

TURUN KAUPPAKORKEAKOULUN JULKAISUJA

PUBLICATIONS OF THE TURKU SCHOOL OF ECONOMICS



*Paavo Okko – Tom Björkroth –
Annina Lehtonen – Eija Pelkonen*

**MARKKINAPERIAATTEEN
MAHDOLLISUUDET SUOMEN
TERVEYSPALVELUJEN
TEHOKKUUDEN
EDISTÄMISESSÄ**

Sarja Keskustelua ja raportteja/
Series Discussion and Working Papers
1:2007

Copyright © Kirjoittajat & Turun kauppakorkeakoulu

ISBN 978-951-564-423-7 (nid.) 978-951-564-424-4 (PDF)
ISSN 0357-4687 (nid.) 1459-7632 (PDF)
UDK 614 (480) (48)
338.46
330.123
330.5
334.75

Esa Print Tampere, Tampere 2007

Sisällysluettelo

TIIVISTELMÄ	5
1 JOHDANTO.....	7
2 SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN TEHOKKUUDEN VERTAILUA OECD-MAIHIN JA POHJOISMAIHIN	11
2.1 Suomen terveydenhuoltomenot ja bruttokansantuote.....	11
2.2 Suomen terveydenhuoltomarkkinoiden mikrotaloudellinen tehokkuus.....	13
2.2.1 Reaalipanokset.....	14
2.2.2 Käyttöaste.....	16
2.2.3 Tuottavuus ja kustannukset	18
2.2.4 Palveluiden kyky vastata kuluttajien tarpeisiin sekä asiakastyytyväisyys.....	20
2.2.5 Yhteenveto tehokkuusvertailusta	22
3 TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISTAVAT	25
3.1 Omistajuus, tavoitteet ja kilpailu - kustannustehokkuutta määrittäviä tekijöitäkö?.....	25
3.2 Markkinarakenne, kilpailun muodot ja terveydenhuollon kustannukset	29
3.3 Toimivan kilpailun edellytykset.....	31
4 VILKAISU KILPAILUN KULISSEIHIN JA MEKANISMEIHIN	35
4.1 Valinnan merkitys.....	35
4.2 Valintaan perustuvan järjestelmän haasteita	37
4.3 Oikeat kannustimet – tie tehokkaaseen ja laadukkaaseen terveydenhuoltoon	39
5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET	43
LÄHDELUETTELO.....	45
LIITE 1: SUOMEN, OEDC-MAIDEN JA POHJOISMAIDEN TERVEYDENHUOLLON MITTAREIDEN TULOKSIA	49
LIITE 2: SEKAOLIGOPOLIN MERKITYS COURNOT’N KILPAILUSSA	51

TIIVISTELMÄ

Tässä artikkelissa luodaan katsaus Suomen terveydenhuoltosektorin tehokkuuteen erilaisten vertailujen valossa. Tehdyn tarkastelun perusteella terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta, eli ns. terveydenhuollon makrotaloudellinen tehokkuus, on Suomessa toistaiseksi verrattain hyvällä tolalla. Mikrotaloudellista tehokkuutta analysoitaessa arvio Suomen tilanteesta vaihtelee taas jonkin verran riippuen siitä, onko vertailukohteena OECD-maat kokonaisuudessaan vai ainoastaan muut Pohjoismaat. Tutkimuksessa esitetyt kansainväliset empiiriset tutkimukset antavat selkeän kuvan yksityisen palveluntuotannon paremmasta kustannustehokkuudesta. Eri tavoitteidenkin suhteen vaikuttaa siltä, että vaikuttimet tehdä voittoa palvelevat kustannustehokkuutta paremmin kuin voittoa tavoittelematon toiminta. Tämän saavuttaminen järjestelmässä, jossa tehokkuuden ja vaikuttavuuden edistäminen on jätetty pääosin julkisen toiminnan harteille, näyttäisi edellyttävän paitsi yksityisen voittoa tavoittelevan toiminnan osuuden kasvattamista, myös erityisesti kuluttajan valinnan vapauden turvaamista. Artikkelissa nostetaan esiin yksi tuore ajatusmalli, jota soveltamalla voitaisiin aikaansaada sekä kysyntä- että tarjontapuolelle vaikuttimet panostaa laadukkaisiin ja ennen kaikkea tehokkaasti tuotettuihin terveydenhuoltopalveluihin. Tämä palvelisi sekä julkisen talouden tarpeita että julkisen palveluntuotannon keskeisiä periaatteita.¹

Paavo Okko, KTT, professori

paavo.okko@tse.fi

Tom Björkroth, VTT, erikoistutkija

tom.bjorkroth@tse.fi

Annina Lehtonen, Valt. yo, tutkimusapulainen

annina.lehtonen@tse.fi

Eija Pelkonen, KTM

¹ Artikkelista on julkaistu joulukuussa 2006 suppeampi versio teoksessa: Fredriksson, S. & Martikainen, T. (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallissalan kehittämissäätöön Kunnat ja kilpailu -sarjan julkaisu nro 1. Tekijät haluavat kiittää Kunnallissalan kehittämissäätöä myötävaikutuksesta artikkelin syntyyn.

1 JOHDANTO

Terveydenhuolto on perinteisesti ollut Suomessa julkisen sektorin järjestämisen velvoitteen turvin suurelta osin julkisyhteisöjen tuottamaa. Terveyspalvelujen erityispiirteiden, kollektiivihyödykeominaisuuksien sekä kansalaisten tasa-arvo- ja oikeudenmukaisuustavoitteiden on katsottu vaativan julkista ohjausta, samalla kun yksityisen sektorin on tätä taustaa vasten usein ajateltu olevan sopimaton hyvinvointipalvelujen tuottamiseen.

Useamman vuosikymmenen jatkunut terveydenhuoltomenojen kasvu OECD-maissa on luonut paineita terveydenhuoltojärjestelmien uudistamiseen. Kasvaneiden kustannusten taustalla on ollut paitsi taloudellisen kasvun, mutta myös laajentuneen vakuutusturvan mukanaan tuoma kulutuksen lisäys. Tämä kehitys ei tarjoa tyhjentävää selitystä kustannusten nousulle ja väitetäänkin, että sääntely ja pääosin julkinen palveluntuotanto eivät ole tarjonneet riittäviä vaikuttimia pitää terveydenhuoltomenoja kurissa. Siten kustannusten kasvun julkiselle taloudelle asettamat haasteet ovat pakottaneet eri puolilla pohtimaan, miten tehostaa toimintaa terveydenhuollossa sekä harkitsemaan vaihtoehtoisia terveyspalvelujen tuotantotapoja kansalaisten tasa-arvoista asemaa ylläpitävillä tavoilla.

Terveydenhuoltojärjestelmän tehokkuutta voidaan arvioida sekä makro- että mikronäkökulmasta. Makrotasolla tarkasteltuna terveyspalveluiden tehokkaasta järjestämisestä kertoo terveydenhuollon kokonaismenojen osuus maan bruttokansantuotteesta. Makrotason tehokkuuden tavoittelemisen tärkeyttä on helppoa perustella sillä, että terveydenhuoltomenot muodostavat verrattain suuren osan BKT:sta. Suhteellisten terveydenhuoltomenojen matala taso ei kuitenkaan sinällään kerro järjestelmän tehokkuudesta, vaan tarkastelua tulee täydentää kokonaismenojen avulla saadun palvelukyvyn analysoinnilla.

Mikrotaloudellinen tehokkuus palvelee myös makrotason tehokkuutta. Mikrotasolla tehokkuuteen kuuluvat absoluuttisten kustannustasojen ohella myös laadulliset seikat ja palvelujen kyky vastata käyttäjien tarpeita ja mieltymyksiä. Mikrotason tehokkuuspyrkimyksessä on siis kyse laadun ja asiakastytyväisyyden maksimoimisesta annetuilla resursseilla, tai kääntäen, tietyn laatu- ja tyytyväisyystason saavuttamisesta minimikustannuksin. Tämä on tosin hyvin staattinen kuva tehokkuuspyrkimyksestä, ja siksi on lisäksi huomioitava dynaamisen tehokkuuden tavoittelu. Tällä tarkoitetaan niiden teknologioiden ja järjestämistapojen löytämistä, joilla voidaan lisätä terveydenhuollon tuottavuutta. Innovaatiot, etenkin vaikuttavat innovaatiot, ovat avainasemassa tämän

tehokkuusmuodon saavuttamisessa. Innovatiiviset tavat palveluiden järjestämiseen voivat osaltaan edesauttaa allokatiiivisen tehokkuuden parantumista, eli että resurssit ohjautuvat sinne, missä niitä voidaan hyödyntää tehokkaimmin.

Tehokkuuden tavoittelun ei aina tarvitse kohdistua absoluuttisen kustannustason hillitsemiseen. Tehokkuuden painottaminen on tärkeätä myös silloin, kun palvelujen kysyntä ja tarjonta eivät kohtaa, tai jos järjestämistavat tuottavat suuria markkinaepäonnistumisia. Oman haasteensa muodostavat tässä ne järjestelmät, joissa kolmas osapuoli vastaa käytetyn palvelun kustannuksista. Kysyntäpuolella voidaan tiukat budjetit ja julkisen sektorin ostajavoiman käyttö nähdä yhtenä mahdollisuutena menojen kurissa pitämiseen. Nämä mahdollisuudet on kuitenkin nähty rajallisina, kun tuottajaporrasakin on suurelta osin julkisen sektorin hallinnassa, ja kun budjettitalous ei aina anna riittäviä saati oikeita kannustimia kustannustehokkuuteen pyrkimiseksi.

Lisääntynyt vastuu ja osaaminen palvelujen ostoissa ovat omiaan parantamaan tehokkuutta välillisesti, mutta yksi keskeinen kysymys on kuitenkin, miten palvelut tulisi tuottaa. Yhtäältä asiaa voidaan tarkastella tuotannontekijöiden omistuksen sekä siihen liittyvien tavoitteiden näkökulmasta, ja toisaalta myös tuotannon järjestäytymisen kannalta.

Omistajuuden ja tavoitteiden suhteen tehokkuuden vertailu on perinteisesti tapahtunut yksityisen ja julkisen palveluntuotannon välillä. Terveysthuolto- ja palveluiden osalta kansainväliset empiiriset tulokset tukevat lähes poikkeuksetta ajatusta, että voittoa tavoitteleva yksityinen tuotanto on julkista kustannustehokkaampaa. Nämä tulokset sisältävät kuitenkin vivahteita, joita ei kokonaan voida sivuuttaa, mikäli yksityisessäkin tuotannossa halutaan turvata julkisen palveluntuotannon keskeisten periaatteiden toteutuminen. Uusimmat teoreettiset työt tukevat kuitenkin ajatusta, että voitonmaksimointia laajempia vaikuttimia omaavien toimijoiden läsnäolo markkinoilla voi hyvinvointimielessä olla suotavaa.

Palvelujen järjestämistavoissa on kilpailu ja kilpailuttaminen nähty yhtenä vastauksena terveydenhuollon kustannusten nousun hillitsemiseen. On kuitenkin huomattava, että lopputuloksen kannalta on hyvin ratkaisevaa, missä muodossa kilpailua käydään. Väärin vaikuttimin toteutettuna tulos voi olla tavoitteisiin nähden diametraalinen, eli seurauksena on kustannusten nousu ja toiminnan kasvava tehottomuus. Oikein toteutettuna kilpailu on valjastettu tukemaan kuluttajan valintaa eri toimijoiden välillä siten, että kaikilla osapuolilla säilyvät vaikuttimet panostaa laadukkaaseen ja tehokkaasti tuotettuun terveydenhuoltoon.

Terveysthuolto- ja palveluiden ollessa ominaispiirteiltään kompleksisia on selvää, että omistajuuden ja etenkin kilpailun vaikutukset voivat olla eri osaluilla hyvinkin erilaiset. Tätä silmällä pitäen voidaan kuitenkin poimia esiin innovatiivisia ajatuksia järjestämistavoista, joilla eri toimijoiden vaikuttimilla

saadaan vietyä terveydenhuoltomarkkinoita suuntaan, jossa lopputuloksena on loppukäyttäjien kokemana todellinen lisäarvo samalla, kun julkisen talouden rasitetta kevennetään.

Tämä artikkeli käsittelee yllämainittuja seikkoja lähtökohtanaan suomalainen terveydenhuolto ja sen vertaaminen OECD-maiden ja Pohjoismaiden tunnuslukuihin. Tehokkuusnäkökulman lisäksi artikkelissa käsitellään omistajuuden, tavoitteiden ja kilpailun kannalta keskeisiä kysymyksenasetteluja. Artikkelin tarkoituksena on tarkastella kriittisesti kansainvälisiä kokemuksia, ja tuoda ajatuksia pohjaksi sille kehitystyölle, jota tehdään kotimaisen terveydenhuoltomme uudistamiseksi entistä markkinalähtoisemmäksi.

Artikkeli rakentuu seuraavasti. Luvussa 2 verrataan Suomen terveydenhuoltojärjestelmän mikro- ja makrotaloudellisia tunnuslukuja OECD-maihin, Pohjoismaihin ja osin myös EU15-maihin. Suomen vertailu Pohjoismaihin erikseen on mielekästä maiden samantyyppisten terveydenhuoltojärjestelmien vuoksi. Luku 3 luo katsauksen omistajuuden ja tavoitteidenasettelujen vaikutuksesta tehokkuuteen, ja ottaa myös tarkasteluun kilpailun mukanaan tuomat ongelmat kun tämä tapahtuu väärällä tasolla ja väärin vaikuttimin. Luvussa 4 paneudutaan kilpailun ja kilpailuttamisen taustoihin, eli valinnan mahdollistamisen mukanaan tuomiin mahdollisuuksiin ja haasteisiin. Tässä otetaan myös esiin ajatusmalli siitä, miten luoda eri markkinaosapuolille vaikuttimet panostaa laadukkaaseen ja tehokkaaseen terveydenhuoltoon. Luku 5 tiivistää artikkelin sanoman ja kokoaa tärkeimmät johtopäätökset.

2 SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄN TEHOKKUUDEN VERTAILUA OECD-MAIHIN JA POHJOISMAIHIN

2.1 Suomen terveydenhuoltomenot ja bruttokansantuote²

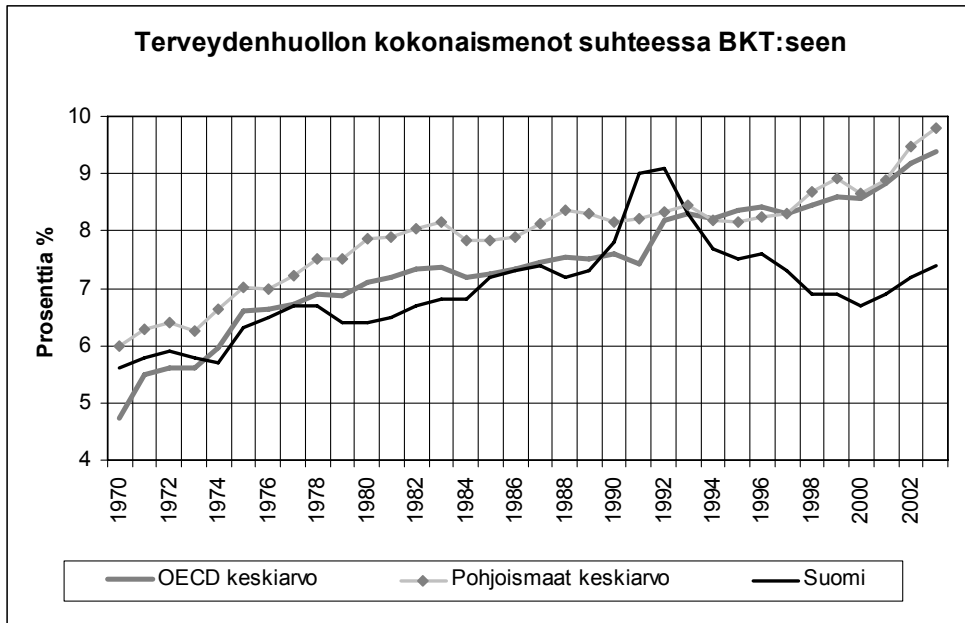
Julkisten terveydenhuoltomenojen finanssipoliittinen kestävyys eli ns. makrotaloudellinen tehokkuus taataan silloin, kun terveydenhuollon kokonaismenoille löydetään yli ajan oikea taso verotulojen ollessa pääasiallinen rahoituksen lähde. Veroja ei voida korottaa loputtomiin etenkään Suomen kaltaisessa maassa, jossa verotus on jo ennestään kansainvälisesti vertaillen kireää. Lisäksi väestön ikääntymisestä johtuen työikäisten, ts. veronmaksajien suhteellinen osuus väestöstä vähenee samalla kun terveydenhuoltopalvelujen kysyntä kasvaa. Täten julkisen kulutuksen kasvua on kontrolloitava, jotta valtio ja paikallishallinto yltäisivät tasapainoiseen talouteen pitkällä aikavälillä.

Suomen, muiden OECD-maiden³ sekä Pohjoismaiden⁴ terveydenhuoltomenojen kehitystä 1970-luvulta vuoteen 2003 on havainnollistettu kuviossa 1. Siitä voidaan nähdä, että maiden terveydenhuollon kokonaismenoissa on tarkasteltavana ajanjaksona ollut nouseva trendi.

² Luvut 2.1 ja 2.2 perustuvat suurelta osin OECD:n raporttiin: OECD (2005a) OECD Reviews of Health Systems: Finland. Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.

³ 19 OECD-maan painottamaton keskiarvo. Suomen lisäksi seuraavat maat jätetty pois: Italia, Korea, Kreikka, Meksiko, Puola, Ranska, Slovakia, Tsekin tasavalta, Turkki ja Unkari. Muutamassa tapauksessa on käytetty edellisen tai seuraavan vuoden lukua tiedon puuttuessa. Ks. lähemmin OECD 2005b.

