Kustannustehokkuuden ja kattavuuden ongelmat Yhdysvaltain terveydenhuollossa

Katri K. Sieberg & Olga Shvetsova

Asiantuntijat molemmilta Yhdysvaltojen poliittisilta kentiltä ovat sitä mieltä, että Yhdysvaltain terveydenhuoltojärjestelmä on ongelmissa. Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmä on kalliimpi ja tehottomampi henkeä kohden laskettuna kuin vastaavat järjestelmät muissa OECD:n jäsenmaissa. Vaikka ongelmien olemassaolo yleisesti tunnustetaankin, ratkaisuista ollaan eri mieltä. Toisen osapuolen mukaan julkinen terveydenhuolto pystyisi parhaiten ja kustannustehokkaimmin tarjoamaan universaalin palvelujen kattavuuden. Toisen osapuolen mukaan ainoastaan vapaiden markkinoiden periaatteiden noudattaminen pystyy takaamaan tehokkuuden.

Yhdysvalloissa terveydenhuoltojärjestelmää koskevaa keskustelua vaikeuttaa voimakkaiden intressiryhmien tekemä lobbaustyö. Sairausvakuutuksia tarjoavat vakuutusyhtiöt ovat jyrkästi kaikkia julkisen terveydenhuollon muotoja vastaan. Vakuutusyhtiöiden mukaan kilpailu julkista terveydenhuoltoa vastaan olisi mahdotonta. Vakuutusyhtiöiden lisäksi lääkäreiden järjestöt, lääketeollisuus ja sairaalat pyrkivät takaamaan, että mahdolliset uudet lait eivät uhkaisi niiden nykyistä asemaa.

Tämän puheenvuoron tarkoituksena ei ole tehdä tyhjentävää vertailua amerikkalaisen ja muiden teollistuneiden maiden terveydenhoitojärjestelmien välillä, vaan osoittaa, että Yhdysvaltojen mallin mukainen yksityiseen sairausvakuutusjärjestelmään perustuva järjestelmä ei ole kustannustehokas taloustieteen näkökulmasta, eikä se tarjoa kattavasti moraalisten normien mukaista hoitoa.

Nykyään Yhdysvalloissa terveydenhuollon päämäärien määrittelyssä keskipisteenä on moraalisten normien sijaan kustannustehokkuus. Keskustelussa ei juuri sivuta sitä, kuinka hyvin hoidolle asetetut standardit toteutuvat. Yritykset luoda uusia lakeja, jotka tasapainottaisivat poliittiset vaatimukset kustannustehokkuudesta ja laadusta, ovat monimutkaisia ja päätyvät intressiryhmien vaatimusten takia usein huonoihin kompromisseihin.

Tässä puheenvuorossa keskitymme ainoastaan kustannustehokkuuteen ja kattavuuteen. Rajaus ei kata aihetta koskevia poliittisia prosesseja.

TERVEYDENHOITOJÄRJESTELMÄN HAASTEET

Viimeisimmän terveydenhuoltoa koskevan lakiuudistuksen mukaan Yhdysvaltojen terveydenhuoltojärjestelmällä on mandaatti luoda universaalisesti kattava järjestelmä. Valtuuksia ei ole kuitenkaan määritetty perustuslain tasolla, joten todellinen kattavuuden taso tullaan määrittelemään liittovaltion ja osavaltioiden tasoilla tai liittovaltion korkeimman oikeuden päätöksellä. Korkein oikeus käsitteleekin parhaillaan Affordable care act -lakia, jonka tulkinta tulee määrittämään lain velvoittavuuden kansallisella tasolla.

Yhdysvalloissa on yli 50 miljoona ihmistä, joilla ei ole terveysvakuutusta (Wolf 2010). Vakuutetun väestönosan hoitokustannukset ovat taas OECD-maiden korkeimpia. OECD:n terveysaineiston (2011) mukaan vuonna 2009 Yhdysvaltojen terveydenhuollon menot olivat 17,4 % BKT:sta. Terveydenhuollon menojen osuus BKT:stä on korkeampi kuin missään muussa OECD-maassa. Edellisen lisäksi myös henkeä kosken laskettavat terveydenhuollon kokonaismenot olivat Yhdysvalloissa korkeimmat (vuonna 2009 $ 7960 henkeä kohden). Noin kolmas osa Yhdysvaltojen terveydenhuollon

menoista muodostuu valtioperusteisten terveydenhoitojärjestelmien kustannuksista (Wood 2011.)

