttaa ongelmia terveydenhuollolle monin eri tavoin. Ikääntyminen lisää terveyspalvelujen kysyntää ja sitä kautta työvoiman kysyntä kasvaa terveydenhuoltosektorilla. Samaan aikaan eläköitymisen myötä suuri määrä lääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa poistuu työelämästä ja vähentää työntarjontaa. Ikääntyminen siis lisää työnkysyntää ja vähentää työntarjontaa terveydenhuoltosektorilla. Tilanne johtaa väistämättä ongelmiin. Lääkäreistä on jo tällä hetkellä pulaa, kuin myös hoitajista. Ensimmäinen ongelma on löytää koulutettua henkilökuntaa. Toinen ongelma on löytää varat kasvaviin terveystalouksiin. Koulutuspaikkoja olisi lisättävä merkittävästi, etenkin lääkäriopiskelijoiden aloituspaikkoja. Lääkäriksi kouluttautuminen vie kuitenkin paljon aikaa, kuten aiemmin todettiin. Lääkäripulaa voidaan yrittää lievittää tuomalla lääkäreitä ulkomailta.

Ikääntymisen kustannusvaikutus

Suomi ikääntyy eurooppalaista huippuvauhtia. Suuret ikäluokat, vuosien 1945 – 1955 aikana syntyneet, siirtyvät pois työelämästä ja ikääntyminen kiihtyy. Vanhusväestön prosentuaalinen osuus väestöstä kasvaa vuoteen 2050 mennessä 27 prosenttiin. Karkeasti arvioiden ja olettaen, että terveystaloukset nelinkertaistuvat 65:n ikävuoden jälkeen, ikääntyminen nostaisi terveystaloukset noin kahdella prosenttiyksiköllä vuoteen 2050 mennessä.

Vuonna 2035 väestöennusteet näyttävät että, työikäisiä on vain kaksinkertainen määrä eläkeläisiin verrattuna. Tällä hetkellä työikäistä väestöä on yli nelinkertainen määrä eläkeläisiin verrattuna. Lisääntynyt elinikä yhdistettynä alhaiseen eläkkeelle siirtymisikään, muodostavat haasteen suomalaiselle yhteiskunnalle. (Antolin, Oxley & Syuker 2001, 27)

Ikääntymien lisää kustannuksia. Paineet työväestön verojen nostoon ovat selkeät. Toisaalta taas kilpailu huippuosaajista globaaleilla markkinoilla edellyttää pikemminkin tuloveron laskua, ainakin ylemmissä tuloluokissa. Tämä taas johtaisi entistä epätasa-arvoisempaan yhteiskuntaan, joka taas lisää terveysmenoja huonomman kansanterveyden myötä. Muutenkin suuri eläkeläisten ja työttömien määrä jättää palkkatyöläisille liian raskaan verotaakan kannettavakseen. Tällä hetkellä terveysmenot ovat 7 prosentin luokkaa bruttokansantuotteesta, mikä on selvästi keskiarvon alapuolella. Tähän perustuen menoja voitaisiin varmasti lisätä. Yhteiskunnan varojen uudelleen allokointi on varmasti mahdollista. Toisaalta taas kilpailukyvyyn ja talouskasvun varmistaminen antaa mahdollisuuden rahoittaa tulevaisuuden kasvavat terveysmenot.

Kulloinkin työelämässä olevat ikäluokat huolehtivat samanaikaisesti eläkkeellä olevien eläkkeistä. Ongelmia syntyy, kun eläkkeellä olevien määrä suhteessa työikäiseen väestöön kasvaa selkeästi, niin kuin lähitulevaisuudessa tulee tapahtumaan. Eläkemaksujen³ osuus palkkasummasta on nousemassa 21,5 prosentista 32 prosenttiin, jos eläke-etuuksia ei alenneta. Yli 30 prosentin eläkemaksu heikentäisi talouden kilpailukykyä. Suomessa, kuten muissakin Euroopan maissa, on selkeät tavoitteet eläkeiän nostoon. Tällä hetkellä Suomessa jäädään eläkkeelle keskimäärin 59-vuotiaana. Tavoite olisi nostaa eläkeikää 2 – 3 vuotta. Vaikka tavoitteissa onnistuttaisiinkin, työeläkemaksut nousisivat yli kuudella prosenttiyksiköllä. (mt, 27)

Ikääntymisen nostaessa työvoimakuluja talouskasvu saattaa jäädä alhaiseksi ja samanaikaisesti ikääntyminen myös kasvattaa terveysmenoja. Yhteisvaikutus valtion talouteen on suuri. Jos työvoimakustannukset nousevat hyvin korkeiksi, Suomen kilpailukyky kärsii. Tämä voi johtaa Suomen talouden alhaiselle kasvu-uralle, jolloin verorahoitteinen terveydenhoito joutuu toimimaan erittäin niukoilla resursseilla. Toisaalta Suomen terveydenhuoltojärjestelmä selvisi suhteellisen hyvin 1990-luvun lamasta, joten ainakin näyttöä on, että suomalainen järjestelmä pystyy toimimaan vaikeissa olosuhteissa. Toisaalta taas lama-aika oli suhteellisen lyhyt ajanjakso verrattuna tulevaan vaikeaan

³ Kyseessä alle 50 vuotiaan Tel-maksu.

ajanjaksoon. Ikääntymisen aiheuttamat kustannuspaineet voivat johtaa terveydenhuollon julkisen rahoitusosuuden laskuun.

Ikääntymisen vaikutus lääkäreiden työntarjonnalle

Koulutetun työvoiman saatavuus on eräs tekijä, mihin lähitulevaisuudessa kiihtyvää ikääntymistä vaikuttaa. Tulevaisuudessa päättäjät joutuvat miettimään, miten varmistaa koulutetun terveydenhuoltohenkilökunnan riittävä työntarjonta, ja miten varmistetaan henkilökunnan saatavuus myös kasvukeskusten ulkopuolella. Ongelma ei koske ainoastaan lääkäreiden työntarjontaa, vaan myös hoitajia on liian vähän.

