

# **LÄÄKÄRIEN NÄKEMYKSIÄ ERITYISTURVAVAKUUTUSTEN VAIKUTUKSESTA LÄÄKÄRI- POTILAS –HOITOSUHTEESSA**

---

Riitta Lusenius  
Topsos - Sosiaalivakuutuksen ammatillinen lisensiaattitutkimus  
Sosiaalipolitiikan laitos  
Turun yliopisto  
Maaliskuu 2009

Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja

Sarja D: 2/2009 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkielmat

ISBN 978-951-29-3979-4

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1</b>	<b>JOHDANTO</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA JA VAKUUTUSTOIMINNAN MERKITYS SEN RAHOITUKSESSA</b> .....	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>TERVEYSPALVELUJEN KÄYTÖN JA RAHOITUKSEN INFORMAATIO-ONGELMAT</b> .....	<b>16</b>
3.1	KULUTTAJIA KOSKEVAT INFORMAATIO-ONGELMAT .....	16
3.2	VAKUUTUKSENANTAJIA KOSKEVAT INFORMAATIO-ONGELMAT .....	18
3.3	POTILAS-AGENTTISUHDE JA VAKUUTUSSUUNNITTELU .....	23
<b>4</b>	<b>KEINOJA TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUSTEN HILLITSEMISEKSI VAKUUTUKSEN NÄKÖKULMASTA</b> .....	<b>27</b>
4.1	MARKKINARATKAISUT, JOTKA PERUSTUVAT KANNUSTIMILLE .....	27
4.1.1	<i>Kustannusten jako</i> .....	27
4.1.2	<i>Tarjoajien moraalisen vaaran vähentäminen</i> .....	29
4.2	TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUSTEN SÄÄNNÖSTELY .....	29
<b>5</b>	<b>AIHEEN AIKAISEMPIÄ TUTKIMUKSIA</b> .....	<b>31</b>
<b>6</b>	<b>TUTKIMUSTEHTÄVÄ, -ASETELMA JA MENETELMÄT</b> .....	<b>36</b>
6.1	TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	36
6.2	KVALITATIIVINEN LÄHESTYMISTAPA.....	36
6.3	TUTKIMUSAINEISTON ESITTELY JA TULKINTA.....	39
<b>7</b>	<b>ERITYISTURVAVAKUUTUKSEN VAIKUTUS POTILAAN VALINTOIHIN</b> .....	<b>42</b>
7.1	HERKEMMIN HOITON .....	42
7.2	VAATIVA VAKUUTUSPOTILAS.....	44
7.3	YHTEENVETO .....	45
<b>8</b>	<b>ERITYISTURVAVAKUUTUKSEN VAIKUTUS LÄÄKÄRIN AMMATILLISEEN TOIMINTAAN</b> .....	<b>47</b>
8.1	TUTKIMUSTEN JA TOIMENPITEIDEN MÄÄRÄÄMINEN.....	47
8.2	HINNOITTELU .....	53
8.3	KONTROLLIKÄYNNIT .....	55
8.4	HOIDON LAAJUUS JA RESURSSIEN KÄYTTÖ .....	57
8.5	LÄÄKÄRIN ETIIKKA JA BISNESSLÄÄKETIEDE.....	61
8.6	YHTEENVETO .....	63
<b>9</b>	<b>MUUTOKSIA, TULEVAISUUDENKUVIA JA KEHITYSEHDOTUKSIA</b> .....	<b>65</b>
9.1	MUUTOKSIA .....	65
9.2	TULEVAISUUDEN NÄKYMIÄ.....	67
9.3	KEHITYSEHDOTUKSIA .....	69
9.3.1	<i>Yhteistyö- ja seurantajärjestelmän kehittäminen</i> .....	69
9.3.2	<i>Lääkäreiden palkitsemis- ja motivointijärjestelmän kehittäminen</i> .....	71
9.3.3	<i>Vakuutustuotteen kehittäminen</i> .....	72
9.4	YHTEENVETO .....	75

<b>10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET .....</b>	<b>77</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>82</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>I</b>

TURUN YLIOPISTO

Sosiaalipolitiikan laitos

LUSENIUS, RIITTA:

Lääkärien näkemyksiä erityisturvavakuutusten vaikutuksesta lääkäri-potilas -hoitosuhteessa

Lisensiaatintutkimus, 81 s., 4 liites.

Sosiaalipolitiikka

Maaliskuu 2009

---

### Tiivistelmä

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, miten erityisturvavakuutuksen olemassaolo vaikuttaa lääkärin näkökulmasta potilaan käyttäytymiseen ja valintoihin sekä ennen kaikkea vastaanottotilanteessa lääkärin ammatilliseen toimintaan verrattuna tilanteeseen, jossa erityisturvavakuutusta ei ole. Lisäksi tutkimuksessa selvitettiin lääkäreiden näkemyksiä siitä, millaisia muutoksia aiheeseen liittyen on tapahtunut ja miten he näkevät tulevaisuuden sekä heidän ajatuksiaan siitä, miten järjestelmää voisi kehittää mahdollisten epäkohtien poistamiseksi.

Tutkimus liittyy sosiaalipolitiikan alalla terveyteen liittyvän hyvinvoinnin tuotannon rahoitustapaan, erityisesti vakuutusrahoitteiseen terveydenhuoltoon sekä tämän rahoitusmallin kestävyteen ja muutostarpeisiin.

Tutkimusaineisto kerättiin laadullisen, puolistrukturoidun haastattelun keinoin ja se koostuu kahdestatoista kolmella eri sektorilla (julkinen terveydenhuolto, yksityinen terveydenhuolto, vakuutusasiantuntijalääkärit) toimivan lääkärin haastattelusta.

Tutkimuksessa haastateltujen lääkäreiden näkemyksen mukaan erityisturvavakuutuksen olemassaolo johtaa usein siihen, että vakuutettu hakeutuu turhan herkästi vastaanotolle ja lääkäri hoitaa ja tutkii turhan herkästi. Kannustavia tekijöitä pitäytyä lääketieteellisesti ja joskus jopa eettisesti riittäviksi todetuissa hoidoissa, tutkimuksissa ja käyntien määrässä ei ole tarpeeksi. Erityisesti tilanne korostuu yksityisellä sektorilla, etenkin jos hoidon määrälle tai laadulle ei ole asetettu selkeitä vaatimuksia.

Haastattelutulokset vahvistavat terveystaloustieteen teorian sekä niin sanotun negatiivisen kannustinvaikutuksen – niin potilaan kuin lääkärinkin osalta - että tiedon epätasaisen jakautumisen vaikutuksen olemassaolon lääkäri-potilassuhteessa. Tutkimuksen tulokset puhuvat myös sen puolesta, että tiedon epätasainen jakautuminen palvelujen käyttäjän ja tarjoajan välillä on tärkeä syy siihen, miksi perinteinen taloudellinen kysyntäteoria ei toimi hyvin terveydenhuollossa, jolloin tapa, jolla terveydenhuolto rahoitetaan, nousee tärkeäksi. Samoin lääketieteen etiikan olemassaolon tarpeet vahvistuvat.

Asiasanat: erityisturvavakuutus, negatiivinen kannustinvaikutus, tiedon epätasainen jakautuminen, potilas-agenttisuhte, vakuutus suunnittelu

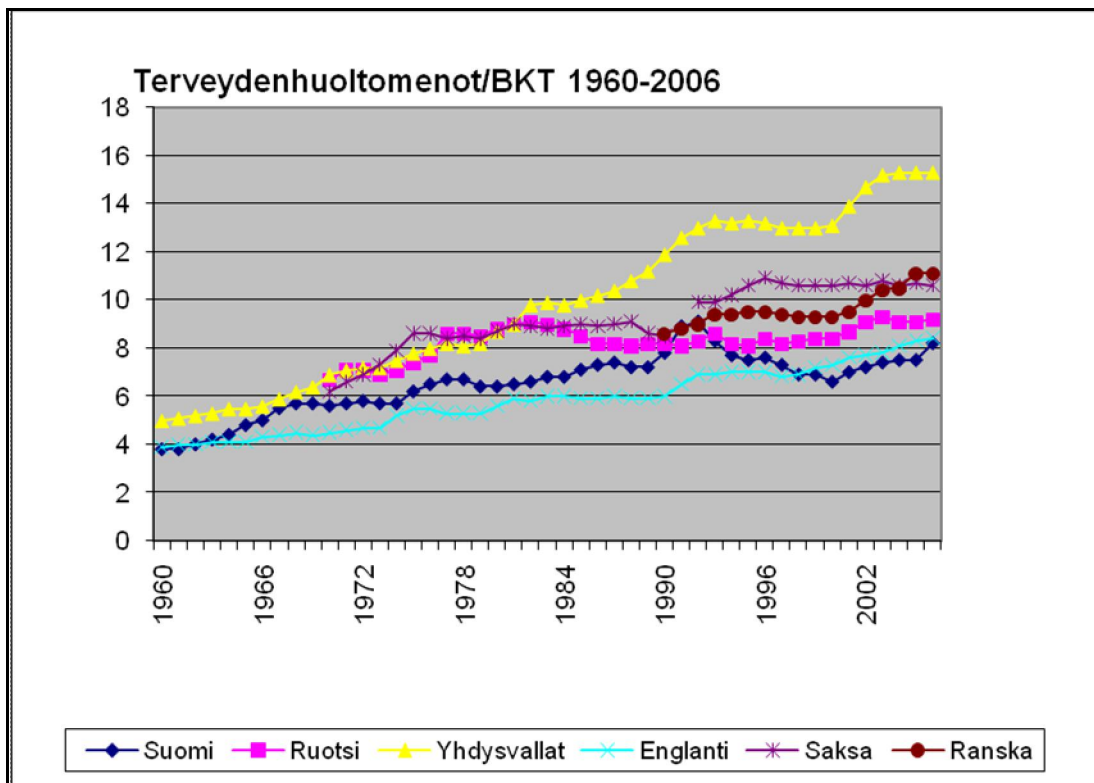
## 1 JOHDANTO

Terveyspalvelujen rahoitus ja palvelujen saatavuuden turvaaminen on ollut viime vuosien tärkeimpiä keskustelun ja suunnitelmien aiheita niin Suomessa kuin muissakin ikääntyvän väestön maissa. Terveysturvan tulevaisuuden turvaamiseksi on käynnistetty useita kehityshankkeita ja kirjoitettu lukuisia mietintöjä. Tuoreimpana ja vuosikausiin merkittävimpänä muutoksena on 1.3.2005 voimaan tullut laki hoitotakuusta, joka takaa kansalaisille hoitoon pääsyn kohtuullisen ajan sisällä. Sosiaalivakuutusta koskeva tärkeä muutos sairaanhoidon korvaamiseen liittyen tuli voimaan 1.1.2005. Tämän niin sanotun täyskustannusvastuuta koskevan lakimuutoksen mukaan lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen nojalla annetun sairaanhoidon korvaukset maksetaan täysimääräisinä julkiselle sektorille ja myös yksityisellä sektorilla annettu hoito korvataan. Molempien lakimuutosten tavoitteena on aikaisempaa nopeamman hoitoon pääsyn saavuttaminen. Ne myös siirtävät julkisesti rahoitettua palvelujen tuotantoa yksityiselle puolelle ja avaavat siten kasvumahdollisuuksia yksityiselle terveydenhuollolle. Hoitotakuun määräaikaisten saavuttamiseksi julkinen sektori joutuu ostamaan palveluja enenevässä määrin yksityiseltä sektorilta. Vakuutusyhtiöt valitsevat vahingoittuneiden jatkohoitoa paikat sen mukaan, minne potilas pääsee nopeasti hoitoon, jotta työkyvyttömyysaika jäisi mahdollisimman lyhyeksi. Tämä tarkoittaa usein yksityistä sektoria, jossa hoidon saatavuus on julkista sektoria parempi. (HE 77/2004; HE 158/2004; Määttänen 2007, 5-6.)

Vaikka yksityisten sairauskuluvakuutusten määrä on Suomessa vielä vähäinen, se on kasvanut voimakkaasti 2000-luvun alkupuolella. Lakisääteisistä henkilövakuutuksista korvataan yllä mainittujen lakimuutosten myötä yhä enemmän yksityistä terveydenhuoltoa, jota yksityisillä sairausvakuutuksilla itseään hoidattavat käyttävät lähes pääsääntöisesti, jos sitä on saatavilla. Tämä kehityssuunta liittyy keskusteluun pohjoismaisen universaaliksi luonnehditun hyvinvointivaltiomallin kestävyyydestä ja universalismiin terveydenhuollossa (Lehto ym. 2003, 24).

Terveydenhuollon kustannusten kasvu on yksi viime vuosikymmenien keskeisiä ongelmia. Väestön ikääntyminen ja terveydenhuollon kehittyvä teknologia sekä asiakkaiden vaatimustason kasvu tulevat lisäämään kustannuksia merkittävästi jo lähivuosina. Terveydenhuollon järjestäminen, sen rahoitus ja saatavuus sekä terveydenhuollon resurssien tehokas käyttö ovat sekä kansantalouden että -terveyden kannalta ensiarvoisen tärkeitä.

Suomessa terveydenhuoltomenojen bruttokansantuoteosuus kasvoi 3,9 %:sta vuonna 1960 peräti 9,3 %:iin vuonna 1992 (Kuvio 1). Vuonna 2006 Suomen terveydenhuoltomenojen suhde bruttokansantuotesuhteeseen oli 8,2 prosenttia. Kansainvälisessä vertailussa Suomen terveydenhuoltomenojen bruttokansantuotesuhde on alle OECD - maiden keskitason (9,0 prosenttia). Ilmiötä selittävät keskeisesti terveydenhuoltohenkilökunnan palkkatasoerot moniin muihin OECD-maihin verrattuna (Stakes 2008).



Kuvio 1. Terveydenhuoltomenojen kehitys prosenttia / BKT 1960-2006

Lähde: STAKES/SVT Tilastotiedote 2/2007 ja OECD Health Data 2008, December 2008

Terveyden edistämisen alueella pätee taloustieteen peruslähtökohta: voimavarojen niukkuus suhteessa ihmisten haluihin ja tarpeisiin. Voimavara on niukka, jos sen kysyntä nollihinnalla ylittää sen tarjonnan. Niukkuuden vallitessa ei kaikkia terveyden kannalta hyödyllisiä toimenpiteitä voida toteuttaa, vaan joudutaan priorisoimaan. Se, miten terveystarpeisiin nähden niukat voimavarat pitäisi kohdentaa terveyden maksimoimiseksi (=tehokkuuspyrkimys) ja jakamiseksi oikeudenmukaisesti (=oikeudenmukaisuus-pyrkimys), on noussut yhä tärkeämmäksi kysymykseksi, kun terveydenhuollon taloudellinen ominaispaino kansantaloudessa on noussut voimakkaasti viimeisen 50 vuoden aikana. Terveydenhuollon voimavarojen järkevä ja tehokas kohdentaminen onkin 1980-luvun alusta alkaen ollut keskustelujen ja tutkimuksen kohteena. (Sintonen ym. 2006, 10-12.)

Terveystaloudellisen ajattelun ja tutkimuksen tarve on tuotu selkeästi esiin myös sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa Terveydenhuollon suuntaviivat marraskuulta 1996. Siinä (s.15) todetaan seuraavasti: "Koska terveydenhuollon voimavarat ovat rajalliset, niille on saatava paras mahdollinen vastine. Tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden tulee olla vaikuttavia. Terveyspalvelujen on oltava myös tehokkaita. Jos sairauden hoitoon on tarjolla useita eri hoitovaihtoehtoja, on niistä valittava kustannusvaikuttavin vaihtoehto."

Yhtenä tekijänä kasvanneisiin terveystaloudellisiin saattaa olla niin sanottu medikalisoititendenssi, jonka mukaan lääketiede on viime aikoina laajentunut alueille, joita ei aikaisemmin ole pidetty lääketieteellisinä. Kun hoitojen ja tutkimusten maksajaksi saadaan kolmas osapuoli, esimerkiksi vakuutus, saattavat sekä palvelujen käyttäjän että tarjoajan medikalisoitipyrkimykset yhtyä. Seurauksena voi olla turhia lääkärisä käyntejä, diagnostisia testejä ja tutkimuksia tai ylihinnittelua, jotka johtavat lisääntyvään terveydenhuollon kustannusten kasvuun. (Myllykangas ym. 2000, 141.) Jos vakuutus muuttaa kuluttajien tai palvelujen tarjoajien käyttäytymistä, se voi johtaa terveydenhuollon rajallisten voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja kohdentumiseen ja synnyttää yhteiskunnalle hyvinvointitappiota (Tuomainen ym. 1999, 71-72; Sintonen ym. 2006, 75).

Jos potilaalla on vakuutus (kolmas osapuoli maksaa) ja palvelujen tarjoajan eli esimerkiksi lääkärin tulot riippuvat tarjottujen palvelujen määrästä, palvelujen käytöllä ja terveydenhuoltomenoilla on taipumusta kasvaa. Silloinkin kun potilaalla on vakuutus ja palvelujen tarjoajat ovat kiinteällä palkalla, voi syntyä tarjoajan moraalinen vaara siksi, että he eivät ole tietoisia hoidon kustannuksista, koska maksajana on vakuutus tai veronmaksaja. (Sintonen ym. 2006, 75-76.)

Terveydenhuollon rahoitus on ollut poliittisesti merkittävä tekijä ei vain Suomessa vaan myös kansainvälisesti, esimerkiksi Euroopassa 1980-1990 -luvulta lähtien. Osa virkamiehistä ja poliitikoista on allekirjoittanut Aaron Wildavskyn niin kutsutun lääketieteellisen rahan lain (Law of Medical Money), jonka mukaan sairaanhoidon kustannukset nousevat samassa suhteessa kuin vapaaehtoisten vakuutusten ja valtion tuen määrä, eikä näytä olevan mitään mekanismia, jonka avulla terveystuet vakautuisivat itsestään (Mossailos ym. 1999, 1; Wildavsky 1977, 105-123).

Tämä asetelma on esimerkki rationaalisen valinnan teorian mukaisesta tilanteesta, jossa yksilön kannalta tarkoituksenmukainen käyttäytyminen, eli terveydenhuoltopalvelujen mahdollisimman laaja käyttö kun maksajana on kolmas osapuoli, voi johtaa kokonaisuuden eli yhteiskunnan kannalta epätarkoituksenmukaiseen lopputulokseen. Oman hyödyn maksimointi voi johtaa pidemmän päälle myös yksilön kannalta huonoon lopputulokseen. Tämän vuoksi onkin järkevää toimia joissain tilanteissa omaa välitöntä etua vastaan ja noudattaa moraalisia sitoumuksia, jotka takaavat kaikille osapuolille pidemmän päälle keskinäistä hyötyä. (Kangas 1994, 67.) Merkittäviä moraalisia sääntöjä tämän aiheen kannalta edustaa lääkärin eettiset ohjeet.

Näiden ajankohtaisten muutosten ja havaintojen myötä herää kysymys: mitkä tekijät vakuutusrahoitteisessa terveyspalvelujen tarjonnassa vaikuttavat sen käyttöön, laajuuteen ja hinnoitteluun ja miten näitä tekijöitä voitaisiin järkevästi hallita?



Tämän tutkimuksen lähtökohtana on yleisesti tunnettu tosiseikka, että vakuutus lisää terveystalvelujen käyttöä ja kustannuksia. Terveystalveluiden rahoittamisessa ja tuottamisessa on eri maissa erilaisia malleja, ja näiden vaikutuksia kustannuksiin tutkitaan jatkuvasti. Aiheesta on tehty lähinnä kvantitatiivisia tutkimuksia, joissa on todettu myös, että riippuen valitusta strategiasta, jolla halutaan estää markkinoiden epäonnistuminen, voidaan myös ennustaa tulevat ongelmat. (Barr 2001, 70.) Kukin systeemi noudattaa omanlaistaan logiikkaa. Sen sijaan potilaan ja lääkärin käyttäytymisen takana olevaa syvällisempää logiikkaa ei ole juurikaan tutkittu.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tutkia potilas-lääkäri -suhteen vaikutuksia erityisesti lääkärin näkökulmasta silloin, kun terveystalveluiden maksajana on vakuutus. Nimitän näitä käyttäytymisvaikutuksia tässä tutkimuksessa vakuutus suunnitteluksi, millä tarkoitan potilaan ja lääkärin toiminnan sopeuttamista ja saavutettavien etujen maksimoimista, kun kustannusten maksajana on vakuutus kolmantena osapuolena. Tutkimuksen tavoitteena on löytää keinoja terveystalveluiden voimavarojen hyödyttömän käytön ja lisäkustannusten hillitsemiseksi vakuutusrahoitteisessa terveystalveluiden järjestelmässä.

Aluksi hahmotan lyhyesti eri tapoja terveystalveluiden rahoittamiseksi ja järjestämiseksi sekä vakuutus toiminnan merkitystä rahoituksessa ja siinä tapahtuneita muutoksia. Seuraavaksi paneudun tekijöihin, jotka erottavat terveystalveluiden palvelut muista hyödykkeistä, jonka kautta päästään ongelman ytimeen, agenttisuhteeseen ja sen vaikutukseen terveystalveluiden käytössä. Sitten teen katsauksen yleisesti käytössä oleviin keinoihin kustannusten hillitsemiseksi, kun maksajana on vakuutus sekä esittelen aikaisempaa aihetta koskevaa tutkimusta. Olemassa olevan tutkimuksen aukkojen täydentämiseksi luonnehditaan tämän tutkimuksen tarkoitus ja rakenne, tutkimustehtävä ja -asetelma ja esitellään tehdyn tutkimuksen tulokset.

Tutkimus liittyy sosiaalipolitiikan alalla terveystalveluiden liittyvän hyvinvoinnin tuotannon rahoitustapaan, erityisesti vakuutusrahoitteiseen terveystalveluiden hoitoon sekä tämän rahoitusmallin kestävyys ja muutostarpeisiin.

## 2 TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMINEN SUOMESSA JA VAKUUTUSTOIMINNAN MERKITYS SEN RAHOITUKSESSA

Terveydenhuoltojärjestelmät voi jakaa kolmeen päätyyppiin rahoitustavan ja tuotanto- tai tarjontatavan suhteen (Tuomala 1997, 133-134):

Tyyppi I	Yksityinen rahoitus ja tarjonta <ul style="list-style-type: none"><li>• esim. Yhdysvallat</li></ul>
Tyyppi II	Julkinen rahoitus ja huomattava yksityinen tarjonta <ul style="list-style-type: none"><li>• esim. Saksa, Hollanti, Ranska</li></ul>
Tyyppi III	Julkinen rahoitus ja tarjonta <ul style="list-style-type: none"><li>• esim. Pohjoismaat, Iso-Britannia, Italia</li></ul>

Ensimmäisessä ryhmässä terveystalvelujen rahoitus on käytännössä järjestetty lähinnä yksityisvakuutuksella tai potilaiden täyteen omavastuuseen perustuvalla järjestelmällä, toisessa ryhmässä vakuutusjärjestelmällä ja kolmannessa ryhmässä kansallisella terveystalvelujärjestelmällä (Forss 2005).

Viime aikoina julkisen sektorin osuus on pienentynyt terveydenhoidossa ja eri maiden järjestelmät ovat siirtymässä lähemmäs tyyppiä II. Silti lähes kaikissa OECD-maissa, USA:ta ja Turkkiä lukuun ottamatta terveydenhuolto rahoitetaan pääasiassa julkisen sektorin kautta ( julkisen sektorin osuus terveydenhuollon menoista yli 50 prosenttia) . Itse terveydenhoitopalvelujen tarjonta tai tuotanto vaihtelee täysin julkisesta täysin yksityiseen. Yhteinen piirre kehittyneille maille on myös se, että suoraan omasta lompakosta maksettujen kulujen osuus on pieni, ja kolmas osapuoli maksaa suurimman osan menoista. Tämä heijastaa terveydenhuollon ja vakuutuksen läheistä yhteyttä eli sosiaalivakuutusideaa. (Tuomala 1997, 133.)

Barrin mukaan hyvinvointivaltion ja sen sosiaalisten instituutioiden tavoitteet ovat samat kuin talouspoliittiset tavoitteet yleensäkin eli kustannustehokkuus, oikeudenmukaisuus ja hallinnollinen sujuvuus. Tehokkuustavoite kattaa tehokkaan

resurssien jaon sekä kannustavuuden eli sen, että etuuksien tulisi tuottaa mahdollisimman vähän epäedullisia vaikutuksia. Oikeudenmukaisuustavoite tuolla mainittuihin taloudellisiin tavoitteisiin mukaan laajemmat sosiaaliset tavoitteet. Yksilöillä on oikeus tiettyihin etuuksiin, jotka ovat riittäviä tasoltaan ja riippumattomia yhteiskuntaluokasta. Hallinnollinen sujuvuustavoite pitää sisällään yksinkertaisuuden ja alhaisten hallinnollisten kuluja lisäksi sen, että järjestelmän väärinkäyttömahdollisuudet ovat vähäiset. (Barr 1997, 9-11.)

Terveyspolitiikan ensisijaisena tavoitteena on Barrin mukaan yksinkertaisesti parempi terveys, joka on riippuvainen monista tekijöistä, joista terveydenhoitojärjestelmä on vain yksi. Yleiset elinolosuhteet ovat avaintekijä: lisääntynyt terveys on liitetty kasvaneeseen eliniän odotteeseen. Vastaavasti rikkaimmissa maissa elävillä on pidempi eliniän odote kuin köyhemmissä maissa elävillä. Toinen merkittävä terveyden osatekijä on yksilölliset valinnat elämäntavoissa, kuten ruokailutottumukset, liikunta ja päihteiden välttäminen. Ympäristötekijöillä, kuten saasteilla sekä työn laadulla, on myös merkittävä vaikutus yksilön terveyteen. Terveydenhoitopalvelujen laatu ja saatavuus sekä yksilön perimä ovat muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Barr korostaa, että ainoastaan viimeinen näistä tekijöistä on sellainen, johon julkisella politiikalla ei voida vaikuttaa. (Barr 2001, 50-51.)