Korkeat kustannukset eivät kuitenkaan korreloi laadun kanssa. Vuonna 2008 lääkärikäynnit henkeä kohden Yhdysvalloissa olivat alimpia OECD-maiden keskuudessa, 3,9 käyntiä henkeä kohden, kun taas Suomessa käyntejä oli 4,3 henkeä kohden ja Alankomaissa 5,9 henkeä kohden (OECD Health Data 2011). Vuonna 2008 lapsikuolleisuus oli Yhdysvalloissa 6,5 tuhatta elävänä syntynyttä kohtaan, kun taas Suomessa vastaava luku oli samana vuonna 2,6. On vaikea perustella, että terveydenhuoltoon kulutetut varat toisivat samassa suhteessa enemmän vastinetta. Varakas väestönosa, jolla on parhaat terveysvakuutukset, saa erittäin laadukasta hoitoa, mutta tämä koskee vain pientä osaa väestöstä.

YKSITYINEN SAIRAUSVAKUUTUS

Yksityinen sairausvakuutus nähdään Yhdysvaltojen terveydenhuollon perusrahoitusmuotona, vaikkakin kaikkein haavoittuvimmat väestönosat kuten vanhusväestö, vammautuneet ja sosioekonomisesti huono-osaiset (jos he täyttävät kriteerit) hoidetaan julkisten Medicare- ja Medicaid-järjestelmien kautta. Koska terveydenhuollon kustannukset ovat korkeat, ehdotukset menojen rajoittamiselle markkinavoimien avulla saavat edelleen paljon poliittista kannatusta. Lähempi katsaus terveydenhuoltoon kuitenkin paljastaa markkinavoimien taloudellisen epäonnistumisen. Perinteiset markkinamekanismit eivät luo kustannustehokkuutta, eivätkä täytä sosiaalisesti kestävän saavutettavuuden kriteereitä.

Markkinalähtöisen lähestymistavan (kaupallisten sairausvakuutuksien kautta) oli tarkoitus tuoda vapaiden markkinoiden oletettu tehokkuus kustannuksien hallitsemiseen ja nostaa laatua kahdella tavalla: 1) kilpailun kautta ja 2) välttämällä ylikulutusta. Arviomme näitä tapoja osoittaaksemme markkinamekanismien puutteet terveydenhoidossa.

KILPAILU

Yksityiset järjestelmät samaistetaan usein virheellisesti vapaaseen markkinatalouteen. Vapaaseen markkinatalouteen perustuvassa järjestelmässä oletetaan olevan korkein tehokkuuden taso, matalimmat kustannukset ja korkein laatu. Jotta vapaa markkinatalous ja vapaa kilpailu toimivat kunnolla, monien edellytysten täytyy kuitenkin täyttyä. Näihin edellytyksiin kuuluvat mm. avoin pääsy markkinoille, palveluntarjoajia koskevan vertailukelpoisen informaation saatavuus (hinta, laatu) ja määräävien markkina-asemien puuttuminen, jolloin kukaan yksittäinen palveluntarjoaja tai asiakas ei voi määritellä hintaa tai laatua yksipuolisesti. Näiden edellä mainittujen edellytysten toteutumatta jääminen heikentää markkinoiden toimivuutta. Mikään näistä olettamuksista ei toteudu Yhdysvaltain nykyisillä terveydenhoitomarkkinoilla.

Sairausvakuutuksiin liittyvien suurien riskien takia vakuutusyhtiöillä pitää olla lähtökohtaisesti suuri asiakaspooli. Vakuutusyhtiöt ovat siksi kasvattaneet kokoaan merkittävästi. Uusien vakuutusyhtiöiden pääsy markkinoille on käytännössä katsoen mahdotonta, sillä niiden pitäisi olla heti alusta saakka todella suuria, jotta ne pystyisivät kantamaan sairausvakuutuksiin liittyvän liiketoimintariskin. Tämä on yleisempi ongelma, joka ei koske pelkästään Yhdysvaltoja, vaan kaikkia yksityisiä sairausvakuutuksia.

Vakuutusyhtiön asiakaspoolin määrän vaatimukset kasvavat sitä mukaa kuin terveydenhoidon hinta kasvaa ja uusi lainsäädäntö asettaa uusia velvoitteita, kuten sen, että vakuutusta ei voi evätä olemassa olevien sairauksien perusteella. Mammuttimaisiksi kasvaneiden vakuutusyhtiöiden ei ole myöskään mahdollista poistua markkinoilta, koska niiden häviäminen toisi mukanaan vakavia sosiaalisia seurauksia. Suuret ihmismäärät jäisivät ilman vakuutusta ja useat menettäisivät vakuutusyhtiön tarjoaman työpaikan. Vakuutusyhtiöistä on tullut liian merkittäviä hävitäkseen (too big to fail).