⁴ Islannin, Norjan, Ruotsin ja Tanskan painottamaton keskiarvo.



Kuvio 1: Terveydenhuollon kokonaismenot suhteessa bruttokansantuotteeseen; Suomi, OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvot.
Lähde: OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October.

Suomen terveydenhuollon kokonaismenot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat kuvion mukaan pääsääntöisesti olleet Pohjoismaiden ja OECD-maiden keskiarvoja alhaisemmalla tasolla. Poikkeuksen tässä muodostaa 1990-luvun laman aikoihin sijoittuva piikki. Silloin Suomen terveydenhuoltomenot nousivat yli 9 %:iin BKT:sta vuonna 1992, kun Pohjoismaiden ja OECD-maiden keskiarvot olivat molemmat hieman yli 8 % BKT:sta. Tämän jälkeen suhteelliset menot laskivat lähes jatkuvasti vuoden 1992 huipusta vuoteen 2000 saakka. Vielä vuonna 2003 Suomen BKT:seen suhteutetut terveydenhuoltomenot olivat noin 20 % (tai 2 prosenttiyksikköä) pienemmät kuin OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvot. Edellä kuvaillun 1990-luvun ja sen jälkeisen ajan terveydenhuoltomenojen kehityksen taustalla ovat olleet paitsi Suomen talouden yleinen kehitys, niin myös terveydenhuollon järjestämiseen liittyneet poliittiset päätökset, joista mainittakoon esimerkiksi valtionosuusuudistus vuonna 1993.

Suomen BKT kutistui 1990-luvun alkuvuosina neljänä peräkkäisenä vuotena, kun samaan aikaan henkeä kohden lasketut terveydenhuoltomenot kasvoivat vuoteen 1991 asti ja laskivat vain hieman vuonna 1992. Tästä johtuu piikki Suomen terveydenhuollon suhteellisissa menoissa vuosina 1991 ja 1992. Terveydenhuoltomenojen laman aikainen kehitys noudatti silloista julki-

nessa kulutuksessa vallalla ollut linjaa, jolloin monista palveluista ja etuuksista leikattiin. Siten myös henkeä kohti lasketut terveydenhuollon kokonaismenot laskivat vuodesta 1992 lähtien. Ne kääntyivät lievään kasvuun vasta vuonna 1996, vaikka Suomen BKT:een kasvu vuodesta 1994 eteenpäin oli nopeampaa kuin muun OECD:n. Suomen tapaus osoittaa, että BKT:een kasvulla ja terveydenhuoltomenojen kasvulla ei välttämättä tarvitse olla sellaista automaattista yhteyttä, josta on saatu todisteita poikkileikkauksissa pitäytyvissä tutkimuksissa (esim. Oxley & MacFarlan, 1995).

Terveydenhuollon rahoituksen vastuu siirrettiin kunnille vuonna 1993 juuri, kun lama heikensi kuntien ja valtion veroperustaa. Uudistus tarkoitti sitä, että aikaisemmat kustannussidonnaiset tehtäväkohtaiset valtionosuudet korvattiin suoraan peruskunnalle menevillä ns. laskennallisilla korvamerkkitsemättömillä valtionosuuksilla. Kehityksen vaikuttimina olivat mm. toiminnan tehostaminen ja uudistusta edeltänyt yksityiskohtainen sääntely, joka rajoitti kuntien mahdollisuuksia järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto paikalliset olosuhteet huomioon ottaen tarkoituksenmukaisimmalla tavalla (HE 216/1991). Valtionosuusjärjestelmän uudistuksen kanssa samanaikaisesti toteutettu valtionosuuksien leikkaus vahvisti osaltaan tavoiteltua kuntien toiminnan tehostumista (Moisio, 2002 ja Hjerppe, 2002). Kuten kuvioista 1 havaitaan, valtion ja kuntien harjoittama kurinalainen talouspolitiikka sai aikaan terveydenhuollon kokonaismenojen laskun vuodesta 1993 eteenpäin vuoteen 2000 saakka.

Koska Suomen BKT:seen suhteutetut terveydenhuoltomenot ovat verrattain kohtuulliset, maan lähtötilanne väestön ikääntymisen aiheuttamaan kysynnän kasvuun on melko vahva verrattuna useimpiin muihin OECD-maihin. Kuntien terveydenhuoltomenot ovat kuitenkin olleet kasvussa jälleen vuodesta 2000 lähtien. Kuntien talouden heikkeneminen näkyy velkaantumisena, ja monilla kunnilla on ongelmia hallita sairaanhoitopiirien sairaalapalvelukuluja, mistä johtuen muihin palveluihin käytettyjä varoja on jouduttu supistamaan. Terveydenhuoltomenoja on kontrolloitava, jotta valtio ja paikallishallinto velkaantumisen sijaan yltaisivät tasapainoiseen talouteen pitkällä aikavälillä.

Suomen terveydenhuoltojärjestelmän mikrotaloudellisen tehokkuuden kansainvälisen vertailun tuloksia käsitellään seuraavaksi luvussa 2.2.

2.2 Suomen terveydenhuoltomarkkinoiden mikrotaloudellinen tehokkuus

Terveydenhuollon mikrotaloudellisessa tehokkuudessa on kysymys resursseista saatavan hyödyn tai ”rahan vastikkeen” maksimoimisesta. Tämä tavoiteltu arvo perustuu painotettuun yhdistelmään parantunutta terveydentilaa ja palvelujen kykyä vastata kuluttajien tarpeita. Terveyspolitiikan tavoitteena tu-

lisi olla mikrotaloudellisen tehokkuuden lisääminen, koska näin saadaan joko tietty hyöty/tietyt edut alemmilla kustannuksilla tai enemmän hyötyä/etuja ilman lisäkustannuksia. Siten mikrotaloudelliseen tehokkuuteen pyrkiminen edistää myös makrotaloudellisen tehokkuuden saavuttamista. Seuraavaksi vertaillaan Suomen terveydenhuollon mikrotaloudellista tehokkuutta muutamilla sitä havainnollistavilla mittareilla OECD-maiden ja Pohjoismaiden vastaaviin. Mittarit ovat terveydenhuoltopalveluiden reaaliset (tuotanto)panokset, käyttöaste, tuottavuus, palveluiden kyky vastata kuluttajien tarpeisiin sekä asiakastyytyväisyys.

2.2.1 Reaalipanokset

Suomen sekä muiden OECD-maiden⁵ ja Pohjoismaiden⁶ reaalipanosten taso terveydenhuollon ammattilaisten sekä akuutti⁷- ja pitkäaikaishoitopaikkojen⁸ suhteen vuonna 2003 on kuvattu alla olevassa kuviossa 2 (ks. myös liite 1). Kuvion mukaan Suomessa oli OECD-maiden keskiarvoa enemmän sairaanhoitajia, farmaseutteja sekä hammaslääkäreitä, ja Pohjoismaiden keskiarvoa enemmän farmaseutteja ja hammaslääkäreitä tuhatta ihmistä kohti.⁹ Ero hammaslääkäreissä ja farmaseuteissa Suomen ja Pohjoismaiden keskiarvon välillä on kuitenkin pienempi kuin Suomen ja OECD-maiden keskiarvon välillä.

⁵ 18 OECD-maan painottamaton keskiarvo. Suomen lisäksi seuraavat maat jätetty pois: Espanja, Irlanti, Islanti, Italia, Japani, Korea, Kreikka, Meksiko, Portugali, Ruotsi ja Uusi-Seelanti.

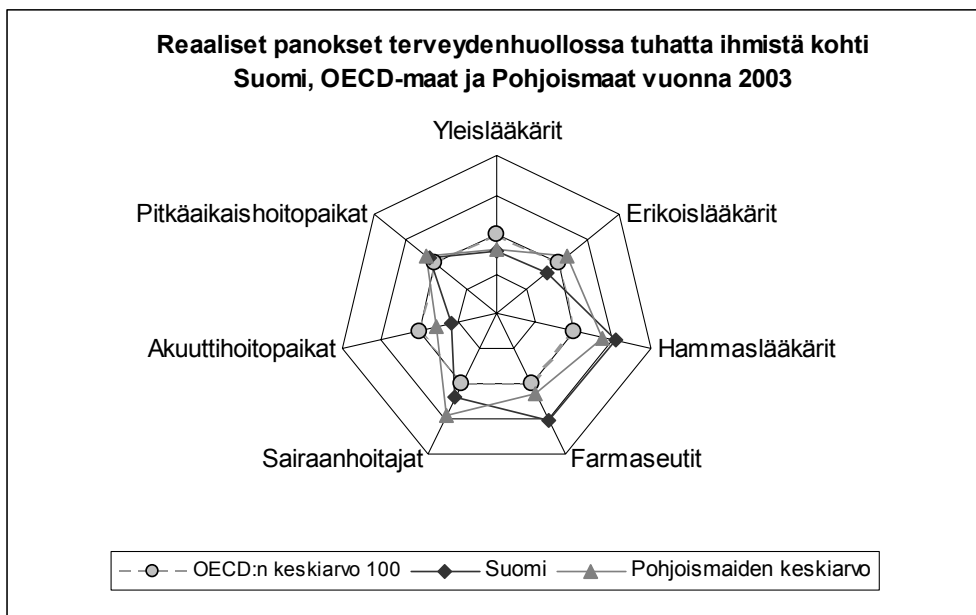
⁶ Neljän Pohjoismaan (painottamaton) keskiarvo. Erikois- ja hammaslääkäreiden, sairaanhoitajien sekä pitkäaikaishoitopaikkojen tapauksessa tietojen puuttumisesta johtuen ainoastaan kolmen Pohjoismaan keskiarvo. Joissakin tapauksissa on käytetty vuoden 2002 tietoja vuoden 2003 tietojen puuttuessa. Ks. lähemmin OECD 2005b.

⁷ Pohjoismaista akuuttihoitopaikkojen suhteen Suomea verrattu ainoastaan Norjaan, muista ei ollut tietoja saatavilla.

⁸ OECD-maiden pitkäaikaishoitopaikkojen keskiarvosta on jätetty pois seuraavat maat: Belgia, Espanja, Italia, Itävalta, Korea, Ranska, Slovakia, Tsekin tasavalta ja Unkari. Eriävistä laskentamenetelmistä johtuen maiden pitkäaikaishoitopaikkojen määrä on todennäköisesti aliarvioitu.

⁹ Suomen tapauksessa farmaseutit käsittää apteekkien farmaseuttisen koulutuksen saaneen henkilökunnan (apteekarit, proviisorit ja farmaseutit). OECD:n keskiarvoa laskettaessa on käytetty lukuja vuodelta 2003 lukuun ottamatta Australiaa, Belgiaa, Ruotsia, Sveitsiä, Tanskaa ja Yhdysvaltoja, joiden kohdalla on käytetty vuoden 2002 lukuja. Ks. lähemmin OECD 2005b.

Luvuissa ei ole huomioitu osa-aikaisten työntekijöiden määrän vaihtelua maiden välillä. Suomessa on suhteellisesti enemmän naisia hammaslääkäreinä, ja näin ollen oletettavasti enemmän osa-aikaisia kuin useissa muissa maissa.



Kuvio 2: Suomen terveydenhuoltopalveluiden tuottamisen reaali-panokset suhteessa OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvoon.
Lähteet: OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October; Suomen Apteekkariliitto (2004). Vuosikatsaus 2004. Omat laskelmat.

Suomessa yleis- ja erikoislääkäreiden määrä oli OECD-maiden keskiarvoa, ja yleis- ja erikoislääkäreiden sekä sairaanhoitajien määrä Pohjoismaiden keskiarvoa pienempi tuhatta ihmistä kohti. Erikoislääkäreiden vähyys Suomessa (1,40/1000 as.) korostuu entisestään siirryttäessä vertailussa OECD:n keskiarvosta Pohjoismaiden keskiarvoon (2,00/1000 as.). Sen sijaan ero yleislääkäreiden määrässä tasoittuu verrattaessa Suomea Pohjoismaihin, sillä yleislääkäreitä oli Suomessa 0,70 tuhatta ihmistä kohti, eli vain hieman vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa keskimäärin (0,73/1000 as.).

Akuuttihoitopaikkoja oli Suomessa tuhatta ihmistä kohti selvästi vähemmän kuin muissa OECD-maissa ja Pohjoismaissa keskimäärin. Pitkäaikaishoitopaikkoja taas oli tuhatta asukasta kohti hieman enemmän kuin muissa OECD-maissa, ja toisaalta hieman vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Todennä-

köisesti akuuttihoitopaikkojen määrä on kuitenkin aliarvioitu ja vastaavasti pitkäaikaishoitopaikkojen määrä yliarvioitu verrattuna muihin maihin.¹⁰

Terveydenhuollon ammattilaisten kokonaismäärä tuhatta asukasta kohti oli Suomessa 13,7, kun OECD-maiden keskiarvo oli 12,8. Akuutti- ja pitkäaikaishoitopaikkojen kokonaismäärä tuhatta asukasta kohti oli Suomessa 9,4, kun OECD:n keskiarvo oli 11,1.

Yllä olevasta käy ilmi, että Suomen terveydenhuollon reaalipanokset eivät lääkäreitä, erikoislääkäreitä ja akuuttihoitopaikkoja lukuun ottamatta ole pienemmät kuin OECD:ssä keskimäärin, vaikka terveydenhuollon absoluuttiset ja BKT:seen suhteutetut kokonaismenot ovat Suomessa selvästi alhaisemmat kuin OECD-maissa tai Pohjoismaissa. Muihin Pohjoismaihin verrattuna sairaanhoitajien ja erikoislääkäreiden vähäinen määrä Suomessa on silmiinpistävää.

2.2.2 Käyttöaste

Kuviossa 3 on vertailtu Suomen, OECD-maiden¹¹ ja Pohjoismaiden¹² terveydenhuoltopalveluiden käyttöastetta viidellä osa-alueella vuonna 2003 (ks. myös liite 1).

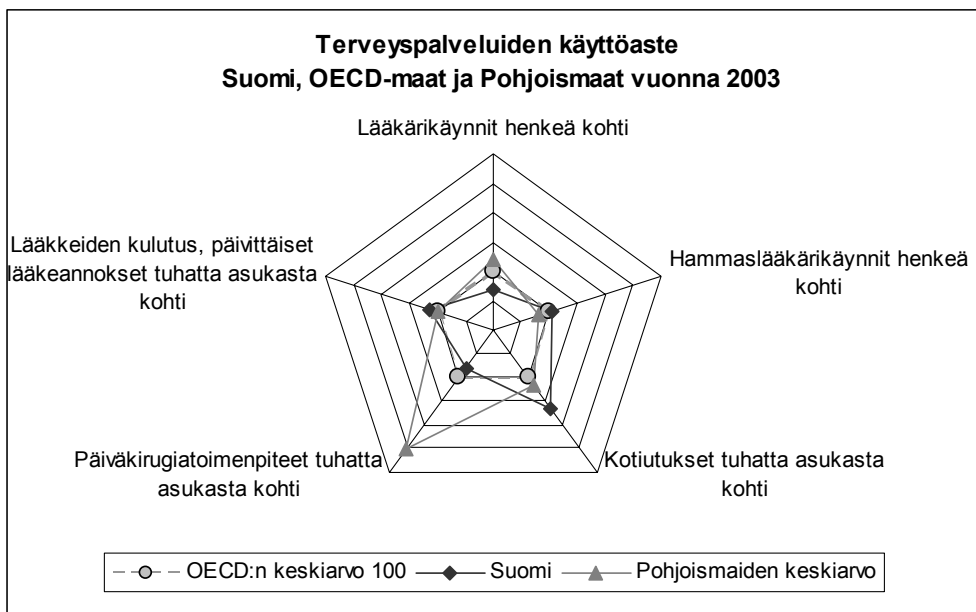
Terveydenhuoltopalveluiden käyttöaste oli Suomessa OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvon yläpuolella kolmella osa-alueella: hammaslääkärikäynneissä, kotiutuksissa sekä lääkkeiden kulutuksessa.¹³ Ero hammaslääkärikäynneissä kasvaa ja ero kotiutuksissa pienenee siirryttäessä vertailussa OECD-maiden keskiarvosta Pohjoismaiden keskiarvoon.

¹⁰ Näin siksi, että vuodesta 1996 Suomessa on akuuttihoitopaikat laskettu jakamalla akuutti- ja pitkäaikaishoitopäivät luvulla 365, mikä olettaa 100 %:n käyttöastetta (*occupancy rate*). Käyttöaste on akuuttihoitotilassa tavallisesti huomattavasti 100 %:n alapuolella. Pitkäaikaishoidon paikat on taas yliarvioitu, koska Suomen luvuissa näihin liitetään terveyskeskusten ja vanhainkotien vuodepaikat.

¹¹ 16 OECD-maan (painottamaton) keskiarvo. Suomen lisäksi seuraavat maat jätetty pois: Islanti, Itävalta, Japani, Korea, Kreikka, Norja, Puola, Ranska, Ruotsi, Slovakia, Tsekin tasavalta, Turkki ja Yhdysvallat. Joissakin tapauksissa on käytetty vuoden 2002 tietoja vuoden 2003 tietojen puuttuessa. Ks. lähemmin OECD 2005b.

¹² Neljän Pohjoismaan (painottamaton) keskiarvo. Lääkäri- ja hammaslääkärikäynneissä sekä päiväkirurgisissa toimenpiteissä tietojen puuttumisesta johtuen Suomea on verrattu ainoastaan Tanskaan. Joissakin tapauksissa on käytetty vuoden 2002 tietoja vuoden 2003 tietojen puuttuessa. Ks. lähemmin OECD 2005b.