Pohjoismaiseen hyvinvointikulttuuriin kuuluu pyrkimys sosiaaliseen ja alueelliseen oikeudenmukaisuuteen riippumatta yksilöiden henkilökohtaisista ominaisuuksista, kuten maksukyvyistä. Merkittävä keino oikeudenmukaisuustavoitteiden saavuttamiseksi on universaali terveydenhuoltojärjestelmä, jossa palvelut pääosin rahoitetaan ja tuotetaan julkisen sektorin kautta. (Saarinen 2007, 121.) Suomen terveydenhuollon pitkän aikajänteen tavoitteiksi on aina asetettu väestön parhaan mahdollisen terveyden saavuttaminen sekä eri sosiaalisten ryhmien terveyserojen vähentäminen (Häkkinen 2005, 104). Nämä tavoitteet toistuvat uusimmassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (KASTEohjelma 2008-2011), jonka päätavoitteina on lisätä kuntalaisten osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä, lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, ja kaventaa terveyseroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 17).

Suomalainen perusterveydenhuolto koostuu kunnallisten terveystieteiden sekä työterveyshuollon ja yksityissektorin tarjoamista palveluista, joita rahoitetaan erillisin järjestelmin. Puhutaan monikanavaisesta rahoitusmallista. Terveystieteiden palvelut rahoitetaan pääosin verovaroin ja pieneltä osin käyttäjämaksuin. Niiden järjestämisestä ja suurelta osin myös tuottamisesta vastaavat kunnat. Yksityisten terveystieteiden ostoja tuetaan julkisista varoista Kelan pakollisella sairausvakuutuksella, vaikkakin omavastuuosuudet ovat suuret. (Häkkinen 2005, 102.) Pakollisen vakuutuksen lisäksi kotitaloudet voivat hankkia yksityisiä sairauskuluvakuutuksia, joiden määrä on 2000-luvulla kasvanut. Etenkin lasten vakuuttaminen sairauskulujen varalta on lisääntynyt (Stakes 2007, 106). Lisäksi työnantajien työntekijöilleen ottamat yksityiset sairauskuluvakuutukset ovat viime vuosina lisääntyneet (STM 2006, 105). Työterveyshuolto rahoitetaan kolmikantamallilla, johon kuuluvat työntekijä- ja työnantajamaksut sekä Kelan sairausvakuutus (Larivaara ym. 2007, 195.)

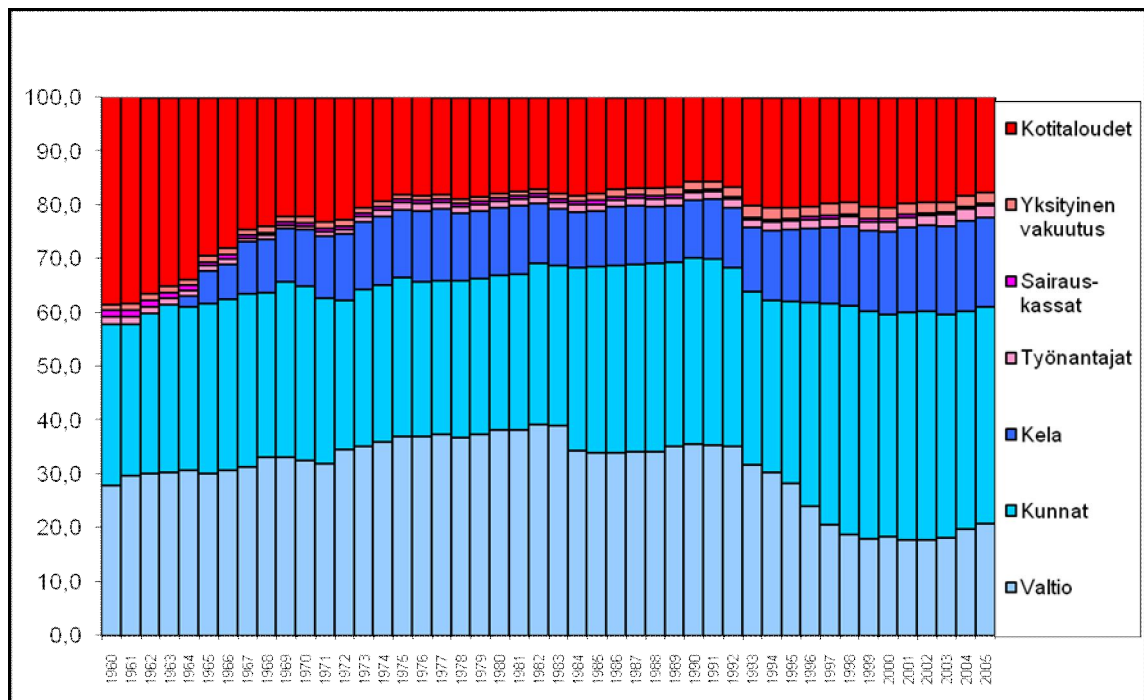
Tulevaisuudessa suomalaisen terveydenhuollon rakenteisiin tulee vaikuttamaan Sisäasiainministeriön alaisuudessa toimeenpantava kunta- ja palvelurakenteen uudistus, jonka konkreettisin muutos tulee olemaan sosiaali- ja terveystieteiden järjestäjiltä edellytettävä nykyistä laajempi väestöpohja (HE 155/2006). Myös yksityisen sektorin rakenne on viime vuosina muuttunut valtakunnallisen ketjuuntumisen myötä ja muutosten voidaan odottaa jatkuvan. Kauppa- ja teollisuusministeriön toimialaraportissa ennustetaan terveydenhuollon yksityissektorin lähitulevaisuuden tuovan mukanaan muutoksia esimerkiksi yritysraakenteisiin liittyen. Raportin mukaan alalla tulee syntyä yhä enemmän kokonaisvaltaisia palveluntarjoajia, jotka tuottavat esimerkiksi kaikki tietyn kohderyhmän, kuten vanhusten tai lasten palvelut. Suomen markkinoille saattaa tulla myös uusia kansainvälisiä toimijoita. (Ekroos ym. 2006, 24, 55-29.)

Suomen terveydenhuollon menot olivat vuonna 2006 kokonaistasolla 13,6 miljardia euroa (Stakes 2008). Julkinen rahoitus muodostaa noin kolme neljäsosaa terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta yksityisen rahoituksen kattaessa lopun neljäsosan. Julkisen rahoituksen osuuden kasvaminen vuosien 1960 ja 1991 välisenä aikana 58 prosentista 81 prosenttiin eli lähes 40 prosentilla on lisännyt huolta siitä, miten yhteiskunnan voimavaroja terveydenhuollossa käytetään. Vuoteen 2005 mennessä julkisen rahoituksen osuus oli laskenut 77,8 prosenttiin. Julkisen sektorin

sisällä valtion rahoitusosuus on puolittunut 1990-luvun alun 36 prosentista 18 prosenttiin vuonna 2003. Samassa ajassa kuntien osuus on noussut lähes kahdeksalla prosenttiyksiköllä ja Kansaneläkelaitoksen osuus noin kuudella prosenttiyksiköllä. Kotitalouksien osuus on vuosien 1960 ja 2005 välisenä aikana vastaavalla ajanjaksolla yli puolittunut 38,5 prosentista 17,8 prosenttiin. Kotitalouksien osuus terveydenhuollon rahoituksesta Suomessa on silti EU-maiden korkeimpia. (STM 2006, 100; Kansallinen terveysprojekti 2002 Luku 2; Kuvio 2 Terveydenhuoltomenojen rahoitus.)

Muun yksityisen rahoituksen eli työnantajien, sairauskassojen ja yksityisen vakuutuksen osuus on 4,5 prosenttia. Yksityisen vakuutusrahoituksen osuus terveydenhuollon kustannuksista on kaksinkertaistunut vuodesta 1960 (1,1 prosenttia) vuosiin 1997-1999 (2,2 prosenttia) ja sitten hieman vähentynyt ollen 1,9 prosenttia vuonna 2005. Yksityisen vakuutusrahoituksen osuus on edelleen kokonaisrahoituksesta erittäin vähäinen. Vuonna 2005 sen osuus oli 221,6 miljoonaa euroa, jossa on mukana myös työnantajan lakisääteiset työtapaturvakuutukset sekä pakolliset liikennevakuutukset. (Stakes, tilastotiedote 2/2007; Sähköposti Petri Matveinen, STAKES, Stakestieto, 7.8.2007).

Yksityiseen vakuutusrahoitukseen osittain verrattava rahoitusmuoto tämän tutkimuksen kannalta on työnantajan ja sairauskassojen osuudet. Näiden yhteenlaskettu osuus terveydenhuollon rahoituksesta ei ole juurikaan muuttunut vuodesta 1960 (2,5 prosenttia) vuoteen 2005 (2,6 prosenttia). Sairauskassojen osuus on laskenut kolmannekseen ja työnantajien osuutena tilastoitu osuus on samanaikaisesti kasvanut 40 prosentilla, mutta molempien edustaessa työnantajien järjestämää maksutapaa lopputulos on lähes sama. (Kuvio 2 Terveydenhuoltomenojen rahoitus.)



**Kuvio 2. Terveydenhuoltomenojen rahoitus 1960-2005, %**

**Lähde: STAKES/SVT Tilastotiedote 2/2007**

Toimeentuloturvajärjestelmä Suomessa jaetaan yleiseen perusturvaan, lisäturvaan ja erityisturvaan. Terveydenhoidon kustannuksia perusturvan piiriin kuuluvista järjestelmistä korvaa kansaneläkelaitos sairausvakuutuslain mukaan. Lisäturvaan kuuluvista järjestelmistä korvataan lähinnä ansionmenetykskorvauksia. Erityisturvavakuutuksista terveydenhoidon kustannuksia korvaavat lakisääteiset vakuutukset eli työtaturma- ja liikennevakuutukset ja vapaaehtoisista henkilövakuutuksista sairaus- ja tapaturmavakuutukset. (Kairinen, 1991, 357-358; Antila ym. 2001, 87). Erityisturvavakuutukset edustavat kuviossa 2 juuri yksityisen vakuutusrahoituksen osuutta, joka oli 1,9 prosenttia vuonna 2005. Tässä tutkimuksessa keskitytään erityisturvavakuutusten vaikutusten tutkimiseen lääkäri-potilas hoitosuhteessa.

Euroopan Unionin sosiaaliturvajärjestelmiä kuvaavassa niin sanotussa pilarirakenteessa tämän tutkimuksen kohteena olevat vakuutukset kuuluvat ensimmäiseen pilariin (lakisääteinen ja pakollinen turva, jota edustaa työtaturma- ja liikennevakuutus) sekä kolmanteen pilariin (muu turva, jota edustaa vapaaehtoiset sairaus- ja tapaturmavakuutukset) (Kari ym. 2001, 7-9). Suomen vakuutusmarkkinoiden

merkittävä ominaispiirre on, että yksityiset vakuutuslaitokset hoitavat lakisääteisen sosiaalivakuutuksen piiriin kuuluvaa työtapaturma- ja liikennevakuutusta (Kukkonen ym. 2006, 12-17).

Työtapaturmavakuutuksen osuus terveydenhuollon kustannuksista on vuonna 2005 voimaan tulleen täyskustannusvastuulainsäädännön vuoksi kaksinkertaistunut, ollen vuonna 2006 yhteensä 81 miljoonaa euroa. Liikennevakuutuksen osuus on vastaavan lainsäädännön aiheuttamien muutosten vuoksi 3,8 -kertaistunut ollen vuonna 2006 yhteensä 64 miljoonaa euroa (Jakobsson 2007).

Vapaaehtoisten tapaturma- ja sairausvakuutusten maksutulo oli vuonna 2004 yhteensä 177 miljoonaa euroa (Suomen Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, internetjulkaisu). Yksityisen sairauskuluvakuutuksen maksutulo oli vuonna 2003 vain noin kaksi prosenttia lakisääteisen sairausvakuutuksen kokonaismenoista. Sen määrä maksutulolla mitattuna on kuitenkin lisääntynyt tasaisesti lähes 10 prosentilla vuosittain. Pelkkien sairauskuluvakuutusten maksutulo on kasvanut yli 30 prosentilla vuodesta 1999 (65 miljoonaa euroa) vuoteen 2004 (96 miljoonaa euroa). Lähes puolet vapaaehtoisten sairauskuluvakuutusten maksutulosta kohdistuu lasten sairauskuluvakuutuksiin. Työnantajien työntekijöilleen ottamien sairauskuluvakuutusten lukumäärä ja maksutulo ovat lähes kolminkertaistuneet vuodesta 1999 vuoteen 2004.

(Taulukko 1 ja 2.)

**Taulukko 1. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen maksutulo vuosina 1999-2004, miljoonaa euroa**

Maksutulo, milj.euroa	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Lasten sairauskuluvakuutus	37,6	40,4	43,7	47,5	50,5	51,1
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	22,5	24,3	25,9	28,1	29,5	31,1
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	5,0	6,4	8,0	8,7	12,0	14,7
Yhteensä	65,0	71,1	77,6	84,3	92,0	96,2
Vuosimuutos%		9,3	9,2	8,6	9,1	4,6

**Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Henkilövakuutusyksikkö.**

**Taulukko 2. Yksityisen sairauskuluvakuutuksen lukumäärät vuosina 1999-2004, kappaletta**

Vakuutusten määrä	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Lasten sairauskuluvakuutus	325 863	345 810	359 495	372 671	381 289	384 997
Yksityinen aikuisten sairauskuluvakuutus	115 730	160 482	170 239	179 262	192 728	205 883
Työnantajan ottama sairauskuluvakuutus	11 655	15 347	18 360	21 639	26 272	29 402
Yhteensä	493 248	521 639	548 094	573 572	600 289	620 282
Vuosimuutos%		5,8	5,1	4,7	4,8	3,3

**Lähde: Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, Henkilövakuutusyksikkö.**

Vaikka yksityisen vakuutuksen osuus terveydenhuollon kokonaisrahoituksesta on vielä pieni, on sen osuus kasvamassa sekä Suomessa että koko Euroopan Unionin alueella (Mossailos ym. 1999, 9-10).

Vakuutusyhtiöiden Keskusliiton teettämän tutkimuksen mukaan yleinen ilmapiiri Suomessa tukee yksityisten vakuutusten kasvua, mikä on havaittavissa siitä, että 60 prosenttia vastanneista oli sitä mieltä, että yksilön pitäisi tulevaisuudessa ottaa yhä



enemmän vastuuta omasta sosiaaliturvastaan. Lisäksi 66 prosenttia piti vapaaehtoista vakuutusta tarpeellisenä pakollisen sosiaaliturvan täydentäjänä ja lähes 80 prosenttia piti vapaaehtoista sairausvakuutusta järkevänä sijoituksena omaan terveydenhuoltoon. (Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto 2005.)

Stakesin teettämässä laajemmassa tutkimuksessa on samanaikaisesti todettu, että Suomessa julkisen terveydenhuoltojärjestelmän kannatus on laajaa. Suurin osa suomalaisista haluaa panostaa julkiseen sektoriin ja sen vahvaan rooliin sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisessä. Suurin osa suomalaisista on myös julkisen terveydenhuollon arvoperustan kuten tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden kannalla. Samalla yksityistä palvelutuotantoa halutaan kuitenkin lisätä. Vaikka päävastuu halutaan säilyttää julkisella sektorilla, myös yksityinen sektori halutaan nykyistä selvemmin mukaan tuottamaan hyvinvointipalveluja. (Forma ym. 2008, 175.)

Tutkimusten tuloksia tarkastellessa pitää muistaa että ”sen lauluja laulat, kenen leipää syöt”. Pauli Forma on tutkimuksessaan sosiaaliturvaa ja hyvinvointivaltiota koskevien mielipidetutkimusten julkisuushakuisesta ja manipulatiivisesta käytöstä havainnut, että etujärjestöjen teettämässä tutkimuksissa tutkimuskysymykset ja tulokset muotoillaan usein siten, että ne palvelevat mahdollisimman hyvin edunvalvonnan tavoitteita (Forma 2003, 281). Sama koskee todennäköisesti jossain määrin kaikkea tutkimusta, myös Stakesin omaa tutkimustoimintaa.

Kun otetaan huomioon myös täyskustannusvastuun vaikutukset siihen, että terveydenhuoltoa on alettu rahoittaa enemmän vakuutuksen kautta sekä vakuutusyhtiöiden voimakkaan kampanjoinnin yksityisten vakuutuksen markkinoinnissa ja potilaiden kasvaneet vaatimukset, voidaan olettaa, että vakuutusrahoituksen osuus terveydenhuollon kustannuksista tulee jatkossakin kasvamaan. Yksityisen terveydenhuollon piirissä tehdyistä leikkaustoimenpiteistä 70 prosenttia maksetaan jo nyt vakuutusrahoitteisesti (Helsingin Sanomat 11.5.2008). Jos kehitys jatkuu tämän suuntaisena, voidaankin kysyä, miten se vaikuttaa perusterveydenhuollon kehitykseen ja kokonaisyhyvinvoinnin tasoon. Tutkimusta erityisturvavakuutusten vaikutuksesta terveydenhuollon kustannuksiin tarvitaan.



### 3 TERVEYSPALVELUJEN KÄYTÖN JA RAHOITUKSEN INFORMAATIO-ONGELMAT

Koska terveystalouksien korvaavien yksityisten vakuutusten määrät ovat kasvaneet merkittävästi, tarkastelen tässä luvussa terveystaloustieteen näkökulmasta tilanteita, joissa vakuutus on terveyspalvelujen maksajana. Terveyspalvelut sisältävät erityisominaisuuksia verrattuna muihin hyödykkeisiin. Nämä erityispiirteet liittyvät pitkälti puutteelliseen tietoon eli informaatio-ongelmiin sekä terveyspalvelujen kuluttajien kannalta että vakuutusyhtiöiden kannalta terveyspalvelujen rahoittajana.

#### 3.1 Kuluttajia koskevat informaatio-ongelmat

Markkinat toimivat sitä tehokkaammin, mitä parempaa kuluttajainformaatio on, mitä halvemmalla ja tehokkaammin sitä voi kehittää, mitä helpommin kuluttajat ymmärtävät saatavilla olevaa informaatiota, mitä pienemmät ovat kustannukset, jos tehdään väärä valinta ja mitä erilaisempia kuluttajien mieltymykset ovat (Barr 2001, 52).

Tämä markkinoiden ihannemalli ei toteudu terveydenhuollossa, sillä se poikkeaa useimmista muista hyödykkeistä juuri näillä alueilla. Kuluttajat ovat usein huonosti tietoisia saatavilla olevista hoitomahdollisuuksista ja niiden vaikutuksista eikä vakavasti sairailta ole juuri mahdollisuuksia selvittää niitä (vertaa auton korjaaminen, joka ei ole niin kiireellistä, jottei olisi mahdollisuuksia hankkia riittävästi tietoa eri mahdollisuuksista). Kuluttajien kyky ymmärtää terveyteen liittyvää tietoa on myös rajoitettua. Väärä valinta on kalliimpi ja vaikutuksiltaan pysyvämpää kuin monien muiden hyödykkeiden osalta. Kuluttajat ovat heikosti informoituja tarvitsemansa hoidon määrästä ja saamansa hoidon laadusta. Vaikka tietoa olisi saatavillakin, se on rajoitetusti tavallisen ihmisen ymmärrettävissä. (Barr 2001, 52-53.) Evans (1984) tiivistää informaatio-ongelman sanoen, että kuluttajasuvereniteetti ei päde terveydenhuollossa, koska ”terveyttä ei voi ostaa” (Evans 1984, 72-73).

Terveyspalvelujen kysyntä poikkeaa perinteisestä kysyntäteoriasta, jonka mukaan yksilö itse kykenee parhaiten arvioimaan kuhunkin hyödykkeeseen liittyvän arvon tai hyödyn. Terveyspalveluille on ominaista, että terveydenhuoltohenkilöstö on asiakkaisiin

nähdessä tiedollisessa ja taidollisessa auktoriteettiasemassa. Tätä tiedon epätasaista jakautumista nimitetään informaation epäsymmetriaksi. Lääketieteellisen tiedon ja teknologian nopea kehitys lisää sitä jatkuvasti. Yksilö joutuu luovuttamaan päätöksenteon palvelujen kysynnästä tavallisimmin lääkärille. Tätä lääkärin ja potilaan välistä suhdetta kutsutaan agenttisuhteeksi. Potilas ilmaisee terveystalouden kysyntää lähinnä hakeutuessaan lääkärin vastaanotolle, jonka jälkeen se, mitä terveystalouksia hän tulee käyttämään, on paljolti kiinni lääkärin päätöksistä. (Sintonen ym. 2006, 46-47, 117; Launis 2007, 112-113.)

Harvoin potilas kykenee arvioimaan tarkkaan terveystarpeitaan tai sitä, mitä palveluja on tarjolla. Harva kuluttaja on myöskään tietoinen ostettavien diagnostisten ja hoitopalvelujen laadusta ja vaikuttavuudesta sekä niihin liittyvistä riskeistä tai palveluihin liittyvistä kustannuksista. Potilaat näyttävät olevan mahdollisimman kaukana siitä täydellisen tietämyksen tilasta, joka on edellytyksenä suvereenin kuluttajan itsenäisille ja järkeville ostopäätöksille markkinoilla. (Sintonen ym. 2006, 117-118; Mooney 1986, 29.)

Terveyden alueella puutteellinen informaatio liittyy myös siihen, että ihmisten terveydentilan kehitys ja näin ollen terveydenhoitopalvelujen tarve tulevaisuudessa on epävarmaa ja ennustamatonta. Myös hoidon tarjoajat voivat olla epävarmoja sekä siitä, mitä hoitoa pitäisi antaa, että annetun hoidon terveydellisistä ja taloudellisista vaikutuksista. Terveystalouden kysyntä tai tarve on kunkin yksilön kohdalla epävarmaa ja siihen on vaikea varautua taloudellisesti. (Sintonen ym. 2006, 48-49; Mooney 1986, 28-29.)

Yhteiskunnan vastaus epävarmuuteen ja ennustamattomuuteen on vakuutusjärjestelmä, missä vakuutettujen maksamilla säännöllisillä vakuutusmaksuilla rahoitetaan riskinjakamisen kautta sairastumisten kustannukset. Koska kukaan ei voi täysin ennalta tietää, miten paljon ja missä laajuudessa tulee tarvitsemaan terveydenhoitoa, vakuutus on useimmille ihmisille hyvinvointia lisäävä ratkaisu. Vakuutusjärjestelmä voi olla julkinen tai yksityinen, se voidaan rahoittaa joko vakuutusmaksuilla, veroilla tai veroluonteisilla maksuilla. Korvaukset voivat olla muun muassa sairaanhoitokulujen

korvauksia, vahingonkorvausta lääketieteellisestä haitasta tai suoraa julkisen tai yksityisen terveystalouden rahoittamista. (Evans 1984, 27.)

Sairausvakuutukset ovat kuitenkin monimutkaisia taloudellisia instrumentteja eikä vakuutusnottaja välttämättä ymmärrä, mitä asioita vakuutus kattaa ja mitä ei tai miten turvaa voi muuttaa tai sen päättää, mikä taas aiheuttaa lisää informaatio-ongelmia. Mooney (1986) on tiivistänyt terveydenhuollon erityislaatuisuuden johtuvan siitä, että harvassa, jos missään muussa hyödykkeessä on yhtäaikaaisesti mukana epävarmuus, irrationaalisuus, ennustamattomuus, monopolielementit, paternalismi, tärkeät ulkoisvaikutukset ja tiedon valtava epäsymmetria potilas-agenttisuhteessa. (Mooney 1986, 31-32.)

### 3.2 Vakuutusnottajia koskevat informaatio-ongelmat

Epätäydellisen informaation ongelmat koskevat myös vakuutusnottajia. Yksityinen vakuutus toimii tehokkaasti vain seuraavien olosuhteiden pitäessä: todennäköisyys vahingon sattumiselle pitää olla ennalta arvaamaton, pienempi kuin yksi ja tunnettu.

Ennalta arvaamattomuudella tarkoitetaan, että vakuutus voi kattaa vain yksilöllisiä, ei yleisiä riskejä. Yleisen katastrofin sattuessa kaikki kärsivät vahingon ja vakuutus luhistuu. Lääketieteellisten riskien osalta ehto, että todennäköisyys on ennalta arvaamaton, on olemassa: jos minä katkaisen jalkani, se ei lisää todennäköisyyttä, että joku muu tarvitsee lääkärin hoitoa. Kuitenkin laajojen epidemioiden ollessa kyseessä ehto ei enää päde. (Barr 2001, 54.)

Sillä, että todennäköisyys vahingon sattumiselle pitää olla pienempi kuin yksi, tarkoitetaan, että vakuutus voi hoitaa riskit mutta ei varmuutta. Jos on varmaa, että joku tekee korvaushakemuksen, vakuutusmaksut tulevat olemaan yhtä suuret tai suuremmat kuin vakuutusmaksun maksimimäärä, jolloin kukaan ei osta vakuutusta. Kroonisesti sairaiden tai vanhusten kohdalla, joiden todennäköisyys terveydenhoidon tarpeeseen on suuri, ehto ei täyty. (Barr 2001, 54-55.)

Jotta vakuutusmaksu voidaan määrittää, vakuutuksenantajan tulee tuntea riskin todennäköisyys. Useimmiten tämä ehto täyttyy. Se kuitenkin heikentyy alueilla, jotka ovat liian monimutkaisia todennäköisyyksien tarkalle arvioinnille. Hullun lehmän tauti tai AIDS tai pitkän aikajänteen omaavat vakuutusturvat (esim. hoivavakuutus) ovat tämäntyyppisen epävarmuuden ilmenemisiä. (Barr 2001, 55.)

Vakuutettujen haitallisen valikoitumisen (adverse selection) ja negatiivisen kannustinvaikutuksen (moral hazard) suhteen ei saisi olla oleellisia ongelmia. Haitallista valikoitumista ilmenee kun vakuutettu tietää, että hänellä on korkea riski, mutta hän salaa sen vakuutuksenantajalta. (Antila ym. 2001, 309.)

Yllä mainittujen informaatio-ongelmien merkitys vakuutustoiminnalle ilmenee oheisesta pelkistetystä vakuutusmaksun (C) määräytymiskaavasta:

$$C = (1+a)p_1L$$

jossa  $p_1$  on todennäköisyys vahinkotapahtuman sattumiselle,

L määrä, josta yksilö on vakuutettu, ja

a vakuutusyhtiön lisä, josta katetaan hallinnolliset kulut ja voitto.

Näistä vakuutuksenantajaa koskevista informaatio-ongelmista tämän tutkimuksen kannalta keskeisin on negatiivinen kannustinvaikutus (moral hazard).