Suurimman osan sairausvakuutuksista myöntää Yhdysvalloissa työantaja. Työnantajalla on yleensä sopimus vain yhden vakuutusyhtiön kanssa. Näin ollen työntekijä ei voi valita vakuutusyhtiötään, valittavaksi jää vain saman yhtiön tarjoamat eri vaihtoehdot. Vakuutuksien sisällöistä ja hinnoista annetut tiedot ovat kuitenkin rajallisia, joten niiden vertaileminen on hyvin vaikeaa.

Vaikka vakuutuksenottajan tietotaito riittäisikin vakuutuksien vertailuun, niiden kattavuus on vaihtelevaa. Asiakkaan on vaikea ennustaa

minkälaiseen sairauksiin ja minkä tasoiseen kattavuuteen hänen pitäisi varautua. Asiakkaan kannalta tiedon heikko saatavuus on sairausvakuutusten yleinen ongelma.

Markkinoita ei ole myöskään suojattu määräävien markkina-asemien synnyltä, vaan niiden syntymiselle on aktiivisesti luotu edellytykset. Vuoden 1945 McCarran-Ferguson-lain mukaan terveysvakuutusyhtiöt ovat vapautettuja kartellinvastaisista määräyksistä (Varney 2009). American Medical Associationin mukaan fuusiot terveysvakuutusmarkkinoilla ovat vähentäneet kilpailua edelleen ja useimmilla suurkaupunkialueilla yhdellä vakuutusyhtiöllä onkin valta-asema. (Deem ym. 2007, 1). Ottaen huomioon määräävien markkina-asemien synnyn ja rajallisen kilpailun taloustieteen perusteiden mukaan on vain luonnollista, että vakuutusyhtiöt pyrkivät hyödyntämään voiton maksimoimisen tilanteessa. Näin on myös tapahtunut. Kuluttajahinnat ovat nousseet ilman, että palveluiden määrä tai laatu olisivat kasvaneet. (Deem ym. 2007, 1).

Voiton maksimoimisella on muitakin seurauksia. Sairausvakuutusyhtiöt myyvät vakuutuksia, jotka korvaavat osan henkilön lääketieteellisistä kuluista. Sairas tai loukkaantunut asiakas on yhtiölle suurempi kustannus kuin terve. Terveiden asiakkaiden vakuutusmaksuilla pyritään kattamaan sairastuneiden kulut ja kerryttämään vaadittava liikevoitto. Tätä pidetään normaalina vakuutustoimintaan liittyvänä toimintamallina. Liiketoimintariskin minimoimiseksi vakuutusyhtiöt kuitenkin pyrkivät aktiivisesti pääsemään eroon kustannuksia tuovista asiakkaistaan. Asiakkaiden terveydentilaa ja sairastumisriskiä koskevan tiedon lisääntyessä vakuutusyhtiöt pystyivät tekemään näin. Yhtiöt pystyivät aiempaa paremmin tunnistamaan ne asiakkaat, joilla oli selkeä riski muuttua liiketoiminnalliseksi kuluksi. Näiden tietojen turvin yhtiöt loivat ehtoja, joiden perusteella ne pystyivät epäämään hoidon tai korvaukset ”ennalta olemassa olevien sairauksien” perusteella. Yhtiöt asettivat myös korvattaville hoitokuluille kattoja ja aktiivisesti valitsivat ”rusinat pullasta”, eli vähäriskisimmät asiakkaat. Kaikki edellä mainittu toiminta liittyy liiketoiminnallisen voiton maksimoimiseen. Toiminta on myöskin odotettavaa, jos rajoituksia ja velvollisuuksia asettava lainsäädäntö puuttuu.[1]

Markkinaperusteinen ohjaus ei selkeästikään laske terveydenhoidon kokonaiskustannuksia, eikä luo palvelujen universaalia kattavuutta. Vakuutusyhtiöitä on säädöksillä velvoitettu hyväksymään asiakkaikseen myös tunnistettaviin riskiryhmiin kuuluvia tai muuten korkean sairastumisriskin asiakkaita ja asiakkaita, joilla on jo ennestään sairauksia. Nämä säädökset ovat ristiriidassa vakuutusyhtiöiden voittoa tavoittelevan toiminnan kanssa ja täten ne muuttavat vakuutusyhtiöt uuden tyyppisiksi taloudellisiksi toimijoiksi, joiden toiminta ei ole enää täysin markkinamekanismien ohjauksessa. Jää nähtäväksi, tuleeko tämä malli parantamaan terveydenhoitojärjestelmän kustannustehokkuutta kokonaisuudessaan. Palaamme myöhemmin tässä puheenvuorossa edellä mainitun mallin vaikutuksiin.