¹³ Lääkkeiden kokonaiskulutus on esitetty päivittäisinä lääkeannoksina (DDD = Defined Daily Dose) tuhatta asukasta kohti. OECD-maidenkin tapauksessa Suomea on verrattu ainoastaan Pohjoismaiden (Islanti, Norja, Ruotsi ja Tanska) keskiarvoon johtuen vertailukelpoisten tietojen puuttumisesta.



Kuvio 3: Suomen terveydenhuoltopalveluiden käyttöaste suhteessa OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvoon.

Lähde: OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October, omat laskelmat.

Suomessa oli OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvoa vähemmän yleis- ja erikoislääkäreitä tuhatta ihmistä kohti (ks. kuvio 2 edellä), mistä johtuu osittain myös henkeä kohti laskettujen lääkärikäyntien suhteellisen alhainen määrä. Ero lääkärikäyntien määrässä kasvaa, kun vertailukohta vaihtuu OECD-maista Pohjoismaihin. Käynnit muiden ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien, vastaanotoilla ovat saattaneet korvata lääkärikäyntejä Suomessa enemmän kuin muissa OECD-maissa. Sairaanhoitajan vastaanotot muodostavat Suomessa noin 60 % terveyskeskuskäynneistä.

Kotiutusten määrä oli Suomessa jopa noin 65 % OECD-maiden ja noin 40 % Pohjoismaiden keskiarvon yläpuolella.¹⁴ Suomessa akuutin sairaalahoidon keskimääräinen kesto oli kuitenkin vain 63 % OECD-maiden ja 73 % Pohjoismaiden keskiarvosta vuonna 2002, mikä todennäköisesti heijastaa suurelta osin kotiutusten korkeampaa tasoa.

¹⁴ Suomessa kotiutukset sisältävät myös potilaiden siirrot sairaalayksiköstä toiseen, kun taas muiden OECD-maiden luvut eivät sisällä sairaalan sisäisiä siirtoja. Kotiutusten määrää ei kuitenkaan voida pitää todistuksena palvelun korkeasta laadusta, vaan ne saattavat olla myös keino tulostittareiden manipuloimiseen (vrt. alempana käsky- tai määräysvaltaan perustuvaan palveluiden järjestämistapaan luvussa 4.1).

Päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä oli Suomessa todellisuudessa OECD:n ilmoittamaa lukua suurempi, koska siinä ei ole huomioitu esimerkiksi suurinta osaa yksityisellä sektorilla suoritetuista toimenpiteistä. Toisaalta nämä tiedot voivat olla joiltakin osin puutteellisia myös muiden OECD-maiden osalta. Kuvioista 3 nähdään, että Suomen päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä tuhatta asukasta kohti oli OECD-maiden keskiarvoa alhaisempi. Ero toimenpiteiden määrässä kasvaa kuitenkin merkittävästi, kun vertailukohdaksi otetaan OECD-maiden sijaan Pohjoismaat.

2.2.3 Tuottavuus ja kustannukset

Suomen terveydenhuollon tuottavuutta ja kustannuksia suhteessa muihin OECD-maihin¹⁵ ja Pohjoismaihin¹⁶ vuonna 2003 on vertailtu viidellä mittarilla kuviossa 4 (ks. myös liite 1). Tuottavuutta mitataan tässä karkeasti seuraavilla mittareilla: päivittäiset lääkeannokset farmaseuttia kohti¹⁷, hoitokäynnit lääkäriä kohti¹⁸, hoitokäynnit hammaslääkärinä kohti sekä kotiutukset erikoislääkärinä kohti. Tulkittaessa näitä tuloksia on kuitenkin huomattava, etteivät mittarit huomioi maiden välisiä vaihteluja terveydenhuollon laadussa. Kustannuksia on mitattu hallintokustannusten osuudella terveydenhuollon kokonaiskustannuksista ja osuus on esitetty kuviossa käännteislukuna.¹⁹

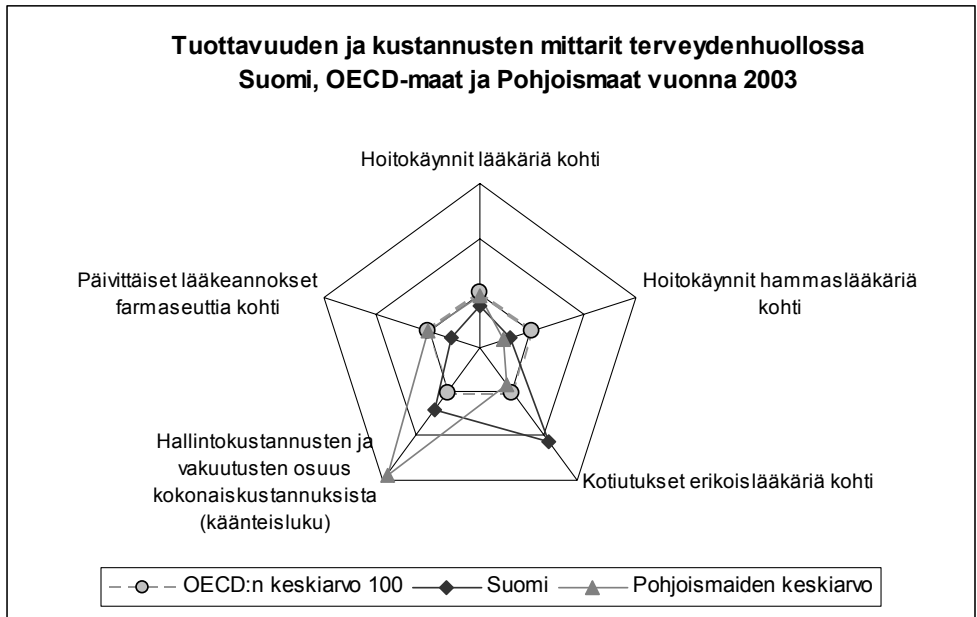
¹⁵ 17 OECD-maan (painottamaton) keskiarvo. Suomen lisäksi seuraavat maat jätetty pois: Belgia, Espanja, Irlanti, Islanti, Italia, Japani, Korea, Kreikka, Portugali, Puola, Turkki, Uusi-Seelanti ja Yhdistynyt Kuningaskunta. Tiedon puuttuessa on käytetty vuoden 2002 lukua. Ks. lähemmin OECD 2005b.

¹⁶ Neljän Pohjoismaan (painottamaton) keskiarvo. Lääkäri- ja hammaslääkärikäynneissä Suomea on verrattu ainoastaan Tanskaan tietojen puuttumisesta johtuen. Joissakin tapauksissa on käytetty vuoden 2002 tietoja vuoden 2003 tietojen puuttuessa. Ks. lähemmin OECD 2005b.

¹⁷ Lääkkeiden kokonaiskustannukset on määritetty lääkeannoksina farmaseuttia kohti. Kuviossa on myös OECD-maiden tapauksessa verrattu Suomen lukua ainoastaan Pohjoismaiden (pois lukien Islanti) keskiarvoon vertailukelpoisten tietojen puuttumisesta johtuen. Suomen tapauksessa farmaseutit käsittävät apteekkien farmaseuttisen koulutuksen saaneen henkilökunnan (apteekkarit, proviisorit ja farmaseutit), ja luvut on saatu Apteekkariliiton Vuosikatsauksesta 2004.

¹⁸ Islannin, Norjan, Ruotsin, Suomen ja Tanskan lääkärit ja erikoislääkärit: NOMESCO (2005) Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen. (s. 181).

¹⁹ Hallintokustannusten osuus terveydenhuollon kokonaiskustannuksista on esitetty käännteislukuna (1/x), jotta suurempi arvo heijastaa parempaa tehokkuutta kuvion muiden mittareiden tavoin.



Kuvio 4: Suomen terveydenhuollon tuottavuus ja kustannukset suhteessa OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvoon.
Lähteet: OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October; Suomen Apteekkariliitto (2004) Vuosikatsaus 2004; NOMESCO (2005) Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen (s. 181). Omat laskelmat.

Kuviosta on pääteltävissä, että tuottavuus oli Suomessa alhaisempi kuin muissa OECD-maissa keskimäärin lukuun ottamatta kotiutuksia erikoislääkärinä kohti, mikä todennäköisesti ilmentää pääasiassa akuutin sairaalahoidon keskimääräistä lyhyttä kestoa ja erikoislääkäreiden OECD-maiden keskiarvoa vähäisempää määrää. Pohjoismaita parempi tuottavuus Suomella oli samoin kotiutuksissa erikoislääkärinä kohti, sekä hoitokäynneissä hammaslääkärinä kohti. Ero kotiutuksissa erikoislääkärinä kohti kasvaa edelleen, kun vertailukohta vaihtuu OECD-maista Pohjoismaihin. Hoitokäyntien määrässä lääkärinä kohti ero kutistuu, kun vertailukohta vaihtuu OECD-maista Pohjoismaihin. Vertailukelpoisten tietojen puuttumisesta johtuen Suomea verrattiin päivittäisten lääkeannosten osalta myös kuviossa 4 ainoastaan Pohjoismaihin.

Terveydenhuollon hallintokustannukset näyttävät olleen suhteellisen alhaiset Suomessa verrattuna OECD-maihin (koska käänteisluku on suhteellisen suuri) heijastaen parempaa tehokkuutta. Sen sijaan Suomen terveydenhuollon hallintokustannusten osuuden käänteisluku on selvästi Pohjoismaiden keskiarvon alapuolella. Näiden mittareiden perusteella saatu kuva Suomen tervey-

denhuoltojärjestelmän tuottavuudesta ja kustannuksista - sikäli kun niitä voidaan mitata - ei ole yksiselitteinen.

2.2.4 Palveluiden kyky vastata kuluttajien tarpeisiin sekä asiakastytyväisyys

Suomen terveydenhuollon mukautuminen asiakkaiden tarpeisiin on osittain puutteellista johtuen pitkistä jonotusajoista. Jonotusajat yleislääkärin vastaanotolle sekä elektiiivisiin²⁰ kirurgisiin toimenpiteisiin ovat olleet Suomessa 1990-luvun puolivälissä pitkät verrattuna useimpiin OECD-maihin (Boerma & Fleming, 1998). Pohjoismaista jonotusajat yleislääkärin vastaanotolle olivat pitkät myös Ruotsissa ja Norjassa, kun taas Tanskassa ja etenkin Islannissa tämä ongelma oli merkittävästi pienempi. Elektiiivisiä kirurgisia toimenpiteitä verrattaessa keskimääräinen jonotusaika oli Suomessa pidempi kuin esimerkiksi Norjassa ja Tanskassa.

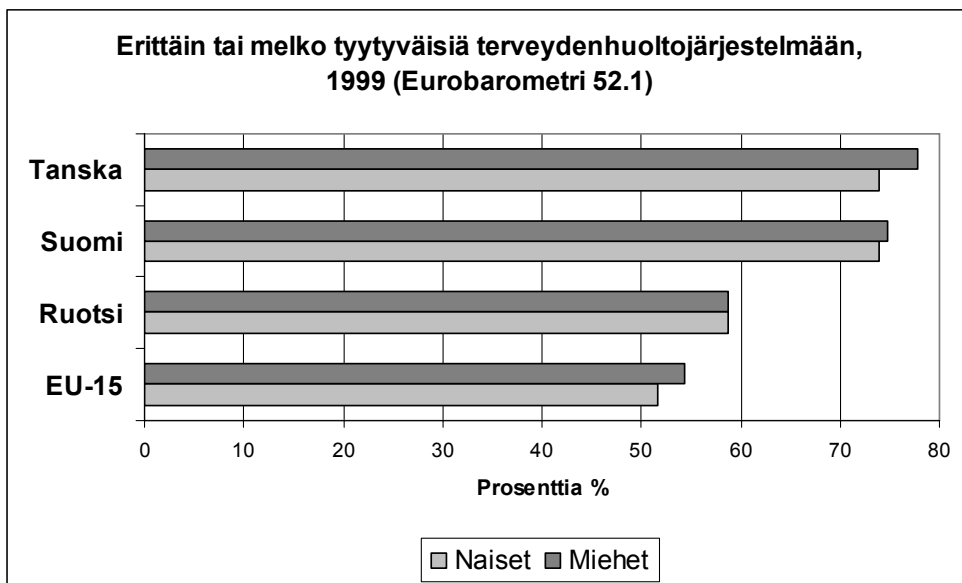
OECD:n arvion mukaan syynä pitkiin jonotusaikoihin voivat olla potilaan valinnan vapauden sekä palveluntarjoajien taloudellisten kannustimien puute. Pitkistä jonotusajoista huolimatta suomalaiset ovat kuitenkin yleensä tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmäänsä. OECD kuitenkin korostaa, että tämä voi osaltaan johtua suomalaisten vaatimattomista odotuksista (OECD 2005a, 53–54).

Syksyllä 2001 julkistetun selvityksen mukaan suomalaiset palvelujen käyttäjät olivat varsin tyytyväisiä kunnalliseen terveyskeskukseen. Kolme neljästä vastaajasta oli tyytyväinen muun muassa hoidon laatuun ja henkilökunnan palvelualltiuteen. Tyytymättömyyttä sen sijaan aiheuttivat etenkin jonotusaika ja ajan saanti. Vajaa kolmannes vastaajista oli tyytymättömiä jonotusaikaan, kun ajan saantiin tyytymättömiä oli runsas viidennes (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 2002.).

Samansuuntaisia tuloksia raportoi myös Eurostat (2002). Kuviossa 5 on esitetty terveydenhuoltojärjestelmään erittäin tai melko tyytyväisten osuus Tanskan, Suomen, Ruotsin sekä EU-15:n osalta vuonna 1999. Luvut ovat verrattain vanhoja, mutta uudempiin kyselyihin perustuvia tuloksia ei ole tätä kirjoitettaessa ollut saatavilla (vrt. Kansanterveyslaitoksen internet-sivusto).²¹

²⁰ Elektiiivinen tarkoittaa ”valittavissa olevaa” tai valikoivaa. Esimerkiksi elektiiivisellä leikkauksella tarkoitetaan leikkausta, joka ei ole kiireellinen ja jonka ajankohta voidaan valita (päivystysleikkauksen vastakohta).

²¹ <http://www.ktl.fi/org/esittely/huttunen/slide7.html>.

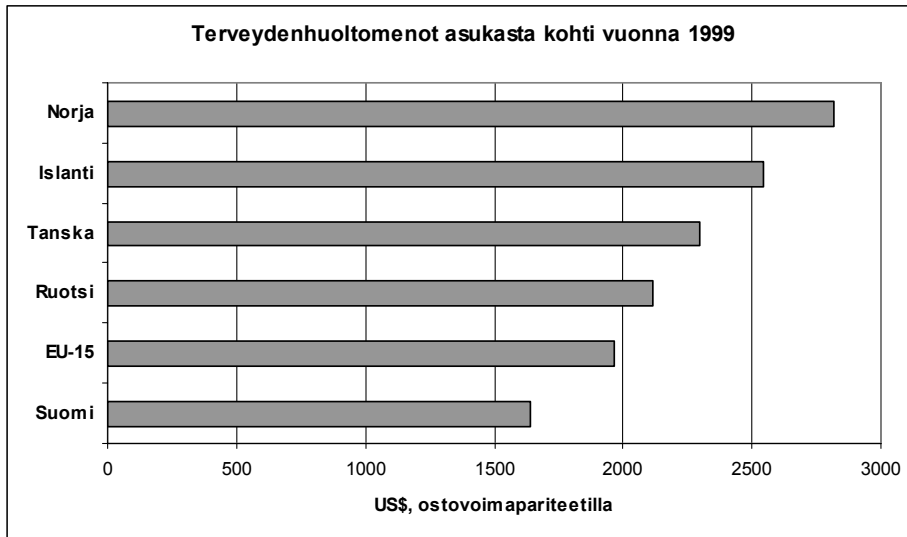


Kuvio 5: Tyytyväisyys terveydenhuoltojärjestelmään.

Lähde: Eurostat (2002, s. 374–375), Eurobarometri 52.1, Euroopan komissio.

Eurostatin mukaan suomalaisista naisista ja miehistä noin 75 % oli erittäin tai melko tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmään vuonna 1999. EU-15-maissa luku oli runsas 50 %. Tanskassa noin 78 % miehistä ja 74 % naisista oli erittäin tai melko tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmään. Sen sijaan Ruotsissa vastaavat luvut olivat vain noin 59 %. Myös vuonna 2002 Eurobarometri-kyselyn tulokset osoittivat, että yli 70 % suomalaisista oli sitä mieltä, että terveydenhuoltojärjestelmä toimi melko hyvin tai että toimivuuden parantamiseksi tarvittiin vain vähäisiä muutoksia. Luku oli korkeampi kuin muissa EU-15-maissa.

Suomalaisten korkea tyytyväisyys on jokseenkin yllättävää, kun otetaan huomioon, että tyytyväisyyden on yleisesti havaittu lisääntyvän henkeä kohden laskettujen terveydenhuoltomenojen kasvaessa. Kuviossa 6 on esitetty Pohjoismaiden sekä EU-15:n terveydenhuoltomenot asukasta kohti vuonna 1999.



Kuvio 6: Terveydenhuoltomenot asukasta kohti vuonna 1999, US\$, ostovoimapariteetilla.

Lähde: OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October.

Verrattaessa kuvioita 5 ja 6 havaitaan Tanskan, Ruotsin ja EU-15:n tapauksissa, että tyytyväisyys on sitä korkeampi, mitä korkeammat terveydenhuoltomenot asukasta kohti ovat. Sen sijaan Suomessa terveydenhuoltojärjestelmään tyytyväisten osuus on huomattavan korkea suhteutettuna siihen, että terveydenhuoltomenot asukasta kohti olivat vuonna 1999 jopa alle EU-15:n keskitason. OECD:n mukaan tuloksia voi kuitenkin tulkita myös toisin. Ei nimittäin ole varmaa, onko Eurobarometrin kysymyksellä viitattu tyytyväisyyteen terveydenhuollon laatuun vai tyytyväisyyteen terveydenhuollon järjestämis- ja rahoitustapaan (OECD 2005a).