Suomessa on 2,4 lääkäriä tuhatta asukasta kohti. Eniten lääkäreitä on Kreikassa, jossa on 4,9 lääkäriä tuhatta asukasta kohti. Vanhoista verorahoitteisista maista ainoastaan Iso-Britannia pärjää yhtä vähillä lääkäreillä kuin Suomi. Oletetaan, että Suomeen haluttaisiin yhtä suuri lääkäritiheys kuin Länsi-Euroopan maissa keskimäärin, niin tarvittaisiin suurin piirtein 5000⁴ lääkäriä lisää. (OECD, Health data 2006)

Lääkäritiheys ja odotusajat korreloivat selkeästi keskenään. Selvää on, että mitä enemmän lääkäreitä on, sitä nopeammin potilaat hoidetaan. Korkea lääkäritiheys on yhdistetty myös korkeisiin terveysmenoihin. Lääkäreiden palkkioperusteilla on kuitenkin suuri merkitys sille, että kuinka paljon lääkäreiden määrän lisääminen nostaa terveysmenoja. Selkein korrelaatio terveysmenojen ja lääkäritiheyden välillä on, kun maksuperuste on toimenpiteiden määrään sidottu. Maissa, joissa lääkärit työskentelevät kiinteällä kuukausipalkalla, lääkäreiden määrän lisääminen ei vaikuta terveysmenoihin yhtä voimakkaasti kuin jos maksuperusteena ovat tehdyt toimenpiteet.

Yleisesti ajatellen Euroopassa on lääkäripula, joka ikääntymisen myötä pahenee edelleen. Teoriassa lääkäripula syntyy, kun lääkäreiden palkkaus pidetään kysynnän ja tarjonnan

⁴ Keskimääräinen lääkäritiheys Euroopan talousalueen maissa oli vuonna 2004 3,4/1000as. Suomen väkiluku vuonna 2004 oli 5 228 000.

asettaman tasapainopalkan alapuolella. Teoriassa lääkäreistä voisi olla ylitarjontaakin, muuta näin ei kuitenkaan ole, ainakaan Euroopassa. Lääkäreiden koulutusmääriä kontrolloidaan valtion toimesta lähestulkoon kaikissa Euroopan maissa. Näin ollen palkkaa ei voida pitää syynä lääkäripulaan.

Lääkäripalvelujen tarjonta riippuu monesta tekijästä. Lääkäripalvelujen tarjonta on riippuvainen koulutettujen lääkäreiden ja maahan muuttaneiden lääkäreiden määrästä. Tarjontaa vähentää luonnollisesti eläkkeelle jääminen ja maastamuutto. Lääkärit voivat vaihtaa alaa, siirtyä hallinnollisiin tehtäviin tai tutkimukseen. Lopullinen lääkäripalveluiden tarjonta on riippuvainen vielä lääkäreiden tuottavuudesta eli siitä, kuinka monta potilasta lääkäri pystyy hoitamaan. Suomessa alkaa näkyä viitteitä lääkäripulasta, kaikkia virkoja ei saada täytetty ja haja-asutusalueille on vaikea löytää lääkäreitä. Tulevaisuudessa tilanne voi edelleen pahentua. Terveyspalvelujen kysyntä tulee kasvamaan tulevaisuudessa, johtuen pääasiassa teknologian kehityksestä ja ikääntymisestä. Terveyspalvelujen tarjonta uhkaa vähetä johtuen lääkärikunnan ikääntymisestä. Myös naislääkäreiden lisääntyneellä määrällä on vaikutusta lääkäripalvelujen tarjonnan vähenemiseen.

Lääkärikunnan ikääntyessä tehdyt työtunnit per lääkäri vähenevät. Tutkimukset, esim. Woodward & Hurley (1995), ovat osoittaneet, että naislääkärit tekevät lyhyempää työpäivää ja jäävät aikaisemmin eläkkeelle kuin mieskollegansa. Naislääkäreiden osuuden kasvaessa lääkärikunnassa myös lääkäripalvelujen tarjonta vähenee. (Simoens & Hurst 2006, 21) Toisaalta naisten osallistuminen työelämään on alentanut syntyvyyslukuja. Suuri osa naisten vähemmillä työtunneilla selittyy perhesyillä. Syntyvyyden lasku todennäköisesti lisää naisten tekeminen työtuntien määrää.

Lääkärikunnan ikääntyminen tulee vaikuttamaan merkittävästi lääkäripalvelujen tarjontaan. Lääkärikunnan ikärakenne näyttäisi olevan merkittävä tekijä tulevaisuuden lääkäripalvelujen tarjonnan vähenemisessä. Vuonna 2006 suomalaisten erikoislääkäreiden keski-ikä oli 49 vuotta. Kun otetaan huomioon, että 50 ikävuoden jälkeen lääkärit pääasiallisesti vähentävät työtaakkaansa, lääkäreiden työntarjonta Suomessa kääntyisi laskuun lähitulevaisuudessa. Suomen lääkäriliiton tiedotteen (21.09.2006) mukaan nykyiset

koulutusmäärät eivät riitä korvaamaan lääkäripoistumaa erikoislääkäripalveluissa. Useilla erikoisaloilla lääkäreitä jää eläkkeelle enemmän kuin uusia koulutetaan.

Koulutettavien lääkäreiden määrää olisi lisättävä, jotta voitaisiin varmistaa lääkäripalvelujen kysynnän ja tarjonnan kohtaaminen tulevaisuudessa. Koulutusmäärien kontrollointi vaikuttaa lääkäritiheuteen. Simoens & Hurst (2006) selvittivät tutkimuksessaan lääkäripalvelujen tarjontaa. Heidän tutkimukseen perustuen maissa, joissa on aina kontrolloitu koulutettavien määriä, on lääkäritiheys noin kaksi kertaa alhaisempi kuin maissa, joissa ei ole kontrolloitu koulutettavien määriä. (mt, 30)

Koulutettavien määrän kontrolloinnilla yritetään vaikuttaa terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Jossain määrin tavoitteessa on onnistuttu, mutta kuten aiemmin todettiin, lääkäritiheys ei aivan suoraan korreloi kustannusten kanssa. Myös lääkärien palkkioperusteilla on merkitystä. Suomen kohdalla lääkärien ammattijärjestöllä ja opiskelijajärjestöillä on ollut vaikutusta alhaisiin koulutusmääriin. Lääkärit ammattikuntana ovat olleet liian vahva painostusryhmä ja ovat pystyneet pitämään lääkärien koulutusmäärät alhaisina taloudellisista intresseistään johtuen. 1990-luvun lopulla lääkärikoulutuksen liian vähäiset aloituspaikat kostautuvat lähitulevaisuudessa pahenevana lääkäripulana

Lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja olisi siis lisättävä selkeästi. Lääkäriliiton tiedotteen 14.12.2006 mukaan, terveyskeskusten lääkärivaje on lähes 9 %. Tämä tarkoittaa sitä, että joka kymmenes lääkärin virka jää täyttämättä. Toisin sanoen terveyskeskuslääkärit tekevät jatkuvasti ylityötä. Lääkärivajeessa on huomattavia alueellisia eroja. Pahimmillaan se on Kainuussa, jossa 25 prosenttia lääkärin viroista on täyttämättä (Suomen Lääkäriliitto, tiedote 14.12.2006). Lääkäriliitto on useita vuosia selitellyt terveyskeskuslääkäripulan johtuvan siitä että, työ liian kuormittavaa ja terveyskeskuslääkärit erikoistuvat siirtyäkseen erikoislääkäripalvelujen tarjoajiksi. Tilanne on varmasti juuri näin, mutta suuri osa kuormituksesta johtuu siitä, ettei lääkäreitä ole koulutettu tarpeeksi, jotta virat terveyskeskuksissa saataisiin täytettyä. Lääkäritiheyden kasvaessa myös terveyskeskustyö näyttäisi houkuttelevammalta. Terveyskeskustyön kuormittavuuden takia suuri osa lääkäreistä haluaa erikoistua jossain vaiheessa uraansa. Erikoistumista pitäisi ohjata

erikoislääkäripalvelujen tarve, eikä se että perusterveydenhuollon lääkäreitä on liian vähän. Toisaalta taas erikoislääkäreistä on tulevaisuudessa vähintäänkin yhtä suuri pula kuin terveyskeskuslääkäreistä.

Lääkärikoulutus on pitkä prosessi, siksi akuuttiin lääkäripulaan voidaan hakea apua ulkomailta, edistämällä koulutetun terveydenhuoltohenkilökunnan maahanmuuttoa. Samaan aikaan täytyy huolehtia siitä että, koulutetulla henkilökunnalla on mahdollisimman vähän syitä maastamuutolle. Tarkoittaen lähinnä sitä, että työolosuhteet ja palkkaus ovat kansainvälisesti kilpailukykyisiä. Ideaalitulanteessa lääkärit voisivat siirtyä maista, joissa on ylitarjontaa lääkäreistä maihin, joissa on lääkäripula. Käytännössä lähestulkoon jokainen OECD-maa pyrkii omavaraisuuteen terveydenhuoltohenkilökuntansa suhteen, ainakin kun kyseessä on lääkärit. Lääkäripalvelujen ylitarjonta on kuitenkin hyvin harvinainen ilmiö Euroopassa. Ylitarjontaa saattaa esiintyä maissa, joissa lääkäritiheys on suuri, kuten Belgiassa (Simoens & Hurst 2006, 20). Hyvin usein lääkäreiden maahanmuutto johtuu muista syistä kuin lääkäripalvelujen ylitarjonnasta lähtömaassa. Raha on voimakas kannustin, myös hankalat elinolosuhteet, yhteiskunnan epävakaus, luonnonolot ja poliittinen vaino saattavat saada ihmiset muuttamaan kotiseudultaan.

Kielialueiden voidaan ajatella ohjaavan lääkärien muuttoa. Saksalaisen lääkärin on helppo työskennellä saksaa puhuvissa maissa, esimerkiksi Itävallassa. Naapurimaihin on suhteellisen helppo lähteä lääkäriksi muun muassa maiden yhteisen historian ja kulttuurin vuoksi, kun ajatellaan esimerkiksi ruotsalaista lääkäriä Norjassa. Suomen tilanne on hieman toisenlainen. Suomen rajanaapurit kuuluvat eri kielialueisiin. Lähimmistä naapurimaista ainoastaan Virossa puhutaan suomensukuista kieltä.

Taloudellisesti Suomi pystyy houkuttelemaan lääkäreitä lähinnä Baltian maista, Venäjältä sekä kolmannen maailman maista. Viron EU-jäsenyys vuonna 2004 on lisännyt virolaisten lääkäreiden määrää Suomessa. Vuonna 2005 Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen rekisterin mukaan Suomessa toimi 183 laillistettua virolaista lääkäriä ja 76 venäläistä lääkäriä. Ruotsalaisia lääkäreitä toimi 63 ja saksalaisia 29. Muita yksittäisiä kansallisuuksia ja ulkomaalaisia lääkäreitä toimi yhteensä 467. Suomen lääkäripulaan voitaisiin näillä

näkymin saada helpotusta tuomalla lääkärityövoimaa Venäjältä. Elintasokuilu Suomen ja Venäjän välillä on tällä hetkellä vielä kohtuullisen suuri ja myös vakaammat elinolot voisivat toimia houkuttimena lääkärituonnille. Toisaalta taas Venäjän suurissa kaupungeissa ja öljyalueilla elintaso nousee nopeasti, joten palkkauksella houkuttelevuus saattaa olla lyhytnäköistä. Myös Venäjän terveydenhuollon vaikeudet tekevät työvoiman houkuttelemisesta moraalisesti arveluttavaa.

Eräs keino parantaa lääkäreiden työntarjontaa on hidastaa lääkärin poistumista työelämästä. Lääkäreitä poistuu luonnollisen eläköitymisen myötä työelämästä. Tutkimus ja hallinnolliset tehtävät vähentävät yhtä lailla lääkäripalvelujen tarjontaa. Kannustamalla lääkäreitä jatkamaan työelämässä 65-vuoteen ja ylikin, voidaan parantaa lääkäripalvelujen tarjontaa. Parantamalla työoloja, kannustamalla rahallisesti viimeisinä työvuosina, voidaan lääkäreitä auttaa jaksamaan pitempään työelämässä. Minimoimalla lääkärin hallinnolliset velvoitteet lääkärille jää enemmän aikaa varsinaiseen työhönsä eli potilaiden hoitamiseen.

Eräs keino saada lääkäreitä haja-asutusalueille, olisi jonkinlainen stipendijärjestelmä. Stipendeillä on tarkoitus rahoittaa opiskelijan koulutus ja sen jälkeen velvoittaa valmistunut lääkäri toimimaan sovittu aika alueella, jonne on vaikea saada koulutettua työvoimaa. Stipendijärjestelmä sopii maihin, joissa opiskelijat joutuvat maksamaan huomattavia lukukausimaksuja. Suomalaiseen järjestelmään stipendit istuvat huonosti, koska koulutus on maksettu verovaroin. Toisaalta voitaisiin ajatella, että yhteiskunnan sijoittaessa suuria määriä verovaroja kalliiseen lääkärikoulutukseen, voitaisiin valmistuneita lääkäreitä velvoittaa tarjoamaan palvelujaan myös haja-asutusalueilla.