### **Negatiivinen kannustinvaikutus (moral hazard)**

Vakuutuksilla on taipumusta vaikuttaa sekä kuluttajan että palvelujen tuottajan käyttäytymiseen. Kun yksilö on hankkinut vakuutuksen odottamattomien menojen varalle, saattavat vakuutustapahtuman todennäköisyys ja sen sattuessa vahingon suuruus kasvaa, koska vakuutuksenottajalla ei ole henkilökohtaista kannustinta olla huolellinen. Tätä ilmiötä nimitetään negatiiviseksi kannustinvaikutukseksi tai moraaliseksi vaaraksi (moral hazard). Kun vakuutuksen ottajalla on täydellinen vakuutus ja kun vakuutusyhtiö ei pysty rajoitetun informaation avulla valvomaan hänen toimintaansa, vakuutettu saattaa muuttaa käyttäytymistään. Jos vakuutus peittää kulut täysin tai osittain, vakuutuksenottajalle ei jää suurta taloudellista kannustinta käyttäytyä huolellisesti. (Tuomala 1997, 38 ja 121.)

Moraalista vaaraa on käsitelty laajasti terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa. Jos vakuutus muuttaa kuluttajien tai palvelujen tarjoajien käyttäytymistä, se voi johtaa terveydenhuollon voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja synnyttää yhteiskunnalle hyvinvointitappiota (Sintonen ym. 2006, 75).

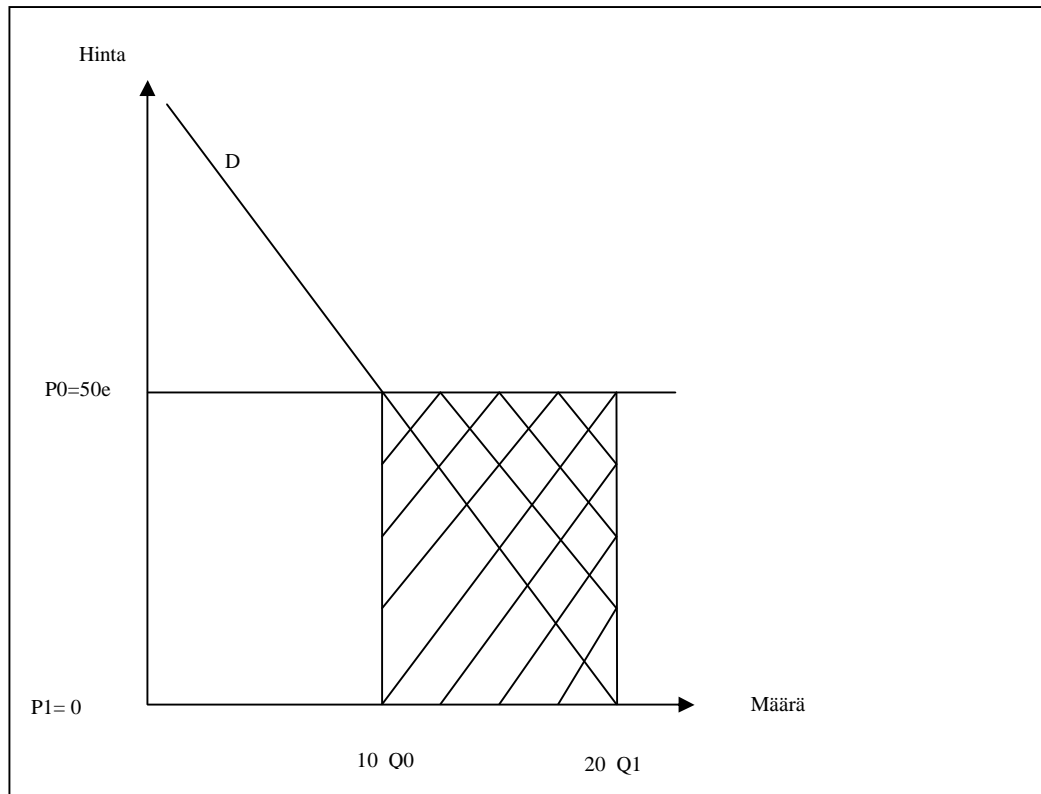
Terveydenhuollon päämies-agentti -tilanteessa esiintyy sekä palvelujen kuluttajan että tuottajan moraalinen vaara. Kun palvelujen käytön maksaa kolmas osapuoli, kuluttaja pystyy vaatimaan parempaa hoitoa kuin mitä hän välttämättä lääketieteellisesti tarvitsee. Myöskään tuottajalla, palvelun tarjoajalla, ei ole kannusteita rajoittaa tätä eikä välttämättä edes tietoa toimia erityisen kustannustietoisesti. (Pekurinen 2007, 22-23.)

Moraalinen vaara voi ilmetä kuluttajan moraalisen vaarana tai palvelujen tarjoajan moraalisen vaarana. Vakuutettu voi vaikuttaa riskin sattumisen todennäköisyyteen (p1) sekä hoidon kustannuksiin (L). Todennäköisyyteen vaikuttaminen voi ilmetä piittaamattomuudella esimerkiksi ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä, jolloin sairastumisen ja hoidon kysyntä saattaa kasvaa (Barr 2001, 57). Toisaalta kuluttaja voi vaatia enemmän hoitoa kuin mitä hän lääketieteellisesti tarvitsisi, koska vakuutuskorvaus vaikuttaa terveyspalvelun hintaan alentavasti, ja hinnan alentuessa kysyntä yleensä kasvaa. Näin vakuutusrahoitteisten terveyspalvelujen kustannukset voivat olla suurempia kuin ilman vakuutusta. (Sintonen ym. 2006, 76.)

Hyvänä esimerkkinä tällaisesta kehityksestä olivat lasten sairauskuluvakuutukset Suomessa 1980-luvulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 45).

Suomen Lääkäriliitolla oli aikanaan vahva käsitys kuluttajan moraalisen vaaran vaikutuksista. Liiton yksimielisesti vuonna 1929 hyväksymässä, pakollista sairausvakuutusta vastustavassa julkilausumassa todettiin mm: " niissä maissa, joissa ... pakollinen sairausvakuutus on olemassa, on lääkärin kokemus osoittanut, että taudin teeskentely, sen liioittelu ja niin kutsutut vakuutusneuroosit ovat vuosi vuodelta vakavasti lisääntyneet ja tehneet kaikki laskelmat lain aiheuttamista kustannuksista paikkansa pitämättömiksi; lakiehdotuksen määräysten laatu tulisi meilläkin epäilemättä johtamaan laajojen kansankerrosten siveelliseen demoralisointiin." (Sintonen ym. 2006, 76.)

Vakuutuksen mahdollista vaikutusta asiakkaan käyttäytymiseen on havainnollistettu kuvioissa 3 ja 4 (Sintonen ym. 2006, 77, vertaa vastaava teoria Tuomala 1997, 136; Manning ym. 1996).



**Kuvio 3. Vakuutuksen vaikutus palvelujen käyttöön ja hyvinvointitappion syntymiseen.**

**Lähde: Sintonen ym. 2006, 77.**

Kun potilas joutuu itse maksamaan kaikki hoidon kustannukset, hän käyttää terveystalvcluja  $Q_0$  (10) yksikköä palvelujen hinnan ollessa  $P_0$  (50e) yksiköltä. Se, että potilas on päättänyt ostaa hoitoa määrän  $Q_0$  hinnalla  $P_0$ , kertoo, että hoidon arvo potilaalle on  $P_0 \times Q_0$  (eli  $50e \times 10 = 500e$ ). Potilaan hoitomenot  $P_0 \times Q_0$  ovat yhtä suuret kuin hoidon tuotantokustannukset yhteiskunnalle  $P_0 \times Q_0$ .

Kun potilaalla on täyden suojan antava vakuutus, hoito on potilaalle maksutonta. Palvelujen hinnan laskiessa  $P_0$ :sta nolnaan palvelujen käyttö kasvaa  $Q_0$ :sta (10:stä)  $Q_1$ :een (20:een) yksikköön (kuviossa D kuvaa kysyntää). Hoidosta ei koidu potilaalle lainkaan välittömiä rahallisia kustannuksia ( $0 \times Q_1 = 0 \times 20 = 0$ ). Yhteiskunnalle (tai



vakuutuksenantajalle) palvelujen Q1 tuottaminen maksaa kuitenkin  $P_0 \times Q_1$  euroa (eli  $50e \times 20 = 1000e$ ).

Yhteiskunnan kokonaisyhyvinvoinnin kannalta olennaista ei ole se, että potilas saa maksutta yhteiskunnan kustantamat palvelut, vaan se, kuinka paljon potilas arvostaa käyttämiään palveluja. Potilaan maksuttomista palveluista saaman lisähyödyn arvo maksullisiin palveluihin nähden on kuviossa 1 vinoviivoitettu alue  $P_0 \times (Q_1 - Q_0) / 2$  (eli  $50e \times 10 / 2 = 250e$ ). Palvelujen tuottamisen lisäyksestä aiheutuva kustannusten lisäys yhteiskunnalle on  $P_0 \times (Q_1 - Q_0)$  (eli  $50e \times 10 = 500e$ ).

Kun palvelujen tuottamisen lisäkustannukset ylittävät potilaan hoidosta saaman lisähyödyn arvon, yhteiskunnalle syntyy niin sanottua hyvinvointitappiota. Kuluttajat käyttävät palveluja, joita he arvostavat vähemmän (ja joiden tehokkuus on pienempi) kuin mitä niiden tuottaminen maksaa yhteiskunnalle. Yhteiskunnan hyvinvointitappio on kuviossa 1 ristiviivoitettu alue, joka on suuruudeltaan  $P_0 \times (Q_1 - Q_0) / 2$  (eli  $50e \times (20 - 10) / 2 = 250e$ ). (Sintonen ym. 2006, 78.)

### 3.3 Potilas-agenttisuhte ja vakuutus suunnittelu

Tiedon epätasaisen jakautumisen vuoksi kuluttajat joutuvat delegoimaan päätöksenteon käytettävien palvelujen määrästä ja laadusta suureksi osaksi palvelujen tarjoajalle agenttisuhteen perusteella. Tällöin hoidon tarjoajan (lääkärin, hoitolaitoksen) käyttäytyminen voi muuttua kolmannen osapuolen maksaessa kustannukset. Tarjoajien moraalinen vaara voi syntyä kustannuksia koskevasta tietämättömyydestä tai suoritepohjaisesta palkkausjärjestelmästä (fee-for-service). Palveluntarjoajien tekemiin valintoihin vaikuttaa myös lääkärin professionalismi, potilaan toiveet ja yleiset mielipiteet. Tällöin tarjoajalla voi olla kannuste tarjota enemmän hoitoa kuin mitä potilaat tarvitsevat. Tästä käytetään myös nimitystä "tarjoajien luoma kysyntä" tai tarjontailmiö. (Sintonen ym. 2006, 78; Lillrank ym. 2006, 10; Mooney 1986, 86; Valtonen 2007, 101.) Tarjontailmiöön liittyy se, että kansalaisten mahdollisuudet käyttää terveystalv palveluja ovat erilaiset tai että jostain syystä heitä kohdellaan

terveydenhuollossa eri tavoin joidenkin terveystarpeisiin liittymättömien ominaisuuksien perusteella. (Valtonen 2007, 101).

Ongelma syntyy, koska vakuuttaja ei voi vaikuttaa lääkärin ja potilaan tekemiin hoitopäätöksiin ja koska lääkäri saa varman maksun palveluistaan. Jos vakuutus kattaa kaikki kulut, terveydenhoito on potilaalle maksutonta ja lääkärin toimenpiteet eivät rajoitu potilaan maksukyvyn mukaan. Sekä potilas että lääkäri kohtaavat 0-kulut eli molemmilla on kannuste määrätä tai kuluttaa kaikki mahdollinen terveydenhoito, josta voi olla hyötyä. Tuloksena on, että terveyspalveluja määrätään enemmän kuin ilman kolmannen osapuolen mukanaoloa. (Barr 2001, 57; Mooney 1986, 30-31; Sintonen ym. 2006, 125.) Sekä potilaan että lääkärin edun mukaista on maksimoida näin saavutettavissa olevat edut. Tällaista vakuutuksen aiheuttamaa käyttäytymisvaikutusta, joka on seurausta vakuutuksen aiheuttamasta negatiivisesta kannustinvaikutuksesta potilaan ja lääkärin kannalta ja informaation epäsymmetriasta aiheutuvasta agenttisuhteesta potilaan ja lääkärin välisessä hoitosuhteessa, nimitän tässä tutkimuksessa vakuutus suunnitteluksi.

Tarjoajien luoma kysyntä on yleisimmin määritelty siten, että kysynnän luontia on kaikkien sellaisen palvelujen tarjoaminen, joita täydellisen tietämyksen omaava potilas ei kysyisi. Täydellisenä agenttisuhteena pidetään sellaista, jossa lääkäri tarjoaa sen, mitä potilas kysyisi, jos hänellä olisi täydellinen tietämys. Täydellisellä tietämyksellä tarkoitetaan, että potilaalla on täydellinen informaatio ja että hän ymmärtää sen, eli lääkäritasoinen tietämys. Lääkärin oletetaan ikään kuin omaksuvan potilaan intressit (hyvinvointifunktion) ja tekevän päätöksen niiden pohjalta. Tämä määritelmä on myös yleisimmin kirjallisuudessa käytetty täydellisen agentin määritelmä (ks. Ryan ja Mooney 1992, täydellisen agentin vaihtoehtoisia määritelmiä). (Sintonen ym. 2006, 123.)

Taloudellisessa agenttiteoriassa täydellinen agenttisuhte edellyttää sopivaa agentin ja päämiehen välistä palkitsemisjärjestelmää. Terveystarpeiden huollossa ongelman aiheuttaa se, että palkitsemisjärjestelmä on tavallisimmin kolmannen osapuolen, yleisimmin joko kunnan tai vakuutusyhtiön, asettama. Ongelmallista on, missä määrin tämä kolmas osapuoli tuntee agenttien eli lääkärin tavoitteet eli hyvinvointifunktion ja toisaalta

potilaiden tavoitteet. Lisäksi ongelmana on, missä määrin potilaat tuntevat agentin hyvinvointifunktion, ja ymmärtävät, että jotkin agenttien tavoitteet voivat olla ristiriidassa heidän omiensa kanssa. Jos se, mitä potilaat haluavat, se mistä agenteja palkitaan ja se mitä agentit pääasiassa haluavat ovat ristiriidassa, tuloksena on epätäydellinen agenttisuhte. (Sintonen ym. 2006, 125, 130.)

Ilmeistä on, että niin kolmas osapuoli kuin potilaatkaan eivät riittävästi tunne agenttien tavoitteita. Jos halutaan parantaa terveydenhuollon tehokkuutta, pitäisi tutkia millaisia olisivat optimaaliset sekä potilaiden että agenttien ja myös kolmannen osapuolen intressit huomioonottavat palkitsemisjärjestelmät. Tällaista tutkimusta ei juuri ole tehty. (Sintonen ym. 2006, 125.)

Myös Mooney (1986) on todennut, että ennen kuin voimme tietää millä perusteilla lääkärit tekevät päätöksensä ja mikä vaikuttaa heidän käyttäytymiseensä, pitäisi olla enemmän tutkimustietoa lääkäreiden käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä (Mooney 1986, 1).

Terveyspalvelujen kysynnän ja tarpeen välinen suhde on monimutkainen. Voidaan väittää, että kaikilla ihmisillä on "haluja" liittyen terveystensä lisäämiseen. Kaikille näille haluille ei tehdä mitään, toisiin haetaan aktiivisesti hoitoa menemällä lääkärin vastaanotolle. Lääkäri voi olla sitä mieltä, että potilaan ilmaistemasta halusta tai vaatimuksesta huolimatta ei ole tarvetta hoitoon tai hän voi olla sitä mieltä, että on potilaalla on jotakin hoidon tarvetta riippumatta siitä haluaako tai vaatiiko potilas sitä. Lääkärit voivat määritellä hoidon tarpeen, joka on riippumaton potilaan halusta tai kysynnästä. Potilas-agenttisuhte on välttämätön päätösten tekemiseksi tiedon epäsymmetrian vuoksi. Agenttisuhteen kautta on myös mahdollista kehittää kustannusten ja hyötyjen arviointia, mitä potilas on kykenemätön puutteellisen informaation vuoksi tekemään. (Mooney 1986, 84-85.)

Tiedon epätasaista jakautumista palvelujen käyttäjän ja tarjoajan kesken pidetään tärkeimpänä terveydenhuollon erityispiirteenä, joka erottaa sen muista hyödykkeistä. Se on myös tärkein syy siihen, miksi perinteinen taloudellinen kysyntäteoria ei toimi hyvin

terveydenhuollossa eikä siinä voida luottaa markkinavoimiin voimavarojen kohdentamisessa. Tiedon epäsymmetrialla on syväiset vaikutukset terveydenhuollon voimavarojen kohdentumisen analyysiin ja terveydenhuollon organisointiin ja rahoitukseen. Se selittää myös pitkälti lääketieteen etiikan olemassaolon tarpeet. (Mooney 1986, 32 ja 73.)

Myös Kansallisessa terveystilastossa on todettu, että terveydenhuollon kustannusten hallinnan avainasemassa ovat lääkärit. Valtaosa terveydenhuollon kustannuksiin vaikuttavista päätöksistä tehdään lääkärin ja potilaan kohdatessa. Rationaaliset hoitokäytännöt ovat terveydenhuollon kustannuskehityksen avainkysymyksiä. (Kansallinen terveystilasto. Luku 4.) Myös Mikkolan (2002) mukaan lääkäreiden suosituksilla on suuri merkitys ostetun palvelun luonteeseen ja määrään (Mikkola 2002, 3).

Terveyspalvelujen kollektiivinen rahoitus ja julkinen tuotanto merkitsevät, että toimiessaan potilaan agenttina lääkäri tulee samalla päättäneeksi, kuinka paljon muiden, eli yhteiskunnan tai muiden vakuutusosastajien varoja käytetään potilaan hyvinvoinnin edistämiseen. Optimaalinen voimavarojen kohdentaminen edellyttää terveydenhuollossa, että lääkäri toimii potilaiden parhaaksi ja ottaa samalla huomioon myös muun yhteiskunnan edut omien etujensa lisäksi eli toimii molempien osapuolten agenttina "kaksoisagenttina". Jos tämä ei toteudu, terveydenhuollolla on Evansin (1984) mukaan edessään kolme vaihtoehtoa: jatkuva menojen kasvu, henkilöstön ja muiden voimavarojen määrän rajoittaminen tai julkisen rahoitusosuuden alentaminen ja potilasmaksujen käyttöönotto tai korottaminen. (Sintonen ym. 2006, 126.)

## 4 KEINOJA TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUSTEN HILLITSEMISEKSI VAKUUTUKSEN NÄKÖKULMASTA

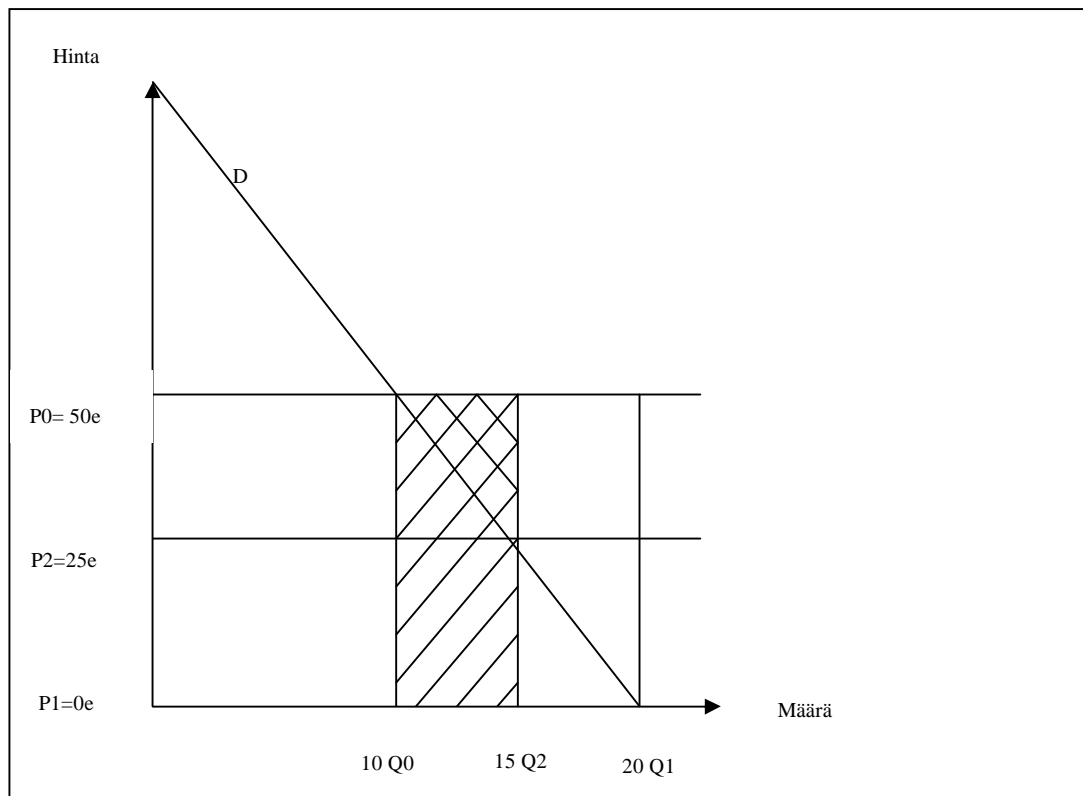
Terveydenhuollon kustannusten hillintää tavoittelevat keinot luokitellaan yleisimmin palvelujen kysyntään vaikuttaviin keinoihin ja palvelujen tarjontaan vaikuttaviin keinoihin (Mossialos & Le Grand 1999, 62). Vakuutusrahoitteisen terveydenhuollon näkökulmasta terveydenhuollon kustannuksia hillitsevät lähestymistavat voidaan jakaa sen mukaan, käytetäänkö niitä yksityisesti tai julkisesti rahoitetuissa järjestelmissä (Barr 2001, 59). Käytän viimeksi mainittua jaottelua tässä tutkimuksessa.

### 4.1 Markkinaratkaisut, jotka perustuvat kannustimille

Kustannusten jako ja tarjoajien moraalisen vaaran vähentäminen esimerkiksi toimimalla valittujen palveluntuottajien kanssa ovat keskeisimmät metodit, joita käytetään terveystalouden käytön hillitsemiseksi silloin, kun kolmas osapuoli toimii maksajana.

#### 4.1.1 *Kustannusten jako*

Kustannusten jako vakuutetun kanssa on yleinen käytössä oleva keino välttää vakuutuksen aiheuttamaa moraalista vaaraa. Kuluttajan moraalista vaaraa ja siten vakuutuksen aiheuttamaa hyvinvointitappiota voidaan pienentää rajoittamalla vakuutuksen kattavuutta (vakuutuksen hinta on sitä korkeampi mitä kattavamman turvan se tarjoaa), asettamalla korvauksille yläraja tai määrittelemällä palveluksille omavastuuosuus. Omavastuu voi olla kiinteä tai suhteellinen tai näiden sekoitus. Omavastuun ollessa kiinteä käyttäjä maksaa vain ennalta määrätyn kiinteän maksun palveluista ja vakuutus korvaa ylimenevän osan. (Sintonen ym. 2006, 79.) Omavastuun ollessa suhteellinen vakuutuslaitos korvaa ennalta määrätyn prosenttiosuuden kustannuksista.



**Kuvio 4. Omavastuusuuden vaikutus palvelujen käyttöön ja hyvinvointitappioon.**

**Lähde: Sintonen ym. 2006, 80**

Kuviossa 4 vakuutuksen on otaksuttu korvaavan 50 prosenttia (25e) hoidon kustannuksista. Toinen puoli kustannuksista (omavastuuosuus), P2 (25e) käyntiä kohti, jää potilaan maksettavaksi. Kun potilas joutuu maksamaan omavastuuosuuden palvelujen kustannuksista, on palvelujen käyttö Q2 (15) alhaisempi kuin palvelujen ollessa potilaalle maksuttomia Q1 (20). Palvelujen käyttö on kuitenkin suurempi kuin jos potilas joutuisi itse maksamaan hoidon kustannukset täysimääräisinä Q0 (10). Potilas maksaa käyttämistään palveluista  $P2 \times Q2$  e (eli  $25e \times 15 = 375e$ ). Hoidon tuotantokustannukset ovat  $P0 \times Q2$  (eli  $50e \times 15 = 750e$ ). Hoidosta saatavan lisähyödyn arvo potilaalle vakuutuksettomaan tilanteeseen verrattuna on  $(P0 + P2) \times (Q2 - Q0) / 2$  (eli  $(50e + 25e) \times (15 - 10) / 2 = 185,5e$ ) eli vinoviivoitettu alue, mutta lisäkustannukset ovat  $P0 \times (Q2 - Q0)$  (eli  $50e \times (15 - 10) = 250e$ ). Lisähoidosta aiheutuva hyvinvointitappio on siis  $(P0 - P2) \times (Q2 - Q0) / 2$  (eli  $(50e - 25e) \times (15 - 10) / 2 = 62,5e$ ) eli ristiviivoitettu alue. Omavastuuosuus pienentää kaiken kattavan vakuutuksen hyvinvointitappiota. Kuviossa 4 hyvinvointitappio on neljäsosa täyden vakuutussuojan tarjoavan vakuutuksen hyvinvointitappiosta.

#### *4.1.2 Tarjoajien moraalisen vaaran vähentäminen*

Koska pelkästään potilaiden omavastuiset palvelumaksut eivät voi vähentää moraalista vaaraa, jos palvelujen tarjoajat voivat vapaasti luoda kysyntää, pitää kiinnittää huomiota myös tarjoajien moraalisen vaaran vähentämiseen. Tämä voi julkisen terveydenhuollon puolella tapahtua siirtymällä suoritepalkkauksesta kiinteään palkkaukseen tai kapitaatiopalkkaukseen, jolloin palkkaus on sidottu lääkärin vastuualueella olevien asukkaiden määrään. Tällöin kannuste palvelujen maksimaaliseen tarjoamiseen vähenee. Palvelujen tarjoajille voidaan myös määrätä budjetit, joiden puitteissa palvelujen kustannusten on pysyttävä. (Sintonen ym. 2006, 81.)