Tämän ajankohdan jälkeisen tyytyväisyyskehityksen voisi arvella olleen positiivista, sikäli kun hoitotakuun käyttöönotto on onnistunut lyhentämään jonotusaikoja. Hoitotakuun voimaantulo ja sen toteutumisessa havaitut vaikeudet ovat toisaalta saattaneet muokata kuluttajien odotuksia siinä määrin, että tyytyväisyystason muutoksista ei voida esittää pitäviä arvioita.

2.2.5 Yhteenveto tehokkuusvertailusta

OECD-maihin ja Pohjoismaihin verrattuna Suomen terveydenhuollon kokonaismenojen osuus BKT:sta on alhaisempi, ja siten lähtökohta tulevaisuuden haasteiden vastaamiseen näyttää paremmalta kuin monissa muissa maissa.

Vaikka Suomen suhteelliset terveydenhuoltomenot ovat alhaisemmat kuin OECD-maiden, niin reaaliset tuotantopanokset olivat silti vuonna 2003 OECD-maiden keskiarvon yläpuolella, lukuun ottamatta lääkäreiden ja akuut-tihoitopaikkojen määrää. Selitys tähän löytyy osittain siitä, että terveydenhuoltoalalla on Suomessa matalampi palkkataso kuin muissa maissa. Pohjois-maihin verrattuna Suomen reaalisten tuotantopanosten määrä oli pienempi kaikissa muissa tekijöissä paitsi farmaseuttien ja hammaslääkäreiden kohdalla. Kokonaisuudessaan näyttäisi siis siltä, että Pohjoismaiden reaalisten tuotanto-panosten Suomea suurempi määrä yhdistettynä korkeampiin palkkoihin vai-kuttaa terveydenhuoltomenojen ja bruttokansantuotteen suhteeseen. Tämä il-menee Pohjoismaiden BKT:seen suhteutettujen terveydenhuoltomenojen kes-kiarvon Suomea korkeampana tasona.

Terveydenhuoltopalveluiden käyttöasteen suhteen Suomen suoriutuminen näyttää olleen samansuuntainen sekä OECD-maihin että Pohjoismaihin ver-rattuna; hammaslääkärikäynnit, kotiutukset sekä lääkkeiden kulutus olivat keskiarvojen yläpuolella, ja henkeä kohti lasketut lääkärikäynnit ja päiväkirur-giset toimenpiteet keskiarvojen alapuolella vuonna 2003. Käyttöasteen tuloksiin liittyy kuitenkin erilaisia tilastollisia taustatekijöitä. Lääkärikäyntien tasoa selittää yleis- ja erikoislääkärien OECD-maita ja Pohjoismaita selvästi vähäi-empi määrä, ja päiväkirurgisten toimenpiteiden Suomen lukuun ei ole otettu huomioon yksityisellä puolella tehtyjä toimenpiteitä. Pohjoismaisessa vertai-lussa lääkäri- ja hammaslääkärikäynneissä sekä päiväkirurgisissa toimenpi-teissä tietojen puuttumisesta johtuen Suomea on verrattu ainoastaan Tanskaan. Lääkkeiden kokonaiskulutuksessa OECD-maidenkin tapauksessa Suomea on verrattu ainoastaan Pohjoismaiden keskiarvoon johtuen vertailukelpoisten tie-tojen puuttumisesta. Lisäksi akuutin sairaalahoidon muita maita lyhyempi kesto todennäköisesti selittää suurelta osin kotiutusten korkeampaa tasoa. Näi-den seikkojen vuoksi on vaikeaa tehdä pitäviä johtopäätöksiä Suomen tervey-denhuoltopalveluiden todellisesta käyttöasteesta verrattuna OECD-maihin ja Pohjoismaihin.

Tuottavuus oli Suomessa vuonna 2003 alhaisempi kuin muissa OECD-maissa keskimäärin lukuun ottamatta kotiutuksia erikoislääkäriä kohti, mikä todennäköisesti ilmentää pääasiassa akuutin sairaalahoidon keskimääräistä ly-hyttä kestoja ja erikoislääkäreiden OECD-maiden keskiarvoa vähäisempää määrää. Pohjoismaita parempi tuottavuus Suomella oli myös kotiutuksissa eri-koislääkäriä kohti sekä hoitokäynneissä hammaslääkäriä kohti. Terveydenhuollon hallintokustannukset olivat suhteellisen alhaiset Suomessa verrattuna OECD-maihin heijastaen näin parempaa kustannustehokkuutta, sen sijaan Suomen terveydenhuollon hallintokustannukset Pohjoismaihin verrattuna oli-vat selvästi suuremmat. Myöskään Suomen terveydenhuollon tuottavuuden ja

kustannusten tasosta verrattuna muihin maihin ei näin saada yksiselitteistä vastausta.

Suomen terveydenhuollon mukautuminen asiakkaiden tarpeisiin on osittain puutteellista johtuen pitkistä jonotusajoista. Pitkistä jonotusajoista huolimatta suomalaiset ovat kuitenkin yleensä tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmäänsä. Tätä seikkaa ei muuta se, että OECD korostaa raportissaan tyytyväisyyden johtuvan suomalaisten vaatimattomista odotuksista.

3 TERVEYDENHUOLLON JÄRJESTÄMISTAVAT

Yllä on tarkasteltu suomalaisen terveydenhuollon tehokkuutta yleisesti käytetyillä mittareilla sekä mikro- että makronäkökulmasta. Tämä tarkastelu on tehty irrallaan niistä terveydenhuollon järjestämistavoista, joita eri vertailuryhmien sisällä esiintyy. Seuraavassa halutaankin valottaa sitä merkitystä ja niitä kansainvälisiä kokemuksia, joita mm. omistajuudella, omistajien tavoitteilla ja kilpailuolosuhteilla on tehokkuuden saavuttamisessa. Tämä tapahtuu sekä periaatteellisella tasolla että empirian pohjalta tehtävien johtopäätösten avulla. Tarkastelu ei ole millään muotoa tyhjentävä, vaan pyrkii nostamaan esiin tiettyjä asioita, joiden tulemat eivät aina ole niin yksiselitteisiä kuin yleisessä keskustelussa annetaan olettaa.

3.1 Omistajuus, tavoitteet ja kilpailu - kustannustehokkuutta määrittäviä tekijöitäkö?

Omistajuudella ja etenkin sillä, onko omistaja julkisen vai yksityisen sektorin toimija, on pitkään voitu osoittaa olevan merkitystä toiminnan tehokkuudelle. Omistajuutta ei kuitenkaan kokonaan voi kytkeä irti esimerkiksi toimialakohtaisista tekijöistä, toiminnan tavoitteista tai siitä kilpailuympäristöstä, jossa toimintaa harjoitetaan. Omistajuuden vaikutusta voidaan silti tarkastella näitä tekijöitä vasten, ja tästä onkin paljon dokumentoitua tietoa eri tuotannonaloilta.

Vertaillenään yksityisen ja julkisen sektorin tehokkuutta teollisuudessa ja eri palvelualoilla Willner (2001) on käynyt läpi suuren joukon kustannustehokkuutta käsitteleviä empiirisiä tutkimuksia. Yksityisen ja julkisen sektorin terveydenhuoltotuotannon kustannustehokkuuden vertailu tukeutuu käytännön syistä lähinnä Yhdysvalloissa tehtyihin tutkimuksiin. Niissä yksityiset sairaalat ja palveluntuottajat ovat pääsääntöisesti osoittautuneet julkisomisteisiksi toimijoita kustannustehokkaammiksi. Taulukkoon 1 on koottu tuloksia yksityis- ja julkisomisteisten sairaaloiden ja terveystalveluiden tuottajien kustannustehokkuudesta. Taulukossa on myös esitetty tutkimuksen keskeisiä tuloksia.

Taulukosta 1 nähdään, että tehokkuusnäkökulmaa silmälläpitäen viesti on varsin selvä: yksityinen palvelutuotanto ei yhtä poikkeusta lukuun ottamatta ole ainakaan julkista omistajuutta huonompi vaihtoehto. Useimmissa tapauk-

sisä käy päinvastoin niin, että yksityinen tuotanto on tehokkaampaa. Suomen osalta Sintonen (1988) ei löydä eroja kustannustehokkuudessa yksityisen ja julkisen sektorin välillä. Tiivistelmä antaa kuitenkin perin mustavalkoisen kuvan tilanteesta, jossa yksittäisillä vivahteilla voi olla suuri merkitys. Alla on siksi jäsennelty tarkemmin taulukossa mainittujen tutkimusten tuloksia.

Taulukko 1: Sairaaloiden ja terveydenhuoltopalveluiden kustannustehokkuus (vt=voittoa tavoittelevat, evt=voittoa tavoittelemattomat)

Tekijä	Maa/Data	Julkinen	Ei eroa	Yksityinen	Johtopäätöksiä / Tuloksia
Lin et al. (2004)	Taiwan/ v. 2000 hoidetut potilaat		x		Korvaus heti toimenpiteen yhteydessä: kustannukset kotiutettua kohden alemmat vt-sairaaloissa, mutta prospektiivisessä veloituksessa korkeammat kuin evt-sairaaloissa.
Carter et al. (1997)	USA (Texas)/ 185 sairaala, v. 1989			x	Hallinnolliset kustannukset suuremmat voittoa tavoittelevissa yhteisöissä.
Mark (1996)	USA/ 286 psykiatr. sairaalavuotta aikana 1984-1989		x		Evt-toimijoiden läsnäolo hyvinvointia parantavaa asymmetrisen informaation markkinoilla.
Arrington & Haddock (1990)	USA/ 5802 sairaala v. 1982			x	Evt-sairaalat investoivat enemmän yhteiskunnan pitkän tähtäimen tarpeita silmällä pitäen.
Nyman & Bricker (1989)	USA/184 hoitolaitosta			x	Vt-hoitolaitokset käyttävät 4,5 % vähemmän työpanosta. Huono johtaminen tehottomuuden syy evt-laitoksissa.
Sintonen (1988)*	Suomi		x		Hammashuollon tehokkuus.

Becker & Sloan (1985)	USA/2231 sairaalaa (community hospitals) v. 1979		x		Itsenäiset vt-sairaalat ovat hieman tehokkaampia kuin itsenäiset evt- sairaalat. Ketjuuntuneet vt-sairaalat ovat tehottomampia kuin itsenäiset evt-sairaalat mutta eivät tehokkaampia kuin ketjuuntuneet julkiset sairaalat.
Wilson & Jadlow (1982)	USA/ 900 sairaalaa/Nuclear medicine			x	Voitokkuuden painottaminen lisäsi tehokkuutta. Palvelukilpailua edistävä ympäristö laski tehokkuutta.
Lindsay (1976)	USA/ Sairaalat, v. 1969-73	x			Sairaalassaoloaika pidempi julkisella puolella.
Rushing (1974)*	USA			x	
Clarkson (1972)*	USA			x	

*=tieto peräisin artikkelista Willner (2001)

Tutkiessaan kustannuksia kotiutettua potilasta kohden vuonna 2000 Lin et al. (2004) havaitsivat, että voittoa tavoittelevien sairaaloiden tehokkuus suhteessa voittoa tavoittelemattomiin vaihteli riippuen siitä, maksettiinko korvaus toimenpidettä tehdessä (case payment) vai prospektiivisesti. Tuloksista kävi ilmi, että maksettaessa heti kustannukset kotiutettua kohden olivat 2,8 – 5,7 % alhaisemmat voittoa tavoittelevissa sairaaloissa. Kun hoito korvattiin jälkikäteen kustannuksia vastaavasti, kustannukset kotiutettua kohden olivat voittoa tavoittelevissa sairaaloissa 11,5 – 21,8 % korkeammat. Lin et al. (2004) tarjoavat tähän kolmea eri selitystä: tapauskohtaisten maksujen tapauksessa voittoa tavoittelevilla sairaaloilla oli parempi tuotannollinen tehokkuus; kustannusten siirtäminen prospektiivisen korvauksen suuntaan; potilaiden ”alihoidaminen” ensin mainitussa tapauksessa.

Carter et al. (1997) perustivat tutkimuksensa tietoihin kaikista niistä Teksasin osavaltion sairaaloista, joissa oli yli 50 vuodepaikkaa. Näiden 255 sairaalan joukosta soveltuvaa dataa löytyi 185 sairaalasta, joista 75 oli voittoa tavoittelematonta, 75 voittoa tavoittelevaa ja 35 valtion hallinnoimaa sairaalaa. Hallinnolliset palkat, työntekijöiden määrä ja operatiiviset kustannukset olivat alemmat voittoa tavoittelevissa sairaaloissa. Havaittiin, että hallinnolliset kokonaiskustannukset olivat kuitenkin korkeammat voittoa tavoittelevissa sairaaloissa, joskin nämä kustannukset olivat alhaisemmat kilpailullisilla alueilla.

Suhteella voiton tavoitteluun voi olla myös muita vaikutuksia. Mark (1996) tutki 50 psykiatrista sairaalaa, joista 10 oli voittoa tavoittelemattomia. Päähuomio tutkimuksessa oli siinä, antaako voittoa tavoittelematon toiminta muuta toimintaa paremman suojan asymmetristä informaatiota vastaan, mikä tulosten valossa osoittautuukin todeksi. Mark'in (1996) tuloksista käy myös ilmi, että omistajuudella ei näytä olevan vaikutuksia toiminnan tehokkuuteen.

Kustannustehokkuuden ohella huomiota on kiinnitetty myös tavoitteiden vaikutuksesta palvelun laatuun. Arrington & Haddock'in (1990) tutkimasta 5802 sairaalasta 3783 oli voittoa tavoittelemattomia. Tehokkuuden mittareina he käyttävät kokonaiskustannuksia ”hoitopäivää” (patient day) kohden sekä työntekijöiden määrää vuodepaikkaa kohden. Voittoa tavoittelemattomilla toimijoilla havaittiin olevan alhaisemmat kustannukset vuodepaikkaa kohden, mutta toisaalta enemmän työntekijöitä vuodepaikka kohden. Vaikka sairaalasaoloaika oli voittoa tavoittelemattomissa sairaaloissa pidempi, havaittiin hoidon laatu silti paremmaksi voittoa tavoittelevissa sairaaloissa.

Haettaessa syitä tehokkuuseroille, osoittautuvat Nyman & Bricker'in (1989) johtopäätökset mielenkiintoisiksi. He korostavat, että voittoa tavoittelemattomien yhteisöjen huonompi tehokkuus saattaa olla seurausta huonommasta johtamisesta, sillä edes voitonmaksimointia laajempien vaikuttimien olemassaolon ei pitäisi kannustaa tuhlaukseen. Tuloksia ei myöskään voi selittää sillä, että tehoton toiminta olisi seurausta paremman laadun tuottamisesta, sillä tuloksissa on otettu laatuseikat huomioon.

Tutkiessaan Yhdysvaltalaisen sairaaloiden kustannustehokkuutta Becker & Sloan (1985) tulivat johtopäätökseen, että tuotanto potilasvuorokautta kohden oli kalliimpaa itsenäisissä voittoa tavoittelevissa sairaaloissa kuin itsenäisissä voittoa tavoittelemattomissa. Tapauskohtaisesti kustannukset olivat kuitenkin alhaisemmat, koska voittoa tavoittelevat sairaalat pystyivät käsittelemään samassa ajassa suuremman määrän potilaita, minkä johdosta ne havaittiin kustannustehokkaammiksi. Itsenäiset julkiset sairaalat olivat kustannustehokkuudeltaan samalla tasolla voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden kanssa, ja voitokkuudeltaan selvästi yksityisiä voittoa tavoittelevia sairaaloita heikompia.

Kilpailun moninaisiin vaikutuksiin suhteessa voiton tavoitteluun on myös kiinnitetty huomiota. Wilson & Jadlow (1982) tuloksista ilmenee selkeästi, että voittoa tavoitteleva toiminta on tehokkaampaa, eli yritykset toimivat lähempänä tuotantofunktiosta johdettua tehokkaan tuotannon rajaa. He löytävät myös tukea hypoteesille, jonka mukaan kilpailuasetelman luomisella sairaaloiden välille on negatiivisia vaikutuksia tehokkuuteen. Tätä kirjoittajat selittävät sillä, että kilpailevat sairaalat investoivat samanlaisiin hoitotiloihin ja laitteistoihin, eli tehokkuuden taantuminen on seurausta ylikapasiteettiin johdaneesta duplikaatiosta. Ratkaisuna tähän ongelmaan kirjoittajat näkevät yh-

distelmän voittoa tavoittelevasta toiminnasta, jossa monistamisongelma ratkaistaan sääntelyteitse.

3.2 Markkinarakenne, kilpailun muodot ja terveydenhuollon kustannukset

Markkinarakenteen hajautusta ja kilpailun sallimista on pitkään tarjottu ratkaisuksi tehottomaksi koetulle julkiselle terveydenhuollolle. Julkisten palvelujen kilpailuttaminen ei kuitenkaan ole ilmaista, vaan pitää sisällään myös kustannuksia. Esitettäessä vaihtoehtoja julkiselle tuotannolle voikin olla mielekästä arvioida, missä määrin eri kustannukset vaikuttavat julkisen sektorin kannalta tehokkaaseen kilpailuttamiseen. Koska terveydenhuollossa on kyseessä järjestämisvelvoitteen alaisen palvelun tuottaminen sopimuksin, tulee tässä huomioida sopimuskustannusten merkitys. Vihannon (2004) mukaan sopimuskustannukset, jotka jopa vievät hypoteettisesti kilpailtua markkinaa pois tasapainosta, voidaan luokitella yhteydenotto-, seulonta-, neuvottelu-, toimeenpano-, valvonta-, ja voimaansaattamiskustannuksiin. Mikäli näiden kustannusten kilpailua rajoittaviin vaikutuksiin löydetään tyydyttäviä ratkaisuja, voidaan aidosti analysoida niitä käyttäytymisen muutoksia ja tästä johtuvia tulemia, joita terveydenhuoltopalveluyksiköiden välinen kilpailu voi tuottaa.