Koulutettavien valinnassa ja koulutuksessa voitaisiin kiinnittää sellaisiin tekijöihin huomiota, jotka lisäävät koulutettavan todennäköisyyttä hakeutua valmistuttuaan maaseudulle töihin. Maaseudulta lähtöisin oleva opiskelija valitsee maaseudun työpaikakseen valmistuttuaan todennäköisemmin kuin kaupungista kotoisin oleva opiskelija. Myös lääkäriharjoittelu maaseudulla lisää opiskelijan todennäköisyyttä valita maaseutu työpaikakseen valmistuttuaan.(mt, 39)

Elintavat

Merkittävin elintapoihin liittyvä haaste on liikalihavuus. Ylipaino lisää terveystalvelujen kysyntää. Ylipaino aiheuttaa monenlaisia terveydellisiä ongelmia, kuten aikuisiän diabetesta, nivelrikkoa ja korkeata verenpainetta (Terveyskirjasto, duodecim 2006). 1990-luvun alussa alle 30 prosenttia suomalaisista oli lievästi ylipainoisia⁵, mutta vuonna 2005 lievästi ylipainoisia oli jo 35 prosenttia väestöstä. Päivittäin saadut kalorit ovat keskimäärin pysyneet ennallaan vuodesta 1990 vuoteen 2004, joten ylipainoisten määrää ei voida selittää lisääntyneellä nautitun ruuan määrällä. Ruuan koostumus ei ole muuttunut huonompaan suuntaa. Esimerkiksi sokerien määrä ruokavaliossa on vähentynyt ja rasvan määrä on pysynyt ennallaan. (OECD, Health data 2006). Ylipainoisten määrän muutosta voidaan selittää yleisellä elämän helpottumisella. Hyötyliikunta on vähentynyt ja raskaat työt ovat korvaantuneet automaatiolla ja ihmisten energian tarve on vähentynyt. Tulos voi selittyä myös kansan voimakkaammalla jakautumisella kahteen leiriin. Ihmisiin, jotka haluavat elää terveellisesti ja ihmisiin, jotka eivät kiinnitä yhtä paljon huomiota elintapoihinsa. Tuloerojen kasvun voidaan ajatella kiihdyttävän tämän suuntaista kehitystä.

Tupakointi vaikuttaa terveystalveihin lähinnä menetettyjen työvuosien ja sitä kautta menetettyjen verotulojen kautta. Tupakoinnista johtuvien sairauksien, esim. keuhkosityövän, hoidot ovat kalliita. Tupakointia toisaalta verotetaan voimakkaasti, joten verovaroilla voidaan rahoittaa terveystalveja. Tupakoitsijat kuolevat keskimäärin useammin alle 65-vuotiaana kuin tupakoimattomat. Tästä näkökulmasta ajatellen yhteiskunnalle ei koituisi ylimääräisiä terveystalveja, kun muistetaan että yli 65-vuotiaiden terveystalvet ovat nelinkertaiset alle 65-vuotiaisiin verrattuna. Tupakoinnin takia menetetyt työvuodet, ja sitä kautta verotulot, kuitenkin heikentävät terveydenhuollon rahoituspohjaa. Päivittäin tupakoivien määrä on vähentynyt vuodesta 1990 jonkun verran. OECD:n tilastojen mukaan vuonna 2004 suomalaisista päivittäin tupakoi 23 prosenttia. Vuonna 1990 tupakoivien prosenttiosuus oli 25,9. Toisaalta tupakoivien määrä kasvoi vuodesta 2003 0,8 prosenttiyksikköä. (OECD, Health data 2006)

⁵ lievä ylipaino. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino piteuden neliöllä. Lievästi ylipainoisen indeksi on välillä 25 – 30.

Myös alkoholilla on selkeä vaikutus terveyteen ja sitä kautta terveydenhuollon rahoitukseen. Verenkiertoelintensairaudet ovat suomalaisten yleisin kuolinsyy. Alkoholilla on puolestaan merkittävä verenkiertoelinsairauksien syy tupakan ohella. Alkoholilla on osa suurempaa yhteiskunnallista ongelmaa, johon kietoutuvat eriarvoistuvan yhteiskunnan monet haittapuolet.

Tupakointiin ja alkoholinkulutukseen voidaan vaikuttaa ainakin verotuksen kautta. Suomi on kuitenkin joutunut laskemaan alkoholiverotustaan liittyttyään Euroopan Unioniin. Alkoholiverotuksen lasku on lisännyt suomalaisten alkoholin kulutusta selkeästi. Elintavoista johtuviin terveydenhuollon kasvaviin kustannuksiin voidaan vaikuttaa lähinnä valistusta lisäämällä, verotuksella ja linkittämällä terveydenhuollon rahoitus elintapoihin. Valistuksen vaikutuksia on vaikea arvioida. Tupakointi aloitetaan usein hyvin nuorena ja tupakka aiheuttaa nopeasti vahvan riippuvuuden. Kapinoivaa teini-ikäistä on hyvin vaikea järkisyihin vetoamalla saada luopumaan tupakoinnista.

Terveydenhuollon maksujen linkittäminen elintapoihin saattaisi toimia kannustimena terveempien elintapojen omaksumiseen. On esitetty ajatuksia siitä, että esimerkiksi ylipainoiset joutuisivat maksamaan enemmän terveydenhuollostaan kuin normaalipainoiset. Ajatus on mielenkiintoinen, mutta epäoikeudenmukainen. Oletetaan, että ylipaino johtuisi esimerkiksi sairaudesta, korkeammat terveysterveyskeskusmaksut olisivat epäoikeudenmukaiset, sillä rahoitus kohdistuisi epäoikeudenmukaisesti terveiden ja sairaiden välillä. Ylipainon johtuessa liian suurista kalorimääristä, voidaan olettaa, että ylipainoinen ihminen on maksanut ruuan arvonlisäveroina jo enemmän kuin normaalipainoinen, joten suurempia omavastuuosuuksia ei tarvita. Ainut tapa linkittää terveydenhuollon maksut elintapoihin on lisätä yksityisen vakuutuksen merkitystä ja omavastuumaksuja. Ihmisen maksaessa terveydenhuollon omasta pussistaan rahallinen kannustin terveempiin elintapoihin olisi olemassa. Omavastuumaksujen lisääminen ja yksityinen terveysterveysvakuutus kuitenkin muuttaa terveydenhuollon rahoituksen rikkaita suosivaksi. Oikeudenmukaisin ja luultavasti tehokkain tapa ohjata ihmisten elintapoja on kuitenkin verotus. Laskemalla terveellisten

elintarvikkeiden arvonlisäveroa ja nostamalla terveydelle haitallisten elintarvikkeiden arvonlisäveroa voidaan luoda rahallinen kannustin terveempiin elintapoihin.