ONKO TERVEYDENHUOLTO TAVALLINEN KULUTUSTUOTE?

Markkinamekanismia käytetään terveydenhuollossa myös palveluiden tarpeettoman kulutuksen vähentämiseen. Tutkimusten mukaan osa Yhdysvalloissa käytetyistä terveyspalveluista (mukaan lukien lääkkeet) ovat tarpeettomia. On kuitenkin vaikeaa erottaa, onko tämän tarpeettoman käytön syy nk. varakkaiden vakuutuksenottajien ”Cadillac-paketit” vai lääkäreiden kannustimet määrätä lisähoitoja, koska he saavat osan palkastaan määräämiensä hoitojen perusteella. Erottelu on tärkeä, sillä ensimmäisessä tapauksessa on kyse kulutusongelmasta ja toisessa tiedonpuutteesta johtuvasta ongelmasta. Ainoastaan ensimmäisessä tapauksessa ongelmasta päästään eroon siirtämällä kulut asiakkaalle.

Monet taloustieteilijät pitävät terveydenhuoltoa tavallisena kulutustuotteena. Artikkelit viittaavat ”terveyskulutukseen” (Burtless & Svanton 2010) ja niissä väitetään, että terveydenhuollon kulutus on liian suurta, koska osan kustannuksista kattavat työnantajat ja veroavustukset (ks. mm. Burtless & Svanton 2010; Pauly 1986). Tämän ajattelutavan perusteella ehdotukset terveydenhuollon menojen leikkaamiseen ovat samanlaisia kuin muidenkin kulutustuotteiden osalta. Aktiivinen kuluttaja ottaa huomioon hinnan ja kuluttaa tuotetta tai palvelua vain siihen pisteeseen saakka, kunnes hin-

ta vastaa kulutuksen kohteena olevan tuotteen arvoa. Tämän logiikan mukaan, jos terveydenhuollon tuotantokulut ovat kasvussa, voimme nostaa vastaavasti terveydenhuoltopalvelujen kuluttajahintoja ja kuluttaja voi valita olla kuluttamatta enemmän kuin mihin hänellä on varaa. Tällöin kulutus on vain sen mukaista, kuinka arvokkaaksi se koetaan. Käytännössä tämä lähestymistapa on erittäin ongelmallinen, koska kuluttajat todistetusti ohjautuvat säästämään ennaltaehkäisevän hoidon kohdalla, mutta sairastuessaan joutuvat tilanteeseen, jossa hoito on monin verroin kalliimpaa.

Vakuutusten väärinkäyttö on yksi kulujen vähenemistä tavoittelevien vakuutusyhtiöiden ongelma. Pauly (1986, 640) määrittelee terveydenhuollon vakuutusten väärinkäytön kahdella tavalla: vakuutuksen hankkiminen voi vähentää kannustimia hankkia ennaltaehkäiseviä terveyspalveluja tai vakuutuksen hankkiminen voi johtaa terveyspalvelujen tarpeettomaan kulutukseen. Näiden välttämiseksi monet vakuutusyhtiöt asettavat korvauksille omavastuut asettaakseen asiakkaille ohjausmekanismin, jolla vähennetään tehotonta palvelujen käyttöä.

Nämä edellä mainitut esimerkit voivat vaikuttaa loogisilta, mutta niiden lähempi tarkastelu tuo esiin ongelmia. Tutkimus osoittaa, että monilla ihmisillä ei ole tarvittavaa tietoa ja valveutuneisuutta, jotta he voisivat päättää itse, mitkä terveyspalvelut ovat heidän kohdallaan tarpeellisia ja mitkä eivät. RAND-tutkimuslaitoksen kokeellisten tutkimusten tulokset osoittavat, että vaikka terveysvakuutusten korkeat omavastuut saavat ihmiset käyttämään vähemmän terveyspalveluja, vähennys ei välttämättä lisää tehokkuutta (Gladwell 2005). Asiakkaat päätyvät laiminlyömään tarpeellisten palveluiden (tai lääkkeiden) käytön, jonka seurauksena voi olla kokonaiskustannusten kasvu sen sijaan, että palveluiden oikeaan tarpeeseen perustuva käyttö olisi laskenut kuluja.