Yksi toimijoiden välinen kilpailun muoto on luonnollisesti hintakilpailu. Keeler et al. (1999) raportoivat, että sairaaloiden hintakilpailu johti Yhdysvalloissa tehostamistoimiin ja mm. sairaaloiden yhdistymisiin. Tämä taas johti kilpailuviranomaisten kannanottoihin siitä, mitkä yhdistymiset voitiin markkinarakenteen puitteissa sallia.

Kun kyseessä on ollut voittoa tavoittelematon toiminta, on yhteenliittymän jälkeisen markkinaosuuden sallittu olevan hyvinkin suuri. Tällöin perusteluna on ollut se, että voittoa tavoittelemattomien sairaaloiden yhdistyessä palveluiden hinta ei nousisi, vaikka seurauksena olisi monopoli. Tällainen päätelmä ja siihen pohjautuva ratkaisu perustuu ajatukseen, että voittoa tavoittelemattoman sairaalan hallinto koostuu paikallisesta väestöstä. Tällöin sidos palvelujen lopukäyttäjiin muodostuu siinä määrin vahvaksi ja moninaiseksi, että vaikutukset hinnannostoihin heikkenevät (ks. Lynk, 1995).

Joissain tapauksissa, esimerkiksi jälkikäteisten korvausten (retrospective reimbursement) ollessa kyseessä, on havaittu sairaanhoidon kustannusten olleen sitä korkeammat, mitä hajautetumpi tai kilpailullisempi markkinarakenne on ollut (Robinson & Luft, 1985). Tätä on osin selitetty sillä, että markkinoilla on kilpailtu muulla kuin hinnalla. Tällöin selitykseksi on tarjottu hoitoteknistä kilpavarustelua (medical arms race), jossa sairaalat ovat päteviä lääkäreitä houkutellakseen investoineet raskaasti uuteen teknologiaan ja uusiin

palveluihin (Frech & Mobley, 1995). Kannattavuusrajoite huomioon ottaen on luonnollista, että kustannustason nousun myötä hintataso tulee nousemaan. Kyseessä olisi loppukäyttäjien kannalta monessa suhteessa toivottu tilanne, jos hoidon laadun paraneminen kompensoisi hinnanoston vaikutukset. Hyvinvointinäkökulmasta tilanne on kuitenkin arveluttava, mikäli kilpavarustelu johtaa ylikapasiteettiin ja turhiin investointeihin ilman selkeää vaikutusta palvelujen laatuun. Tällöin olisi tehokkuusnäkökulmasta mielekästä yhdistää sairaaloita ja keskittää erikoisosaamista vaativat palvelut omiin yksikköihinsä.

Kilpailun luonteen muuttuminen voi vaikuttaa huomattavasti kustannus- ja hintakehitykseen. Yllä mainittu kilpavarustelu, joka siis johti Yhdysvalloissa kustannusten kohoamiseen, saatiin Kaliforniassa muuttumaan hintakilpailuksi. Osavaltiossa toteutettiin muutos, jonka johdosta vakuutusyhtiöt saivat harkintansa perusteella tehdä sopimuksia palvelujen tuottajien kanssa. Seurauksena oli, että kustannusten kohoaminen on ollut hitaampaa kilpailullisilla markkinoilla. Selityksenä tähän tarjotaan (Keeler et al. 1999) sitä, että sairaalat pyrkivät nyt miellyttämään maksajia eivätkä niinkään palvelukseensa tulevia lääkäreitä.

Bamezai et al. (1999) tutkivat, miten Yhdysvalloissa ”managed care”²² on vaikuttanut sairaaloiden kustannuskehitykseen. He havaitsivat, että Yhdysvalloissa PPO- ja HMO -järjestelmät ovat selkeästi vaikuttaneet sairaaloiden kustannuskehitykseen siten, että kustannusten kasvuvauhti on hidastunut alueilla, joita leimaa kilpailu sairaaloiden välillä.²³ Tätä ei ole tapahtunut keskittyneillä markkinoilla.

Yhdysvalloissa työntäjien maksamien sairausvakuutusten kustannusten nousu on innoittanut etsimään uusia ratkaisumalleja. Yhtenä vaihtoehtona on esitetty kuluttajaperustaisen, säästämiseen perustuvan vakuutuksen käyttöönottoa. Tätä säästämistä erityiselle työntäjän tai tämän valtuuttaman edusta-

²² Yhdysvaltain terveydenhuollossa yleistyneellä palvelujen ”managed care” -järjestämisellä tarkoitetaan terveydenhuoltopalvelujen koordinointia tavalla, jolla asiakas kokee saavansa terveydenhuollon yhtenä pakettina. Valitessaan vakuutusta hän ilmoittautuu asiakkaaksi valitsemaansa isoon terveydenhuolto-organisaatioon, joka sitoutuu järjestämään asiakkaan terveystalvet. Kyseisellä käytännöllä tavoitellaan samanaikaisesti terveydenhuollon kustannusten hillintää sekä laadukasta palvelua. Alasaarelan (2003) mukaan ”managed care” -yritykset ovat olleet sekä poliittisen järjestelmän että markkinoiden paineen alla, josta on pyritty vapautumaan kehittämällä uusia verkkopohjaisia liiketoimintamalleja.

²³ HMO (Health maintenance organization) termillä tarkoitetaan ”ennalta maksettua” lääkintähuollon järjestelmää, jossa jäsenet maksavat kuukausi- tai vuosimaksun, ja joka sisältää kaiken hoidon sekä sairaalaan sijoittamisen. Asiakkaat ohjataan järjestelmän piiriin kuuluvien terveydenhuollon palveluntarjoajille. ”Open ended” HMO:ssa asiakas voi valita palvelun tarjoajan myös järjestelmään kuulumattomien esim. lääkärin joukosta, mutta tästä aiheutuu tällöin lisäkustannuksia. PPO (Preferred provider organization) järjestelmässä yhdistyvät perinteisen HMO-järjestelmän piirteet ja puhdas palveluista maksaminen. Järjestelmä mahdollistaa asiakkaan vapauden valita parhaaksi katsomansa palveluntuottaja. Mikäli valinta kohdistuu järjestelmän ulkopuolella olevaan toimijaan, nostaa tämä asiakkaan kustannuksia. Suurin ero perinteiseen HMO-järjestelmään on se, että asiakkaan ei tässä ole pakko valita ensisijaista palvelun tuottajaa, ja että hän ei tarvitse erillistä lähetettä hakeutukseen erikoislääkärin vastaanotolle.

jan hallinnoimalle tilille (Health savings account, HSA) tuetaan verovähennysoikeuksin.

Järjestelmän perusajatuksena on, että työntekijä päättää tilinsä varojen käytöstä, eli miten varat sijoitetaan ja tuleeko hän käyttämään ne terveydenhuoltoon vai säästämiseen ja sitä kautta muuhun kulutukseen. Tilin yhtenä erityispiirteenä on, että säästyneet varat voidaan siirtää seuraavalle vuodelle. Varallisuuden kartuttamisen tällä tavoin oletetaan kannustavan kuluttajaa välttämään tarpeettomia sairaanhoidon toimenpiteitä, sillä näille toimenpiteille on nyt nähtävissä selkeä vaihtoehtoiskustannus. Nykyjärjestelmässä tätä kannustinta ei tässä muodossa ole, sillä vakuutettu on ollut tilanteessa, jossa maksettu preemio on tavallaan menetetty, käytti hän palveluita tai ei. HSA-järjestelmän etuihin luetaan vielä se, että tilin omistaja voi viedä tilinsä mukanaan vaihtaessaan työnantajaa (Mango & Riefberg, 2006).

Tällainen kansalaisen omien terveystenonien hallinta on iso systeminen muutos, ajatellen jo niitä institutionaalisia puitteita, jotka liittyvät esimerkiksi varainhallintaan. Luontevana ratkaisuna on nähty pankkisektorin ja työnantajien yhteistyön syventäminen.

Mikäli uuteen järjestelmään liittyy riittävän suuri määrä käyttäjiä, kansalaisen huolen ja vastuun oman varallisuutensa käytöstä uskotaan heijastuvan myös terveydenhuoltopalveluiden tuottajaportaaseen. Palveluntuottajien välille viriävällä kilpailulla asiakkaista uskotaan olevan positiivisia vaikutuksia tuottajien palvelukyvyn kehitykseen ja näin ollen parantavan kansalaisen mahdollisuuksia saada parempaa vastinetta terveydenhuoltomenoilleen. Järjestelmän uskotaan myös houkuttelevan mukaan niitä osia väestöstä, joilla ei aikaisemmin ole ollut vakuutusosuutta.

Järjestelmän haasteina ja osin avoimena kysymyksenä on kuitenkin vielä se, miten se pystyy onnistuneesti ottamaan huomioon kroonikot ja pitkäaikaissairaat, jotka ilman tukitoimia eittäittä olisivat järjestelmän häviöitä.

3.3 Toimivan kilpailun edellytykset

Kilpailua terveydenhuollossa ei tule käsittää vain eri yksiköiden välisenä kilpailuna. Se on myös mielletävä prosessiksi, joka voi ulottua hyvin monelle tasolle, kuten kilpavarusteluesimerkissä huomattiin. Kustannustehokkuuden ja ennen kaikkea vaikuttavuuden kannalta on olennaista, että tämä kilpailu tapahtuu oikeassa paikassa, oikealla tavalla ja oikealla tasolla. Alla on kiteytetty Porterin ja Olmsted Teisbergin (2004) (tästedes POT) ajatuksia siitä, missä ja miten kilpailu tuottaa hyvinvointimielessä mielekkäimmät tulokset.

Jotta terveydenhuoltopalveluissa saavutettaisiin tehokkuutta ja taattaisiin palvelujen laadukkuus, on tärkeämpää kiinnittää huomiota siihen, miten kil-

paillaan kuin siihen, kilpaillaanko vai ei. POT ruotivat Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmää ja toteavat kilpailun olevan syynä siihen, että kustannukset kohoavat alati ilman, että palvelun laadussa on tapahtunut merkittäviä muutoksia. Lisäksi laadun kirjo on suurta ja innovaatioiden leviäminen kestää kauan. Tärkeät vaikuttajaryhmät pitävät innovaatioita enemmän ongelmina kuin menestyksen avaintekijöinä. Tämä ei kuitenkaan merkitse sitä, ettei kilpailu oikein toteutettuna olisi paras tapa vastata terveydenhuollon järjestämistä koskeviin haasteisiin. Kilpailun muotojen ja niiden kohdentumisten on vain oltava oikeat, ja ongelma onkin ollut (POT, 2004, 65–66) siinä, että:

“Competition has actually been all but eliminated just where and when it is most important” (POT, 2004, 66).

Mitä sitten merkitsee POT:n toteamus, että julkisen sektorin onnettomat politiikkapäätökset ovat saaneet aikaan sen, että kilpailu terveydenhuollossa toimii väärällä tasolla, väärin vaikuttimin, vääristä asioista, väärillä markkinoilla ja väärin tiedoin?

Väärän tason kilpailulla tarkoitetaan, että kilpailua ei pidä virittää sairaaloiden tai näiden verkostojen välille, vaan kilpailu on suunnattava ehkäisemään, diagnostisoimaan ja hoitamaan sairauksia.

Vääristä vaikuttimista esiin nostetaan osapuolten pyrkimys karsia kustannuksia ja siirtää näitä toisille osapuolille pienentämättä kuitenkaan kokonaiskustannuksia. Tämän sijaan olisi keskityttävä saamaan niin hyvää laatua kuin mahdollista kulloinkin käytettävissä olevilla resursseilla. Tähän liittyvät myös palveluntarjoajien vaikuttimet tuottaa nykyistä laadukkaampia palveluja, sillä nykyisellään tyydyttäneen liian helposti tuottamaan nykystandardia heikompia palveluja.

Kilpailulla vääristä asioista viitataan osapuolten neuvotteluvoimaa vahvistamaan kilpailuun, jonka avulla voidaan säilyttää kustannuksia heikomman neuvotteluvoiman omaaville osapuolille. Tämän sijaan kilpailun fokus tulisi olla arvon tuottamisessa tautitasolla. Tämä voidaan tehdä osaamista kehittämällä, virheitä vähentämällä ja parantamalla hoidon tuloksellisuutta, eli tässä olisi keskipisteessä parantunut potilas.

Markkinoiden paikallisuudesta tulisi päästä eroon ja siirtää kilpailu alueelliseksi tai valtakunnalliseksi. Tämä tuo osaltaan valinnan mahdollistavia ratkaisuja resurssien ja/tai vaihtoehtojen puutteesta kärsiville alueille.

Ratkaisuina tavoittelemisen arvoisen muutoksen saavuttamiselle POT näkevät ensinnäkin kilpailun ja valinnan esteiden poistamisen, jossa kilpailuvallannon keinoin puututaan kilpailunrajoitusmielessä ongelmallisiin rakenteisiin ja käytäntöihin.

Toiseksi informaation saatavuutta koskien hoitovaihtoehtoja ja palvelun tuottajia on parannettava ja luotava kansallisesti mielekäs kokonaisuus vertailtavuuden parantamiseksi. Hintojen läpinäkyvyyden parantaminen liittyy osana informaation parantamiseen. Valinnan helpottamiseksi hintatietojen tulisi ilmetä tuottajille hoito- tai sairauskohtaisesti. Tarkkojen tietojen puuttuessa etukäteisarviotkin helpottavat palvelujen vertailtavuutta.

Kun tähän lisätään vielä vaatimukset laskutuksen yksinkertaistamisesta (yksi lasku per sairaalassaoloaika), vakuutusten syrjimättömyys ja standardit hoidon kattavuudesta, on POT:n mielestä luotu edellytykset toimivalle kilpailulle terveydenhuoltopalveluissa.

4 VILKAISU KILPAILUN KULISSEIHIN JA MEKANISMEIHIN

Edellä on käsitelty lyhyesti kilpailua ja sen eri muotojen vaikutusta terveydenhuoltopalveluiden kustannuksiin ja tehokkuuteen. Kilpailu on kuitenkin vain yksi tapa järjestää palveluntuotanto. Kilpailua, saati julkisen sektorin omaa tuotantoa, ei terveydenhuoltopalveluissa luonnollisestikaan tule pitää itseisarvona, vaan on pureuduttava taustalla oleviin mekanismeihin, joiden avulla terveydenhuollossa voidaan kustannusten jakamisen sijaan tuottaa uutta arvoa. Yksi tällaisista mekanismeista on valinta ja valinnan mahdollisuuden tarjoaminen terveydenhuoltopalveluiden käyttäjille.

Jotta valinta olisi ylipäätään mahdollista ja valinnan sallimisesta saavutettavat edut saavutettaisiin, on taattava, että markkinoilla on useita palvelun tuottajia. Niiden väliltä käyttäjän tai hänen edustajansa tulee voida valita mahdollisimman vapaasti, ja tuottajilla täytyy olla vaikuttimet kehittää palvelujaan vastaamaan käyttäjien mieltymyksiä. Yhdistämällä tähän tuottajan mahdollisuus pitää itsellään syntynyt ylijäämä on luotu puitteet, jossa voidaan tuottaa käyttäjien, eli yhteiskunnan, tarpeisiin reagoivia palveluja tehokkaasti ja tasa-arvonäkökohdat huomioiden.

Nykyjärjestelmässä valinnan mahdollistaminen alla kuvatulla tavalla on Suomessa vielä varsin kaukainen tavoite. Kunnallisen itsehallinnon sekä julkisen ja yksityisen terveydenhuoltosektorin rakenteet erottavat yksittäisen kunnallaisen vielä varsin tehokkaasti vapaan valinnan mahdollisuudesta. Valinnan mahdollistamisen vaikutuksia eri toimijoille tulisikin arvioida tätä taustaa vasten.

4.1 Valinnan merkitys²⁴

Julkisen palvelun tuottamisessa voidaan lähteä liikkeelle kolmesta perustavaa laatua olevasta tekijästä: tehokkuudesta, tasa-arvosta ja vastaanottavuudesta (responsiveness), jolla tarkoitetaan palvelujen mukautumista käyttäjien tarpeisiin.

²⁴ Tämä kappale perustuu Julian Le Grandin 19.4.2006 pitämään esitelämään.

Julian Le Grand luokittelee julkisten palvelujen järjestämisen neljään eri tapaan:

1. Command and control (käsky- tai määräysvalta, hierarkia)
2. Trust (luottamus)
3. Voice (äänellä vaikuttaminen, lobbaus)
4. Choice and competition (valinta ja kilpailu)

1. Käsky- tai määräysvaltaan perustuvalle järjestämistavalle leimaa-antavaa on asettaa selkeät tavoitteet ja mitata sitten suorituskykyä näiden perusteella. Järjestämistavalle ominaista on, että se sisältää tuottajaportaassa sekä palkitsemis- että sanktioelementtejä.²⁵ Järjestämistavan hyvinä puolina voi nähdä sen, että se on tehokas ainakin lyhyellä aikavälillä ja on havaittu, että menettelmä on lyhentänyt jonotusaikoja Englannissa, Pohjois-Irlannissa ja Walesissa. Tämän järjestämistavan huonoina puolina on nähtävä sen tuomat vaikeudet väärin tulostamiseksi.²⁶

2. ”Luottamukseen” perustuvalle järjestämiselle ominaista on se, että julkinen valta asettaa budjetin kehykset ja asiantuntijat päättävät, miten käytettävissä olevat varat käytetään. Järjestämistavan hyötyinä voidaan nähdä hyvin pienet monitorointikustannukset. Tämä järjestämistavan onnistuminen on ehdollinen oletukselle, että ammattilaiset toimivat läpikotaisin epäitsekkäästi. Muussa tapauksessa tämä voi johtaa palvelujen alimitoitamiseen ja niiden vastaanottavuuden heikkenemiseen.