9 YHTEENVETO

Eurooppalainen terveydenhuoltojärjestelmän perustana on julkinen rahoitus. Eurooppalainen terveydenhuolto on rahoitettu pääosin verovaroin tai sosiaalivakuutusjärjestelmän kautta. Kasvavat terveydenhuoltomenot ovat kuitenkin luoneet tarpeen julkisen rahoitusosuuden laskulle. Korkeat julkiset rahoitusosuudet yhdistettynä kasvaviin terveysmenoihin lisäävät Euroopan maiden verorasitusta. Korkeat veroasteet puolestaan vaikuttavat maiden kilpailukykyyn ja sitä kautta talouskasvuun. Ilman talouskasvua alati kasvavat terveysmenot ajavat Euroopan maat taloudellisiin ongelmiin. Julkisen rahoitusosuuden lasku on useissa maissa korvattu potilaiden maksamien omavastuumaksujen korotuksilla. Korkeat omavastuuosuudet muuttavat terveyspalvelujen käytön rikkaita suosivaksi.

Kasvavat kustannukset ovat ajaneet OECD-maat etsimään uusia ratkaisuja tuottaa tehokkaammin terveyspalvelujaan. Terveydenhuollon niukat resurssit yhdistettynä terveydenhuollon erityispiirteistä johtavaan kustannusten kasvuun ovat pakottaneet Euroopan maat miettimään terveydenhuollon uudistamista. Eurooppalaisen terveydenhuollon reformin tavoitteena on ollut tehokkaampi, oikeudenmukaisempi ja riittävän laadukas terveydenhuoltojärjestelmä. Tehokkuuden tavoittelussa on kiinnitetty huomiota tekijöihin, jotka ovat kasvavien kustannusten takana. Terveyden huollon kustannusten päätekijät ovat:

- 1) Tulovaikutus
- 2) Teknologiaperäinen kysynnän kasvu
- 3) Ikääntymisestä johtuva kysynnän kasvu
- 4) Kannustimet

Tulovaikutus ei lisää terveydenhuollon palvelujen kysyntää. maissa, joissa terveydenhuollon palvelut rahoitetaan kolmannen osapuolten toimesta, esimerkiksi valtion verovaroin. Toisaalta maissa, joissa terveyspalvelujen omavastuuosuudet ovat korkeat,

tulovaikutus on suurempi kuin maissa, joissa omavastuuosuuksia ei ole. Suomessa omavastuuosuudet ovat varsin suuret verrattuna muihin Euroopan maihin. Tulovaikutusta ei kuitenkaan voida pitää kovin merkittävänä kustannusten kasvun syynä Eurooppalaisessa terveydenhuollossa.

Teknologian kehitys lisää terveystenonja. Uudet hoitomuodot lisäävät terveystenonjien kysyntää ja siten myös terveystenonjien hinta pyrkii nousemaan. Teknologian kehitys tavarantuotannossa lisää työntuottavuutta ja sitä kautta yksikköhinta laskee. Terveydenhuollossa teknologian kehitys mahdollistaa aikaisemmin hoitamattomien sairauksien hoidon. Teknologian kehitys ei laske terveydenhuollon kokonaiskustannuksia. Yksittäiset hoitomuodot voidaan suorittaa halvemmin ja vähemmällä henkilökunnalla, mutta kokonaisuudessa uusien hoitomuotojen käyttöönotto lisää hoidettavien potilaiden määrää, joten kokonaiskustannukset eivät pääse laskemaan. Teknologian kehitys lisää työvoiman kysyntää terveystenonjissa. Teknologian kehityksen aiheuttamia kustannuspaineita voidaan hillitä tarkastelemalla uusien hoitomuotojen terveystenonjivaikutuksia. Uusien hoitomuotojen käyttöönotossa on tärkeää arvioida niiden tuoma terveydentellistä hyötyä suhteessa niistä aiheutuviin kustannuksiin. Uusista hoidoista saatavan terveydentellisen hyödyn tulisi olla verrannollinen niistä aiheutuviin kustannuksiin. Päätökset uusien hoitomuotojen käyttöönotosta ovat hankalia eettisiä kysymyksiä. Kysymykseen on otettava yksilön ja yhteiskunnan etu, jotka usein ovat ristiriidassa keskenään. Voidaan ajatella, että lisäpanostus terveydenhuollon rahoitukseen, esimerkiksi uuden hoitomuodon käyttöönotto, tuottaisi tietyn määrän terveyttä ja sama raha sijoitettuna muualle yhteiskuntaan tuottaisi enemmän terveyttä. Tällöin päättäjien pitäisi jättää uusi hoitomuoto käyttöönottamatta. Käytännössä päätöksiin vaikuttavat monet asiat, yhtenä tärkeänä tekijänä painostusryhmät. Painostusryhmät, jotka saavat äänensä parhaiten kuuluviin, pystyvät vaikuttamaan päätöksiin eniten.

Vanhusväestön määrä lisääntyy tulevaisuudessa huomattavasti. Ihminen käyttää ensimmäisinä ja viimeisinä elinvuosinaan eniten terveydenhuollon palveluja. Joidenkin arvioiden mukaan yli 65-vuotiaiden terveystenonjien käyttö olisi nelinkertainen alle 65-vuotiaiden terveystenonjien käyttöön verrattuna. Tärkeää tulevaisuuden kehityksessä on

se, että terveet elinvuodet lisääntyisivät suhteessa enemmän kuin odotettavissa oleva elinikä. Jos tämä tavoite saavutetaan, tulevaisuuden terveydenhuoltomenot jäävät kohtuullisiksi. Ihmisten elintavoilla on suuri merkitys vanhuusiän sairastavuuteen. Elintapojen ohjaamisessa verotuksella on suuri roolinsa. Suomen liittyminen Euroopan Unioniin ja verokilpailu globaaleilla markkinoilla on vaikeuttanut vero-ohjauksen käyttöä Suomessa.