Tarjoajien moraalisen vaaran vähentämiseen kuuluu myös toimiminen valittujen palveluntarjoajien kanssa, jolloin vakuuttajat voivat rajoittaa vakuutetut käyttämään vain tiettyjä, kilpailutettuja palveluntarjoajia (preferred providers) (Barr 2001, 59). Usein, lähinnä terveydenhuoltopalvelujen mittaamisen ongelmista johtuen, on vaikeaa tutkia vaikuttaako kilpailuttaminen alentavasti kustannuksiin. Ainakaan Yhdysvalloissa kilpailu ei hillinnyt kustannusten kasvua, joten on esitetty epäilyjä sen merkityksestä kustannusten hillintään. Toisaalta eurooppalainen kokemus esittää, että säännelty kilpailu voi auttaa terveydenhoidon kustannusten hillitsemisessä (OECD 1992; 1994). Myös Suomessa vakuutusyhtiöt ovat täyskustannusvastuuseen vuonna 2005 siirtymisen jälkeen alkaneet tehdä sopimuksia erityisesti yksityisten terveystalosten tuottajien kanssa.

#### 4.2 Terveydenhuollon kustannusten säännöstely

Julkisesti organisoitu terveystalvakuutus kohtaa saman moraalisen vaaran ongelman mitä yksityinenkin, ja sen pitää osittain luottaa samoihin instrumentteihin kuten kustannusten jakoon ja sopimuskumppaneihin ennalta maksettuihin kuluihin (prepayment). Terveydenhuollon kustannusten säännöstelyä käytetään lähinnä julkisesti rahoitetuissa järjestelmissä. (Barr 2001,61.)

Julkisesti järjestetyllä terveydenhuollolla on kuitenkin lisäksi käytössään kulutuksen säätely, jolloin tarjoajat säännöstelevät hoitoa muutoin kuin hinnalla, esimerkiksi

"tarpeen" perusteella (ks. myös Sintonen ym. 2006, 84) tai vähentämällä määrällisesti tai tyypeittäin hoitoja, jotka rahoitetaan julkisesti. Viimeksi mainittu on käytössä useissa EU-valtioissa, eniten hammashoidollisissa toimenpiteissä. Kulutuksen rajoittamista voidaan pitää myös äärimmäisenä muotona kustannusten jaosta tai tässä tapauksessa niiden siirtämisestä kokonaan potilaalle (Mossailos ym.1999, 64).

Yksinkertainen logiikka: kokonaiskulutus = hinta x määrä. Onnistunut kustannusten hillintä a) kontrolloi totaalikulutusta suoraan b) kontrolloi hintaa ja määrää tai c) käyttää hintakontrollia pakottamaan yleistä kulutuksen hillintää. Kulujen kontrolli avoimella budjetilla hillitsee kustannuksia vain osittain, sillä lääkäreille tulee kannustus lisätä tuottoa eli määrää kompensoimaan tulojen laskua. Näin tapahtui Yhdysvalloissa Medicarelle. Kanada sen sijaan vältti pahimman kustannusten kasvun koska se omaksui sekä hintakontrollin ja totaalibudjettikaton. (Evans 1974, 336-337.) Myös Euroopan maat ovat kehittäneet systeemejä jotka yhdistävät hinnan ja kulutuksen kontrollin (Abel Smith 1984, 1985; OECD1992; 1994; Mossialos ym. 1999, 65). Terveysthuollon jatkuvasti kasvavien kustannusten säätelemiseksi 1990-luvulla useassa Euroopan maassa Suomi mukaan lukien ryhdyttiin laatimaan säännöksiä terveydenhoidon priorisoinnille (Mossailos ym. 1999, 87-100).



## 5 AIHEEN AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

Aikaisempi tutkimus vakuutuksen vaikutusta lääkäripalvelujen käyttöön ja kustannuksiin on valtaosaltaan tilastollista kvantitatiivista tutkimusta. Kvalitatiivista lääkärin käyttäytymisen kannalta tehtyä tutkimusta on vähemmän. Esittelen ensisijaisesti kotimaiset tutkimukset aiheesta ja kansainvälisestä tutkimuksesta laajimmin viitatus ja tunnetuimmat tutkimukset.

Mikko Tuomola on pro gradu -tutkimuksessaan tutkinut kyselytutkimuksella vahingoittuneiden kokemuksia työnantajan henkilöstölleen ottamasta sairaanhoitovakuutuksesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää työnantajan ottaman vakuutuksen sitouttavaa vaikutusta sekä miten vastaajat olivat kokeneet vakuutuksesta saamansa palvelun (Tuomola 2007, 3-4). Oman tutkimukseni kannalta mielenkiintoista on Tuomolan tutkimuksen yhteydessä tutkitut kysymykset siitä, miten vakuutuksen olemassaolo vaikutti lääkäriin hakeutumiseen sekä lääkärin määräämiin toimenpiteisiin. Vastaajista noin neljäsosa oli sitä mieltä, että vakuutuksen olemassaolo vaikutti melko paljon (11,6 prosenttia) tai paljon (14 prosenttia) lääkärin hoitoon hakeutumiseen. Noin puolet vastaajista koki, että vakuutus vaikutti vain vähän tai melko vähän hoitoon hakeutumiseen ja neljäsosa ei osannut sanoa, oliko vakuutuksella vaikutusta hoitoon hakeutumiseen. Kysymykseen vakuutuksen olemassaolon vaikutuksista lääkärin määräämiin toimenpiteisiin noin viidesosa vastaajista arvioi, että vakuutus vaikutti paljon (5,7 prosenttia) tai melko paljon (13,9 prosenttia). Yli puolet oli sitä mieltä, että vakuutus vaikutti vähän tai melko vähän lääkärin määräämiin toimenpiteisiin ja vajaa kolmasosa ei osannut sanoa, oliko vakuutuksella vaikutusta. Kysyttäessä perusteluja, jos oli vastannut että vakuutus vaikutti paljon lääkärin toimenpiteisiin, usea vastasi että vakuutuksen turvin voitiin tehdä enemmän ja nopeammin jatkotutkimuksia. (Tuomola 2007, 86-87 ja erikseen analysoidut vastaukset tutkimuksen tilaajalle.)

Takala ym. (2002) tutkivat miten lasten lääkärisäkäynnit ovat muuttuneet vuosien 1987-1996 välisenä aikana ja miten lasten yksityinen sairauskuluvakuutus on vaikuttanut käyntien määrään. Tutkimuksen mukaan lasten yksityislääkärisäkäynnit lisääntyivät huomattavasti 1980-luvun puolivälistä 1990-luvun alkuun. Laman aikana käyttö väheni jyrkästi vuoteen 1994 asti, jonka jälkeen se säilyi muuttumattomana vuoteen 2000. Lasten lääkärisäkäyntien vaihtelut poikkeavat selvästi muiden ikäryhmien käynneistä. Vuoden 1986-1994 kaltaista jyrkkää lisäystä ja vähenemistä ei muissa ikäryhmissä koettu. Yksi selitys saattaa tutkijoiden mukaan olla lapsille tarkoitetun yksityisvakuutuksen tulo markkinoille 1980-luvun puolivälissä. Vakuutukset olivat tuolloin suhteellisen edullisia ja siksi suosittuja. Vakuutusmaksujen ja omavastuuosuuksien korotukset vähensivät osaltaan 1990-luvulla uusien vakuutusten määriä. (Takala ym. 2002, 4200 – 4201.) Noin joka kolmannella lapsella oli 1990-luvun puolivälissä yksityinen sairausvakuutus, kun koko väestöstä se oli keskimäärin 12 prosentilla (Takala ym. 2002, 4203).

Tutkimuksen mukaan perheen lapselle ottama yksityinen sairausvakuutus oli kaikista tarkastelluista tekijöistä (perheen taloudellinen asema, äidin koulutus, asuinalue, ikä pitkäaikaissairaus, sairauspäivät) voimakkaimmin yhteydessä yksityislääkärisäkäynteihin lisäten lääkärisäkäyntien määrää selvästi. Takala ym. toteavat, että yksityisvakuutus voi johtaa siihen, että lääkäriin lähdetään herkemmin kuin tilanteessa, jossa käynnistä jouduttaisiin maksamaan. Vakuutus aiheuttaa heidän mukaansa myös epätarkoituksenmukaisuutta hoidon porrastukseen lisätessään erikoislääkärin käyttöä ensimmäiseen hoitokontaktiin silloinkin, kun yleislääkärin arvio riittäisi. Vuonna 2000 noin 80 prosenttia lasten yksityislääkärisäkäynneistä oli erikoislääkärin vastaanotolle. (Takala ym. 2002, 4203.) Avohoidon lääkäripalvelujen käyttö on koko väestössä kaksinkertaistunut viimeksi kuluneiden 30 vuoden aikana. Lasten lääkärisäkäynnit ovat samalla aikavälillä seitsenkertaistuneet. (Takala ym. 2002, 4200.)

Jyrki Elo ym. (2001) tutkivat lääkäreille suunnatun kyselyn avulla, onko lääkärin määräämisen tutkimuksen kustannuksilla ja ennen kaikkea potilaan itsensä maksettavaksi jäävällä omavastuuosuudella yhteyttä tutkimusten määräämiskäytäntöön. Tutkimuksen kohteena oli selän magneettitutkimusten määrääminen. Tulosten mukaan

lähettämismallisuus potilaan haluamaan tarpeellisuudeltaan kyseenalaiseen tutkimukseen on vähäisintä silloin, kun yhteiskunta maksaa kustannukset kokonaisuudessaan. Silloin kun potilaan itsensä maksettavaksi jäävä osuus kasvaa, lääkäreiden teoreettinen halukkuus tarpeettoman tutkimuksen teettämiseen kasvaa myös, ainakin tilanteissa, joissa potilas itse haluaa tutkimusta. Näin tutkimuksen mukaan potilas tavallaan ostaa lääkäriltä näyttöön perustuvaa lääketiedettä löyhemmän tulkinnan. Erityisesti yksityissektorilla liiallinen potilastyytyväisyyden korostaminen voi johtaa turhien tutkimusten määräämiseen. Tutkimuksen johtopäätöksissä todetaan myös, että sairausvakuutusjärjestelmästä puuttuvat kannustimet lääkäreille pitäytyä tarpeellisissa tutkimuksissa ja näyttöön perustuvassa lääketieteessä. Lisäksi tutkimuksessa peräänkuulutetaan tutkimusta lääkärin käyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä. (Elo ym. 2001, 2930-2933.)

Elina Jaakkola on tutkinut väitöskirjassaan lääkäreiden näkemyksiä lääkemääräyspäätöksiin vaikuttavista tekijöistä (Jaakkola 2007). Jaakkola on haastatellut yli 90 lääkärinä viidessä maassa. Lisäksi hän teki systemaattisen kartoituksen lääketieteen alalla julkaistusta tutkimuksista, jotka tarkastelevat lääkäreiden lääkemääräyspäätöksiin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan potilaiden vaikutus lääkemääräyspäätökseen on usein suuri. Erityisaseman yhteiskunnassa saavuttaneisiin professioihin liitetyt ominaisuudet, autonomia ja altruismi, ovat tutkimuksen mukaan ristiriidassa lääkäreiden arkitodellisuuden kanssa. Käytännön työssään lääkärit toimivat potilaiden, työnantajaorganisaation, lääketehneiden ja viranomaisten toiveiden ja määräysten ristipaineessa. Myös lääkäreiden henkilökohtaiset edut ja työskentelyolosuhteet vaikuttavat ongelmanratkaisuun. Lääkäreiden halu toteuttaa potilaiden toiveita näyttää tutkimuksen mukaan riippuvan myös kilpailutilanteesta: asiakastyytyväisyys on tärkeämpää yksityispraktikoille kuin potilasjonojen kanssa painiskeleville julkisen terveydenhuollon yksiköille. (Jaakkola 2007, 79-81.) Myös kustannustekijät, kuten potilaan vakuutusturvan kattavuus, vaikutti tutkimuksen mukaan lääkäreiden päätöksiin (Jaakkola 2007, 72).

Rand Corporationin Yhdysvalloissa vuosina 1974-1977 suorittama ja liittovaltion hallituksen kustantama terveysvakuutuskokeilu (Health Insurance Experiment, HIE)

edustaa laajaa (136 miljoonaa Yhdysvaltain dollaria 1984 hintatasossa) vakuutuksen vaikutusta terveystalouden käyttöön selvittänyttä tutkimusta. Se perustui kokeelliseen tutkimusasetelmaan, jossa kuudelta paikkakunnalta eri puolilta Yhdysvaltoja satunnaisesti valitut kotitaloudet, joissa oli yhteensä vajaa 6000 henkilöä, arvottiin erilaisiin vakuutusjärjestelmiin. Eri järjestelmissä vakuutus maksoi terveydenhuoltomenoista 100, 75, 50 ja 5 %, minkä lisäksi kussakin järjestelmässä oli menojen maksimisumma, jonka ylittävät menot korvattiin kokonaisuudessaan. Vakuutus kattoi lähes kaikki terveystaloudet. Kokeilu kesti suurimmalla osalla kotitalouksista 3 vuotta, loppuilla 5 vuotta. (Manning ym. 1987, 253-255.)

Tutkimus näytti, että niissä kotitalouksissa, joissa vakuutus kattoi kaikki terveydenhuoltomenot, menot olivat perheenjäsentä kohden 46% korkeammat kuin niissä, joissa vakuutus kattoi vain 5% menoista, kun muut olennaisesti käyttöön vaikuttavat tekijät oli vakioitu. Kaikki kulut maksavassa järjestelmässä 87 % osallistujista käytti vuoden aikana jotain terveystaloutta, kun taas 5%:n korvaustasolla käyttö oli 68 %. (Manning ym. 1987, 260.)

Manning & Marquis ovat tutkineet, olisiko olemassa optimaalinen omavastuun taso. He päätyivät johtopäätökseen, että optimaalinen omavastuu olisi noin 45%. Tällä tasolla rajahyöty riskin lisävähentämisestä on yhtä suuri kuin lisääntyvästä moraalista vaarasta aiheutuva rajahyötyvointitappio. (Manning & Marquis 1996, 629.)

Useimmat omavastuujärjestelmien vaikuttavuutta käytännössä tutkineet tutkijat ovat epäileviä omavastuun tarkoituksen saavuttamisesta merkittävässä mittasuhteessa. Usein omavastuun osuus on asetettu liian alhaiseksi, jotta se riittävästi ehkäisisi turhaa käyttöä (Abel-Smith 1992.)

## 6 TUTKIMUSTEHTÄVÄ, -ASETELMA JA MENETELMÄT

### 6.1 Tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten erityisturvavakuutuksen olemassaolo vaikuttaa lääkärin näkökulmasta potilaan käyttäytymiseen ja valintoihin sekä ennen kaikkea vastaanottotilanteessa lääkärin ammatilliseen toimintaan verrattuna tilanteeseen, jossa erityisturvavakuutusta ei ole. Lisäksi empiirisessä osassa tuodaan esille lääkäreiden näkemyksiä siitä, millaisia muutoksia aiheeseen liittyen on tapahtunut ja miten he näkevät tulevaisuuden sekä ajatuksia siitä, miten järjestelmää voisi kehittää mahdollisten epäkohtien poistamiseksi.

Valitsin haastateltaviksi nimenomaan lääkäreiden edustajia, koska aihetta on vähemmässä määrin tutkittu siitä näkökulmasta. Potilaiden käyttäytymistä selvittävää tutkimusta sekä tilastollista tutkimusta vakuutuksen vaikutuksia terveystalouden käyttöön on tehty (ks. aiheen aikaisempia tutkimuksia).

### 6.2 Kvalitatiivinen lähestymistapa

Tutkimusmenetelmäksi valitsin laadullisen eli kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmän. Laadullinen tutkimus on monimetodinen sisältäen tulkitsevaa lähestymistä kohteestaan. Laadullisessa tutkimuksessa yritetään tulkita ja ymmärtää ilmiötä niiden merkitysten kautta, joita ihmiset antavat niille. (Denzin & Lincoln, 1994, 3.) Keskeiset laadullisessa tutkimuksessa käytettävät tutkimusmenetelmät ovat havainnoiminen, tekstianalyysi ja haastattelu (Metsämuuronen 2001, 14).

Aineiston olen kerännyt puolistrukturoidun haastattelun keinoin. Hirsjärven ja Hurmeen (2001) mukaan haastattelututkimus sopii erityisen hyvin aineiston hankkimisen menetelmäksi mm. silloin, kun ihminen nähdään subjektina, merkityksiä luovana ja aktiivisena tai kun kysymyksessä on vähän kartoitettu, tuntematon alue, halutaan syventää saatavia tietoja, kysyä lisäkysymyksiä tai halutaan tutkia arkoja ja vaikeita

aiheita. Toisaalta haastattelussa on taipumus antaa sosiaalisesti ”hyväksytyjä” vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2001, 35.) Puolistrukturoitu haastattelu, jota nimitetään myös teemahaastatteluksi, sopii hyvin käytettäväksi tilanteessa, jossa kohteena ovat intiimit tai arat aiheet tai joissa halutaan selvittää heikosti tiedostettuja asioita. Haastattelu kohdistuu tällöin ennalta valittuihin teemoihin, mutta siinä ei ole tarkasti määritelty kysymysten muotoa tai esittämisjärjestystä, kuten strukturoidussa haastattelussa. (Hirsjärvi ym. 2001, 47.)

Laadullisissa tutkimusmenetelmissä havainnot ensin pelkistetään, sitten niitä yhdistellään ja lopulta luodaan asiaa selittäviä luokkia, malleja ja kaikkia havaintoja yhteisesti selittäviä sääntöjä (Alasuutari 2001, 39). Pysin selittämään ja ymmärtämään havaintoja, en niinkään todistamaan niiden olemassaoloa. Kiinnostavaa on, miksi jokin asia ilmenee sellaisena kuin se aineistossa esiintyy. Menetelmässä raakahavaintoja yhdistellään ja pelkistetään ja tulkintavaiheessa niitä selitetään muiden tutkimusten ja teoreettisen viitekehyksen avulla. Tutkimuksen yleistettävyyttä syntyy siitä, että löydetään tarpeeksi aukottomia ja abstrakteja selityksiä asialle, ei keskivertoa tai tyypillisyyttä etsimällä. (Alasuutari 2001, 50-51.)

Havaintojen yhdistelyä ei aina laadullisessa tutkimuksessa tarvita. Ideografisessa tutkimuksessa erillisistä kertomuksista ei luoda yhtä ”auktorisoitua” versiota, vaan lähteet valottavat tapahtumien kulkua eri puolilta (Alasuutari 2001, 48). Omassa tutkimuksessani lääkäreiden näkemyksistä vakuutuksen vaikutuksiin on tällaisia piirteitä. Haastateltujen näkemyksistä löytyy selkeitä yhtäläisyyksiä, mutta niiden pohjalta ei ole mahdollista luoda yhtä yhtenäistä näkemystapaa, mihin ei myöskään aineiston koko tarjoa mahdollisuutta.

Myöskään se, mitä haastateltavat vastaavat, ei ole tutkimuksen ainoa tulos. Vastausten todenmukaisuus ja haastateltavien rehellisyys ei ole tutkimuksen näkökulmasta olennainen kysymys (Alasuutari 2001, 115). Jos esimerkiksi haastateltava tekeytyy paremmaksi kuin on, se kertoo paljon yhteisistä arvoista (emt., 99). Olennaista on myös pohtia, minkälaisista ilmiöistä vaietaan (emt., 222).

Tutkimuksen tekemisessä voi omasta vakuutusyhtiötaustastani olla sekä hyötyä että haittaa. Tunnen alan käytäntöjä, keskusteluja ja sisäisiä jännitteitä, mikä auttaa löytämään aineistosta oleellisia asioita. Monesti ulkopuolinen tutkija joutuu tekemään pitkään töitä, ennen kuin saavuttaa perustiedot ja ymmärryksen kohteesta. Alasuutarin mukaan pitkä kentällä oleskelu antaa tutkijalle paljon tietoa perinteistä, uskomuksista ja tavoista, eikä tällainen tutkija ole helposti huijattavissa. Hänen on myös helpompi luoda luottamuksellinen suhde tutkittaviinsa. (Alasuutari 2001, 104.)

Suppeiden havaintoaineistojen kyseessä olleen tulosten yleistettävyydestä voidaan keskustella. Alasuutari lähtee siitä, että yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen tarkoituksena ei ole testata hypoteettisia väitelauseita ja todistaa niitä joko tosiksi tai epätosiksi. Hänen mielestään pitäisi hakeutua tutkimaan asioita, jotka ovat yleisesti tiedossa, mutta huonosti tiedostettuja. Tässä katsannossa yhteiskunnallista tutkimusta ei nähdä käytännöllistä informaatiota yhteiskunnasta tuottavana laitoksena, vaan pikemminkin kriittisenä kirjallisuutena, joka edistää järkipäistä keskustelua yhteiskunnallisista asioista. Tällöin yleistämisiongelma ratkaistaan siten, että tutkimusongelmaa kuvataan ja selitetään sellaisella abstraktiotasolla, että selityksen voidaan olettaa pätevän kaikkiin yksittäistapauksiin. (Alasuutari 2001, 234-235.)

Tulkitsemistapana olen käyttänyt hermeneuttista tulkintatapaa eli pyrin tulkitsemaan haastatteluissa esille tuotua aineistoa käyttäen faktanäkökulmaa. Olen tulkinnut lääkäreiden puhetta tieteellisenä aineistona lääkärin tosiasiallisina kokemuksina ja mielipiteinä, en diskursiivisena aineistona tai sosiaalisena konstruktiona. En tutki esimerkiksi lääkäreiden puhetapaa enkä lääkärikulttuurin rakentumista vaan olen kerännyt faktoja lääkäreiden näkemyksistä erityisturvavakuutusten vaikutuksista terveyspalvelujen käyttöön ja vastaanoton yhteydessä tehtäviin ratkaisuihin.

### 6.3 Tutkimusaineiston esittely ja tulkinta

Tutkimusaineisto kerättiin haastatteleamalla 12 lääkäriä vuoden 2006 tammi- ja kesäkuun välisenä aikana. Eri näkökulmien saamiseksi keräsin haastateltavat lääkärit

kolmelta eri sektorilta: terveyskeskuksissa toimivat lääkärit, yksityissektorilla toimivat lääkärit ja vakuutusyhtiöissä asiantuntijoina toimivat lääkärit. Haastateltujen joukko jakaantui tasan näihin ryhmiin eli haastattelin neljää lääkäriä kustakin ryhmästä. Useimmat lääkärit (kaikki yksityisen sektorin sekä vakuutusyhtiöiden edustajina haastatellut) toimivat ainakin kahdella sektorilla, jolloin heidän näkemyksensä edustavat laajemmin kuin vain edustamansa alueen osalta lääkärin toiminnan todellisuutta koska he luonnollisesti tuovat haastattelussa kokemuksensa esille koko työkokemuksensa osalta. (Ks. liite 1. Haastatellut lääkärit taustatietoineen.)

Haastatelluista miehiä on kolme neljäsosaa ja naisia yksi neljäsosa. Sektoreittain tämä jakaantuu siten, että julkiselta sektorilta on puolet naisia ja puolet miehiä, yksityiseltä sektorilta yksi nainen ja vakuutuslääkäreistä kaikki ovat miehiä. (Ks. liite 1. Haastatellut lääkärit taustatietoineen.)

Haastateltuihin lääkäreihin sain kontaktin sähköpostin välityksellä. Lähetin haastattelupyynnön usealle kullakin sektorilla toimiville lääkäreille ja haastatellut olivat niitä, jotka vastasivat myönteisesti haastattelupyyntöön. Haastattelut toteutettiin lääkärin työpaikalla. Haastattelun aluksi kerroin hieman haastattelun tarkoituksesta ja alueesta sekä keräsin taustatietoa haastateltavista. Tämän jälkeen etenimme varsinaisiin haastattelukysymyksiin (ks. liite 2). Haastattelut kestivät puolesta tunnista puoleentoista tuntiin.

Taustakysymysten vastaukset kirjasin paperille ja varsinaiset haastattelut nauhoitin. Tämän jälkeen haastattelut litteroitiin eli kirjoitettiin puhtaaksi sana sanalta. Sen jälkeen luokittelin aineiston tietokoneavusteisen laadullisen aineiston analyysiohjelman, Nud\*ist 4:n avulla. Koodasin aineiston tekemäni kategorisoinnin mukaan, jonka rakensin haastattelun teemarungossa olevien teemojen pohjalta ohjelmiston vapaisiin noodeihin.



Aineiston tulkinnessa käytin avuksi tutkimuksen kysymyksenasettelua, jonka pohjalta aineisto on koodattu kolmeen pääkategoriaan sekä näiden alakategorioihin. Kategorisointi ilmenee sisällysluettelon lukujen 7, 8 ja 9 otsikoista ja alaotsikoista. Tulkintavaiheessa tulostin koodatun aineiston, jota kertyi yhteensä noin 50 sivua, jonka pohjalta tein analysoinnin.

Esitysteknisesti olen kirjannut suorien lainausten lähteen koodin heti lainauksen perään sulkuihin. Silloin kun viittaus puhujainformaatin koodiin on alaviitteessä, kysymyksessä ei ole suora lainaus vaan viittaus puheen sisältöön. Koodien selitykset ja haastattelujen ajankohdat olen kirjannut liitteeseen 3.

Vakuutuspotilaiden määrä on selkeästi eri julkisella ja yksityisellä sektorilla. Julkisella sektorilla toimivien lääkäreiden vastaanotolla vakuutuspotilaita käy selvästi vähemmän kuin yksityisellä sektorilla. Julkisen puolen näkemykset vakuutuksen vaikutuksista pohjautuvat pitkälti siihen, mitä lääkärit ovat potilailtaan tai muilta lääkäreiltä kuulleet. Julkisella puolella vakuutuspotilaiden määrä haastatelluilla vaihtelee haastateltujen arvioiden mukaan "vähästä" 5-10 prosenttiin. Yksi julkisen puolen lääkäri kertoi, että viikonloppuisin yhdellä kolmasosalla päivystykseen tuotavista lapsista on sairauskuluvakuutus. (ks. liite 1 Haastatellut lääkärit taustatietoineen.)

Yksityissektorilla sen sijaan kolmannen maksajaosapuolen mukana oleminen "sitä puhdasoppista potilas-lääkärisuhdetta sekoittamassa" - vaikuttavana tekijänä mutta poissa vastaanottotilanteesta - on yhden vastaajan mukaan nykypäivää yli puolessa kaikista tapauksista (ys1). Kuitenkin myös yksityisellä sektorilla toimivien tutkimukseen haastateltujen lääkäreiden vastaanotolla käyvien vakuutuspotilaiden määrä vaihtelee, arviolta 10 - 90 prosentin välillä (ks. liite 1 Haastatellut lääkärit taustatietoineen).