3. Voice, eli vapaasti käännettynä ”äänellä vaikuttaminen” on vaihtoehtoinen tapa vaikuttaa palvelun järjestämiseen. Tähän vaikutustapaan kuuluvat epäviralliset keskustelut, neuvottelu- tai kuulemiskäytännöt (consultative forums), valitusmenettelyt tai valittujen edustajien kautta osallistuminen.

Tämän lähestymistavan ongelmana voidaan pitää tehokkuuteen pyrkivien ja valinnan mahdollisuuksia edistävien vaikuttimien puuttumista. Toisaalta tapa saattaa lisätä myös epätasa-arvoa, mikäli parempiosaisilla väestöryhmillä on mahdollisuus käyttää vaikutuskanavaa paremmin hyväkseen ja/tai omaksi edukseen. Le Grand näkee tämän järjestämistavan olevan myös haavoittuvainen systeemin manipuloimiselle vaikuttamisen kautta.

4. Valinnalla tarkoitetaan annettua mahdollisuutta valita
 - a) mitä palveluja tuotetaan

²⁵ LeGrand kutsuu tätä tapaa osuvasti ”*management by terror*”:ksi.

²⁶ Tästä yhtenä esimerkkinä lähettäminen terveyskeskuksesta sairaalaan, vaikka tähän ei loppujen lopuksi olisi ollut tarvetta, mutta tämä näkyi lyhentyneinä jonotusaikoina terveyskeskuksissa. Toisena esimerkkinä ambulanssipalvelun saatavuuteen liittyvä 8 minuutin sääntö, johon oli helpompaa vastata kaupunkialueilla kuin haja-asutusalueilla. Ratkaisuna tähän oli olla tarjoamatta ambulanssipalveluja maaseudulla, jolloin asetetut tavoitteet saavutettiin helpommin.

- b) kuka palvelut tuottaa
- c) milloin palvelut tulee tuottaa
- d) miten palvelut tulee tuottaa.

Järjestämistavan ideana on, että tuottajat ovat riippumattomia ja saavat pitää mahdollisen syntyneen ylijäämän. Toisaalta käyttäjät ovat vapaita valitsemaan eri tuottajien välillä.

Järjestämistavan hyödyt ovat siinä, että se tarjoaa vaikuttimet mukauttaa palvelut paremmin käyttäjien tarpeita vastaaviksi. Toiseksi syntyneen ylijäämän jääminen tuottajille tarjoaa vaikuttimet tehostaa toimintaa.

Tämän tyyppinen valinta lisää tasa-arvoa siinä mielessä, että se vähentää ”voice” -vaikuttamisen mahdollisuuksia, eli nostaa yhteiskunnan vähempiosaiset tasavertaisempaan asemaan parempiosaisien kanssa.

4.2 Valintaan perustuvan järjestelmän haasteita

Valintaan perustuvan järjestämistavan haasteina on nähtävä valinnan rajatut mahdollisuudet, kun potentiaalisia palvelun tarjoajia on rajoitetusti. Toisaalta tässä on myös tärkeää turvata käyttäjien informointi tai informaatio joko suoraan tai ”välittäjän” avulla.

Kolmannen haasteen muodostaa ”kermankuorinnan” ehkäiseminen, eli sen, että asiakkaiden suhteen syntyä valikoitumista eri tarjoajille, jotka suosivat vähemmän ja yksinkertaisempaa hoitoa tarvitsevia. Ratkaisuna tähän nähdään, että julkinen valta subventoi kallista ja laajaa hoitoa tarvitsevia potilaita ja/tai että tarjoajat eivät saa käyttää harkintaa/valinnan vapautta sen suhteen, ketä hoitavat. Kolmantena vaihtoehtona voisi olla riskiin sidottujen hinnoittelujen tai budjettien käyttöönotto.

Korostettaessa valinnan tärkeyttä esiin nousevat kuitenkin seuraavat kysymykset:

- Haluavatko ihmiset mieluummin hyvää palvelua vai mahdollisuuden valita?
- Voiko valinnan mahdollistaminen edistää tasa-arvoa?
- Uhkaako valinnan mahdollistaminen julkisen palvelun periaatteita?
- Huonontaako valinnan mahdollistava kilpailu työntekijöiden asemaa?

Vastauksena näihin voi sanoa, että valinnan mahdollistaminen ja hyvä palvelu eivät ole toisiaan poissulkevia, vaan lähinnä toisiinsa kiinteästi liittyviä piirteitä. Valinnan mahdollistaminen vähentää epätasa-arvoa (vrt. ”äänellä vaikuttaminen”), joten sen voi sanoa edistävän tasa-arvoa.

Keskusteluun siitä, mitkä ovat julkisen palveluntuotannon keskeisimmät periaatteet ja sitä ohjaavat motiivit, ja miten valinnan mahdollistaminen näihin vaikuttaa, on paneuduttava huolella.

Tässä yhteydessä voidaan kysyä, mitkä valinnan sallimisen tulemista ovat sellaisia, jotka eivät käy yksiin julkisen palveluntuotannon periaatteiden kanssa? Laissa mainittu järjestämisvelvollisuus on hyvä lähtökohta. Mitä palveluja tulee järjestää ja milloin, määräytyy tarpeen (kysynnän) ja järjestämisvelvoitteen mukaan. Tällöin vastattavaksi jää, miten tuottaa palvelut, jolloin palataan valintaan perustuvan järjestämistavan etuihin.

Valinnan ollessa paras tai ainakin vähiten huono tapa järjestää palveluntuotanto, tullaan siihen, miten valinta käytännössä järjestetään. Vaihtoehtojen olemassaolo edellyttää, että julkisten palveluntuottajien rinnalle saadaan muita toimijoita, eli käytännössä yksityisiä, kolmannen sektorin tai muita liiketoimintamotiivein varustettuja toimijoita. Eli kyseessä olisi tällöin markkina, jossa sallitaan yksityisen ja julkisen palveluntuotannon rinnakkaiselo. Käytännössä tämä tulisi tarkoittamaan säänneltyä sekaoligopolia (mixed oligopoly), eli tilannetta, jossa joillain toimijoilla olisi voitonmaksimointia laajempia tavoitteita. Hyvinvointimielessä tällainen järjestelmä ei ole ongelmallinen, sillä se saattaa olla vapaasti toimiviin markkinoihin nähden hyvinvointia parantavaa (ks. liite 2).

Empiiriset tulokset valinnan sallimisen hyödyistä ovat vielä vähäisiä, mutta Ferlie et al. (2006) ovat arvioineet NHS London Choice Project 2002-2004:n varhaisia tuloksia. Jossain määrin ohjatun valinnan sallimisella oli positiivisia vaikutuksia asiakastyytyväisyyteen ja ne toteutuivat myös terveydenhuollon lyhentyneiden jonojen muodossa. Valinnan edellyttäessä tiettyä ylikapasiteettia, mielenkiintoiseksi havainnoksi nousi eri toimijoiden kyky tai halukkuus kasvattaa kapasiteettiaan. Tutkimuksessa havaittiin, että julkiset toimijat olivat yhtä tehokkaita kuin yksityiset toimijat kapasiteettinsa lisäämisessä.

Yllä kuvattiin eri järjestämistapoja ja niiden vaikutusta mm. tehokkuuteen, jolloin huomiotta jäi paljolti seikka, että tuotannon siirtyminen enenevässä määrin yksityiselle sektorille tai liikelaitostetuille julkisille toimijoille on herättänyt huolta terveydenhuollon työntekijöiden aseman huonontumisesta. Yksityistäminen ei kuitenkaan yksiselitteisesti huononna työntekijöiden asemaa, vaan kehitys saattaa olla jopa päinvastainen. Tämä väite on mielenkiintoinen Suomen tilannetta silmälläpitäen, kun pohditaan julkisella sektorilla toimivien terveydenhuollon ammattilaisten palkan ja työmäärän välistä väitettyä epäsuhtaa, joka on saanut osan hoitoalan ammattilaisista hakeutumaan töihin mm. Norjaan.

Työolot ovat sovittavissa ja korporativistisen järjestelmän vallitessa työntekijän asema on kuitenkin monilta osin pitkälti turvattu. Valinnan elementtejä sisältävän järjestämisen lisääntyessä terveydenhuollon työntekijöiden ansio-

taso voi Le Grandin mielestä jopa nousta. Tämä korostuu, mikäli palveluiden tuottajat joutuvat kilpailemaan ammattitaitoisesta työvoimasta. Omat vivahteensa tähän saattavat toki tuoda ne erot, jotka ovat yksityisellä ja kuntasektorilla sovellettavissa työehtosopimuksissa. Havaintoa siitä, että yksityisen sektorin työntekijät kritisoivat harvemmin työnantajaansa, voidaan tietysti varauksin pitää tyytyväisyyden osoituksena ja kenties myös sitoutumisena työnantajan kanssa samansuuntaisiin tavoitteisiin.

4.3 Oikeat kannustimet – tie tehokkaaseen ja laadukkaaseen terveydenhuoltoon

Vaikka valinnan salliminen terveystalouden palveluiden kulutuksessa ratkaisisikin monta ongelmaa, ei tälläkään tiellä vältytä potentiaalisilta vaikeuksilta. Sandy ja Bazarko (2005, 287) saattavat olla oikeassa siinä, että valinnan mahdollistaminen on itse asiassa kaksiteräinen miekka, sillä vapaus valita voi tuoda mukanaan yhä laajemman kirjon palveluiden laadussa.

Kysymys siitä, miten yhdistää kannustimet tuottaa laadukasta palvelua mahdollisimman tehokkaasti ja saada kuluttaja ohjautumaan resurssiin nähdessä vaikuttavuudeltaan parhaaseen mahdolliseen hoitoon, on tuottanut mielenkiintoisia ajatusmalleja. Berg et al. (2006) esimerkiksi konstruivat mallin, joka takaa oikeat vaikuttimet sekä tuottajille että kuluttajille panostaa juuri tarjottujen ja käytettyjen palvelujen laatuun ja vaikuttavuuteen.

Berg et al. perustavat mallinsa ensiksi siihen, että välttämättömät palvelut ovat tasa-arvoisesti kaikkien saatavilla, esimerkiksi pakollisen sairausvakuutuksen turvin, mutta että tämä saattaa vaatia riskiin pohjautuvan valikoitumisen (risk-selection) pienentämistä sääntelyn avulla tai vaihtoehtoisesti on luotava vakuutusrahasto tämän välttämiseksi.²⁷ He ovat Porterin ja Olmsted Teisbergin (2004) kanssa samaa mieltä siitä, että kilpailun tulisi syntyä sairauksien kokonaisvaltaisen hoidon ympärille. Tällä on yhteys, ja se voi myös saada nostetta, diagnostisten ryhmien (Diagnoses-Related-Group) -lähestymistavan ja -maksujärjestelmän yleistymiselle. Se, miten alan ammattilaiset järjestäytyvät tässä kilpailussa, tulisi Berg et al. (2006) mukaan jättää heidän itsensä päätettäväksi, joskin on selvää, että tässä on toimittava kilpailulainsäädännön kannalta hyväksytyissä puitteissa.

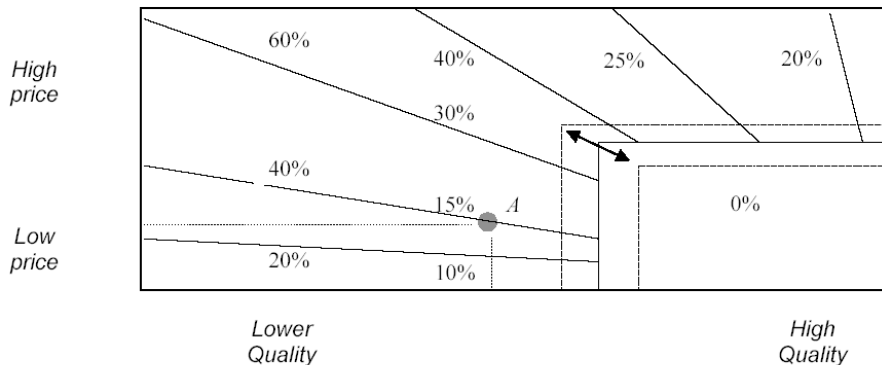
Läpinäkyvyyden puolesta puhuessaan Berg et al. korostavat hinta- ja laatu-tietojen julkista saatavuutta ja luonnollisesti sitä, että hinnoittelu perustuu järkeviin kokonaisuuksiin. Haasteena kuluttajalähtöisen rakenteen toiminnalle he

²⁷ Kirjoittajat korostavat, että tämä on välttämättömyys kaikissa järjestelmissä, joissa solidaarisuus kuuluu perustavaa laatua oleviin arvoihin.

näkevät sen, että kuluttajat eivät perinteisesti käytä olemassa olevia laatumittareita palveluntarjoajia valitessaan. Toiseksi täyden vakuutusturvan piirissä olevilla asiakkailla ei ole vaikutinta perustaa valintojaan palvelujen hintaan.

Ratkaistessaan oikeiden vaikuttimien aikaansaamista Berg et al. päätyvät malliin, jossa asiakkaan tai potilaan maksama oma maksuosuus (co-payment) hoidosta määräytyy sen mukaan, kuinka hintatasoonsa nähden laadukasta (vaikuttavaa) palvelua hän ostaa.

Palveluntarjoajan asettama hinta ja palvelun laatu suhteutetaan muiden toimijoiden vastaaviin arvoihin, ja kriteerit esimerkiksi vaikuttavuuden suhteen arvioi riippumaton taho. Tällä voidaan, edellyttäen että palveluntarjoaja haluaa ylläpitää tai kasvattaa asiakaskuntaansa, ylläpitää kannustimia innovoida, kehittää palvelun laatua ja tuottaa palveluja tehokkaalla tavalla. Alla olevassa kuviossa 7 on tiivistetty Berg et al.:in näkemys, miten yllämainittu kehikko voitaisiin esimerkiksi muotoilla.



Kuvio 7: Hahmotelma oman maksuosuuden määrittymisestä palvelun hinnan ja laadun tulemana. Lähde: Berg et al. 2006.

Ajatuksena tässä mallissa on, että käyttäjille olisi aina olemassa ilmaisia korkean laadun ja suhteellisen alhaisen hintatason palveluntarjoajia. Berg et al. esittävät, että tämä ryhmä voisi muodostaa esimerkiksi viidenneksen kaikista palveluntarjoajista. Oma maksuosuus voisi kasvaa lineaarisesti siten, että jos kuluttaja (tai hänen edustajansa) valitsee laadultaan inferiorisen, mutta kalliin palveluntarjoajan, oma maksuosuus nousisi esimerkiksi 60 %:iin palvelun hinnasta. Kuviota voidaan kalibroida esimerkiksi siten, että puolella palveluntarjoajista oma maksuosuus ei nouse yli 20 %:n, tai siten, että oma maksuosuus huomioi yleisesti korkean laadun. Tarjottujen palvelujen laadun suuren hajonnan on tarkoitus lisätä oman prosentuaalisen maksuosuuden vaihteluväliä.

Pienten markkinoiden ollessa kyseessä, kuten esimerkiksi harvaan asutuissa osissa maata, tarjonta voi olla hyvin rajallista. Tällöin Berg et al. tarjoavat ratkaisuksi, että palvelun tuottaja vastaa omaosuudesta yllämainittujen kriteerien mukaisesti. Tämän tarkoituksena olisi luoda vaikuttimet palveluntarjoajalle parantaa tuottamansa palvelun arvoa.

Miten tämä järjestelmä sitten toimii tilanteissa, jossa sairaanhoidon tarve on akuutti, kuten esimerkiksi kolareissa tai sydänkohtauksissa? Ratkaisuna tähän voisi olla potilaan toimittaminen ensisijaisesti, jos mahdollista, 0 %:n omakustannusosuutta edellyttävään hoitoon. Potilaalla olisi myöhemmin mahdollisuus oman harkintansa mukaan vaihtaa palveluntarjoajaa, mikä saattaisi nostaa hänen maksamaansa osuutta hoidon kustannuksista.

Mallin hyvinä puolina nähdään, että yhteiskunnan vastuulle ei säilytetä lisäkustannuksia, ainakaan kokonaisuudessaan, mikäli päädytään valitsemaan yhtä hyvä, mutta kalliimpi ratkaisu. Olettaisi olevan yhteiskunnallisesti hyväksyttävää, että valitessaan kalliimman palvelun, joka on vaikuttavuudeltaan yhtä hyvä, valitsija joutuu kustantamaan erotuksen itse. Berg et al. kiteyttävät tämän lauseeseen:

”... , why should society pay for luxury or status, for example, that does not translate in outcomes measured?” (Berg et al., 2006, 4).

Ajatusmallin hyvinä puolina on se, että 0 %:n omakustannusosuuden palveluntarjoajat ovat ”oletushoitopaikkoja”, eikä potilasta näin ollen pakoteta valitsemaan tai kantamaan minkäänlaista taloudellista riskiä hoidostaan. Lisäksi kuluttajan ei tarvitse itse vertailla palvelujen laatua, vaan 0 %:n omakustannusosuus pitää sisällään tämän informaation.