Suomessa ja koko Euroopassa terveystalouden kysyntä kasvaa ikääntymisen myötä. Kasvava kysyntä lisää myös terveydenhuoltohenkilökunnan tarvetta, etenkin lääkäripalvelujen kysyntä ylittää jo tällä hetkellä tarjonnan. Tilannetta vaikeuttaa edelleen se, että ikääntyminen vähentää lääkäripalvelujen tarjontaa. Terveydenhuoltohenkilökunnan työntarjontaa voidaan yrittää lisätä koulutettavien määrää lisäämällä. Lääkärikoulutuksen aloituspaikkoja pitäisi lisätä, muistaen kuitenkin, että ikääntyminen ei ole pysyvä asiointi. Nostamalla terveydenhuoltohenkilökunnan eläkeikää, voitaisiin vähentää työstä poistumaa, ja sitä kautta hillitä ikääntymisestä johtuvaa työntarjonnan laskua. Työvoimantarjontaa voidaan lisätä myös lisäämällä työntuottavuutta. Tuottavuutta voidaan yrittää lisätä organisoimalla työtä uudelleen ja luomalla rahallisia kannustimia lisätä tehtyjen työtuntien määriä. Työvoimaa voidaan tuoda myös ulkomailta. Koulutetun henkilökunnan tuontiin kuitenkin liittyy arveluttavia piirteitä varsinkin, kun yleensä maahanmuuttajalääkäriin kotimaassa on usein pahempi pula koulutetusta työvoimasta. Lääkärikoulutuksen uudistaminen ja yhteistyö muiden Euroopan Unionin maiden kanssa saattaisi tuoda helpotusta pahenevaan lääkäripulaan.

Terveydenhuollon tehokkuuden kannalta on merkittävää, että terveydenhuollon rahoitusjärjestelmässä ei ole vääränlaisia kannustimia. Oikeanlaisia kannustimia täytyy puolestaan lisätä. Terveydenhuollon rahoituksessa kannustimet voivat johtaa lääkäreiden moral hazard –käyttäytymiseen. Toimenpiteiden määrän ollessa lääkäreiden palkkioperusteena, lääkäreillä on rahallinen kannustin määrätä liikaa hoitoja. Lääkäri voi esimerkiksi määrätä potilaalle useita lääkeresepitejä, joilla ei välttämättä ole vaikutusta sairauden hoidossa. Lääkäreiden kiinteä palkka voi puolestaan johtaa huonoon hoitoon ja helppojen potilaiden haalimiseen.

Sairaaloiden rahoitusperusteena käytetään pääasiassa kiinteää budjettia. Kiinteän budjetin hyvä puoli on kustannusten kontrolloinnin helppous. Huono puoli taas on se, että positiivisia kannustimia tehokkuuteen ei ole. Sairaaloiden kiinteät budjetit ovat yksi merkittävä syy jono-ongelmaan. Paras keino lyhentää leikkausjonoja on lisärahoitus ja sen linkittäminen jonojen poistamiseen. Jonoja voidaan lyhentää myös tehokkuutta lisäämällä. Keskittämällä hoidot suuriin erikoistuneisiin yksiköihin voidaan leikkausjonoja lyhentää merkittävästi, kuten esimerkiksi tekoniveliin erikoistunut Coxa Tampereella. Rahoitusjärjestelmän kannustimia mietittäessä on otettava huomioon kannustimien merkitys kustannuksille ja terveydenhuollon laadulle. Laadun parantuessa yleensä kustannuksetkin kasvaa. Kannustimet toimivat yleensä joko laatua parantaen ja kustannuksia lisäten tai päinvastoin. Terveydenhuoltojärjestelmään on vaikeata lisätä kannustimia, jotka toimisivat laatua parantaen ja kustannuksia alentaen. Käytännössä joudutaan minimoimaan kannustimen negatiiviset vaikutukset ja maksimoimaan sen positiiviset vaikutukset, kokonaisuuteen.

Kansainvälisissä tutkimuksissa suomalainen terveydenhuolto on todettu laadukkaaksi ja tehokkaaksi. Suurimpana ongelmana usein mainitaan terveydenhuollon rahoituksen epäoikeudenmukaisuus. Hyvätuloisia suosivat terveydenhuoltopalvelut johtuvat pääosin terveydenhuollon rahoituksesta. Ensinnäkin julkinen osuus terveydenhuollon rahoituksesta on laskenut ja omavastuuosuudet ovat nousseet. Toiseksi progressiivisen verotuksen osuus verorahoituksesta on vähentynyt. Kuntaverojen merkitys terveydenhuollon rahoituksessa on merkittävästi kasvanut. Kuntaveron ollessa käytännössä vähemmän progressiivinen kuin valtion verotus, terveydenhuollon verorasitus kohdistuu aikaisempaa vähemmän hyvätuloisiin. Työterveyshuolto toimii paremmin kuin kunnallinen perusterveydenhuolto. Lähetteen jatkohoitoihin saa työterveyshuollon tai yksityisen lääkäriaseman kautta nopeammin kuin kunnallisen terveydenhuollon kautta. Näin myös sairaalan vuodeosastohoito ja erikoissairaanhoidon avopalvelut ovat Suomessa rikkaita suosivia. Terveydenhuollon oikeudenmukaisuutta voitaisiin lisätä kunnallisen terveydenhuollon resursseja lisäämällä ja omavastuuosuuksia alentamalla. Eräs tapa vähentää omavastuuosuuksien eri arvoistavaa vaikutusta, on lisätä yksityisen vakuutuksen roolia.

Yksityinen vakuutus omavastuumaksuille jakaisi kustannuksia tasaisemmin terveiden ja sairaiden välillä.

Suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän tulevaisuuden haasteet tulevat olemaan elintapasairaudet ja niiden ehkäisy, vanhenevan väestön terveydestä huolehtiminen, rahoitusjärjestelmän reformi, koulutetun työvoiman saatavuuden ja riittävän laadukkaan terveydenhuoltojärjestelmän turvaaminen sekä säilyttäminen.

Lähteet

- Antolin, P., Oxley, H. & Suyker, W. (2001). How will ageing affect Finland? *OECD Economics Department Working Papers*, no. 295. Paris: OECD.
- Bankauskaite, V., Saltman, R. & Vrangbaek, K. (2004). *The Role of Decentralization of European Health Care Systems, Report to IPPR*.
- Besley T. & Gouveia M. (1994). Alternative Systems of Health Care Provision. *Economic Policy*, Vol. 9, no. 19, pp. 199-258.
- Carr, J. & Ariste, R. (2001). *Health Human Resources: Cost driver of the Canadian health care system*. Applied Research and Analysis Directorate. Health Canada.
- Colombo, F. & Tapay, N. (2004). Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. *OECD Health working papers*, no. 15. Paris: OECD.
- Dang T., Antolin P., Oxley H. (2001), Fiscal implications of ageing: projections of age-related spending. *OECD Economics Department Working Paper*, no 305. Paris: OECD.
- Docteur, E & Oxley, H. (2003). Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience. *OECD Health working papers*, 2003/9. Paris: OECD.
- Freeman, R. (1998). Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International journal for Quality in health care*, Vol. 10, no. 5. 395 – 401
- Heikkilä, M, Kautto, J & Teperi J. (2005). Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 2005:5.*, Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Hetemaa, T., Keskimäki, I. & Vuorenkoski, L. (2003). Priorisointi ja jonoasettamisindikaattorit – kirjallisuuskatsaus. *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti* 2003:6. Helsinki.
- Jofre-Bonet, M. (1999). Health care: private and/or public provision. *European Journal of Political Economy*. Vol. 16 (2000), 469–489.
- Kansaneläkelaitos. (2001). *Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960 – 99*. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Tilastoryhmä

Nolan, B. (1996). Health care reform, the will to change. *OECD health policy studies* no. 8. Paris: OECD.