Kuluttavatko ihmiset todella liikaa terveydenhuoltopalveluja, jos heillä on siihen mahdollisuus? Pauly (1986, 636) huomauttaa, että ne ihmiset, jotka ovat vakuutettuja vain osan vuodesta, käyttävät kaksinkertaisesti hoitopalveluja vakuutusjaksollaan verrattuna vakuutuksettomaan jaksoonsa. Nämä tulokset viittaisivat ylikulutukseen. Currie ja Gruber (1996) tuovat esiin kuitenkin erilaisen näkökulman. Heidän huomioidensa mukaan suurentunut terveyspalveluiden käyttömahdollisuus Medicaidin kautta sai useimmat ihmiset käyttämään ahkerasti palveluita, mutta seurauksena oli myös lapsikuolleisuuden väheneminen. Tämä esimerkki osoittaa, että keskittyminen pelkästään terveyskulutuksen kokonaiskustannuksien vähentämiseen on harhaanjohtavaa. Terveyspalveluiden lisääntynyt käyttö ei välttämättä tarkoita ylikulutusta vaan palveluiden aitoa tarvetta.

Ennaltaehkäisevä hoito nostaa selkeästi tehokkuutta sekä terveydenhoidollisesti että taloudellisesti. Ennaltaehkäisevä lähestymistapa antaa lääkäreille mahdollisuuden diagnosoida ja hoitaa alkavat sairaudet ajoissa, ennen kuin niistä tulee akuutteja ja vakavia. Aiemmin käsittelimme suurten omavastuiden vaikutusta asiakkaiden hoitoon ohjautuvuuteen. Amerikkalaisessa terveydenhuollossa yksi suurista menoeristä tulee ensiavusta ja pitkäaikaisesta sairaalassa olosta. Ensiapuun ja pitkäaikaiseen sairaanhoitoon joutuvat ihmiset kärsivät yleisesti akuuteista ja vakavista sairauksista, joista monet olisi voinut välttää aikaisemmalla hoidolla.

On selvää, että tällainen lähestymistapa on ristiriidassa kansanterveydellisten tavoitteiden kanssa. Koska terveydeltään hyvinvoiva väestö on tavoiteltava asia koko yhteiskunnan kannalta, ei terveydenhuoltopalvelujen kulutusta tulisi pyrkiä rajaamaan. Rajaamisen sijaan tulisi panostaa ennaltaehkäisevään hoitoon ja terveydenhuollon epätehokkuuksien poistamiseen.

Onko yllämainittujen esimerkkien looginen seuraus se, että kuluttajan tietoinen valinta olla ostamatta terveysvakuutusta johtuu siitä, että hänen arvoasteikollaan terveysvakuutus on tarvehierarkiassa alisteinen jollekin toiselle kulutuksen kohteelle? Terveydenhuoltouudistuksen vastustajat väittävät, että monet vakuutuksettomat henkilöt Yhdysvalloissa haluavat kuluttaa rahansa muihin asioihin kuin terveysvakuutuksiin. Valitettavasti tällainen näkökulma jättää huomioimatta ne vaikeat valinnat, joita kuluttajat joutuvat tekemään. Suurin osa vakuutuksettomista on työssäkäyviä köyhiä – ihmisiä, jotka useimmiten haluaisivat terveysvakuutuksen, mutta heidän työnantajansa ei tarjoa sellaista, eikä heillä itsellään ole varaa ostaa sitä.

INFORMAATIOON LIITTYVÄT ONGELMAT

Kustannusten vähentämistä vaikeuttaa edelleen se, että myös lääkärit voivat aiheuttaa palvelujen kasvavaa käyttöä. Terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa on useita esimerkkejä tapauksista, joissa lääketieteellisiä palveluja käytetään ilman selvää tarvetta ja hyötyä. Monet näistä esimerkeistä koskevat sydän- ja verisuonileikkausten kaltaisia palveluja (Pozen & Cutler 2009, 5; Glied 2003, 127). Nämä leikkaukset ovat vaarallisia ja raskaita. Tämän esimerkin valossa väite "kulutuksesta nauttimisesta" ei pidä paikkaansa. Tämän esimerkin valossa myös kustannusten siirtäminen kuluttajalle on erittäin ongelmallista, sillä palvelun tuottajan ja kuluttajan välillä vallitsee merkittävä tiedon asymmetria.