Onko sitten niin, että kaikki voittaisivat tällaisessa mallissa? Ei ole. Kyseinen kehikko kohtelee kaltoin niitä toimijoita, jotka eivät pysty tuottamaan tarpeeksi lisäarvoa palveluillaan, eli tuottavat hintaansa nähden ala-arvoisia palveluja. Näiden palveluntarjoajien osuus markkinoista tulisi vääjäämättä pieneenmään, mikä on linjassa kilpailullisuudesta ja markkinaehtoistamisesta saatavien hyötyjen kanssa.²⁸

Markkinat, eli tässä vaiheessa näennäismarkkinat (quasi-markets), ovat olemassa olevan järjestelmän puitteissa se järjestämistapa, joka tukee valinnan ja sen kautta saavutettavien hyötyjen realisoitumista. Yksityistäminen on kui-

²⁸ On tietenkin mahdollista, että laadukkaampia palveluja tuottavien tarjoajien kapasiteetti on siinä määrin rajallista, että muille toimijoille tulee tehtäväksi täydentää tätä vajetta. Tällöin on valintaa tehtäessä punnittava jonotuksesta syntyviä kustannuksia ja oman maksuosuuden osuutta keskenään. Hoitotakuun olemassaolo voisi tässä tapauksessa tarkoittaa, että omakustannusosuus säilytettäisiin julkinen sektorin maksettavaksi. Asetelma saattaisi olla nykyjärjestelmään verrattuna käännteinen, jossa yksityinen sektorin rooliksi on jäänyt paljolti täydentää julkisen sektorin kapasiteettia pitääkseen tämän elinkelpoisena.

tenkin terveydenhuollon erityispiirteiden takia monimutkaisempi ongelma kuin muilla toimialoilla. Nämä terveyspalvelujen tuotteiden ja tuotannon erityispiirteet aiheuttavat helposti tehottomuusongelmia, oli tuotanto yksityistä tai julkista. Tehokas kokonaisratkaisu koostuukin aina sekä julkisesta ohjauksesta että kilpailun periaatteita noudattavasta toiminnasta. Julkinen hierarkia ja markkinat ovat a priori yhtä tehokkaita, kunhan niitä käytetään kummallekin sopivassa tehtävässä. Okko (1995) tiivistääkin tehokkuutta painottavan lähestymistavan seuraavasti:

”Tehokkuuden ongelma merkitsee sopivan yhdistelmän löytämisen haastetta eikä hierarkian osuuden minimointia.” (Okko 1995, 182).

5 YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä artikkelissa on luotu katsaus Suomen terveydenhuoltosektorin tehokkuuteen erilaisten tehokkuusvertailujen valossa. Tutkimusten mukaan Suomessa terveydenhuoltomenojen osuus bruttokansantuotteesta eli niin sanottu makrotaloudellinen tehokkuus, on verrattain hyvällä tolalla. Mikrotaloudellista tehokkuutta tarkasteltaessa arvio Suomen tilanteesta vaihtelee taas jonkin verran riippuen siitä, onko vertailukohteena OECD-maat kokonaisuudessaan vai ainoastaan muut Pohjoismaat.

Siitä huolimatta, että Suomen terveydenhuoltomenot olivat vuonna 2003 alhaisemmat kuin OECD-maiden, niin reaaliset tuotantopanokset olivat OECD-maiden keskiarvon yläpuolella sairaanhoitajien, farmaseuttien sekä hammaslääkäreiden määrissä. Selitys hyvään suoriutumiseen löytyy osittain siitä, että terveydenhuoltoalalla on Suomessa matalampi palkkataso kuin muissa maissa. Suomen reaalisten tuotantopanosten määrä oli Pohjoismaita pienempi kaikissa muissa tekijöissä paitsi farmaseuttien ja hammaslääkäreiden kohdalla, ja tämä yhdistettynä Suomea korkeampaan palkkatasoon selittää ainakin osittain Pohjoismaiden terveydenhuollon suhteellisten menojen keskiarvon suuruuden verrattuna Suomen vastaavaan.

Terveydenhuoltopalveluiden käyttöasteet ovat Suomessa verrattavissa sekä OECD-maiden että Pohjoismaiden arvoihin. Käyttöasteen tuloksiin liittyy kuitenkin erilaisia tilastollisia taustatekijöitä, joiden vuoksi tuloksista on vaikea tehdä pitäviä johtopäätöksiä. Myöskään Suomen terveydenhuollon tuottavuuden ja kustannusten tasosta verrattuna muihin maihin ei saada yksiselitteistä vastausta. Tuottavuus vuonna 2003 oli Suomessa alhaisempi kuin muissa OECD-maissa keskimäärin lukuun ottamatta kotiutuksia erikoislääkäriä kohti. Pohjoismaita parempi tuottavuus Suomella on kotiutuksissa erikoislääkäriä kohti sekä hoitokäynneissä hammaslääkäriä kohti. Terveydenhuollon hallintokustannukset näyttävät olleen suhteellisen alhaiset Suomessa verrattuna OECD-maihin heijastaen parempaa tehokkuutta. Sen sijaan Suomen hallintokustannukset olivat suuremmat kuin Pohjoismaissa keskimäärin.

Tehokkuutta ja vaikuttavuutta on maassamme pyritty edistämään järjestämällä terveydenhuoltopalvelut pääosin julkisen toiminnan, mutta myös yksityisen voittoa tavoittelevan toiminnan varaan. Kansainvälinen empiirinen aineisto antaa kuitenkin, tietyin varauksin, selkeän kuvan yksityisen palveluntuotannon paremmasta kustannustehokkuudesta. Eri tavoitteiden suhteen

näyttääkin siltä, että vaikuttimet tehdä voittoa palvelevat myös kustannustehokkuutta paremmin kuin voittoa tavoittelematon toiminta.

Terveydenhuoltopalveluiden on vastattava tulevaisuuden haasteisiin. Tämä edellyttää palvelun järjestämistä siten, että palveluntuottajilla olisi vaikuttimet tuottaa palvelut mahdollisimman tehokkaasti, kannustaen kuitenkin luomaan uusia palveluja ja parempia hoitomenetelmiä. Samalla olisi turvattava palvelujen yleinen saatavuus ja palvelunkäyttäjien tasa-arvoinen asema. Myös kysyntäpuolelle olisi luotava mekanismi, joka kannustaisi terveydenhuoltopalvelujen käyttäjiä hakeutumaan tehokkaasti tuotettujen mutta vaikuttavien palvelujen käyttäjiksi.

Tällaisen mekanismin muodostamisen perusta on kuluttajan valinnan mahdollistaminen, jonka toteuttamisen luontevin muoto on sallia vapaa kilpailu palveluntarjoajien välillä. Kilpailun vapauttamisen ei kuitenkaan pidä tapahtua hallitsemattomasti. Useat kansainväliset kokemukset osoittavat, että jos kilpailaan esimerkiksi vääristä asioista tai väärin vaikuttimin, ei terveydenhuollossa saavuteta niitä tehokkuushyötyjä, joita hyvin järjestetty valinnan mahdollistaminen voisi tuoda mukanaan. Yllä nostimme esiin yhden tuoreen ajatusmallin, jolla voitaisiin luoda sekä kysyntä- että tarjontapuolelle vaikuttimet panostaa laadukkaaseen ja ennen kaikkea tehokkaasti tuotettuihin terveydenhuoltopalveluihin. Malli rakentuu sen varaan, että kuluttajan oma maksuosuus on pienimmillään silloin, kun on tämä on valinnut vaikuttavuuteen nähden edullisen palvelun.

Terveydenhuoltopalveluiden järjestämisen rakennetta ei kuitenkaan muuteta yhdessä yössä. Jäykät rakenteet sekä poliittinen ja yleinen asenneilmapiiri aiheuttavat muutosvastarintaa yksityisen sektorin roolin kasvattamiselle. Tässä ehkäpä väistämättömässä markkinaehtoistamisessa voidaan siksi edetä vain asteittain, hyödyntämällä harkiten niitä kansainvälisiä kokemuksia, joita alueelta on saatavissa. Väestörakenteen muutos ja tästä seuraavat julkisen talouden realiteetit kehittyvät olemassa olevan järjestelmän armoilla. Nähtäväksi jää, kuinka kauan markkinaehtoistamista voidaan pitää vain korjausliikkeiden tasolla ja jättää yksityinen palveluntuotanto pelkästään ruuhka-avuksi turvaamaan monella alueella mahdollisesti tehottomamman julkisen sektorin elin-kelpoisuutta. Kysehän on viime kädessä terveiden liiketoimintaperiaatteiden valjastamisesta yhteiskunnallisen, eli yhteisen hyvinvointimme palvelukseen.

LÄHDELUETTELO

- Alasaarela, Esko (2003) Tulevaisuuden terveysteknologiat ja -järjestelmät. TEKES.
- Arrington, Barbara - Haddock, Cynthia (1990) Who Really profits from Not-For-Profits? *Health Services Research*, Vol. 25, No: 2, 291- 304.
- Bamezai, Anil - Zwanziger, Jack - Melnick, Glenn A. - Mann, Joyce A. (1999) Price competition and hospital cost growth in the United States (1989-1994). *Health Economics*, Vol. 8, No: 3, 233-243.
- Becker, Edmund R. - Sloan, Frank A. (1985) Hospital Ownership and Performance. *Economic Inquiry*, Vol. 23, 21-36.
- Berg, Marc - de Brantes, Francois - Schellekens, Wim (2006) An equitable health care system that realizes high quality, affordable care. Editorial. Alustava versio pääkirjoituksesta: The right incentives for high-quality, affordable care: a new form of regulated competition. *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 18, No: 4.
- Björkroth, Tom - Pelkonen, Eija - Okko, Paavo (2006) Omistajuus, kilpailu ja valinta: terveydenhuollon järjestämisen kansainvälisiä kokemuksia. Teoksessa: Fredriksson, Sami - Martikainen, Tuomo (toim.) Kilpailuttamisen kokemukset. Kunnallisalan kehittämissäätiön Kunnat ja kilpailu –sarjan julkaisu No 1.
- Björkroth, Tom - Willner, Johan (2003) On Firm Objectives in Finnish Market for Long Distance Telecommunications. In Björkroth, Tom (2003) Engine or Wheels of our Prosperity? PhD-thesis Åbo Akademi University.
- Björkroth, Tom - Willner, Johan (2002) Liberalisation and Technical Change in Finland, in Wubben, Emiel F. M. and Hulsink Willem (eds.), Engineering Competition –or Engineering Regulation? Cheltenham: Edward Elgar.
- Boerma, Wienke G. W. - Fleming, D. M. (1998) The role of general practice in Primary health care, WHO Regional office for Europe.
- Carter, Richard B. - Massa, Lawrence J. - Power, Mark L. (1997) An examination of the efficiency of proprietary hospital versus non-proprietary hospital ownership structures. *Journal of Accounting and Public Policy*, Vol. 16, 63-87.

- Clarkson, Kenneth W. (1972) Some implications of property rights in hospital management. *Journal of Law and Economics*, Vol. 15, 363.
- Cremer, Helmuth - Marchand, Maurice - Thisse, Jacques-Francois (1989) The Public Firm as an Instrument for Regulating an Oligopolistic Market. *Oxford Economic Papers* Vol. 41, 283-301.
- De Fraja, Giovanni (1991) Efficiency and Privatisation in Imperfectly Competitive Industries. *Journal of Industrial Economics*, Vol. 39, No: 3, 311-321.
- De Fraja, Giovanni - Delbono, Flavio (1990) Game Theoretic Models of Mixed Oligopoly. *Journal of Economic Surveys*, Vol. 4, No: 1, 1-17.
- Eurostat (2002) Health statistics, Key data on health 2002. Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
- Ferlie, Ewan - Freeman, George - McDonnell, Juliet - Petsoulas, Christina - Rundle-Smith, Sara (2006) Introducing Choice in the Public Services: Some Supply Side Issues. *Public Money & Management* Vol. 26, Nro: 1, 63-72.
- Frech, Harry E. III - Mobley, Lee R. (1995). Resolving the impasse on hospital scale economies: A new approach. *Applied Economics*, Vol. 27, No: 3, 286-296.
- Hallituksen esitys 216/1991 Perustelut
[<http://www.eduskunta.fi/triphome/bin/vepshref.scr?{KEY}=HE+216/1991&{ID}=HE+216/1991&{EXTRA}=TUNNUS>]
- Hjerpe, Reino (2002) Valtionosuusuudistus tehosti kuntien toimintoja. VATT NYT 3/2002.
- Keeler, Emmet B. - Melnick, Glenn - Zwanziger Jack (1999) The changing effects of competition on non-profit and for-profit hospital pricing behavior. *Journal of Health Economics*, Vol. 18, 69-86.
- Le Grand, Julian (2006): Kilpailu ja valinta julkisissa palveluissa. Esitelmä 19.4.2006, Sosiaalipoliittinen yhdistys, Helsinki.
- Lin, Heng-Ching - Xiragasar, Sudha - Tang, Chao-Hsiun (2004) Costs per discharge and hospital ownership under prospective payment and cost-based reimbursement systems in Taiwan. *Health Policy and Planning*, Vol. 19, No: 3, 166-176.
- Lindsay, Cotton M. (1976) A Theory of Government Enterprise. *Journal of Political Economy*, Vol. 84, No: 5, 1061-1078.
- Lynk, William J. (1995) The creation of economic efficiencies in hospital mergers. *Journal of Health Economics*, Vol. 14, No: 5, 507-530.
- Mango, Paul D. - Riefberg Vivian E. (2006) Health savings accounts: making patients better consumers. *The McKinsey Quarterly*, January 2005.

- Mark, Tami L. (1996) Psychiatric Hospital Ownership and Performance. *Journal of Human Resources*, Vol. 31, No: 3, 631-649.
- Matsumura, Toshihiro - Kanda, Osamu (2006) Mixed Oligopoly in Free Entry Markets. *Journal of Economics*, Vol. 84, No: 1, 27-48.
- Moisio, Antti (2002) Essays on Finnish Municipal Finance and Intergovernmental Grants. VATT-tutkimuksia 93.
- NOMESCO (2005) Health Statistics in the Nordic Countries 2003. Nordic Medico-Statistical Committee, Copenhagen, 181.
- Nyman, John A. - Bricker, Dennis L. (1989) Profit incentives and Technical Efficiency in the Production of Nursing Home Care. *Review of Economics and Statistics*, Vol. 71, No: 4, 586-594.
- OECD (2005a) OECD Reviews of Health Systems: Finland. Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
- OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October.
- Okko, Paavo (1995) Markkinat ja hierarkiat terveystalvelusten tuotannossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti*, Vol. 32, 179-184.
- Oxley, Howard - MacFarlan, Maitland (1995) Health care reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency. *OECD Economic Studies*, No. 24, 1995/I.
- Porter, Michael E. - Olmsted Teisberg, Elizabeth (2004) Redefining Competition in Health Care. *Harvard Business Review*, June 2004, 65-76.
- Robinson, James C. - Luft, Harold S. (1985) The impact of hospital market structure on patient volume, average length of stay, and the cost of care. *Journal of Health Economics*, Vol. 4, No: 4, 333-356.
- Rushing, William (1974) Differences in profit and non-profit organizations: a study of effectiveness and efficiency in general shortstay hospital. *Administrative Science Quarterly*, Vol. 19, 474-84.
- Sandy, Lewis G. - Bazarko, Dawn (2005) Advancing Quality in a Consumer-directed World: "May You Live in Interesting Times". *The American Journal of Managed Care*, Vol. 11, No: 5, 287-288.
- Sintonen, Harri (1988) Comparing the productivity of public and private dentistry. In Culyer, A. J. & Jönsson, Bengt (eds.). *Public and Private Health Services. Complementarities and Conflicts*. Blackwell, Oxford, 219-234.
- Sosiaali- ja terveystministeriö (2002) Sosiaaliturvan suunta 2002. Julkaisuja 2002: 2. Helsinki.
- Suomen Apteekkariliitto (2004) Vuosikatsaus 2004.
- Vihanto, Martti (2004) Sopimuskustannukset ja hallintoinstituutiot terveystalvelujen markkinoilla. Teoksessa Widgrén, Mika (toim.). *Kansallisesta voitosta globaaleille markkinoille. Kirjoituksia Paavo Okon 60-vuotispäivän kunniaksi*. Taloustieto, Helsinki, 213-225.

- Willner, Johan (2001) Ownership, efficiency and political interference. *European Journal of Political Economy*, Vol. 17, 723-748.
- Willner, Johan (1994) Welfare Maximization with Endogenous Average Costs. *International Journal of Industrial Organization*, Vol. 12, No: 3, 373-386.
- Wilson, George W. - Jadow, Joseph M. (1982) Competition, Profit incentives, and Technical Efficiency in the Provision of Nuclear Medicine Services. *Bell Journal of Economics*, Vol. 13, No: 2, 472-482.
- <http://www.ktl.fi/org/esittely/huttunen/slide7.html>. Viitattu 2.4.2007.

LIITE 1: SUOMEN, OECD-MAIDEN JA POHJOISMAIDEN TERVEYDENHUOLLON MITTAREIDEN TULOKSIA

Reaaliset panokset terveydenhuollossa tuhatta ihmistä kohti, Suomi sekä OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvo vuonna 2003.

	Yleislääkärit	Erikoislääkärit	Hammaslääkärit	Farmaseutit	Sairaanhoidajat	Akuuttihoitopaikat	Pitkäaikaishoitopaikat
Suomi	0,70	1,40	0,90	0,94	9,30	2,30	7,10
OECD	0,89	1,74	0,58	0,62	7,85	3,92	6,48
Pohjoismaat	0,73	2,00	0,80	0,70	11,40	3,10	7,43

Terveyspalveluiden käyttöaste, Suomi sekä OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvo vuonna 2003.