Oxley, H. & MacFarlan, M. (1994). Health care reform controlling spending and increasing efficiency. *OECD Economics Department Working Papers* no.149. Paris, OECD.

Saltman, R., Busse, R. & Figueras, J.(2004). Social health insurance system in western Europe. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*.Berkshire, England:Open University Press.

Saltman, R. & Figueras, J. (1997). *European Health care reform. Analysis of current strategies*. Copenhagen:World Health Organization Regional Office for Europe.

Siciliani, L. & Hurst, J. (2003). Tackling excessive waiting times for Elective Surgery: A Comparison of Policies in Twelve OECD Countries. *OECD Health Working Papers*, no. 6. Paris: OECD.

Simoens, S. & Hurst, J. (2006).The Supply of Physician Services in OECD Countries. *OECD Health working papers* no. 21. Paris: OECD

Usher, D. (1977).The Welfare economies of the socialization of commodities. *Journal of Public Economics* 8, 151 – 168. North-Holland Publishing Company.

van Doorslaer, E., Masseria, C. & the OECD Health Equity Research Group Members. (2004). Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. *OECD Health Working Papers* no. 14, Paris: OECD.

Vohlonen, Jaatinen & Ekroos. (1999). Terveyspalvelujen tuottajien välinen kilpailu Suomessa. Arvio kilpailuympäristön taloudellisesta ja yhteiskunnallisesta merkityksestä. *Kauppa- ja teollisuusministeriön tutkimuksia ja raportteja* 9. Markkinaosasto.

Elektroniset lähteet

Duodecim (2007). Terveyskirjasto. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti>

Lääkäriliitto (2006). Tiedotteet 21.09.2006 ja 14.12.2006.

http://www.laakariliitto.fi/uutiset/tiedote.html?opcode=show/news_id=1405/news_db=web_sll2005/type=2

http://www.laakariliitto.fi/uutiset/tiedote.html?opcode=show/news_id=1447/news_db=web_sll2005/type=2

OECD (2006). OECD Health data 2006, june 2006. Statistics and indicators for 30 countries, version 06/26/2006. <http://www.irdes.fr/ecosante/index.htm>

Pirkanmaan Sairaanhoidopiiri (2006). Hoitoa odottavien potilaiden määrä 1.7.2006 ja 1.12.2006.

<http://www.pshp.fi/hoitopaasy/hoitotakuu07.pdf>

<http://www.pshp.fi/hoitopaasy/hoitotakuu.pdf>

Sosiaali- ja Terveysministeriö (2006). Hoitoon pääsy ja Tiedote 263/2006.

<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoon.htx>

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/7543/index.htx>

LIITTEET:

Liite 1. Terveydenhuollon kokonaismenot % bkt

Liite 2. Julkisten terveystenonon %-osuus terveydenhuollon kokonaismenoista

Liite 3. Sosiaalivakuutuksen %-osuus terveydenhuollon kokonaismenoista

Liite 4. Yksityisen vakuutuksen % - osuus, terveydenhuollon kokonaismenoista

Liite 5. Omavastuumaksujen % - osuus, terveydenhuollon kokonaismenoista

Liite 6. Lääkäreiden määrä tuhatta asukasta kohden

Liite 7. Terveydenhuollon kokonaismenot henkilöä kohden. USD,PPP

Liite 8. Hoitopaikat / 1000 asukasta

Liite 9. Hoitopäivät / 1000 asukasta

Liite 1. Terveysthuollon kokonaismenot % bkt				
	2000	2001	2002	2003
Austria	9,4	9,5	9,5	9,6
Belgium	8,6	8,7	8,9	10,1
Denmark	8,3	8,6	8,8	8,9
Finland	6,7	6,9	7,2	7,4
France	9,2	9,3	10	10,4
Germany	10,4	10,6	10,8	10,9
Greece	9,9	10,4	10,3	10,5
Iceland	9,2	9,3	10	10,5
Ireland	6,3	6,8	7,2	7,2
Italy	7,9	8	8,2	8,2
Luxembourg	5,8	6,4	6,8	7,7
Netherlands	7,9	8,3	8,9	9,1
Norway	8,5	8,9	9,9	10,1
Portugal	9,4	9,3	9,5	9,8
Spain	7,2	7,2	7,3	7,9
Sweden	8,4	8,7	9,1	9,3
United Kingdom	7,3	7,5	7,7	7,9

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 2006

Liite 2. Julkisten terveysten %-osuus terveydenhuollon kokonaismenoista

	2000	2001	2002	2003
Austria	69,9	69,5	70,5	70,3
Belgium	75,8	76,4	75	71,1
Denmark	82,4	82,7	82,9	
Finland	75,1	75,9	76,1	76,2
France	75,8	75,9	78,1	78,3
Germany	78,6	78,4	78,6	78,2
Greece	52,6	55,5	54,1	53,6
Iceland	82,6	82,7	83,2	83,5
Ireland	73,3	75,6	75,2	78
Italy	73,5	75,8	75,4	75,1
Luxembourg	89,3	87,9	90,3	90,6
Netherlands	63,1	62,8	62,5	63
Norway	82,5	83,6	83,5	83,7
Portugal	72,5	71,5	72,2	72,6
Spain	71,6	71,2	71,3	70,4
Sweden	84,9	84,9	85,1	85,4
United Kingdom	80,9	83	83,4	85,4

Copyright OECD HEALTH DATA
2006, June 2006

Liite 3. Sosiaalivakuutuksen %-osuus terveydenhuollon kokonaisuudesta

	2000	2001	2002	2003
Austria	49,6	48,7	49,4	49,1
Belgium				62,2
Denmark	0	0	0	0
Finland	15,4	15,8	16,1	16,5
France	73,3	73,3	74,4	74,7
Germany	68,6	68,2	68,5	68,4
Greece		27,7	28,1	25,7
Iceland	24,1	23,4	27	30,5
Ireland	0,9	0,7	0,6	0,6
Italy	0,1	0,2	0,1	0,1
Luxembourg	73,8	69,4	77,7	73,3
Netherlands	59,2	58,9	58,6	60,1
Norway	14,1	14,4	15,2	15,1
Portugal	0,9	0,9	1	1
Spain	6,9	6,5	5,3	5,2
Sweden	0	0	0	0
United Kingdom	0	0	0	