Enthoven (1993), Rossiter ja Wilensky (1984) ja muut huomauttavat, että lääkäreiden suoriteperusteinen palkkajärjestelmä luo lääkäreille vääriä kannustimia, jotka saavat heidät määräämään ylimääräisiä ja tarpeettomia hoitoja lisätäkseen omia tulojaan. Lääkäreillä on tiedollinen yliote potilaisiinsa nähden, joten määrättyjä tutkimuksia ja muita palveluja ei osata kyseenalaistaa. Vaikkakin lääkäreiden hoitosuositukset voivat olla tarpeellisuutensa puolesta kyseenalaisia, ne eivät yksistään määrittele hoidon toteutumista. Vakuutuksiin liittyvät kulutusmekanismit pakottavat potilaat jättämään väliin lääkäreiden määräämät hoidot ja tekemään epätietoisia taloudellisten paineiden määräämiä päätöksiä. Edellä mainittu asia on omiaan vähentämään sekä laskennallista tehokkuutta että terveydellistä vaikuttavuutta.

YKSITYISEN JÄRJESTELMÄN KORJAUSEHDOTUKSIA

Yksityisen terveysvakuutusjärjestelmän ja universaalin kattavuuden yhdistäminen vaatii sääntöjen luomista, jotka korjaavat aikaisemmin puheenvuorossa mainittuja yksityisessä järjestelmässä olevia puutteita ja rajoituksia. Yksi vaatimuksista on vakuutusten tekeminen pakollisiksi kaikille kansalaisille. Toiseksi vakuutusyhtiöiden pitää hyväksyä kaikki vakuutuksen hakijat asiakkaikseen huolimatta heidän aiemmasta terveydentilastaan tai riskistään sairastua. Kaikkien vakuutusyhtiöiden tulee tarjota säädösten määräämä perusvakuutus.

Nämä korjaukset tuovat mukanaan kuitenkin ongelmia, joita täytyy käsitellä. Mikäli vakuutusyhtiöiltä viedään mahdollisuus valikoida asiakkaitaan, tulee luoda kompensaatiojärjestelmä, jolla tasataan suurten riskien asiakkaiden tuomaa liiketoiminnallista riskiä. Tämän kaltainen takuujärjestelmä voidaan rakentaa joko valtion toimesta tai yksityisenä takuujärjestelmänä. Kolmas vaihtoehto on valtion maksama suora tuki vakuutusyhtiöille, joka perustuu yksittäisistä asiakkaista johtuviin kompensaatiotarpeisiin. Vakuutusyhtiöille sallitaan liiketoiminnallinen voittoa tavoitteleva toiminta, joten niille sallitaan perusvakuutusten päälle suunniteltujen ylimääräisten vakuutustuotteiden tarjoaminen. Koska julkinen sektori sitoutuu tappiotakuun tarjoamiseen, tulee se myös rajoittamaan liiketoiminnallisen voiton määrää.

Tappiotakuujärjestelmä tai julkinen kompensaatio vähentää korkean riskin asiakkaisiin liittyvää liiketoiminnallista riskiä, jolloin vakuutusyhtiöiden toiminnalla voidaan saavuttaa universaali kattavuus. Jokainen säädös kuitenkin lisää välillisiä kustannuksia. Julkisen tahon ja yksityisen yhtiön väliseen toimintaan liittyvä vaade riittävästä takuisiin tai kompensaatioihin liittyvästä informaatiosta voi olla ylitsepääsemätön haaste. Tässä mallissa sekä yksityisen että julkisen sektorin yhteenlasketut hallinnolliset ja valvontaan liittyvät kustannukset nousevat valtaviksi.

Yksityisen kuluttajan velvollisuus hankkia pakollinen terveysvakuutus tuo mukanaan myös ongelmia. Ideaalitilanteessa vapaat markkinat tuovat mukanaan tehokuutta, sillä kuluttajilla on vakuutusyhtiötä valitessaan mahdollisuus vertailla hintaa, palvelujen kattavuutta ja laatua. Osalla kuluttajista ei ole kuitenkaan varaa hankkia halvintakaan vakuutusta ilman julkista subventiota. Subventio voidaan suunnitella siten, että kuluttaja maksaa terveyspalveluistaan suhteutettuna tulotasoonsa ja julkinen taho kattaa palvelun hinnan ja kuluttajan maksaman summan erotuksen. Tämä varmistaa terveyspalveluiden kattavuuden, mutta vähentää kannustimia parhaan hinta-laatusuhteen etsimiseen. Jos subventoitavassa tuloluokassa olevat kuluttajat vaaditaan valitsemaan halvin mahdollinen terveysvakuutus, on seurauksena se, että alemman tuloluokan kuluttajat keskittyvät tiettyihin vakuutusyhtiöihin, jolloin tämän

tuloluokan terveyspalveluiden laatu ja kattavuus voi heiketä.