	Lääkärikäynnit henkeä kohti	Hammaslääkärikäynnit henkeä kohti	Kotiutukset tuhatta asukasta kohti	Päiväkirurgiset toimenpiteet tuhatta asukasta kohti	Lääkekustannukset, päivittäiset lääkemenotset tuhatta asukasta kohti
Suomi	4,20	1,20	249,81	34,80	2131,90
OECD	6,06	1,14	151,41	43,30	
Pohjoismaat	7,30	0,90	177,42	109,10	1876,88

Tuottavuuden ja kustannusten mittarit terveydenhuollossa, Suomi sekä OECD-maiden ja Pohjoismaiden keskiarvo vuonna 2003.

	Hoitokäynnit lääkäriä kohti	Hoitokäynnit hammaslääkäriä kohti	Kotiutukset erikoislääkäriä kohti	Hallintokustannusten ja vakuutusten osuus kokonaiskustannuksista (käänteisluku)	Päivittäiset lääkemenotset farmaseuttia kohti
Suomi	1967,34	1373,68	210,35	0,48	2274,38
OECD	2601,37	2312,82	98,89	0,34	
Pohjoismaat	2436,5	1090,47	82,96	0,98	4188,93

Taulukoita tulkittaessa on huomioitava samat huomautukset kuin tekstissä kuvioiden 2–4 yhteydessä. Ks. lähemmin: OECD (2005b) OECD Health Data 2005, October.

LIITE 2: SEKAOLIGOPOLIN MERKITYS COURNOT'N KILPAILUSSA

Luvussa 4.2. mainittua sekaoligopolin (mixed oligopoly) ideaa voidaan lähestyä perinteisen oligopolimallinnuksen kautta. Tässä on tarkoituksenmukaista perustaa lähestymistapa kilpailuun, jossa strateginen muuttuja on tuotettu hyödykkeiden tai palvelusten määrä tai tähän varattava kapasiteetti.

Asian valottamiseksi käsitellään ensin yksinkertaista kahden toimijan markkinaa, jossa molemmat toimijat ovat voittoa maksimoivia, eli kummallakaan ei ole mitään laajempia vaikuttimia kokonaishyvinvoinnin maksimoimiseksi.

Käänteinen markkinakysyntä on muotoa $p = a - x$, jossa x kuvaa markkinoilla kysyttyä tai vaihdettua määrää. Koska markkinoilla on vain kaksi toimijaa, yritykset 1 ja 2, saadaan, että $x = x_1 + x_2$. Jos oletetaan, että yritysten rajakustannukset (MC) ovat vakiot, eli $MC = c$, tulevat myös yksikkökustannukset olemaan c .

Yritysten 1 ja 2 voitot (Π_1 ja Π_2) voidaan tällöin kirjoittaa muotoon:

$$(1a) \quad \Pi_1 = (a - x)x_1 - cx_1$$

$$(1b) \quad \Pi_2 = (a - x)x_2 - cx_2$$

Cournot'n mallissa yritysten oletetaan maksimoivan voittofunktionsa tuotetun määrän suhteen, joten ensimmäisen kertaluvun ehdoiksi saadaan:

$$(2a) \quad \frac{\partial \Pi_1}{\partial x_1} = -x_1 + (a - x) - c = 0$$

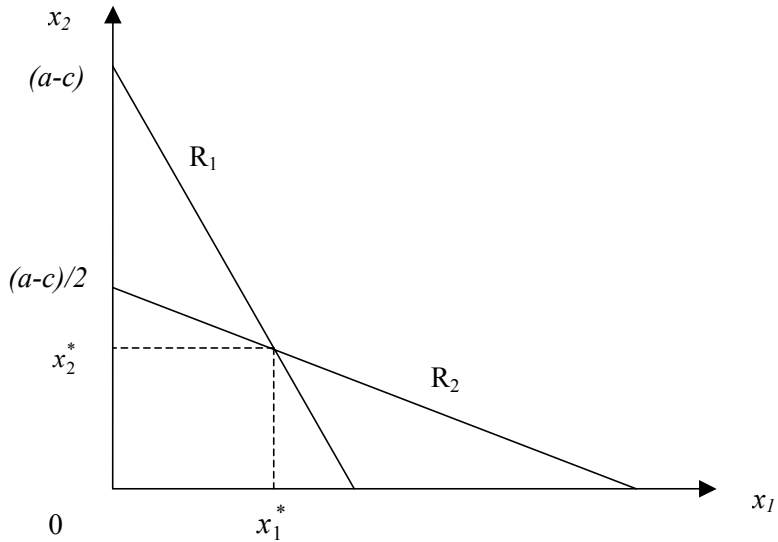
$$(2b) \quad \frac{\partial \Pi_2}{\partial x_2} = -x_2 + (a - x) - c = 0$$

Jos (2a) ja (2b) ratkaistaan, saadaan yritysten 1 ja 2 reaktiofunktiot

$$(3a) \quad x_2 = (a - c) - 2x_1 \quad \text{yritys 1:n reaktiofunktio (R}_1\text{)}$$

$$(3b) \quad x_2 = \frac{(a - c)}{2} - \frac{1}{2}x_1 \quad \text{yritys 2:n reaktiofunktio (R}_2\text{)}$$

Nämä reaktiofunktiot voidaan kuvata samaan kuvioon L1 ilmentämään Cournot'n mallin tyypillistä tasapainoa, jossa yritys 1 tuottaa määrän x_1^* ja yritys 2 määrän x_2^* .



Kuvio L1: Cournot - tasapaino, kun molemmat yritykset maksimoivat voittoja.

Kuvion L1 tapauksessa, kun kustannukset ovat symmetriset, yritysten tuotannot ovat yhtä suuret²⁹:

$$(4) \quad x_1^* = x_2^* = \frac{(a-c)}{3}$$

Näin ollen kilpailullisen markkinan kokonaistuotanto (x_c) esimerkiksi potilaspaikeina, tai hoitotapahtumina on

$$(5) \quad x_c = x_1^* + x_2^* = \frac{2}{3}(a-c)$$

Markkinahinta saadaan kysynnästä $p = a - x$, ja se on tällöin

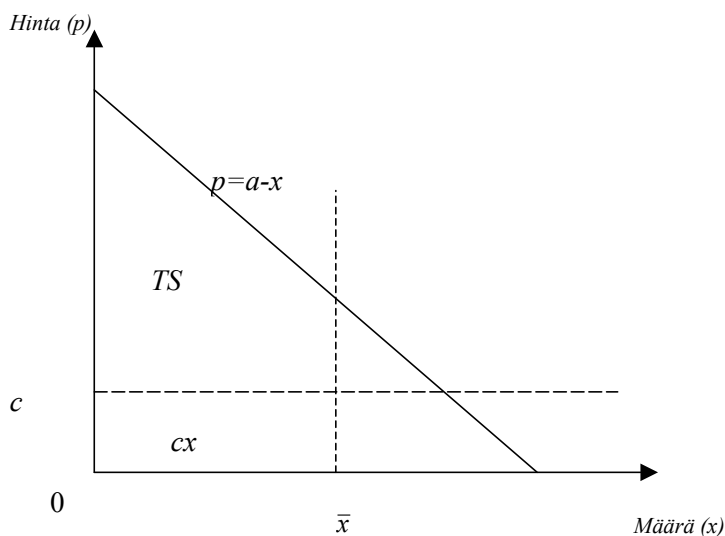
$$(6) \quad p = a - \frac{2}{3}(a-c) = \frac{(a+2c)}{3}$$

²⁹ Tuotantojen määrän voi laskea reaktiofunktioiden leikkauspisteestä ratkaisemalla tasapaino x_1 :n ja x_2 :n suhteen.

SEKAOLIGOPOLI³⁰

Seuraavaksi oletetaan, että toinen toimijoista omaa muitakin vaikuttimia kuin pelkän voitontavoittelun. Julkisomisteisen toimijan tavoitefunktioon voi esimerkiksi kuulua tietyn painon antaminen markkinoilla syntyvälle kokonaisylijäämälle (total surplus), joka koostuu yritysten voitoista ja kuluttajan ylijäämästä. Esimerkkinä tästä voisi olla julkinen sairaala, joka toimii samoilla markkinoilla yksityisten sairaaloiden kanssa. Julkisomisteisen sairaalan tavoitefunktioon voi hyvin olettaa kannattavuuden (voittojen) ohella kuuluvan kuluttajan hyvinvoinnin (lue: kuluttajan ylijäämän) huomioiminen. Kyseinen oletamus ei ole mitenkään abstrakti, vaan voi heijastella sitä tosiasiaa, että julkisrahoitteisessa palveluntuotannossa toteutetaan pitkälti myös poliittisia tavoitteita.

Yllä olevan lineaarisen kysynnän ja vakioisten rajakustannuksen tapauksessa yrityksen i voitto voidaan kirjoittaa muotoon $\Pi_i = (a - x)x_i - cx_i$. Kokonaisylijäämän sisältäessä sekä kuluttajan ylijäämän että yritysten voitot voidaan kokonaisylijäämää tietyllä tuotannon tasolla \bar{x} kuvata kuviossa L2 alueella TS.



Kuvio L2: Kokonaisylijäämä

³⁰ Sekaoligopolimalleja käsittelevät mm. Cremer, Marchand & Thisse (1989), De Fraja (1991), De Fraja & Delbono (1990), Willner (1994), Björkroth & Willner (2002, 2003), Matsumura & Kanda (2006).

Kokonaisylijäämään suuruutta voidaan määrittellä seuraavasti:

$$(7) \quad TS = \int_0^{\bar{x}} (a - x) dx - cx$$

Jos nyt annamme yrityksen 1 edustaa toimijaa jolla on voitontavoittelua laajempia vaikuttimia toiminnalleen. Olettaen, että se painottaa kokonaisylijäämää painokertoimella λ , jossa $\lambda \geq 0$, ja voittoa kertoimella 1, tulee tämän yrityksen tavoitefunktioista W seuraava:

$$(8) \quad W = \lambda \int_0^{\bar{x}} (a - y) dy - \lambda cx + (a - x)x_1 - cx_1$$

Integroimalla (8) saadaan tulokseksi:

$$(9) \quad W = \lambda \left(ax - \frac{x^2}{2} - cx \right) + ax_1 - xx_1 - cx_1 \Big|_{x=x_1+x_2}$$

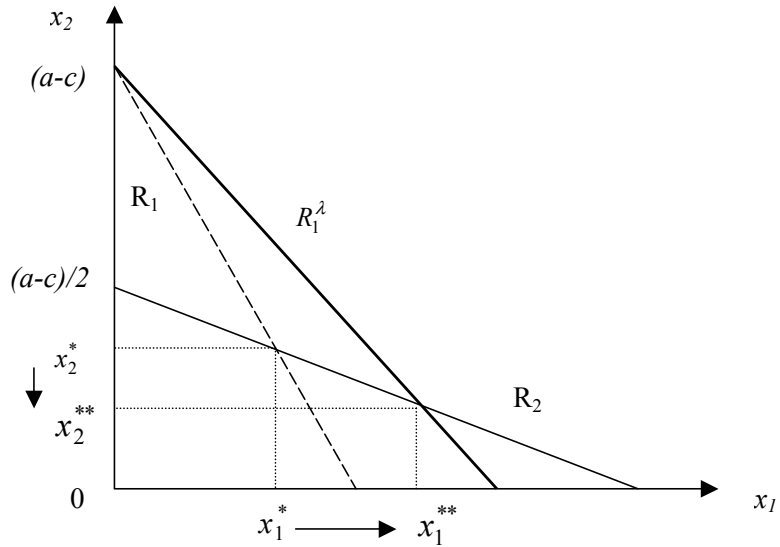
Kun yritys nyt maksimoi tämän tavoitefunktionsa määrän x_1 suhteen, saadaan siitä:

$$(10) \quad \frac{\partial W}{\partial x_1} = \lambda(a - x - c) + a - x - x_1 - c = 0$$

Tästä saadaan ratkaistua yrityksen 1 reaktiofunktio (R_1^λ) muotoon:

$$(11) \quad R_1^\lambda : x_2 = (a - c) - \frac{(\lambda + 2)}{(\lambda + 1)} x_1$$

Yrityksen 2 reaktiofunktio pysyy ennallaan eli yhtälön (3b) kaltaisena. Tästä saadaan tuloksena, että mikäli yritys 1 antaa positiivisen painon kokonaisylijäämälle ($\lambda > 0$) tulee tasapaino siirtymään siten, että yritys 1 tuottaa suhteessa suuremman määrän hyödykettä kuin yritys 2.



Kuvio L3: Cournot'n tasapaino sekaoligopolissa

Kuviosta L3 nähdään, että sekaoligopolin tasapainossa markkinan kokonaistuotos on suurempi. Terveydenhuollon termein tämä tarkoittaa, että hoitotapahtumia tai tähän tarvittavaa kapasiteettia on tarjolla enemmän kuin puhtaasti kilpailullisten markkinoiden tapauksessa. Laskevan kysyntäkäyrän tilanteessa tämä tarkoittaa alemmaa tasapaino-, eli markkinahintaa.³¹ Näin ollen myös kuluttajan ylijäämä (kuluttajien hyvinvointi) tulee olemaan suurempi kuin tilanteessa, jossa molemmat toimijat painottavat pelkästään voiton maksimointia.

Yrityksen 1 tuotanto voidaan kirjoittaa muotoon:

$$(12) \quad x_1^{**} = x_1^{\lambda} = \frac{\lambda + 1}{\lambda + 3}(a - c)$$

Vastaavasti saadaan yrityksen 2 tuotannoksi

$$(13) \quad x_2^{**} = \frac{1}{\lambda + 3}(a - c)$$

³¹ Varsinaisen tuotoksen sijaan x voi myös kuvastaa toimijoiden panostusta kapasiteettiin. Viesti on kuitenkin osapuulleen sama. Kokonaisylijäämän painottaminen tuo markkinoille lisää kapasiteettia verrattuna kilpailulliseen tasapainoon. Kapasiteettina voitaisiin tässä kohden ajatella esimerkiksi sairaalan vuodepaikkoja tai esimerkiksi leikkauskapasiteettia.

Tämä tarkoittaa sitä, että mikäli yritys ei painota kokonaisylijäämää lainkaan, tulee sen tuotanto olemaan sama kuin alkuperäisessä tapauksessa. Mikäli yritys taas painottaa ainoastaan kokonaisylijäämää ($\lambda \rightarrow \infty$) tulee se tuottamaan yksin koko markkinoilla vaihdettavan tuotannon, eli $x_2^{**} = 0$ ja $x_1^{**} = (a - c)$.³²

Malli on yleistettävissä kuvaamaan useammankin toimijan markkinoita. Lisäksi siinä voidaan olettaa, että yritysten rajakustannukset ovat erisuuruiset. Näiden variaatioiden perusviesti on kuitenkin sama kuin tässä esitetyn, eli voitontavoittelua laajemmat vaikuttimet vievät markkinan hintatasoa kohden kilpailullisen markkinan rajakustannustasoa. Staattisessa katsannossa nämä laajemmat vaikuttimet ovat suoraan yhteydessä kuluttajan hyvinvoinnin paranemiseen. Ottamalla huomioon toimialan kiinteät kustannukset, voidaan näiden laajempien vaikuttimien nähdä myös rajoittavan elinkelpoisten yritysten lukumäärää markkinoilla. Tähän perustuu ajatus siitä, että julkisomisteinen yritys voi näiden vaikuttimien avulla pakottaa muut toimijat tehokkuusmielessä kurinalaiseen toimintaan. Näkökulma on siinä mielessä staattinen, että se ei ota huomioon voitokkuuden vaikutusta tulevaan innovaatiotoimintaan. Toisaalta sillä voidaan ajatella olevan merkitystä tuotannollisen tehokkuuden ylläpitämisessä tai parantamisessa.

³² Markkinan (sekaoligopolin) kokonaistuotanto (x_{mo}) tulee kahden yrityksen tapauksessa luonnollisesti olemaan $x_{mo} = \left(\frac{\lambda + 2}{\lambda + 3}\right)(a - c)$. Eli jos $\lambda = 0$ niin $x_{mo} = x_{c_3}$, toisin sanoen jos toimijat painottavat vain voittoja, tulee sekaoligopolin tulema vastaamaan kilpailullisia markkinoita.

**TURUN KAUPPAKORKEAKOULUN JULKAISUSARJASSA
KESKUSTELUA JA RAPORTTEJA OVAT VUODESTA 2006 LÄHTIEN
ILMESTYNEET SEURAAVAT JULKAISUT**

- KR-1:2006 Tarja Ketola (ed.)
What Corporate Responsibility Research can give to Business
Know-How. Values, Strategies and Practices
- KR-2:2006 Teppo Rakkolainen
Optimal Investment for a Pension Insurer with Solvency
Constraints in a One-Period Diffusion Model
- KR-3:2006 Lauri Ojala – Pia Jämsä (eds.)
Third Party Logistics – Finnish and Swedish Experiences
- KR-4:2006 Anita Rubin
Muuttuva korkeakoulu – Turun kauppakorkeakoulun opettajien
tulevaisuudenkuvat
- KR-5:2006 Timo Toivonen
Happy Time. Three Papers on International and National Trends
in Leisure Time
- KR-1:2007 Paavo Okko – Tom Björkroth – Annina Lehtonen –
Eija Pelkonen
Markkinaperiaatteen mahdollisuudet Suomen terveystalouden
tehokkuuden edistämiseksi

Kaikkia edellä mainittuja sekä muita Turun kauppakorkeakoulun
julkaisusarjoissa ilmestyneitä julkaisuja voi tilata osoitteella:

KY-Dealing Oy
Rehtorinpellonkatu 3
20500 Turku
Puh. (02) 481 4422, fax (02) 481 4433
E-mail: ky-dealing@tse.fi

All the publications can be ordered from

KY-Dealing Oy
Rehtorinpellonkatu 3
20500 Turku, Finland
Phone +358-2-481 4422, fax +358-2-481 4433
E-mail: ky-dealing@tse.fi