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 2006

Liite 4. Yksityisen vakuutuksen % - osuus, terveydenhuollon kokonaisuudesta

	2000	2001	2002	2003
Austria	8,7	8,7	8,8	8,8
Belgium				3,4
Denmark	1,6	1,4	1,2	0,8
Finland	2,6	2,5	2,4	2,4
France	12,6	12,6	12,3	12,2
Germany	8,3	8,3	8,6	8,8
Greece	2,5	2,2	2,3	2,1
Iceland	0	0	0	0
Ireland	7,6	6,3	5,4	6,4
Italy	0,9	0,9	0,9	0,9
Luxembourg	1,1	0,9	0,8	1,7
Netherlands	15,9	16,2	17,1	17,9
Norway				
Portugal	3,1	3,2	3,7	4,6
Spain	3,9	4	4,1	4,7
Sweden				
United Kingdom				

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 2006

Liite 5. Omavastuumaksujen % - osuus, terveydenhuollon kokonaismenoista

	2000	2001	2002	2003
Austria	16,7	15,7	15	15
Belgium				23,5
Denmark	16	15,9	15,8	13,9
Finland	20,4	19,7	19,5	19,4
France	10,5	10,4	7,9	7,7
Germany	10,6	10,7	10,3	10,4
Greece	44,9	42,4	43,3	43,7
Iceland	17,4	17,3	16,8	16,5
Ireland	13,5	11,9	13,2	13,4
Italy	22,8	20,3	20,4	20,7
Luxembourg	7	6,5	6,9	6,7
Netherlands	9	8,7	8	7,9
Norway	16,7	15,7	15,8	15,5
Portugal	22,2	23,2	22,3	21,2
Spain	23,6	23,9	23,7	24,1
Sweden				
United Kingdom				

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 2006

Liite 6. Lääkäreiden määrä tuhatta asukasta kohden

	2000	2001	2002	2003
Austria	3,1	3,2	3,3	3,4
Belgium	3,9	3,9	3,9	4
Denmark	2,8	2,8	2,9	3
Finland	2,3	2,3	2,4	2,4
France	3,3	3,3	3,3	3,4
Germany	3,3	3,3	3,3	3,4
Greece	4,3	4,4	4,6	4,7
Iceland	3,4	3,5	3,6	3,6
Ireland	2,2	2,4	2,4	2,6
Italy	4,1	4,3	4,4	4,1
Luxembourg	2,5	2,5	2,6	2,7
Netherlands	3,2	3,3	3,4	3,5
Norway	2,9	3	3,4	3,4
Portugal	3,2	3,2	3,3	3,3
Spain	3,2	3,1	2,9	3,2
Sweden	3,1	3,2	3,3	3,3
United Kingdom	1,9	2	2,1	2,2

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June 2006

Liite 7. Terveysthuollon kokonaismenot henkilöä kohden. USD,PPP								
	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	1328	2229	2539	2667	2748	2857	2958	3124
Belgium	1341	1828	2112	2277	2425	2612	3044	
Denmark	1522	1844	2297	2380	2555	2656	2743	2881
Finland	1419	1430	1637	1716	1857	2012	2104	2235
France	1532	2028	2311	2450	2611	2886	3048	3159
Germany	1738	2271	2559	2670	2785	2918	3005	
Greece	844	1250	1468	1616	1805	1971	2141	2162
Hungary		685	819	856	975	1115	1259	1323
Iceland	1593	1854	2547	2623	2740	2948	3159	3331
Ireland	794	1216	1627	1809	2099	2395	2455	2596
Italy	1387	1534	1855	2039	2139	2236	2261	2392
Luxembourg	1533	2033	2727	2982	3263	3729	4611	5089
Netherlands	1435	1822	2134	2257	2519	2775	2909	3041
Norway	1393	1893	2816	3080	3286	3616	3769	3966
Portugal	674	1096	1426	1624	1681	1783	1717	1813
Spain	873	1193	1450	1520	1613	1723	1952	2094
Sweden	1589	1734	2118	2271	2404	2593	2745	2825
United Kingdom	987	1385	1713	1858	2029	2228	2347	2546

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June
2006

Liite 8. Hoitopaikat /1000
asukasta

	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	7,8	7,2	6,7	6,6	6,6	6,6	6,6	6,5
Belgium		5,3	5,1	5	5	4,9	4,8	4,8
Denmark	4,1	3,9	3,5	3,5	3,4	3,4	3,3	
Finland	4,3	4	3,3	3,2	3,1	3,1	3	3
France	5,2	4,6	4,2	4,1	4	3,9	3,8	3,8
Germany		7,5	6,9	6,8	6,7	6,6	6,6	6,4
Greece		3,9	3,8	3,8	3,8	3,8		
Iceland	4,3	3,8						
Ireland	3,3	3,2	3	3	3	3	3	2,9
Italy	6,2	5,6	4,4	4,2	4,1	3,9	3,7	
Luxembourg	6,7	6,2	5,9	5,9	5,8	5,7	5,7	5,7
Netherlands	3,8	3,4	3,2	3,1	3	2,8	2,8	
Norway	3,8	3,3	3,2	3,1	3,1	3,1	3,1	3,1
Portugal	3,4	3,4	3,3	3,3	3,2	3,1	3,1	3
Spain	3,6	3,5	3	3	2,9	2,9	2,8	
Sweden	4,1	3	2,5	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2
United Kingdom		4,1	3,8	3,8	3,8	3,7	3,7	3,6

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June
2006

Liite 9. Hoitopäivät / 1000
asukasta

	1990	1995	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Austria	2,3	2	1,9	1,9	1,9	1,9	1,8	1,8
Belgium	1,5	1,4					1,2	
Denmark	1,2	1,1	1					
Finland	1,1	1,1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,8	0,9
France	1,5	1,3	1,1	1,1	1,1	1,1	1	1
Germany		2,2	2,1	2	2	1,9	1,9	1,8
Greece		0,9	1	1				
Iceland	1,2	1,1						
Ireland	1	1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Italy	1,6	1,3	1,2	1,1	1,1	1	1	
Luxembourg	2	1,8	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Netherlands	1,2	1	0,9	0,8	0,8			
Norway	1,1	1	1	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Portugal	0,9	0,8	0,9	0,9	0,8	0,8	0,8	
Spain	0,9	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	
Sweden	1,1	0,8						
United Kingdom	0,9	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1

Copyright OECD HEALTH DATA 2006, June
2006