Edellä esiin tuodut asiat osoittavat, että säädösten, valvonnan ja julkisen subvention yhdistelmä, joka tarvitaan varmistamaan yksityiseen terveysvakuutukseen perustuvan järjestelmän universaali kattavuus, on hyvin kallis. Universaali kattavuus voidaan saavuttaa yksityisellä terveydenhuoltojärjestelmällä, mutta välillisten kustannusten takia sen hintana on kustannustehokkuuden uhraaminen.

JULKINEN TERVEYDENHUOLTO-JÄRJESTELMÄ

Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän ideana on tarjota hoitoa kaikille ilman, että kenenkään yksityisen henkilön tarvitsee järjestää terveydenhuoltoansa itse. Vaikka erilaiset poliittiset järjestelmät tuottavat erilaisia julkisen terveydenhoidon malleja, kaikissa järjestelmissä tarkoituksena on taata hoitoon pääsy. Tutkimusten mukaan julkisten terveydenhoitojärjestelmien kokonaistulokset eivät ole huonompia kuin yksityisiin järjestelmiin perustuvissa. Julkisten järjestelmien tehokkuus on yksityisiä vastaava tai parempi, vaikka järjestelmän toimintamekanismit ovat erilaisia kuin yksityisissä järjestelmissä.

Julkiset terveydenhuoltojärjestelmät ovat useiden taloustieteilijöiden mukaan tehottomia, koska julkisen rahoituksen takia niillä ei ole samanlaisia automaattisia kustannuksia kontrolloivia kannustimia, joita on yksityisessä markkinamekanismeihin perustuvassa terveydenhuoltojärjestelmässä. Huonosti valvotussa järjestelmässä on mahdollisuus ylikulutukseen. Julkisella järjestelmällä on kuitenkin mahdollisuus välttää monet yllä mainituista ongelmista.

Julkiset terveydenhuoltojärjestelmät ovat yleensä rahoitettu verorahoilla ja ne tarjoavat universaalia hoitoa vauvasta vaariin. Näissä järjestelmissä voi olla kuitenkin rakenne-eroja. Monet tarjoavat perusterveydenhuoltopalveluja ja keskittyvät ennaltaehkäisevään hoitoon. Suurten julkisten järjestelmien etu on siinä, että järjestelmän kattamien kuluttajien määrä on suuri, jolloin tulojen ja terveydenhuollon menojen välinen suhde tasoittuu. Suuri koko vähentää myös välillisiä kustannuksia suhteessa järjestelmän piirissä oleviin yksittäisiin kuluttajiin. Reinhardt (2007, 40) huomauttaa, että julkiset terveydenhuoltojärjestelmät päihittävät yksityiset kilpailijansa hallinnollisten kulujen edullisuudessa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa vuonna 1999 jokaista henkeä kohden käytettiin $ 1059 hallinnollisiin kuluihin, kun vastaava luku henkeä kohden Kanadassa oli vain $ 307.

Julkisen terveydenhuoltojärjestelmän, kuten myös yksityisen, täytyy jatkuvasti hallita menojaan. Menojen hallitsemiseksi on monia keinoja. Pahamaineisimpia näistä keinoista ovat pitkät odotusjonot ja terveyspalveluiden säännöstelemeinen. Molemmat tavat ovat olemassa jossakin muodossa myös yksityisessä järjestelmässä. Yksityisissä terveydenhuoltojärjestelmissä ei puhuta odotusjonoista, mutta siitä huolimatta lääkärille pääsyä pitää odottaa. Yksityisessä järjestelmässä säännöstely tapahtuu vakuutuksien vajaan kattavuuden myötä. Hoitoa ei saa, jos vakuutus ei kata. Reinhardt (2007) huomauttaa, että yksityisissä terveydenhuoltojärjestelmissä säännöstely perustuu usein heikosti kattaviin vakuutuksiin ja asiakkaiden kyvyttömyyteen ostaa palvelua, kun julkisissa järjestelmissä säännöstely perustuu arvioihin hoidon tarpeellisuudesta. Summers (1989, 181) huomauttaa, että vaihtoehtoja julkiselle terveydenhuoltojärjestelmälle ei juuri ole, jos tavoitteena on universaali kattavuus. Hänen mukaansa pakollisten vakuutuksien muodoissa tulevat etuudet voivat luoda tehokkuutta, koska ne sallivat markkinamekanismien mukaisten tarpeiden ja palvelujen tarjonnan kohtaamisen. Summers kuitenkin myöntää, että edellä mainittu kattaisi vain vakuutetut ihmiset (tässä tapauksessa vain ne, jotka ovat vakuutettuja työnantajansa puolesta).