Vakuutusyhtiöiden asiantuntijalääkäreinä toimivien osalta vakuutuspotilaiden osuus heidän joko julkisen tai yksityisen sektorin praktiikassaan vaihtelee "vähästä" yhteen kolmasosaan potilaista.

Valtaosa haastatelluista lääkäreistä suhtautui haastattelussa esittämiini kysymyksiin yllättävän avoimesti, vaikka aihealueen voisi ajatella olevan vaikeasti lähestyttävän ja jopa arkaluontoisen. Yksi yksityissektorilla toimiva lääkäri ilmoitti heti haastattelun alkuun, että kyseessä on "varsin herkkä aihe" (ys4). Helpointa ja luonnikkainta tuntui lähes kaikilla olevan vastata kysymyksiin erityisturvavakuutusten vaikutuksista potilaan valintoihin, joista etenkin näkemys potilaan vaatimustason kasvusta nousi vahvaksi teemaksi.

Erityisturvavakuutuksen vaikutus oman ammattikunnan käyttäytymistä muuttavana tekijänä tuli myös selvästi esille. Joskin näissä tapauksissa lääkärit puhuivat usein passiivimuotoa käyttäen ja siitä mitä yleensä tapahtuu, ei niinkään siitä, miten itse toimii, paitsi jos oma toiminta kuullosti yleisesti hyväksyttävältä ja eettiseltä. Kuten eräs yksityissektorin lääkäri vastatessaan kysymykseen vakuutuksen vaikutuksesta kontrollikäyntien määrään: "Tällaista olen kuullut että on tapahtunut... ei ainakaan... mä en kyllä tuota tunnusta että mä olisin toiminut näin... Tiedän että joidenkin toiminta on sellaista." Ja lisäkysymykseen ko. ilmiön yleisyydestä: "En osaa sanoa kun en mä rupee tutkimaan... vakuutusyhtiöt varmaan tietää paremmin" (ys4).

## 7 ERITYISTURVAVAKUUTUKSEN VAIKUTUS POTILAAN VALINTOIHIIN

Tässä luvussa tarkastelen vakuutuksen vaikutusta potilaan valintoihin lääkärin näkemysten perusteella. Tämä osa aineistosta on niukempaa, koska kyseessä on lääkäreiden näkemys potilaan käyttäytymisestä eikä suoraan potilaiden omat mielipiteet.

### 7.1 Herkemmin hoitoon

Lähes puolet haastatelluista oli sitä mieltä, että vakuutuksen omaava hakeutuu yleisesti ottaen herkemmin hoitoon kuin ne, jotka joutuvat maksamaan käynnin itse. Tätä mieltä oltiin melko tasaisesti joka ryhmässä<sup>1</sup>.

Jos ihminen tietää, että vakuutus korvaa, niin haetaan vastinetta vakuutusrahoille, tää ilmiö on ihan tiedossa (js3).

Hoitoon lähtökynnys jonkun banaalin infektion vuoksi on matalampi - lasten osalta erityisesti (js1).

Yksi haastatelluista arvioi myös käyntien lisääntymisen suuruusluokkaa.

Kyllä se vaikuttaa kysyntää lisäävästi, koska ei tarvi itse maksaa niin silloin kynnys hakeutua hoitoon ja erikoislääkäripalveluihin on matalampi. Vakuutus lisää käyntejä noin 25 prosenttia koko väestöpohjalla, mutta yksiötasolla voi aiheuttaa jopa kymmenkertaisen määrän käyntejä.(vl1.)

Puolet haastatelluista toi esille, että vakuutuksen olemassaolo vaikuttaa siten, että hoitoon hakeudutaan yksityissektorille. Tätä mieltä olivat erityisesti kaikki yksityissektorilla toimivat lääkärit.

Sen takia vakuutukset otetaankin, ettei jouduta jonottamaan julkisella (ys4).

Vakuutus rinnastettiin myös työterveyshuoltoon hakeutumiseen, sillä molemmissa tapauksissa hoidon maksaja on joku muu kuin potilas itse.

---

<sup>1</sup> js 1 ja 3, vl 1 ja 3, ys 4

Luulen todella, että työterveyshuollossa potilaat hakeutuvat (hoitoon) vähäpätöisempien vaivojen takia. Mutta työterveyshuollon palveluissa on kuitenkin työnantaja, joka voi ottaa puheeksi et sä käytät liikaa, mutta jos on vakuutus ei ole sellaista komentolautaa.(ys4.)

Erityisesti jos potilaalla on itse otettu ja maksettu vakuutus, niin asenne on "että katotaan nyt kun mä sen kerran maksankin, niin kyllä siitä jotain pitää saadakin"(v14). Saman vastaajan mukaan kuitenkin työterveyshuollon ollessa kyseessä tällaista ei tapahdu niin paljon.

Vakuutuksen nähtiin vaikuttavan myös siten, että potilas haluaa hakeutua suoraan jollekin tietylle tutulle erikoislääkärille ja näin "ohittaa terveystakeskuksen ja työterveyshuollon" (v12). Esille nousi myös näkemys siitä, että vakuutus ei välttämättä lisää herkkyyttä hakeutua hoitoon, mutta jatkohoidon järjestämiseen se vaikuttaa suuresti.<sup>2</sup>

Kyllä ilman muuta vaikuttaa, ensimmäinen ajatus on hakeutua sille samalle lääkärielle, jolla oli viime kerrallakin, jos se kokemus oli positiivinen. Ihmiset on hirveen huonosti tietoisia millaisia vakuutuksia heillä on ja jopa vähän aikaa hoidetaan ja sitten ruvetaan miettii et hetkinen, oliskos mulla ollut joku vakuutus. Sairausten osalta tullaan usein hakemaan yksityiseltä sektorilta lähete julkiselle sektorille, ja siitä maksetaan vaikka ei olekaan mitään vakuutusta, ja loppuhoito hoidetaan julkisella sektorilla. Yksityissektorille tullaan sitä varten, et ohitetaan se ensimmäinen jono. Tuntuu että sen ensimmäisen käynnin vaikuttimena vakuutuksen olemassaolo ei ole kovin vahva, mut se että miten siitä eteenpäin se hoito järjestetään, niin siinä sil on iso merkitys. (ys1.)

Toisaalta akuutit tapaturmat, esimerkiksi akuutit murtumat, joiden hoito vaatii keskussairaalan kaltaisen yksikön tasoista hoitoa, ohjautuvat suoraan keskussairaalaan riippumatta siitä onko vakuutusta tai ei.<sup>3</sup>

---

<sup>2</sup> v12, ys1

<sup>3</sup> v12

## 7.2 Vaativa vakuutuspotilas

Valtaosa (kaksi kolmasosaa) haastatelluista oli sitä mieltä, että potilaan vaatimukset lisääntyvät, jos heillä on vakuutus. Myös aikaisempia vanhoja sairauksia halutaan tutkittavan "samaa piikkiin siinä ohessa jos on saman alueen sairaus". Toisinaan haetaan pidempiä sairaslomia kuin mitä on tarpeen parantumisen kannalta.<sup>4</sup>

Erytyisesti vaatimukset tutkimusten ottamiseen lisääntyvät. Jonkun mielestä tällaista tapahtui 80-luvulla, mutta ei enää<sup>5</sup>. Yksi vakuutuslääkäri mainitsee, että usein lääkärit laittavat lausuntoonkin maininnan, että potilas haluaa vielä lisäselvityksenä jonkun tutkimuksen<sup>6</sup>. Kynnys erityisesti kalliimpiin tutkimuksiin madaltuu, jos on vakuutus. Tällöin potilaat myös herkemmin kysyvät kalliimpia tutkimuksia.<sup>7</sup>

Vaaditaan helpommin, että päästään joihinkin tiettyihin tutkimuksiin, vaikka siihen ei aina lääketieteellistä perustetta olisikaan (js2).

Muutama haastateltava nostaa erityisesti magneettikuvauksen esimerkiksi tästä asiasta.<sup>8</sup> Magneettikuvauksen käytön voimakas kasvu tulee esille muutenkin pitkin haastatteluja lähes kaikilta haastateltavilta.

Magneetin käyttökynnys laskee koko ajan ja se on kansainvälinen trendi, jota ruokkii hirveen monet eri vaikuttimet... Kansaan on saatu ajettua sellainen käsitys, että ainoastaan magneettikuva on mistään kotoisin, et tavallisilla röntgenkuvilla tai ultraäänitutkimuksella ei oo enää mitään käyttöä...(ys1.)

Monen vastaajan mielestä potilaat, joilla on vakuutus, eivät ole niin kiinnostuneita tutkimusten ja hoitojen hinnoista kuin sellaiset potilaat, jotka joutuvat maksamaan hoidon itse.<sup>9</sup>

---

<sup>4</sup> vl3

<sup>5</sup> ys2

<sup>6</sup> vl1

<sup>7</sup> ys3

<sup>8</sup> vl3, ys1, vl2

Vaativimpana potilasryhmänä yksi lääkäri nosti esille 25-35 -vuotiaat korkeasti koulutetut, "joiden mielestä mitään ei voi odottaa niinkun sekuntiakaan missään"(v14). Keski-ikäiset teollisuustyössä tai ruumiillisessa työssä olevat jaksavat odottaa, mutta sielläkin ammattimiehet haluavat saada äkkiä homman kuntoon. Yrittäjiä pidettiin toisaalta erittäin vaativana asiakasryhmänä, joka "yleensä nurisee kaikesta ja joille mikään ei saisi maksaa". (v14.)

### 7.3 Yhteenvedo

Haastatteluista tuli voimakkaasti esille lääkäreiden kokemukset siitä, että vakuutus alentaa selvästi hoitoon hakeutumisen kynnystä ja lisää lääkärissä käyntien määrää. Tätä mieltä oltiin tasaisesti jokaisessa haastateltavien ryhmissä. Myös vakuutuksen vaikutus siihen, että vakuutettu hakeutuu yksityissektorille hoitoon, eikä ole juurikaan kiinnostunut hoidon kustannuksista, oli haastateltavien selvä näkemys.

Valtaosa lääkäreistä kertoi, että vakuutuspotilaan vaatimukset tutkimusten tekemiseen ovat itse maksavaa potilasta suuremmat. Erityisesti kalliimpia tutkimuksia, kuten magneettikuvauksia vaaditaan tehtäväksi, vaikka niihin ei aina olisi lääkärin näkemyksen mukaan lääketieteellistä perustetta. Myös vanhoja sairauksia halutaan toisinaan tutkia vakuutuksen turvin. Kokemuksia on myös siitä, että potilaat haluavat pidempiä sairauslomia kuin mitä on tarpeen, jos vakuutus maksaa ansionmenetykskorvauksia työkyvyttömyysajoilta.

Haastattelut vahvistavat selkeästi terveystaloustieteen moraalisen vaaran teorian sekä aikaisempien tutkimusten tulokset vakuutuksen olemassaolon vaikuttavuudesta vakuutetun päätöksentekoon.

---

<sup>9</sup> ys3, v11, v14

Tulokset tukevat myös aikaisempien tutkimusten tuloksia vakuutuksen vaikutuksesta lääkäripalvelujen käyttöä lisäävästi. Amerikkalaisessa HIE-tutkimuksessa todettiin, että täysin kustannukset maksavasta järjestelmästä lääkäripalvelujen käyttö oli 22 prosenttia korkeampi kuin 5 prosenttia kustannuksista korvaavasta järjestelmästä (Manning ym. 1987, 260). Omassa tutkimuksessani yksi lääkäri esitti arvionsa lääkäripalvelujen käytön lisääntyvän noin 25 prosentilla silloin kun vakuutus maksaa kustannukset.

## 8 ERITYISTURVAVAKUUTUKSEN VAIKUTUS LÄÄKÄRIN AMMATILLISEEN TOIMINTAAN

Tässä luvussa esitän haastatteluissa esille tulleita näkemyksiä siitä, miten erityisturvavakuutus vaikuttaa vastaanottotilanteessa lääkärin päätöksentekoon ja toimintaan lääkärin näkökulmasta katsottuna.

### 8.1 Tutkimusten ja toimenpiteiden määrääminen

Lukemattomat on ne kerrat kun olen kuullut (potilaalta), että yksityislääkäri aloittaa kysymällä, et onko sulla tai lapsella vakuutus... Potilaalle on syntynyt vaikutelma, et hoito suunnitellaan sen mukaan onko vakuutus vai eikö. (js1.)

Mä tiedän, että joissakin paikoissa menetellään niin, et ennen kun toinen pääsee aloittamaan niin lääkäri kysyy jo että onks sulla muuten joku vakuutus ...hah...hah. Muutama tuttava ainakin on näin kertonut, että ...he olivat kauhean hämmästyneitä, että siitäkö se vaan nyt on kiinnostunut, eikä siitä että mikä häntä vaivaa...heh...heh. (vl4.)

Kahta julkisella sektorilla toimivaa lääkäriä lukuun ottamatta kaikki vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että vakuutus vaikuttaa tutkimuksia tai toimenpiteitä lisäävästi. Vaikuttaako vakuutuksen olemassaolo sellaisenaan suoraan lääkäriin - sekö on syy tiedustella vakuutuksen olemassaoloa vastaanoton alussa - vai sitä kautta, että vakuutuksen omaava potilas vaatii enemmän tutkimuksia kuin omasta pussistaan maksava?

Potilaan vaatimukseen suostuminen on ainakin helpompaa ja myös nopeampaa, kuin se, että yrittää saada potilaan vakuuttuneeksi siitä, että kyseinen tutkimus ei ole lääketieteellisesti tarpeellinen.<sup>10</sup>

Potilaat lähtee vaativammalla asenteella (kun on vakuutus) ... ja varmaan lääkäri myöntyy helpommin kun voi vain korttia vilauttaa ... kun silloin kun potilas maksaa itse, niin silloin punnitsee vaihtoehtoja ja niiden tarpeellisuutta ihan eri tavalla ... Kun on takana vakuutusyhtiö, niin kaikki voi pistää vähän laajemmalla

---

<sup>10</sup> ys1, js2, js3



skaalalla, että semmoisiakin, jotka on epätodennäköisiä, että niissä olisi mitään erityistä. Mutta kun maksaja on joku muu, niin on helpompi miellyttää potilasta ja ottaa kauheesti kaikkee. Niin kyllä yleisesti mitä enempi tutkitaan sitä vaan parempi (potilaan mielestä). (js2.)

Suurin osa vastanneista on sitä mieltä, että erityisesti tutkimusten määrä kasvaa ulkopuolisen maksajan myötä. Magneettikuvausten määrä nousee esille useiden lääkäreiden puheenvuoroissa tässäkin kohtaa.

Se että ei tehdä magneettia tilanteissa, joissa se ei ole lääketieteellisesti tarpeellista, se on myyntityö, joka pitää perustella hyvin ja myydä potilaalle ... Varsinkin kun potilas sanoo: niin niin mutku mulla on vakuutus. (ys1.)

Kyllä vakuutuksella on sillai merkitystä, että se antaa lääkärille vapaammat kädet... että pystyy ottamaan niin kuin äsken juuri otin, keuhkokuvat... Kuuntelin yskän ja tiesin, että hänellä on keuhkokuume... Että vaikka kokenut lääkäri tietääkin, että näin on ja sen voi hoitaa ilman sitä röntgenkuvaakin, mutta kyllä se on hirveen hyvä nähdä, että näin oli ja tuota saada niin kuin sellaista evidenssiä sitten hoidollensa... Niin että vaikei vaikuta lopputulokseen, niin tulee paremmin tutkittua, siihen se vaikuttaa. ...Ja kalliisiin tutkimuksiin, magneettiin...kynnys...hiukan madaltuu jos on vakuutukset. (ys2.)

Kaksi tyypillistä asiaa on magneetti ja toinen on fysioterapia, niiden käytössä vakuutuksen oleminen... on suhteellisen ratkaiseva tekijä (ys1).

Yksi lääkäri sanoo suoraan, että potilaan vaatimukset "...jossain määrin vaikuttavat lääkäriin niin, että otetaan tarpeettomia tutkimuksia" (vl3).

Vain muutama lääkäri esittää konkreettisen arvion vakuutuksen tutkimuksia lisäävästä vaikutuksesta. Yhden mukaan vakuutus lisää teetettäviä tutkimuksia viidesosalla (vl1), toisen mukaan se lisää tutkimusten määrää kolmasosalla (vl2). Julkisella sektorilla työskentelevä lääkäri sanoo epäilevänsä, että vaikutus on hyvin suuri, koska silloin kun hän itse törmää tilanteeseen, jossa potilas on käynyt vakuutuksen turvin yksityisellä sektorilla, niin hän "vähän kauhistelee että ohhoh - onpas otettu laajalla skaalalla (tutkimuksia)" (js2). Saman lääkärin mukaan potilaat sanovat itsekkin, että tutkimukset tehtiin, koska heillä on se vakuutus. Yksityissektorilla työskentelevä lääkäri puolestaan kertoo, että vakuutus vaikuttaa siten, että tulee paremmin tutkittua, mutta ei esitä arviota

siitä miten paljon paremmin. Vakuutuksen olemassaolo ei hänen mukaansa vaikuta kuitenkaan hoidon lopputulokseen.<sup>11</sup>

Vakuutuksen olemassaolon tutkimuksia lisäävän vaikutuksen ohella muutamassa puheenvuorossa nostettiin esille lääkäreihin kasvavassa määrin kohdistuvat vaatimukset ja pelko hoidon epäonnistuesssa mahdollisesti nostettavista hoitovirhevaatimuksista.

Magneetti (magneettitutkimuksen käytön lisääntyminen) on kaksipiippuinen juttu... onks siihen vaikuttanut nää vakuutushommat vai tämä amerikkalaistyyppinen valituksen pelko ja sitten vielä se että niitä on saatavilla... Varmuuden vuoksi tutkitaan, ettei pääse kukaan sanomaan et olisi hoito viivästynyt tai ei olisi diagnoosiin päästy tarpeeksi ajoissa niin varmuuden mukaan otetaan heti vaan kaikki (tutkimukset). (vl4.)

Amerikkalaistyyppinen kulttuuri on vallannut alaa, että jonkun verran tehdään niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella varmuuden vuoksi selustan varmistamiseksi laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia... Potilaitten valitukset on lisääntynyt ja se yleensä johtaa siihen että tutkimuksia otetaan lisää. (js3.)

Lisäksi vaatimustasoa lisää myös ihmisten halu saada terveysongelmansa selvitettyä mahdollisimman nopeasti, sillä

Potilas on kustannustietoinen, mutta myöskin nopeustietoinen nykyään. Aina ei kaikilla ole suurta merkitystä onko vakuutus, vaan monella ihmisellä ratkaisee se, että hänellä on joku vaiva, joka häntä suuresti askarruttaa ja hän haluaa siihen nopeasti vastauksen ja on myös valmis maksamaan itse jos se (tutkimuksen tai toimenpiteen odottaminen) muutoin kestää kauan. (vl4.)

Jos lääkärin määräämien tutkimusten määrä vaikuttaa hänen tulonmuodostukseen, teetettävien tutkimusten määrä ainakin haastatelluiden vakuutuslääkäreiden mukaan kasvaa:

Eihän lääkäriä edes palkita siitä, että hän soveltaa lääketieteellisiä oppejaan tässä tilanteessa, sillä se joka kannattaa, sehän on toimenpide. Ja tuolloin jos lääketieteelliset seikat viittaavat, että tässä voidaan tehdä toimenpide ja tällä tavoin auttaa potilasta ja hän on vakuutettu, niin mä luulen että siihen ryhdytään herkemmin. (vl2.)

---

<sup>11</sup> yl2

Kyllä jossain on niin... sanotaan että... lääkäri saattaa saada esimerkiksi laboratorio- tai muista tutkimuksista tietyn siivun siitä mitä määrää... Se kielletään mutta jotain viitettä on joskus ollut ainakin että se on pitänyt paikkansa. (v11.)

Tulonmuodostuksen nähdään joskus vaikuttavan jopa turhiin toimenpiteisiin asti.

Juu se on ihan tavallista että tulee turhia käyntejä ja otetaan vaan tutkimus toisensa perään vaikka asia ei johda muuta kuin uusinta käynteihin... Kyllähän tämä selvä piirre on ollut silloin jos lääkärin tulonmuodostus on... emmä tiedä voisko sanoa inhimillistä... Ja nyt kun täältä on siirtynyt julkisesta sairaalasta privaattisektorille, niin kyllä asenne on muuttunut toisenlaiseksi... Silloin kun on kolmas osapuoli maksajana ilman tosi isoa kontrollia, niin kyllä se lisää kustannuksia... Leikkausindikaatio on privaattisektorilla selvästi herkempi... Ja on johtanut turhiin toimenpiteisiin kyllä... Mulla on kaksi potilasta ihan lähipiiristä... tällöinen tapaus, missä polvi oli vääntynyt ja magneetikuvassa oli pieniä revähdyksiä ja se oli suositeltu välittömästi leikattavaksi. Sanoin että ei kyllä minun polvea leikattaisi. Nyt se on ikionnellinen kun se ei mennyt ja on täysin oireeton polvi...(v13.)

Toista mieltä oli yksi yksityissektorin lääkäri, jonka esitti, että lääkäreillä on moraalinen vastuu ottaa vaan tarpeellisia tutkimuksia, vaikka ulkopuolinen taho onkin maksajana. Sama vastaaja ilmaisi uskovansa, että jos lääkärit alkavat toimia toisin ja "löysentämään" niin vakuutusyhtiöt tiukentavat esimerkiksi maksusitoumuksia magneettitutkimuksiin.<sup>12</sup>

Ero yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä nostetaan tässä kohtaa esille terveyskeskuksessa toimivien lääkäreiden taholta:

Toisin kuin perusterveydenhuollossa, jossa lääkärit on hyvinkin kustannustietoisia ja sanoisin, että itse olen hyvin tarkkaan yrittänyt perustella potilaalle lääketieteelliset näkökulmat ja tutkimusnäyttöön perustuen, että miksi sä et nyt sitä tutkimusta saa. (js2.)

Vakuutuksen lisäävä vaikutus teetettäviin tutkimuksiin tuntuu hieman ärsyttävän julkisella sektorilla työskenteleviä, koska he korostavat, että yhteiskunta on maksajana kuitenkin viime kädessä, vaikka vakuutus kustannukset ensin maksaisikin. Tämän

---

<sup>12</sup> ys3

vuoksi he näkevät myös, että samat indikaatiot jatkohoitoon lähettämistä erikoissairaanhoidon pitäisi koskea sekä julkista että yksityistä sektoria. Nythän vakuutuksen turvin voi mennä suoraan erikoislääkärille.

Vakuutuksen omaava myös hakeutuu suoraan erikoislääkärille, joka voi osittain selittää tutkimusten määrän kasvua verrattuna siihen, jos ensin käytäisiin yleislääkärillä.

Ajatellaan vaikka tilannetta, että ihmisellä on hengenahdistusta ja hän hakeutuu keuhkolääkärille. Keuhkolääkärille tulee ajatus, että tämä onkin rintakipua mutta se ei olekaan hänen spesialiteetti... Tää on aika tavallista yksityispuolella, että tehdään sellainen poissulku eli suljetaan pois, että ei se nyt ainakaan keuhkoista johdu ja siinä otetaan tavallaan väärät tutkimukset. Eli suljetaan pois, että hengenahdistus ei johdu astmasta ja päästään kiertäen siihen että on todennäköistä että se onkin sydänperäistä... Yleislääkärillä on se lähtökohta, että jos joku valittaa tällaista oiretta, niin yrittää kelata mikä on todennäköisin syy. Eli vakuutusyhtiön näkökulmasta olisi ollut huomattavasti viisaampaa, että hän olisi ensin tullut yleislääkärille, joka olisi niin kun funtsannut ja lähettänyt sitten jos tarvitaan suoraan oikeelle erikoisalalle. (js3.)

Muutama vastaaja sanoo, että vakuutus lisää myös tehtävien toimenpiteiden määrää, ja että löytyy myös tapauksia, joissa ainakin yhtä hyvä lopputulos olisi saatu ilman toimenpidettä. Nämä mielipiteet tulevat vakuutusyhtiöissä toimivilta lääkäreiltä, joilla on kokemusta myös yksityissektorilta.<sup>13</sup>

Näkee että muun muassa polvivammoissa, jos on vääntövamma, jossa saattaa olla kierukkarepeämä niin unohdetaan sen repeämän luonnollinen kulku ja että jokainen repeämä ei vaadi leikkausta... Privaatilla herkemmin tehdään se toimenpide ja leikataan kun ei tarvitse katsoa niitä kustannuksia.(v12.)

Tottakai osassa tapauksia nopea hoito estää nivelrikon kehittymistä ja muuta, mutta paljon tulee tapauksia, että magneetti näyttää jotain epäilyä hiukan ja tehdään tähystys vaikka vaiva ei ole kauhean iso... Ja tähystyksellä voidaan saada aikaan joku vaurio. Vanha totuus on, että lopputulos on huonompi mitä useampi soheltaa ja mitä innokkaammin tehdään niin tekevälle sattuu... Niin se pätee myöskin tässä ... Että mikä on se kliininen haitta ja vaiva potilaalle ja mitä löydetään, niin ne ei aina kulje käsi kädessä. Mitä pidemmälle tutkitaan sitä enemmän löydetään löydöksiä, joilla ei välttämättä ole sen vaivan kanssa niin kauhean suurta tekemistä... Ellei vakuutus mahdollistais näiden tutkimusten tekemistä, niin moni potilas olisi jäänyt seurantaan ja kävisi tää yllätyskuvio, että luonto parantaa itse itsensä... heh...heh. (v14.)

---

<sup>13</sup> v12, v13, v14

Vakuutuksen olemassaolo on yksittäistapauksissa voinut kuitenkin olla jopa elintärkeä.

Kyllä on myös tapauksia, että jos sulla on rahoitus ohittaa tää byrokratia, niin yksittäistapauksissa se saattaa olla jopa hengen pelastava. Ei niitä tauteja usein tuu, mutta niitä tulee joissa tää kuusi kuukautta, hoitotakuuraja on aivan liian pitkä. Ja jos potilas jää kiltisti sille uralle, niin se voi olla että se on syöpä, joka olisi tänään kokonaan otettavissa pois, kuuden kuukauden päästä se on jo aivoissa ja munuaisissa ja maksassa. (ys1.)

Sama vastaaja nosti pysyvän terveyden menettämisen uhan lisäksi esille myös inhimillisen kärsimyksen vähentämisen.

Jos on asia, joka on kivulias ja helppo hoitaa, mut hoitoa joudutaan odottamaan, niin jokainen yö on liikaa inhimillisesti katsottuna (ys1).

Myös lääkärin kokemuksen määrä voi vaikuttaa teetettävien tutkimusten määrään. Mitä kokemattomampi lääkäri, sitä enemmän tutkimuksia otattaa, erityisesti leikkaustoimenpiteiden ollessa kyseessä ja komplisoiduissa tapauksissa.<sup>14</sup>

Haastattelujen tuloksista nousee esille terveystaloustieteen tiedon epäsymmetrian teorian olemassaolo lääkärin ja potilaan välillä. Teorian mukaan lääkärin, joka toimii agenttina, tulisi toimia ns. täydellisen agentin tavoin eikä tarjoajan luoman kysynnän mallin mukaan. Haastatteluista havaitaan, että käytännössä tämä on erittäin haastavaa. Lääkäri kokee usein olevansa ns. puun ja kuoren välillä, toisaalta potilaan vaatimuksiin on vakuutuksen maksaessa helppo suostua tai ehkä ruokkiakin niitä vähän, etenkin jos oma tulonmuodostus tukee ratkaisua. Toisaalta lääkärin moraalit vaatisi toisenlaista toimintaa. Käytännössä on helppoa teettää enemmän tutkimuksia vakuutuksen maksaessa kustannukset.

## 8.2 Hinnoittelu

Vajaa puolet vastanneista oli sitä mieltä, että vakuutuksen tai ylipäättään ulkopuolisen maksajaosapuolen olemassaolo vaikuttaa palvelun hinnoitteluun nostavasti.

---

<sup>14</sup> v13

Kaksi vastannutta esitti myös arvionsa vaikutuksen suuruudesta. Toisen mukaan se on noin 20 prosenttia (v11) ja toisen mukaan 20-25 prosenttia (v13). Yhtenä esimerkkinä kerrottiin myös tapauksesta, jossa ulkopuolisen maksajan olemassaolo voi jopa kaksinkertaistaa hinnan. Esimerkki koski kuntoutuskurssia diabetes-potilaille, joka maksoi 250 euroa, jos asiakas olisi maksanut sen itse, mutta kunnan maksusitoumuksella kurssi maksoi 500 euroa. (js2.)

Yksi yksityissektorilla toimiva lääkäri kertoi, että ..."jos potilaalla ei ole vakuutusta, niin en mä ota häneltä täyttä hintaa... ei jotenkin raaski...Tai jos on monta sisarusta samaan aikaan vastaanotolla, niin kyllä sitten katsoo sen toisen maksutta." Sama lääkäri kertoo kuulleensa vakuutuslääkäreiltä, että on toisia lääkäreitä, jotka hinnoittelevat hirveän korkeaksi toimenpiteitään, jos vakuutus on maksajana. Lastenlääkäreiden hän kertoi noudattavan kiinteää hintaa lääkärikeskuskohtaisesti riippumatta vakuutuksen olemassaolosta.<sup>15</sup> Käytännössä hän ei itsekään huomannut, että koska hän ei ota muilta kuin vakuutuspotilaita täyttä hintaa, hänellä on tosiasiassa eri hinnat vakuutuspotilaille ja muille potilaille.

Yksityissektorilta nostettiin esille vuonna 2005 voimaan tulleen niin sanotun täyskustannusvastuun mahdollistamat vakuutusyhtiöiden tekemät sopimukset lääkäriasemien kanssa. Sopimusten nähdään vaikuttaneen alentavasti vakuutuspotilaiden hinnoitteluun. Samalla kyllä myönnettiin, että ehkä ennen on ollutkin eri hinnat vakuutuspotilaille ja itse maksaville potilaille.

Paljon on puhuttu, että meillä olisi niin sanottu kakshintajärjestelmä... Mä luulen että joskus kaheksankyt-seiskytluvulla ehkä, mutta nykyään kakshintajärjestelmä on toisin päin eli vakuutusyhtiöitten kanssa on järjestelyjä, jotka useammin johtaa siihen, että vakuutuspotilas on lääkärin kannalta huonompi potilas. (ys1.)

Vakuutusyhtiöiden lääkäriasemien kanssa tekemät sopimukset voivat johtaa myös siihen, että lääkäreillä on tietojärjestelmissä oletustaksoina vakuutusyhtiöiden kanssa

---

<sup>15</sup> ys2

sovitut taksat, joita ainakin kiireinen lääkäri saattaa soveltaa myös muihin kuin vakuutuspotilaisiin.

..mun oletustaksa on se mitä on If:in kanssa sovittu ja mun täytyy näyda extravaiva jos mä perin potilaalta, joka ei ole If:in potilas, jotain muuta (ys1).

Yksi haastateltu kertoi kokemuksenaan, että jos hän itse joskus lääkärinä valittaa, että tämä lääke on hyvin kallis, niin potilas sanoo, ettei sillä ole merkitystä kun hänellä on vakuutus<sup>16</sup>.

### 8.3 Kontrollikäynnit

Yli puolet vastanneista kertoi, että vakuutuksen olemassaolo vaikuttaa kontrollikäyntejä lisäävästi. Tämä voi ilmetä myös siten, että potilasta "pyöritetään" eli teetetään paljon tutkimuksia ja saadaan näin aina palaamaan vastaanotolle eli "pidetään potilas lähellä" (ys1) tai "omitaan" eli jätetään lähettämättä eteenpäin tietyille erikoislääkärille, vaikka näyttääkin siltä, että omat keinot eivät enää riitä.

Myös potilas saattaa olla mielissään kun tilanne tarkastetaan usein:

Jos potilaalla on taipumusta leimautumiseen tai takertumiseen niin potilashan arvostaa hirveesti sitä et katsotaan tiheesti.... Eli ei katsota kolmen viikon välein vaan katsotaan kolme kertaa viikossa. (ys1.)

Vähän (vakuutus) voi vaikuttaa myös siihen miten usein ihmiset tulee kontrolliin: et kyl mä voin tulla viikon kuluttua näyttämään. Jos taas itse maksaa niin ne sanoo, et onks pakko tulla. ( ys4.)

Kysyttäessä erikseen, miten paljon vakuutus vaikuttaa kontrollikäyntien määrää lisäävästi, yksi vastaa, että ei sellaista tietoa numeerisesti saa, mutta että "...voisi vetää semmoisen johtopäätöksen että tällaista on ilmassa" (ys4).

---

<sup>16</sup> ys2

Julkisella sektorilla vastaanottava lääkäri näkee myös tilanteita, joissa potilas on aloittanut hoidon yksityisellä sektorilla, mutta jos hänellä ei ole vakuutusta tai jos vakuutus ei korvaa enää jatkoa, niin potilas tulee kontrollikäyntiin julkiselle sektorille, ettei joudu itse maksamaan käyntiä yksityissektorilla.<sup>17</sup>

Jokaisesta ryhmästä mainittiin myös, että vakuutuksen olemassaolon lisäksi kontrollikäyntien määräämiseen vaikuttaa oleellisesti myös se, miten lääkärin tulonmuodostus toimii.

Jos lääkärin tulonmuodostus on riippuvainen... niin kyllä tää on en mä tiedä voiko sanoa inhimillistä mutta kyllä tää taipumus on... Ja kun (lääkäri) on siirtynyt julkisesta sairaalasta privaattisektorille, niin kyllä asenne on muuttunut ihan toisenlaiseksi silloin kun kolmas osapuoli maksaa ilman tosi isoa merkittävää kontrolliakaan niin kyllä se lisää kustannuksia. Tarpeettomia käyntejä saattaa olla viikon kahden välein, vaikka tiedetään, että tässä on pitkä prosessi ja siinä aikana ei tapahdu mitään. Esimerkiksi tarkastetaan joku kipsi... Ei siinä kipsissä mitään tarkastamista ole. Jos se on osaavasti laitettu, niin se on siinä tietyn ajan ja jos se murtuu tai hankaa tai muuta niin potilas voi ottaa yhteyttä. Tää kipsin tarkastus on ihan huuhaata, ei siinä mitään tarkastamista tarvita. (vl3.)

Myös Myllykangas ym. toteavat, että lääketieteellisten tutkimusten ja hoitojen aiheita voidaan tulkita ja kontrollikäyntien määrä moninkertaistaa ja hoitoja pitkittää.

Ulkopuolisen on heidän mukaan lähes mahdotonta kontrolloida sitä muutoin kuin määräämällä kokonaiskustannuksille yläraja. (Myllykangas ym. 2000, 140.)

Sairauskuluvakuutuksissa on yläraja, mutta se on yleensä niin suuri, että ennen kuin se täyttyy, turhia käyntejä ja tutkimuksia on voitu teettää runsaasti.

#### 8.4 Hoidon laajuus ja resurssien käyttö

Haastattelujen lopussa keskusteltiin vielä siitä, näkeekö haasteltava joitain muita vaikutuksia, joita erityisturvavakuutuksen olemassaolo tuottaa. Tässä kohdin nousi taas esille näkemys siitä, että vakuutuksen olemassaolo, ja etenkin täyskustannusvastuun mukanaan tuoma uudistus, jonka mukaan myös lakisääteisten vakuutusten kattamien tapaturmien hoito voidaan tehdä täysin yksityisellä sektorilla, johtaa ylimitoitettuun hoitoon ja väärään resurssien käyttöön. Lisäksi nähtiin yksityissektorin "imuroivan"

---

<sup>17</sup> js2



työtapaturomapotilaita, joista suurin osa on helppohoitoisia ja silti voidaan ottaa "aika kevyin indikaatioin" tutkimuksia, mikä taas parantaa laitoksen kannattavuutta. (js1.)

On perustettu erikoislääkäritasoisia päivystyspisteitä, missä ilmoitetaan että kirurgi päivystää... Mutta tarvitaanko kirurgia päivystämään jokaista haavan huuhtelua, niin se on jo toinen asia... Vakuutusyhtiöllä varmaan on ollut hiukan semmoinen käsitys, että hoito onnistuu todennäköisemmin jos erikoislääkäri sen tekee, mutta tällaisen hoidon järkevän porrastuksen puitteissa potilaat saa hoitoa, joka on ylimitoitettu... Näkisin että kirurgiresursseja pitäisi käyttää vaativampaan kirurgiaan... kun tällaiseen simppeleihin ensiapuun. (js1.)

Toinen lääkäri kertoi, miten hänen terveyskeskusvastaanotolleen tulee potilaita, jotka pyytävät häntä kirjoittamaan reseptin lääkkeestä, jonka saisi ilmeisesti reseptiä siksi, että saisivat korvauksen vakuutuksesta. Ja lisäksi pyydetään laittamaan samalla isompi määrä, koska "muutkin perheenjäsenet käyttävät". Tämä saa lääkärin tuntemaan, että häntä käytetään "kumileimasimena" ja että hänen kallista työaikaansa käytetään väärin. (js2.)

Resurssien käyttöön liittyy myös, että vakuutuksen omaava menee usein suoraan yksityissektorille erikoislääkärille, mitä julkisella puolella toimiva lääkärit kummeksuvat. Toimiessaan julkisella puolella erikoislääkäri on tottunut siihen, että potilas tulee jo seulottuna perusterveydenhuollon puolelta. Kun sama erikoislääkäri ottaa vastaan yksityisellä puolella, niin hänen saattaa olla vaikea vaihtaa roolia ja ottaa huomioon, että yksityispuolella hänen vastaanotolleen tulee "seulomatonta sakkia". Hän ei osaa välttämättä ottaa huomioon, että tutkimukset voitaisiin tehdä alkuvaiheessa kevyemminkin ja jos sama potilas oltaisiin tutkittu ensin perusterveydenhuollon puolella, ei tämä olisi välttämättä edes päätynyt erikoissairaanhoidon puolelle. Julkisella puolella on "portinvartija" erikoissairaanhoidon, mitä yksityisellä puolella ei ole, mikä lisää yksityisen terveydenhuollon puolella kustannuksia.<sup>18</sup>

Se on mun mielestä kiinnostava ilmiö suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä, että yksityispuolella missä Kela korvaa, joka on tietynlainen vakuutusjärjestelmä. Niin siellä ihminen saa itse päättää, et nyt mulla on semmoinen vaiva et mä menen keuhkolääkärille, nyt mul on semmoinen vaiva et mä menen gynekologille, nyt mul on semmonen vaiva et mä menen reumatologille, ja kukaan ei perään kysy. Mutta annas olla kun tullaan julkiselle

---

<sup>18</sup> js2, js3

puolelle, niin portti on lyöty tähän ja täällä annetaan se tarpeelliseksi määritelty hoito. (js3.)

Julkisella puolella toimiva lääkäri kertoo, että hoitotakuun kanssa samanaikaisesti voimaantullut laki hoidon tarpeen arvioinnista on aikaansaanut järjestelmän, jossa koulutettu hoitaja arvioi tilanteen puhelimitse. Tavoitteena on, että terveyspulmia, joihin voi antaa kotihoito-ohjeet puhelimitse, ei edes tulla näyttämään terveyskeskukseen. Käytännössä yhden suuren kunnan osalta yöpäävystykseen tulleista puheluista 70 prosenttiin annetaan kotihoito-ohjeet ja päiväsaikaan vastaava luku on 30 prosenttia.<sup>19</sup>

Asia on usein toisin jos kysyjällä on vakuutus ja hän soittaa yksityiselle puolelle:

Laki hoidon tarpeen arvioinnista velvoittaa kunnat siihen, että ihmisen pitää saada yhteys terveyskeskukseen välittömästi, ja lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeellinen hoito pitää antaa. Tällä ei tarkoiteta ihmisen haluamaa hoitoa, vaan tarpeellista hoitoa, jonka ammattilainen on todennut. Mut kun ihmisellä on vakuutus, niin hän ihan itse katsoo lääkäriluettelosta, soittaa yksityiselle terveysasemalle. Niin koska olet kuullut että siellä oli sanottu et ei sun tarvitse tulla lääkäriin? Ja varsinkin jos ihminen tietää, että vakuutus korvaa sen, et vastinetta vakuutusrahoille, tää ilmiö joka on ihan tiedossa... Yksityisellä puolella kukaan ei edellytä, että siellä arvioitais hoidon tarvetta, se koskee vain julkista puolta, ja tää on munsta yksi tän lain epäreiluus. (js3.)

Joskus julkiselle sektorille tullut potilas saatetaan opastaa käyttämään vakuutustaan yksityisen puolen tutkimuksiin, esimerkiksi magneettitutkimukseen, johon julkisella puolella on pitkä jono. Käytäntöä perustellaan sillä, että näin saadaan asia nopeammin etenemään.<sup>20</sup>

Yksi lääkäri kertoi kokemuksenaan, että jos vakuutuksen omaavan potilaan tai työterveyshuollon potilaan lähettää julkiselle sektorille, niin 90-luvun lamakauden

---

<sup>19</sup> js3

<sup>20</sup> js2, js4

jälkeisen säästökäyttäytymisen seurauksena näitä tapauksia alkoi tulla "bumerangina takaisin... et tutkikaa te siellä yksityispuolella vaan" (vl4).

Julkisella sektorilla toimiva lääkäri kertoo, että asiakkaan on vaikea arvioida, mistä lähteä hakemaan apua. Hänen vastaanotolleen terveyskeskukseen tullaan toisinaan kysymään neuvoa ja "saamaan niinkuin asiantuntijan näkemys, että kannattaako lähteä tämmöistä asiaa hoidattamaan yksityisellä sektorilla. Että meillä kyllä on vakuutus, mutta kenelle kannattaisi mennä ja miten sitä kannattaisi lähteä selvittämään". Tästä syystä sama lääkäri kauhistelee keskustelua ns. palveluseteleistä, joiden turvin potilas voisi itse valita minne menee hoitoon. Hänen mukaansa ihmisten on vaikea arvioida mistä kannattaa ostaa palveluja. Hänen mielestään on "asiantuntijoiden tehtävä miettiä, mikä on tehokkainta ja parasta hoitoa". (js2.)

Vakuutuksen vaikutusta hoidon järjestymisen helppouteen ja joustavuuteen korostettiin myös. Välivaiheet karsiutuvat, potilas saadaan nopeammin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin ja myös paranee nopeammin. Nopeus ja yksinkertaisuus on vakuutuksen valtti ja vaikka kustannukset voivat olla korkeammat yksityisellä puolella, niin nopea hoitoon pääsy voi johtaa nopeampaan paranemiseen ja kokonaistaloudellisesti parempaan lopputulokseen. Esille nostettiin, että vakuutusyhtiökin voisi neuvoa hoitoon hakeutumisessa.<sup>21</sup>

Nopea hoitoon pääsy on myös laatua:

Hoidon tekninen tulos voi olla sama, mutta jos toisessa on kuukausien jonot ja toisessa on pari päivää niin kyllä se hoidon laatu on silloin parempi yksityissektorilla (ys4).

Julkisella puolella terveyskeskuksessa toimiva lääkäri on sitä mieltä, että vakuutusyhtiölle tulee huomattavasti edullisemmaksi, että potilas on julkisella puolella hoidossa verrattuna yksityisen sektorin hoitoon. Hänen mukaansa käyntihinta, joka

---

<sup>21</sup> vl2, ys4

julkisella puolella sisältää jo tutkimukset ja hoidon, on vastaava kuin pelkästään lääkärin palkkio yksityisellä sektorilla.<sup>22</sup>

Julkisella sektorilla toimivat lääkärit olivat sitä mieltä, että vakuutuksen olemassaolo ei vaikuta heillä mitenkään hoitoon eikä tutkimuksiin, ei edes täyskustannusvastuun aikana, jolloin julkinen sektori saa laskuttaa vakuutusyhtiöltä todelliset hoitokulut lakisääteisten vakuutusten kattamista tapaturmista.

Meillä on harvinaisen tiukka budjetti, jossa vakuutusmaksujen varaan ei voi laskea mitään... Kaikista asioista on luotu sheemat, joiden mukaan toimitaan. (js3.)

## 8.5 Lääkärin etiikka ja bisnesslääketiede

Lääkäriliiton valtuuskunnan kokouksessa 6.5.1988 hyväksytyjen lääkärin eettisten ohjeiden kohdan VIII mukaan:

Lääkäri ei saa tavoitella perusteetonta aineellista etua. Hänen tulee hoitaa potilasta tämän avuntarpeen mukaan ja soveltaa palkkionsa suoritetun työn mukaan.

([http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/eettinen\\_ohje.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html), 11)

Haastateltujen lääkäreiden näkemys käytännön elämästä kertoo myös toisenlaisesta todellisuudesta:

Lääkäreissä niin kun kaikissa muissakin ammattiryhmissä on kaikenlaisia ihmisiä eikä niinku lääkäriys nosta moraalisesti millekkään omalle korkeammalle tasolle... Varmasti tapahtuu ylilyöntejä, että varsinkin jos se bisnes ei ole kauhean kukoistavaa muuten... Sitten kun tällöinen lääkäri, jolla ei olekaan listat täynnä, saa käsiinsä potilaan, jolla on vakuutus, niin mun mielestä ei ole sallittua eikä hyväksyttävää, mutta inhimillistä, että joskus siitä otetaan vähän enempi irti, kuin mitä olisi medisiinisesti perusteltua. (ys1.)

Missä tulonmuodostus on pelkästään siitä mitä tekee ja mitä potilaita saa vastaanotolle, niin kyllä se ryhmä on aktiivisempi... Bisnesslääketiede on pikkuisen eri kuin lääketiede. (vl3.)

...Jos siinä on vakuutus taustalla niin se ei niinkun lääkäri tee ihan puhtaasti siitä omasta eettisestä arvopohjastaan sitä työtä. Potilas on tyytyväinen kun häntä tutkitaan, mutta vakuutusyhtiön näkökulmasta olis ollut huomattavasti

---

<sup>22</sup> js4

viisaampaa, että hän olisi ensin tullut yleislääkärille, joka olisi niinkun funtsannu ja lähettänyt sit jos tarvitaan oikeelle erikoisalalle. (js3.)

Jos kallis (tutkimus)laite ostetaan, niin kyllähän sitä laitoskin joskus edellyttää, että pitäisi käyttää kanssa.... Kreisi esimerkki magneettikuvan alkuvaiheista... yksityinen laitos, joka tuota kannusti tähän toimintaan sillä tavoin, että kun on kymmenen passitusta tehnyt, niin siitä saa tuota viikon hiihtomatkan Keski-Eurooppaan... Tällaista tapahtui kymmenkunta vuotta sitten. (vl3.)

Myös lääkärikeskuksen omistus pohja vaikuttaa lääkärin käyttäytymiseen. Erityisesti nähtiin pääomasijoittajien omistuksen vaikutukset.

Tällä hetkellä melkein kaikki (yksityisen sektorin lääkärikeskukset) ovat jonkun pääomasijoittajan omistamia... Jokaisen pitää myöskin tuottaa voittoa ja sitten se on vaan se, että miten iso marginaali kenellekin on määrätty otettavaksi... Kate pitää saada". (vl4.)

Nyt kun näistä (yksityisistä lääkärikeskuksista) on tullut ihan oikeita liikeyrityksiä, niin nyt tähän on tullut se omistaja stakeholder -näkökulma valtavasti vahvemmin mukaan... Se on tuonut meitä lähemmäs julkisen sairaalan mallia ... Eli se isännän ääni painaa siellä valtavasti ja meillä se on ruvennut painamaan yhä enemmän ja enemmän. (ys1.)

Lääkärin etiikkaan liittyen vakuutusyhtiön asiantuntijalääkäri kertoo myös tapauksista, joissa lääkäri ei kirjoita lääkärinlausuntoon kaikkia vahingon korvattavuuteen vaikuttavia oleellisia tietoja sattuneesta tapaturmasta:

Jos (vakuutusyhtiö) on pyytänyt sekä lausunnon että leikkauskertomuksen... niin on huomattu että se (tieto) ei olekaan ihan samaa... Ei niistä olla mihinkään juridisiin toimenpiteisiin ryhdytty... mutta siellä on sitten selittelyä ja salaamista esimerkiksi röntgen- ja magneettikuvalausunnon teksteissä... Ilmoitetaan, jos on tapaturmaperäisiä muutoksia, mutta jätetään pois, jos on esim. rappeumaperäisiä sairauksia, ei puhuta nivelrikosta mitään, vaikka se käy ilman muuta selväksi myöhemmistä röntgenkuvista. (vl3.)

Lääkäreiden haastattelut myöntävät todeksi väittämän siitä, että lääketiede voi luoda oman kysyntänsä. (Ks. esim. Elo 1989, 61). Myös Myllykankaan ym. (Myllykangas ym. 2000, 142) esittämä väite, että tapa, jolla terveydenhuoltohenkilöstö saa korvauksen työstään, vaikuttaa siihen, miten heidän omat taloudelliset intressit heijastuvat potilaan hoitoon, saa vahvistusta tämän tutkimuksen tuloksista.

## 8.6 Yhteenveto

Suuri osa vastanneista oli sitä mieltä, että erityisturvavakuutuksen olemassaolo lisää tutkimuksia, hinnoittelua ja kontrollikäyntejä. Osa näki, että se jopa johtaa ylimitoitettuun hoitoon ja resurssien turhaan käyttöön, jolloin lääkärin etiikka joutuu koetukselle. Tulokset tukevat myös muissa tutkimuksissa löydetyn vaikutuksen vakuutuksen ja terveystalvelujen käytön välillä.

Taulukkoon 3 olen tehnyt yhteenveton haastatteluissa esille nousseista tekijöistä, jotka vaikuttavat lääkärin ammatilliseen toimintaan ja valintoihin vastaanottotilanteessa silloin kun erityisturvavakuutus on maksajan roolissa.

**Taulukko 3. Tekijöitä jotka saattavat vaikuttaa siihen, vaikuttaako vakuutuksen olemassaolo vastaanotolla tehtäviin ratkaisuihin**

<b>Vakuutuksen olemassaolo ei vaikuta tai vaikuttaa vähemmän</b>	<b>Vakuutuksen olemassaolo vaikuttaa</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lääkäri, joka on työsuhteessa tai toimii julkisella sektorilla</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lääkäri, joka on ammatinharjoittaja-omistaja tai toimii yksityisellä sektorilla ja tulonmuodostus riippuu potilaiden määrästä ja/tai tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä</li> </ul> <p>"Herkemmin ohjataan palveluihin mitä omassa laitoksessa on."</p> <p>"Kun kallis laite ostetaan niin ... kyllähän sitä pitää käyttää myös."</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ammatissaan kokenut lääkäri</li> </ul> <p>"Selviää pidemmälle kliinisellä analyysillä."</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kokematon lääkäri</li> </ul> <p>"Otetaan enemmän tutkimuksia."</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Suosituttu lääkäri</li> </ul> <p>"Jossei oo (potilaita) niin yritetään haalia, jos on liikaa niin yritetään karsia."</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Lääkäri, jolla ei tarpeeksi töitä</li> </ul> <p>"Sortuu helpommin ylilyönteihin."</p> <p>"Otetaan vähän enemmän irti kuin mitä olis medisiinisesti perusteltua."</p>

	"Niin sanotusti pyöritetään, pidetään lähellä."
--	---

Käytössä olevan palkitsemisjärjestelmän nähtiin vaikuttavan merkittävästi. Jos lääkäri on työsuhteessa, jolloin kuukausipalkka on suhteellisen kiinteä, vakuutuksen olemassaololla ei ole niinkään vaikutusta. Sen sijaan kun lääkäri on ammatinharjoittajan tai omistajan roolissa, vakuutus näyttää vaikuttavan ratkaisuihin esimerkiksi siten, että teetetään enemmän tutkimuksia. Lisäksi vaikuttavina tekijöinä esille nousivat lääkärin kokeneisuus tai kokemattomuus sekä se, onko lääkäri suosittu lääkäri, jolla riittää potilaita tai vähemmän suosittu, jolla ei ole tarpeeksi töitä. Kokeneilla lääkäreillä ei näytä olevan tarvetta ottaa niin paljon tutkimuksia ja suosituilla lääkäreillä riittää asiakkaita ilman, että ei ole tarvetta lisätä käyntejä vakuutuksen turvin. Kokemattomat lääkärit sen sijaan näyttävät ottavan enemmän tutkimuksia etenkin jos vakuutus on maksajana ja lääkärit, joilla ei ole tarpeeksi töitä, joutuvat ”haalimaan” asiakkaita, joita etenkin vakuutuspotilaina on helpompi saada.

## 9 MUUTOKSIA, TULEVAISUUDENKUVIA JA KEHITYSEHDOTUKSIA

Tässä luvussa esitän lääkäreiden näkemyksiä vakuutuspotilaiden hoitoon liittyvistä muutoksista sekä ajatuksia siitä, miten tilanne tulee kehittymään tulevaisuudessa.