YHTEENVETO

Puheenvuoromme tarkoituksena on tuoda esille vapaita markkinoita koskevia vääriä olettamuksia ja häiriöitä. Vapaata markkinataloutta ei ole olemassa Yhdysvaltojen terveydenhoitojärjestelmässä. Vapaan markkinatalouden periaatteet eivät myöskään tule toteutumaan yksityisissä terveydenhoitojärjestelmissä. Markkinaperusteisen ja terveydenhuollon universaalin kattavuuden yhdistelmä on hyötyynsä nähden liian kallis.

Keskustelunavauksemme koskien julkisen sektorin järjestelmiä on tarkoitus aset-

taa enemmän kysymyksiä kuin vastauksia. Taloustieteilijöiden epäilyistä huolimatta julkisten terveydenhuoltojärjestelmien puutteet ovat vältettävissä ja niiden haasteisiin on mahdollista vastata rakenteellisella suunnittelulla.

VIITE

[1] Vuoden 2010 ”The Affordable Care Act”:n tulisi poistaa monia näistä käytännöistä, mutta tätä puheenvuoroa kirjoitettaessa lain tulevaisuus näyttää vielä epäselvältä

LÄHTEET

Burtless, Gary & Svaton, Pavel (2010). Health care, health insurance, and the distribution of American incomes. *Forum for Health Economics and Policy*, (Frontiers in Health Policy Research), *13*(1), article 1.

Currie, J. & Gruber, J. (1996). Health insurance eligibility, utilization of medical care, and child health. *The Quarterly Journal of Economics, 111*(2), 431–466.

Deem, Richard A. & Jameson, Helen & Fanning, Jon D. & Emmons, David & Hill, Patricia (2007). *Competition in health insurance: A comprehensive study of U.S. markets*. American Medical Association.

Enthoven, Alain (1993). The history and principles of managed competition. *Health Affairs*, *12*(2), 24–48.

Gladwell, Malcom (2005). The moral-hazard myth: The bad idea behind our failed health-care system. *The New Yorker*, August 29. 2005.

Glied, Sherry (2003). Health care costs: On the rise again. *The Journal of Economic Perspectives, 17*(2), 125–148.

OECD Health Data 2011. Haettu sivulta http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA.

Pauly, Mark V. (1986). Taxation, health insurance, and market failure in the medical economy. *Journal of Economic Literature, 24*(2), 629–675.

Pozen, Alexis J. & Cutler, David M. (2009). Comparing health of people with heart disease in the United States and Canada. *Forum for Health Economics and Policy*, (Aging and Medical Care Costs), *12*(2). Article 7.

Reinhardt, Uwe E. (1980). Health insurance and cost-containment policies: The experience abroad. *The American Economic Review*, *70*(2), 149–156.

Reinhardt, Uwe E. (2007). Keeping health care afloat: The United States vs. Canada. *The Miliken Institute Review*. (second quarter), 36–43.

Rossiter, Louis F. & Wilensky, Gail R. (1984). Identification of physician-induced demand. *The Journal of Human Resources*, *19*(2), 231–244.

Summers, Lawrence H. (1989). Some simple economics of mandated benefits. *The American Economic Review, 79*(2), 177–183.

Varney, Christine A. (2009). U.S. Department of Justice, hearing on “Prohibiting Price Fixing and Other Anticompetitive Conduct in the Health Insurance Industry”, Statement before the Committee on the Judiciary U.S. Senate, October 14.

Wolf, Richard (2010). Number of uninsured Americans rises to 50.7 million. *USA Today*, 17.9.2010.

Wood, Daniel B. (2011). Census report: More Americans are relying on Medicare, Medicaid. *The Christian Science Monitor*. 13 September.