### 9.1 Muutoksia

Lääkärin uran aikaisista muutoksista kysyttäessä esille nousi laidasta laitaan erilaisia asioita. Eniten mainintoja sai "amerikkalaistyyppisen suuntauksen" kasvu, jolla tosin tarkoitettiin hieman eri asioita.

Eriarvoisuus on lisääntynyt... Se (vakuutuksen olemassaolo) jakaa väestöä hyvinvoivaan joukkoon, jolla on varaa pitää vakuutusta... Ja sitten ne, mitä poliitikot sanoo köyhiksi... Kyllä tää on pikkuisen amerikkalaistumassa tämä meidän systeemi... Ne joilla on varaa hankkia palvelu omalla vakuutuksellaan, niin ne ajaa ohi. Hoitotakuu on kuitenkin ollut vastaisku tälle kehitykselle. (js1.)

Kaksi muuta lääkäriä viittaa myös amerikkalaistyyppisen kulttuurin kasvuun, mutta he tarkoittavat sillä potilaiden vaatimustason nousua, joka on johtanut "varmuuden vuoksi tutkimiseen" ja juristien mukaan tuloon.

Tehdään jonkun verran niin julkisella kuin yksityiselläkin puolella varmuuden vuoksi, selustan varmentamiseksi tehtyjä niin laboratorio- kuin kuvantamistutkimuksiakin. (js3.)

Yksi lääkäri kertoi joutuvansa potilaiden vaatimustason vuoksi lähes kuukausittain vastaamaan potilasvahinkoyhdistyksen tai Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kirjelmään, kun potilaat valittavat, että heitä ei ole otettu vakavasti, heitä ei ole tutkittu tai kun hoito on viivästynyt.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> v14



Oman uransa olennaisimpana muutoksena yksi lääkäri nostaa terveystalvelujen hintatasossa tapahtuneet muutokset ja sen, että vakuutusyhtiöt ovat "viime vuosina oppineet pelaamaan tätä peliä kans omalta osaltaan paljon paremmin" (ys1).

Ensin oli järjestelmä, jossa Lääkäriliitto vahvisti taksat... Sitten kilpailuvirasto tuomitsi sen laittomaksi joskus yhdeksänkytluvun puolivälissä... Se vapautti hinnat nousemaan rajattomasti eikä niin, että lääkärit olisi lähteneet kilpailemaan keskenään... Sen jälkeen se (hintataso) on stabiloitunut, ja se on aiheuttanut, että on tullut tukkuostajia, ei pelkästään vakuutusyhtiöt vaan työterveysopimukset ja kuntasopimukset, joka on tehnyt sellaisen käyvän hintatason, missä meidänkin järjestelmissä oletustaksat on syötettynä koneelle. (ys1.)

Nämä vakuutusyhtiöiden tekemät sopimukset mahdollisti täyskustannusvastuun voimaantulo vuonna 2005, johon myös toinen haastateltava viittaa.

Tarvetta muutokseen oli ja täky (täyskustannusvastuu) on kaikilta puolilta hyvä... Ja potilaiden sellainen negatiivinen asenne, joka johtui siitä, että ennen ohjattiin lakisääteinen tapaturma kokonaan julkiselle sektorille ja sen kapasiteetti oli rajoitettu. Nyt on täkyn mukaan enemmän mahdollisuutta hoitaa joustavammin ja nopeammin. (vl2.)

Vakuutusyhtiössä toimiva lääkäri viittaa yksityisten sairausvakuutusten alkuvaiheisiin:

Silloin kun ensimmäiset vakuutukset tuli, niin silloinhan ahneus iski yksityisellä sektorilla niin totaalisesti, että se meni ihan poskelleen... Ei siihen mitään muuta selitystä oo, kun silloin vaan huomattiin, että nyt voit tutkia... ja sitten tehtiin niinkun överiks... Siitä on opittu ainakin se, että lypsävää lehmää ei kannata tappa. (vl4.)

Yksityissektorin terveydenhuoltopalvelujen käytön, tutkimusten ja myös joissain tapauksissa leikkausten määrän lisääntymiseen viittaa pari lääkäriä, joista toinen viittaa samalla myös vakuutusten määrän jatkuvaan kasvuun.<sup>24</sup>

Ihmiset vaativat nykyään enemmän ja enemmän tutkimuksia. Vaikka tauteja on vähemmän, niin oireita on aina vaan enemmän ja enemmän. Samalla on käynyt niin, että lääkärit eivät helposti uskalla sanoa, että ei teitä mikään vaivaa tai että ei tässä ole nyt mitään hoidettavaa. Nykyään lääkäri ei enää voi sanoa et ei susta oo löydetty nyt mitään, vaan pitää tutkia ja tutkia vaan. Tämä johtaa sitten neurogloiseen kierteeseen ja ellei sieltä löydetä mitään, niin ajatellaan, että ehkä tämä onkin sisätautiasia ja sitten se johtaa loputtomiin kierteisiin... Jokainen

---

<sup>24</sup> ys2, vl4

erikoisala tavallaan tutkii sen potilaan kuiviin - eikä löydä mitään. Tällaisen kehityksen eteneminen vaatii ylärajoja vakuutuksiin. (v14.)

## 9.2 Tulevaisuuden näkymiä

Tulevaisuuden kehityksestä kysyttäessä osa lääkäreistä viittaa yleiseen kehitykseen terveydenhuollon alalla, kuten yksityisen ja julkisen sektorin muutoksiin: privatisoitumisen lisääntymiseen ja lääkäreiden hakeutumiseen enemmän yksityiselle puolelle suuremman oman päätösvallan perään. Yksi lääkäri jatkaa, että suuret pääomasijoitteiset lääkärikeskukset toimivat "businessysteemillä" ja tuloksellisuutta tarkastellaan eri tavalla kuin aiemmin (v11).

Joku näki tulevaisuuden uhkaavana, etenkin jos "mennään enemmän vakuutus pohjaiseen terveyshuoltoon, sitten kyllä kustannukset ryöstäytyy käsistä" (js2). Myös väestön ikääntymien tulee lisäämään terveydenhoidon kustannuksia ja sitä kautta vakuutusten hintoihin tulee nousupaineita. Jos vakuutusten hinnat karkaavat käsistä, ei vapaaehtoisia vakuutuksia oteta niin paljon. Tämän vuoksi vakuutusyhtiöiden pitäisi kehittää erilaisia tuotteita, joissa korvauksia on rajoitettu jollakin järjestelmällä.<sup>25</sup>

Julkisen sektorin edustaja oli huolissaan siitä, miten julkiset palvelut rahoitetaan väestön ikääntyessä. Yksityispuoli "kuorii helppohoituisimman kerman päältä" ja julkisen puolen asiakaskunnaksi jää "vanhempi ja raihnaisempi väki, hitaasti hoidettavat moniongelmaiset potilaat". Vakuutus turvaa hoidon julkisen sektorin rahoitustilanteesta riippumatta:

Monet on alkaneet varmistamaan tulevaisuuttaan... ja ajattelee että mä vähän sijoitan tähän, että saan sitten palveluja vanhanakin (js1).

Positiivisimmin tulevaisuuden näkivät yksityissektorilla toimivat lääkärit: yksityispuoli tulee kehittymään enemmän ja potilaille tulee enemmän vapautta valita missä heitä

---

<sup>25</sup> v13

hoidetaan.<sup>26</sup> Myös yksityisen ja julkisen puolen työnjaot tulevat muuttumaan. Julkinen sektori keskittyy enemmän kokonaisvaltaiseen hoitoon, ennaltaehkäisevään hoitoon, mukaan lukien koululaisten ja vanhusten terveydenhoito<sup>27</sup> tai tehohoitoon ja muuhun vaativampaan hoitoon. Samalla helpot toimenpiteet, kuten tähytykset, hoituvat nopeasti yksityissektorilla.<sup>28</sup> Tässä nähtiin selvä markkinarako vakuutusten kasvulle, erityisesti yritysten henkilöstölleen ottamille räätälöidyille vakuutuksille ja sairauskuluvakuutuksille.<sup>29</sup>

Vakuutusyhtiöiden tekemät sopimukset lääkärikeskusten kanssa nähtiin erityisen hyviksi vakuutusyhtiöissä toimivien lääkäreiden kannalta, sillä nyt vakuutusyhtiöt voivat seurata tuloksia ja vaihtaa lääkäriä ellei toiminta ole tyydyttävää.<sup>30</sup> Myös yksityissektorilla on vakuutusyhtiöiden valvontamahdollisuus huomioitu.<sup>31</sup>

### 9.3 Kehitysehdotuksia

Haastateltavien lääkäreiden esittämät kehitysehdotukset liittyivät kolmeen asiaan:

1. Yhteistyö- ja seurantajärjestelmä vakuutusyhtiöiden ja lääkärikeskusten välille
2. Lääkäreiden palkitsemis- ja motivointijärjestelmän kehittäminen
3. Vakuutustuotteen kehittäminen

Käsittelen jokaista kehitysehdotusta erikseen.

#### 9.3.1 *Yhteistyö- ja seurantajärjestelmän kehittäminen*

Vakuutuslääkäreiden taholta nostettiin esille vakuutusyhtiöiden ja lääkärikeskusten välille tehtäviin sopimuksiin liitettävien laatuvaatimusten ja seurantajärjestelmän

---

<sup>26</sup> ys2

<sup>27</sup> ys2

<sup>28</sup> ys3

<sup>29</sup> ys3

<sup>30</sup> v11

<sup>31</sup> ys3

kehittäminen. Esimerkiksi yksityissektorilla tehtävien magneettikuvausten kasvun rajoittamiseksi ehdotettiin, että jos lääkäri määrää potilaan magneettikuvaan, tutkimus pitää perustella kliinisen tutkimuksen pohjalta ja samojen normivaatimusten ja kysymyksenasettelun tulee täyttyä mitä julkisellakin sektorilla. Tällä keinoin saataisiin ehdottajan mukaan huomattava osa turhista tutkimuksista pois. Lisäksi niin sanottuja käypä hoito -periaatteita tulisi noudattaa myös yksityisellä puolella.<sup>32</sup>

Hyvä kontrollijärjestelmä vakuutusyhtiöiden taholta maksaisi itsensä takaisin, sillä vaikka hoitolaitosten johtajien asia on valvoa laitoksessa työskentelevien lääkäreiden työn laatua, niin "...kun he yleensä tekee tulosta siellä niin ei se motivoi oikeen niinku vähentämään (turhia tutkimuksia, käyntejä yms.)". (vl3.)

Vakuutusyhtiöt voisivat myös tarkemmin seurata vahingoittuneen työhön paluun ajankohtaa suhteessa leikkauksiin ja näin analysoida eri lääkäreiden ammattitaitoa sekä sitä, saavutetaanko sopimuslääkäriasemia käyttäen kustannusetuja. Myös hyvän palautteen antamista voisi lisätä, sillä se kehittää yhteistyötä hoitavien lääkäreiden ja vakuutusyhtiön asiantuntijalääkäreiden välille.<sup>33</sup>

Yksityissektorilta nostettiin ehdotus, että lääkäreille olisi hyvä antaa vastuuta hoidon kokonaiskustannuksista (hoidon hinta - paranemisen nopeus) ja myös haastetta niiden minimoimiseksi. Kun ylläpidetään järjestelmää, jossa jokaista asiaa pitää kysyä erikseen (esimerkiksi lupaa leikkauksiin), niin se ruokkii ajatusta, että lääkäreihin ei luoteta, jolloin he eivät enää itsekään ajattele kokonaiskuvaa. Maksajan näkökulmasta kokonaisuus ratkaisee ja se tulisi ymmärtää vakuutusyhtiöissäkin.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> vl 2 ja 3

<sup>33</sup> vl2

<sup>34</sup> ys1

Lääkärit, kuten muutkin korkean ammatillisen itsetunnon omaavat asiantuntijat, sietävät ilmeisen huonosti määräyksiä ja jos heille annetaan yksipuolisesti hallinnollisia määräyksiä esimerkiksi vakuutusyhtiöiden taholta, he saattavat suutahtaa.

Jos he kokevat että heitä kusetettiin ja he päätyvät eri puolille verkkoa pelaamaan, niin se saattaa johtaa siihen, että he käyttävät valtavan paljon omaa kapasiteettiaan maksaakseen niin sanotusti potut pottuina... Pitäisi löytää yhteinen malli jolla pelata, ja lääkäreille koulutus on usein hyvin toimiva asia. Tiedonjako, koulutus ja asioista keskusteleminen ja parhaiden toimintamallien yhdessä löytäminen toimivat parhaiten. (ys1.)

### 9.3.2 *Lääkäreiden palkitsemis- ja motivointijärjestelmän kehittäminen*

Nykyisellään lääkäreiden palkitsemis- ja ansaintajärjestelmä ei vastaajien mukaan tue turhien tutkimusten välttämistä, päinvastoin. Jotta voitaisiin motivoida lääkäreitä tekemään vain välttämättömät tutkimukset, pitäisi palkitsemisjärjestelmän tukea tätä tavoitetta, etenkin kun potilas usein vaatii mahdollisimman laajoja tutkimuksia kun vakuutus on maksajana. Tällöin lääkäri joutuu tekemään myyntityötä vakuuttaakseen potilaan siitä, että esimerkiksi magneettitutkimus ei ole lääketieteellisesti tarpeellinen. Lääkärille on helpompaa ja vähemmän aikaa vievää määrätä tutkimus kuin perustella sen tarpeettomuutta. Tämä motivaatio pitäisi aikaansaada vakuutusyhtiön taholta. Miten motivoida lääkärit noudattamaan tällaisessakin tilanteessa hyvää lääketieteellistä tapaa, etenkin kun yksityisellä sektorilla edellä puhuttu businesslääketiede ja omistajien edut saattavat jyrätä lääkärin etiikan vaatimuksia?

Kepit on hirveän huonoja konsteja ohjata lääkäreitä, lääkärit pakkaa olemaan sellaisia etteivät ne tahdo keppiä vaan ne uskoisi paljon paremmin... porkkanaa, joka ohjaisi lääkäreitä ajattelemaan asioita myös taloudellisesta näkökulmasta (ys1.)

Esimerkkinä toimintaperiaatteiden yksipuolisesta muuttamisesta, joka suututti lääkärit, otettiin esille vakuutusyhtiöiden yksipuolinen päätös, jonka mukaan E-lausuntoja ei korvata enää siinä määrin kuin aikaisemmin:

Vakuutusyhtiöt luopuivat E-lausuntojen pyytämisestä...Ne ei vaadikaan niitä enää rutiininomaisesti ja niitähän paljon kirjoitettiin ...Nyt kun ei vastaavasti sitten enää niitä kirjoiteta niin niin tuota se merkitsee niinkun tulojen pienenemistä lääkäreille... Mä en oo tyytyväinen eikä muutkaan lääkärit oo. (ys4.)

Sama taho jatkoi vielä ymmärtävänsä, että ei ollutkaan asiallista, että jokaisesta (potilas)kontaktista kirjoitettiin lausunto. Hän kertoi että 1970-luvulla oli hyvä ja asiallinen käytäntö, jonka mukaan aina kun hoito päättyi kirjoitettiin lausunto ja jos hoito ei päättynyt kuukauden sisällä, niin ensimmäisen kuukauden ajan kirjoitettiin lausuntoja. Näin voitiin pyytää potilas kontrolliin kaksi kertaa kuukauden sisällä ja sitten tehdä loppulausunto.

Yhden vastaajan mukaan ei olisi mitään turhien lääketieteellisten tutkimusten ongelmaa, jos yksityiselläkin sektorilla lääkärit olisivat palkattuina työntekijöinä eikä tutkimusten määrä vaikuttaisi heidän ansiotasoonsa.

... Mut nyt kun se tulee suoraan laariin niin kyllä se... vaikka ei sitä kukaan kyllä tunnusta jos kysytään henkilökohtaisesti mutta kyllä se ikävä kyllä näin on (v13.)

Haastattelut vahvistavat terveystaloustieteessä esitetyn näkemyksen siitä, että terveydenhuollossa ongelman aiheuttaa, että palkitsemisjärjestelmä on 3. osapuolen asettama, eikä tunnista tarpeeksi lääkäreiden tavoitteita. Terveystalouden parantamiseksi pitäisi saada lisää tietoa siitä, millainen olisi sekä potilaan, lääkärin että myös kolmannen, maksajaosapuolen, intressit huomioiva palkitsemisjärjestelmä (Sintonen ym. 2006, 125).

### 9.3.3 Vakuutuslaitosten kehittäminen

Paras tapa rajoittaa turhaa käyttöä on vastaajien mukaan omavastuu- tai bonusjärjestelmä.

Heti kun joutuu omaa lompakkoaan aukaisemaan niin se hillitsee (v11).

Kelalla on se omavastuuosuus sen verran korkea, että kyllä ne ihmiset miettii... Ja sen mä tiedän, että monta kertaa on niin, että jos vakuutus maksaa täysin, se otetaan (esimerkiksi tutkimus), mutta jos ei ole vakuutusta, se jätetään ottamatta koska Kela ei maksa niin paljon. Joskus Kela maksaa merkittävänkin osuuden, mutta jos vaikka neljäosakin jää itse maksettavaksi niin se jo muuttaa oleellisesti, paitsi niillä joilla on todellinen sairaus, mutta ne, jotka on rajatilanteessa niin kyllä se (omavastuuosuus) vaikuttaa. (v13.)

Ostavastuun olemassaolo vaikuttaa paitsi lääkärikäyntien ja tutkimusten määrään, myös mahdollisesti sairauslomien pituuteen. Yhden vastaajan mielestä tapaturmien aiheuttamia sairauslomia saataisiin huomattavasti lyhennettyä, jos vahingoittuneella olisi esimerkiksi prosentuaalinen omavastuuosuus sairausajan ansionmenetykskorvauksesta.<sup>35</sup>

Useassa henkilövakuutusotteessa onkin omavastuujärjestelmä sairauden tai tapaturman aiheuttamiin hoitokuluihin, lukuun ottamatta pakollisia liikenne- ja työtapaturmavakuutuksia sekä tapaturmavakuutuslain mukaisia vapaaehtoisia vakuutuksia. Bonusjärjestelmässä vahinkotapahtuma vaikuttaisi vakuutusmaksuun, mikä voisi olla omavastuuta parempi hillitsevä ja toisaalta palkitseva tekijä. Vakuutusmaksu nousee jos vakuutusta on käyttänyt ja puolestaan laskee, jos vakuutusta ei ole käyttänyt. Vaikutuksen ei edes tarvitse olla kovinkaan iso, mutta se pistäisi miettimään, että ei käytä vakuutusta ellei se ole välttämätöntä, kuten yksi vakuutuslääkäreistä sanoo.<sup>36</sup> Kyseisellä periaattella toimivat pakollisista vakuutuksista henkilövahinkoja korvaavat liikennevakuutus sekä niin sanotut erikoistariffoidut työtapaturmavakuutukset. Viimeksi mainituissa vakuutuksenottajalla, eli liikennevahingossa vastapuolen auton omistajalla tai työtapaturmavakuutuksissa työnantajalla, ei ole varsinaisesti kontrollikeinoja hoitokulujen käyttöön, sillä lääkäriin hakeutumisesta tapaturman tai ammattitautiepäilyn yhteydessä voi päättää vahingoittunut. Tämän tyyppinen järjestelmä motivoi kuitenkin riskienhallintaan eli liikenneturvallisuuteen ja työtapaturmien torjuntaan työpaikoilla.

Yksityissektorin lääkäri näkee, että vakuutuksen ei pitäisi olla rahoituskanava vaan "pahan päivän vara". Tämän voisi toteuttaa bonussysteemillä, joka karsisi pois pienet asiat eli ihmiset maksaisivat pienten sairauksien ja tapaturmien hoidon enemmän itse kuin käyttäisivät vakuutusta. Kalliimmissa hoitoa vaativissa tilanteissa voisi olla

---

<sup>35</sup> v13

<sup>36</sup> v12

omavastuu. Samalla hän tosin toteaa, että tällainen järjestelmä laskee tosin vakuutuksen hintaa, jolloin vakuutusyhtiön liiketoiminta voi kärsiä.<sup>37</sup>

Myös vakavan tai kriittisen sairauden vakuuttaminen otettiin esille järkevänä turhaa käyttöä ehkäisevänä mahdollisuutena. Pienemmissä vaivoissa voisi hoidattaa omalla kustannuksella ja julkisella sektorilla, mutta "oikeiden" sairauksien tutkimus ja hoito tulisi kuitenkin turvattua.<sup>38</sup>

Ehdotuksia tuli myös uudenlaisen terveystakuutustuotteen kehittämiseen, jossa lääkärit olisivat isossa roolissa koko hoito- ja korvausprosessissa. Tällöin valittaisiin vain pieni määrä luottolääkäreitä, joiden kanssa lähdetään toimimaan. Yhteistyö lääkäreiden kanssa perustuisi niin sanottuun akkreditointijärjestelmään, jossa toimivat lääkärit on arvioitu ja hyväksytty toimimaan tiettyjen rajojen puitteissa.<sup>39</sup>

Julkisella puolella jo käytössä olevaa hoidon tarpeen arviointia puhelinpalveluna voisi soveltaa myös vakuutusyhtiöiden palveluihin. Asiantuntevalla puhelinkonsultaatiolla voisi vastaajan mukaan välttää jopa lääkärikäyntejä ja siten turhia kustannuksia.<sup>40</sup>

#### 9.4 Yhteenveto

Selkeänä muutoksena ja myös tulevaisuuden trendinä lääkärit näkivät asiakkaiden vaativuuden ja asiantuntevuuden kasvun. Privatisoitumisen ja erityisturvavakuutusten kasvun nähdään myös kulkevan käsi kädessä ja suuntauksen yleisesti ottaen jatkuvan, vaikka sen ympärillä nähdään myös uhkakuvia kustannusten kasvusta. Tulosta tavoittelevat yksityiset lääkärikeskukset ja kasvava erityisturvavakuutusten määrä sekä vakuutuspotilaat, joilla ei ole omaa taloudellista kiihoketta rajoittaa hoidon määrää,

---

<sup>37</sup> ys1

<sup>38</sup> v11, ys1

<sup>39</sup> ys1

<sup>40</sup> v11



luovat uhkakuvia terveydenhuollon kestävyydelle ja julkisen terveydenhuollon tulevaisuudelle. Positiivisena kehityksen näki lähinnä osa yksityissektorin lääkäreistä, joiden mukaan yksilöiden valinnanvapaus lisääntyy ja yksityisen ja julkisen sektorin työnjako tulee muuttumaan erikoistumisalueittain.

Hallitsemattoman kustannusten kasvun estämiseksi ehdotettiin, että vakuutusyhtiöiden ja hoitavien lääkäreiden välillä tulisi kehittää yhteistyötä, jossa luotaisiin yhdessä selkeät säännöt laadun varmistukselle ja palkitsemiselle. Yksipuolisen sanelun nähdään tulehduttavan suhteita ja johtavaan kaikkien osapuolten kannalta epätyytyttävään tilanteeseen.

Täyskustannusvastuun tulon myötä alkanut tiiviimpi yhteistyö ja sopimusten laatiminen vakuutusyhtiöiden ja lääkäriasemien välille mainittiin usein sekä yhteistyötä kehittäneenä asiana että järkevää hoidon mitoitusta aikaansaavana ja kustannuskehitystä tarkkailevana tekijänä. Esille tuli myös näkemys, että nämä sopimukset ovat jo vaikuttaneet kustannuksiin alentavasti.

Tärkeänä nähtiin myös vakuutustuotteen kehittäminen, jolloin omavastuuratkaisuja pidettiin hyvänä keinona kustannusten hillitsemiseksi. Muutama innovatiivinen ehdotus nousi myös esille, kuten luottolääkäritoiminta ja julkisella sektorilla jo käytössä oleva terveysterveyspuhelinneuvonta. Suurin osa kehitysehdotuksista liittyi lääkärin oman työn kannalta konkreettisimpiin asioihin, yhteistyöhön vakuutusyhtiöiden ja lääkäreiden välillä sekä palkitsemisysteemin uudelleen miettimiseen. Lääkärit näkivät myös selvästi vakuutuksen yhteyden terveysterveyspalvelujen kasvavaan käyttöön sekä tilanteen, johon yksityissektorin tuloksen tavoittelu yhdistettynä vakuutusrahoitteiseen terveysterveyspalvelujen käyttöön voi johtaa. Konkreettisina kehitysehdotuksina tämän ongelman torjumiseksi esitettiin vakuutustuotteiden kehittäminen korvauksia rajoitettavaan suuntaan sekä nykyistä tiiviimmät yhteistyösopimukset vakuutusyhtiöiden ja hoitavien lääkäreiden välille. Vakuutuslääkäreiden taholta kummeksuttiin, miksi yksityisen puolen ei edellytetä soveltavan ns. käypä hoito - periaatteita (Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen kokoama tieteelliseen näyttöön perustuva hoito-ohjeisto), jolloin huomattava osa erityisturvavakuutusten rahoittamista turhista tutkimuksista saataisiin haastateltujen

mielestä karsittua.

## 10 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä tutkimuksessa olen tuonut esille lääkäreiden näkemyksiä erityisturvavakuutuksen vaikutuksesta potilaan käyttäytymiseen ja ennen kaikkea vastaanotolla tapahtuviin ratkaisuihin lääkärin näkökulmasta. Tutkimusaineisto kerättiin laadullisen, puolistrukturoidun haastattelun keinoin.

Tutkimuksen mukaan lääkäreillä on käsitys, että erityisturvavakuutuksen olemassaolo johtaa usein siihen, että vakuutettu hakeutuu turhan herkästi vastaanotolle ja lääkäri hoitaa ja tutkii turhan herkästi. Insentivejä pitäytyä lääketieteellisesti ja joskus jopa eettisesti riittäviksi todetuissa hoidoissa, tutkimuksissa ja käyntien määrässä ei ole tarpeeksi. Tämä niin sanottu vakuutus suunnitteluksi nimeämäni ilmiö korostuu etenkin yksityisellä sektorilla, etenkin jos hoidon määrälle tai laadulle ei ole asetettu selkeitä vaatimuksia.

Haastattelutulokset vahvistavat terveystaloustieteen teorian sekä niin sanotun negatiivisen kannustinvaikutuksen - niin potilaan kuin lääkärinkin osalta - että tiedon epätasaisen jakautumisen vaikutuksen olemassaolon lääkäri-potilassuhteessa. Tutkimuksen tulosten mukaan tiedon epätasainen jakautuminen palvelujen käyttäjän ja tarjoajan välillä on yksi syy siihen, miksi perinteinen taloudellinen kysyntäteoria ei toimi hyvin terveydenhuollossa, jolloin tapa, jolla terveydenhuolto rahoitetaan, nousee tärkeäksi. Samoin lääketieteen etiikan olemassaolon tarpeet vahvistuvat.

Haastatteluissa nousi vahvaksi teemaksi lääkäreiden asema niin sanotusti puun ja kuoren välissä, useammassakin mielessä. Ensinnäkin potilaiden kasvaneet vaatimukset lisäävät paineita tutkimusten tekemiseen ja johtavat joskus jopa tarpeettomiin tutkimuksiin. Toisaalta lääkärit kokevat vakuutusyhtiöiden sanelevan liian yksipuolisesti säännöt vakuutuspotilaiden hoitoon liittyen, etenkin kun vuonna 2005 voimaan tulleen niin sanotun täyskustannusvastuun seurauksena vakuutusyhtiöt ovat ryhtyneet tekemään sopimuksia lääkärikeskusten kanssa.

Esille nousi myös lääkärikeskuksen asettamat paineet yksityisellä sektorilla praktiikkaansa hoitaville lääkäreille. Näitä ongelmia ei koettu juurikaan julkisella sektorilla toimivien lääkäreiden osalta. Ei edes vaikka täyskustannusvastuun aikana lakisääteiset henkilövakuutukset ovat korvanneet myös julkisen sektorin hoidon todellisten kustannusten mukaan. Mikä on sitten erottava tekijä yksityisellä ja julkisella sektorilla erityisturvavakuutuspotilaiden hoidon osalta? Haastattelujen mukaan se on lääkäreiden palkitsemisjärjestelmä, joka nähtiin merkittäväksi vaikuttajaksi vastaanotolla tehtäviin ratkaisuihin silloin kun kolmas osapuoli on kustannusten maksajana. Palkitsemisjärjestelmän ja muutenkin yhteisten sääntöjen kehittämiseksi ehdotettiin aitoa molempien osapuolten näkemykset huomioivaa yhteistyötä vakuutusyhtiöiden ja lääkäreiden/lääkärikeskusten välille.

Haastatteluissa ei juurikaan tuotu esille ajatuksia siitä, miten vakuutukset voisivat edesauttaa ja kannustaa terveyden ylläpitämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Ennaltaehkäisyn tärkeyttä korostetaan myös uusimmassa sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämissuunnitelmassa (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008, 4). Terveydenhuollon kustannusten kasvaessa ja väestön ikääntyessä terveyden ylläpitäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy on sekä kansantaloudellisesti että mahdollisesti myös vakuutusyhtiöiden kannalta järkevää korvauskulujen hillitsemiseksi ja asiakkaiden palvelun parantamiseksi. Etenkin henkilövakuutuksiin erikoistuneiden yhtiöiden tuotteet maailmalla sisältävät usein erilaisia palveluja, kuten terveysterveystietopalvelun, jossa terveydenhuollon ammattilainen antaa ohjeita kotihoitoon ja hoitoon hakeutumiseen. Myös ennaltaehkäisevät palvelut, kuten terveellisten elämäntapojen neuvonta sekä mahdollisuus liikuntapalvelujen käyttöön, sisältyvät monien kansainvälisten vakuutusyhtiöiden terveysterveystietoihin. Elämäntapoihin liittyvät valinnat liikunta- ja ruokailutottumuksineen ovat myös Barrin terveysterveystietoon teorian mukaan merkittävä terveyden osatekijä.

Suomessa terveydenhuollon virallisia päätavoitteita on lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä ja kaventaa terveyseroja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 17). Myös oikeudenmukaisuus on kautta vuosikymmenten ollut terveysterveystietoon keskeinen tavoite (Teperi ym. 2007, 288). Tämän tutkimuksen tulokset voivat herättää kysymyksen, tukeeko yksityisen sairausvakuutuksen kasvu kyseisiä tavoitteita? Asia voidaan nähdä

siten, että yksityisillä vakuutuksillaan lähinnä yksityisiä terveyspalveluja käyttävät ovat poissa julkisen puolen jonoista, jolloin julkinen sektori pystyy hoitamaan paremmin veloitteensa. Toisaalta voidaan nähdä, että mikäli väestöryhmien välillä on eroja palvelujen saatavuudessa, käytössä tai laadussa, voivat terveyspalvelut saada aikaan tai suurentaa terveyseroja. Tällöin jos tietyillä potilailla on esimerkiksi yksityisen vakuutuksen kautta mahdollisuus päästä hoitoon muita nopeammin ja saada tehokkaampaa tai parempaa hoitoa, myös heidän hoitotuloksensa voivat olla parempia. (Keskimäki ym. 2002, 282.) Tutkimustulokset puhuvat sen puolesta, että erityisturvavakuutuksen omaavat potilaat olisivat tällainen erityisryhmä ja heidän hoitonsa ainakin määrällisesti, ottaen huomioon vakuutuksen olemassaolon vuoksi lisääntyvät lääkärikäynnit sekä tutkimukset, on laajempaa ja tehokkaampaa kuin muiden väestöryhmien osalta. Huomattava on myös, että erityisturvavakuutusten turvin tehtäviä yksityisten terveyspalvelujen ostoja tuetaan julkisista varoista Kelan pakollisella sairausvakuutuksella, sillä yksityisistä sairausvakuutuksista vakuutusyhtiöt maksavat korvaukset vasta Kelan korvausten jälkeen.

Vakuutus voi siis lisätä terveydenhuollon kysyntää ja tarjontaa. Erityisturvavakuutuksen sisältämä moraalinen vaara voi toteutuessaan aikaansaada kansalaisten terveydentilasta riippumatonta erilaista kohtelua, kun vakuutuksen turvin hoitoa kysytään enemmän kuin ilman vakuutusta ja kun vakuutuksen omaaville tarjotaan enemmän terveyspalveluja.

Terveydenhuollossa peräänkuulutettua hoidon priorisointitavoitetta ei tutkimustulosten mukaan jouduta soveltamaan yksityisellä sektorilla ainakaan siinä määrin mitä julkisella sektorilla. Herääkin kysymys, miten järkevää tämä on yhteiskunnan kannalta. Jos ”priorisointia tarvitaan julkisessa terveydenhuollossa, koska alan kehityksen myötä hoitojen mahdollisuudet ja kustannukset kasvavat, eivätkä käytössä olevat resurssit kasva yhtä nopeasti” (Ryynänen ym. 2006, 29, 105-110) niin miksi priorisointia ei tarvittaisi yksityisen terveydenhoidon puolella, jonka rahoitukseen yhteiskunta viime kädessä osallistuu Kelan korvausten rahoittajana sekä hoitohenkilökunnan koulutuksen kustannusten maksajana. Yksityisten vakuutusten ottajien välillä on eroja siinä, miten herkästi hoitoon hakeudutaan, ja on oletettavissa, että kaikki vakuutuksen ottajat eivät halua olla rahoittamassa yksityisten vakuutusten turvin tapahtuvaa terveydenhuollon lisääntyvää käyttöä. Tämä tutkimuksessa esille nostettu jopa turhaan terveyspalvelujen

käyttöön johtavan vaikutuksen voidaan katsoa ainakin osittain olevan vastoin hyvinvointivaltion hallinnollisen sujuvuuden tavoitetta. (Barr 1997, 9-11.) Tämä yhdistettynä yksityisten sairausvakuutusten voimakkaaseen kasvuun herättääkin pohtimaan, voiko tällä ilmiöllä olla osittain myös vaikutusta pohjoismaisen universaalien terveydenhoitomallin kestävyteen jatkossa.

Tutkimuksen tulosten voidaan sanoa osittain puhuvan sen väitteen puolesta, että yhteiskunnan kokonaishyvinvoinnin kannalta olisi edullisinta, jos potilaat maksavat itse kaikki hoitokustannukset. Tämä on kuitenkin ristiriidassa sen kanssa, miksi vakuutuksia ylipäätään otetaan: hyvinvointia on mahdollista lisätä hankkimalla vakuutus riskejä vastaan koska kuluttajan kannalta tuleva palvelujen käyttö ja siitä aiheutuvat kustannukset ovat epävarmoja. (Sintonen ym. 2006, 67.)

Tutkimusotoksen suppeudesta johtuen on huomattava, että tämän tutkimuksen tulokset eivät ole yleistettävissä. Toisaalta koska jopa eri sektoreita edustavien lääkäreiden näkemykset tutkimuksen keskeisimmistä kysymyksistä olivat yllättävän samansuuntaisia, voidaan olettaa, että vastaukset pätevät laajemminkin. Lisäksi tulokset ovat yhteensopivia terveystaloudellisen teorian ja aikaisempien tutkimusten tulosten kanssa.

Tämä tutkimus valotti hieman lisää lääkäreiden näkemyksiä tilanteesta, jossa erityisturvavakuutus toimii kustannusten maksajana. Esille nostetut kehitysehdotukset olivat pääsääntöisesti yleisluonteisia ja antavat viitettä haastateltujen mielestä tärkeimmistä kehittämiskohteista. Haastattelun toteuttamistapa ei tukenut kovin yksityiskohtaisten toimenpide-ehdotusten esille nostamista. Syvällisempien kehitysehdotusten esille saaminen olisi todennäköisesti edellyttänyt, että haastateltavia olisi kehoitettu jo ennen haastattelua pohtimaan aihetta tarkemmin ja valmistautumaan haastatteluun ennalta. Jatkotutkimukselle, jossa perehdyttäisiin erityisesti kehittämisehdotuksiin, olisi selkeä tilaus.

Tutkimus vahvisti myös jo aiemmin kirjallisuudessa esitettyä tarvetta jatkotutkimukseen kaikkien kolmen tahon, potilaan, lääkärin ja hoidon maksavan osapuolen kannalta

optimaalisen palkitsemisjärjestelmän luomiseksi. Tällainen tutkimus olisi tärkeää, ottaen huomioon sairaanhoidon privatisoitumistendenssin sekä erityisturvavakuutusten määrän kasvun, ja näiden tekijöiden tässäkin tutkimuksessa todetun vaikutuksen resurssien käyttöön ja hoidon kustannuksiin.

Lyhyenä yhteenvetona tutkimuksesta toimii hyvin yhden haastateltavan lausahdus:

Kyllä mä sanoisin, että vakuutus muokkaa käyttäytymistä molemmilla puolilla (potilaan ja lääkärin) ... ja varmaan vielä enemmän operatiivisella puolella kuin ... perusterveydenhuollon puolella (v14).

## LÄHTEET

- Abel-Smith, Brian (1992): *Cost Containment and New Priorities in Health Care*. Aldeshot: Avenbury.
- Antila, Veli-Aunus - Erwe, Ossi - Lohi, Ilkka - Salminen, Jaakko (2001): *Vapaaehtoinen henkilövakuutus*. Jyväskylä.
- Barr, Nicholas (1997): *The Economics of the Welfare State*. Oxford University Press. Oxford.
- Barr, Nicholas (2001): *The Welfare State as Piggy Bank*. Oxford University Press. Oxford.
- Buchanan, Joan L. - Keeler, Emmet B. (1991): Stimulating health expenditures under alternative insurance plans. *Management Science* 1991:37, 1067-1090.
- Denzin, Norman; Lincoln Yvonna (toim.) (1994): *Handbook of Qualitative Research*. Sage Publications: Thousands Oaks.
- Ekroos, Vesa – Partanen, Ismo (2006): *Terveyspalvelujen toimialaraportti 2006*. Kauppa- ja teollisuusministeriön toimialaraportteja 2/2006.
- Elo, Jyrki (1989): Roemerin laki – luoko tarjonta oman kysyntänsä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 1898:26:61-72.
- Elo, Jyrki – Myllykangas, Markku – Ryytänen, Olli-Pekka – Kinnunen, Juha – Takala, Jorma (2001): Kyselytutkimus selän magneettikuvaukseen lähettämisestä: Potilaan omavastuuosuusko lähettämishalukkuuden ratkaisijana? *Suomen Lääkärilehti* 27-29/2001 vsk 56, 2929-2933.
- Evans, Richard G. (1984): *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*. Butterworths Toronto.
- Forma, Pauli (2000): Sen lauluja laulat, kenen leipää syöt? Teoksessa *Riskit, instituutiot ja tuotokset. Esseitä hyvinvointitutkimuksesta* professori Olli Kankaan täyttäessä 50 vuotta. Toim. Forma, Pauli – Nurmi, Kaarina – Saari, Juho – Salin, Milla. Sosiaalipoliittisen yhdistyksen tutkimus nro 59. Painosalama Oy.
- Forma, Pauli – Saarinen, Arttu (2008): Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006. Teoksessa *Moisio, Pasi – Karvonen, Sakari – Simpura, Jussi – Heikkilä Matti (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Stakes, Helsinki.



- Forss, Mikael (2005): Terveysvakuutus – vaihtoehtoinen tapa järjestää terveydenhuollon rahoitus. Luento Topsos koulutuspäivillä Nauvossa 3.9.2005.
- Friedman, Bernard (1974): Risk aversion and the consumer choice of health insurance option. *Review of Economics and Statistics* 1974: 56, 209-214.
- Helsingin Sanomat 11.5.2008, E2. Jyrki Raivio, Toisen polven sairaalayrittäjät.
- Hirsjärvi, Sirkka – Hurme, Helena (2001): Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki.
- Häkkinen, Unto (2005): The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics* 14 (2005), 101-118.
- Jaakkola, Elina (2007): Problem Solving within Professional Services. A Study of Physicians' Prescribing Decisions. Turun Kauppakorkeakoulun julkaisuja. Sarja A-2:2007.
- Jakobsson, Jarmo (2007): Tapaturmavakuutuslaitosten liiton ja Liikennevakuutuskeskuksen seminaari 29.5.2007, luento.
- Kairinen, Martti (1991): Työoikeuden perusteet. Turku.
- Kangas, Olli (1994): Rationaalisen valinnan teoria. Teoksessa *Sosiologisen teorian nykysuuntauksia*. Toim. Heiskala, Risto. Tampere.
- Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. STM työryhmämuistioita 2002:3.
- Kari, Matti – Laitinen-Kuikka, Sini – Markwort, Jari (2001): Sosiaaliturvajärjestelmät eri maissa. Helsinki.
- Keskimäki, Ilmo – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (2002): Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Toim. Ika Kangas, Ilmo Keskimäki, Seppo Koskinen, Kristiina Manderbacka, Eero Lahelma, Ritva Prättälä, Marita Sihto. Helsinki.
- Kukkonen, Sirpa – Karmavalo, Terttu (2006): Työtapaturmakirja. Jyväskylä.
- Larivaara, Meri – Teperi, Juha (2007): Eriarvoisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa: Taimio Heikki (toim.): *Taloukasvun hedelmät – kuka sai ja kuka jäi ilman?* Helsinki: Työväen sivistysliitto.

- Launis, Veikko (2007): Moniarvoinen terveys. Arvopohdintoja lääketieteellisestä etiikasta. Turku.
- Lehto, Juhani – Kananaja, Aulikki – Kokko, Simo – Taipale, Vappu (2003): Sosiaali- ja terveydenhuolto. Juva.
- Lillrank, Paul – Haukkapää-Haara, Pirjo (2006) Terveydenhuollon tilaaja-tuottajamalli. KTM (Kauppa- ja teollisuusministeriö) rahoitetut tutkimukset 1/2006.
- Lääkärietiikka (2004). Suomen Lääkäriliitto.  
[http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton\\_ohjeet/eettinen\\_ohje.html](http://www.laakariliitto.fi/etiikka/liiton_ohjeet/eettinen_ohje.html)
- Manning, Willard G. - Marquis, Susan M. (1996): Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics* 15 (1996), 609-639.
- Manning, Willard G. - Newhouse, Joseph P. - Duan, Naihua - Keeler, Emmet B. - Leibowitz, Arleen - Marquis, M. Susan: Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from a Randomized Experiment. *The American Economic Review*. June 1987.
- Marquis, M.Susan - Holmer, Martin R. (1996): Alternative model of choice under uncertainty and the demand for health insurance. *Review of Economics and Statistics* 1996:78, 421-427.
- Metsämuuronen, Jari (2001): Laadullisen tutkimuksen perusteet. *Metodologia-sarja* 4. Viro.
- Mikkola, Hennamari (2002) Empirical studies on Finnish hospital pricing methods. Helsinki School of Economics A-203. Helsinki.
- Mooney, Gavin A (1986): *Economics, medicine and health care*. Brighton, Sussex.
- Mossialos, Elias - Le Grand, Julian (1999): *Health Care and Cost Containment in the European Union*. Cornwall.
- Myllykangas, Markku – Elo, Jyrki – Ryytänen, Olli-Pekka – Tuomainen, Raimo (2000): Lisää palveluja – lisää terveyttä? *Farmaseuttinen aikakauskirja – DOSIS* Vol. 16 No 2, 2000).

- Määttänen, Anna-Mari (2007): Hinnat palveluverkoston ohjauksessa.  
Toimintatutkimus asiantuntijapalvelun ostajan toiminnan kehittämiseksi. Pro gradu.  
Turun Kauppakorkeakoulu. Laskentatoimi.
- OECD Health Data 2008, December 2008.  
[http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_34631\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_37407,00.html)
- Pekurinen, Markku (2007) Terveystalouden menoihin vaikuttaminen rahoitusjärjestelmää kehittämällä teoksessa Pekurinen, Markku – Puska, Pekka (toim.) Terveystalouden menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007.
- Ryynänen, Olli-Pekka – Kukkonen, Jarmo – Myllykangas, Markku – Lammintakanen, Johanna – Kinnunen, Juha (2006) Priorisointi terveydenhuollossa. Talentum Media oy. Helsinki.
- Saarinen, Arttu (2007): Markkinat ja lääkäriprofession. Suomen Lääkäriliiton ideat suhteessa markkinoistumiseen julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä vuosina 1970-2005. Yhteiskuntapolitiikka 72 (2007):2, 121-136.
- Sintonen, Harri - Pekurinen, Markku (2006): Terveystaloustiede. Porvoo.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2008): Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2006): Sosiaaliturvan suunta 2005-2006. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1.
- Stakes. Tilastotiedote 2/2007. Terveystalouden menot ja rahoitus vuonna 2005. (<http://www.stakes.fi/tilastot/terveysmenot>)
- Stakes. Tilastotiedote 11/2008. Terveystalouden menot ja rahoitus vuonna 2006. ([http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt11\\_08.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/Tt11_08.pdf))
- Stakes (2007): Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa 2004. Helsinki.
- Takala, Pentti - Klaukka, Timo - Rahkonen, Ossi (2002): Lasten lääkäripalvelujen käyttö. Suomen lääkärilehti 42/2002 vsk 57. s. 4199-4204.

- Teperi, Juha – Keskimäki, Ilmo (2007): Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus. Teoksessa Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Toim. Juho Saari – Anne Birgitta Yeung. Helsinki.
- Tuomainen, Raimo - Myllykangas, Markku - Elo, Jyrki - Ryyänen. Olli-Pekka (1999): Medikalisaatio - aikamme sairaus. Tampere.
- Tuomala, Matti (1997): Julkistalous. Tampere.
- Tuomola, Mikko (2006): Vahingoittuneiden kokemuksia henkilöstön sairaanhoitovakuutuksesta ja siihen liitetyistä ominaisuuksista. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Oikeustieteiden laitos, vakuutustiede.
- Vakuutusyhtiöiden Keskusliitto, tutkimus 25.11.2005.
- Valtonen, Hannu (2007): Oikeudenmukaisuus ja terveyspalvelujen kohdentaminen. Teoksessa Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Toim. Juho Saari – Anne Birgitta Yeung. Helsinki.
- Van de Ven, Wynad P. - van Praag, Bernard M. (1981): Risk aversion of deductibles in private health insurance: Application of an adjusted tobit model to family health care expenditures, in: van der Gaag, J - Perlman, M. eds., Health, economics and health economics. North Holland. Amsterdam.
- Wildavsky Aaron (1977): Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. *Dadadalus: Journal of hte American Academy of Arts and Sciences* 1977;106: 105-123.

## **Lainsäädäntö ja hallituksen esitykset**

HE 77/2004: Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain sekä eräiden muiden lakien muuttamisesta

HE 158/2004: Hallituksen esitys eduskunnalle lakisääteisen tapaturmavakuutuksen ja liikennevakuutuksen sairaanhoitokorvausten täyskustannusvastuun toteuttamista koskevaksi lainsäädännöksi

HE 155/2006: Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta sekä laeiksi kuntajakolain muuttamisesta ja varainsiirtoverolain muuttamisesta

## LIITTEET

Liite 1: Haastatellut lääkärit taustatietoineen

Sektorin jonka edustajana haastateltu	Työkokemus eri sektoreilta	Erikoistuminen	Vakuutuspotilaiden määrä
Julkisella sektorilla toimivat lääkärit 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>o kaikilla työkokemusta vain julkiselta sektorilta 12 - 35 v</li> <li>o kaksi miestä, kaksi naista</li> </ul>	<p>yleislääketiede terveyshuolto</p> <p>hallinnon pätevyys</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o kolmella kahden yllämainitun erikoistuminen</li> </ul>	<p>yhdellä 5-10%</p> <p>yhdellä 1/3 lapsista viikonloppupäivätyksen aikana</p>
Yksityisellä sektorilla toimivat lääkärit 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>o kaikilla työkokemusta sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta</li> <li>o julkinen sektori: muutamasta vuodesta - 30 vuoteen</li> <li>o yksityinen sektori: 4-30 v</li> <li>o kolme miestä, yksi nainen</li> </ul>	<p>ortopedia</p> <p>nuorisolääketiede</p> <p>lastentaudit</p> <p>urologia</p> <p>kirurgia</p> <p>yleislääketiede terveydenhuolto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o kolmella kahden yllämainitun erikoistuminen</li> </ul>	<p>50-60%</p> <p>90%</p> <p>1/3 (3200/v)</p> <p>10-20%</p>
Vakuutusyhtiön asiantuntijalääkärit 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>o kaikilla kokemusta sekä yksityiseltä sektorilta että vakuutusyhtiöistä, kahdella lisäksi kokemusta julkiselta sektorilta</li> <li>o julkinen sektori: kahdella yli 30 v</li> <li>o yksityinen sektori: 20-30 v</li> <li>o vakuutus-yhtiön asiantuntijalääkäri: 14-24 v</li> <li>o kaikki miehiä</li> </ul>	<p>ortopedia, traumatologia, yleislääketiede, työterveyshuolto, vakuutuslääketieteen erityispätevyys</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o kaikilla vähintään kahden yllämainitun erikoistuminen</li> </ul>	<p>vaihtelee maininnasta "vähän" - 1/3 potilaista</p>



## Liite 2: Teemahaastattelun runko

### Vakuutuksen vaikutus lääkärin käyttäytymiseen vastaanottotilanteessa

1. Tutkimuksen kohteen lyhyt esittely haastattelun alkuun
  - tutkimuksen kohteena vakuutusrahoitteinen terveydenhuolto, ja halutaan tutkia miten lääkärit suhtautuvat asiaan
  - vakuutusrahoitteisen terveyspalvelun määrä on ollut pientä, mutta on nähtävissä, että se on kasvussa Suomessa
  - ilmeneekö vakuutuksen merkitys jotenkin vastaanotolla potilaan ja lääkärin vuorovaikutuksessa - potilaan käyttäytyminen ja valinnat / erityisesti lääkärin käyttäytyminen ja valinnat
  - tutkitaan sekä vapaaehtoisten henkilövakuutusten (kuten sairausvakuutuksen ja tapaturmavakuutuksen, sekä potilaan itsensä ottaman, että työnantajan ottaman) että lakisääteisten vakuutusten (kuten työtapaturmavakuutus ja liikennevakuutus) vaikutusta
  - aineisto kerätään Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitokselle tehtävään lisensiaattityöhön (tieteellinen tutkimus) ja haastateltavilla on täysi anonymiteettisuoja, tietoja ei liitetä mitenkään yksittäisiin haastateltaviin
  
2. Haastateltavan taustatiedot
  - toimiiko pääasiassa
    - a. julkisella
    - b. yksityisellä sektorilla
    - c. onko vakuutusyhtiön asiantuntijalääkärinä
  - miten paljon potilaista vakuutuspotilaita
  - miten kauan toiminut alalla
  - erikoistuminen
  - mies/nainen



### 3. Varsinainen haastattelu

- millainen näkemys teillä on siitä, vaikuttaako potilaan käyttäytymiseen jotenkin se, että kustannukset maksetaan vakuutuksesta
  - apukysymyksiä
    - i. ennen vastaanotolle hakeutumista
    - ii. vastaanottotilanteessa
- millainen näkemys teillä on siitä, vaikuttaako lääkäreiden käyttäytymiseen jotenkin tieto, että hoidon ja tutkimusten kustannukset maksetaan vakuutuksesta
  - apukysymyksiä
    - i. vaikutus hinnoitteluun
    - ii. teetettäviin tutkimuksiin - määrään, laatuun
    - iii. kontrollikäyntien määrään
- onko havainnut joitain erityisryhmiä tai erityistilanteita
  - i. potilaiden osalta
  - ii. lääkäreiden osalta
- miten näkee tulevaisuuden
- millaisia muutoksia on kokenut uransa aikana aiheeseen liittyen
- kehitysehdotuksia
- jotain muuta mitä haluaisi tuoda esille

### Liite 3. Haastattelujen koodit ja ajankohdat

<b>Julkisen sektorin haastattelut</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ js1, mies, haastattelu 20.1.2006</li><li>○ js2, nainen, haastattelu 31.1.2006</li><li>○ js3, nainen, haastattelu 1.2.2006</li><li>○ js4, mies, haastattelu 19.3.2006</li></ul>
<b>Yksityisen sektorin haastattelu</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ ys1, mies, haastattelu 24.1.2006</li><li>○ ys2, nainen, haastattelu 31.1.2006</li><li>○ ys3, mies, haastattelu 2.6.2006</li><li>○ ys4, mies, haastattelu 26.5.2006</li></ul>
<b>Vakuutusyhtiö-lääkäreiden haastattelut</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>○ vl1, mies, haastattelu 17.1.2006</li><li>○ vl2, mies, haastattelu 18.1.2006</li><li>○ vl3, mies, haastattelu 19.1.2006</li><li>○ vl4, mies, haastattelu 19.1.2006</li></ul>

